

RUBÉN A. STORINO

HISTORIA DE LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

“Entre el diálogo y la resistencia”

TOMO III
(PERÍODO 1973 - 1983)

EDITORIAL DUNKEN

Buenos Aires

2018

Storino, Rubén A.

Historia de la Agronomía Médica Platense. Entre el diálogo y la resistencia / Rubén ALberto Storino; ilustrado por Paola Moy; María Cecilia Marcos.

1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dunken, 2018.
v. 3, 384 p.: il.; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-763-256-9

1. Historia de las Instituciones. 2. Asociaciones Profesionales.
I. Moy, Paola, ilus. II. Marcos, María Cecilia, ilus. III. Título.
CDD 366.098212

Contenido y corrección a cargo de el/los autor/es.

Colaboración técnica, diseño de tapa e interior

M. 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

© 2018 Rubén A. Storino

ISBN 978-987-763-256-9

ISBN 978-987-02-8304-1 Obra Completa

*Dedicado a mi esposa **Vicky** y a mis hijos **Diana, Gisela** y **Marcelo**,
fuentes inagotables de amor y energía vital.*

“La literatura no existe por sí misma, aislado del lector, un libro es apenas letra muerta y sólo cuando el lector lo abre y empieza a leerlo, es decir, a interpretarlo, empieza a operar la magia de la literatura, gracias a la cual lo que está muerto resucita y el mundo que el autor ha cifrado en signos abstractos cobra vida concreta en la mente del lector. Un libro es sólo una partitura, y es el lector quien la interpreta; si no hay lector, no hay libro.”

Javier Cercas. El lector soñado

Auspiciado por
AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE



ÍNDICE

CAPÍTULO 1. 1973 - 1976	
AMP durante el regreso de Perón	11
CAPÍTULO 2. 1976 - 1981	
AMP durante la peor dictadura	139
CAPÍTULO 3. 1981 - 1983	
AMP en el fracaso de Malvinas	305
BIBLIOGRAFÍA	377

PERÍODOS PRESIDENCIALES ARGENTINOS

- CAP. 1 / 73 – 76.** Cámpora - Lastiri - Perón - Martínez de Perón
- CAP. 2 / 76 – 81.** Videla (junto a Massera y Agosti: Junta Militar)
- CAP. 3 / 81 – 83.** Viola - Lacoste - Galtieri - Saint-Jean - Bignone

CAPÍTULO 1

1973 – 1976

AMP DURANTE EL REGRESO DE PERÓN

En este período que analizaremos la historia de la Agronomía Médica Platense, la República Argentina estuvo signada por el regreso de Perón. Durante esta etapa gobernaron cuatro presidentes, Héctor J. Cámpora (electo por el voto popular ante la proscripción de Perón) del 25 de mayo de 1973 hasta el 13 de julio de 1973, Raúl Alberto Lastiri (ante la renuncia de Cámpora, como presidente de la Cámara de Diputados, en una etapa de transición) del 13 de julio de 1973 hasta el 12 de octubre de 1973, Juan Domingo Perón (ganador de las elecciones sin proscripciones, asumiendo su tercera etapa en la presidencia) del 12 de octubre de 1973 hasta el 1º de julio de 1974, y María Estela Martínez de Perón (conocida popularmente como “Isabelita”, ante el fallecimiento de Perón y por ser la vicepresidente) del 1º de julio de 1974 hasta el 24 de marzo de 1976, cuando fue derrocada por el golpe militar encabezado por Videla.

Héctor José Cámpora

Héctor José Cámpora, llamado afectuosamente El Tío, fue un político y odontólogo argentino. Fue presidente de la Nación durante 49 días en el año 1973.

Cámpora logró todos los objetivos que allanaron las condiciones para el retorno triunfal del peronismo, y de Perón a la legalidad y a la escena política. Reorganizó el movimiento, creando la rama juvenil (que representaba el

creciente peso de la izquierda peronista, en particular la organización político-militar Montoneros) y logrando la afiliación masiva en todos los sectores. El peronismo integró junto con otros partidos un espacio de diálogo que denominaron “La Hora del Pueblo”, en tanto que al mismo tiempo cerraba acuerdos con otros partidos políticos más pequeños, para luego tomar la denominación de Frente Justicialista de Liberación Nacional (FreJuLi).

Tras el alejamiento de Paladino, a quien originalmente se le ofreció el cargo de Presidente, Perón desde el exilio en España tomó la decisión de que Cámpora fuera el candidato para Presidente de la Argentina por el peronismo (1) dado que por la proscripción él no podía presentarse. El armado apuntaba a que el próximo Presidente eliminara la proscripción, para que Perón pudiera retornar al país y luego de la renuncia, se llamaran a elecciones.

Héctor Cámpora se presentó en las elecciones de marzo de 1973 como candidato a presidente de Argentina por el FreJuLi. Llevó como vicepresidente a Vicente Solano Lima, del Partido Conservador Popular, desgajamiento del antiguo conservadurismo de la Provincia de Buenos Aires.

Ganó las elecciones con más del 49,5% de los votos. Cámpora asumió el 25 de mayo de 1973, dándose así por finalizado el período dictatorial de la autoproclamada Revolución Argentina. Acudieron al acto de investidura, entre otros, el entonces presidente socialista de Chile, Salvador Allende, y el de Cuba, Osvaldo Dorticós.

Ese día, Cámpora en su discurso inaugural dijo:

“Abrigo la esperanza de dar término a mis funciones acompañado por el afecto de mis compañeros y de mis amigos, y el respeto de mis adversarios. Sé que he de lograrlo, como ha sido hasta ahora, porque trataré, con honestidad, de hacer lo que el Pueblo quiere”.

Liberación de Presos en Villa Devoto

Al caer la tarde del 25 de mayo, la cárcel de Villa Devoto fue rodeada por una multitud integrada por manifestantes que habían estado en la Plaza de Mayo, a los que se sumaron familiares de los presos así como simpatizantes del Ejército Revolucionario del Pueblo que no habían estado en aquella plaza. A las 20.00 eran unas 30.000 personas y estaban también Abal Medina y va-

rios diputados de distintos partidos políticos. El gobierno prefería promover la ley de amnistía que había prometido durante la campaña electoral más que recurrir al indulto y aparecer cediendo a una presión pero, sobre todo, quería evitar reprimir a los manifestantes (2). A todo esto los presos políticos habían comenzado a controlar la cárcel. Abal Medina habló a la multitud tratando de calmarla reiterando la promesa de liberación y pidió, sin resultado, que se desconcentraran. Luego, desde los muros de la cárcel donde estaba detenido, les habló el dirigente del ERP Pedro Cazes Camarero pidiendo que no se fueran. A las 20:45 Cazes Camarero y Fredy Ernest, de Montoneros, hablaron con la multitud diciéndoles que habían dado 40 minutos de plazo a las autoridades para que dieran una definición, y a las 21.00 Abal Medina les anunció que la liberación sería esa misma noche.

Mientras en la Casa Rosada se preparaba un decreto de indulto, en la cárcel se levantó un acta haciendo constar que los presos eran liberados “bajo responsabilidad” de los siete diputados allí presentes y los beneficiados comenzaron a salir del penal junto con buena parte de los presos comunes que aprovecharon la confusión reinante (3). La liberación de presos políticos se realizó también en algunas cárceles del interior del país que vivieron una situación similar.

Posteriormente se dio a conocer el decreto de indulto que legalizaba las liberaciones y el 27 de mayo se sancionó la ley 20.508 que comprendía a los autores de delitos políticos así como “los cometidos con motivo o en ocasión de una huelga, un paro, ocupación de fábrica u otra medida de fuerza o para servir a estos”(4) y disponía que “en razón de la amnistía que se concede nadie podrá ser interrogado, investigado, citado a comparecer ni obligado a soportar ninguna molestia.”(5)

El 20 de junio de 1973, al regresar Perón al país, tiene lugar la llamada Masacre de Ezeiza, donde una emboscada de la derecha peronista desde el palco de honor, arremete contra las columnas que venían a reencontrarse con su líder dejando un saldo de 13 muertos y 365 heridos.(6)

Cuando Perón expresó su voluntad de volver a ejercer la primera magistratura del país, Cámpora y Solano Lima renunciaron a sus cargos el 13 de julio de 1973, siendo ocupado su cargo por el presidente de la Cámara de Diputados, Raúl Lastiri.

Raúl Alberto Lastiri

Raúl Alberto Lastiri fue un político argentino que fue brevemente presidente de la Nación tras la renuncia a su cargo de Héctor José Cámpora y del vicepresidente Vicente Solano Lima en 1973.

Tras el triunfo electoral del FreJuLi, fue designado presidente de la Cámara de Diputados de la Nación, cargo en el que se encontraba hasta la renuncia de Cámpora y Solano Lima.

En ese momento, por influencia de José López Rega —ministro de Bienestar Social—, se consideró conveniente interferir el dispositivo constitucional de sucesión presidencial, para lo cual al vicepresidente provisional del Senado, Díaz Bialet (2º en la línea sucesoria), precipitadamente se lo embarcó en el primer avión para Europa a cargo de una misión inexistente. De este modo, Lastiri (el tercero en la línea constitucional por ser presidente de la Cámara de Diputados) pudo asumir provisionalmente la presidencia y convocar a nuevas elecciones donde entregó el mando a Juan Domingo Perón, electo para su tercer mandato. (7)

Durante el breve gobierno de Lastiri, se produjo un giro a la derecha en el gobierno peronista. Lastiri era yerno de López Rega, el ideólogo de la Alianza Anticomunista Argentina, también conocida como La triple A.

A pesar de ello, la política exterior siguió un perfil tercermundista. En agosto de 1973, la Argentina concedió a Cuba un préstamo de 200 millones de dólares para adquirir maquinarias y automóviles.

Lastiri, sin embargo, detuvo las medidas de amnistía y pacificación de los presos políticos del régimen de Lanusse que había tomado Cámpora con amplio apoyo popular, con lo que hacia el final de su mandato recrudecieron las acciones de Montoneros y del Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP).

El 25 de septiembre de 1973, el secretario general de la Confederación General del Trabajo (CGT), José Ignacio Rucci fue asesinado. Aunque en primera instancia negaron la autoría, finalmente se descubrió la implicación de miembros de Montoneros en el hecho.

Juan Domingo Perón

En las elecciones que se celebraron Perón ganó con el 62% de los votos contra el candidato de la Unión Cívica Radical, Ricardo Balbín. Se convirtió en presidente por tercera vez en octubre de 1973 con su esposa María Estela Martínez de Perón como vicepresidente.

El tercer gobierno de Perón estuvo signado por permanentes conflictos entre sus seguidores de izquierda y derecha. Grupos parapoliciales con financiamiento estatal (la Alianza Anticomunista Argentina –AAA– organizada por José López Rega, quien ejerció el cargo de Ministro de Bienestar Social) persiguieron y mataron a militantes de izquierda. A López Rega también se lo ha acusado del asesinato del padre Carlos Mugica (8). Perón falleció el 1 de julio de 1974 y fue sucedido por su esposa.

Mientras se encontraba el cuerpo en el Congreso, desfilaron ante el féretro 135 mil personas; afuera, más de un millón de argentinos quedaron sin dar el último adiós a su líder. Dos mil periodistas extranjeros informaron de todos los detalles de las exequias.

Luces y sombras del tercer gobierno de Perón (9)

Han transcurrido varios meses desde el acceso al poder del justicialismo y la acción del gobierno se percibe, principalmente en el aspecto social. El 30 de noviembre de 1973 Perón anuncia un incremento del 30 por ciento sobre los haberes jubilatorios, que se hará efectivo a partir del 31 de diciembre. En el área de vivienda –donde existía un déficit de 1.600.000 unidades a mayo de 1973– se ha dado impulso a diversos planes. El Plan Alborada –para familias de escasos recursos– ha significado ya 4.600 unidades terminadas y otras 24.000 en construcción.

El Plan 17 de octubre lleva ya cerca de 17.000 viviendas construidas y otras 76.000 en ejecución. El Plan Eva Perón –para grupos familiares de bajos recursos con terreno propio– ha posibilitado la construcción de 12.000 casas. En total, se han superado las 200.000 unidades, entre obras concluidas, en ejecución o aprobadas.

El primero de los planes mencionados comprende la planificación de varios complejos habitacionales destinados a la erradicación de villas de emergencia y

reubicación de sus pobladores. En el aspecto sanitario —otra de las prioridades del gobierno— se da especial importancia a la tarea de prevención.

Se llevan a cabo actividades de saneamiento y vacunación en zonas carenciadas y villas de emergencia, así como en comunidades rurales. Se instala una planta piloto para la obtención de vacunas, un laboratorio de microbiología y un centro de sangre destinado a la producción de hemoderivados y gammaglobulina.

Se dispone la creación de una carrera sanitaria y se otorgan más de 4000 becas para capacitación de personal del área de salud. Asimismo, se dispone un censo de profesionales, técnicas y auxiliares. Se lanza un programa de lucha intensiva contra el mal de Chagas en las zonas endémicas y otro de erradicación del Paludismo. También se intensifica la educación sanitaria, incorporando contenidos específicos en los programas de las escuelas primarias y secundarias.

Tampoco se descuida la acción de gobierno en materia de deportes y recreación, especialmente dirigida a niños y jóvenes. Se han impulsado los campeonatos infantiles “Evita” y juveniles “Argentina Potencia”. Se han refaccionado las piletas de Ezeiza y —en el aspecto turístico— se han rehabilitado los complejos de Chapadmalal y Embalse Río Tercero.

A través de la Dirección Nacional de Emergencia Social, se presta apoyo a los pobladores de zonas afectadas por inundaciones y nevadas, mediante la entrega de ropa, víveres, medicamentos y materiales de construcción. Se aprueba la Ley de Jardines Maternales zonales y se disponen raciones alimenticias para 100.000 niños en edad escolar.

“Nosotros queremos que esa abundancia de que goza un gran sector de población pueda llegar a todos los argentinos —dirá Perón—. En un país como el nuestro, donde la naturaleza nos brinda de todo, es inconcebible que pueda haber miseria y dolor, sin que la comunidad se preocupe por dar soluciones”.

Esa acción social del gobierno, que siempre ha caracterizado al justicialismo, se ve acompañada por el apoyo entusiasta de la gente. El advenimiento del gobierno popular ha creado una mística de participación y solidaridad, que se traduce en diversas armas de trabajo comunitario.

Sectores de la militancia juvenil, organizaciones barriales, sindicatos, etc., aportan contingentes de trabajadores voluntarios que se ocupan de refaccionar escuelas y hospitales, o de mejorar las condiciones habitacionales en villas

de emergencia. También hay una activa participación en tareas vacunación y alfabetización en zonas rurales y barrios carenciados.

Perón advierte sobre la marcha de la economía.

Ante el advenimiento de la crisis petrolera y la aparición de algunos signos de inquietud económica, que amenazan la estabilidad obtenida a través del Pacto Social, Perón habla por la cadena de radio y televisión el 14 de enero de 1974.

Sobre la situación creada en tomo al petróleo, señala que se trata “de una nueva etapa en la lucha mundial por la subsistencia y el desarrollo” e invita a la población a racionalizar la utilización de combustibles. Luego se refiere a la marcha del acuerdo social: “Los planes de nuestro gobierno se han asentado en el Pacto Social, que ha permitido establecer las bases indispensables para un lanzamiento coherente y racional.”

“Se ha tratado de un convenio colectivo de alto nivel en el que se han comprometido las fuerzas del trabajo, los empresarios y el Estado. Su estabilidad representa el equilibrio indispensable para dominar el flagelo moderno, la inflación, provocada por un desacuerdo permanente que ocasiona una carrera desenfrenada entre precios y salarios, en el que los primeros suben por el ascensor y los salarios por la escalera, según una aserción popularizada por la experiencia largamente vivida”.

Enseguida, Perón pasa a ocuparse de los factores de perturbación: “¿Que designios pueden servir los agentes que desde el gobierno o en las organizaciones buscan destruir el equilibrio logrado y anular las ventajas nacionales que se elaboran a su influjo? Un mínimo de patriotismo y aún de sentido común dan la respuesta: ellos sirven otros intereses que no son los de la Nación y su Pueblo; es que buscan volver a la inflación que hace ilusoria toda mejora salarial, sin considerar que una política económica semejante arrastra a la comunidad hacia un callejón sin salida. El método puesto en práctica, mediante el Pacto Social, no sólo detiene todos los males mencionados, sino que asegura un progreso paulatino y seguro, con una estabilidad permanente en franca marcha hacia una solución integral y duradera.”

Otra vez violencia.

El año 1974 –que recién se iniciaba– habría de registrar los más elevados índices de violencia política hasta entonces conocidos. El 20 de enero, cerca de un centenar de miembros del ERP ataviados con uniformes de combate, intentaron apoderarse del Regimiento de Caballería Blindada de Azul, en la provincia de Buenos Aires.

Si bien fracasaron en su objetivo de apropiarse de armamento y municiones, resistieron durante diez horas la ofensiva de las fuerzas militares y dieron muerte al jefe de la unidad, coronel Camilo Gay, a su esposa y a un soldado conscripto. Asimismo, se llevaron secuestrado al segundo jefe, teniente coronel Jorge Ibarzábal. Perón reaccionó con severidad ante esos hechos.

Habló por radio y televisión elogiando al Ejército y afirmando que “estamos en presencia de verdaderos enemigos de la Patria”. Asimismo, responsabilizó al gobernador de la provincia de Buenos Aires, doctor Oscar Bidegain, por lo sucedido: “No es por casualidad que estas acciones se producen en determinadas jurisdicciones; es indudable que ello obedece a una impunidad en la que la desaprensión e incapacidad lo hacen posible, o –lo que sería peor aún si mediara, como se sospecha– a una tolerancia culposa”.

La última afirmación era grave. Hubo movilizaciones gremiales y los bloques justicialistas de ambas cámaras de la legislatura provincial exigieron la renuncia del gobernador. La juventud peronista, por su parte, procuró defender a Bidegain y organizó una manifestación en su apoyo.

También responsabilizó al ERP por lo ocurrido, señalando: “lo que no pudo lograr la derecha enquistada en el seno del movimiento peronista lo logra la ultraizquierda al favorecer el cuestionamiento del gobierno popular de la provincia de Buenos Aires.”

Pero lo cierto es que el gobernador debió renunciar el 22 de enero. En principio se pensó en intervenir la provincia, pero luego prevaleció la solución constitucional y el vicegobernador Victorio Calabró –un dirigente metalúrgico– asumió el cargo vacante, formando un nuevo gabinete.

Reformas al Código Penal.

Inmediatamente, el Poder Ejecutivo envió al Congreso un proyecto de modificación del Código Penal que elevaba las penas a las actividades terroristas. Hubo oposición por parte del radicalismo y otras fuerzas políticas. En el bloque justicialista también se suscitaron controversias.

Un grupo de diputados pertenecientes a la juventud peronista, adverso a la reforma, solicitó una entrevista privada con Perón para tratar la cuestión. El presidente utilizó un recurso inesperado: recibió a los jóvenes legisladores en compañía de varios de sus ministros y ante las cámaras de televisión, forzándolos a fundamentar públicamente su oposición a la reforma proyectada, al tiempo que rechazaba todos sus argumentos. Sin el instrumento legal adecuado —les dijo— el país se encuentra inerme ante sus enemigos. El que no esté de acuerdo, deberá alejarse del Movimiento.”

Frente a una definición tan tajante, los diputados identificados con la Tendencia renunciaron a sus bancas antes de que se iniciara el debate, a la vez que el Consejo Superior del Justicialismo los expulsaba por inconducta. Poco después —y con la oposición del radicalismo— las reformas recibían sanción.

La oposición era poco justificable: la represión era una función legítima por parte de un gobierno de indiscutible representatividad, al ser objeto de constantes ataques.

El 4 de febrero Perón habló nuevamente por televisión, enjuiciando duramente a la guerrilla: “el terrorismo, inexplicable frente a un gobierno del pueblo, ha mostrado sus verdaderas intenciones. La nueva legislación ha puesto en manos de la justicia los medios indispensables para enfrentarlo sin salirse de la ley”.

Perón propone un Modelo Nacional.

En la mañana del 1º de mayo el general Perón se dirige a ambas Cámaras del Congreso, al dejar inaugurado el nuevo período parlamentario. En esa oportunidad, presenta al país el proyecto de Modelo Nacional que ha formulado, e invita a los distintos sectores de la sociedad a organizarse para enriquecerlo con sus aportes y plasmarlo en forma definitiva.

Dice Perón en su mensaje: “El mundo en su conjunto no podrá constituir un sistema, sin que a su vez estén integrados los países en procesos paralelos. Para construir la sociedad mundial, la etapa del continentalismo configura una transición necesaria. Los países han de unirse progresivamente sobre la base de la vecindad geográfica y sin imperialismos locales y pequeños. Nuestra tarea común es la liberación. “Liberación” tiene muchos significados.”

“En lo político, configurar una nación sustancial, con capacidad suficiente de decisión nacional, y no una nación en apariencia que conserva los atributos formales del poder, pero no su esencia.”

“En lo económico, hemos de producir básicamente según las necesidades del pueblo y de la Nación, y teniendo también en cuenta las necesidades de nuestros hermanos de Latinoamérica y del mundo en su conjunto. Y a partir de un sistema económico, que hoy produce según el beneficio, hemos de armonizar ambos elementos para preservar recursos, lograr una real justicia distributiva, y mantener siempre viva la llama de la creatividad.”

“Finalmente, la liberación exige una correcta base institucional, tanto a nivel mundial como en los países individualmente. La organización institucional tendrá que ser establecida una vez clarificado: qué se quiere, cómo ha de lograrse lo que se quiere, y quién ha de ser responsable de cada cosa.”

“Así, reunimos a los máximos líderes de partidos políticos que no integran el Frente Justicialista de Liberación, en diálogo abierto y espontáneo con los ministros del Poder Ejecutivo Nacional, y seguiremos haciéndolo en adelante.”

“La juventud argentina, llamada a tener un papel activo en la conducción concreta del futuro, ha sido invitada a organizarse. Estamos ayudándola a hacerlo sobre la base de la discusión de ideas, y comenzando por pedirle a cada grupo juvenil que se defina y que identifique cuáles son los objetivos que concibe para el país en su conjunto.”

“Los trabajadores, columna vertebral del proceso, están organizándose para que su participación trascienda largamente de la discusión de salarios y condiciones de trabajo. El país necesita que los trabajadores, como grupo social, definan cual es la sociedad a la cual aspiran, de la misma manera que los demás grupos políticos y sociales.”

“Los empresarios se han organizado sobre bases que han hecho posible su participación en el diálogo y el compromiso. De aquí en más, el gobierno ha de definir políticas, actividad por actividad y comprometer al empresariado

en una tarea conjunta, para que su capacidad creativa se integre al máximo en el interés del país.”

“Para identificar el papel de los intelectuales, hay que comenzar por recordar que el país necesita un modelo de referencia que contenga, por lo menos, los atributos de la sociedad a la cual se aspira, los medios de alcanzarlos y una distribución social de responsabilidades para hacerlo.”

“Este proceso de elaboración nacional tendrá que lograrse convergiendo tres bases al mismo tiempo: lo que los intelectuales formulen, lo que el país quiera y lo que resulte posible realizar.”

“Nuestra Argentina necesita un Proyecto Nacional, perteneciente al país en su totalidad. Estoy persuadido de que, si nos pusiéramos todos a realizar este trabajo y si, entonces comparáramos nuestro pensamiento, obtendríamos un gran espacio de coincidencia nacional. Como presidente de los argentinos propondré un Modelo a la consideración del país, humilde trabajo, fruto de tres décadas de experiencia en el pensamiento y en la acción.”

“Si de allí surgen propuestas que motiven coincidencias, su misión estará más que cumplida. “El Modelo Argentino precisa la naturaleza de la democracia a la cual aspiramos, concibiendo a nuestra Argentina como una democracia plena de justicia social. Y en consecuencia, concibe al gobierno con la forma representativa, republicana, federal y social. Social por su forma de ser, por sus objetivos y por su estilo de funcionamiento.”

“Quiero finalmente referirme a la participación dentro de nuestra democracia plena de justicia social. El ciudadano como tal se expresa a través de los partidos políticos, cuyo eficiente funcionamiento ha dado a este recinto su capacidad para elaborar historia. Pero también el hombre se expresa a través de su condición de trabajador, intelectual, empresario, militar, sacerdote, etc. Como tal, tiene que participar en otro tipo de recinto: el Consejo para el Proyecto Nacional que habremos de crear enfocando su tarea sólo hacia esa gran obra en la que todo el país tiene que empeñarse”.

La tarde del 1º de mayo.

El acto del 1º de mayo, que se llevará a cabo en la Plaza de Mayo, en horas de la tarde, ha sido montado por las organizaciones sindicales con un enorme dispositivo de seguridad. Se han prohibido los carteles y enseñas que no sean

los correspondientes a las entidades gremiales o banderas argentinas. Con ello se busca evitar que los sectores disidentes se manifiesten, con el consiguiente peligro de incidentes graves.

Pero la juventud burla los controles y los carteles de Montoneros se improvisan y despliegan en pleno acto. Pronto surgen las consignas de la juventud y las manifestaciones adversas de Isabel respondidas por las columnas sindicales desde el otro extremo de la Plaza.

Poco después de las 17 hs. Perón aparece en el balcón. Se entona el Himno Nacional y el General comienza su discurso. Inmediatamente se escuchan las consignas de las nutridas columnas juveniles, interrumpiendo al presidente: “Qué pasa, General, que está lleno de “gorilas” el gobierno popular...”, inquietan los jóvenes.

La respuesta de Perón no se demora. En tono airado, elogia a los dirigentes sindicales cuestionados y condena a los jóvenes que pretenden impugnarlos: “Compañeros: hace hoy veinte años que en este mismo balcón, y con un día luminoso como este, hablé por última vez a los trabajadores argentinos.”

“Fue entonces cuando les recomendé que ajustasen sus organizaciones, porque venían tiempos difíciles. No me equivoqué ni en la apreciación de los días que venían ni en la calidad de la organización sindical, que se mantuvo a través de veinte años, pese a esos estúpidos que gritan.”

“Decía que a través de estos veinte años las organizaciones sindicales se han mantenido inmovibles, y hoy resulta que algunos imberbes pretenden tener más méritos que los que lucharon durante veinte años. “Por eso, compañeros, quiero que esta primera reunión del Día del Trabajador sea para rendir homenaje a esas organizaciones y a esos dirigentes sabios y prudentes que han mantenido su fuerza orgánica y han visto caer a sus dirigentes asesinados, sin que todavía haya tronado el escarmiento. Ahora resulta que, después de veinte años, hay algunos que no están conformes con todo lo que hemos hecho.”

“Por eso, compañeros, esta reunión, en esta Plaza, como en los buenos tiempos, debe afirmar la decisión absoluta de que en el futuro cada uno ocupe el lugar que corresponde en la lucha que, si los malvados no cesan hemos de hacer...”

Las palabras de Perón no dejan lugar a dudas: está claro quienes son los “infiltrados”. Los jóvenes de la Tendencia pliegan sus banderas y comienzan a abandonar la plaza, hostilizados y agredidos por los grupos ortodoxos.

Perón ha consumado una maniobra extrema. Ha señalado a réprobos y elegidos, poniendo coto a las disidencias internas. Se ha despojado de las dirigencias rebeldes y espera, sin duda, que el grueso de la militancia juvenil acabará —tarde o temprano— por volver al redil.

Pero en lo íntimo sabe que le resta poco tiempo por delante y que uno de sus más caros proyectos se ha frustrado: al tener que recostarse en las dirigencias tradicionales, está renunciando al trasvasamiento generacional que debía infundir una savia vivificante y una nueva mística revolucionaria en el Movimiento.

Ese vacío que ha quedado en la histórica Plaza, simboliza el fracaso del intento integrador y la soledad del líder en esa hora dramática. Tiene, claro está, a su pueblo, que será su único heredero.

En cuanto a la Tendencia, se ha suicidado políticamente al enfrentar a Perón. Se han marginado del pueblo y ya no hallara manera de expresarse. Seguirá definiéndose peronista, señalando al mismo tiempo el “error” de Perón. Sin embargo, no será sino después de su muerte, que los Montoneros declararán su ruptura con el gobierno y su retorno a la clandestinidad.

De allí en más, quedarán constreñidos a la acción violenta, con el repudio de la mayor parte de la sociedad. Se acelerará la descomposición en las filas juveniles. Muchos militantes romperán con la conducción de Montoneros para pasar a integrar la JP “Lealtad”, en tanto que muchos otros —desengañados— abandonarán la militancia política.

María Estela Martínez de Perón

María Estela Martínez de Perón, conocida popularmente como Isabelita o Isabel Perón, fue presidente de la Nación Argentina, la primera mujer de su país.

Asumió el 1 de julio de 1974 en su condición de vicepresidente, tras la muerte de su esposo, el presidente Juan Domingo Perón. Fue depuesta el 24 de marzo de 1976 por un golpe de Estado que dio origen a la dictadura autodenominada Proceso de Reorganización Nacional encabezada por el Gral. Jorge Rafael Videla y que la mantuvo detenida varios años.

La presidencia de Martínez de Perón se desarrolló en el marco de la llamada “guerra fría” entre Estados Unidos y el bloque comunista. En esos años se produce la derrota norteamericana en la Guerra de Vietnam y el accionar de

fuertes organizaciones terroristas –ETA, IRA, Brigadas Rojas– con el ascenso de los partidos comunistas en Europa. Internamente el país se vio también afectado por esa extrema violencia, con la actuación de varios grupos armados de distinto signo.

En América Latina la democracia estaba amenazada por golpes de Estado y dictaduras militares gobernaban todos los países limítrofes. La situación política y económica que debía enfrentar la presidente era extremadamente delicada, tal vez como pocas veces había sufrido el país.

En un primer momento, dejando de lado la política de acercamiento entre Perón y el líder de la oposición (el radical Ricardo Balbín), la presidente María Estela Martínez (apodada Isabel o Isabelita) se apoyó principalmente en su ministro de Bienestar Social, el ex secretario personal de Perón, José López Rega, conocido como Daniel por sus allegados y el Brujo por sus adversarios políticos. López Rega fortaleció la presencia en el gobierno de los sectores de derecha por sobre otros grupos, y organizó una fuerza parapolicial conocida como Alianza Anticomunista Argentina o Triple A que emprendió acciones de hostigamiento a figuras destacadas de la izquierda, que acabarían en secuestros, torturas y asesinatos.

Desde el gobierno se procuró mantener el control político con intervenciones a las provincias, a las universidades, a los sindicatos y a los canales de televisión privados; reforzando la censura contra libros diarios y revistas (10). El gobierno exhibió una marcada inoperancia administrativa en distintas áreas. Su viraje político a una posición de derecha extrema comenzó a provocar el rechazo dentro de sectores del peronismo y del país. La izquierda peronista abandonó el apoyo al gobierno cuando la agrupación Montoneros –que pretendía disputarle la autoridad a la presidente– anunció su pase a la clandestinidad el 6 de setiembre de 1974, afectando la gobernabilidad de la endeble democracia.

Como los ataques terroristas iban en aumento y la sociedad era castigada con cotidianos secuestros, asesinatos y atentados contra civiles y militares, la presidenta Martínez de Perón organizó el Operativo Independencia, para lo cual dictó el primer decreto de aniquilamiento o Decreto 261/75 del 5 de febrero de 1975. Este decreto –de carácter secreto y desconocido para la opinión pública– autorizó al ejército a “ejecutar las operaciones militares que sean necesarias a efectos de neutralizar y/o aniquilar el accionar de elementos subversivos que ac-

túan en la provincia de Tucumán”, poniendo a disposición del ejército las fuerzas de la Policía federal, la Policía provincial y el apoyo de la Armada y la Fuerza Aérea. La operación fue llevada a cabo por el Ejército Argentino y la Fuerza Aérea Argentina en la localidad de Monteros y de Famailla, para aniquilar a la Compañía Ramón Rosa Jiménez del ERP, y a los guerrilleros Montoneros, que intentaron un “foco revolucionario” en el monte tucumano, con la intención de crear una zona independiente (la “Tucumania”) y buscar un reconocimiento internacional, que algunos países ya habían anticipado.

El dictado de este decreto de aniquilamiento de la subversión inició el Terrorismo de Estado (11).

El 1º de mayo de 1975 en la Plaza de Mayo –en conmemoración del Día de los Trabajadores–; en un momento de especial tensión en el país, Estela Martínez de Perón amenazó en su discurso pronunciado desde el balcón de la Casa Rosada con convertirse en la mujer del látigo (12). En junio de 1975, el nuevo ministro de Economía, Celestino Rodrigo, auspiciado por López Rega, aplicó una nueva y más fuerte devaluación de la moneda, acompañado de un aumento de las tarifas de los servicios (electricidad, etc.); que fue popularizado como el Rodrigazo. Con estas medidas se buscaba dar impulso a las exportaciones tradicionales del país, lo que implicaba una violenta “derechización” de la política económica.

Políticamente el plan de López Rega era debilitar las presiones sindicales a través del desprestigio de sus principales operadores. Esto provocó la primera huelga general contra un gobierno peronista. En julio de 1975, ante una huelga general de 36 horas y la presión callejera de la CGT –en especial de la Unión Obrera Metalúrgica de Lorenzo Miguel–, el ministro López Rega se vio obligado a renunciar a su cargo en el gobierno y abandonar el país. En el Congreso comenzaba una investigación sobre las actividades de la Triple A.

Crisis política

Ante la creciente actividad de los grupos armados de izquierda —tanto los Montoneros como el Ejército Revolucionario del Pueblo— y los grupos parapoliciales de extrema derecha –la Triple A–, Isabel Martínez de Perón decidió fortalecer la acción de gobierno e incorporar a un militar en su gabinete. Se desató una crisis en el ejército, que no aceptaba co-gobernar con la presidente.

Fruto de esta crisis interna (que surge con el nombramiento del coronel Vicente Damasco como ministro), la presidenta se vio forzada a cambiar al jefe del ejército, designando a Jorge Rafael Videla como Comandante general.

La crisis política y económica se agravaba y en setiembre de 1975 Martínez de Perón pidió licencia del cargo por razones de salud; sus funciones fueron ejercidas por el presidente provisional del Senado, Ítalo Lúder, entre el 13 de septiembre y el 16 de octubre de 1975. En ejercicio de la presidencia –y a raíz de un ataque de Montoneros a un regimiento de Formosa–, Ítalo Lúder extendió a todo el país la política de “aniquilar” el accionar de los elementos “subversivos” a través del dictado de tres nuevos Decretos de aniquilamiento de 1975: el Decreto 2770/75, el Decreto 2771/75 y el Decreto 2772/75.

Aunque algunos sectores políticos propiciaban el desplazamiento definitivo de Isabel y la permanencia de Lúder como presidente; Isabel retornó al ejercicio de la presidencia.

El golpe de estado

El clima político no mejoró con la ida de López Rega ni con la promesa del anticipo de las elecciones para el 17 de octubre de 1976.

Después de la sublevación de la Fuerza aérea, Isabel intentó una alianza aún más estrecha con los militares, con el fin de ganar tiempo. El ejército efectuó una feroz represión contra un grupo del ERP que intentó copar un depósito de arsenales en Monte Chingolo y la policía capturó a uno de los principales jefes montoneros –que aún continúa desaparecido–: Roberto Quieto. El gobierno cambió el gabinete –dejando de lado su alineamiento con los sectores sindicales–, llegando incluso a sugerir un retraso de las elecciones, una reforma constitucional, la reelección de la propia Isabel o una solución como en Uruguay: conservar un presidente civil entregando todo el poder a los militares. Sin embargo, a esa altura de los acontecimientos la figura de la presidente no lograba consenso entre las propias filas justicialistas, que desde meses antes estaban muy divididas sobre la conveniencia de su permanencia en el poder.

En marzo de 1976 el gobierno solicitó a dos dirigentes opositores, Ricardo Balbín y Oscar Alende, que se dirijan al electorado solicitando el respeto a los plazos institucionales, ya que un golpe militar era percibido como inevitable. El 10 de marzo, en un fuerte discurso, la presidente acusó a la ultra derecha

y a la ultra izquierda de tener como único objetivo el volver a un país pre-industrial y “voltrear las chimeneas que levantó el General Perón”(12).

El 24 de marzo de 1976 un golpe de estado encabezado por los comandantes en jefe del ejército, marina y aeronáutica destituyó al gobierno constitucional y lo sustituyó por una junta militar al mismo tiempo que se disolvía el Congreso. La ex presidente fue enjuiciada por malversación de fondos públicos por haber utilizado para pagar una deuda personal fondos pertenecientes a una fundación, que luego reintegró. La dictadura mantuvo detenida a María Estela Martínez de Perón durante más de cinco años, primero en la residencia El Messidor, Neuquén y luego en una quinta en la localidad de San Vicente, ubicada en el conurbano de Buenos Aires.

Política sanitaria durante el gobierno peronista

La salud de la población fue uno de los pilares fundamentales en donde se apoyó la doctrina peronista. En este sentido a partir del gobierno de Cámpora se intentó a través de una política sanitaria integral, lograr un sistema de salud unificado para todo el país. Con esta perspectiva hemos elegido y sintetizado el magnífico estudio de Veronelli (13) sobre esta etapa de la Salud Pública Argentina.

Cuando Lanusse abandonó, en 1973, la presidencia “de facto”, estaban ya presentes todas las instituciones que conforman la estructura sanitaria institucional. Esa estructura consistía en una sanidad fragmentada en la cual la cooperación provincial debía obtenerse en cada momento o situación a través de negociaciones o acuerdos), así como en un “sistema de atención médica” en el cual se superponían, con límites confusos, la asistencia prestada por instituciones públicas en general diseñadas para los más pobres y un seguro obligatorio recién generalizado, construido sobre el fragmentado modelo “profesional” previo y que sumaba a la fragmentación corporativa anterior una fragmentación por edad o por status laboral, al separarse a los trabajadores activos de los pasivos (13).

El regreso a la democracia tuvo que ajustarse a los condicionamientos del gobierno militar. En el año de 1973 hubo, entre mayo y octubre, tres presidentes, lo cual parecía excesivo a aquella altura de la historia.

Cuando Perón asumió por tercera vez la Presidencia de la Nación, acompañado en la vicepresidencia por su tercera esposa; tanto López Rega como Domingo Liotta fueron confirmados en sus puestos.

Años después, Liotta se refirió a su pasaje por la Subsecretaría, reconociendo con valor lo que muchos otros prefieren callar: “Fue hasta cierto punto accidental, y no era de ningún modo un hombre que mentalmente estuviera preparado y no tenía en ese momento bases estructuradas y elaboradas largamente para poder llegar rápidamente a un accionar efectivo” (13).

En el tiempo transcurrido entre la elección y la toma de posesión de Cámpora se realizaron algunas propuestas para la organización sanitaria: por ejemplo, desde la Mesa de Trabajo “Ramón Carrillo” del Comando Tecnológico Peronista se propiciaba un sistema unificado de atención (Servicio Único Nacional de Salud), en tanto que desde el “Consejo de Planificación” se proponían modificaciones menores. Cámpora incluyó en su Mensaje ante el Congreso un párrafo del proyecto del Comando Tecnológico.

Un mes después de haber sido designado al frente del ministerio, Liotta clausuró las VII Jornadas Angiológicas Argentinas que habían tenido lugar en la ciudad de Posadas, sintetizando la posición de su secretaria: “en política y organización sanitaria sostenemos la necesidad de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)” (13).

El Sistema que se ofrecía pretendía inicialmente más que la mera corrección del fragmentado seguro de salud, sería conducido como una responsabilidad directa del Estado Nacional y se enriquecería con el aporte colectivo de ideas a través del “Consejo Nacional de Salud” creado por decreto 253 de junio de 1973, en el cual participarían los Subsecretarios de Salud Pública (como presidente) y de Seguridad Social, así como los representantes del Ministerio de Educación, de la Municipalidad de Buenos Aires, de la Confederación General del Trabajo, de la Confederación General Económica, de la Confederación Médica y de cada una de las Regiones en las cuales el gobierno de la Revolución Argentina había dividido el país. Las corporaciones intervendrían en el Consejo, pero a través de sus órganos representativos nacionales.

“El SNIS —decía Aldo Neri— constituyó el intento más radical de unificación del sector público de salud y de integración con el de la seguridad social. Al menos, eso fue el proyecto inicial que un grupo de especialistas sin cargos en el gobierno elaboró, por pedido del entonces secretario de Estado de Salud

Pública, Domingo Liotta, en 1974. Liotta fue el auténtico y solitario promotor de la iniciativa, pivote de su gestión pública que, aunque ineficaz, fue bien intencionada e impregnada de una aspiración que los hechos evidenciaron imposible” (14).

Y agregaba: “El modelo inicial implicaba la incorporación progresiva del sector público asistencial de todas las jurisdicciones al Sistema, junto con las obras sociales estatales y paraestatales; promovía una conducción central a través de un consejo de múltiple representatividad (gobiernos nacional y provinciales, trabajadores, empresarios, profesionales de la salud, universidades); instituía una elevada descentralización operativa, a través de estructuras similares a la nacional para cada provincia, con administración autárquica (aunque sujeta a la planificación nacional); fijaba la gratuidad del servicio para el usuario en el momento de su utilización; abría la posibilidad de incorporación o convenio voluntario con las obras sociales sindicales; diversificaba las fuentes de su financiación al incorporar los pagos de la seguridad social; y, cosa muy significativa, adoptaba predominantemente el régimen de trabajo profesional a dedicación exclusiva” (14).

A medida que los diferentes grupos (intrapartidarios) de poder iban presentando objeciones, el grupo reelaboraba el proyecto en una nueva versión inclusive se superaron las treinta!, y crecía el desinterés del subsecretario, quien probablemente había pensado que su proyecto, después de haber recibido la aprobación de Madrid, sólo recibiría aplausos.

La versión presentada ya contemplaba la voluntariedad de la adhesión para las jurisdicciones provinciales, para los servicios de la Capital y de Tierra del Fuego, y para las obras sociales estatales, paraestatales y mixtas, lo que significaba una debilidad congénita para el Fondo Sanitario Nacional; la administración del Sistema había perdido también su condición de ente autárquico. Se llegó a la conclusión de que, tal como estaba, era un instrumento “gatopardista” destinado al fracaso y que no debía ser apoyado por los bloques radicales.

En el proyecto de la oposición radical se establecía un nivel nacional a cargo de un organismo federal que formularía las políticas y elaboraría las normas, en tanto que las provincias serían las verdaderas unidades ejecutoras del sistema, administrando los servicios de sus jurisdicciones aumentados por la transferencia de aquellos que estaban en poder de la Nación. Para asegurar la participación y evitar el corporativismo, se incluían organismos asesores que

incorporaban una amplia representación de todos los actores involucrados. Se pretendía integrar en las provincias, los servicios públicos con los órganos del seguro obligatorio, a través de la unificación de los límites de sus ámbitos respectivos y la explícita indicación de que serían parte de los eventuales proveedores de servicios al sistema.

Repasemos brevemente cómo se interpretaron las influencias que distorsionaron las intenciones originales del proyecto oficialista: “Las resistencias más fuertes al proyecto” de Liotta —opinaba Aldo Neri— “provinieron de los dirigentes sindicales, que veían volatilizarse así el poder efectivo de sus obras sociales, diluidas en un aparato estatal que les merecía menos confianza que nunca. Esto, sumado al similar recelo de los profesionales, a la deficiente conducción política de la Secretaría en la dura negociación inevitable, sumado aún a las mezquinas intenciones del ministro del momento, López Rega, al que sólo le interesó acrecentar su tajada de poder en la futura ley, dio por resultado que un proyecto definitivo lamentable fuera remitido a las Cámaras. Hay que recordar, en honor de ese Congreso, que allí fueron considerablemente atenuadas varias de las torpezas que contenía; pero lo que salió, de todos modos, era un modelo castrado y condenado a una vida breve. En todo este duro proceso, su aislado promotor creyó, como a tantos otros les había sucedido, tener sobre sus espaldas las manos de Perón y a ello apostó su fuerza y equilibrio; también como esos tantos otros despertó en el vacío” (14).

“La ley —continuaba diciendo Neri— alcanzó a aplicarse en La Rioja y San Luis, sin que su escasa duración y el caos nacional del momento hayan permitido ninguna evaluación seria del resultado. El gobierno instalado tras el golpe de estado de 1976 la derogó un tiempo después...” (14).

En aquellas provincias pobres en las cuales el desarrollo de instituciones productoras de servicios de salud privadas eran pocas y pequeñas, el SNIS fue un instrumento con potencial utilidad para gobernantes interesados; en las otras, nació muerto. Tuvo más prensa que consecuencias y pronto se olvidó... Su propio auspiciante lo descalificó.

Nada mejor para entender la iniciativa frustrada del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que las propias palabras de su gestor, el Dr. Domingo Liotta (15).

Dr. DOMINGO LIOTTA - Secretario de estado de salud pública
(1973-1974) (15)

“Personalmente mi paso por Salud Pública diría que fue hasta cierto punto accidental y no era de ningún modo un hombre que mentalmente estuviera preparado y no contenía en el momento bases estructuradas y elaboradas largamente para poder llegar rápidamente a un accionar efectivo. Diría la antípoda de un excelente funcionario como fue el Dr. Noblia, hombre político que llega a la función pública, con bases y amplia sustentación de un amplio grupo partidario. La tarea en estos casos se ve ampliamente facilitada.

En la tarde del sábado 26 de Mayo de 1973 estaba con mi familia descansando en mi pueblo natal de Diamante en Entre Ríos, cuando recibo un llamado telefónico de mi hermano Salvador, a la sazón con residencia permanente en España, directamente desde la residencia del General J. D. Perón, en Madrid.

El pedido concreto y personal del General Perón, aceptar la subsecretaría de Salud Pública por un período que no sería seguramente mayor de 3 meses hasta poder resolver dentro de las líneas políticas del gobierno, el nombramiento definitivo. Con una carga pesada en mi tarea asistencial, en el momento era el Director de la Escuela Municipal de Cirugía Cardiovascular con asiento en el Hospital Durand y Jefe de Cirugía Cardiovascular del Hospital Italiano –en medio de un desfilar constante de pacientes con una patología absorbente para el médico, como lo es la cardiovascular– es que tuve que llegar a la Secretaría de Salud Pública. Tan grave aún para mí el hecho de mi estadía en los Estados Unidos desde 1960 hasta 1971, lapso prolongado que aún a pesar de los deseos e intenciones opuestas, se produce lentamente un alejamiento del ambiente comunitario del país.

La situación en Salud Pública desde los primeros días de mi ejercicio en la función demandó resoluciones rápidas, el carácter de urgencia se presentó desde el primer momento, diría casi con un carácter de normalidad. Una de las causas más importantes fue el malestar reinante en los Hospitales, creándose un clima de subversión y desjerarquización; la dirección médica invadida en dramática excitación por grupos de empleados habitualmente subalternos que pretendían tomar posiciones directivas con irrespetuosa consideración hacia profesionales con una larga y honorable trayectoria dentro del Hospital.

Con el tiempo los Directores desplazados de esos Hospitales formaron en el nivel central de Salud Pública un grupo coherente con altísima experiencia en la materia que se abocó al estudio del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El malestar reinante se propagó rápidamente a los jóvenes médicos en el proceso de la Residencia.

En los primeros días de Junio de 1973 recibí a una comisión representativa de Residentes de Hospitales de la capital, el resto de la gran masa de Residentes se encontraba en la Plaza de Mayo debajo de las ventanas de Salud pública, en actitud de protesta.

En la ocasión quedé profundamente impresionado no por los argumentos reivindicatorios que se esgrimían sino por el aspecto personal de esos Residentes, desaliñados indecorosamente, no tenían realmente el aspecto de profesionales de la medicina.

La confusión aún en la consideración de normas elementales y con el riesgo gravísimo que se cernía sobre estos jóvenes, desorientados y predispuestos a tomar decisiones radicales, aún de fuerza dentro de la ilegalidad, nos hizo concebir rápidamente la estructuración de la Carrera Sanitaria como complemento del SNIS para poder absorber como un núcleo básico el mayor número de jóvenes profesionales.

Retrospectivamente pienso que el SNIS no fue en su momento bien interpretado por el movimiento gremial argentino a través de sus Obras Sociales por una parte y por el Sector de la medicina privada en otro aspecto.

El sistema tenía sí, es cierto, una finalidad primera, fundamentalmente de proteger con una cobertura adecuada la atención médica de todos los argentinos, no se descubrió su acción velada que tenía un fundamento geopolítico. En efecto, a través de la carrera sanitaria, que en esencia presenta un modelo en el orden civil como el de la sanidad militar, se podía asegurar la distribución de profesionales en el interior del país y en especial en las zonas de fronteras. Debe seguir siendo para nosotros los argentinos un motivo de seria preocupación el poseer bienes naturales de una tan exuberante riqueza que contrasta con países limítrofes.

Entre otras cosas el SNIS y la Carrera Sanitaria contemplaba la regionalización de las especialidades de alta complejidad y la Secretaría creó comisiones especiales en Cardiología y Cirugía Cardiovascular, en Pediatría, en Nefrolo-

gía, etc., para estudiar una solución a estos problemas siempre con un criterio de regionalización de estas especialidades.

Afortunadamente durante nuestra gestión pudimos darle el impulso inicial al Hospital Nacional de Pediatría en la Capital Federal y pusimos lo medular aunque infructuosamente en la preparación de un Hospital único en la Capital Federal para asistir pacientes que requieran una atención de alta complejidad. Tuvimos la ventura que se realizara en Buenos, Aires el Congreso Mundial de Cardiología (Septiembre 1974) y le pudimos otorgar todo nuestro esfuerzo.

Así como no se puede detener la historia, el riesgo existe cuando se desea tomar como modelo de seguimiento a sistemas a veces congelados en el tiempo, que fueron enunciados para la época.

Es posible que el SNIS tuviera alguna vigencia en el momento que fue pensado. Después de estos años sus elementos de discusión no pueden ser enteramente, válidos y un sistema con estas características debe seguir la evolución económica y socio-cultural del país donde se desea ejercer su acción". (15)

BOLETINES INFORMATIVOS DE LA AMP

Durante esta etapa histórica, la Agremiación Médica Platense prosiguió con la publicación de sus Boletines Informativos (BI) aunque de manera más espaciada dado que entre 1973 y 1976 solo aparecieron 4 BI, 2 en 1973 y los 2 restantes durante 1975.

De todos modos el espíritu de los BI siguió siendo el mismo teniendo en cuenta que no solo brindaban todo tipo de información sobre la actividad gremial de la AMP, sino que se utilizaban como verdaderos manifiestos dado que no solo se explicitaban los principios e ideales de la AMP sino sus programas de acción. En especial sus Editoriales fueron el centro de atención porque resumían el pensamiento de la conducción de la AMP.

Dada la extensión de los BI hemos sintetizado el contenido de los mismos destacando lo que a nuestro entender es lo más significativo. A continuación exponemos este material literario indispensable que marcó una etapa en la historia de la AMP.

Boletín Informativo N° 20 - Julio de 1973 (16)

Editorial: Más allá del convenio con el IOMA

Es probable que cuando este número del Boletín esté en manos de los médicos se haya firmado el convenio de prestación de servicios con el IOMA. En el momento de escribir estas líneas se ha terminado la discusión sobre normas y queda por delante solamente el dictamen de los Asesores Legales y la discusión sobre aranceles. Según nuestra opinión, ninguna de las dos cuestiones planteará problemas insolubles y, casi con seguridad, la segunda mitad de este año 1973 será de relaciones directas con el IOMA, como ocurre ya con los pagos. Tal cual fuera previsto, la definición de la situación con el IOMA producirá efectos sobre las relaciones con otras Obras Sociales y Mutuales, y ya estamos verificando que tal circunstancia también se cumple. Acaba así, después de un año, el largo, difícil y complejo problema planteado a consecuencias de la desafiliación.

Y es oportuno que la definición ocurra ahora, porque el Consejo necesita todo su tiempo para ocuparse de examinar las actuales perspectivas de cambio en la atención médica. Ya fue dicho por nosotros que era necesario cambiar en materia de atención médica, y ya sea porque interpretamos correctamente el desarrollo de los acontecimientos o porque tuvimos la suerte necesaria, lo concreto es que el cambio viene siendo reclamado por la Agronomía Médica desde hace más de cinco años. Desde entonces, una y otra vez hemos criticado la multiplicidad y la ineficacia de los sistemas y subsistemas de atención médica, la falta de coherencia en las definiciones del Estado, el despilfarro y la improvisación imperante en materia de salud. A la vez que hemos propiciado el cambio, hemos reivindicado también en forma permanente el irrenunciable derecho y deber de los médicos de participar en todo lo que tenga que ver con la salud.

Esta decisión no es caprichosa ni carente de sentido. Está profundamente arraigada en la convicción de que son los médicos, todos los médicos, los que conocen la situación, porque ellos viven los problemas de la atención médica. No son los burócratas planificadores, cualquiera sea su competencia y su intención, los que pueden dar solución a problemas que manejan teóricamente y con alambicados razonamientos. Nos parece que esta advertencia es hoy más necesaria que nunca, pues han aparecido o reaparecido algunos propiciadores

de cambio que, o son tan tremebundos y revolucionarios que a la postre tampoco cambiarán nada.

Nosotros venimos insistiendo desde hace mucho en la idea de que para que el cambio sea posible debemos ser realistas. Aunque criticable, el país tiene una experiencia en salud y en atención médica, y es en estos aspectos que debemos basarnos si queremos efectivamente cambiar algo.

Por ello, en función de lo posible, hemos interesado al Gobernador de la Provincia en un proyecto que proponemos más como perspectiva de trabajo que como modelo de atención médica. Se trata de utilizar en la Provincia una herramienta idónea con la que contamos –el Instituto de Obra Médico-Asistencial– y hacerlo único efector en materia de recuperación de salud en la Provincia. Con este punto de partida, tenemos que encontrar la manera de integrar los actuales sectores público y privado en un sector único, y los médicos podremos examinar con quien corresponda todo lo que tenga que ver con nuestro ejercicio profesional, e incluso con modalidades de retribución que parecen importar tanto.

En poco tiempo y sin mayores inversiones, tendríamos un sistema provincial unificado para posibilitar la financiación del costo de la recuperación de la salud, base indispensable de un seguro de enfermedad y de todo un sistema de seguridad social.

Asamblea Extraordinaria - 10/4/73

En esta Asamblea, realizada en el Círculo de Periodistas, se definieron pautas de significativa importancia.

En lo gremial, a la par que se ratificaron las actuaciones cumplidas respecto a la desafiliación de la Federación Médica, se analizaron exhaustivamente las circunstancias actuales de la atención médica en el país, y sus implicancias socio-económicas. Se reiteró la decisión de los médicos de participar y colaborar en todo lo concerniente a los tópicos que específicamente les competen, y se coincidió en que la mejor solución del problema de salud sería la implementación de un sistema universal, unificado, obligatorio y solidario de prestaciones médicas.

Respecto a las relaciones con Obras Sociales, se decidió ratificar que la existencia de convenios bilaterales con la Agrerriación Médica Platense era el

único instrumento apto para efectivizar las prestaciones en los partidos de La Plata y Ensenada. Se autorizó al C.D. a suspender los servicios de aquellas Obras Sociales que se negaren a suscribir convenios, y a intimar a las que estuvieren en mora de pagos de honorarios médicos, bajo apercibimiento de tomar igual medida.

En base a estas decisiones, se cursaron a las Obras Sociales y/o Mutuales las respectivas notificaciones.

Relaciones con Obras Sociales

Como se informara en el Número Especial del Boletín, aparecido en el mes de Marzo, se notificó a las Obras Sociales y/o Mutuales, incluida IOMA, que habían quedado sin efecto ni valor las Actas-Convenio suscriptas con Federación y que, en consecuencia, se requería el pago directo a la Agronomía Médica Platense de las prestaciones efectuadas.

Posteriormente, y de inmediato a la realización de la Asamblea Extraordinaria, se comunicó la decisión de la misma de que debían implementarse las relaciones directas con nuestra Institución, so pena de suspender servicios en caso contrario, superado un plazo prudencial.

Esa posición, así como la extinción de las Actas-Convenio y la Comisión Conjunta de Pagos por ellas creada, fueron ratificadas reiteradamente por la Agronomía Médica, ante intimaciones recibidas, que incluían la posibilidad de la consignación de los pagos.

Con fecha 13 de abril, se intimó a realizar convenio de relación directa al IOMA, en un plazo de 48 horas, bajo apercibimiento de suspender servicios al cumplimiento de dicho término.

Ante esta situación, varios gremios que agrupan a trabajadores estatales afiliados al IOMA solicitaron “dejar sin efecto el corte de servicios a los afiliados del IOMA para iniciar tratativas”. Considerada esta alternativa, el C.D. resolvió dejar en suspenso la medida de suspensión de servicios ya decidida a partir del 18 de abril, hasta la cero hora del día 24 del mismo mes. Simultáneamente, se convocó a las entidades mencionadas (Federación de Educadores Bonaerenses, Asociación de Asistentes Sociales, Unión de Educadores Bonaerenses, Unión Docencia Artística, Asociación de Educadores Jubilados y Retirados, Asociación del Personal de Vialidad, A.E.R.I., S.O.E.M.E., Ateneo Policial, A.D.E.T.B.A.,

S.O.Y.E.M.E.P., Federación Católica de Educadores, Asociación de Docentes y Asociación de Maestros) a una reunión el día 21 a las 10 horas. Esta no pudo efectuarse por ausencia de la ciudad de los dirigentes de los gremios mencionados, que concurrieron a la Agronomía el día 24 de abril, ya concretada la iniciación de la suspensión de servicios.

En la citada reunión, en la que estuvieron presentes varios representantes gremiales, se expusieron detalladamente los antecedentes del problema, aclarando así exhaustivamente la posición de la Agronomía Médica Platense. La exposición del tema fue cabalmente comprendida por los visitantes, quienes plantearon cual sería la vía más apta para la solución buscada. Ante ello, se coincidió en que la intención del Directorio del IOMA de acordar bilateralmente las normas de prestación de servicios con la Agronomía Médica Platense sería requisito suficiente para la reanudación de servicios a los afiliados.

A todo esto, el Directorio del IOMA intimó con fecha 25 de abril a la Federación Médica a que resolviera ese día la prestación de servicios en La Plata y Ensenada, intimación que naturalmente no pudo ser cumplimentada por esa entidad.

El día 26, se recibió en la Agronomía un telegrama que expresaba lo siguiente: “Respondiendo telegrama del 24/4/73 se pone en conocimiento de esa Agronomía que función prioritaria IOMA es lograr prestaciones médicas en toda la Provincia. Directorio busca definición perentoria situación en la que injustamente fue colocado este Instituto IOMA. Colaciónese. Martha Baissac. IOMA”.

En base a estos elementos, y juzgando que en el lapso que tomara esa “definición perentoria” del problema debían evitarse a los afiliados del IOMA los perjuicios del sistema de reintegro instaurado por ese Instituto, que ya en otras oportunidades demostrara falencias notables, el C.D. dispuso ese mismo día intimar al IOMA a suscribir convenio en el término perentorio por el aludido, y que la atención médica se realizaría sin cargo a sus afiliados por el término de cinco días.

La Delegación Regional La Plata de la C.G.T. se dirigió a la Agronomía (27/4/73) solicitando se dejara en suspenso toda acción que implicara suspensión de servicios a Obras Sociales y/o modificación de aranceles médicos, hasta la asunción del nuevo gobierno, y requirió respuesta urgente antes del día 30 de abril.

En la nota enviada a la C.G.T., se aclararon conceptos en cuanto a la realidad de la situación que se atravesaba con algunas Obras Sociales, en virtud de la desafiliación de la Agronomía, y se rechazó expresamente toda otra interpretación que pudiera referirse a la cuestión, distinta de la expresada. Al mismo tiempo, se ratificaron decisiones de la entidad en materia de política del gremio médico en lo que a la estructura actual y futura de las prestaciones de salud respecta.

Por vía periodística, la opinión pública se informó el día 28 de que el Consejo Superior del Colegio de Médicos intermediaría “en el conflicto suscitado entre las instituciones médicas”, a pedido de la Delegación Regional La Plata de la C.G.T.

Una vez más, dos días después el Directorio del IOMA insistió en la utilización de la Comisión Conjunta de las Actas-Convenio del 21 de noviembre de 1972.

Finalizada la etapa de prestaciones sin cargo a los afiliados del IOMA, se resolvió que a partir del 2 de mayo su atención se efectuaría como a pacientes privados, se señaló públicamente a los usuarios que debían considerar a las autoridades del Instituto como únicos responsables, y se hizo conocer a la opinión pública que el Art. 9° del Acta-Convenio entre IOMA y Federación Médica hacía posible la solución del problema.

Paralelamente, merced a conversaciones con funcionarios de la Jefatura de Policía se acordó con Servicios Sociales de Policía la facturación por vía de la Agronomía Médica Platense, de las prestaciones a pacientes internados afiliados del IOMA que a la vez sean beneficiarios de esos Servicios Sociales.

El 3 de mayo, en horas de la tarde, se recibió de IOMA un telegrama colacionado solicitando la concurrencia a IOMA “para aclarar expresiones vertidas reiteradamente por esa Agronomía, y asimismo analizar cuestión normalización servicios La Plata y Ensenada”. Se acordó realizar la reunión precitada el lunes 7 de mayo, con el Directorio del IOMA.

Planteadas en ella las expresiones de la Agronomía a través de publicaciones solicitadas, se aclaró que, si bien ellas no tenían el propósito de agraviar a personas, los elementos de juicio con que se contara en cada oportunidad explicaban sin dificultades las respectivas interpretaciones desarrolladas. Pasando luego a la consideración del problema de las prestaciones médicas en La Plata y Ensenada, se debió reiterar una vez más, y explicitarlo claramente,

que el presunto “conflicto entre entidades médicas” no era tal, pues siendo la desvinculación total y absoluta, y distinto el ámbito de acción de las entidades aludidas, la sola y sencilla solución estribaba en la puesta en marcha del instrumento legal que reglara la relación entre prestadores (A.M.P.) y prestatarios (IOMA).

Luego de diversas alternativas, el Dr. Budiño, miembro del Directorio, anotó las pautas que surgieran de general acuerdo en la reunión: acta o documento hasta el fin de mayo, prorrogable, para iniciar la relación; reconocimiento de la representatividad de la Agronomía Médica Platense en su ámbito de acción, y pago directo de las prestaciones a nombre de la Agronomía (aquí IOMA señaló que debería gestionar unilateralmente la presencia de un veedor de Federación Médica, a fin de cubrir ulterioridades).

Habiéndose acordado que el Directorio del IOMA haría saber esa misma tarde a la Agronomía su decisión respecto a las pautas esbozadas, se informó entonces que el retiro de un miembro del Directorio, por razones particulares, no había permitido finalizar la consideración del tema. A partir de entonces, se careció de noticias verbales ulteriores.

El día 10 fue recibido un nuevo colacionado del IOMA, manifestando que esa institución decidía esperar los resultados de la “inminente solución del conflicto médico a través de la mediación del Colegio de Médicos”, reiteraba la solicitud de normalización de servicios y, aún otra vez más, la percepción de pagos por la Comisión Conjunta.

Al día siguiente, se respondió que la única solución para la reanudación de servicios era el cumplimiento de los puntos acordados el 7 de mayo, y que otras interpretaciones que implicaran dilación quedaban bajo exclusiva responsabilidad del IOMA. Se manifestó también que el día 14 se informaría a la opinión pública.

Paralelamente, el Colegio de Médicos (Consejo Superior) notificó oficialmente el día 7 a la Agronomía de su gestión encarada por ese Consejo a pedido de la Delegación Regional de la C.G.T. cuya solicitud original adjuntó. La contestación de la Agronomía señaló la inexactitud de la apreciación de la Delegación Regional de C.G.T. en cuanto a que se trataba de “problemas institucionales del gremio médico”, desde que el problema residía en la imposibilidad de brindar servicios médicos sin convenio que implemente la relación bilateral. Se propuso, asimismo, aceptar la reunión propuesta por el Consejo

Superior “a efectos de aclarar y ampliar, si cabe, los fundamentos y razones que asisten a la posición de la Agronomía Médica Platense”.

El sábado 12 se realizó la reunión del C.D. de la Agronomía Médica Platense y el Consejo Superior del Colegio de Médicos en pleno, y en ella se analizaron exhaustivamente las circunstancias, alternativas y soluciones respecto a los temas planteados.

Al mismo tiempo, el Acuerdo de Gremios Estatales de Buenos Aires (AGEBA) dispuso un paro total de actividades en los lugares de trabajo, el jueves 17, así como solicitar audiencia al Gobernador de la Provincia “a fin de petitionar la intervención de la Agronomía Médica Platense”. Por su lado, el Directorio del IOMA, convocó para el día 14 a una reunión extraordinaria con las agrupaciones representativas de sus afiliados, para considerar el problema.

A posteriori, se informó a la opinión pública que el Directorio del IOMA, “interpretando la voluntad de las entidades representadas, dispuso apoyar las medidas que adopte AGEBA, los demás gremios docentes y otros agrupamientos de afiliados con el propósito de lograr la normalización de los servicios en las jurisdicciones afectadas”. Se agregó “en el interín, se den por suspendidas todas las tratativas que no ofrezcan pautas propicias para llegar a una solución satisfactoria”. La Asociación Bancaria Platense efectuó un paro de 30 minutos el día 14.

El martes 15 en conferencia de prensa, se aclaró la posición de la Agronomía ante el enturbamiento del proceso y la confusión de sus verdaderas características.

Toda esta tergiversación del proceso motivó una reunión extraordinaria del C.D. el día 16, al mediodía, en la que fue ampliamente analizada la situación actual y de qué manera, por motivos desconocidos para la Entidad, se había tergiversado la cuestión convirtiéndola, o pretendiendo hacerlo, en una cuestión social. El C.D. entendió que hacía a su responsabilidad hacer un esfuerzo por colocar las cosas en sus justos términos y se produjo la Resolución de fecha 17 de mayo.

En horas de la tarde del mismo día, fue recibida la copia de la Declaración producida por el Consejo Superior del Colegio de Médicos, que dice así:

“Ante la solicitud de la C.G.T. Sub-Delegación Regional La Plata, para que el Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia actuara como mediador a los efectos de arbitrar soluciones, al diferendo existente en el ámbito

local en las prestaciones médico sociales, resolvió en primera instancia aceptar dicha mediación. De inmediato fueron invitadas las entidades Federación Médica y Agreración Médica Platense para interiorizarlas del hecho y para que expongan sus puntos de vista. Ambas entidades aceptaron la mediación del Colegio de Médicos, haciéndose notar, que desde el principio existieron una serie de coincidencias para dar fin a dicho problema en la forma más rápida posible.

En el día de la fecha en una Reunión Extraordinaria convocada a tal fin, el Consejo Superior luego de evaluar lo actuado; CONSIDERA:

1) Que FEMEBA es la entidad representativa para efectuar las prestaciones médicas dentro del ámbito de la Provincia de Bs. As.

2) Que dadas las circunstancias conocidas, FEMEBA debe autorizar los convenios por los cuales la Agreración Médica Platense efectuará dichas prestaciones en su ámbito de acción.

3) Que dichos convenios deben seguir los lineamientos generales que rigen en la materia en la Provincia de Bs. As. en los aspectos médico-legales y médico-gremiales. Por lo tanto RESUELVE: 1) Que en el término de 48 horas deben regularizarse las prestaciones médicas en el ámbito local. – 2) Solicitar a la C.G.T. la suspensión de las medidas de fuerza para facilitar la solución del diferendo. – 3) Comunicar a las entidades C.G.T., FEMEBA y AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE esta RESOLUCIÓN del Consejo Superior.

LA PLATA, 16 de mayo de 1973. Fdo.: Dr. Osvaldo Mammoni – Presidente del Consejo Superior del Colegio de Médicos, Dr. Carlos Blanco Ruiz – Sec. Gral., Dr. Héctor Fraschina – Tesorero”.

En base a la Resolución del C.D. de la Agreración reanudando servicios médicos, y a la antes transcripta Declaración del Consejo Superior del Colegio de Médicos, se cursaron notas del IOMA y demás Obras Sociales y/o Mutuales para establecer de inmediato las bases imprescindibles para regular las relaciones. Se especificó que, atento a los Considerandos y Resolución del Consejo Superior, no existía impedimento alguno a la instrumentación de esas bases. Esos Considerandos y Resolución habían sido aceptados por la Agreración, con ese convencimiento.

El día 22 se efectuó una reunión con el Directorio del IOMA, en la cual se cambiaron ideas sobre la manera de instrumentar documentalmente las relaciones, y cómo evacuar rápidamente los pagos retenidos por el IOMA, de afiliados

de la Agronomía Médica Platense. En la misma tesitura, la vicepresidente del IOMA solicitó el día siguiente el envío por escrito de las pautas que la Agronomía proponía a tal efecto, lo que se cumplimentó de inmediato.

El martes 29, mediante un nuevo llamado telefónico, la Sra. de Deprati señaló que se hallaba imposibilitada de resolución alguna, por cuanto estaba a la espera del nombramiento de las autoridades del Ministerio de Bienestar Social y aún de la Presidencia del mismo IOMA.

El jueves 7 de mayo se realizó una reunión con el Presidente del IOMA, Dr. Carlos A. Bocalandro, en la que asimismo estuvieron presentes miembros del C.D. de la Federación Médica. Planteadas por las partes las posibles soluciones del problema, el Presidente del IOMA se comprometió a suscribir un convenio de prestación de servicios con la Agronomía Médica Platense, y al propio tiempo se puso en marcha el trámite para efectivizar el pago de los honorarios retenidos a través de Federación Médica.

Audiencia con el Sr. Gobernador

El día 2 de julio, el C.D. entrevistó al Señor Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Oscar Bidegain, con el fin de saludarlo y, al propio tiempo, ofrecerle la colaboración de la institución para la consideración de todos los problemas relacionados con la atención de la salud.

Se resumieron las bases de la acción que en ese campo la Agronomía Médica Platense entiende como válidas y de aplicación actual, teniendo en consideración las dificultades económicas presentes.

Se hizo entrega al Dr. Bidegain de una presentación acerca del tema, que se transcribe a renglón seguido:

“Por disposición del C.D. y en nombre y representación de los médicos de los partidos de La Plata y Ensenada, zona de nuestra jurisdicción, nos dirigimos al Señor Gobernador de la Provincia de Bs. As. con la finalidad, en primer término, de hacerle llegar los saludos de los médicos cuya representación asumimos, así como sus deseos de éxito para la difícil gestión que Usted ha iniciado. En segundo lugar, nos proponemos poner a su consideración algunos de los criterios sustentados por nuestra Agronomía en lo referente a la solución de los problemas de salud de la población, que son objeto de permanente atención, preocupación y análisis por parte de la misma.

La Agremiación Médica Platense es una entidad civil con personería reconocida por Decreto N° 16158/59, cuyos fines, estatutariamente determinados, a la par que se proponen desarrollar la conciencia gremial de los médicos para asegurarles las adecuadas condiciones de trabajo y retribución, toman en muy especial consideración todo lo que tiene que ver con la atención de la enfermedad, promoviendo el examen de la cuestión y la búsqueda de soluciones al problema. A tal fin y desde hace mucho tiempo nuestra Entidad ha trascendido las muy importantes pero, en definitiva, limitadas reivindicaciones económicas y pretende que sus dirigentes y los médicos que representan sean capaces de examinar todo lo que tiene que ver con la salud con el mismo entusiasmo de los reclamos gremiales y con la competencia y capacidad técnica que permitan abarcar todos los contornos del problema para propiciar soluciones no solamente en base a los intereses de los médicos sino también contemplando, y muy principalmente, los intereses del pueblo que son, en definitiva, los de la Nación.

Desde este punto de partida nuestra entidad ha criticado en todos los tonos y de todas las maneras la pluralidad de sistemas y subsistemas de atención médica actualmente en vigencia, y ha definido con toda claridad la necesidad del cambio propiciando la creación de un sistema único, con carácter de universal y obligatorio. Hemos criticado la multiplicidad de sistemas porque implican dispersión de esfuerzos y despilfarro de fondos, carencia de una idea directriz para resolver los problemas de la salud, y porque el desorden y el caos pueden tal vez aportar beneficios a algún sector pero de ninguna manera son útiles ni para el pueblo que recibe la atención ni para los médicos que la ejercitan.

Las muy altas calidades que requiere el ejercicio profesional –que Usted conoce– determinan que los médicos no puedan ser insensibles ni a las condiciones concretas en que deben desenvolver su profesión ni a las repercusiones y consecuencias de su actividad.

Tener salud no es solamente estar privado de enfermedad sino gozar del bienestar psicofísico que nace de tener un salario digno y suficiente, una vivienda adecuada y la posibilidad de acceder a la educación y la cultura, no solo para sí sino también para quienes integran la familia. Es utópico pretender soluciones con un sistema donde la injusticia social y la miseria son directas responsables de la tuberculosis, la sífilis, la enfermedad de Chagas-Mazza y la mobimortalidad infantil. Un sistema de seguridad social que comience por

atender a la solución del problema de la enfermedad sólo puede encontrar posibilidades de desarrollo cuando la justicia social sea uno de los propósitos principales de la acción de gobierno.

Por esta razón estimamos que en Usted y con Usted se dan las condiciones indispensables para promocionar y llevar adelante el cambio que necesita la atención médica.

Propiciamos la existencia de un único sistema con carácter universal y obligatorio porque entendemos que es necesario terminar con los defectos derivados de la multiplicidad de sistemas antes mencionados, y porque un sistema único es lo que permitirá programar el gasto distribuyendo los fondos de acuerdo con las necesidades y las prioridades indispensables en un asunto de tan hondo contenido social.

Propiciamos un sistema único en el que todos aporten de acuerdo con sus posibilidades, en el que el mecanismo recaudador impida la duplicación de aportes, el destino incorrecto de los fondos o los gastos superfluos. Un sistema en donde la recuperación de la salud pueda hacerse en establecimientos adecuados, dotados del confort y la tecnología que la época hace indispensables, y en donde el proceso de restablecimiento esté al abrigo de la inseguridad y el temor a afrontar costos que para las retribuciones de la inmensa mayoría de nuestro pueblo resultan exorbitantes.

Un sistema que brinde a los profesionales las condiciones de trabajo y la retribución indispensables para que una actividad humana tan esencial como la del médico se coloque al abrigo de la especulación por la ganancia y de la sordidez de la miseria. Un sistema, en fin, que sea capaz de brindar a toda la población de nuestro país, sin distinción de clases ni de sectores, la mejor medicina, la única a que debe aspirar el pueblo de nuestro país.

Tenemos perfectamente en cuenta las dificultades que aparecen cuando se trata de llevar a la práctica un programa como el que hemos definido en líneas generales. Sabemos perfectamente que el país carece de informaciones esenciales en cuanto a infraestructura, demanda de prestaciones, necesidades, recursos humanos, etc. Por ello estamos convencidos de que un plan de esa naturaleza puede y debe ser concebido para el mediano y largo plazo pero que, mientras tanto, pueden y deben darse pasos trascendentes.

Desde la perspectiva de la salud nuestra Provincia constituye uno de los sectores privilegiados del país. Como Usted sabe, coinciden en ella varios sis-

temas de atención médica, pero el general beneplácito con que cuenta ésta se debe en el ámbito de la Provincia al predominio manifiesto de una forma de trabajo que propiciaron, crearon y desarrollaron las entidades profesionales médicas, y que involucra preceptos constituidos en pilares de nuestra acción gremial: Libre Elección del Médico por parte del enfermo, pago por acto médico y convenio de trabajo por intermedio de la entidad gremial.

Poder elegir médico representa, Usted lo sabe, la decisión elemental e indispensable a que tiene derecho el hombre enfermo. Sabemos perfectamente que ejercitar una libertad requiere un conocimiento suficientemente perfeccionado de todos los sectores involucrados en tal ejercicio y, aun reconociendo que tal tipo de circunstancia no siempre se da en la elección de un médico estimamos que tal derecho debe garantizarse.

La relación médico-paciente está en la base de una correcta y buena medicina y debíamos hacer todos los esfuerzos que fueren menester para que nada interfiera o perturbe esa relación. Ha sido mérito fundamental de los médicos de la Provincia de Buenos Aires incorporar a su ejercicio una norma con la que coinciden las grandes organizaciones mundiales de la salud.

El pago por acto médico surgió en nuestra acción gremial con la idea de que el prestigio, la experiencia, la capacidad y el trabajo de los médicos debían gratificarse mediante la posibilidad de una mejor retribución económica. Para las circunstancias en que fue planteado, pretendía convertirse en un factor estimulante para que el deseo de mejorar y las acciones correspondientes fueran beneficiadas con una mejor retribución. Pensamos que en una sociedad tan móvil como la nuestra tal tipo de incentivos puede mantenerse por lo menos el tiempo necesario que demoremos en cambiar la escala de valores y consecuentemente, los modos de retribución. Estamos conscientes de que esta modalidad produce desajustes en los ingresos de unos y de otros y que, desde esta perspectiva, se entronca con aspectos liberales económicos, pero estimamos que sigue siendo la manera más correcta de resolver los problemas retributivos del trabajo médico en forma inmediata.

El pago por acto médico está directamente relacionado con la cuestión aranceles y con las múltiples modalidades de fijación de los mismos. En nuestra Provincia esta facultad ha sido delegada por el P.E. en los Colegios Médicos según los términos del D.L. 5413/58. De todos modos, nunca los médicos han ejercido estas facultades delegadas con desaprensión por los intereses in-

volucrados y, aunque haya sido manejado este aspecto en forma tendenciosa y arbitraria, los médicos no han sido ajenos a la salud económica de las Obras Sociales.

El convenio de trabajo por intermedio de la Entidad Gremial asimila el carácter de las prestaciones médicas al de otras formas laborales vigentes en nuestro país y permite, al mismo tiempo, defender las condiciones de trabajo y las remuneraciones de los profesionales, supervisando las características y modalidades del mismo para que realmente la cantidad de prestaciones se ajuste a la demanda. De esta manera la Entidad Gremial se convierte en verdadera reguladora y supervisora de la actividad profesional y en poco tiempo más en un verdadero factor de promoción para mejorar la calidad de la atención médica.

Todos estos principios médicos son compatibles en este momento con una gran institución provincial, el Instituto de Obra Médico Asistencial, cuya estructura funcional es, a nuestro juicio, perfectamente aprovechable para convertirla en el instrumento apto para canalizar en lo inmediato las medidas que llevarían a largo plazo a las soluciones definitivas. Eventualmente deberían analizarse la Ley Orgánica del IOMA y su decreto reglamentario para someterlas a ajustes que facilitarían esos pasos. El IOMA tiene la infraestructura necesaria para incorporar paulatinamente como afiliados suyos a todos los habitantes de la Provincia, cualquiera sea su situación de actividad o su relación de dependencia.

En una primera etapa debería implementarse el ingreso al IOMA de los obreros y empleados en relación de dependencia con empresas, industrias, comercios, cooperativas o establecimientos educacionales, y de los afiliados de entidades de bien público, instituciones y gremios. Asimismo, se convendría la provisión de prestaciones a los usuarios de otras Obras Sociales y Mutuales, nacional, provinciales o regionales, que actúan en el ámbito de la provincia. Estimamos que con los organismos mencionados el IOMA podría contratar servicios según la modalidad denominada cartera fija. De esta manera, el IOMA tendería a convertirse, paso a paso, en el único efector en materia de Salud en la Provincia, contratando con las entidades representativas de los prestadores (médicos, bioquímicos, odontólogos, farmacéuticos, establecimientos asistenciales, etc.) y pagando por las prestaciones según las modalidades que ya mencionáramos.

El desarrollo de estas medidas llevará seguramente a la consideración de problemas conexos, como la adecuación del coseguro a cargo del afiliado a la realidad económica actual, la reglamentación de requisitos mínimos para el funcionamiento de establecimientos asistenciales en el ámbito provincial y la normatización de la atención de enfermos infecto-contagiosos y mentales.

El coseguro a cargo del afiliado, como resultara demostrado en investigaciones realizadas por nuestra Agronomía, cumple funciones reguladoras de la demanda excesiva. Pero, al propio tiempo, hemos observado que obra, de hecho, como factor que inhibe o dificulta el acceso a la mejor medicina dado el costo de las prestaciones y las condiciones económicas generales de la población. Asimismo no pocas entidades sindicales se han movilizadas con el fin de solucionar la cobertura del coseguro a sus afiliados. El Directorio del IOMA, autorizado legalmente a hacerlo, debería contemplar detenidamente este aspecto de la cuestión. La fijación y aplicación de requisitos mínimos para el funcionamiento de los establecimientos asistenciales, públicos o privados, se demuestra en la Provincia como una necesidad imperiosa.

En lo general, la capacidad instalada deberá estar en relación con la demanda de servicios en una región determinada, evaluando en los casos en que fuere necesario el aporte de demanda adicional de zonas vecinas o alejadas. Además, deberá evitarse, planificándolo cuidadosamente, la superposición de iguales recursos diagnósticos y terapéuticos en una misma área que da por lógica consecuencia la utilización en menos de la capacidad potencial de cada uno de ellos. Por otra parte deberán calificarse los distintos establecimientos en base a niveles de complejidad, de acuerdo a los recursos utilizados y las reales necesidades atendidas en cada sector.

La normatización de la atención de pacientes infecto-contagiosos y mentales, a más de sus particularidades médicas específicas deberá contemplar íntegramente los aspectos sociales involucrados. Estimamos que estos grupos especiales deberán estar prioritariamente a cargo del Estado. Posteriormente, en forma progresiva, y en la medida en que el IOMA fuera ampliando su radio de acción, habría que incorporar las estructuras hospitalarias del sector público, en un plan de paulatina asimilación a las características generales de las prestaciones brindadas por el IOMA. La utilización de la capacidad instalada pública y privada, globalmente considerada, permitiría así habilitar sectores destinados a planes sanitarios específicos.

Finalmente se instrumentaría la afiliación de los habitantes de la Provincia que no hubieren ingresado en su momento a través de las entidades incorporadas en la primer etapa. En resumen los sucesivos pasos a dar, según nuestro criterio, comprenderían: 1) Regulación del coseguro a cargo del afiliado. – 2) Incorporación al IOMA de los usuarios de entidades diversas y Obras Sociales ya en funcionamiento. – 3) Normatización global y particular de la capacidad instalada, pública y privada. – 4) Elaboración de planes especiales para los sectores reservados total o parcialmente al Estado. – 5) Incorporación al régimen de IOMA de las estructuras hospitalarias del sector público, en forma planificada y paulatina. – 6) Cobertura de los habitantes de la Provincia no incorporados anteriormente en el IOMA.

Con estas sugerencias, que nos permitimos hacerle llegar, o con cualquier otra que Usted o sus asesores hayan definido puede abrirse la discusión sobre estos urgentes problemas. No ofrecemos desde ya la colaboración de la Institución convencidos no solamente que todos los argentinos deben participar de las transformaciones y cambios que seguramente se avecinan, sino de que los médicos tienen el deber de participar en cualquier mesa de trabajo donde se discuta el problema salud. Este deber lo reclamamos como un derecho porque estamos convencidos que con los médicos puede llevarse adelante cualquier programación que se proponga mejorar las actuales prestaciones médicas.

Un Seguro de Enfermedad tiene que aspirar a convertirse en breve plazo en un Seguro de Salud y éste tiene, ineludiblemente, que formar parte de un Sistema de Seguridad Social. Quien lo lleve adelante no solo realizará una obra de buen gobierno sino que ganará la consideración de todos los argentinos. Saludamos a Usted con la expresión de nuestra mayor consideración”.

Entrevista con el Sr. Ministro de Bienestar Social

El Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense visitó al Dr. Floreal Ferrara a fin de interiorizarse de las perspectivas por él contempladas en materia de salud, dos días después de haber entrevistado al Dr. Bidegain. El Señor Ministro planteó la necesidad de llevar adelante un programa revolucionario de atención de la salud, tomando como base fundamental del futuro sistema a los hospitales públicos y sanatorios de Obras Sociales y Mutuales y contando con profesionales con funciones a tiempo pleno. Interrogado acerca

de las dificultades económicas a afrontar para la efectivización de un plan de tal naturaleza, en vista de las actuales circunstancias, manifestó que de una capacidad tributaria todavía muy lejos del agotamiento podrían obtenerse los recursos necesarios.

Señaló su intención de convocar a reuniones para el estudio de temas relacionados con la salud a entidades representativas de los prestadores y a representantes de los usuarios. Después de haber hecho hincapié en la posición de la Agremiación Médica Platense favorable al pago por acto médico, que discrepa con su personal enfoque, planteó la necesidad de que la primera comisión de estudio analizara los sistemas de pago de la atención médica.

La Agremiación Médica Platense señaló que su preocupación fundamental estaba referida a la mejoría de la calidad de la atención médica para lo cual, se entendía, la forma de remuneración del trabajo médico carece de importancia. Sin perjuicio de ello, estaba dispuesta a satisfacer las aspiraciones del ministro y esperaba que se le formulara la invitación correspondiente.

En la parte final de la entrevista, el Ministro hizo consideraciones sobre las actuales circunstancias políticas que vive nuestro país. En tal sentido, destacó que el 11 de marzo el pronunciamiento popular producido tenía un claro objetivo de producir las transformaciones que el país necesita. Como consecuencia de ello muchas cosas habían comenzado a cambiar, abriéndose un panorama de conciliación y pacificación en el cual tendrían que participar las entidades médicas.

Nuestra entidad considera que esto tiene razón de ser en cuanto a participar de un clima general. En cuanto a cambios las entidades médicas en general y la nuestra en particular los venían propiciando desde mucho antes que el 11 de marzo. Solamente una insuficiencia o inadecuada información pueden explicar los conceptos del Ministro. Lamentablemente quedaron pendientes de consideración muchos otros problemas, entre ellos, la Carrera Profesional Hospitalaria.

Boletín Informativo N° 21 - Septiembre de 1973 (17)

SAMIPLA: La Obra Social de la AMP

Una de las preocupaciones fundamentales del Consejo durante los últimos dieciocho meses ha sido SAMIPLA.

Es oportuno, entonces, revisar todo lo andado, pero, como siempre, conocer el origen y partir desde allí nos permitirá no equivocarnos.

Cuando se decidió la puesta en marcha del Sistema en medio de una confusa relación entre médicos y obras sociales y de un muy poco alentador panorama para la atención médica, señalamos cuales eran los fines de la empresa. Se trataba de ayudar a un sector de población bastante numeroso a financiar los gastos que demanda la recuperación de la salud; creado por los médicos, el sistema aspiraba a difundir los beneficios de la libre elección ampliando posibilidades de trabajo y rescatando para el sistema a beneficiarios probables de algunos otros; ofrecerse como alternativa en materia de prestación de servicios para las situaciones irregulares que existían y todavía se mantienen en el área de jurisdicción de la Agronomía Médica Platense; poder pagar las prestaciones en el menor plazo posible, no sólo porque es justo, sino para ayudar a los médicos a tolerar los atrasos a veces incomprensibles de otras Obras Sociales.

Gran parte de estos objetivos se han cumplido, a pesar de que se está muy lejos de haber alcanzado el éxito completo. Con sus casi catorce mil afiliados SAMIPLA está colocada en cuarto o quinto lugar entre las Obras Sociales y/o Mutuales por el volumen de su facturación, y se ha convertido en una importante fuente de ingreso médico. Ha absorbido a beneficiarios que hasta su ingreso al Sistema pertenecían a algún otro de los tantos que existen, y ha conseguido incluir algunos grupos que estaban en tratativas de resolver su problema asistencial mediante un contrato que no contemplaba la libre elección. Considerado políticamente, el Sistema puede conseguir corregir todas las deficiencias del Sistema y hacerlo el mejor de todos para los usuarios y los prestadores.

SAMIPLA – Datos Estadísticos		
<u>Número de afiliados al 31/8/73</u>		
Total de inscriptos		14.463
Activos		13.039
Morosos, fallecidos, renunciados, licencias		1.424
<u>Médicos inscriptos al 31/8/73</u>		
Total		1.615
<u>Cantidad de afiliados mensuales</u>		
Abril 1972		69
Mayo 1972		462
Junio 1972		1.328
Julio 1972		2.534
Agosto 1972		3.655
Septiembre 1972		5.155
Octubre 1972		7.694
Noviembre 1972		8.535
Diciembre 1972		9.329
Enero 1973		9.992
Totales y porcentajes por grupos de prestadores de pagos efectuados por SAMIPLA - Abril a Diciembre de 1972		
Médicos	700.634,68	39,85%
Medicamentos	444.955,13	25,33%
Clínicas y Sanatorios	411.035,65	23,48%
Bioquímicos	150.250,31	8,58%
Auxiliares Médicos	27.961,30	1,60%
Kinesiólogos	22.017,00	1,14%
Fonoaudiólogos	253,15	0,02%

GASTO EN SALUD DE LOS AFILIADOS DE SAMIPLA DURANTE EL PERÍODO ABRIL - DICIEMBRE 1972 - PORCENTAJES POR GRUPOS DE PRESTADORES	
Médicos	34,04%
Medicamentos	34,76%
Clínicas y Sanatorios	22,93%
Bioquímicos	5,86%
Auxiliares Médicos	1,55%
Kinesiólogos	0,85%
Fonoaudiólogos	0,01%

Entrevista con el Ministro de Bienestar Social

En la entrevista realizada el día 5 de setiembre, con el Ministro de Bienestar Social, Dr. Carlos A. Bocalandro, se trataron temas de interés para el gremio Médico. El Dr. Bocalandro informó que funcionarios del Ministerio a su cargo, encabezados por el Señor Subsecretario de Salud Pública, están participando en el Ministerio de Bienestar Social de la Nación de las deliberaciones tendientes a definir el plan de política sanitaria nacional.

En otro orden de cosas, señaló su interés por levantar el nivel actual de los establecimientos hospitalarios públicos. En lo referente a la Carrera Profesional Hospitalaria, el Dr. Hansen, presente en la entrevista, marcó como objetivo la Reglamentación de la Comisión Permanente, lo que permitiría, a juicio de las autoridades, obviar vicios de procedimiento observados desde la implantación de la Ley respectiva. Además, remarcó que en la medida en que se adecúe el funcionamiento de la Ley, los cargos directivos de los hospitales serán cubiertos según el régimen de la misma.

También manifestó que los temas pendientes de consideración en lo que respecta a problemas derivados de la aplicación de la Ley N° 7878, serán resueltos a posteriori del 12 de octubre próximo, fecha de asunción del nuevo presidente.

Por último, al consultársele al respecto, el Dr. Hansen señaló que los sueldos de Carrera Profesional Hospitalaria serían liquidados en base al sueldo mínimo de \$1.000, de acuerdo al texto de la Ley N° 7878.

Con respecto a este punto el C.D. de ésta Institución dispuso enviar al Sr. Subsecretario de Salud Pública de la Prov. de Bs.As., Dr. Raúl Hansen, la siguiente nota:

LA PLATA, 12 de setiembre de 1973. Cumplimos en dirigirnos a Usted, por disposición del Consejo Directivo de esta Institución, con el objeto de reclamar por la incorrecta liquidación de las remuneraciones del mes de agosto pasado a los médicos que se desempeñan dentro de la Carrera Profesional Hospitalaria. Tal como lo establece claramente el art. 62 de la Ley 7878, los sueldos de los profesionales escalafonados deben calcularse sobre la base de multiplicar el número de horas de trabajo semanal por un módulo igual al 8%, 8,5% y 9% del sueldo mínimo provincial para cada una de las categorías de la Carrera-Médica Asistente, Médica Agregado, Médico de Hospital.

Pese a tan clara disposición los profesionales han percibido sus haberes de agosto con sueldos básicos desactualizados, calculados sobre la base del salario mínimo de \$850,00, a los cuales se ha adicionado la suma de \$200,00 resultante de lo establecido, en general, por el P.E. Nacional. Tal procedimiento comporta una transgresión administrativa de la Ley de Carrera Profesional Hospitalaria que, al presente, tiene pleno vigor y vigencia.

Esta cuestión le fue planteada oportunamente y señaló Usted, en la ocasión, que los sueldos de la Carrera se liquidarían sobre la base del salario mínimo de \$1.000,00. Se trataría entonces, de dar instrucciones a la Dirección de Administración a fin de subsanar la irregularidad señalada en el párrafo anterior.

Boletín Informativo N° 22 - Marzo de 1975 (18)

Consejo Directivo Período 1974/1975

Presidente – Dr. Alberto L. Poli

Vicepresidente – Dr. Reynaldo Arturi

Secretario General – Dr. Alfredo J. Rae

Prosecretario – Dr. Edmundo A. Vampa

Tesorero – Dr. Omar C. Gullo

Protesorero – Dr. Guillermo E. Cichetti

Vocal – Dr. Alberto M. Yuspas

Vocal – Dr. Alejandro Ranalletta

Vocal – Dr. Mario Puente

Vocal – Dr. Edmundo E. Maristany

Vocal – Dr. Héctor O. Vidal

Comisión Revisora de Cuentas: Titulares: Dr. Ricardo Monteverde – Dr. Rubén A. Morganti – Dr. Guillermo Perdoni – **Suplente:** Dr. Alberto Pascual
PROGRAMA DE ACCIÓN: Un verdadero Manifiesto

Efectuadas las elecciones para la renovación del Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense, acto al que se presentó en carácter de lista única la integrada por el Movimiento Unidad Médica y Cambio, se constituye el Consejo el día 5 de diciembre y como acto reafirmatorio de sus postulados resuelve transcribir en acta el presente manifiesto:

La Institución Agronomía Médica Platense está en vísperas de renovar sus autoridades en un momento particularmente grave del país, del cual los médicos somos parte integrante y en un momento de indefinición respecto de las formas que ha de adoptar el ejercicio profesional.

Frente a ese problema desconsolador, los médicos aparecemos disociados, sin ideas definidas, con un falso enfrentamiento generacional, de intereses, de futuro... Y ese enfrentamiento aparece ostensiblemente promovido y alentado desde esferas extra-médicas, prevaleciéndose de él para utilizar el sentido del ejercicio profesional, la medicina y el propio ejercicio profesional, en beneficio de sectores que nada tienen que ver con la Salud, pero aprovechándose de ella.

Todo esto ha sido y es posible porque a través del tiempo y por motivaciones muchas veces idealistas -pero no coherentes con la realidad que nos imponen- y otras veces por otras motivaciones que no lo son, que por el contrario se exteriorizan como francamente egoístas, disociantes, por la desesperación que implica el tener que realizar ejercicio profesional y no saber cómo ni dónde; se ha desdibujado el sentido de nuestra elevada misión, se ha perdido el sentido humanístico de la misma, se la ha mercantilizado aún con mayor énfasis por parte de algunos de los que, denunciando instancias que debieron ser resueltas en el seno de las Instituciones Médicas, demuestran inusitada avidéz de cargos, posiciones o situaciones que le reditúan beneficios personales, al margen de las mismas argumentaciones que anteriormente expusieran.

Un claro proceso de deterioro institucional Médico general, falta de ideas y

actitudes en todos los niveles, falta de comprensión del momento que se vive, son responsables de esa situación de chatura, de incertidumbre, de temores. No hace falta abundar más. Hay que definir posiciones, hay que programar acciones para no caer en el abismo y el movimiento UNIDAD MÉDICA Y CAMBIO está dispuesto a llevar adelante las siguientes premisas, si los colegas le brindan su confianza en las elecciones.

1 - RECONSTRUIR EL GREMIO MÉDICO.

1.1. Plebiscitando obligatoriamente a todos los médicos agremiados para que se redefinan los objetivos del gremio y la política que consecuentemente ha de implementarse para esos fines. Ese plebiscito será puesto a consideración de una Asamblea, para darle toda la fuerza que ha de tener. Sustancialmente ha de definir:

1.1.1. Formas y modalidades del ejercicio profesional que el gremio esté dispuesto a apoyar.

1.1.2. Compatibilidades e incompatibilidades entre ellas.

1.1.3. Modos de remuneración.

1.1.4. Posibilidades de implementación de una Carrera Médica en ejercicio privado.

1.1.5. Asentar la Unidad Médica sobre bases de real solidaridad, sin pedir al desposeído que sea quien, con su conducta, sustente las apetencias insaciables de quienes acaparan el grueso de la renta médica en La Plata. No es que no pueda haber quien con su laborío gane bien, lo que no puede ser es que toda la estructura del trabajo médico esté arquitecturada para que solo un grupo reducido se beneficie con tal estructura.

2 - RECONSTRUIR LA AGREMIACIÓN COMO INSTITUCIÓN.

2.1. Que sea caja de resonancia de lo que suceda en la totalidad del quehacer médico.

2.2. Mejorar sustancialmente su manejo administrativo.

2.3. Hacerla dentro de estudio de los problemas de salud para elaborar sobre pautas reales y concretos programas y acciones de salud y ofrecerlos como colaboración a los organismos oficiales y privados del ramo.

2.4. Crear la escuela de dirigentes.

2.5. Brindar información permanente y actualizada a sus afiliados.

2.6. *Establecer relaciones con otras Instituciones y Organismos a todo nivel para demostrar que nuestra Institución, que defiende fundamentalmente un ejercicio profesional digno, está al servicio DE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD, no aceptando de ningún modo sectarizarse en aspectos políticos, raciales o religiosos. La Agronomía Médica Platense no es, no puede serlo estatutariamente ni racional o éticamente, trampolín ni medio de proyección de ninguno de sus miembros o de sectores que pudieran crearse, para inmiscuirse en algunos de esos aspectos.*

2.7. *La Agronomía Médica Platense no interferirá en el manejo específico de las otras Instituciones Médicas, Caja, Colegio, Entidades Científicas. Cuando lo crea conveniente, les hará llegar inquietudes muy respetuosamente. Del mismo modo no aceptará ninguna interferencia en su quehacer específico. Más pudiera decirse, pero lo expresado, es suficientemente indiciario de un pensamiento.*

*Resta decir que UNIDAD Y CAMBIO pretende no colisionar con nadie, generará su lista con amplitud de miras y participación de todos. No viene a instaurar prácticas agresivas para nadie, sino a conciliar los legítimos derechos y aspiraciones de los que son más. No viene a reconstruir pasados, viene con el fin superior de alentar a todos para que mancomunemos esfuerzos para lo que sea mejor **para cambiar, cambiar lo necesario, todo, si todo es necesario; poco si así también lo es, pero eso lo definirá Usted colega, porque este es el sentido, hacer que la conducción sea realizada por un Consejo Directivo que cumpla sus indicaciones precisas, como mayoría.***

Si está de acuerdo vote la lista de UNIDAD y CAMBIO, porque sus integrantes no tendrán otro compromiso que con Usted, con lo que Usted, como mayoría, decida que debe hacerse. Sus integrantes tendrán, tienen, conductas demostradas en el sentido de no haber tergiversado jamás la voluntad de los que son más. Si teme al cambio, si teme la opinión de las mayorías, no nos vote, porque si lo hace se va a equivocar.

En el curso de la primera sesión el Consejo procedió, asimismo, a designar las siguientes subcomisiones: **Administración:** compuesta por Presidente, Vicepresidente, Secretario General, Tesorero, Prosecretario y Protesorero, de **Centro de Documentación y Publicaciones:** Dr. Jorge Trueba y Dr. Raúl Semper; de **Obras Sociales y Mutuales:** Tesorero, Protesorero y Dr. Alejandro Ranalleta; de **Carrera Médica Hospitalaria y Residencias:** Dr.

Guillermo Featherston, Dr. Mario Puente, Dr. Héctor O. Vidal y Dr. Alberto Yuspas.

Formas de retribución del trabajo profesional

Uno de los elementos de juicio acerca de los cuales, los médicos deberán obligadamente exteriorizarse, en el próximo plebiscito, es referente a la modalidad de ejercicio profesional que esté dispuesto a sostener para el futuro inmediato.

A fin de que en tal compulsa se expresen fundadamente, es que se presenta una gama de formas posibles de retribución por actividad profesional. Esta tarea de información previa la conceptuamos, por tal razón, fundamental, y será desarrollada sucesivamente acerca de cada tema susceptible de ser encuestado.

Muy sumariamente, las diferentes formas de percepción de haberes por tarea médica realizada; pueden ser así clasificadas.

1. Por prestación

1.1. Por prestación directa (paciente particular)

1.2. Por prestación indirecta (convenios colectivos)

1.2.1. Cobro a través de entidades médicas contratantes por prestación con galenaje y valor galeno reconocidos.

1.2.2. Cobro a través de entidades contratantes por prestación con galenaje fijo, y valor galeno variable (retribución global o por cartera).

1.2.3. Por prestación directa con valor galeno convenido (reintegro).

2. Por retribución fija

2.1. Por sueldo.

2.2. Por capitación.

3. Formas híbridas o mixtas

3.1. Sueldo y prestación.

Un análisis somero y objetivo de cada una de estas modalidades ubicará al colega definitivamente, respecto de su significado.

El pago por prestación es una forma del trabajo a destajo, “tanto trabajás, tanto ganás”; crea una modalidad competitiva de trabajo; obliga a realizar convenios colectivos y a valorizar cada acto médico, obliga a codificar cada acto y/o modalidad de prestación; obliga a una adecuada supervisión y evaluación permanente.

El codificador de prestaciones médicas, entendiendo por tal todo acto médico realizado ante un paciente tendiente a su diagnóstico y/o tratamiento, debiera ser: completo y comparable. El único que ofrece tales posibilidades, es el Registro Internacional programado por la OMS.

Es completo, lo que hace que cada práctica y/o prestación vaya perfectamente identificada.

Admite comparabilidad, ya que es utilizado por múltiples partes. En los informes estadísticos de OMS, Argentina no aparece, por falta de estadísticas fehacientes, y porque su nomenclatura no se adecúa a las Internacionales.

El valor de cada práctica o acto médico, debiera readecuarse, según un único criterio para el total de las prácticas, y en dicho criterio deben caer, comparativamente, las siguientes pautas.

- Tiempo que demande la realización de una práctica.
- Tiempo que demande la atención del post-operatorio.
- Grados de dificultad de la práctica.
- Grado necesario de especialización del profesional para la ejecución de la práctica.
- Frecuencia con que la práctica se ofrece al trabajo médico.
- Riesgo de vida por factores inherentes a la práctica misma.

A partir de estos conceptos básicos, cuando el médico se enfrenta con un paciente particular, no debiera cobrar nunca menos del límite fijado como ético por el Colegio de Médicos, y el máximo queda establecido por la relación médico-paciente, en función de una multiplicidad de factores a tener en cuenta. **Esto es por prestación directa.**

Por prestación indirecta, se entiende trabajo médico a través de Entidad Gremial que nos nuclea: el caso de esta Agrupación Médica Platense que conviene con otro grupo humano nucleado en Obra Social y/o Mutual los modos de realizar ese trabajo, es decir, si la Entidad representativa de los usuarios ha de hacerse cargo del 100% de su valor, o de un porcentaje, si acepta en su totalidad el codificador o si tiene ciertas y atendibles limitaciones, etc.

Estos son verdaderos convenios colectivos y admiten diferentes variedades.

Con galenaje y valor galeno reconocidos: es nuestra modalidad de trabajo con Obra Social y/o Mutual. Es un régimen liberal de trabajo, posibilita que el común de la población protegida arribe igualitariamente a la mejor medicina. Tiene como inconvenientes, abusos: de parte del usuario y de algunos médicos, por falta de mecanismos aptos y lógicos de contralor. Permite de alguna manera que elementos indeseables injertados dentro del gremio usufructúen del sistema, utilizando, además otras formas de retribución en su exclusivo beneficio. Son mercaderes de la medicina, son la clase empresarial médica. Un quehacer gremial activo puede rectificar rumbos.

La entidad gremial representativa puede aceptar globalmente una suma de dinero para atender a un grupo humano. Ej.: la Agreración Médica Platense podrá comprometerse a atender a los 100 integrantes de una Institución por una cantidad definida de pesos. Siendo el galenaje el que marca el nomenclador, el valor del trabajo médico ha de variar con el número de prestaciones realizadas. Si el número es alto, el valor de cada acto médico disminuye. Si el número de prestaciones es pequeño, el valor de cada acto médico, aumenta.

Este sistema asegura a la Institución contratante, atención médica para todos sus integrantes, con un presupuesto fijo, permitiéndole correctas provisiones económico-financieras. Para los afiliados tiene el inconveniente de que el médico pierde interés en su atención, por no ser generalmente retributiva cada una de las prestaciones. Para el médico tiene el inconveniente de ser un asalariado, donde, cuanto más trabaja, menos gana con el agravante de que el sistema puede generar conflicto entre el médico y su propia Entidad Representativa.

Por prestación directa, con valor galeno reconocido, es decir, una Entidad, Obra Social o Mutual conviene con Entidad gremial el valor galeno y galenaje, y esta asegura que sus afiliados cobren al paciente, directamente, tal valor. Luego el paciente gestiona ante su entidad le reintegren el valor de lo cobrado.

Tal proceder parece a primera vista, ventajoso, pero en ciertos casos particulares hay manifiesta orientación del paciente por parte de la Obra Social y/o Mutual hacia determinado médico y/o Servicio Sanatorial, con lo cual la clase médica empresarial incrementa sus ingresos a expensas de los médicos que trabajan.

Por retribución fija: Es decir con un ingreso mensual fijo. Admite dos modalidades:

Sueldo: es retribución mensual por un horario de labor.

Presenta como hecho favorable que la medicina no aparenta mercantilizarse. Que de hecho, una misma medicina es obligatoria para todos los usuarios. Que fuera del horario de labor, los médicos tendrían su tiempo libre para el descanso, que gozarían de los beneficios de aspectos previsionales.

Presenta como hechos desfavorables, que dentro del horario de tarea los profesionales, como todo humano, buscan realizar el mínimo de esfuerzo. Este lleva al encarecimiento final de la medicina, aumentan los días cama de ocupación y la falta de competencia e incentivos lleva a desmejorar el nivel de la medicina que se practica. En Inglaterra para practicar amigdalectomías hay que esperar 6 meses para lograr turnos –así como a disminuir eficiencias. Por otra parte cuando los presupuestos para salud sean más deficitarios, aun será, seguramente, el sector médico asalariado uno de los que deberán soportar más intensamente tal déficit.

Por capitación: es la otra forma de retribución fija, ya que se asigna al médico un número determinado de personas, de cuya salud es responsable, y percibe por ello un emolumento. Es la forma que hace que la medicina no sea competitiva. Tiene el inconveniente que, falto de estímulo, el profesional busque la manera de realizar el menor número posible de prestaciones para no fatigarse y jerarquizar la retribución.

Formas híbridas o mixtas: Buscan solucionar los inconvenientes de los sistemas anteriormente expuestos, creando un nuevo sistema en el que aparezca el estímulo y paliar de algún modo un exceso de interés médico por el trabajo: aquí hubieron experiencias con Y.P.F., por ejemplo, y la verdad sea dicha, tampoco los médicos se sintieron así, conformes con lo que se les retribuía.

Sucede que si el país estuviera en normalidad, con seguridad y claras previsiones, con un valor monetario estable, el régimen por sueldo cumpliendo este con todas las previsiones de la seguridad social, con un número de médicos adecuado a la realidad económica-social y una infraestructura suficiente, parecería la panacea. Pero es para una Argentina futura.

Sucede que el régimen por prestación, pareciera brindar a una buena masa de población muy buena medicina y ya ha demostrado sus bondades. Falta hacer notar que la ausencia de correcta supervisión posibilita abusos y que la intermediación de organismos de todo tipo entre el paciente y el médico, distorsiona en buena parte el sistema y crea beneficiarios suculentos, por la salud, entre esos intermediadores.

A partir de estos supuestos, más otros que pudieran estar a su alcance y de la discusión que los colegas deben efectuar a todo nivel para esclarecerse, surgirán elementos fundamentales de información que los médicos irán atesorando para cuando deban responder al plebiscito fundada y obligatoriamente. No olvide que de su decisión ha de depender el futuro de la orientación gremial de esta Institución.

Entrevista con el señor Ministro de Bienestar Social

El día 26 de diciembre pasado la Mesa Directiva de la Agremiación se entrevistó con el Dr. Herminio Zatti con el objeto de establecer un primer contacto protocolar y, a la vez, exponerle en líneas generales una serie de inquietudes básicas del cuerpo médico de La Plata.

En tal sentido se desarrolló el siguiente temario: Carrera Médica Hospitalaria (concursos de funciones, modalidad de designación de Directores y Subdirectores de Hospitales, reajuste de remuneraciones, según normas legales, con ajuste a los módulos que determina el sueldo mínimo de la Administración Pública), Residencias Hospitalarias, Estructura y problemas de Sanidad de la Dirección de Menores. Además se propició el estudio, por parte del Ministerio, de un sistema de retribución médica que se desarrolle sobre la base de atribuir igual remuneración e igual régimen de trabajo a todos los médicos que desarrollan actividad asistencial en el área pública provincial.

El Señor Ministro recibió con especial deferencia a los directivos de la Agremiación y manifestó su propósito de analizar las cuestiones expuestas brindándoles las mejores soluciones posibles.

Entrevista con el Presidente del IOMA:

Como consecuencia de la nota aludida en el punto anterior, el Presidente del IOMA Dr. Justo J. Alvarez Rodríguez, promovió una entrevista con representantes de la Agremiación. La misma se llevó a cabo el día 3 de marzo y en ella participaron el Presidente del Instituto y su Director de Administración Cont. Pedro P. De Benedettis.

En primer lugar se analizó el estado de deuda del Instituto y, en especial, una aparente discrepancia entre las cifras que manejaba la Agremiación y las

propias del IOMA en cuanto al importe de facturación con plazo de pago vencido; dilucidado este aspecto (con la ratificación de la procedencia del reclamo formulado por la Agronomía) se entró en la consideración general de la relación entre ambas entidades. Cabe señalar especialmente que se encontró en los funcionarios citados una positiva predisposición al diálogo y una cabal comprensión de la necesidad, por parte de la Obra Social, de cumplir estrictamente con sus obligaciones para ejercer, a su vez, en plenitud, el derecho a exigir el mejor servicio para sus beneficiarios.

Relaciones con entidades primarias de la provincia de Buenos Aires:

En su primera sesión, realizada el día 5 de diciembre de 1974, el Consejo Directivo resolvió dirigirse a todas las entidades gremiales primarias de la Provincia informándoles sobre la asunción de las nuevas autoridades de la Agronomía y, además, promoviendo un acercamiento con las mismas; específicamente se expresó entonces: “En su primera sesión el C.D. coincidió en conferir a la presente comunicación un sentido que, más allá de lo protocolar, exprese la mejor disposición de esta Agronomía para procurar, en la relación con sus entidades pares, la búsqueda de coincidencias en los principios y vías de acción para el más positivo desarrollo del gremialismo médico”.

Con fecha 23 de diciembre de 1974 se recibió del Círculo Médico de Quilmes una nota que expresaba: “Hemos recibido vuestra atenta nota por la que nos comunica la constitución de la nueva Comisión Directiva de la Agronomía Médica Platense y la decisión de la misma de ‘procurar una mejor relación con sus entidades pares’. Destacamos de vuestra nota la intención en la búsqueda de coincidencias en los principios y ‘vías de acción para el más positivo desarrollo del gremialismo médico’.

El C.D. del Círculo Médico de Quilmes considera altamente positiva la enunciación precedente y por haber vivido amargamente la desafiliación de esa Entidad Primaria de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, es que ofrecemos nuestra gestión, para posibilitar el reencuentro con una hermana de la familia médica. Queremos expresar claramente, que nuestra actitud está condicionada, por razones principistas de unidad gremial y entendiendo que ella puede darse, solamente dentro de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, aceptando las decisiones mayoritarias como

única vía de acción para lograr el mejor desarrollo del gremialismo médico. Seguros de vuestra mejor intención, respondemos a vuestra nota, esperando la respuesta de esa Honorable Comisión Directiva. Sin otro motivo, saludamos a Usted muy atentamente”.

El C.D. entendió necesario responder a la citada Institución exponiendo los conceptos que, en torno al gremialismo médico y a lo que deben ser sus estructuras, sostiene la Agremiación; en tal sentido se formuló la siguiente respuesta:

“Hemos tomado conocimiento de la muy atenta respuesta producida por el Círculo Médico de Quilmes ofreciendo su gestión para posibilitar '...el reencontro con una hermana de la familia médica' a partir de algunas expresiones nuestras que aparecen entrecomilladas en la nota que nos dirigen. Dicha oferta no puede sino promover nuestro agradecimiento y especial valoración de las muy elevadas intenciones que la generan, y no puede encontrar en nosotros forma alguna de oposición, máxime si recordamos que la misma responde a la actitud evidenciada por esta Agremiación en la nota de fecha 9.12.74.

Pero es muy necesario que algunos puntos sean precisados, para no incurrir en interpretaciones que puedan quedar al margen de lo que se quiso significar con lo que en esa oportunidad se expresó. Nosotros, los médicos de La Plata, que ejercitamos un gremialismo democrático, ejecutando lo que las bases deciden, es decir cumpliendo la Institución gremial con lo que los médicos –hacedores del gremio– quieren, nunca nos hemos sentido marginados, en el cabal sentido del término, del gremialismo médico de la Provincia de Buenos Aires o del País, porque entendemos –así debe entenderse– que las vicisitudes, las angustias, las aspiraciones de un médico de La Plata no pueden ser sustancialmente distintas a las de un médico de Quilmes, de Avellaneda, de Bahía Blanca o de Córdoba; de tal modo que esos colegas son naturalmente solidarios en esas perspectivas, en ese encuadre, son semejantes aspiraciones.

–¿Qué es pues lo que lo diferencia? Nada– De ahí que cuando él genera Instituciones para que lo representen primariamente y les confiere mandato para ello, él se constituye en el mandante y el grupo que conduce en mandatario de sus deseos: a punto de partida de ello todas las instituciones primarias son naturalmente hermanas y si sus dirigentes representan realmente las bases, el haz de ideas y de actividades que realizan no puede sino coincidir. El gremialismo deviene así solidario intrínsecamente y unificado.

Pero esa alternativa ideal no se da siempre, porque intereses, situaciones personales o de grupo pretenden imponerse o lo hacen sin intención, por vis o tergo, por sobre los auténticos intereses de las bases; de los mismos médicos que dejan hacer, confiados. Y los dirigentes, a su vez, siguen desarrollando sus propios puntos de vista, su criterio conductivo, actuando a través de una representatividad más formal que real, porque no hacen el necesario esfuerzo de saber y ver qué es lo que realmente quieren los médicos y van generando un hiatus entre lo que se proclama y la realidad, que hacen que las Instituciones sean manifestación de pensamientos elitistas, sectorializados.

De tal modo que cuando ésta Agremiación habla de sus hermanas, de sus pares, lo que está pretendiendo es la comunicación entre las bases; cuando habla de 'búsqueda de coincidencias en los principios y vías de decisión para el más positivo desarrollo del gremialismo médico' lo hace pensando desprejuiciadamente, sin tomar en consideración otro concepto u objetivo que el médico mismo, hacedor de instituciones, y no en Instituciones que pueden o no estar bien intencionadas pero que embretan verticalmente, de arriba hacia abajo, al médico, a la base, al individuo, en el zapato chino de las propias concepciones.

Si el criterio es gremial, el pensamiento nace naturalmente, de abajo, de la base, del médico hacia la Institución. Y es directamente a la base, a todos los médicos de la Provincia de Buenos Aires, a quienes debemos preguntar –luego de un proceso esclarecedor– que es lo que quieren; luego, entonces, si la estructura institucional de segundo grado está dispuesta a complimentar y satisfacer tales aspiraciones, cuantas veces sea necesario, la Agremiación Médica Platense estará nuevamente en esa estructura. Si no es así, la Agremiación Médica Platense se seguirá sintiendo, por las razones antedichas, hermana de sus pares, pero, por su forma de pensar, no podrá integrar, como miembro, esa superestructura, por cuanto no cabe en su filosofía institucional ni en su estilo realizativo, el generar y sostener institución de tal urdimbre, con todo el respeto que pueda merecerle.

Estimados colegas, hermanos gremiales, creemos habernos expresado ahora más claramente y esperamos que el plano de coincidencias llegue a tal nivel que un futuro cercano nos encuentre siendo miembros, no hijos, con iguales derechos y aspiraciones, dentro de una Institución que tenga por norma la consulta permanente y directa de las bases, cuya voluntad mayoritaria, no la de los diri-

gentes, sea quien orqueste el futuro de grandeza del gremio médico, realmente unido. Nos reiteramos a su muy grata disposición.”

Reorganización administrativa

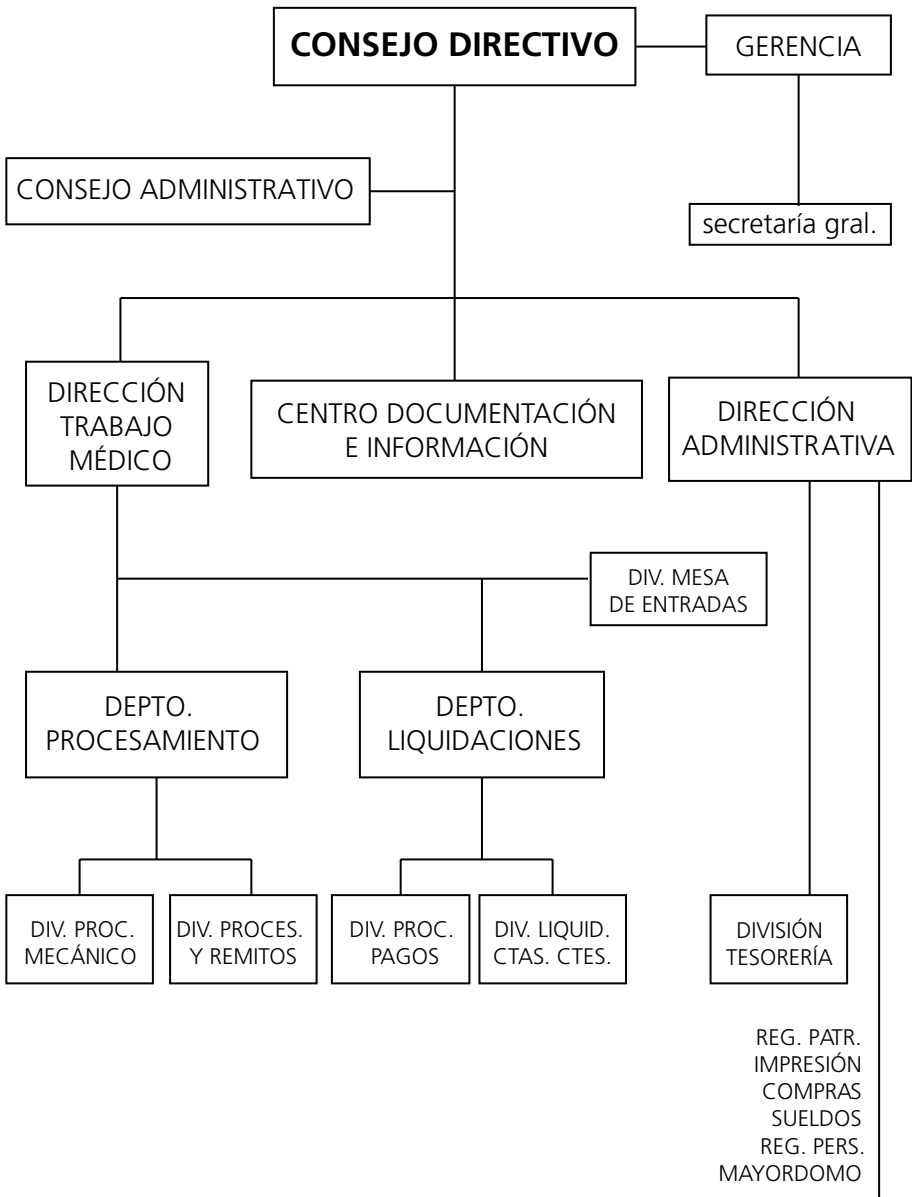
Nuevo organigrama: Como resultado del estudio de las necesidades de reorganización administrativa de la Institución que el Consejo llevó a cabo desde su asunción, se reordenaron y sistematizaron las tareas y funciones del personal de la Agremiación según el organigrama que se describe en la siguiente página.

El nuevo ordenamiento ha introducido la creación del Consejo Administrativo, que conduce el Presidente, e integran el Gerente, los Directores y Jefes de Departamento y División. La función del Consejo es la de analizar, coordinar y asesorar las medidas y actos administrativos tendientes al mejor cumplimiento de las diversas tareas que se cumplen en la Agremiación; el Consejo, que sesiona semanalmente, no tiene función ejecutiva pues esta queda reservada a la Presidencia.

Resolución C.D. - SAMIPLA -

Se recuerda a los Sres. profesionales médicos la Resolución que el C.D. de ésta Institución adoptara con fecha 16 de julio de 1974, la que expresa:

Visto: la Resolución aprobada por la Asamblea Extraordinaria de la Institución realizada el día 27 de junio de 1974, con respecto al primer punto del Orden del Día: “PRESENTE Y FUTURO DE SAMIPLA”, disponiendo la condonación de la deuda que el Sistema tiene con los médicos inscriptos por prestaciones brindadas hasta el 30 de junio de 1974 y determinando asimismo que se beneficiará en un cincuenta por ciento la facturación de honorarios de prestaciones que se efectúen por cuenta del SAMIPLA a partir del 1° de julio de 1974 y hasta tanto se obtenga el equilibrio financiero del Sistema y una nueva Asamblea resuelva sobre el particular; y



Considerando: Que es preciso implementar la ejecución de lo dispuesto en la Asamblea; Que la creación y desarrollo del SAMIPLA constituyó y constituye un formal compromiso de todo el gremio médico de La Plata; Que, en consecuencia corresponde a todos y cada uno de sus integrantes asumir tal compromiso; Que para ello es preciso modificar el criterio que estableciera una adhesión especial e individual de los médicos como prestadores del SAMIPLA en tanto la misma implicaría, en las condiciones actuales, una desigual aplicación del gravamen solidario dispuesto por la Asamblea; Que, por otra parte, y tal como lo entendiera la Asamblea, es imprescindible asegurar la continuidad y regularidad de las prestaciones del Sistema en tanto ello resulta indispensable para mantener la vinculación y el aporte de los afiliados, necesarios para obtener en el menor plazo posible el equilibrio financiero del SAMIPLA; Que tal continuidad y regularidad se hallan afectadas por actitudes personales que aparecen como marginadas de la solidaridad gremial a que todos estamos obligados; por todo ello el Consejo Directivo,

Resuelve:

- 1) Retirar del SAMIPLA toda la facturación de honorarios por prestaciones brindadas hasta el 30 de junio de 1974, impagas hasta la fecha.
- 2) Facturar al SAMIPLA con una deducción del 50% los honorarios de todas las prestaciones que se dispensen por su cuenta a partir del 1° de julio de 1974.
- 3) Cancelar las adhesiones especiales e individuales de los médicos inscriptos como prestadores del SAMIPLA.
- 4) Afectar a la atención por cuenta del SAMIPLA, a partir del 1° de julio de 1974, a todos los médicos inscriptos para atención de Obras Sociales y Mutuales y entidades similares, dentro de las condiciones reglamentarias vigentes que establecen la indivisibilidad de tal inscripción y, en consecuencia, la obligatoriedad de atención de los afiliados de todas las Obras Sociales y Mutuales.

Boletín Informativo N° 23 - Octubre de 1975 (19)

Editorial: “Unidos y solidarios”

El Consejo Directivo (C.D.) de la Agronomía Médica Platense ha creído procedente transcribir, a disposición de los médicos, algunos artículos que se refieren al ejercicio profesional en otras áreas del mundo, en especial en Francia —que con su cultura milenaria, su estructura científica, su saber médico, pudiera nominarse como un ejemplo de lo Europeo, a fin de que los colegas vean que los problemas que padecemos no son sólo patrimonio nuestro; que otras áreas del mundo están envueltas en parecidas incertidumbres y que sistemas de trabajo profesional por los que hemos jugado mucho de lo nuestro son abrazados ahora como panacea en otros ámbitos.

¿Para qué los traemos a colación? ¿Para caer en la común situación de que “mal de muchos, consuelo de tontos”, para justificar nuestra aparente indolencia, déficit de conducción, falta de ideas para salir de la crisis? O para probar que en cualquier lugar de este convulsionado universo en que perduramos, frente a problemas comunes a un grupo o sector humano no queda otra alternativa que la Unidad. Unidad Médica, que deberá asentarse sobre bases de real solidaridad, sin pedir al desposeído que sea quien, con su conducta, sustente las apetencias insaciables de quienes acaparan el grueso de la renta médica de La Plata.

¿Para qué hacemos alusión a ellos? Pues nada más que para demostrar que los fundamentos que promovieron la exaltación de la Agronomía Médica Platense como Institución siguen siendo válidos. Para hacer notar a nuestros colegas que frente a las incertidumbres en que vivimos, que tiene exteriorizaciones multifacéticas, no queda otra alternativa que estar más unidos que nunca.

Unidos no implica compromiso de aceptar la actual conducción de la Agronomía. Unidos no quiere significar monopolio de ideas, o de soluciones. Unidos implica la necesidad imperiosa de que decidamos entre todos que es lo que debemos hacer. Unidos implica que enajenemos parte de la facultad que tenemos para hacer lo que queremos para en cambio hacer sólo lo que entre todos decidamos lo que debemos hacer en función de solidaridad y espíritu de justicia.

No hacerlo así significa caer en la trampa en que el medio nos coloca: la disociación de los médicos, que no sirve a los médicos ni sirve a la población,

en cuyo beneficio presuntamente iría dirigida tal acción; sirve sólo a los que, intermediando son los beneficiarios directos de tales acciones. Engordan con nuestra actividad, les sirve para obtener réditos en dinero, en bienes, en posiciones, para lograr gratificaciones políticas, para satisfacer la avidez de trepar en diversos ámbitos.

En vías de superación los diferentes problemas internos de la Institución; desarrollada y afianzada una conducción económico-financiera que va tomando otros carriles que serán puestos a consideración de la Asamblea de la Agremiación, llevaremos adelante los plebiscitos que el C.D. estime convenientes y los que soliciten los agremiados. Tales instrumentos serán los que definan los lineamientos generales de conducción que realmente quieren los médicos y que los directivos deben llevar adelante.

Solo el claro concepto de que una tarea orgánica es la única conducente al logro de objetivos determinados en forma común, pondrá a los médicos en el claro camino de lo gremial. Y definitivamente debe entenderse que un gremio, la Agremiación Médica Platense, no es el local de la calle 6 N° 1137 con exclusión, no es el C.D. que representa a los médicos circunstancialmente; gremio somos todos, todos y cada uno de nosotros hacemos al gremio. Por ello, cuando se hable de la Agremiación, no debe hablarse como de algo ajeno, sino que debe pensarse en que se habla de sí mismo; y, en tal caso, deben obviarse tanto los juicios laudatorios, que implican petulancia, como los detractores que significan tontera. En cada caso, cuando la disconformidad está, hay que realizar orgánicamente, por donde corresponda, el conjunto de acciones tendientes a mejorar las cosas, a cambiarlas. Y si las cosas están bien, lo que hay que hacer es mejorarlas aún más para que todos disfrutemos de la común acción.

Cuando alguien se queje por lo que pase debe preguntarse primero: que es lo que yo hago por mejorarme y salvo que pretenda abjurar de su propia responsabilidad, empezar entonces por echar culpas a terceros. Cuando se sienta uno disconforme, debe poner en claro, en su propia conciencia, que es lo que gastó de su propio tiempo en función de los demás, que es lo que dio como pago de las exigencias que formula. Y si cae en la cuenta de que no ejerció responsabilidad, que no gastó tiempo para los demás, que no dio nada de si para terceros, debe tener en cuenta entonces que las palabras que pronuncie habrán de ser de una jerarquía suficiente como para romper la dignidad del silencio en que es preferible vivir.

Relaciones con el Estado

CARRERA MÉDICA HOSPITALARIA:

El C.D. ha continuado desarrollando permanente acción respecto de este tema; dentro de la misma cabe destacar las presentaciones efectuadas por el Consejo con posterioridad a la Asamblea Extraordinaria que se desarrollará en dos etapas, los días 23.6.75 y 18.8.75. Atento lo resuelto por la citada Asamblea se remitió al Sr. Ministro la nota N° 125, de fecha 7.8.75, en la cual, tras reseñar las consideraciones formuladas en la Asamblea, se puntualizaba concretamente:

1°) Que, habiéndose concluido con la tramitación de los concursos de cargos, agotadas todas las instancias, no se ha producido la designación efectiva, mediante los respectivos decretos, de quienes se han hecho acreedores a ellos.

2°) Que, en cuanto a los concursos para cobertura de funciones, existe una completa indefinición, ya que ni siquiera se sabe hayan sido designados los respectivos jurados.

3°) Que, no obstante el anuncio oficial respecto de la decisión de concurso para los cargos de Director, Subdirector o Director Asociado, no es dable apreciar la adopción de medidas concretas encaminadas a cumplir con tal compromiso.

4°) Que las remuneraciones que prevé la Ley 7878 que no son las que actualmente se liquidan, las cuales se mantienen por debajo de lo que es justo y además legal, es decir obligatorio especialmente para el sector oficial.

La presentación concluía en los siguientes términos:

“Por todo lo expuesto Señor Ministro nos permitimos enfatizar la necesidad de que brinde preferente y especial atención a la consideración y solución tanto del problema general como de los aspectos particulares expuestos, respecto de los cuales y tal como señaláramos, este Consejo Directivo tiene expresas directivas emanadas de una Asamblea que, tras analizar en profundidad el tema de la Carrera Médica Hospitalaria, consideró imperioso e inexcusable el requerir el cabal cumplimiento de la Ley por todos los sectores”.

Con fecha 19.09.75 se recibió de la Subsecretaría de Salud Pública la nota 3204, que a modo de respuesta a la presentación de la Agreración señalaba:

“En contestación a su nota N° 125 del 7.8.75, cumpla en manifestar a Usted con relación a los cuatro puntos a que hace referencia, lo que sigue:

Al 1°. Todo está dispuesto para dar curso a los Decretos apenas sea entregada la depuración por las máquinas computadoras, lo que se espera acontezca en estos días;

Al 2°. A raíz de una gestión de FEMEBA debióse esperar el resultado de los concursos de cargos para permitir el ingreso de algunos de sus ganadores;

Al 3°. Su retardo es consecuencia de lo expresado para los dos puntos anteriores;

Al 4°. La Dirección de Administración debe contar con los recursos suficientes, cuya gestión tiene en manos, para poder cumplir con las especificaciones de la Ley respectiva.

Saludo a Usted con distinguida consideración.”

El Consejo a su vez, produjo la siguiente respuesta:

“Cumplimos en dirigirnos a Usted haciendo referencia a la nota N° 3204, cursada por la Subsecretaría de Salud Pública a esta Agronomía con motivo de la presentación que dirigieramos al Señor Ministro con fecha 7.8.75. Respecto del contenido de la respuesta de la citada Subsecretaría, el C.D. de esta Agronomía ha considerado necesario puntualizar a Usted lo siguiente:

1°) Los argumentos expuestos en los puntos 1° y 2° no resultan suficientes para justificar la persistencia en el incumplimiento de la Ley, más aún si se considera que la defectuosa y lenta tramitación de los concursos de cargos –que en si misma implicó no cumplir con los términos legales pretende esgrimirse en este caso como razón válida para reiterar similar incorrección en relación a los concursos de función.

2°) La razón expresada como justificativo de la omisión de actualización de las remuneraciones de Carrera Médica resulta inconsistente, ello por distintas razones: a) siendo que el mecanismo de ajuste está previsto específicamente por la Ley, es obligación de los organismos del Estado encargados de aplicarla el prever los recursos o arbitrios necesarios para cumplirla en totalidad, b) si frente a lo anterior se argumentaran las circunstancias especiales por las que pasa la Provincia y el País, deberíamos señalar que el Estado Provincial ha dispuesto de recursos para liquidar los incrementos correspondientes en otros ámbitos de la Administración Pública.

Por último pensamos, a este respecto, que no puede existir argumento realmente válido para justificar la mora en una actualización de remuneraciones postergadas hasta constituir apenas un tercio de lo que la propia Ley dispone.

Con fecha 18 del corriente se realizó la segunda parte de la Asamblea iniciada el 23.6.75 a la cual nos refiriéramos en nuestra nota 125 del 7.8.75; en la oportunidad se informó sobre la gestión cumplida ante el Ministro y la Asamblea ratificó lo actuado por el Consejo, haciéndolo asimismo en cuanto a la resolución de convocar a una nueva Asamblea, dentro de un plazo prudencial, para considerar en especial el tema de Carrera Médica y las acciones gremiales directas a que pudiere obligar la subsistencia del incumplimiento pleno de la Ley.

SOLICITUD DE ENTREVISTA CON EL SR. GOBERNADOR

Mediante varias presentaciones, y aún por medio de expresiones concretas insertas dentro de publicaciones periodísticas producidas por la Agronomía, el C.D. ha solicitado ser recibido por el Sr. Gobernador de la Provincia con el fin de exponerle el pensamiento de la Institución con relación a los problemas médicos sanitarios y profesionales que tienen especial relevancia e incidencia en el área de jurisdicción de la Agronomía Médica Platense.

Hasta la fecha de edición del presente Boletín, no se ha obtenido eco positivo alguno al respecto. El C.D. lamenta profundamente tal circunstancia, que impide al Sr. Gobernador conocer directamente la opinión responsable de un organismo que representa en forma exclusiva y excluyente a más de 2.800 médicos.

De tal modo el Gobierno de la Provincia afronta el riesgo de planificar acciones de salud, con asesoramiento equivocado o parcial en cuanto a que la representatividad de quienes lo producen no incluye a un sector de tal relevancia como la capital provincial, al que se agrega asimismo el de más importante ciudad del interior de la provincia.

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA 23-6-75 / 18-8-75

En las fechas citadas, y con un cuarto intermedio, se llevó a cabo la Asamblea Extraordinaria citada por el C.D. para considerar el siguiente temario: 1.— Informe del C.D. sobre los siguientes puntos: a) Situación de la Agronomía Médica Platense; b) Situación del S.A.M.I.P.L.A.; c) Panorama gremial médico; d) Relaciones con otras entidades médicas; e) Relaciones con Organizaciones Gremiales y C.G.T.; 2.— Relaciones con Obras Sociales, Mutuales y Coseguros; 3.— Régimen

de Subsidios, actualización; 4.– Cooperativa médica: perspectivas – proyecto; 5.– Posición frente a UMEBA; 6.– Plebiscito obligatorio, modalidad.

En su desarrollo la Asamblea adoptó las siguientes resoluciones:

1.– S.A.M.I.P.L.A.: por amplia mayoría se dispuso dar por concluida la vigencia del Sistema, fijándose al efecto un plazo tentativo de sesenta días para que el C.D. adoptara los recaudos necesarios a tal fin (el cierre definitivo se concretó el 31.8.75).

2.– APORTE PUNITORIO PROGRESIVO POR RETRASO EN LA PRESENTACIÓN DE BOLETAS: Prácticamente por unanimidad (con sólo un voto en contra) la Asamblea aprobó el siguiente régimen de aportes porcentuales progresivos para el caso de profesionales que presentan irregularmente ante la Agrería, para su diligenciamiento, la documentación de prestaciones a Obras Sociales: a) Facturas presentadas dentro de los 40 días posteriores al mes de prestación: se mantiene el aporte del 6%; b) por cada treinta días adicionales de retraso, computados respecto de cada mes de prestaciones, un 5% adicional hasta un máximo del 26%. La Asamblea dejó librada al criterio del Consejo Directivo la fecha a partir de la cual se pondrá en vigencia el nuevo régimen.

3.– CARRERA MÉDICA HOSPITALARIA: Por mayoría, la Asamblea aprobó la gestión cumplida por el Consejo Directivo y encomendó al mismo la realización de las gestiones necesarias para obtener del Gobierno Provincial el cumplimiento íntegro de la Ley vigente, y en forma específica del régimen de sueldos que la misma establece; el Consejo deberá convocar a nueva Asamblea para considerar la actitud a adoptar por el gremio médico en caso de fracasar tales gestiones.

4.– NUEVO RÉGIMEN DE SUBSIDIOS: Por unanimidad la Asamblea aprobó el nuevo régimen de Subsidios cuya reglamentación se consigna por separado.

5.– COOPERATIVA MÉDICA: Por amplia mayoría la Asamblea resolvió encomendar al Consejo Directivo la prosecución del estudio del proyecto de Cooperativa Médica, para que, previo informe a los afiliados de la Agrería, los mismos resuelvan, por Asamblea o Plebiscito, la constitución definitiva del nuevo ente.

6.– POSICIÓN FRENTE A UMEBA: En primer término la Asamblea consideró la posibilidad del ingreso de la Agrería a UMEBA en las con-

diciones reglamentarias y estatutarias propiciadas por la Federación Médica, al respecto se resolvió por unanimidad (con dos abstenciones) por la negativa. Posteriormente, y ante el informe del Consejo Directivo sobre una invitación formulada por entidades primarias de la provincia para que la Agronomía concurriera a la Asamblea constitutiva de UMEBA, la Asamblea resolvió facultar al Consejo Directivo para tal concurrencia a efectos de exponer la posición de la entidad sobre el tema, sin comprometer en modo alguno su participación en el nuevo organismo gremial que se propicia.

7.- PLEBISCITO: La propuesta del Consejo Directivo en el sentido de realizar un Plebiscito entre los afiliados de la Institución, referido a los temas sustanciales que preocupan al Gremio Médico, fue unánimemente aprobada por la Asamblea. En cuanto a la modalidad con que el mismo se llevará a cabo la Asamblea resolvió que su cumplimiento será obligatorio para todos los afiliados de la Agronomía, que podrán optar por consignar o no su identidad en la respuesta que produzcan. La Asamblea dejó librado al criterio del Consejo Directivo la elaboración concreta del cuestionario y la reglamentación vinculada a su obligatoriedad.

LA AMP SEGÚN LAS ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO DURANTE LA ÉPOCA DEL REGRESO DE PERÓN. (20)

Durante esta etapa de la AMP, se realizaron 111 reuniones del Consejo Directivo, con sus respectivas actas, entre el 29-05-1973 (Acta 819) hasta el 19-03-1976 (Acta 930).

La AMP estuvo presidida por el Dr. Miguel Ángel Olivares entre el 29-05-1973 (Acta 819) y el 13-11-74 (Acta 868) continuando conducido por el Dr. Alberto Poli desde 5-12-74 (Acta 869) hasta el 19-03-1976 (Acta 930) con 62 reuniones. En este período fueron muchos los temas tratados, pero si tomamos en cuenta la cantidad de reuniones que llevó cada tema, podemos señalar que de lo que más se ocupó el Consejo Directivo de la AMP fue de realizar una verdadera y amplia política gremial.

En efecto, como luego desarrollaremos en las actas, hubo unos diez puntos determinantes que motivaron vastas gestiones político-gremiales, a saber:

I)– Pedidos de audiencia y reuniones con el Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, el Ministro de Bienestar Social, el Director de IOMA, para exponer la posición de la AMP sobre diversos aspectos.

II)– Relación con el partido Justicialista y sus pedidos de colaboración.

III)– Consolidar la unidad del Gremio y efectuar los reclamos dentro del ámbito de la Agremiación.

IV)– Rehabilitación de los afiliados sancionados anteriormente en función de la paz social y la necesidad de reencuentro de todos los médicos.

V)– Gestiones ante el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires para evitar el traslado de los residentes al interior de la misma.

VI)– Mediación con la Caja Médica dadas las deudas acumuladas por varios afiliados debido a créditos hipotecarios.

VII)– Rechazo a la creación de UMEBA (Unión Médica de la prov. de Buenos Aires) propuesto por la Federación Médica por considerarlo verticalista y opuesto al sentimiento de la AMP.

VIII)– Tenaz oposición a la sanción de la ley del impuesto de patente que incluiría las actividades lucrativas del ejercicio profesional médico.

IX)– Resolver la situación de los médicos denominados becarios.

X)– Adhesión al paro dispuesto por la COMRA (Confederación Médica de la República Argentina).

Los otros temas en orden de frecuencia de que se ocupó el Consejo Directivo de la AMP y que exponemos en las actas fueron la situación de SAMIPLA, la obra social de la AMP y sus problemas financieros hasta su clausura definitiva; la carrera Médico Hospitalaria; los aranceles médicos y la continua necesidad de actualización debido a la inflación, la problemática del IOMA y las reiteradas deudas de Obras Sociales.

Sin embargo, como algo fuera de lo habitual, y por el impacto que generó merece destacarse la violencia política por la que atravesó nuestro país, especialmente durante el año 1975, con el secuestro y desaparición de personas y que involucró a médicos afiliados a la AMP, lo que motivó el justo reclamo de aparición con vida ante las autoridades de esa época.

También hacemos consignar actas donde se refieren a los hospitales públicos, PAMI y subsidios.

Por último, hemos incluido los Principios y Objetivos, de la lista que ganó las elecciones de la AMP en 1974, encabezada por el Dr. Alberto Poli, porque

resume el pensamiento y el idealismo de una época y que fue explicitada en la primera acta de ese Consejo Directivo.

A continuación, exponemos las actas más importantes resumidas y agrupadas por tema y en orden cronológico.

1)- Política Gremial

Se aprueba la solicitud de audiencia al Sr. Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Oscar Videgain, para exponerle los puntos de vista de la Agronomía acerca del panorama sanitario y los hechos derivados de la falta de convenios con obras sociales y mutuales.(Acta 819, 29-5-1973)

Se considera extensa y exhaustivamente la situación con obras sociales y especialmente con IOMA se analiza la posición mantenida y se ratifica el criterio a asumir ante la reunión con el director de IOMA encabezado por su nuevo titular el Dr. Carlos Bocalandro. (Acta 820, 5-6-1973).

Ante la solicitud de colaboración efectuada por la sección quinta de la Juventud Peronista destinada a la construcción de una unidad sanitaria se decide después de analizar la contribución dejar en suspenso la colaboración hasta obtener más datos (Acta 821, 10-7-1973).

Se considera el pedido de la unidad básica de la sección del partido justicialista que solicita juguetes por valor de \$100.000 moneda nacional para distribuir en ocasión del día del niño (Acta 822, 17-7-1973).

Al examinarse hechos producidos en los últimos días que implican un desconocimiento de los niveles y vías de gestión ante los poderes públicos por parte de afiliados o de asociaciones que los nuclean el Consejo Directivo toma la siguiente resolución. 1) Reiterar a todos los afiliados de la Institución y a las Asociaciones que parcialmente pudieran representarlos que los reclamos y postulaciones que se formulen ante las autoridades deben hacerse en función de los intereses de todo el gremio médico ante los cuales deben ceder o adaptarse lo que correspondan por grupos o sectores. 2) Señalar la conveniencia de alcanzar a través de la Agronomía toda gestión que trascienda el ámbito de la actividad médico o la asociación. 3) Declarar en forma terminante que no atenderá reclamaciones de núcleos o asociaciones que no se hayan ajustado en sus resoluciones o acciones al encuadre y disciplina gremial imprescindible.

4) Poner en conocimiento de esta resolución a las autoridades del ministerio de bienestar social, a los directores de los hospitales y a las Asociaciones de profesionales (Acta 827, 4-9-1973).

Visto la resolución producida por el directorio del IOMA invitando a las entidades prestadoras a dictar las medidas conducentes a la rehabilitación de aquellos afiliados sancionados por faltas cometidas antes del 25 de mayo de 1973. El decreto número 2226 del poder ejecutivo provincial cuyo artículo 2 reitera tal invitación en aras de la paz social que el país requiere y considerando que tales invitaciones y propósitos coinciden plenamente con el espíritu que la Agrería Médica Platense ha considerado las cuestiones vinculadas con la rehabilitación de aquellos afiliados que han procurado reencuentro con el gremio médico de que en algún momento se marginaran que de tal modo y aun antes del 25 de mayo de 1973 la Asamblea de la Institución ha aprobado a propuesta del Consejo Directivo la rehabilitación de numerosos afiliados que para ello solo se planteó como única condición la de asumir el compromiso de respetar lealmente las normas y principios que con absoluta libertad se da así mismo el gremio médico que las circunstancias actuales de nuestro país no pueden sino afirmar la convicción de la necesidad de un reencuentro de todos los médicos que es preciso entonces ratificar y aun ampliar el cauce siempre abierto para posibilitar tal reencuentro por ello el Consejo Directivo resuelve:

Primero: Invitar a todos los afiliados y ex afiliados de la Agrería Médica Platense que se encontrasen sancionados por la misma a presentarse ante la institución a los efectos de instar el proceso de su rehabilitación.

Segundo: manifestar desde ya que para tal rehabilitación solo se requiere de los mismos el pleno compromiso de su plena integración al gremio Médico Platense y de su respeto a las normas y principios que libremente ha producido el propio gremio con el objetivo de procurar para sus integrantes sin exclusiones o discriminaciones de ninguna naturaleza las mejores y más justas labor profesional y el acceso a todas las fuentes de trabajo.

Tercero: publicar la presente resolución en el Boletín informativo de la institución y por otros medios que procuren su más amplia difusión.

Cuarto: poner en conocimiento el Colegio Médico del Distrito 1 del Sr Gobernador de la provincia de Buenos Aires, del Sr Ministro de Bienestar social y del directorio de IOMA. (Acta 831, 2-10-1973).

Se trata el pedido de IOMA recabando nuestra opinión respecto a lo solicitado por algunos médicos suspendidos en el año 67 para el ejercicio con mutuales por ejercer la Homeopatía el pedido es que le sea levantada tal sanción amparándose en la última resolución de amnistía. Revisando los expedientes de esa época se resuelve solicitar al Colegio Médico más informe sobre la vigencia del dictamen y del expediente. (Acta 836, 11-12-1973).

Se considera la situación motivada por la resolución del Ministerio de Bienestar Social N° 1.257 por la cual se produciría el traslado de médicos residentes a diversos establecimientos del interior de la provincia. Se resuelve cursar telegrama al Ministerio de Bienestar Social solicitando, no se innove sobre la cuestión hasta tanto la Agronomía exponga al mismo su posición sobre el problema. (Acta 870, 12-12-1974).

Se informa sobre el estado actual del problema suscitado por la resolución ministerial que dispusiera un sistema de traslado de residentes. Señala que el Ministerio ha resuelto retrotraer el caso a la situación existente antes de dicho dictado de la aludida resolución. Circunstancia esta que merced a las gestiones cumplidas por la Agronomía permite considerar superado el aspecto más crítico de la cuestión. (Acta 871, 19-12-1974).

Informa la presidencia acerca de lo considerado en la entrevista mantenida con el Sr. Ministro de Bienestar Social en el curso de la misma se expuso al Sr. Ministro la posición de la Agronomía acerca de los siguientes temas, Carrera Médica Hospitalaria, actualización de remuneraciones, inclusión de la funciones de Director, Subdirector y Director Asociado en el llamado a concurso, Residencias Médicas, Sanidad de menores, Remuneración médica, efectivización del principio que establece igual remuneración para igual actividad con prescindencia del ámbito donde la misma se desarrolla. (Acta 872, 26-12-1974).

Se toma conocimiento de la presentación efectuada de un grupo de afiliados que exponen el gran problema derivado de la resolución de la Caja de Previsión Médica que ha fijado aumentos de notoria magnitud en la unidad galeno y prácticamente duplicado el capital adeudado por créditos hipotecarios. Se resuelve efectuar gestión en la Caja a efectos de procurar atemperar el gravamen de dichos profesionales. (Acta 883, 20-3-1975).

Con la presencia del Dr. Silvio Arturi Director de la Caja de Previsión se consideran los mecanismos más adecuados para resolver el problema de los

profesionales afectados por la actualización del capital adeudado por créditos hipotecarios. (885, 17-4-1975).

Informa la presidencia acerca de las gestiones cumplidas a nivel de la Confederación Médica de la República Argentina y de las entrevistas obtenidas con los Doctores de La Plaza y Provenzano todas ellas vinculadas con la cuestión que plantea la promoción de la creación de UMEBA por parte de las autoridades de la Federación Médica. En tal sentido el Consejo coincide en reafirmar que el proyecto se orienta sobre la base a una organización sindical verticalista opuesta al sentimiento médico general que en todo caso se inclinaría por un sistema federativo. Se encomienda a la presidencia que continúe con el desarrollo de las gestiones necesarias y procurar neutralizar el proyecto de creación de UMEBA propiciada por los dirigentes de la Federación Médica. (Acta 886, 24-4-1975).

Se trata de una sesión extraordinaria convocada a efectos de resolver la actitud concreta a asumir por la Agronomía Médica Platense con relación a la Asamblea de la Federación Médica que en el día de mañana habría que considerar el proyecto de creación de UMEBA. En tal sentido y tras analizar el tema propuesto y escuchar el informe de presidencia acerca de los contactos efectuados con autoridades del Circulo Médico de Azul se resuelve cursar nota al delegado de esta entidad solicitando haga presente en el curso la misma, la voluntad de la Agronomía para reconsiderar su reingreso a la Federación y su solicitud para que la Asamblea proponga la consideración del proyecto UMEBA. (Acta 887, 26-4-1975).

Se analiza la cuestión suscitada por la reciente sanción de la ley que establece el impuesto de patente sustitutivo de actividades lucrativas al ejercicio profesional médico por considerar que de tal modo se actualiza un erróneo juicio y encuadramiento de la actividad médica. Se resuelve efectuar las gestiones que correspondan ante las autoridades provinciales para lograr se excluya al ejercicio profesional médico del impuesto aludido. Se analiza luego el proyecto de estatuto propuesto por la Federación Médica para la UMEBA se resuelve efectuar un pormerionizado análisis crítico del mismo y difundir sus conclusiones ante las unidades médicas de la provincia. (Acta 890, 22-5-1975).

Se resuelve solicitar audiencia con el Ministro de Economía a efectos de plantear le la posición de la entidad en relación al impuesto de la patente. (Acta 891, 29-5-1975).

Se considera una presentación efectuada por los médicos residentes de los hospitales locales planteándole la necesidad de actualización de sus remuneraciones como así mismo la demora en el llamado a concurso para nuevas residencias. Se resuelve cursar nota al ministerio social elevando y apoyando las solicitudes formuladas. (Acta 893, 12-6-1975).

Se resuelve cursar nota al Ministerio de Bienestar Social reiterando la necesidad de satisfacer las peticiones formuladas por los médicos residentes como así mismo la de resolver definitivamente la situación de los médicos denominados becarios dentro del régimen hospitalario regulado por la Carrera Medica Hospitalaria. (Acta 897, 10-7-1975).

El Consejo analiza la actitud a asumir por la Institución frente a la decisión de producir un paro de actividades medicas adoptado por la Confederación Médica de la República Argentina en apoyo del movimiento desarrollado por los médicos de la Capital Federal. El Consejo resuelve adherir al paro dispuesto explicitando las motivaciones de solidaridad en que se fundan la decisión de la Agremiación mediante la publicación de una solicitada periodística. (Acta 908, 17-9-1975).

2)- SAMIPLA

Se recibe información por parte de los representantes de la Agremiación sobre el estado financiero de SAMIPLA y los distintos problemas vinculados a su funcionamiento resolviéndose buscar la forma de poner en marcha efectiva el Consejo de SAMIPLA como medio orgánico de encarar los problemas del mismo. (Acta 843, 5-3-1974).

Se recibió información del estado contable aproximado al día de la fecha de SAMIPLA, la obra social de la Agremiación Médica Platense por parte del contador Dr. Sereia debatiéndose luego de retirado este con la presencia del Dr. Campanini, la actitud que va a tomar el consejo frente a la situación económicamente deficitaria del mismo las causas del mismo y las posibles soluciones prima la idea entre la mayoría casi absoluta del consejo directivo que debe salvarse a SAMIPLA por varias razones. Primero: por la función social que cumple lo que significa en cuanto a la defensa del principio de libre elección además porque significa una fuente de trabajo para los médicos y porque se considera que existen medidas para progresivamente poder frenar y revertir

el déficit. El Dr. Chappa esbozo una serie de medidas que tienden a proveer a SAMIPLA de ingresos móviles en lugar de fijos como hasta ahora para afrontar los egresos móviles también responsables de la situación económica actual. Se resolvió por unanimidad dar de baja al Dr. López Cafasso como integrante del consejo de SAMIPLA y de la Agremiación Medica por inasistencia reiteradas pasando a integrar parte del consejo de SAMIPLA el Dr. Roberto Herrera disponiéndose en virtud del artículo dieciocho del reglamento que el Dr. Gorostiaga pasa a ocupar el cargo del tesorero de la Agremiación Medica y el Dr. Carlos Milone el cargo de Subtesorero. (Acta 845, 19-3-1974).

Se siguen considerando extensamente las medidas a tomar con la finalidad de solucionar la actual situación deficitaria de SAMIPLA. (Acta 846, 26-3-1974).

Dado que no hay acuerdo las posturas de considerar las medidas a tomarse en SAMIPLA se posterga la reunión del Consejo para decidir sobre este punto para la próxima reunión. (Acta 847, 2-4-1974).

El tema principal que motiva esta reunión fue modificar el interés sobre las medidas a tomar en buscar solución al problema económico de SAMIPLA, sin que deje de cumplir con los principios que fundamentaron su creación. Considerando que el rubro medicamentos es no solamente uno de los de mayor incidencia sino que la experiencia demuestra lo incontrolable e imprevisible de su valor se resuelve suprimirlos totalmente como beneficio otorgado por SAMIPLA, previa comunicación a los afiliados en los términos establecidos. Se considera también que la coyuntura económica que vive el país es oportuna para aumentar en \$5 ley la cuota del afiliado a SAMIPLA. Se resolvió también enviar comunicaciones a los médicos informando de la situación actual y de las medidas resueltas para procurar el equilibrio financiero del sistema recabando colaboración y toma de conciencia en defensa de los principios que motivaron su creación. Una nota similar se enviara a los beneficiarios del sistema en SAMIPLA. (Acta 848, 6-4-1974).

Ante reclamo de médicos por el pago de la deuda que tiene con ellos SAMIPLA se les reitera la situación de déficit que tiene la obra social la cual en este momento se está tratando de solucionarlo. (Acta 853, 21-5-1974).

Se resuelve de acuerdo a resolución de la Asamblea extraordinaria de fecha 27 de junio de 1974 dar por cancelada la deuda de SAMIPLA para con los médicos, solicitar a la primera la devolución de las facturaciones presentadas hasta el mes de junio inclusive suprimir la inscripción individual de los médi-

cos para trabajar con SAMIPLA y suscribir convenio entre la Agronomía y SAMIPLA para atender a los afiliados a la misma por intermedio de la Agronomía con la lista de los médicos inscriptos para atender a las mutuales con el sistema de libre elección. (Acta 857, 16-7-1974).

Se resuelve no aceptar como empleados de la Agronomía a los 3 empleados del gremio de SAMIPLA. Frente al problema planteado de colegas que no aceptan el bono de SAMIPLA y le cobran como particulares a los afiliados, se resuelve practicar el reintegro y tomar las medidas que corresponde con el médico. Se toma conocimiento y se considera favorablemente la posibilidades que SAMIPLA formalice y publicite convenio con la Farmacia San Ponciano y Central. Se acepta que los médicos de Ensenada puedan atender por SAMIPLA siempre y cuando estén inscriptos en nuestra Agronomía. (Acta 859, 30-7-1974).

SAMIPLA no puede pagar lo adeudado a los médicos, solo podrá hacerlo en cuotas pequeñas y sin plazos fijos. (Acta 860, 6-8-1974).

Se recibe informe del Dr. Chappa sobre la evolución económica del SAMIPLA quien prometió para la semana próxima un balance definitivo al 31 de agosto, se puede decir por el momento que ha habido una disminución significativa del déficit global gracias al superávit que vienen produciendo las medidas implementadas con superávit de mayo y junio de 16 millones aproximadamente de cada uno de estos meses. (Acta 866, 22-10-1974).

Se recibe del estudio contable de SAMIPLA y luego de analizarlo y considerarlo correcto se resuelve presentarlo para su aceptación en la próxima Asamblea General Ordinaria. (Acta 867, 9-11-1974).

Se considera el estado financiero del SAMIPLA a la luz del cual se resuelve fijar en 100 pesos la cuota mensual que a partir del 1º de junio próximo, han de abonar los afiliados del sistema. (Acta 889, 15-5-1975).

Se resuelve convocar a la Asamblea extraordinaria para el día 23 de junio próximo en la sede social del Club Everton de La Plata, para considerar varios temas sobre todo la situación de SAMIPLA y el panorama gremial médico y la relación de la Agronomía de otras entidades médicas y obras sociales, mutuales y coseguros. (Acta 892, 5-6-1975).

Considera posteriormente el Consejo el informe presentado por la presidencia acerca de proceso de clausura de las actividades del SAMIPLA el cual se producirá el 31 del corriente de acuerdo con lo establecido por la última Asamblea Extraordinaria. (Acta 905, 28-8-1975).

3)- Carrera Médico Hospitalaria

Se toma conocimiento de la comunicación del Ministerio de Bienestar Social sobre modificación del llamado a concursos para funciones de Carrera Medica Hospitalaria, al respecto se resuelve objetar ante el citado organismo la exclusión del llamado referida a las funciones de Director, Subdirector y Director asociado señalando la necesidad de aplicar estrictamente el régimen legal vigente. (Acta 871, 19-12-1974).

Se toma conocimiento de comunicación acerca de la nueva composición de la comisión directiva de la Asociación de profesionales del Hospital San Roque de Gonnet, se analiza así mismo el estudio realizado por dicha asociación acerca del proyecto de reforma del régimen de Carrera Medica Hospitalaria. (Acta 873, 2-1-1975).

Prosigue el Consejo Directivo con el análisis del problema planteado por el cercenamiento de los concursos de Carrera Medica Hospitalaria tomándose conocimiento de la presentación que sobre el particular realizará el Dr. Miguel Olivares. (Acta 874, 9-1-1975).

El Consejo analiza desde diversos aspectos vinculados con el proceso de la Carrera Médica Hospitalaria haciéndose presente en las sesión respondiendo a invitación formulada el Dr. Julio Posse a quien el Consejo ofrece la representación de la entidad ante la comisión permanente de Carrera Medica Hospitalaria organismo este ante el cual la subsecretaria de la organización publica ha otorgado representación a la Agremiación. (Acta 878, 6-2-1975).

Con respecto a la Carrera Medico Hospitalaria el Ministerio de Bienestar Social ha anunciado el propósito de la creación de 2000 cargos. (Acta 879, 13-2-1975).

Se toma conocimiento de la solicitud formulada por la Federación Médica para que la Agremiación asuma la representación gremial médica en el área de La Plata en desarrollo de los concursos de Carrera Medica Hospitalaria. (880, 27-2-1975).

Se resuelve cursar nota al Ministro del Bienestar Social informándole acerca de la resolución del Asamblea que estableció un plazo de 60 días para considerar en definitiva la acción a adoptar por el gremio médico ante el incumplimiento de los términos de la ley de Carrera Medica Hospitalaria. (Acta 901, 31-7-1975).

Se analiza una nota cursada por el Ministerio de Bienestar Social respecto de las gestiones cumplidas dentro de la Agronomía Médica, procurando el cumplimiento de las normas legales de la Carrera Médica Hospitalaria. Se resuelve remitir nota al ministerio señalando que las gestiones o acuerdos cumplidas o concertadas por la Federación Médica no comprenden a esta Agronomía y que por otra parte no es aceptable argumentar falta de recursos para incumplir términos de una ley preexistente que obliga a proveerlos. (Acta 904, 22-8-1975).

Se analiza la situación vinculada con la Carrera Médica Hospitalaria en los hospitales de La Plata y se resuelve cursar nota al Subsecretario de Salud Pública reiterando la necesidad de aplicar estrictamente los términos de la ley vigente como asimismo la de regular objetivamente los plazos y edades para la jubilación de oficio de los profesionales. (Acta 914, 30-10-1975).

4)- Aranceles

Se toma conocimiento de los nuevos aranceles fijados por el Colegio Médico Distrito 1, valor Galeno 22 pesos, visita en consultorio 30 pesos, visita en consultorio nocturno 35 pesos, visita diurna en domicilio 37 pesos, visita nocturna a domicilio 45 pesos. (Acta 861, 13-8-1974).

Se trata la situación creada por el laudo del Ministerio de Bienestar Social de la Nación fijando el galeno multiplicador en 18,6 pesos, en discordancia por lo establecido por el Colegio de Médicos Distrito 1. Luego de extensas consideraciones y a pesar que es opinión unánime del Consejo Directivo de la Agronomía lo exiguo de esa cifra se resuelve esperar la actitud a tomar por el Colegio Médico por considerar que no están dadas las condiciones para crear situaciones conflictivas. (Acta 862, 20-8-1974).

Se recibe nota del Colegio de Médicos sobre el ajuste de aranceles médicos en virtud de normas del laudo del Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Se toma conocimiento resolviéndose enviar respuesta al Colegio Médico solicitándole que aclare si ha renunciado a las atribuciones que le concede la ley 5413/58 sobre fijación de aranceles y que siempre fueron respetadas por esta Agronomía. (Acta 868, 13-11-1974).

Informa la presidencia sobre los temas considerados en la entrevista mantenida con autoridades del Colegio de Médicos del Distrito 1 haciendo referencia específicamente a las siguientes cuestiones.

A– Retribución Médico de guardias sanatoriales.

B– Anomalías en la aplicación del arancel diferenciado.

C– Reajustes del Nomenclador.

D– Percepción proporcional de derechos o gastos sanatoriales en los casos de profesionales que realizan prestaciones quirúrgicas con equipos y o instrumentales propios.

E– Caja de previsión y seguro médico. (Acta 877, 30-1-1975).

Se considera una nota presentada por la Sociedad de Radiología local planteando el grave problema que resulta el constante aumento de costos de los insumos de la especialidad que superan notoriamente los valores establecidos por los aranceles de gastos vigentes. Informa al respecto la presidencia acerca de las gestiones que sobre el punto se realizaron ante el IOMA. Se resuelve solicitar a la Sociedad de Radiología amplíe la presentación incluyendo un detalle de los costos actuales de los estudios más corrientes. (Acta 894, 19-6-1975).

Se analiza en profundidad la cuestión referida a la manifiesta desvalorización sufrida por los aranceles médicos cuya actualización se torna ineludible para el mantenimiento de servicios a obras sociales y mutuales. Se considera asimismo el problema que constituye la manifiesta insuficiencia de los valores del rubro gastos que como mínimo deben cubrir los costos de equipos y material en las prestaciones de prácticas especializadas, tema este que motivará especial consideración en la reciente asamblea en particular en lo que va de radiología. (Acta 896, 4-7-1975).

Analiza el Consejo la cuestión que plantea la indefinición que existe hasta la fecha en cuanto al reajuste arancelario que las condiciones económicas generales hacen imperioso considerar y en especial la frustración de todas las gestiones cumplidas por la Agremiación para procurar una consideración y resolución al problema mediante la participación del Sr Gobernador de la provincia y las autoridades representativas de las obras sociales. Por todo ello se resuelve adoptar la siguiente resolución:

1) Establecer que a partir del primero de agosto de 1975, regirán los siguientes valores para las prestaciones por cuenta de obras sociales y mutuales en el área de La Plata. Galeno 60 pesos, visita a consultorio 90 pesos, visita en domicilio 150 pesos.

2) La diferencia entre los citados valores y los que abonen las obras sociales serán abonadas por los afiliados.

3) La resolución tendrá vigencia hasta tanto se produzca definición de los organismos oficiales respectivos. Se encomienda a la presidencia de la Agremiación la difusión pública y periodística de la resolución adoptada. (Acta 900, 30-7-1975).

Se resuelve propiciar entrevistas con la delegación de la CGT y con AGEPEBA a efectos de analizar la actualización de los aranceles para prestaciones de Obras sociales y mutuales. (Acta 916, 13-11-1975).

5)- IOMA

Se consideran las actuaciones cumplidas ante el IOMA para la firma con el convenio directo con la Agremiación se discute en especial la alternativa planteada por funcionarios del IOMA en cuanto amnistía de médicos sancionados (Acta 821, 10-7-1973).

Se toma conocimiento del telegrama del IOMA comunicando que no reconoce recetas sin cargo. Se analiza el inconveniente de la medida en razón de los múltiples factores involucrados en este tipo de receta, caso de recetas a colegas familiares continuación de tratamientos clínicos etc. (Acta 822, 17-7-1973).

Se toma conocimiento de la resolución 525 del directorio del IOMA invitando a dictar una resolución de rehabilitación para los sancionados gremiales. Se intercambian ideas sobre las condiciones en las que se implementarían analizando los caracteres de cada caso en particular. Se recibe telegrama del Director del IOMA Dr. Bocalandro invitando a una reunión con participación exclusiva del suscripto y de los presidentes de la Agremiación Médica Platense y de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires para acordar un sistema definitivo de contratación de servicios médicos. El Dr. Olivares concurrirá el próximo jueves 2 de agosto a las 9 horas. (Acta 823, 31-7-1973).

El Dr. Olivares informa acerca de la reunión mantenida con el presidente del IOMA Dr. Bocalandro y con el de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Se analiza extensa y exhaustivamente las circunstancias y condiciones para establecer la vinculación contractual bilateral con IOMA. (Acta 824, 7-8-1973).

Se toma conocimiento de la nota enviada por IOMA con relación al reajuste de aranceles de acuerdo al siguiente detalle, consultorio diurno 2000 pesos moneda nacional (m/n), consultorio nocturno 2800 pesos m/n, domicilio diurno 2800 pesos m/n, domicilio nocturno 3200 pesos m/n. (Acta 838, 27-12-1973).

La presidencia informa sobre la entrevista del Sr. Presidente de IOMA el Dr. Álvarez Rodríguez en la que el mismo considero la real posibilidad de la firma de convenios de las entidades gremiales primarias. Con respecto al aumento de aranceles el mismo es muy viable y tomando como base el fijado por Puigros, en 15,50 pesos el galeno y 21 pesos la visita en consultorio el IOMA no podrá en este momento por razones de presupuestarias ampliar sus prestaciones a nuevos afiliados, pese a la propaganda librada en tal sentido por las anteriores autoridades. También se expresó la posibilidad del IOMA en un futuro no previsible pero que podría ser más o menos próximo articule su política con las otras obras sociales y mutuales INOS. (Acta 849, 16-4-1974).

Se informa a la mesa directiva sobre la entrevista con las autoridades del IOMA dado que en la misma se ratificó la absoluta autonomía y exclusividad de representación de la Agremiación Medica Platense con respecto al convenio con IOMA para prestación de servicios médicos en el distrito de La Plata. (Acta 864, 24-9-1974).

Se considera comunicación remitida por el presidente del IOMA adjuntando copia del convenio suscripto con la Federación de Clínicas y Sanatorios. Al respecto se resuelve señalar al citado Instituto la improcedencia de varias normas del citado contrato que por regular aspectos estrictamente médicos exceden el marco de un convenio estrictamente sanatorial. (Acta 870, 12-12-1974).

Informa la presidencia acerca del desarrollo de las reuniones mantenidas con las autoridades del IOMA durante los días 22 y 26 del corriente, señala que fue considerada la necesidad de que la citada obra social arbitre mecanismos para efectivizar en plazos mínimos el pago de las prestaciones máxime tomando en consideración la demora que afecto la facturación como consecuencia del retraso con que se dictó el laudo ministerial que fijo los respectivos aranceles. (Acta 905, 28-8-1975).

6)- Obras sociales (deuda).

Se analiza el estado de cuenta de distintas obras sociales en concepto de pago de prestaciones médicas. Se decide intimar al pago a las siguientes obras sociales, so pena de corte de servicios en caso contrario, Instituto de Servicios Bancarios, Banco Provincia, Entel, y Asociación de Agentes de Propaganda Medica. (Acta 822, 17-7-1973).

Se considera el estado de la deuda de la Asociación Mutualista del Banco Provincia decidiéndose el corte de servicios a partir del día 25 de Agosto. (Acta 825, 7-8-1973).

Se efectúa el estudio del estado de cuentas con las mutuales decidiéndose efectuar la intimación de pago a todas las mutuales atrasadas. Bancarios, Agricultura, Vialidad, Hacienda de la Nación, Luz y Fuerza, Entel, Naval, DOGME, Gastronómicos, Hospital Español, Hospital Italiano, Agente de propaganda Medica, Labor. (Acta 840, 8-1-1974).

El Consejo Directivo decide tomar las medidas pertinentes con aquellas mutuales que llevan 60 días de atraso en los pagos correspondientes de la facturación. (Acta 844, 12-3-1974).

Se toma conocimiento sobre el atraso de varias mutuales y en especial sobre todo la Mutual de Empleados de Comercio a las que se les intimara el pronto pago de lo adeudado. (Acta 863, 11-9-1974).

Analiza el Consejo el proyecto de convenio elaborado por la presidencia a efectos de proponer a las obras sociales y mutuales un sistema general de pago contra entrega de facturas con control y eventual ajuste posterior dentro del plazo máximo de 60 días a contar desde la fecha de entrega. El Consejo aprueba el proyecto. (Acta 906, 4-9-1975).

Se toma conocimiento de la respuesta formulada por la obra social YPF respecto del mecanismo del pronto pago que se le realizara a la citada obra social la cual ofrece como alternativa efectuar el pago de facturas dentro del plazo de 30 días con el control ajustes ya efectuados. Se acepta la propuesta. (Acta 907, 11-9-1975).

7)- **Violencia Política**

El Consejo Directivo analiza la situación de profunda conmoción generada en el ámbito médico local por el asesinato del Doctor Mario Gershanik. Se resuelve en definitiva disponer un paro médico para el día de mañana efectuando la difusión pública de un comunicado al respecto, destacando el repudio de la Institución a toda forma de violencia de cualquier signo e invocando a la unidad de los Argentinos. (Acta 884, 10-4-1975).

Se hacen presentes en la sesión las autoridades de la Asociación de Profesionales del Instituto General San Martín encabezada por su presidente el Dr. Federico Milman quienes solicitan en representación de los profesionales del citado establecimiento la adopción de una serie de medidas de repudio inclusive de suspensión de actividades médicas en relación a la detención por personas hasta ahora no identificadas del Dr. Ernesto Saraví, producida en el día de ayer. Informa la Presidencia acerca de las gestiones ya cumplidas por el Consejo en el día de ayer no bien fue conocida la detención del Dr. Saraví solicitando informes a las autoridades Provinciales, Nacionales y Militares acerca del paradero y estado del Doctor Saraví. El Consejo ratifica lo actuado por la Presidencia y resuelve abrir un compás de espera de 24 a 36 horas para aguardar el resultado de las gestiones cumplidas, disponiendo que de no obtener los resultados esperados se efectuaran paros de la actividad médica por lapsos producidos entre 24 y 48 horas hasta lograr una definición oficial que esclarezca la situación de Doctor Saraví. (Acta 917, 20-11-1975).

La presidencia efectúa un pormenorizado informe sobre las actuaciones cumplidas respecto a la situación del Dr. Saraví que culminaron con el informe por la actividad Militar que dicho profesional se encontraba detenido a disposición del poder ejecutivo nacional en virtud de las normas del Estado de Sitio. Analiza el Consejo una presentación efectuada por el Doctor Eduardo Fajes, denunciando ser objeto de acciones intimidatorias por parte de fuerzas de seguridad que de hecho le impiden el libre ejercicio de su profesión. Se resuelve cursar nota a las autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales adjuntando copia de la presentación del Dr. Fajes solicitando se respeten y preserven sus derechos como ciudadano. (Acta 918, 27-11-1975).

Se toma conocimiento de presentación efectuada por familiares del Dr. Ernesto Saraví solicitando la gestión de la Institución para obtener información

oficial concreta acerca del lugar donde se encuentra detenido el citado profesional como asimismo autorización para que lo visiten su esposa e hijas. El Consejo resuelve efectuar la gestión solicitada mediante presentación ante el Ministerio del Interior. (Acta 919, 4-12-1975).

Informa la Presidencia que ha convocado la presente sesión como consecuencia de haberse producido la detención o secuestro por personas que habían manifestado pertenecer a la Coordinación Federal del Dr. Carlos Fages. Señala la denuncia concreta que fue efectuada ante la Agronomía por la novia y por la hermana del citado profesional. El Consejo analiza el hecho denunciado así como los precedentes actos cumplidos por la presentación que a fines de noviembre realizara el citado profesional. Se coincide en juzgar que resulta impracticable continuar con la política de disponer paros de actividades médicas y se resuelve enmarcar las futuras gestiones de la Institución en el plano de peticiones concretas a las autoridades excluyendo la acción de medidas directas. Se dispone cursar nota a las autoridades Nacionales Provinciales y Militares solicitando se cumplan los actos necesarios para resguardar la vida y derechos del Dr. Carlos Fages. (Acta 921, 18-12-1975).

El presidente da la bienvenida a los nuevos miembros del Consejo que resultaron electos en las recientes elecciones efectuadas según las normas estatutarias. Informa luego la Presidencia sobre las gestiones que han continuado desarrollándose en procura de informes sobre el Dr. Carlos Fages sin obtener resultados concretos. En relación con el tema se resuelve luego de analizar las actuaciones de la reciente asamblea producir un comunicado público fijando la posición de la Agronomía ante los hechos de violencia que vienen afectando a profesionales afiliados destacando la decisión de abstenerse en lo sucesivo de disponer medidas de acción directa frente a tales hechos. (Acta 923, 7-1-1976).

8)- Hospital Público

Se toma conocimiento de la reunión mantenida por miembros del Consejo Directivo con la comisión directiva de la Asociación de Profesionales del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero. En ella los visitantes marcaron su inquietud por los problemas hospitalarios y su intención de formalizar la colaboración con la gestión gremial de la Agronomía solicitando el auspi-

cio del Consejo Directivo para la integración de la comisión interhospitalaria constituida por los representantes de las asociaciones de profesionales de los establecimientos del sector público del área de la Agrería. En tal sentido se cursó el día 6 de Agosto una nota a esas asociaciones citando para la reunión constitutiva del día 10 del corriente. Se aprueban como objetivo de la comisión el examinar los problemas actuales del hospital público tanto lo referente a infraestructura como a recursos humanos y el papel a desempeñar por parte de los hospitales públicos en un sistema unificado de prestaciones médicas. (Acta 824, 7-8-1973).

9)- PAMI

EL tema central son los médicos inscriptos para la atención de PAMI l obra social de los jubilados. Se resuelve hacer publicaciones en diarios de la ciudad recordando a los médicos algunos de los principios que rigen nuestras normas de trabajo y además se enviaran a los médicos agremiados que figuran en la lista publicitada para atención de PAMI copia de la misma solicitándoles que confirmen o nieguen su inclusión en la lista. (Acta 855, 4-6-1974).

Se reciben varia renunciaciones de Médicos que estaban en las listas para la atención de PAMI. (Acta 856, 11-6-1974).

10)- Subsidios

En virtud de lo resuelto por la Asamblea se da lectura al nuevo régimen de subsidios:

Art. 1– El presente régimen sustituye y anula al anterior.

Art. 2– Se establecen los siguientes subsidios: A Por muerte e incapacidad total y definitiva. B– por incapacidad total transitoria.

Art. 3– El monto será equivalente a 800 galenos en caso de fallecimiento. B el subsidio será pagado al profesional afectado en caso de incapacidad total definitiva. Beneficio de subsidio en caso de fallecimiento será cobrado de acuerdo a los familiares que hereden su situación, ya sea esposa o hijos.

Art. 4– El pago de subsidio por incapacidad total o definitiva hace caducar el derecho a subsidio por fallecimiento.

Art. 5– En caso que el Consejo Directivo no esté de acuerdo con la incapacidad total definitiva esta será enviada para la decisión de una junta médica.

Art. 6– En caso de subsidio por incapacidad transitoria para el ejercicio de la profesión se tomara en consideración la especialidad y modalidad habitual del ejercicio profesional del solicitante.

Art. 7– En el caso de incapacidad total transitoria tendrá un monto equivalente a 80 galenos mensuales.

Art. 8– El subsidio por incapacidad total transitoria se abonara durante un periodo máximo de 2 meses.

Art. 9– Para el pago de subsidios se creara un fondo especial de subsidios.

Art. 10– El monto de unidad Galeno que determina el importe de los subsidios y cuotas será equivalente al promedio de los diversos valores que sucesivamente hayan tenido vigencia dentro del año calendario.

Art. 11– Será condición indispensable para el otorgamiento de los subsidios no estar en mora en ningún sentido con la Agreración Medica Platense.

Art. 12– Los beneficiarios del régimen podrán optar por el pago directo de los respectivos aportes que deberán ser efectivizados en la sede de la Agreración. (Acta 895, 26-6-1975).

11)- Principios y Objetivos

Es el acta de la sesión constitutiva del nuevo Consejo Directivo, esto se da el día 5 de diciembre de 1974 con el nuevo presidente Dr. Alberto Poli. En primer término la presidencia propone incorporar a la presente acta como forma de protocolización institucional la declaración de principios y objetivos formulados por la lista unidad médica de cambio que llevo a la presidencia al Dr. Poli. Esto se aprueba por unanimidad por lo tanto el Consejo resuelve insertar el acta con los siguientes enunciados:

1. Reconstruir el Gremio Médico:

1.1. Plebiscitando obligatoriamente a todos los médicos agrerados para que se redefinan los objetivos del gremio y la política que consecuentemente ha de implementarse para esos fines. Ese plebiscito será puesto a consideración de una Asamblea para darle toda la fuerza que ha de tener sustancialmente y ha de definir.

1.1.1. Formas y modalidades del ejercicio profesional que el gremio está dispuesto a apoyar.

1.1.2. Compatibilidades e incompatibilidades entre ellas.

1.1.3. Modalidades de remuneración.

1.1.4. Posibilidades de implementación de una carrera médica en ejercicio privado.

1.1.5. Asentar la Unidad Médica sobre bases de real solidaridad sin pedir al desposeído que sea quien con su conducta sustente las advertencias insaciables de quienes acaparan el grueso de la renta médica en La Plata. No es que no pueda ver quien con su labor genere el bien, lo que no puede ser es que la estructura del trabajo medico este en beneficio solo de un grupo reducido que aprovecha el sistema.

2. Reconstruir la Agrerriación Medica como Institución.

2.1. Que sea caja de resonancia de lo que suceda en la totalidad del que hacer médico.

2.2. Mejorar sustancialmente su manejo administrativo.

2.3. Hacerla centro de estudio de los problemas de salud para elaborar sobre pautas reales concretas programas de salud y ofrecerlos como colaboración a los organismos oficiales y privados del ramo.

2.4. Crear la escuela de dirigentes.

2.5. Brindar información permanente actualizada a sus afiliados.

2.6. Establecer relaciones con otras instituciones y organismos a todo nivel para demostrar que nuestra institución que defiende fundamentalmente un ejercicio profesionalmente digno que está al servicio de los problemas de la salud no aceptando de ningún modo sectorizarse en aspectos políticos raciales o religiosos la Agrerriación Medica no es, no puede serlo estatutariamente ni racional o éticamente trampolín ni medio de proyección de ninguno de sus miembros o de sectores que pudieran quedarse o inmiscuirse en algunos de esos aspectos.

2.7. La Agrerriación Medica Platense no interferirá en el manejo específico de las otras Instituciones Médicas, Caja, Colegio Médico, Entidades Científicas, etc. (Acta 869, 5-12-1974).

Secuestros y detenciones producto de la violencia política

Durante el año 1975 se profundizaron las diferencias políticas entre la izquierda y la derecha, pasando los “zurdos” a la clandestinidad especialmen-

te con los Montoneros y el ERP (Ejército Revolucionario del Pueblo) y los “fachos” formando la fuerza paraestatal conocida como la Triple A (Alianza Anticomunista Argentina).

Esto llevó al secuestro, desaparición, muerte y detención de personas por fuera de cualquier norma legal. Los médicos no fueron ajenos a esta situación y varios padecieron la violencia política de la Argentina convulsionada de esa época.

En el área de La Plata, hubo tres casos resonantes como se señalaron en la Actas del Consejo Directivo de la AMP, que fueron los de los doctores Mario A Gershanik, Ernesto T Saraví y Carlos L. Fagés, por cuya aparición con vida bregó inmediatamente la Agremiación Médica Platense como lo prueban las reiteradas solicitudes publicadas en los diarios locales reclamando por el esclarecimiento de estos oscuros casos de secuestros y detenciones clandestinas.

Nada mejor para reflejar el “modus operandi” de las fuerzas paraestatales que narrar el testimonio del Dr. Alfonso Arellano Barrios, víctima protagonista de la violencia política de esa época quien colaboró contando algunos episodios durante una reciente entrevista realizada para este libro.

Entrevista al Dr. Alfonso Arellano Barrios, el 16 de marzo de 2017.

El motivo de la entrevista fue debido a que el Dr. Alfonso Arellano Barrios fue víctima de la violencia política que se desencadenó en el país durante los años 1974 y 1975.

Nacido en Perú en 1929, se desempeñaba en los años 1974-1975 como médico obstetra en la Maternidad del Policlínico Gral. San Martín y en la Clínica Privada Instituto Médico Platense.

En el mes de marzo de 1975, mientras él se encontraba en un acto con el embajador de Perú, le allanaron su casa a eso de las 20 hs. mientras su esposa se encontraba sola. Según refiere el operativo fue realizado por varios hombres armados, con dos automóviles Fálcon, uno cruzado en la calle y otro estacionado en la puerta de su casa. Entraron a su casa donde estuvieron alrededor de 40 minutos revisando todo y según dijeron estos hombres vestidos de civil pero fuertemente armados había una denuncia de que en esa casa había armas y que su dueño, es decir, el Dr. Arellano Barrios había tenido contacto con “elementos subversivos”.

Al enterarse de este allanamiento y que incluso éste se había perpetuado sin orden judicial, realiza la correspondiente denuncia en la central de Policía,

siendo atendido por el oficial Genonis quien pese a saber de esta situación, no dio ninguna explicación coherente sobre este hecho.

Una de las teorías sustentadas en ese momento era que el teléfono del Dr. Arellano Barrios aparecía agendado en el registro de un subversivo.

En esos días comenzó un hostigamiento hacia el equipo médico del Instituto Médico Platense del que él formaba parte.

En abril de ese año 1975, fue asesinado el Dr. Mario Gershanik quien se desempeñaba como médico pediatra del mencionado equipo.

A partir de este hecho lamentable, el Dr. Jorge Lamas, Jefe del equipo médico de obstetricia del Instituto Médico Platense decidió irse del país dada la situación imperante y las amenazas anónimas de que era víctima. En este sentido, al otro día del velatorio y entierro del Dr. Gershanik, el Dr. Lamas visitó a Arellano Barrios a altas horas de la noche y le dijo: “vengo a despedirme porque me voy del país, aunque no estoy metido en nada, pero igual no te digo adónde para no comprometerte”.

El Dr. Jorge Lamas se fue del país a Venezuela con su esposa Paulina Ganievich que era médica y practicaba la psicoprofilaxis del parto, un método de avanzada en esa época para el parto sin dolor. Lamas regresó al país con el retorno de la democracia en la época de Alfonsín.

El Dr. Ernesto Saraví, otro médico víctima de la violencia política quien fue detenido en noviembre del 1975, y después liberado también formaba parte del plantel médico del Instituto Médico Platense, aunque no estaba en el grupo de Lamas.

Según relata Arellano Barrios, el Dr. José Luis García, otro obstetra del equipo, también fue víctima de la violencia política; una noche le llama la esposa y le dice “...vino gente armada diciendo que tenían orden de llevarse a mi esposo y no solo que lo hicieron, sino que desconozco el paradero...”.

La Agremiación Médica Platense se interesó por el Dr. García a través de los altos mandos, siendo liberado luego de una semana de haber estado detenido. El motivo habría sido que en una imprenta donde había propaganda comunista se habían hallado recetarios del Dr. José Luis García.

Por otra parte y retomando el caso Saraví, según relata Arellano Barrios: “Saraví era un hombre pacífico y muy trabajador a quien no se le conocía actividad política. Se comentaba que había atendido a una guerrillera embarazada y que luego de hacerle el parto en la maternidad del Policlínico se lo llevaron. Estuvo

preso mucho tiempo y luego viajó a España. Volvió al país pero no trabajó como médico. Lo de Saraví fue después de lo de Lamas”.

Evidentemente, como se desprende de esta entrevista, los médicos platenses, en especial aquellos dedicados a la obstetricia, sufrieron persecuciones y detenciones muchas veces más relacionadas con los pacientes a quienes asistían que con su actividad política, siendo víctimas de la violencia paraestatal imperante en la Argentina.

SOLICITADAS Y ARTÍCULOS PERIODÍSTICOS PUBLICADOS EN EL DIARIO EL DÍA DE LA PLATA (21)

A fin de enfatizar aún más la problemática de esa época durante 1975, con la violencia política y la firme actitud de la AMP con el reclamo del esclarecimiento de los secuestros y detenciones clandestinas de los Dres. Gershanik, Saraví y Fages, y la necesaria aparición con vida, hemos reeditado las solicitadas y artículos periodísticos aparecidos en el diario EL DIA de La Plata en dónde la mayoría de las veces se llegó al PARO de todas las actividades médicas como medida de lucha.

También, teniendo en cuenta las dificultades socioeconómicas y la crisis de la medicina por la que atravesaba la Argentina en esa época consideramos necesario incluir las solicitadas de la AMP y los artículos periodísticos que reflejaban la problemática de los médicos para su subsistencia y la política gremial desplegada por la AMP en pos de la búsqueda de las posibles soluciones.

Además, en menor medida incluimos aquellas solicitadas referentes a las obras sociales y al valor de los aranceles.

1. Violencia Política

Viernes 11 de abril de 1975

Dispúsose para hoy un paro de los médicos

La Agremiación Médica Platense, ante el asesinato del doctor Mario Gershanik, emitió un documento en el que repudía enérgicamente el hecho y dispone para la fecha un paro total de actividades médicas públicas y privadas en el área

de La Plata. Asimismo encomienda a las asociaciones profesionales hospitalarias y sanatoriales, la adopción de las prevenciones necesarias para la cobertura de guardias y para la atención más completa de los casos de urgencia.

La entidad señala que “uno de sus afiliados, un agremiado, un colega, ha sido asesinado, no importa por qué o por quién”. Lo que importa –dice luego– es que “se ha actuado al margen de la ley, del ordenamiento jurídico del Estado, al margen de la norma que obliga a todos por igual, gobernantes y gobernados, a someterse a ella para demostrar que estamos en una comunidad civilizada”. “Cada vez que en un ámbito se rompe tal criterio –agrega– los actos humanos no son presididos por la ley, impersonal y obligatoria, sino por el discrecionalismo, el subjetivismo que hacen que la vida, las ideas y la dignidad de los hombres queden supeditadas a la mera voluntad de otros hombres”.

El documento dice más adelante que “sirvan estas reflexiones como homenaje al colega caído; sirvan estas ideas tan viejas y siempre vigentes para llamar a sosiego al país y a sus hombres, antes de que sea demasiado tarde... Sirva toda la sangre vertida en el país como fundamento de reconciliación”.

De FEMEBA

Por su parte, la Federación Médica (FEMEBA) instó a las demás entidades médicas a unirse al reclamo por la serie de atentados que culminó con la muerte del doctor Gershanik y de otro profesional, el doctor Aarón Goldman, este último de la localidad de General Sarmiento. En una resolución dada a conocer a tal efecto señala lo siguiente: “1) Exigir a los poderes públicos y las instituciones representativas de las distintas actividades útiles del país, una exhaustiva investigación y la consiguiente eliminación de todos los actos que de una u otra manera deterioran la vida de la comunidad, a efectos de devolver a ésta el ambiente de paz y seguridad, imprescindible para el normal desenvolvimiento y progreso de la Nación; 2) Poner en estado de alerta a todos los médicos de la Provincia, sea cual fuere su relación de dependencia, actividad o especialidad; 3) Adherir a todas las acciones que utilicen las entidades médicas de base relacionadas con los asesinatos de los colegas Goldman y Gershanik, aunándose al dolor e indignación de familiares y ciudadanos, y 4) Poner en consideración de una asamblea extraordinaria provincial la situación denunciada, para adoptar las medidas

tendientes a la defensa de derechos cívicos y personales de los médicos y de todos los habitantes de nuestro país”.

Adhesión al duelo

El Consejo Técnico Asesor y la Dirección del Hospital Interzonal Especializado de Agudos “Sor María Ludovica”, dio a conocer anoche un comunicado en el que se adhiere al duelo provocado por el trágico fallecimiento del doctor Gershanik y repudiar hechos como el sucedido que, como todo acto de violencia –expresa–, conspira contra la paz de la patria.

Viernes 11 de abril de 1975

SOLICITADA

La Agremiación Médica Platense, entidad que nuclea a los médicos de La Plata; que estatutariamente tiene vedado hacer exteriorizaciones que impliquen tomas de posición en lo racial, político o religioso; que no ha sido utilizada jamás para promover a dirigentes circunstanciales; que tiene demostradas conductas de que su sola y excluyente preocupación es la defensa de un digno ejercicio profesional, se encuentra, en el día de la fecha con que uno de sus afiliados, un agremiado, un colega, ha sido asesinado: no importa por qué o por quién, ha sido asesinado sin tener en cuenta que era un ser humano, un médico, con sus vivencias, sus ideas –no importa cuáles–, ha sido asesinado... quizá por pensar distinto, por sentir distinto... no importa tampoco qué... Lo que sí importa es que ha sido asesinado... lo que sí importa es que se ha actuado al margen de la ley, del ordenamiento jurídico del Estado, al margen de la norma que obliga a todos por igual, gobernantes y gobernados, a someterse a ella para demostrar que estamos en una comunidad civilizada. Cada vez que un ámbito se rompe tal criterio los actos humanos no son presididos por la ley, impersonal y obligatoria, sino por el discrecionalismo, el subjetivismo que hacen que la vida, las ideas y la dignidad de los hombres queden supeditadas a la mera voluntad de otros hombres.

Sirvan estas reflexiones como homenaje al colega caído; sirvan estas ideas, tan viejas y siempre vigentes para llamar a sosiego al país y a sus hombres, antes de que sea demasiado tarde... Sirva toda la sangre vertida en el país como fundamento de reconciliación.

Como expresión de repudio a ésta y todas otras muestras de violencia el Consejo Directivo de la Agrerriación Médica Platense resuelve:

1º) DISPONER UN PARO TOTAL DE ACTIVIDADES MÉDICAS, PÚBLICAS Y PRIVADAS, EN EL ÁREA DE LA CIUDAD DE LA PLATA, DURANTE EL DÍA VIERNES 11 DE ABRIL.

2º) ENCOMENDAR A LAS ASOCIACIONES DE PROFESIONALES HOSPITALARIAS Y SANATORIALES ADOPTEN TODAS LAS PREVISIONES NECESARIAS PARA LA COBERTURA DE GUARDIAS Y PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN MÁS COMPLETA DE LOS CASOS DE URGENCIA.

3º) SUSPENDER, DURANTE EL DÍA VIERNES 11, TODA FORMA DE ATENCIÓN A LOS PROFESIONALES Y AL PÚBLICO, EN LA SEDE DE LA AGREMIACIÓN.

La Plata, 10 de abril de 1975

Consejo Directivo – Agrerriación Médica Platense

Sábado 12 de abril de 1975

CUMPLIÓSE EL PARO MÉDICO DISPUESTO EN ESTA CIUDAD

De acuerdo con la resolución adoptada por la Agrerriación Médica Platense, se cumplió ayer en esta ciudad el paro en repudio por el asesinato del Dr. Mario A. Gershanik, ocurrido en la antevíspera en las circunstancias conocidas. Tanto en el ámbito privado como en el oficial, los médicos mantuvieron una total inactividad durante la jornada, excepto en las guardias hospitalarias y sanatorias y en los casos de urgencia justificados.

Los médicos de Ensenada también adhirieron a la medida, paralizando su labor en la víspera.

Centro de Especialistas en Análisis Biológicos

Con motivo del asesinato del doctor Mario A. Gershanik, el Centro de Especialistas en Análisis Biológicos dio a publicidad una declaración en la que “hace suyo los conceptos de la solicitada de la Agrupación Médica Platense” publicada en la víspera. La institución adoptó también las siguientes medidas: “adherir al paro de actividades profesionales declarado por la Agrupación Médica Platense para el viernes 11, manteniéndose solamente la atención de los casos de estricta urgencia; expresar su más absoluto repudio por el monstruoso e incalificable crimen, y expresar su más ferviente anhelo de que cesen definitivamente estos hechos que atentan contra el clima de convivencia y legalidad, que deben ser atributos permanentes de todo sistema democrático”.

De la Asoc. Empleados de Obras Públicas

La Asociación Empleados del Ministerio de Obras Públicas (AEMOPBA) dio a conocer un comunicado en el que repudia el crimen del que resultara víctima la afiliada de esa entidad, señorita Nélica Villarino. Agrega que “el vandálico asesinato vuelve a regar de sangre el camino de los trabajadores argentino”.

Jueves 20 de noviembre de 1975

SOLICITADA - AGREMIAÇÃO MÉDICA PLATENSE - COMUNICADO DE PRENSA

Con motivo de denuncia formulada por un grupo de agremiados acerca de la detención o secuestro de que habría sido víctima el afiliado de la Institución, Dr. Ernesto T.M. SARAVÍ (Mat. Prof. 11.207), el C.D. de la Agrupación Médica Platense ha resuelto dirigirse al señor Ministro de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, al señor Ministro del Interior, al Jefe de Policía de la Provincia de Buenos Aires, al Jefe de la Policía Federal y al Jefe de la Guarnición local con el objeto de solicitar la adopción de todas las medidas tendientes a aclarar la situación y a resguardar todos los derechos a que el Dr. Saraví se hace acreedor por su sola condición de ciudadano.

La Plata, 19 de noviembre de 1975.

Viernes 21 de noviembre de 1975

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Ante la situación planteada por el caso del Dr. Ernesto Saraví, en el que aparece privado de su libertad ilegítimamente; en el que los organismos oficiales a los que se ha peticionado actúen en resguardo de sus derechos de ciudadano y de su vida –de lo que son responsables– petición que se hiciera pública mediante Comunicado de Prensa expedido hace 24 horas y a la cual no se ha dado hasta el presente respuesta oficial alguna.

Ante la petición que formulan los médicos del Instituto de Maternidad y la Asociación de Profesionales del Instituto General San Martín propiciando se adopten las más enérgicas y severas medidas gremiales en defensa de la vida del Dr. E. Saraví.

Valorada la situación institucional concurrente de esta AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE que es, debe ser y será totalmente prescindente en todo lo que sea participación en actos políticos, raciales o religiosos, pero que no puede prescindir en absoluto en la defensa indeclinable de los derechos emergentes de la sola condición humana y de los preceptos constitucionales y legales, el CONSEJO DIRECTIVO HA RESUELTO:

1º) Realizar un PARO MÉDICO, a partir de la cero hora del día viernes 21 de noviembre, en todas las áreas de la actividad profesional, por el término de 24 hs, a fin de lograr, a su través, que se defina la situación legal en que se halla el Dr. Ernesto Saraví y se la objetivice debidamente.

2º) Si al cabo del plazo de 24 hs, no se hubieren registrado novedades en el sentido expresado, el PARO MÉDICO seguirá por TIEMPO INDETERMINADO hasta tanto se esclarezca la situación.

Logrado el objetivo propuesto, y puestos en juego los mecanismos institucionales que regulen la cuestión, el Paro quedará automáticamente levantado como expresión de respeto de la Institución a los fueros legales establecidos.

Tal como corresponde a las condiciones de la actividad médica, el C.D. recomienda especialmente el funcionamiento pleno de las Guardias para la atención de urgencia en los establecimientos oficiales y privados.

La Plata, 20 de noviembre de 1975

Dr. Alfredo J. RAE – Secretario Gral.

Dr. Alberto L. POLI – Presidente

Viernes 21 de noviembre de 1975

SOLICITADA - INSTITUTO MÉDICO PLATENSE

Consternados ante un nuevo hecho de incalificable violencia, como es el secuestro del Dr. Ernesto T.M. Saraví, respetado y prestigioso profesional de nuestro cuerpo médico, ampliamente reconocido por sus condiciones humanas y profesionales, el directorio de esta institución siente la obligación moral de hacer pública su solidaridad con el mismo y salir nuevamente en defensa de los inalienables derecho que le corresponden a todo ciudadano de ejercer libremente su profesión protegido por las leyes y las autoridades encargadas de aplicarlas.

Al solicitar el urgente esclarecimiento de este doloroso episodio, esta institución adhiere a las medidas resueltas por la Agronomía Médica Platense.

Viernes 21 de noviembre de 1975

SOLICITADA - COLEGIO DE MÉDICOS DISTRITO I

Habiendo tomado conocimiento por información periodística de los hechos que involucran al colegiado Dr. Ernesto T. M. Saraví, la Mesa Directiva RESUELVE:

Limitar los actos celebratorios del Día del Médico al siguiente programa:

- 1)– Misa en memoria de los colegas fallecidos a celebrarse en la Catedral el día 3, a las 19 horas.
- 2)– Entrega de medalla al colegiado Dr. Manuel Mindlin por cumplir 50 años en la profesión.
- 3)– Entrega del Premio Anual de Estímulo a la producción científica.
- 4)– Entrega de Diplomas a los miembros integrantes de Juntas de Evaluación y a los médicos especialistas evaluados en el presente año.

Los actos enunciados se llevarán a cabo en la sede del Distrito, calle 51 N° 709, el día 3 de diciembre de 1975, a las 10 horas.

Viernes 21 de noviembre de 1975

Paro médico en La Plata por el rapto de un profesional

En reunión efectuada anoche, la Agremiación Médica Platense, con el apoyo de otras instituciones, dispuso un paro por 24 horas –que comenzó a medianoche– a raíz del secuestro del doctor Ernesto Tomás Saraví, raptado anteayer por cuatro desconocidos en calle 48 entre 7 y 8 de nuestra ciudad. Mientras tanto, se han efectuado diversas gestiones para aclarar debidamente el episodio, interesándose a sectores políticos. En tal sentido se informó que mostraron su preocupación por el hecho los doctores Ricardo Balbín, Carlos H. Perette y Antonio Tróccoli, además de los bloques legislativos de la UCR. Hasta el momento se carece de noticias respecto al paradero del citado profesional.

Viernes 21 de noviembre de 1975

Paro médico por el secuestro de un profesional en La Plata

La medida inicióse a medianoche y abarca la atención en hospitales, sanatorios y consultorios privados. Habrá guardias. Preocupación en sectores políticos.

En el transcurso de una reunión efectuada anoche por el consejo directivo de la Agremiación Médica Platense, la entidad dispuso realizar un paro por 24 horas a partir de la cero hora de hoy, en repudio por el secuestro del Dr. Ernesto Tomás M. Saraví, ocurrido en la madrugada de anteayer en nuestra ciudad, requiriendo además que “se defina la situación legal en que se halla el Dr. Saraví y se la objetivice debidamente”.

Se agrega en la resolución que “si al cabo del plazo de 24 horas no se hubieren registrado novedades en el sentido expresado, el paro médico seguirá por tiempo indeterminado hasta tanto se esclarezca la situación”.

La decisión se adoptó con la presencia de más de 200 profesionales que concurrieron espontáneamente, según se informó, a la reunión que mantenía la Agremiación Médica Platense. En las deliberaciones, varios médicos expresaron la preocupación por las amenazas de que han sido objeto últimamente varios de ellos y reclamaron un cese de actividades hasta que se aclare la procedencia de las mismas.

La resolución

La decisión de la Agronomía Médica Platense, que cuenta con la adhesión de la Federación de Médicos Residentes de la Provincia, del Instituto Médico Platense, de la Asociación de Psicólogos de La Plata y médicos particulares, señala en sus considerandos que es atendible “la petición que formulan los médicos del Instituto Maternidad y la Asociación de Profesionales del Instituto General San Martín, propiciando que se adopten las más enérgicas y severas medidas gremiales en defensa de la vida del Dr. Ernesto Saraví” y que “ha sido valorada la situación institucional concurrente de esta Agronomía Médica Platense que es, debe ser y será totalmente prescindente en todo lo que sea participación en actos políticos, raciales y religiosos, pero que no puede marginarse en absoluto de la defensa indeclinable de los derechos emergentes de la sola condición humana y de los preceptos constitucionales y legales”.

La decisión agrega que “logrado el objetivo propuesto y puesto en juego los mecanismos institucionales que regulen la cuestión, el paro quedará automáticamente levantado como expresión de respeto de la institución a los fueros legales establecidos” y subraya que “tal como corresponde a las condiciones de la actividad médica el consejo directivo recomienda especialmente el funcionamiento pleno de las guardias para atención de urgencia en los establecimientos oficiales y privados”.

También hizo conocer anoche una resolución adhiriendo a la medida, el Instituto Médico Platense, entidad que expresa que “consternados ante un nuevo hecho de incalificable violencia, como es el secuestro del Dr. Saraví, prestigioso profesional ampliamente reconocido por sus condiciones humanas el Instituto Médico Platense siente la obligación moral de hacer pública su solidaridad con el mismo y salir nuevamente en defensa de los inalienables derechos que le corresponden a todo ciudadano de ejercer libremente su profesión, protegido por las leyes y las autoridades encargadas de aplicarlas”.

Sin novedades

En tanto diversas entidades profesionales emitían comunicados repudiando el hecho y sectores radicales mostraban su preocupación por el episodio, se desconocía anoche el paradero del Dr. Ernesto Tomás M. Saraví, secuestrado

en horas de la madrugada de la antevíspera cuando en compañía de otras personas abandonaba la cochera ubicada en la calle 48 entre 7 y 8 de nuestra ciudad. Las indagaciones practicadas en procura de localizar a los autores del rapto, que fueron observados por algunas personas, no habían dado resultado positivo, aunque se mantenían las averiguaciones en distintos lugares.

El rapto

Como se informara, y de acuerdo a la denuncia radicada por sus familiares en la comisaría primera, el doctor Saraví, la señorita Cristina Díaz y el doctor Juan Carlos Pernas, se encontraban a las 3.15 frente a la cochera de la calle 48 entre 7 y 8 donde minutos antes el profesional había dejado su vehículo.

En esos momentos, se detuvo allí un Peugeot 504, blanco del que descendieron dos individuos jóvenes armados con revólveres, en tanto otros dos quedaban en el coche aguardándolos. Los primeros se dirigieron al Dr. Saraví y lo obligaron mediante amenazas a acompañarlos. Poco después sin que el doctor Pernas y la otra persona pudieran reaccionar, el Peugeot se alejó velozmente por 48 en dirección a 13.

Los secuestradores fueron descriptos como personas jóvenes, que vestían ropas sport y que hablaron sólo lo indispensable para hacer comprender sus designios.

Posteriormente fue presentado un recurso de hábeas corpus ante la presunción de que el médico obstetra pudiera haber sido detenido por la policía. En este sentido, ayer se reiteró que el profesional hubiera sido detenido, tanto por parte de la policía bonaerense como de la delegación local de la Federal. Cabe señalar que de acuerdo a la denuncia policial, el doctor Saraví no tiene militancia política o gremial.

Durante la jornada de ayer circularon diversas versiones, ninguna de las cuales pudo ser confirmada, dado que en las dependencias policiales no se dieron detalles respecto a las investigaciones que se practican para tratar de hallar el lugar donde está secuestrado el profesional.

Gestiones

Profesionales de nuestra ciudad, por su parte, han realizado también diversas gestiones con el propósito de obtener algún indicio respecto al paradero

del Dr. Saraví. Se informó que expresaron su preocupación por el episodio, comprometiendo asimismo su esfuerzo para dirigirse a las autoridades competentes, los doctores Ricardo Balbín, Carlos H. Perette y Antonio Tróccoli, como asimismo las bancadas radicales de la Legislatura bonaerense a través del diputado Raúl H. Pistorio y el asesor del bloque de Diputados, Dr. Eugenio Pons.

Cabe señalar que los profesionales médicos mantuvieron ayer sucesivas reuniones con el propósito de analizar la situación planteada y también las amenazas contra varios médicos que se han registrado últimamente.

Comunicados

La Asociación de Psicólogos de La Plata dio a conocer anoche un comunicado en el cual señala que “reitera una vez más su repudio enérgico a este tipo de hechos, en tanto expresan un nuevo ataque a la vigencia de las libertades democráticas. Al propio tiempo –añade– manifiesta su total adhesión mediante el apoyo activo a toda medida que implementen los organismos gremiales médicos para el pronto esclarecimiento del suceso”.

Por su parte, la Federación de Médicos Residentes de la Provincia, expresa que “ante la desaparición del doctor Ernesto Tomás Saraví ocurrido en nuestra ciudad, manifiesta su rotundo repudio hacia hechos que significan un ataque a sectores que defienden intereses básicos de la comunidad declarándose en estado de asamblea permanente y resolviendo peticionar ante la Agrupación Médica Platense medidas concretas de solidaridad, tales como un paro médico general activo por 24 horas, propugnando medidas progresivas de lucha hasta tanto aparezca el colega secuestrado”. Por último consigna que “nuestra Federación realizará un paro activo de 24 horas el día 21 de noviembre de 1975”.

Sábado 22 de noviembre de 1975

Hubo detenciones en varios operativos realizados por el Ejército en esta ciudad

PARTICIPARON TAMBIÉN FUERZAS POLICIALES. INFORMÓSE QUE EL DOCTOR SARAVÍ SE HALLA DETENIDO POR ORDEN MILITAR. SE LEVANTÓ EL PARO MÉDICO. COMUNICADOS.

En las últimas horas de anteanoche y en la madrugada de ayer, fuerzas del Ejército con asiento en nuestra ciudad realizaron intensos operativos destinados a la represión de actividades subversivas, para lo cual se contó con la participación de efectivos de la Policía bonaerense. Si bien se careció de información oficial respecto a los procedimientos, en fuentes responsables se mencionó que habían sido detenidas 12 personas. Mientras tanto, autoridades de la Agronomía Médica Platense y de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) consignaron que un jefe militar les había señalado que el doctor Ernesto Tomás Saraví, cuyo secuestro se denunciara, se hallaba detenido por orden del Ejército Argentino y alojado en una dependencia policial que no fue confirmada. A raíz de ello, la Agronomía Médica Platense resolvió levantar el cese de actividades que había comenzado en la medianoche anterior, motivado por la carencia de noticias respecto al paradero del citado profesional. Asimismo, organizaciones estudiantiles denunciaron ayer la desaparición de varios estudiantes y algunos trabajadores no docentes, realizándose gestiones para aclarar la situación de los mismos ante las autoridades pertinentes.

Por su parte, la Federación de Entidades Profesionales Universitarias de la Provincia (FEPUBA) dio a conocer una declaración donde señala, entre otras decisiones, “disponer, de no esclarecerse fehacientemente la situación del doctor Saraví, un paro nacional de protesta a nivel de las profesiones de la salud que se realizará durante la jornada del día lunes 24 de noviembre”.

Los operativos

En lo que respecta a los operativos cumplidos en forma combinada por fuerzas del Ejército y policía, pudo saberse que su realización responde a las directivas impartidas a las Fuerzas Armadas para reprimir las actividades extremistas

en todo el país. Como se sabe, hasta el presente se habían concretado varias acciones, referidas al control de vehículos y documentación. En la víspera, hubo procedimientos en diversos edificios de departamentos y otras viviendas, pudiendo saberse en fuentes responsables que a raíz de esa acción se había detenido a 12 personas, las cuales eran indagadas respecto a sus actividades.

Los detenidos no pudieron ser identificados ni conocerse otros detalles, dado que las autoridades militares consultadas guardaron silencio al respecto, mencionando que toda información sería proporcionada por el titular del Regimiento 7 de Infantería, coronel Eduardo Soldati, quien había viajado a la capital federal.

Trascendió que el operativo militar abarcó diversas zonas, incluso varias del sector céntrico, agregándose que proseguirá en los próximos días.

Situación del Dr. Saraví

En horas de la tarde, autoridades de la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires (FEMEBA) informaron que habían mantenido una reunión con el Jefe del Destacamento 101 de Inteligencia del Ejército, coronel Campoamor, con el propósito de inquirir si el Dr. Ernesto Tomás Saraví se hallaba alojado en alguna dependencia de esa fuerza. Como se sabe, el citado profesional había sido llevado por dos personas hasta un coche Peugeot que aguardaba en calle 48 entre 7 y 8, en la madrugada del miércoles último, desconociéndose posteriormente su paradero. El hecho motivó que la Agronomía Médica Platense, con la adhesión de otras entidades médicas, dispusiera un cese de actividades que se inició en la medianoche anterior.

Dijeron los directivos de FEMEBA, doctores Angel A. Tullio, Orlando Carlos Arnera y Alberto Romero, que el coronel Campoamor había consignado que el Dr. Saraví, “según los datos de que disponía, fue detenido por orden del Ejército Argentino, conforme a la actividad que despliegan las Fuerzas Armadas en la lucha contra la subversión”, agregando que el profesional “se halla alojado en una dependencia policial que no identificó”.

La novedad fue comunicada por FEMEBA a la Agronomía Médica Platense y al Colegio de Médicos, entidades que realizaron gestiones para conocer en qué unidad policial se hallaba detenido el doctor Saraví. Asimismo, la Agronomía Médica dispuso levantar el paro de actividades, en tanto FEME-

BA decidía mantener el estado de alerta gremial y “coordinar las acciones que correspondan con la Federación de Profesionales Universitarios de la Provincia de Buenos Aires (FEPUBA)”.

Comunicado de la Agremiación

En el comunicado dado a conocer disponiendo el levantamiento del cese de actividades, la Agremiación Médica Platense señala que “habiendo manifestado el jefe del Destacamento N° 101 de Inteligencia, Cnel. Campoamor, que según los informes que personalmente poseía, el doctor Saraví fue detenido por el Ejército en cumplimiento de las actividades que desarrollan las Fuerzas Armadas en la lucha contra la subversión y que el mismo se halla alojado a disposición de esa fuerza en una dependencia policial, el consejo directivo de la Agremiación Médica Platense estima que se ha definido la situación legal en que se encuentra el citado profesional y se la ha objetivado debidamente, con lo que su vida y demás derechos quedan en este momento bajo responsabilidad exclusiva del Ejército y su destino ulterior en las definiciones que produzca la justicia”.

En la parte resolutive expresa que “en consecuencia, puestos en juego los mecanismos institucionales que regulan la cuestión, el paro médico queda automáticamente levantado, como expresión de respeto de la Agremiación Médica Platense para con los fueros legales establecidos”.

Consigna que “no obstante ello, los médicos quedamos en estado de alerta” y agradece luego las expresiones de solidaridad hechas llegar a la entidad, para finalizar: “Sólo resta invocar la buena voluntad de todos los sectores del quehacer nacional, sin exclusiones, para que desarmen sus espíritus y deponiendo enconos encuentren puntos de coincidencias para una convivencia sentada en el respeto mutuo y en la subordinación a la ley, suprema reguladora de relaciones interhumanas”.

Cabe señalar que dirigentes de la Agremiación solicitaron anoche entrevistas con el jefe de policía de la Provincia y otros funcionarios, con el propósito de conocer la dependencia en la cual se hallaba el Dr. Saraví, no informándose de inmediato respecto al resultado de esa gestión.

Asamblea

Los profesionales del Instituto General San Martín informaron que han sido convocados todos los sectores del hospital a una asamblea general que se realizará hoy a partir de las 9 en el aula Bianchi “a fin de evaluar la situación real del profesional de este establecimiento, doctor Ernesto Saraví, privado de su libertad”. Agrega que se efectuarán también asambleas en cada uno de los hospitales a la misma hora, para reunirse posteriormente a las 12 en el aula Bianchi del Instituto.

De FEPUBA

Por su parte, la Federación de Entidades Profesionales Universitarias de la Provincia de Buenos Aires (FEPUBA) expresó en una declaración que “ante la presentación que realizara FEMEBA relacionada con la desaparición del Dr. Ernesto Tomás Saraví, la entidad resuelve:

“1°) Rechazar toda acción represiva o intimidatoria contra personas o entidades tendientes a coartar el ejercicio profesional o la actividad institucional.

“2°) Refirmar el estado de alerta de todas las entidades miembros.

“3°) Disponer, de no esclarecerse fehacientemente la situación del mencionado profesional, un paro nacional de protesta a nivel de las profesiones de la salud que se realizará durante la jornada del día lunes 24 de noviembre.

“4°) Mantenerse en sesión permanente a los efectos de adoptar las medidas que correspondan según las circunstancias”.

Sábado 22 de noviembre de 1975

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Habiendo manifestado el Jefe del Destacamento N° 101 de Inteligencia del Ejército Argentino, Coronel Campoamor que según los informes que personalmente poseía, el Dr. Saraví fue detenido por orden del Ejército Argentino, en cumplimiento de las actividades que desarrollan las Fuerzas Armadas en la lucha contra la subversión, y que el mismo se halla alojado a disposición del Ejército, en estima que se “ha definido la situación legal en

que se halla el citado profesional y se la ha objetivado debidamente”, con lo que su vida y demás derechos quedan en este momento bajo responsabilidad exclusiva del Ejército Argentino y su destino ulterior en las definiciones que produzca la Justicia.

En consecuencia, como lo definiera el C.D. de la A.M.P., en su solicitada de ayer: “PUESTOS EN JUEGO LOS MECANISMOS INSTITUCIONALES QUE REGULAN LA CUESTIÓN EL PARO MÉDICO QUEDA AUTOMÁTICAMENTE LEVANTADO, COMO EXPRESIÓN DE RESPETO DE LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE PARA CON LOS FUEROS LEGALES ESTABLECIDOS”.

No obstante ello los médicos quedan en “**ESTADO DE ALERTA**”.

El Consejo Directivo agradece las masivas manifestaciones de solidaridad de Instituciones, de los médicos y de los medios de comunicación en defensa de claros derechos humanos.

Sólo resta invocar la buena voluntad de todos los sectores del quehacer nacional, sin exclusiones, para que desarmen sus espíritus y deponiendo enconos encuentren puntos de coincidencia para una convivencia sentada en el respeto mutuo y en la subordinación a la LEY suprema reguladora de relaciones interhumanas.

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Alfredo J. RAE – Secretario Gral. – Dr. Alberto L. POLI – Presidente
Sábado 22 de noviembre de 1975

SOLICITADA - COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BS. AS. DISTRITO 1

Ante la presentación escrita de amparo al Colegiado doctor Ernesto Tomás María Saraví, efectuada por su señora esposa Elena Aurora Baños Davila de Saraví, la Mesa Directiva RESUELVE:

- 1)– Solicitar audiencia al Señor Gobernador de la Provincia de Buenos Aires.
- 2)– Elevar el pedido de amparo por intermedio de su asesor letrado al Ministerio de Gobierno.
- 3)– Convocar a Reunión Extraordinaria al Consejo Directivo del Colegio de Médicos del Distrito para el día: 21-11-75, a las 21 horas.

4)– Informar de lo actuado al Consejo Superior.

Dr. Gustavo E. Núñez Witoeck – Secretario General del Colegio de Médicos del Distrito 1.

Dr. Luis J. Couyet – Vicepresidente en ejercicio del Colegio de Médicos del Distrito 1.

Domingo 21 de diciembre de 1975

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

El Consejo Directivo de la A.M.P. comunica a sus médicos que, siendo aproximadamente las 20 horas del día 18 de diciembre de 1975, se apersonó ante el mismo la Srta. Graciela Sacco, que dijo ser la sobrina del Dr. Carlos Luis Fagés matrícula N° 12.425, afiliado a esta institución, con el objeto de denunciar que “en la tarde del día de hoy (18-XII-75) 18.45 horas, el doctor Fagés fue violentamente detenido por personas vestidas de civil que se presentaron en su consultorio, ubicado en la calle 7 esq. 91; dichas personas habrían esposado al Dr. Fagés y, golpeándolo lo habrían introducido en el piso de uno de los autos, alejándose rumbo a Arana”.

Ante este hecho, cabe también hacer saber que, por pedido personal del Dr. Fagés, esta Agrería se había dirigido con fecha 28-XI-75 por nota N° 223 al Sr. ministro de Gobierno de la Provincia Dr. Domingo Sanz y, por nota N° 231 al Sr. ministro del Interior Dr. Ángel F. Robledo solicitándoles “adopten las previsiones necesarias para resguardar y garantizar la integridad y derechos constitucionales del profesional aludido” todo esto “con prescindencia total de cualquier consideración política” y “bregando por el imperio estricto de la Ley”.

Frente al hecho concreto de su secuestro, el C.D. de A.M.P. requirió, en la misma noche, siendo aproximadamente las 21 horas, noticias a la Delegación local de la Policía Federal, quien por boca de su Oficial de Servicio, comunicó que la misma no había efectuado procedimiento alguno y que no tenía información que brindar. Hubo presentación por nota ante la Jefatura de la Policía Federal, por nota N° 249, aún sin respuesta, y por nota N° 248 ante el Director de Seguridad de la Policía de la Provincia y, entrevista personal con el citado jefe el mismo día 18 de diciembre, respondiendo no

tener conocimiento del hecho, comprometiendo realizar averiguaciones. No hay aún respuesta.

En el día de ayer, 19-XII-75, directivos de la A.M.P. solicitaron, por la mañana, entrevista con el Sr. ministro de Gobierno, que no pudo concretarse por estar ausente; se la obtuvo en cambio con el Sr. subsecretario de Justicia Dr. Ángel Castellano, quien comprometió sus mejores esfuerzos para lograr información. Por la noche, comunicó la subsecretaría, no haber logrado dato alguno y que continuaba con sus averiguaciones. Por la tarde se logró entrevista con el segundo jefe del Regimiento 7 de Infantería y éste comunicó que ninguna fuerza bajo su mando había tomado participación en el operativo y comprometió su gestión para recabar información a otras áreas y hacerlas conocer en caso de ser positivas.

Siendo las 14 horas del día de la fecha, 20 de diciembre, no hay datos concretos respecto de la situación del Dr. Fagés. Consecuentemente esta Institución queda en expectativa de los resultados que se obtengan respecto de las gestiones realizadas. Continúa recabando información. Coloca a los médicos en estado de alerta.

Queda en claro que la prudencia de la Agremiación es consecuente con su criterio de encuadrarse en términos de estricta legalidad; de la defensa indeclinable de los derechos profesionales y humanos de nuestros afiliados y de mantenerse totalmente al margen de toda problemática política, racial o religiosa.

CONSEJO DIRECTIVO

Martes 23 de diciembre de 1975

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

A los Señores Médicos:

Siendo las 18 hs. del día 22-XII-75, y no habiendo tenido ningún éxito las gestiones realizadas tendientes a ubicar a nuestro colega y afiliado Dr. Carlos L. FAGÉS (sobre las que se informara en el Diario EL DÍA de fecha 21-XII-75 5° Pág.); continuando indefinida su situación legal y no habiéndose identificado oficialmente los responsables de su detención, el CONSEJO DIRECTIVO ha resuelto disponer, para el día de hoy, 23-XII-75, un paro de una hora,

de 9 a 10 hs. en todos los ámbitos de la actividad médica, pública y privada, que en caso de persistir las causas que lo motivan, será de dos horas, de 8 a 10 hs. el día 24-XII-75; de cuatro horas de 8 a 12 hs. el día 26-XII-75; y por tiempo indefinido a partir del día 27-XII-75.

Todo esto hasta que se pongan en juego los mecanismos institucionales que permitan definir la situación legal en que se halla el citado profesional y se la objetivice debidamente. En el mismo momento en que ello se produzca el Paro quedará automáticamente levantado, como expresión de respeto de la Agremiación Médica Platense a las instituciones y normas jurídicas.

Quede en claro que en esta alternativa como en cualquier otra similar, la Agremiación Médica Platense no defiende ideas o conductas políticas o privadas de sus afiliados, sino a éstos en el ejercicio de su profesión y en el goce de sus derechos humanos.

CONSEJO DIRECTIVO

Viernes 26 de diciembre de 1975

Paros dispuestos por la Agremiación Médica Platense

La Agremiación Médica Platense ha dispuesto para hoy un paro de 8 a 12 en todos los ámbitos de la actividad médica, pública y privada, “por no haber tenido éxito las gestiones realizadas tendientes a ubicar al colega y afiliado Dr. Carlos L. Fages, y continuando indefinida su situación legal”. Se señala también que “no se ha identificado oficialmente a los responsables de su detención”. En caso de persistir esta incertidumbre, la entidad anuncia que el paro será por tiempo indeterminado a partir de mañana. Indicase asimismo que en el momento en que se objetivice debidamente la situación del mencionado profesional, el paro quedará automáticamente levantado.

Sábado 27 de diciembre de 1975

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

La ASAMBLEA GENERAL de afiliados de la Institución, que se realizará en horas de la noche del día viernes 26 de diciembre, tras considerar la cuestión suscitada por la detención del Dr. Carlos Luis FAGES, producida el día 18 del

corriente, y ante las infructuosas gestiones cumplidas por el C.D. de la Institución procurando se defina la situación de dicho profesional, explicitando su paradero y objetivando jurídicamente su condición actual, adoptó la siguiente resolución:

1º) Ratificar el apoyo y confianza de los afiliados a la conducción del Consejo Directivo.

2º) Disponer la realización de un PARO TOTAL DE LA ACTIVIDAD MÉDICA por el término de 48 hs., durante los días lunes 29 y martes 30 del mes en curso, lapso durante el cual sólo se cubrirá la atención de los casos de emergencia, mediante la actuación de las guardias en establecimientos públicos y privados.

3º) Facultar al C.D. para evaluar las novedades que se produzcan y actuar en consecuencia.

Atento lo dispuesto por la Asamblea han quedado sin efecto las medidas progresivas adoptadas por el C.D., difundidas mediante comunicado de fecha 23-XII-75.

Miércoles 31 de diciembre de 1975

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE - “ANÁLISIS Y SÍNTESIS”

Luego de las 48 horas de paro que dispusiera la Asamblea General de la Agronomía Médica Platense, realizada el día 26 de diciembre de 1975, el Consejo Directivo de la misma, queda obligado a evaluar sus consecuencias y connotaciones.

De dicho examen resulta:

1º: Que todas las medidas de fuerza adoptadas han sido más que suficientes, para demostrar al país y sus instituciones, que los médicos de La Plata **están ubicados en un marco de fiel y total respeto por la humana condición, al margen de toda otra consideración circunstancial.**

2º: Que igualmente está muy claro en su entendimiento que, en un país civilizado, **la norma legal debe ser igualmente respetada y respetable para gobernantes y gobernados**, con un criterio de absoluta intangibilidad puesto que, cuando se sale de él, quien predomina es la fuerza, y aquel o aquellos que la detentan no solamente habrán de utilizarla para imponerse físicamente,

sino también en el ámbito de la razón: en tal caso, el individuo y con él la comunidad, quedan sometidos al poder arbitrario y subjetivo de quien o quienes se prevalegan de tal situación.

3°: Que para aquellos que tenemos formación universitaria, estamos obligados, ante la comunidad toda —que nos ha formado con su sacrificio, y a quien estamos obligados a servir— a demostrar los valores de que naturalmente debiéramos estar imbuidos por el nivel cultural logrado, y que imponen: **Racionalidad en el juicio; Control del tono emocional; Solidaridad humana; La máxima sabiduría; El necesario sentido de la prudencia; Gestos y actos acordes con esos postulados.**

4°: Que en razón de ello y, como conducta consecuente, hemos dicho en una Solicitud publicada en estas mismas páginas el día 11 de abril de 1975, ante el asesinato de un colega, y después de haber formulado parecidas consideraciones: **“Sirvan estas reflexiones como homenaje al colega caído; sirvan estas ideas tan viejas y siempre vigentes, para llamar a sosiego al país y a sus hombres antes de que sea demasiado tarde... Sirva la sangre vertida como fundamento de conciliación”**. La parte resolutive de la Solicitud de entonces, se anticipaba que era “como expresión de repudio a ésta y a toda otra muestra de violencia”. Se expresó entonces que el **Consejo Directivo no decretaría un solo día más de paro por hechos semejantes.**

5°: Que en el terreno de lo conceptual no se puede, a partir de tales supuestos y razonamientos, **seguir con el criterio de disponer paros por cada hecho de violencia y/o ilegalidad en el que se vean involucrados médicos: provengan los hechos anormales de donde provengan, porque ello implica someter obligada y secuencialmente a la Institución a los designios de terceros**, que pudieran estar interesados en promover situaciones anormales, a partir de predeterminadas lógicas concepciones.

6°: Que de seguirse con el criterio de realizar ceses de actividades, por cada hecho de violencia o ilegal parecido, **esta Institución que niega la violencia como fundamento de cualquier convicción, estaría por contrario sensu, implementando, como sistema, metodologías que crean desorden e imponen sacrificios a terceros**, el cuerpo social, que ya está suficientemente castigado con actos de vandalismo y represiones.

7°: **Que nada de esto significa que los médicos quedaran desguarnecidos en su actividad profesional: la dignidad de su imperio ha de quedar asegu-**

rada por todas las formas de acción de esta Agremiación, que no cederá un paso en su pensamiento y cuyas acciones quedarán enmarcadas dentro del terreno conceptual que aquí se enuncia.

Finalmente la Agremiación Médica Platense hace un ferviente llamado al Pueblo Argentino todo, para que depongamos pasiones, para que, como humanos culturalizados que somos, hallemos en el diálogo que debe ser expresión de conductas, las formas, los modos de acción que permitan, en un marco de justicia para todos en lo político, económico y social, la convivencia civilizada que factibilice arribar a nuestros grandes destinos, que no son precisamente los de una lucha fratricida, que posponen objetivos y de la cual nadie puede salir vencedor...

CONSEJO DIRECTIVO

2. Política Gremial

Domingo 2 de septiembre de 1973

Expidióse FEMEBA sobre la política sanitaria nacional

En la asamblea extraordinaria de delegados de entidades primarias, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires –FEMEBA– acordó el mandato que deberán sostener los representantes de la institución en el Consejo Federal Extraordinario que efectuará la Confederación Médica de la República Argentina el 8 del corriente, en su sede de la capital federal, para definir la posición gremial sobre la política sanitaria y el Sistema Integral de Salud que requieren las necesidades del país, en dicha área.

Política sanitaria nacional

En lo que hace específicamente a una política sanitaria nacional y su implementación a través de un plan integral de salud, la asamblea resolvió aprobar la posición de FEMEBA, expresada en los documentos elaborados al respecto, y publicados por su consejo directivo.

Como principios generales para un sistema de salud se consideraron los siguientes:

1º) Como premisa básica, se ratifica que todo sistema debe contemplar el otorgamiento de la mejor medicina para todos, siendo el Estado el indelegable garante de la salud del pueblo.

2º) Todo plan que no provea el mejoramiento integral de la medicina pública es utópico e irrealizable.

3º) En toda planificación deben participar los interesados: usuarios y prestadores a través de sus organizaciones representativas, el Estado y la Universidad.

4º) Las soluciones deben contemplar la realidad socio-económica y cultural del país y sus diferencias zonales, respetando el federalismo.

5º) El sistema debe asegurar una financiación justa que no grave el salario; abarcar la totalidad de la población y ser integral.

6º) En el nivel provincial se propicia la puesta en marcha de efectores coordinados, manteniendo la individualidad jurídica de los subsectores, los que a través de una legislación concertada se integrarán en un organismo unificado administrativo y técnico que asegure al Estado el liderazgo de la normatización de las acciones de salud y a las instituciones prestatarias la concreción de sus expectativas.

7º) Propiciar ante la COMRA un período de movilización de las bases que discuta las postulaciones generales de orden nacional y las adecuaciones federales que cada provincia elabore, para lograr el consenso efectivo de los distintos sectores interesados.

Martes 25 de marzo de 1975

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE - CENTRO MÉDICO DE MAR DEL PLATA

Declaración

Reunidos los Consejos Directivos de la Agrerriación Médica Platense y Centro Médico de Mar del Plata, entidades profesionales que representan de modo exclusivo y excluyente a 3.500 médicos de la Provincia de Buenos Aires, coinciden en formular las siguientes pautas generales, que ambas Instituciones reiteran como bases de su quehacer:

Primero: Desarrollar toda su actividad a partir del real respeto a la voluntad de la mayoría de las bases que genuinamente representan.

Segundo: Propiciar que las estructuras que se desarrollan a partir de las entidades médicas de base, garanticen fehacientemente la vigencia, a todo nivel, del postulado anterior.

Tercero: Procurar el respeto de la opinión, experiencia y sentir médico en la elaboración y ejecución de toda legislación referida a cualquier ámbito que atañe a la Salud.

Cuarto: Propender al perfeccionamiento de los instrumentos que regulan la relación con Obras Sociales de modo tal de mejorar, en la mayor medida posible, el nivel y alcance de las prestaciones que reciben los beneficiarios de las mismas.

Quinto: Elevar y afianzar la dignidad en la atención del afiliado de Obras Sociales y Mutuales, reivindicando una justa retribución profesional y su regular cumplimiento por parte de los organismos obligados.

Sexto: Ratificar la exigencia del concurso como exclusiva vía de acceso para todo cargo o función médica.

Séptimo: Bregar por la instauración de un sistema que brinde a todos los médicos el mismo nivel de retribución por su actividad profesional, sea cual fuere el ámbito donde la desarrolle.

Octavo: Reiterar la necesidad de que las estructuras previsionales vigentes aseguren a los médicos una real cobertura de sus necesidades y riesgos, con verdadero sentido social, despojado de toda reserva ajena a la única razón de ser de tales organismos.

Jueves 29 de mayo de 1975

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

GESTIÓN ANTE LA APLICACIÓN DEL IMPUESTO DE PATENTE A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA

Con motivo de la implantación del referido impuesto y de su muy discutible aplicación a la actividad de estricto trabajo personal que implica la profesión médica, el C. D. de la Agronomía se dirigió al señor Ministro de Economía, mediante el siguiente telegrama: “En representación 2.700 médicos de La Pla-

ta solicitamos a Usted disponga prórroga vencimiento pago impuesto Patente que grava prestación personal profesional médica, con el objeto de factibilizar diálogo sobre fundamentos tal imposición atento expresa eximición en otras áreas del país”.

Miércoles 11 de junio de 1975

SOLICITADA - LA MEDICINA EN QUIEBRA

La Agremiación Médica Platense, ante la sucesión acelerada de hechos que se producen, ante los cambios que se generan y que repercuten en el organismo social, ante las mutaciones que se exteriorizan en el ámbito económico-financiero, ante esto que, en definitiva, es una crisis de transformaciones, de crecimiento; se ve en la obligación –como representante excluyente de más de 2.700 médicos en el área de su jurisdicción– de hacer sentir su voz en un momento particularmente grave del ejercicio profesional, del porvenir de la Medicina en general. Para ello recordaremos y esclareceremos, a gobierno, pueblo y a las organizaciones que los nuclean en sus diversos campos, acerca de:

1º) QUÉ SOMOS LOS MÉDICOS: Somos profesionales a quienes la Universidad Argentina –luego de un período de duro aprendizaje, realizado en condiciones muchas veces adversas, con no muy claras delimitaciones de campo y objetivos, con carencia de una correcta cohonestación universitaria con la realidad nacional en materia de salud–, nos concede un título habilitante para el ejercicio de la medicina, es decir para atender la salud de la población en lo que hace a Recuperación, Rehabilitación, Promoción y Protección de la misma. A partir de dicho momento se nos lanza a la calle a cumplir con nuestro “sacerdocio”, sin que nada ni nadie oriente nuestro cometido planificadamente, sin que organización alguna actúe como reguladora de nuestra actividad; quedamos a merced de un medio hostil, inhóspito, donde los valores de nuestra profesión quedan al arbitrio de factores que poco o nada tienen que ver con ella misma.

2º) CUÁNTOS SOMOS LOS MÉDICOS: Muchos, demasiados; nuestra plétora hace que ya en 1969 hubiera en La Plata una proporción médico-habitantes superior en un 25% a la prevista como meta por EE.UU., URSS y Suecia para 1985, con una medicina de gran desarrollo; que en el país haya

25.000 médicos de más, cualquiera sea el sistema de protección de salud que se adopte; que nuestro país sea el primero en contratación médica de toda América; que sea el primero –también en toda América–, en cuanto al número de estudiantes de medicina: 11,50 estudiantes por cada 10.000 habitantes contra 2,2 en EE.UU.; que seamos el país que más médicos ha radicado en EE.UU. (38% del total instalado allí en 1969) subvencionando al país del Norte con nuestra materia prima humana, y lo que es más grave con materia prima formada, profesionalizada, en la peor forma de neocolonialismo que se pueda concebir. Y ante esta realidad no se escucha una sola voz que pretenda eliminar tan grande factor de frustraciones, tamaño despropósito!!!

3º) ¿QUÉ REPRESENTAMOS LOS MÉDICOS EN EL MEDIO SOCIAL?: Los médicos somos los responsables excluyentes de ejercer la medicina y liderar en materia de salud. Desde el fondo de la Historia de la humanidad, con sentido mágico, shamánico primero, con sentido cada vez más racional y científico luego, con sensibilidad social, siempre sirviendo a los demás, los médicos estamos enraizados con la humanidad, indisolublemente ligados a sus grandezas y miserias, porque su gran patrimonio, su bienestar físico y psíquico, están a nuestro cuidado, tal como lo afirmara la Organización Mundial de la Salud y según el gran criterio de verdad que da la realidad.

4º) ¿QUÉ REPRESENTAMOS LOS MÉDICOS PARA LA POBLACIÓN? ¿CÓMO NOS VEN?: Deberíamos representar lo que masivamente somos. Pero salvo para un sector definido, que valora nuestra actividad en su justo punto, se nos ve como negociadores de la función social que cumplimos. Nos ven como a lucradores de la desgracia ajena y, en función del desprecio que tal situación supondría, se nos menosprecia, se nos enjuicia, se nos hace responsables por fallas estructurales y de servicio en ambientes de trabajo, cuando es también el médico quien las padece. Todo esto, por supuesto, muchas veces acompañado de las voces que despotrican contra la profesión médica, de quienes intermediando lucran a su sombra.

5º) ¿QUÉ BRINDAMOS LOS MÉDICOS AL MEDIO?: Nuestro saber, nuestro bienestar, nuestra vida. Nuestro saber: años de sacrificio dedicados al estudio, a nuestra profesionalización primero, sin que rédito alguno retribuya tal esfuerzo. Lanzados luego inmaduros al medio comienza un largo y duro proceso de formación continuado: cursos, congresos, reuniones de todo tipo, todos ellos pagos, y sufragados por propio esfuerzo; adquisición perma-

nente de libros y revistas científicas para lo cual no se nos brinda ni una sola franquicia, pues, por el contrario, cuando ello demanda el uso de divisas se nos hace caer en el marco de lo gravado como suntuario, como si los libros y las revistas fueran exhibidos como adornos en lugar de estar, como están realmente al servicio de la salud de la población. Nuestro bienestar: porque nuestra actividad no está limitada en el tiempo, porque ella es posible las 24 horas del día, según sea ello realmente necesario o según sea el capricho desaprensivo de quienes, porque tienen mucho o porque les cuesta poco, creen y lo hacen notar, que los médicos son sus empleados, sus servidores. De ahí que la posibilidad de convivencia familiar, del descanso, del disponer de la propia vida son supuestos que nunca o muy rara vez se dan en la vida del médico, porque la urgencia, lo imperioso en la vida de los demás, signan nuestra propia vida.

Nuestra propia vida: ¡Sí! Porque damos años de nuestra propia vida en nuestro ejercicio profesional. Pareciera esta afirmación el producto de una actitud emocional y sensiblera y no es realmente así. De un estudio realizado en 225 casos de muerte de médicos en la provincia de Buenos Aires –que luego será dado a conocer detalladamente– resulta que los médicos morimos a un promedio de edad de 56 años y fracción, mientras que la expectativa general de vida es de 65 años. Morimos nueve años antes que el resto de la población. Las razones: todos los desarreglos biológicos que provoca nuestra actividad profesional, la ansiedad permanente, el contacto cotidiano con el dolor y la muerte.

6°) ¿QUÉ NOS BRINDA EL MEDIO?: La necesidad y posibilidad de trabajar para él. Los medios para subsistir. Algunos contados casos de reconocimiento. La obligación de cumplir con el “sacerdocio”. La falta de derechos para el cumplimiento del “sacerdocio”.

Todo tipo de gravámenes: recargos en la importación de material bibliográfico; impuesto a los réditos; impuesto de patente, nueva forma de gravar la actividad lucrativa comercial en la que se nos incluye al par que se exime específicamente a las empresas que lucran y trafican con la producción y comercialización de medicamentos; el servicio telefónico, que más que servirnos sirve a nuestros pacientes no es por ello bonificado en su precio, por el contrario se sobrecarga la tarifa. El medio nos brinda también la posibilidad de percibir nuestros haberes, por tarea profesional cumplida, más allá de plazos que ninguna actividad admitiría y que sin embargo son moneda corriente en

la relación con la casi totalidad de Obras Sociales y Mutuales, y con situaciones extremas tales como las de atrasos de hasta un año en el cumplimiento de las obligaciones a cargo de terceros –ajenos a las entidades representativas de beneficiarios– que intermedian en la cobertura de los coseguros del IOMA y otras obras sociales. Cabe preguntarse qué pasaría si la Nación, la Provincia o las empresas pagaran a sus obreros y empleados con tales atrasos!

Cuando las circunstancias imponen reajustes de retribuciones para quienes trabajan, a los médicos se nos considera en forma especial: en marzo de 1975 se dispuso un aumento equivalente al 25% de las retribuciones mínimas vigentes, los aranceles médicos sólo fueron reajustados en un 14%, y tal ha sido, en general, el criterio imperante desde hace muchos años, generando un proceso de pauperización que habrá de acabar con nuestros médicos y con la medicina.

La excusa frente a este cúmulo de alternativas es que hay médicos deshonestos... ¡y es claro que los hay!, en la misma proporción que en toda actividad humana. Y no debe dejarse de decir que muchos de los que así denostan usufructúan de esas mismas inmoralidades que execramos. Se dice también que hay médicos enriquecidos y empresarios; los enriquecidos con el ejercicio profesional pueden contarse con los dedos de una mano, quizá con las dos: ¡no más! De los médicos empresarios no hablamos; son simplemente empresarios y, en tanto actúen así, están al margen de la medicina, no forman parte, en cuanto tales, de nuestro gremio.

Años de atención hospitalaria, sin retribución alguna y lo que es más grave aun debiendo aportar de su propio peculio para dotar en lo mínimo indispensable a las salas hospitalarias; y todo ello, ese insólito supuesto de trabajo sin remuneración, está minuciosamente legislado y regulado por la propia ley. ¡Quisiéramos saber quién regala tantos años de trabajo, quién puede acreditar, objetivamente, mayor sensibilidad social!

Se dice que los médicos somos demasiado caros; sin embargo nuestra retribución sólo insume el 25% del costo médico. La medicina con sus progresos, con sus adelantos tecnológicos y científicos, con sus medicamentos traficados con sentido comercial son los caros, no los médicos. Cuando una visita valía \$ 5, con ese dinero vivíamos más de un día, o nos cortábamos 16 veces el cabello o comprábamos nafta a \$ 0.24 por litro. Con el valor actual de igual prestación no puede siquiera darse una comida a una familia, a duras penas

se paga un corte de cabello y el precio de los combustibles es tal que hace materialmente imposible realizar prestaciones o prácticas que demanden el traslado a domicilio o a centros asistenciales alejados.

Previsiones: La falta de un planeamiento integral y cierto para el futuro de la salud; el exceso de médicos sin que se expresen previsiones que puedan llevar tranquilidad a su futuro en cuanto a posibilidades de ejercer la medicina; la pauperización médica y la creciente inadecuación de retribuciones; gravámenes siempre en aumento para ejercer el “sacerdocio” social; retrasos crónicos en el pago de prestaciones. Todo esto configura una realidad aplastante que habrá de acabar con los médicos y, lo que es peor, con la propia medicina tal como lo muestran lamentables ejemplos de otras partes del mundo; de tal modo se liquidará un factor esencial de seguridad social, en una actitud de suicidio colectivo cuyos efectos, cuando se los pretenda paliar, cuando se los quiera revertir, será tal vez demasiado tarde...

Estamos en medio de una guerra social y económica y ésta nos castiga con particular violencia: nuestra supervivencia, que significa salud para los demás, depende de todos a quienes va dirigida esta expresión. Contactos y buena receptividad hemos entablado y encontrado en muy cordiales relaciones con dirigentes sindicales, con dirigentes políticos, con el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia y esperamos que la sensibilidad del Señor Gobernador le permita recibirnos; hemos propiciado una entrevista con la C.G.T. Regional La Plata, con positivos resultados y en breve la realizaremos bajo los mejores auspicios.

El gremio médico debe estar alerta: el porvenir es incierto y sólo nuestra unidad puede salvarnos, para el bien de la población y la supervivencia de la Medicina. La prueba será dura; las decisiones que se adopten en la próxima asamblea que habrá de realizar el gremio médico platense marcarán el hito y definirán el rumbo de nuestro próximo destino.

Consejo Directivo – Agremiación Médica Platense

Martes 29 de julio de 1975

SOLICITADA / PARO MÉDICO NACIONAL

MIÉRCOLES 30 DE JULIO DE 1975 - DE 0 A 24 HORAS

- Salarios Dignos y Aranceles Justos - Hospitales Equipados y Abastecidos - Medicamentos al Alcance del Pueblo

- Contra la Violencia de todo Signo - Revisión del SNIS y Carrera Sanitaria - Mantenimiento de Fuentes de Trabajo

JORNADA NACIONAL DE LUCHA: CESE TOTAL DE ACTIVIDADES CON MANTENIMIENTO DE GUARDIAS

CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA - FEMEBA – UMEBA

Jueves 18 de septiembre de 1975

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

El Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense, en su sesión del día 17-IX-75, tras considerar la situación médica gremial general y aquella por la que atraviesa el cuerpo médico local ha dispuesto un PARO MÉDICO TOTAL de actividades desde la 0 hora del día 18-IX-75 hasta la 0 hora del día 19-IX-75, en razón de las siguientes motivaciones:

– Adhesión al cuerpo médico de los hospitales nacionales en todas y cada una de sus justas reivindicaciones.

– Por lograr sensibilizar al señor Gobernador de la Provincia a fin de que conceda entrevista a esta Institución, representante exclusiva y excluyente de 2.800 médicos, a fin de considerar aspectos locales de Salud que incluyen a todas las áreas del Gobierno.

– Por conseguir el cumplimiento integral de la Ley 7878 de Carrera Hospitalaria, que es soslayado en los siguientes aspectos: Pago del módulo que la Ley estipula. Designación y puesta en posesión de los cargos logrados por los médicos en concursos que llevan meses de realizados. Realización inmediata de los concursos para provisión de funciones, incluidas las de Director y Subdirector tal como lo establece la Ley con absoluta claridad.

– Por lograr que a los médicos se les retribuya por hora de trabajo médico, de igual nivel, cualquiera sea el ámbito en que se desarrolla su cometido. Todas estas razones y reivindicaciones han sido reiteradamente expuestas por esta Institución, desde hace tiempo, a los distintos niveles del ámbito de gobierno, sin lograr hasta hoy satisfactoria respuesta a nuestros justificados pedidos, que ahora han tenido también resonancia en otras instituciones médicas.

– Falta de sensibilidad en el ámbito nacional al fijar el valor del módulo retributivo del trabajo médico por debajo de los niveles mínimos de los incrementos salariales otorgados.

DIRECTIVAS

– Paro total de actividades en los ámbitos oficial y privado.

– Cobertura de guardias con refuerzo para la atención de cualquier emergencia en las mejores condiciones.

Las consecuencias de este paro serán evaluadas en próxima Asamblea, citada a la brevedad, a tal efecto.

CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Lunes 29 de septiembre de 1975

Un paro de una hora realizan hoy los médicos bonaerenses

También hoy, a las 9.30, se realizará la asamblea en la Asociación Médica de Avellaneda, calle Belgrano 755, oportunidad en la que se reunirán los representantes de profesionales de todos los hospitales “para tratar la situación planteada en el orden nacional, la que tiene su réplica en el orden bonaerense –dice textualmente una declaración de la Federación– a través de las magras retribuciones y las precarias condiciones de trabajo, que afectan a cientos de médicos de hospitales municipales”.

Con relación al problema en el plano nacional, la entidad expresó que una evaluación acerca de la situación hospitalaria lleva a la conclusión de que la misma se ha agravado, como consecuencia “de la insólita demora en la so-

lución de legítimos reclamos y la declaración de ilegalidad del movimiento reivindicatorio de los colegas de los hospitales nacionales”. El documento exhortó finalmente “a los responsables de la justa reacción del gremio médico organizado, a dar solución digna a sus legítimos reclamos”.

En la metrópoli

Buenos Aires (NA). La Federación Médica Gremial de la Capital Federal (FEMECA) realizará hoy un paro de 24 horas, que abarcará a todos los establecimientos hospitalarios nacionales, municipales y privados que funcionan en esta ciudad, en adhesión a la medida de fuerza que cumplen los profesionales de la actividad en 29 nosocomios dependientes de la secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Esta paralización de actividades, unida a la que prevé realizar el próximo viernes en todo el país la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) lleva a su máximo grado de protesta el conflicto que, originalmente, fue planteado por la comisión interhospitalaria de hospitales nacionales de esta capital y el Gran Buenos Aires, 20 días atrás.

Las dos medidas de adhesión y otras recibidas de los médicos residentes y de los trabajadores de la sanidad, fueron decididas con posterioridad a la resolución del ministerio de Trabajo de la Nación, que declaró ilegal el paro que continúa aplicando la interhospitalaria.

Esta organización de los médicos dependientes del Estado nacional, llevó a cabo con anterioridad medidas de fuerza similares a la presente pero con tiempo de duración limitada.

Sus reclamos datan de varios meses atrás y plantean fundamentalmente el establecimiento de un plan de emergencia que permita un funcionamiento eficiente de los hospitales a su cargo y un incremento de sueldos que permita equiparar sus remuneraciones con las de los médicos que trabajan en los hospitales de la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires.

Respecto de ambos temas, se realizaron numerosas reuniones con funcionarios de Salud Pública que no obtuvieron los resultados satisfactorios que buscaban los profesionales.

“Posición contradictoria”

Los dirigentes de la interhospitalaria calificaron de contradictoria la posición oficial, por cuanto mientras en Salud Pública se reconoce –dicen– a la justicia de sus reclamos, el ministerio de Trabajo declaró la ilegalidad del paro.

Durante la semana se hicieron numerosos contactos para tratar de superar el conflicto. Algunas de las reuniones contaron con la presencia de miembros de la conducción del partido Justicialista.

Si bien en todos los casos se obtuvieron coincidencias en los planteos, del ámbito oficial no surgieron los indicios de soluciones que se esperaban.

Tal situación derivó en las resoluciones de adhesión a los médicos en conflicto, que tendrán esta semana las dos máximas concreciones desde que comenzó la protesta.

El paro que cumplirán hoy los 13.000 afiliados de la FEMECA, tendrá las características de todas las huelgas de los médicos, es decir, se mantendrán guardias de urgencia en todos los establecimientos, con el objeto de atender las emergencias eventuales.

El paro nacional médico del viernes sólo será levantado en el caso de que Salud Pública diera una “respuesta positiva” a los reclamos interpuestos.

La COMRA dijo en un comunicado que “adhiera y hace suyas las reivindicaciones que motivan el movimiento de fuerza de los colegas de los hospitales nacionales” y declaró “de legítimo derecho las medidas dispuestas por las filiales afectadas y las bases hospitalarias”.

Miércoles 1° de octubre 1975

Se cumplió el vigésimo segundo día del paro que llevan a cabo los médicos

BUENOS AIRES (NA). Se cumplió el vigésimo segundo día del paro en los hospitales nacionales que abarca a los médicos de 29 institutos de todo el país, a la vez que se ratificó la medida de fuerza que vienen cumpliendo los trabajadores no profesionales de Salud Pública nucleados en la Federación de Asociaciones de Trabajadores de Sanidad de la Argentina (FATSA) en reclamo del pago de las retroactividades del último incremento salarial acordado.

El paro médico se inició el pasado 9 de septiembre y continuará, por lo menos, hasta el 5 del corriente, en que se realizará un paro nacional de la actividad en apoyo de las demandas presentadas por los profesionales dependientes de la administración sanitaria nacional.

Por su parte el ministerio de Trabajo de la Nación, que declaró ilegales las medidas de fuerza del personal profesional y auxiliar de los hospitales dependientes de la secretaría de Salud Pública de la Nación, dejó sin efecto la resolución por la que se desconocía la representación gremial de estos últimos ejercida por la FATSA, la que en un plenario realizado ratificó el paro por tiempo indeterminado en demanda del cobro de los incrementos atrasados.

Viernes 26 de diciembre de 1975

Agremiación Médica Platense **ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA**

En el día de la fecha, en el local de calle diagonal 73 N° 1501 (esquina 10) de esta ciudad, a las 19.20 horas, en 1° y 2° citación respectivamente, se llevará a cabo la Asamblea Anual Ordinaria oportunamente convocada por el C.D. de la Institución. Por la trascendencia de los temas a considerar se recomienda especialmente a los afiliados la concurrencia a la Asamblea, en el horario previsto para su realización.

25 de diciembre de 1975

Viernes 20 de marzo de 1976

Cumplióse ayer en todo el país el paro dispuesto por la Confederación Médica

Prácticamente nula fue la actividad que se registró durante toda la jornada de ayer en los hospitales y otras dependencias sanitarias del país, como consecuencia del paro médico. Tanto en el hospital de Clínicas de la Capital Federal, al igual que en otros establecimientos asistenciales, las guardias, para casos de urgencia, fueron cubiertas como prestación exclusiva.

Sólo los servicios de urgencia funcionaron en nuestra ciudad

Total adhesión obtuvo en esta ciudad el paro de 24 horas dispuesto por la Confederación Médica de la República Argentina, que coincidió esta vez con el de otras entidades de profesionales de distintas ramas del arte de curar. La medida –como ocurriera en oportunidad del cese de actividades ordenado en enero último– contó con el apoyo unánime de los facultativos platenses y se puso principalmente de relieve en la retracción de los servicios que se prestan en los establecimientos sanitarios públicos y privados, en los que –según se informara– quedaron reducidos a la atención de los casos de urgencia. Cabe puntualizar por otra parte, que el público que habitualmente acude a los hospitales, sanatorios o clínicas, esta vez se abstuvo en gran parte de hacerlo, observándose por directa consecuencia, una inactividad en esos centros, casi absoluta.

La huelga, realizada “como consecuencia de la aplicación de la ley 17.102 de creación de los Servicios Integrados para la Comunidad que lesiona –aseveróse– incuestionables y legítimos derechos de la profesión médica; por la vigencia de la ley 18.483, cuya suspensión se solicita y por el actual funcionamiento de la carrera médico hospitalaria”, se extendió –como quedó subrayado– a la casi totalidad de la actividad de rutina de los establecimientos y a los profesionales odontólogos y bioquímicos, cuyas federaciones aconsejaron a su turno, la participación masiva en el paro concretado ayer.

De acuerdo a comunicados emitidos por las autoridades de las entidades médicas de esta ciudad, “se cumplieron plenamente los objetivos de la actitud adoptada”, agregándose que “esta posición revela unanimidad en la protesta y rechazo de todo el cuerpo médico argentino a la política sanitaria nacional, y no una medida unilateral de los dirigentes gremiales. De tal manera, el paro cumplido muestra un reclamo activo de todos los profesionales en defensa de la salud de la población y de los principios rectores que sustentan su quehacer profesional”.

PANORAMA GENERAL

Como quedó expresado, el cese de actividades médicas ordenado por la Confederación de la República Argentina, tuvo en nuestra ciudad amplio

concurso. La concurrencia de facultativos a los diversos hospitales, sanatorios y clínicas locales –salvo el afectado a las guardias– fue prácticamente nula. El funcionamiento de los servicios de urgencia resultó normal contándose además, con la colaboración de emergencia que consistió en el refuerzo de guardias y suspensión de francos, habiéndose impartido precisas instrucciones para que se prestaran los servicios y la atención de los enfermos que presentaban cuadros de tratamiento impostergable. En ese aspecto, cabe mencionar que no se suscitaron inconvenientes de ninguna naturaleza.

En una recorrida efectuada ayer por varios establecimientos asistenciales, se pudo comprobar que las guardias habían sido reforzadas y que en la casi totalidad de los casos los médicos que las atendían no habían firmado la planilla de asistencia. Donde la atención es nula –aunque se registraron contadas excepciones– fue en lo que atañe a los consultorios externos, advirtiéndose por otra parte, la presencia en algunos hospitales de médicos que visitaron a enfermos a su cargo, cuyo estado requería atención especial.

AUSENTISMO TOTAL

De acuerdo a los datos proporcionados por la Agremiación Médica Platense el panorama en los hospitales y establecimientos del Estado durante la jornada de huelga registrada en la víspera fue el que a continuación se consigna:

Médicos que concurrieron: Instituto General San Martín, 0; Hospital de Niños, 0; Hospital Gutiérrez, 0; Hospital Melchor Romero, 0; Hospital de Gonnet, 0; Instituto San Juan de Dios, 0; Instituto Biológico, 0; Dirección de Reconocimientos Médicos, 0.

Número de médicos de guardia: dotaciones completas en todos los establecimientos.

Atenciones médicas de urgencia realizadas en consultorio externo: Instituto General San Martín, 2; Gutiérrez, 2; San Juan de Dios, 10; de Niños, 50.

Operaciones de rutina: Ninguna en ningún establecimiento.

Operaciones de urgencia: Instituto General San Martín, 1; de Niños, 2.

Accidentados: San Roque (Gonnet), 4; Melchor Romero, 2; de Niños, 1.

Hospitales y establecimientos del Estado. Partos normales: Instituto General San Martín, 1; Gutiérrez, 3; San Roque, 1.

Partos por cesárea: ninguno.

En lo que atañe a clínicas, sanatorios y hospitales privados, se produjo el siguiente movimiento. Número de médicos que concurrió: Hospital Italiano, 0; Hospital Español, 0; Instituto Médico Platense, 0; Sanatorio Argentino, 0; Clínica Avenida, 0; Clínica Mayo, 0; Clínica City Bell, 0; Clínica Solari, 0; Clínica Modelo Magdalena, 0; Clínica del Niño, 0; Clínica Santa María, 0; Clínica Los Hornos, 0; Clínica del Este, 0; Clínica del Ojo, 0; Clínica Neuropsiquiátrica, 0; Clínica Epidauro, 0; Clínica Ensenada, 0; Clínica Mater Dei, 0; Clínica Medicina Integral, 0; Clínica Belgrano (City Bell), 0; Clínica Ameghino, 0; Clínica Lhuiller, 0; IPENSA, 0; Instituto Enfermedades Sistema Nervioso, 0; Clínica José Ingenieros, 0; Clínica La Cumbre, 0; Clínica Santa Rosa, 0; Clínica Privada de Verónica, 0; Clínica La Plata, 0.

Número de médicos de guardia: Dotaciones completas en todos los establecimientos.

Atenciones médicas de urgencia realizadas en consultorio externo: Hospital Italiano, 2; Hospital Español, 0; Instituto Médico Platense, 1; Sanatorio Argentino, 4; Clínica Avenida, 3; Clínica Mayo, 0; Clínica City Bell, 0; Clínica Solari, 0; Clínica Modelo Magdalena, 0; Clínica del Niño, 0; Clínica Santa María, 0; Clínica ITOR, 0; Clínica Sosa, 0; Clínica Los Hornos, 0; Clínica del Este, 1; Clínica del Ojo, 1; Clínica Neuropsiquiátrica, 0; Clínica Epidauro, 0; Clínica Ensenada, 2; Clínica Mater Dei, 0; Clínica Medicina Integral, 0; Clínica La Merced (Ensenada), 0; Clínica Lhuillier, 0; Clínica IPENSA, 2; Clínica Instituto Enfermedades Sistema Nervioso, 0; Clínica José Ingenieros, 0; Clínica La Cumbre, 0; Clínica Santa Rosa, 0; Clínica Verónica, 2; Clínica La Plata, 0; Clínica Belgrano (City Bell), 0; Clínica Ameghino, 0.

Operaciones de rutina: Ninguna en ningún establecimiento.

Operaciones de urgencia: Mayo 1, Medicina Integral 1, La Merced 1. Accidentados: Italiano 1, Argentino 3, Solari 2, IPENSA 4. Partos normales: Italiano 4, Instituto Médico Platense 3, Argentino 1, Santa María 1, Mater Dei 1. Partos por cesárea: Santa María 1.

EN BERISSO Y ENSENADA

En las dos vecinas ciudades, el paro comprendió a toda la actividad médica en los hospitales oficiales y privados, en forma total. Los profesionales no concurrieron a sus servicios con excepción de los de urgencia, observándose

en los distintos establecimientos asistenciales, un panorama idéntico al registrado en La Plata. Vale decir, una inactividad casi total. Los profesionales de la medicina, no firmaron ninguna documentación, ni en hospitales ni en sus consultorios particulares, con excepción de certificados de nacimiento o de defunción, pero estuvo asegurada la asistencia médica integral para casos de extrema urgencia. También se cumplieron las guardias en todos los hospitales y sanatorios locales, no funcionando los consultorios externos. Cabe consignar, que tanto en Berisso como en Ensenada las instrucciones impartidas por las entidades médicas, fueron plenamente acatadas.

DE LA FEDERACIÓN MÉDICA

La Federación Médica de la Provincia, dispuso dar a conocer un comunicado relacionado con el cese de actividades registrado ayer en todo el país. Se expresa en el mismo que “la Federación Médica de la Provincia cumple en informar que ayer se cumplió en forma unánime en los 121 partidos de Buenos Aires, el segundo paro médico nacional. Como el primero, realizado el 23 de enero último, comprendió a todos los establecimientos asistenciales oficiales y privados y a los consultorios particulares, con excepción de las guardias previstas por intermedio de las 100 filiales de esta entidad para la atención de los casos de urgencia y los de eventuales emergencias.

“Este nuevo testimonio de oposición total a la legislación sanitaria que pretende imponer la secretaría de Salud Pública de la Nación –añade– demuestra la necesidad urgente de su revisión, dado que será imposible el desarrollo de la política de la materia, cuando los profesionales que tendrían que ejecutarla en el país, se pronuncian en masa contra los inconvenientes que presenta, tal como ha sido sancionada. Dichos inconvenientes –agrega–, expuestos reiteradamente por las instituciones médicas, consisten en el intento de burocratizar y centralizar estatalmente los servicios sanitarios públicos, mutualizados y particulares, lo que provocaría el inmediato descenso del alto nivel alcanzado por la medicina nacional, en concordancia con el constante perfeccionamiento que exigen los adelantos técnicos y científicos, y las necesidades de la vida moderna en cuanto a una ágil y eficiente asistencia de la población”.

La medida contó con el apoyo de otras entidades

BUENOS AIRES (UPI). Fue total el paro de médicos dispuesto durante la jornada de ayer por la Confederación Médica Argentina, que contó con el apoyo solidario de la Confederación Odontológica Argentina, los químicos clínicos, los bioquímicos y los farmacéuticos, en oposición a la política sanitaria oficial.

“El paro se cumple en forma absoluta” informaron autoridades de la Confederación, luego de efectuar una recorrida por los distintos nosocomios de la Capital Federal y del Gran Buenos Aires.

Las guardias fueron convenientemente reforzadas para atender casos de urgencia y, en algunos casos, las consultas particulares fueron evacuadas en consultorios privados, de acuerdo a lo dispuesto oportunamente.

Ninguna actividad se registró en los hospitales Álvarez, Durand, Argerich, Rivadavia, Fernández, Ramos Mejía, Tornú de Pediatría y de Niños.

Autoridades municipales estimaron que el ausentismo en los hospitales de su jurisdicción “fue amplio y muy similar a lo ocurrido el 23 de enero pasado, fecha en que por el mismo motivo, pararon los médicos de todo el país”.

En el hospital Ramos Mejía hubo gran concurrencia de pacientes, y se registraron algunos entredichos, pero no incidentes.

Ningún facultativo de los que fueron a reforzar las guardias firmaron el libro de asistencia, y en todos los establecimientos esa página quedó en blanco.

Opinión de dirigentes

”El paro de los médicos de todo el país no significa que la población quede marginada de la asistencia sanitaria, pues se atienden los casos de urgencia y se hacen consultas gratuitas a la gente carente de recursos en todos los consultorios privados”, expresó el doctor Norberto Murguía, presidente de la Federación Médica Gremial al referirse al conflicto.

Aclaró que el paro “no tiene color político, y sí es una manifestación de público repudio, al desacertado criterio que, en materia de salud pública, ha puesto en vigencia el actual gobierno, sin consultar a los organismos afectados y conocedores del problema”.

En resumen –dijo–, las reivindicaciones que planteamos se refieren a la estabilidad de los médicos; auténtica carrera hospitalaria; mejora de las estructuras hospitalarias y adecuada remuneración profesional.

“Ahora los médicos están librados a su buena suerte” añadió.

“Hay numerosos profesionales que fueron nombrados directamente por las autoridades comunales o por la secretaría de Salud Pública de la Nación, con remuneraciones que alcanzan a los 200.000 pesos. No veo para qué sirvió la racionalización administrativa impuesta, y el sistema de prescindibilidades, dado que lo que se pretendió ahorrar por un lado se despilfarró por otro”, destacó luego el doctor Murguía.

“Al sistema ya deficitario de los hospitales argentinos –subrayó– la nueva ley 17.102 le ha puesto una lápida”.

En cuanto al paro en el interior del país, declaró que “el mismo ha sido unánime, sin registrarse hechos negativos”.

“De acuerdo a las informaciones recogidas, el paro es absoluto y total”, declaró el doctor Ferraro, secretario general de la Asociación de Médicos Municipales.

En un comunicado, la entidad aclaró que “las guardias fueron reforzadas por los afiliados a la Asociación, de acuerdo a lo previsto por las entidades representativas médico-gremiales”.

En el interior del país

”La actitud de fuerza alcanzó unanimidad en todas las filiales del interior de la Provincia” expresó un dirigente de la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires.

El paro médico en el primer Estado argentino coincidió con el decretado por los odontólogos y bioquímicos, sectores que mantienen una oposición similar a las medidas oficiales que legislaron su profesión.

También es total el paro en los hospitales nacionales, provinciales y comunales de Rosario, con excepción de aquellos establecimientos en los cuales los profesionales son afiliados a la Unión Médica, entidad que ha juzgado “inooperante”, la medida de fuerza.

También pararon los bioquímicos y odontólogos, en tanto los farmacéuticos apoyaron el movimiento por vía de un comunicado.

Se destacó también que el paro no ha ocasionado consecuencias negativas.

3. Obras Sociales

Sábado 1° de septiembre de 1973

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

ATENCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LA MUTUAL DEL BANCO PROVINCIA

El C.D. de la Agronomía pone en conocimiento de los Sres. Médicos inscriptos que, en virtud de un acuerdo suscripto con la Comisión Gremial Interna del Banco de la Provincia de Buenos Aires –La Plata– se ha dispuesto la reanudación de servicios por cuenta de la Mutual. Las bases del acuerdo y las condiciones en que se prestarán los servicios se encuentran a disposición de los Sres. Médicos en Mesa de Entradas de la Agronomía.

La Plata, 1° de septiembre de 1973

Lunes 31 de diciembre de 1973

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

El C.D. de la Institución pone en conocimiento de los Sres. Médicos adheridos que, a partir del 1° de enero de 1974, el IOMA reconoce los siguientes aranceles de visitas: visita consultorio, \$ 20,00; visita cons. nocturna, \$ 28,00; visita domicilio, \$ 28,00; visita domicilio nocturna, \$ 32,00.

A su vez serán de aplicación, a partir de igual fecha, el valor Galeno a \$ 15,00 en la atención de beneficiarios del IOSE y de la Obra Social de Empleados de Comercio (ex IMMA). En lo que hace a visitas el IOSE reconoce \$ 21,00 en visita a consultorio y \$ 28,00 en visitas a domicilio. La Obra Social de Emp. de Comercio (ex IMMA) reconoce, en todos los casos de visitas, el arancel de \$ 21,00.

La información adicional respectiva se encuentra a disposición de los señores médicos en Mesa de Entradas de la Agronomía.

Jueves 27 de marzo de 1975

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

REAJUSTE DE ARANCELES PARA OBRAS SOCIALES Y MUTUALES

Resolución Minist. Bienestar Social de la Nación N° 422 del 21/III/75.	
Unidad Galeno	\$ 24,38
Visita Consultorio	\$ 39,33
Visita Domicilio	\$ 48,56
Rubro "GASTOS"	\$ 3,03
Los valores señalados son de aplicación desde el 1º/III/75	

CAPÍTULO 2

1976 – 1981

AMP DURANTE LA PEOR DICTADURA

Entre 1976 y 1981 la Argentina vivió la etapa más trágica de su historia, dado que estuvo gobernada por la peor dictadura militar comandada por el Gral. Jorge Rafael Videla. Durante esta época el país sufrió el terrorismo de Estado con la persecución y desaparición de personas constituyendo un verdadero genocidio con la eliminación sistemática estimativa de 30.000 personas.

La mayoría de los crímenes de lesa humanidad se conocieron en detalle en la etapa democrática a partir del gobierno del Dr. Raúl Alfonsín con el histórico juicio a las Juntas Militares y el informe de la CONADEP encargada de la investigación de la desaparición de personas.

Sin embargo, durante la dictadura militar se presentaban continuamente denuncias en los ámbitos policiales y judiciales sobre el paradero de personas, a las que el gobierno de facto señalaba ignorar cínicamente y no daba respuestas concretas.

Por contrapartida, en ese ámbito de impotencia los militares instalaron el lema “los argentinos somos derechos y humanos”, ante el reclamo internacional y nacional de organizaciones preocupadas por la situación política del país. Lamentablemente muchos argentinos ingenuos creyeron en esta propaganda perversa del gobierno militar, a lo que se sumó la organización del mundial de fútbol y la conquista del campeonato, desatando la masiva euforia popular

lo cual hacía casi imposible instalar el tema sobre personas desaparecidas por su ideología.

En este ambiente la Agremiación Médica Platense logró sobrevivir dado que tuvo la astucia necesaria para manejarse políticamente entre el diálogo y la resistencia según la problemática a tratar y las circunstancias políticas imperantes.

Como venimos haciendo en los otros tomos y capítulos anteriores de la Historia de la Agremiación Médica Platense, haremos una breve descripción política de la época, a la cual sumaremos el pensamiento de actores protagonistas de esa etapa para mostrar cuáles eran sus ideas con respecto al tema de Salud tanto a nivel nacional como provincial. Nada mejor para entender qué querían hacer con la Salud pública y privada, que analizarlo desde sus propias palabras.

Síntesis de la peor dictadura militar.

Jorge Rafael Videla

Fue un militar y dictador argentino, designado presidente de facto de Argentina por una Junta Militar. Ocupó la presidencia argentina entre 1976 y 1981, durante la dictadura autodenominada Proceso de Reorganización Nacional, que se inició con el golpe de Estado del 24 de marzo de 1976.

El 24 de marzo de 1976 encabezó, junto a Emilio Eduardo Massera y Orlando Ramón Agosti, el golpe de Estado que derrocó a la presidenta constitucional María Estela Martínez de Perón, disgregó a los partidos políticos y cerró las sesiones del Congreso Nacional, dando comienzo al llamado Proceso de Reorganización Nacional.

El 6 de septiembre de 1979 llegó a la Argentina una delegación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Durante dos semanas se entrevistaron con personalidades de la política, la cultura nacional y miembros del gobierno. Paralelamente, recibieron numerosas denuncias por violaciones a los derechos humanos, realizadas por las familias de los desaparecidos que esperaron durante horas (y días) en la puerta de la entidad. Patricia Derian, secretaria de Derechos Humanos del gobierno de James Carter, fue el gran

móvil de la comisión. Mientras la Comisión se entrevistaba con familiares de desaparecidos, algunos medios de comunicación publicaban cartas y editoriales reafirmando que Argentina era un país en paz.

Presionada por la visita de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Junta Militar se apresuró por dar a conocer un nuevo régimen legal sobre los desaparecidos. El informe de la CIDH señalaba, entre otras muchas consideraciones, “que por acción u omisión de las autoridades públicas y sus agentes, en la Argentina se cometieron durante el período 1975/1979 numerosas y graves violaciones de fundamentales derechos humanos” (22).

La Comisión consideraba que esas violaciones afectaron:

«El derecho a la vida, en razón de que personas pertenecientes o vinculadas a organismos de seguridad del Gobierno dieron muerte a numerosos hombres y mujeres después de su detención. El derecho a la libertad personal, al haberse detenido y puesto a disposición del Poder Ejecutivo Nacional a numerosas personas en forma indiscriminada. El derecho a la seguridad e integridad personal mediante el empleo sistemático de torturas y otros tratos inhumanos. El derecho de justicia, en razón de las limitaciones que encuentra el Poder Judicial para el ejercicio de sus funciones, de la falta de garantías en los procesos ante los tribunales militares y de la ineficacia del recurso de Habeas Corpus.» (22).

Ya en 1977, Videla había declarado:

“En toda guerra hay personas que sobreviven, otras que quedan incapacitadas, otras que mueren y otras que desaparecen. Argentina está finalizando esta guerra y, consiguientemente, debe estar preparada para afrontar sus consecuencias. La desaparición de algunas personas es una consecuencia no deseada de esta guerra.” (23).

Y en 1979, en una conferencia de prensa, contestó a un periodista:

“Le diré que frente al desaparecido en tanto éste como tal, es una incógnita, mientras sea desaparecido no puede tener tratamiento especial, porque no tiene entidad. No está muerto ni vivo...Está desaparecido.” (24).

José Alfredo Martínez de Hoz condujo la economía durante toda la presidencia de Videla. Sus medidas económicas, basadas en la apertura de los mercados y la liberalización de la legislación laboral vigente, contribuyeron al desmantelamiento de los sindicatos y la polarización de las diferencias clasistas. Aunque Martínez de Hoz negó posteriormente su implicación con las actividades re-

presivas del proceso, se ha argumentado que las mismas fueron necesarias para contener el descontento popular con los resultados económicos.

Debido a la eliminación de las barreras arancelarias, la caída de la producción industrial y el saldo negativo de la situación exterior de Argentina durante el Proceso, el valor nominal de la deuda externa se multiplicó. Todo esto en beneficio de los grandes grupos económicos multinacionales y locales, que vieron acrecentadas sus ganancias enormemente gracias a dicho endeudamiento, que en lugar de ser destinado por el gobierno a inversiones productivas, fue destinado a la especulación financiera, promoviendo una moneda sobrevaluada (mediante un mecanismo conocido como “la tablita”) que permitió al capital más concentrado del país hacer grandes negociados en la “timba financiera”, en detrimento de la industria, cosa que por otro lado llevó a un crecimiento de la brecha entre ricos y pobres.

Esta deuda es acrecentada todavía más en 1982, cuando Domingo Felipe Cavallo, como presidente del Banco Central, decide licuar (estatizando) la deuda de dichos grandes grupos perjudicando al Estado y a la sociedad (25).

El campeonato mundial de fútbol de 1978 fue transformado por el gobierno militar en un hecho político, intentando demostrar que en el país existía libertad. El entusiasmo de la sociedad ante el desempeño deportivo del seleccionado nacional fue utilizado por Videla para intentar demostrar que el pueblo apoyaba a la dictadura. De hecho, la multitud enfervorizada congregada en el estadio de River Plate, aclamó al dictador cuando entregó la copa al equipo argentino (25).

El 29 de abril de 1976 en Córdoba, una pila de libros arde en el Regimiento de Infantería Aerotransportada de La Calera.

«Se incinera esta documentación perniciosa que afecta al intelecto y a nuestra manera de ser cristiana –dice el comunicado oficial–, a fin de que no pueda seguir engañando a la juventud sobre nuestro más tradicional acervo espiritual: Dios, Patria y Hogar.» (26).

Arden, entre muchas obras, las novelas de Gabriel García Márquez, los poemas de Pablo Neruda y las investigaciones de Osvaldo Bayer. Desde el Ministerio de Educación y Cultura se gesta la “Operación Claridad”: plan de caza de opositores en toda el área cultural. Además de las desapariciones de artistas, intelectuales, docentes y alumnos, el plan produce despidos masivos e inhabilitaciones para enseñar (25).

La quema de libros más grande que concretó la dictadura fue con materiales del Centro Editor de América Latina, el sello que fundó Boris Spivacow, quien además tuvo un juicio por publicación y venta de material subversivo. Él fue sobreseído pero el millón y medio de libros y fascículos ardieron en un baldío de Sarandí (26).

En octubre de 1978, una resolución del Ministerio del Interior prohibió las obras “La educación como práctica de la libertad” (Editorial Siglo XXI) y “Las iglesias, la educación y el proceso de liberación humana en la historia” (Editorial La Aurora), del pedagogo brasileño Paulo Freire, ya que, según las autoridades, *«sirven como medio para la penetración ideológica marxista en los ámbitos educativos. Por otra parte, su metodología para interpretar la realidad, el hombre y la historia es manifiestamente tendenciosa. Las fuentes de pensamiento del autor, como los modelos y ejemplos que expone, son de clara inspiración marxista y toda su doctrina pedagógica atenta contra los valores fundamentales de nuestra sociedad occidental y cristiana»* (25).

En septiembre de 1980, un comunicado ministerial prohibió el uso en las escuelas de los textos de Antoine de Saint-Exupéry, autor, entre otros, de “El Principito”.

Como resultado de las tensiones entre las tres fuerzas armadas por el reparto del poder, Videla fue apartado de su cargo. Lo reemplazó en la presidencia el Jefe del Estado Mayor del Ejército, Roberto Viola.

Dos años después de restablecerse el régimen democrático en Argentina en 1983, fue juzgado y declarado culpable por el asesinato y la desaparición de miles de ciudadanos durante su gestión presidencial. Fue sentenciado a reclusión perpetua, inhabilitación absoluta perpetua y destitución del grado militar en 1985. La Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional Federal de la Capital Federal lo halló penalmente responsable de numerosos homicidios calificados, 504 privaciones ilegales de la libertad calificada, aplicaciones de tormentos, robos agravados, falsedades ideológicas de documento público, usurpaciones, reducciones a servidumbre, extorsión, secuestros extorsivos, supresión de documento, sustracciones de menores, y tormentos seguidos de muerte. El fallo fue confirmado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 1986.

VISIÓN DE LA SALUD PÚBLICA según los protagonistas responsables políticamente de esa época.

La mejor manera de entender la historia es saber que pensaban y que hicieron los protagonistas de esa época aunque no estemos de acuerdo y haya sido nefasta. Es como ponerlos frente a un espejo para que los vean y puedan ser juzgados por la sociedad actual y las generaciones futuras.

Dr. Manuel IRAN CAMPO - Secretario de estado de Salud Pública (1976-1981) (27)

Dividiremos nuestra exposición en:

- EL PUNTO DE PARTIDA.
- La ESTRATEGIA DE CAMBIO.
- LA SITUACION ACTUAL.

1. El punto de partida.

Muy brevemente, podemos decir que al comenzar nuestra gestión nos encontramos con un contexto socio-político y económico profundamente perturbado. El país estaba sufriendo las consecuencias de un conflicto social abierto que adquirió características de inusitada gravedad, signado por una violencia desconocida en nuestro medio, abrigaba el confesado propósito de producir un cambio radical en los valores fundamentales del sistema social argentino.

Lamentablemente, esta estrategia de cuestionamiento y ataque a un determinado sistema de valores que los argentinos sufrimos intensamente se ha extendido en el mundo entero y nadie se puede considerar a salvo de este grave fenómeno que perturba seriamente las interrelaciones sociales internas de los países, al tiempo que es utilizada, también, para confundir y complicar las relaciones internacionales.

Esta mención es necesaria, pues, como es fácil de entender, el sector salud forma parte del sistema social global y en su interior se vieron reflejados, con inusitada gravedad, los fenómenos contextuales señalados.

La grave perturbación mencionada obligó a una tarea inicial de **reorganización valorativa** y de expresa definición del núcleo central de ideas y principios que todos estamos dispuestos a respetar para poder vivir juntos en paz. Esta parecía una etapa superada en el país, pero fue necesario volver a transitarla para recuperar el sentido esencial de Nación.

Es así que subrayamos enfáticamente que el hombre es el fin supremo del sistema social argentino, concepto central que se apoya en los siguientes valores:

LIBERTAD. JUSTICIA. PAZ. ORDEN. SOLIDARIDAD. PROPIEDAD PRIVADA.

En estas fuentes buscamos la expresión valorativa del marco de referencia sectorial.

La salud es un derecho esencial del hombre, resultante de un conjunto de factores que incluyen la educación, el trabajo, la vivienda, un medio ambiente apto para el desarrollo pleno de las potencialidades humanas y, por supuesto, la existencia de **un sistema de servicios de salud que asegure el equitativo acceso de toda la población** a los niveles de atención que sus necesidades determinen, sin barreras geográficas, económicas, culturales y administrativas que limiten la demanda y utilización de servicios.

A nuestro entender, el sistema de salud debe ser **pluralista**, alejado de toda forma de monopolio estatal, **orientando la asignación de recursos** para asegurar su equidad **mediante las políticas, planes y programas**, normatizando, controlando y evaluando la actuación del sistema para evitar desvíos y proceder a introducir correcciones siempre que sea necesario y en tiempo útil, con un subsector privado fuerte y responsable y con obras sociales, canalizando importantes recursos financieros, integrándose racional y eficientemente en el conjunto de factores destinados a la producción de acciones de salud; **solidario**, mediante la progresiva participación de toda la sociedad en la cobertura del riesgo y procurando eliminar transferencia más o menos manifiestas que no siempre se canalizan según criterios de justicia y equidad, generando la existencia de instituciones poderosas y otras pobres con grandes diferencias en los niveles de las prestaciones.

El Proceso de Reorganización Nacional ha expresado su propósito de ajustarse al concepto de subsidiariedad del Estado, de modo que debe dejar de

hacer lo que la iniciativa privada es capaz de hacer por sí sola, debe ayudar a hacer o a promover lo que la iniciativa privada por sí misma no alcanza a hacer sola y debe hacer lo que la iniciativa privada no puede, no quiere o no debe hacer. El mismo concepto vale para las relaciones entre el Estado nacional, las provincias y las municipalidades.

La organización federal de la Argentina, su plena y efectiva vigencia ha sido reafirmada por el Proceso de Reorganización Nacional, y es en su marco que debe desarrollarse el sistema social argentino en sus múltiples expresiones.

Hicimos lo posible, entonces, para mejorar el sistema de recolección y procesamiento de datos y se realizó el Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud, a fin de esbozar un diagnóstico sintético de una realidad mucho más compleja, por cierto, pero que nos proporcionaba elementos suficientes para orientarnos racionalmente a nuestras decisiones.

a) Población y aspectos del medio y del nivel de vida:

1. Problemas crecientes de contaminación del agua y del aire en los conglomerados urbanos.
2. Deficiente provisión de agua potable y eliminación de excretas en zonas periurbanas y rurales.
3. Deficiente saneamiento domiciliario en zonas rurales.

b) Morbimortalidad:

1. Persistencia de enfermedades transmisibles controlables por vacunación.
2. Existencia de enfermedades controlables por diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
3. Persistencia de tifoidea y paratifoidea y aumento de otras enfermedades de origen hídrico, como la hepatitis viral y las disenterías. Con amplia extensión geográfica y predominio en áreas periurbanas.
4. Zonas endémicas de enfermedades de Chagas (con predominio en NOA): hidatidosis (con predominio en Comahue).
5. Tasas elevadas de la mortalidad infantil y materna, acentuadas en regiones NOA y NEA, dado el nivel de recursos destinados al sector y el grado de desarrollo en el país.

Reducción de la proporción de la mortalidad postneonatal y aumento relativo de la neonatal. Concentración de muertes infantiles en la primera semana de vida, con aumento en la proporción de causas perinatales.

6. Prevalencia creciente de enfermedades no transmisibles con gran requerimiento de recursos y largo proceso de rehabilitación.

c) Recursos y organización:

1. Defectuosa distribución del recurso humano con plétora médica en Capital Federal, Córdoba, Santa Fe y, en general, en las provincias que cuentan con facultad de medicina.

2. Estructura distorsionada con baja proporción de técnicos y auxiliares, especialmente en el área de enfermería.

3. Crecimiento del número de médicos superior al necesario, por falta de coordinación entre los organismos formadores y utilizadores.

4. Localización de la alta complejidad en la franja central del país, siguiendo la concentración poblacional y del equipamiento urbano.

Amplia extensión geográfica de la baja complejidad que permite una decidida extensión de la cobertura de atención médica.

5. Existencia de organismos efectores múltiples, no coordinados entre sí, que se traduce en la presencia simultánea de superposición de acciones y ausencia de cobertura, que en definitiva produce alteración de los mecanismos de accesibilidad.

6. Fuentes y modalidades de financiamiento también múltiples, lo que acarrea similares problemas a los recién señalados.

7. Excesiva participación del pago directo de las familias en el financiamiento del sector, lo cual supone una débil solidaridad.

8. Excesivo gasto de medicamentos.

Los objetivos sectoriales generales definidos fueron los siguientes:

- Mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población.
- Aumentar la expectativa de vida al nacer.
- Disminuir los riesgos evitables que conducen a enfermar y morir.
- Lograr la aplicación efectiva del principio de subsidiariedad.

Este último objetivo tiene un carácter claramente instrumental pero adquiere marcada relevancia si se considera la necesidad de una clara definición del rol del Estado en un país habituado al paternalismo y a una intervención gubernamental errática, poco predecible, no insertada en un modelo global racional sino respondiendo reactivamente a estímulos específicos.

2. Estrategias para el Cambio.

La primera tarea fue reorganizar la Secretaría estableciendo su misión y funciones, adecuando progresivamente su estructura y definir operativamente las características que asumiría en el sector la aplicación del principio de subsidiariedad.

Por lo tanto, se procedió a efectivizar la transferencia de establecimientos a las jurisdicciones, asegurando las condiciones y recursos adecuados para evitar que estas acciones se transformaran en un ciclo más del movimiento pendular que ha caracterizado al sector salud en la Argentina oscilando entre la centralización y la descentralización.

La **fragmentación intra sectorial** fue uno de los principales factores de ineficacia. La existencia de tres subsectores cuya escasa interrelación no permitió programar efectivamente acciones coordinadas, apareció claramente como uno de los principales obstáculos a superar.

El modelo que impulsamos estuvo orientado al logro de un efectivo sistema de servicios de salud, coordinador de los recursos y acciones de sus componentes público, privado y obra sociales, con una conducción federal del sector salud (COFESA) con participación y apoyo intersectorial y de los organismos colegiados profesionales, instituciones académicas y docentes.

Este sistema coordinado y federal de servicios de salud, que incluya a todos los recursos disponibles, debe ser regionalizado, zonificado y estructurado en escalones de complejidad creciente, partiendo de un nivel de atención primaria de la salud hasta llegar a los tramos de mayor complejidad científica y tecnológica, que ofrezca equitativo acceso a los servicios a toda la población, sin barreras de carácter geográfico, económico, cultural o administrativo.

Algunas de las acciones desarrolladas merecen particular atención.

- I. ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
- II. REGIONALIZACION y ZONIFICACION
- III. PROGRAMA UNICO
- IV. RECURSOS HUMANOS
- V. PAUTAS PARA EL PLANEAMIENTO

3. La situación actual.

La función salud ubicada en un nivel superior definiendo las políticas y normas fundamentales que orienten el funcionamiento de todo el sector, efectores públicos y privados y aseguren que la relación médico-paciente no sea perturbada por factores que, por importantes que sean, no deben incidir como elementos distorsionantes de la esencia del acto médico.

El **financiamiento del sector** debe orientarse decididamente a formas que expresen solidaridad social global, es decir, hacia un seguro de atención médica en el tránsito hacia un seguro nacional de salud. Para ello deberían eliminarse los compartimientos que mantienen situaciones de privilegio junto a niveles de cobertura que, muchas veces, no son suficientes, dando lugar a mecanismos que se convierten en barreras económicas y administrativas. Es por ello que consideramos imprescindible e impostergable la conducción unificada de las políticas, planes y normas del sector, con los recursos financieros, que ineludiblemente deben adecuarse a una política común.

Las fluidas relaciones intersectoriales con educación, economía, seguridad social, planeamiento y energía atómica y el franco diálogo con los organismos colegiados profesionales e instituciones académicas, expresadas en comisiones, grupos de trabajo y, especialmente, en el ámbito de las Reuniones Nacionales, nos hacen sentir optimistas en lo que hace a contar con un modelo intersectorial e interdisciplinario para analizar y resolver los problemas de salud.

Dr. Joseba KERMENDI DE USTARAN - Ministro de Salud. Provincia de Buenos Aires (1976 - 1981) (28)

Ante todo es preciso destacar que en la provincia de Buenos Aires se concibió la atención médica como sector prioritario. Conforme a ello se realizó

un análisis de sus problemas y se decidió buscando una solución integral y de fondo a los mismos.

A grandes rasgos puede decirse que la acción bonaerense en el ámbito de la salud tiene tres expresiones fundamentales: la creación del Ministerio homónimo, la puesta en marcha del SAMO, y la formación del CEAMSE (Cinturón Ecológico del Área Metropolitana Sociedad del Estado).

En lo que hace al primer objetivo digamos que la reestructuración de la organización política del Estado de Buenos Aires significó, entre otras medidas de importancia, la creación de un Ministerio de Salud. Se trata de un hecho de particular importancia desde el punto de vista de la política de atención médica, ya que de esta forma un órgano del máximo nivel político tiene ahora a su cargo y bajo su responsabilidad todas las acciones inherentes al campo de la salud, entendida ésta como una unidad específicamente configurada.

En lo que hace a la puesta en marcha del SAMO, digamos que la misma es parte vital de la programación de este Ministerio, y a ello nos referiremos con mayor detenimiento al hablar de sus políticas.

Con respecto al CEAMSE, debe decirse muy brevemente que se trata de un enfoque moderno y dinámico del problema del saneamiento, en un área de alta densidad poblacional. Su objetivo no es solamente dar destino final a los residuos, sino también enfocar con un criterio sistemático todo el problema de la contaminación del suelo, del aire y de las aguas superficiales.

Volvamos ahora a la primera de las tres mencionadas en un principio: la Programación. La misma comprendió a su vez tres tareas fundamentales: el Diagnóstico de la Situación, el Análisis de Alternativas y la Decisión Política.

Veamos ahora en detalle cada una de estas tareas.

DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN

El **Diagnóstico de Situación** implicó la consideración del sector tanto en lo que hace a los factores de la demanda como los de la oferta de atención médica. Respecto de la demanda se buscó la caracterización demográfica y epidemiológica de la provincia a través de algunos indicadores a los que podemos hacer breve referencia.

En el aspecto demográfico cabe destacar un crecimiento de la polarización espacial entre las cifras correspondientes a los años 1970 y 1980.

Así la población de la provincia de Buenos Aires, según las cifras provisionales del último censo realizado, es de 10.796.036 habitantes, lo que representa más del 38 % de la población del país. Por lo que hace al crecimiento intercensal para el período 1970-80 es de aproximadamente el 23 %.

Pero esta población tiene una característica fundamental en su distribución espacial con una particular trascendencia para la provincia y para la Nación. Esta característica, como se sabe, es la desigual radicación entre el conurbano de la Capital y el “resto” o interior de la provincia. En efecto, para 1980 aproximadamente el 63 % de la población bonaerense –casi el 25 % del total del país– se concentraba en los 19 partidos que rodean a la Capital y los tres que conforman el “Gran La Plata”.

Esta situación es fruto de un proceso migratorio interno que está “vaciando” el interior bonaerense, como en una etapa anterior “vacío” el interior del país a favor de la Capital y de su perímetro. Ello significa un severo desequilibrio, al punto que aproximadamente un 25 % de los habitantes del Gran Buenos Aires provienen del interior de la provincia.

Asimismo, es preciso destacar que esta distribución espacial es fruto y tiene implicancias a la vez, en la distribución etárea de los habitantes. En efecto, mientras que en el conurbano los menores de 15 años representan el 28 % del total y los mayores de 60 años apenas alcanzan al 10 %, en el “resto” de la provincia los porcentajes son de 22 y 20 %, respectivamente.

Con referencia al panorama epidemiológico muchas veces se ha señalado una característica de la provincia que le es común con el resto de las jurisdicciones del país: se trata de la polarización de la patología entre aquellas enfermedades evitables con recursos fácilmente accesibles y las entidades nosológicas propias de las áreas con más alto grado de desarrollo.

En lo relativo a la estructura causal de la mortalidad general, más de 70.000 muertes totales por año; en los primeros lugares se ubican las enfermedades cardiovasculares –con un 48 %–, los tumores –con un 18 %– y los accidentes –con un 7 %–. No obstante, cabe agregar que aún figuran con un número de casi 2.000 muertes anuales las enfermedades infecciosas y parasitarias. Referencia ésta que coincide con el aún subsistente problema de la mortalidad infantil.

Sobre este particular digamos que este indicador tan significativo, ha sido favorable en la provincia, como en el resto de las jurisdicciones del país, lo que se aprecia en las tablas correspondientes, que dan en 1970 una tasa de 53,1

por mil y en 1977 fue estimada en el orden del 36,5 por mil. No obstante, es preciso destacar que en algunos partidos del conurbano los indicadores respectivos se asemejan a los de las provincias menos desarrolladas de la Nación.

En cuanto a los recursos de Atención Médica radicados en el territorio provincial, podemos decir que, globalmente considerados, son suficientes. No obstante el número de médicos y de odontólogos alcanza niveles que configuran una situación más negativa que positiva. En efecto, la superpoblación profesional en esos dos rubros ha colmado las posibilidades de oferta de servicios, particularmente en las áreas del Gran Bs. As., plétora ésta que crea graves problemas. Mientras que por otro lado, en el campo de la profesión médica existen aún especialidades no suficientemente cubiertas, tales como patología, radiología, anestesiología, psiquiatría, otorrinolaringología y oftalmología.

En otro aspecto del recurso humano, la Provincia, al igual que el país, presenta un marcado déficit de personal de enfermería, ya sea profesional o auxiliar, al punto que el mismo representa un tercio de las necesidades reales. Por lo demás, una alta proporción del personal ocupado en esta especialidad, tanto en el subsector público como en el privado, es de tipo empírico.

En lo que hace a las camas hospitalarias instaladas, existen en todo el territorio de la Provincia alrededor de 48.000, distribuidas porcentualmente en un 75 % para el subsector Público, un 23 % para el subsector Privado y un 2 % para el de Obras Sociales y Mutuales.

En lo referente a los recursos financieros destinados a Atención Médica, se realizó una estimación en el Ministerio de Salud que para 1975 arrojó un porcentaje del 7,8 % del Producto Bruto de la Provincia, uno de los más altos del mundo.

La demanda de Atención Médica crece en forma geométrica en función del crecimiento de la población, del aumento de la expectativa de vida y de la proporción de habitantes en grupos etáreos superiores a los cincuenta años, así como del peso incrementado de los grupos dependientes y de la alta prevalencia de las enfermedades crónicas e invalidantes. También influyen en el mismo sentido una mayor y más rápida detección de las enfermedades por parte de la población, y un mayor requerimiento por parte de entidades de menor jerarquía nosológica que en décadas anteriores no llevaban a la demanda de prestaciones.

Una de las conclusiones esenciales del diagnóstico de situación, es que el crecimiento de los diversos subsectores se ha producido” a través de las dé-

cadras, en forma anárquica y totalmente independiente uno de otro. En el transcurso de ese lapso se definieron muy pocos mecanismos de interrelación formal entre los subsectores, así como de relación entre el sector de la Atención Médica, con el área de la Educación Médica.

Por otra parte, el subsector Público de Atención Médica, permaneció dividido en distintas dependencias: nacional, provincial y municipal, con muy poca coordinación entre sí. Asimismo la infraestructura edilicia de este subsector creció en forma desmesurada en el interior de la Provincia, mientras que permaneció reducida en el área del conurbano capitalino, en relación con las necesidades del mismo. Por lo demás, la misma magnitud de esta estructura, dificultó sobremanera el mantenimiento de los edificios y las instalaciones, así como la actualización de su equipamiento. Y en lo que hace a su rendimiento –relación entre estructura y producción– observamos que es muy bajo en los establecimientos del interior, y alto en las áreas de alta demanda, como el conurbano y la capital provincial.

Otro de los elementos considerados, con miras a revertir esta situación, fue el de la “gratuidad”. El carácter ancestral de este concepto, especialmente para la dependencia nacional y provincial, distorsiona sin duda la justicia distributiva e invierte de alguna manera el principio de “solidaridad” en lo que hace a beneficiarios de Obras Sociales que se atienden, sin ser respaldados por su seguro, en los establecimientos oficiales.

Por su parte, el subsector Privado, propietario de la gran infraestructura de atención ambulatoria, y de casi una tercera parte de las instalaciones de internación, y que además cuenta con una mayor dinámica organizativa, logra un mayor rendimiento de su estructura, a la vez que excluye la responsabilidad de prestaciones altamente onerosas, tal como los pacientes de psiquiatría crónica.

En lo que hace a las Obras Sociales, ampliamente extendidas en el territorio de la Provincia, las mismas manejan la gran masa de la Atención Médica. Sin embargo, por su poca capacidad instalada propia en el territorio considerado y por su dificultad para intercambiar servicios y recursos con el subsector público, vuelcan su financiación al subsector Privado.

Por otra parte el Estado no ha logrado a través de los años un mecanismo eficaz y regular de contralor de la actividad médica privada, tal como corresponde a su responsabilidad irrenunciable.

No obstante, dentro de este marco de falta de coordinación entre subsectores, cada uno de ellos con factores de manifiesto peso, es preciso destacar que se habían tendido algunas líneas altamente positivas. Tal es el caso de la creación del IOMA –Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia– con gran capacidad operativa propia, el sistema de Zonificación Sanitaria, y la amplia experiencia de los municipios bonaerenses en materia de Salud.

ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

La crisis de Atención Médica que todo el mundo afronta fue considerada por los países más importantes a la luz de los objetivos propios de la misma. En particular, pensamos que estos objetivos pueden resumirse en: eficacia de los procedimientos en relación con los resultados, efectividad en la llegada de los recursos a quienes los necesitan, y eficiencia en la relación de coberturas y costos.

Los estudios específicos sobre el tema caracterizan dos modelos fundamentales: el sistema y el servicio. Ahora bien, definimos el servicio fundamentalmente por la conducción unificada y la financiación por fondos de las rentas generales. El sistema, por su parte, tiene la característica de la coordinación de conducciones diferentes, con respeto por las individualidades jurídicas; consecuentemente, presenta también fuentes diversas de financiación.

Del modelo “servicio”, fue tomado como paradigma el surgido de la filosofía del “Welfare State” planteado en Inglaterra en la década del 40 por Lord Beveridge. No obstante, este Servicio de Salud inglés, muchas veces criticado y muchas veces modificado, es, a nuestro juicio, inaplicable en nuestro medio.

Respecto del modelo de “sistema”, prevalente en el Occidente europeo, en los países occidentalizados de Asia y África y en los EE.UU., el mismo tiene multiplicidad de variantes que surgen de sus características propias. Todas ellas tienden a una cobertura creciente por parte de las instituciones, únicas o múltiples, privadas o públicas, de seguridad social. También en este campo son conocidas las críticas y los ajustes que se llevaron a cabo en las aplicaciones de este modelo. Al respecto basta señalar como ejemplo la progresiva complementación de la seguridad social privada de los EE.UU. con seguros a cargo del Tesoro Federal.

DECISION POLÍTICA

En este sentido, y sobre bases sólidamente consideradas, el Gobierno de la Provincia decidió la constitución de un Sistema de Atención Médica Organizada –SAMO– para lograr los objetivos de la Atención Médica.

Se comenzó con la implementación de una estructura legislativa, lo que llevó, luego de una detallada elaboración a la promulgación de la Ley 8801 de creación del SAMO.

A esta norma legal siguió una serie de instrumentos de reglamentación de nivel decreto, ordenanza y resoluciones del Consejo, cuya sucesión continúa en función de los permanentes ajustes del modelo.

Seguidamente se constituyeron los órganos centrales de conducción del sistema. En primer lugar el Consejo Provincial del SAMO, con la participación no sólo de funcionarios del nivel central del actual Ministerio de Salud, sino también con un representante de la Seguridad Social, a través de la principal obra social de la Provincia –el IOMA– y el Ministerio de Gobierno, particularmente para la trascendencia de la función municipal.

Asimismo, la constitución inmediata de la Secretaria Ejecutiva, a cargo del Subsecretario de Salud Pública, permitió comenzar a concretar las acciones previstas en la programación.

Por otra parte, la estrategia de llevar a nivel municipal la conducción de las acciones del sistema implicó la creación por ley, de la figura del Director de Salud Municipal. Ello sin detrimento del sistema de Zonificación Sanitaria anteriormente vigente, que fue fortalecido y al que se le dio definitivamente conducción técnica.

Por último, los Coordinadores de Zonas, en cuanto que responsables de la orientación técnica de sus respectivas jurisdicciones, fueron auxiliados con la participación en los respectivos Consejos Zonales de los Directores de Salud de cada Municipio.

Estructurado así el sistema. En el aspecto legislativo y de conducción, se pasó a la integración del subsector público.

La misma se concretó en primer lugar, con la transferencia de los grandes policlínicos nacionales y de los grandes hospitales psiquiátricos del Gran Bs. As., de la dependencia nacional a la provincial. De esta forma, por los instrumentos legales correspondientes se transfirieron 9 hospitales nacionales, con

un número total aproximado de 5.000 camas y unos 4.500 agentes. Proceso éste que implicó una ímproba tarea de adaptación de regímenes distintos, tanto en lo que hace al personal como al funcionamiento de los establecimientos referidos.

La Provincia, por su parte, transfirió a los Municipios 376 unidades sanitarias y servicios integrados a establecimientos comunales, para iniciar el proceso de municipalización de los establecimientos de mediana y baja complejidad, que, al presente continúa, con la transferencia de 45 hospitales con respaldo presupuestario provincial.

Toda esta acción organizativa fue completada en el aspecto económico con la constitución del fondo provincial de Salud, previsto en la Ley 8801 con la intención de dar especificidad a los recursos financieros de la Atención Médica del Subsector Público. En este fondo se reúnen fundamentalmente los recursos provenientes del Presupuesto Provincial destinados a Atención Médica, así como el producto del arancelamiento directo a los usuarios o indirecto a las Obras Sociales. Sin perjuicio de estas fuentes, los presupuestos municipales contribuyen a la financiación de la Atención Médica en sus respectivas jurisdicciones.

Otro importante aspecto de esta etapa de Ejecución lo constituyó la remodelación y el reequipamiento, ya que el subsector público adolecía de un marcado déficit en cuanto a los caracteres y mantenimiento de su inmensa infraestructura, así como de una notable desactualización de su equipo.

Por otra parte, en este proceso de remodelación, que comprendió casi 50.000 metros cuadrados por un valor superior a los 35 millones de dólares, no se hizo diferencia entre establecimientos municipales o provinciales, en vistas a la integración programada.

Otro momento esencial dentro de esta etapa, lo constituyó el Arancelamiento de las prestaciones, considerado un mecanismo indispensable en el proceso de intercambio de recursos y servicios con el Subsector de Obras Sociales.

Se intentó, ante todo, superar el prejuicio de la “gratuidad indiscriminada”, rémora ésta, que como ya se ha señalado, distorsiona la justicia distributiva y falta contra el principio de solidaridad, fundamento de todo el régimen de seguridad social. En efecto, cuando se realizaron encuestas sobre pacientes internados en los establecimientos oficiales en la Provincia se encontró que más del 50 % de los mismos se declaraban beneficiarios de Obras Sociales.

Al respecto es preciso destacar que una minuciosa investigación hubiera arrojado porcentuales más elevados.

En función de ello, el arancelamiento se concibió como un acto de justicia y como un mecanismo de coordinación de dos subsectores, no como una forma de enjugar supuestos déficits presupuestarios.

Asimismo, se definió un procedimiento de distribución del producido del arancelamiento, con una proporción de los ingresos indirectos destinados al Fondo Provincial de Salud, y una parte significativa –de 50 % Y 70 % de los ingresos indirectos y directos respectivamente– destinada a la bonificación de los profesionales y técnicos. Estos montos destinados a bonificación implicaban, obviamente, una difícil decisión en cuanto a la metodología a emplear para su distribución, no obstante lo cual se encontró un procedimiento que se estima idóneo, con algunas variantes que debieron adoptarse para algunos establecimientos especializados.

Respecto de la aplicación de los aranceles indirectos, es decir el cobro a las Obras Sociales se debió iniciar un proceso de acuerdo con las mismas. En este sentido el papel fundamental de esta tarea correspondió al IOMA, intermediario con las Obras Sociales para el proceso de arancelamiento.

En lo que hace a los agentes de Atención Médica del subsector Oficial, se entendió que los tiempos exigían nuevos enfoques en el régimen especial de Carrera. Al respecto, los antecedentes provinciales fueron decisivos en el mejoramiento general de los establecimientos del subsector desde el Decreto Ley 3625, hasta la actualmente vigente Ley 7878.

También fueron consolidados los clásicos PROGRAMAS VERTICALES, herederos de las anteriormente llamadas “grandes luchas”. En este sentido se dio prioridad a los programas de Inmunizaciones, Tuberculosis, Enfermedades Venéreas, Zoonosis Rurales y Fiebre Hemorrágica Argentina. Sobre este punto es importante destacar el éxito logrado en la lucha contra la rabia, que en el año 1976, merced a un abandono de la programación, había alcanzado picos de manifiesta gravedad.

A modo de conclusión podemos remarcar que la Provincia de Buenos Aires otorgó prioridad al tema de la Salud. Así lo testimonian fundamentalmente las tres acciones más destacadas: la creación del Ministerio de Salud, el SAMO y el CEAMSE.

En el caso particular del SAMO, las acciones se llevaron a cabo en tres etapas ya mencionadas y siendo el proyecto integral y de fondo, los resultados al presente han sido altamente positivos.

La dificultad en la precisión de los indicadores y la corta serie histórica de la mayoría de ellos impiden sacar conclusiones definitivas, no obstante lo cual han sido lo suficientemente útiles como para permitir orientar ajustes en el sistema.

MÁS ALLÁ DE LAS “VERSIONES OFICIALES”

Tomando distancia del pensamiento y la ideología de los responsables de la Salud Pública en esa época en donde la importancia y el significado de la gremial médica eran prácticamente ignorados, es interesante destacar el análisis que realiza Juan Carlos Veronelli (29) sobre esta etapa:

“El nuevo gobierno militar”, encabezado por el general Videla, desarrolló en gran escala el terrorismo de Estado, mezclando la corrupción con la violencia. Las instituciones no sólo perdieron vigencia sino que todas aquellas relacionadas con la seguridad ciudadana se deterioraron en forma tal que se erosionó el concepto mismo de ciudadanía. El poder no tuvo empacho en esta oportunidad en mostrarse con brutal crudeza. (29)

Durante el proceso militar y con base en una “doctrina de la seguridad nacional” se operó una exclusión social que muchas veces llegó a la desaparición física: la sociedad abierta anterior se cerraba y encerraba en el territorio. Se estuvo a punto de guerrear con Chile por un conflicto de límites, a pesar de coordinarse con la dictadura chilena la persecución y el asesinato de los perseguidos políticos, como se hizo con otros regímenes del mismo tipo que habían sido promovidos y alentados por el gobierno de los Estados Unidos.

En lo que hace al sistema de salud, el Ministro de Economía, José Alfredo Martínez de Hoz, criticaba el descalabro heredado ejemplificándolo con una alusión al sistema médico-sanitario: “[...] el régimen de prestaciones médico-asistenciales a la población administrado por las asociaciones gremiales de trabajadores, receptoras de los cuantiosos recursos públicos afectados al sistema, cuyo manejo dio lugar a abusos y corruptelas [...]” (29). El primer Secretario de Salud Pública fue el hasta entonces Director del Hospital Naval, Dr. Irán Campos. Para revertir la situación creada por la ley 18.810 se dictaron un par

de leyes que no fueron reglamentadas y cuya elaboración mostró notables disidencias internas en lo que parecía externamente como un gobierno de pensamiento unitario.

Comentaba sobre este aspecto un editorial de La Nación: “La división de criterios existentes en el gabinete nacional sobre la futura ley de obras sociales es tan profunda que, así como está el debate, no se puede dar un paso más sin que el gobierno pague un serio costo político. [...]”

Se trata de una de las polémicas más significativas que se haya suscitado en el seno del gobierno. La cuestión va mucho más allá de una divergencia sobre quién o quiénes deben administrar las obras sociales, es casi tanto como un enfrentamiento de políticas diferentes **sobre si debe haber en la Argentina o no un sistema obligatorio de seguridad social.”** (29).

Se sancionó finalmente la ley 22.269, que creaba una centralización estatal fuerte para la conducción del sistema de obras sociales, que se separaban de los sindicatos, pero no se reglamentó. Uno de sus propulsores, Santiago de Estrada, reconocía en 1982 que **“la sanción de una ley no sería suficiente para modificar la realidad de los sistemas existentes”**...(29).

EL PROBLEMA DE LAS OBRAS SOCIALES

Coincidimos con Veronelli que uno de los principales problemas que tendrá el gobierno de facto con los sindicatos será la sanción de la nueva ley 22.269 de seguridad social y obras sociales en reemplazo de la ley 18.610, dado que esta reforma legal creaba una mayor centralización dándole un fuerte poder al Estado para conducir el Sistema de Obras Sociales (OS) en detrimento de los sindicatos cuyo poder se esfumaba.

En efecto, la Ley de Obras Sociales 18610, de febrero de 1970, coincide con un período de agitación política generalizada que había tenido su clímax en mayo de 1969 con el “Cordobazo”. La CGT (recompuesta en julio de ese año) había adoptado en ese momento una oposición sostenida. Sin embargo esta ley apareció como un gesto conciliatorio por parte del gobierno (30).

La ley creaba un Sistema de OS, ordenando los entes preexistentes ya mencionados, excepto las mencionadas en último término. La Ley implicaba:

- la asunción por parte del Estado del papel de regulador de las OS en funcionamiento, normatizando y ordenando el funcionamiento de los entes preexistentes.
- la universalización de la cobertura, en hogares con asalariados ocupados en el sector formal privado y en el sector público, al declararla obligatoria para todos los trabajadores bajo convención colectiva, y no sólo los afiliados, y extenderla a sus familiares.
- la unificación de aportes y contribuciones sobre la nómina salarial: 2 % el empleador, 1 % el trabajador, 1 % la familia del trabajador, 2 % los jubilados y pensionados.
- la extensión a otras prestaciones que las médico-asistenciales, aunque estableciéndose que estas últimas fueran las prioritarias, destinándoseles el 80 % de los recursos.
- la declaración de los empleadores como agentes de retención, con depósito mensual directo a la orden de las propias OS.
- la creación del INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) como organismo descentralizado, con funciones de promoción, coordinación e integración entre OS y control técnico, administrativo y contable.
- la creación del Fondo de Redistribución, integrado por aportes y contribuciones correspondientes al aguinaldo, el 10 % del resto de la recaudación, y el 40 % de los recursos especiales provenientes de terceras fuentes, con destino al incremento y mejora de capacidad instalada y asistencia financiera en general.
- la autorización para el funcionamiento de capacidad instalada propia y el establecimiento de regímenes de contratación de prestaciones a profesionales.

La nueva Ley reconoció también la plena jurisdicción de los sindicatos sobre el manejo financiero, administrativo y asistencial de las OS.

La CGT expresó su opinión detalladamente en una Declaración de octubre de 1971: “La CGT ha observado atentamente en este último tiempo como se han agudizado los enfrentamientos de diversos sectores de opinión vinculados al tratamiento de la política sanitaria nacional.

La Central Obrera ha auspiciado, contribuido y participado en la adopción y en la aplicación del sistema que comporta la ley 18610.

Lo ha hecho en el momento de la implementación del régimen y lo sigue haciendo como desde el comienzo integrando el directorio del INOS, porque interpretó en su momento y lo sigue entendiendo ahora que el régimen creado constituye un cuerpo de vocación revolucionaria en el diagnóstico y tratamiento del problema de la Salud. Su decisión de entonces y ahora se ve ratificada por los hechos.

Estos hechos lo constituyen fundamentalmente la oposición que a ese régimen expresan y con más agresividad los órganos gremiales que invocan la representación de los profesionales vinculados a la asistencia médica, que en la mayoría de los casos, defienden los intereses de las sociedades financieras que lucran con la salud del pueblo...”

“...La Subsecretaría de Salud Pública no define claramente su política de salud.

Muestra, por el contrario, una tolerancia cómplice con los intereses de los círculos médicos en detrimento de los grandes objetivos que originaron el avance de las Obras Sociales Sindicales (OSS).

La ley 18912 sancionada con el auspicio de la mencionada Subsecretaría reconoce a las entidades médicas el derecho de imponer, sin participación de los interesados regímenes de pago de las prestaciones que afectan seriamente la economía de las Obras Sociales...” ...“Es sintomático que el INOS esté sometido a una campaña de desprestigio y a una tarea de neutralización que ya lleva quince meses, negándosele la estructura funcional y orgánica que le permitieran concretar vigorosamente la filosofía que encierra la ley que le dio origen...” ...“¿Se intenta acaso volcar esos recursos y los de las Obras Sociales a un eventual sistema de Seguro de Salud del cual los países más adelantados del mundo ya están de vuelta?...” (CGT, Memoria y Balance, período 1970-1971)

Durante este período la defensa de la ley y del INOS, incluyó también un serio cuestionamiento al accionar de las entidades mutualistas que actuaban “motorizadas por los intereses que protagonizaron la reacción inicial contra el régimen de las Obras Sociales que son todos aquellos para quienes el tema de la salud es otro de los tantos que entran al mercado del lucro”. (Memoria y balance CGT, 1972).

Desarrollos Posteriores

Con posterioridad, se dictaron diversas leyes complementarias:

- la ampliación de la cobertura de las OS a nuevas categorías de trabajadores: a domicilio, talleristas, vendedores de diarios y revistas, y personal superior, jubilados y pensionados, y trabajadores rurales.
- creación del régimen de contrataciones de las prestaciones, y en su marco del Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, Bioquímicas y Sanitarias, documento oficial obligatorio para las contrataciones de todo el Sistema. El Nomenclador es, básicamente, un listado codificado de servicios médicos quirúrgicos, de laboratorios y hospitalarios, valorizados en unidades convencionales ajustados periódicamente. Lo complementa un capítulo de normas de trabajo que encuadran la labor de los prestadores, y los mecanismos de control del proceso un listado codificado de servicios, valorizado en unidades convencionales (“galenos” y “unidades sanatorias”), también ajustable.

Desde el punto de vista del número de entidades, las OSS siempre representaron una parte claramente mayoritaria del total (entre el 70 % y el 80 %). Desde el punto de vista del número de beneficiarios, la importancia de las OSS creció rápidamente, como resultado del nuevo concepto aplicado: a comienzos de los años 70' ya cubrían cerca de 6 millones de beneficiarios, equivaliendo al 53 % del total. (30)

Otras consecuencias de esta legislación fue el impulso dado al sector privado no sindical, ya que la relativamente escasa capacidad asistencial instalada propia de las OSS hizo que se multiplicaran los contratos con este sector, y con ello las instalaciones privadas para atención ambulatoria e internación (más del 60 % entre 1965-80). Simultáneamente, retrocedía en casi 10 % la capacidad asistencial del sector público entre 1969-1980.

Intentos de reforma durante el nuevo gobierno justicialista

Desde el año 1972 hasta 1973 el movimiento obrero organizado comenzó a transitar un camino político que tuvo tres fechas emblemáticas: 17 de no-

viembre de 1972 (retorno de Perón), 11 de marzo de 1973 (triumfo electoral del FREJULI) y 23 de setiembre de 1973 (triumfo electoral de Perón). El Pacto Social rubricado en junio de 1973 colocó al sindicalismo en una posición de fuerte protagonismo habida cuenta de la presencia de muchos representantes cegetistas en cargos políticos de trascendencia.

En diciembre de 1973 el Presidente Perón pronunció un mensaje en la sede de la CGT en el que afirmó que el Plan Trienal, que iniciaba su vigencia el 1° de enero de 1974, era la continuidad del proyecto contenido en los planes quinquenales de la primera etapa peronista. (Memoria y Balance 1972-1974, CGT). En el área Salud el Plan Trienal imponía una revisión de las políticas aplicadas en los últimos años y señalaba el deterioro operado en la cobertura sanitaria por el descenso de las partidas presupuestarias, el aumento de la mortalidad infantil, la alta tasa de morbilidad, y la “tendencia a delegar responsabilidades por parte del Estado que halla su culminación con el INOS, cristalizándose de este modo una estratificación de la población en tres grupos: pudientes, asalariados –cubiertos por las Obras Sociales–, e indigentes, cada uno de los cuales recibe una asistencia médica de calidad muy diferenciada.” (Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional).

El Estado decidió garantizar la salud de los habitantes, efectivizando el principio de justicia social y además ser cogestor en la dirección de un Sistema Nacional Integrado de Salud por el que se encauzaría el crecimiento del Sector Salud través de un planeamiento racional aceptable por todos los sectores. Se preveía además la integración voluntaria, ordenada y paulatina de las obras sociales. Este proyecto fue convalidado por la sanción de la ley 20748, de creación del SNIS, en setiembre de 1974 que contemplaba la constitución de un Consejo Federal en el que los representantes cegetistas tenían dos lugares y el cuerpo consultivo del secretario ejecutivo nacional donde recalaría un representante obrero. El art 36 eximía de la ley, hasta su presentación voluntaria, los establecimientos y servicios asistenciales pertenecientes a las obras sociales, encuadrados o no en la ley 18610, existentes a la fecha, o que se crearan en el futuro, con participación sindical.

Asimismo, en la presentación del proyecto del PE a las Cámaras Legislativas, se consideraban todos los fundamentos delineados en el Plan Trienal pero se omitió la referencia al INOS citada más arriba.

El autoritarismo de los años 1976 a 1981

La última administración militar a partir de 1976, instaura el autoritarismo en los servicios de salud (ley 22269, de 1980), que interviene las OSS con autoridades designadas por el Estado y decide:

- la virtual estatización de las OS, cuyos fondos pasan a ser de naturaleza pública, con administración estatal.
- la separación administrativa, financiera y patrimonial de OSS y sindicatos, lo que se dirigió a socavar el poder político y económico de las organizaciones gremiales, particularmente por la vía de restringir las posibilidades de destinar fondos a actividades político-sindicales.
- la eliminación de la obligatoriedad de afiliación a la OSS creada por el sindicato de rama: con ello se autorizó a imputar el 90 % del aporte personal a la afiliación a otras OS o entidades de medicina prepaga.
- la prohibición a las OSS de montar nueva infraestructura propia, y explícita recomendación de reducir la existente. Esta disposición fue un poderoso incentivo de los contratos con el sector privado

Ampliando la implicancia de la ley 22.269 sobre Seguridad Social y Obras Sociales hemos decidido incorporar el pensamiento de protagonistas de esa época que tuvieron una significativa participación en la confección de la misma desde distintas perspectivas.

LAS OBRAS SOCIALES Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Santiago M. DE ESTRADA. (Secretario de Estado de Seguridad Social) (31).

A partir de las mutuales, por una parte; de actos del poder público, por otro, o de convenciones colectivas de trabajo, a lo largo de varias décadas fueron apareciendo en la República Argentina estos organismos muy particulares, propios de nuestro país, que con el tiempo se llamaron “obras sociales”. Organismos que, en algunos casos, estaban mezclados con los sindicatos, en otros casos tenían personalidad propia, pero que se basaban en esquemas parecidos; es decir, en un aporte solidario destinado a financiar determinadas prestaciones y básicamente las prestaciones de salud.

A partir de la ley 18.610 de obras sociales todo este conjunto de organismos dispersos, comienza a integrarse en un sistema de seguridad social, y a medida que se avanza en el tiempo y a pesar de todas las dificultades que se fueron produciendo y de la complejidad de nuestro sistema de obras sociales, es indudable que esa integración fue avanzando, y que hoy día las obras sociales constituyen el modo que ha adoptado la seguridad social para financiar gran parte de sus prestaciones.

Esta integración de las obras sociales, en un sistema de seguridad social, les otorga ventajas por un lado, algunas obligaciones o inconvenientes por otro, y también requiere algún tipo de declaraciones. En relación con las aclaraciones quiero señalar, en primer lugar, que el hecho de que las obras sociales integren un sistema de seguridad social no quiere decir en absoluto, que deban ser conducidas por el Estado. Lo quiero aclarar porque es un concepto que a veces se confunde.

En la República Argentina mezclamos frecuentemente seguridad social con conducción estatal, como ocurre, por cierta, en algunos de nuestros sistemas. Pero conceptualmente no debe ser así y nosotros entendemos que en la práctica tampoco debe ser así. Una organización internacional a la cual pertenece la Argentina, y en la cual tiene activa participación, la “Organización Iberoamericana de Seguridad Social” ha aprobado hace algunos años un documento llamado “Modelo de Seguridad Social Participada” en el cual se preconiza para los sistemas de seguridad social una alta conducción estatal, pero al mismo tiempo una activa participación en la gestión por parte de los sectores interesados. Nosotros entendemos que este modelo es válido para nuestras obras sociales, lo hemos aprobado y, en consecuencia, queremos hacer esta aclaración; las obras sociales forman parte de nuestra seguridad social, pero eso no quiere decir que nosotros consideremos que el Estado deba tener en su totalidad la alta conducción y la gestión de estos organismos.

Por el contrario, entendemos que la participación de los sectores interesados –como está previsto, por otra parte, en la legislación próxima a dictarse– puede resultar muy conveniente, efectiva, darle mayor eficiencia; en fin, tiene una serie de ventajas que hacen que esta posición tenga nuestro apoyo. Y quiero recalcar también esto de que las obras sociales formen parte de nuestro sistema de seguridad social, porque es un concepto que no está suficientemente difundido en el país. Es frecuente por ejemplo, oír de muchos sectores la necesidad

de que nuestro país tenga un seguro de salud, o un seguro de enfermedad. El concepto puede ser válido, en la medida de quien lo diga considere que todo lo que está disperso en este momento, deba ser unificado en un solo seguro, posición que nosotros no compartimos; pero, en general, no se lo dice por eso, sino que se lo dice pensando que nuestro país no tiene un seguro de salud o un seguro de enfermedad –y no hago la distinción entre seguro de salud o de enfermedad, creo que aquí todos la conocen– en tanto nosotros entendemos, por el contrario, que nuestro seguro de salud son las obras sociales.

Nuestro seguro de salud, integrando un sistema de seguridad social, son las obras sociales; y lo van a ser cada vez más en la medida que avancemos en una serie de políticas y de pautas dentro del sistema de obras sociales, que les den un mayor nivel técnico y las vayan integrando dentro de un sistema general.

Por otra parte –y esto también es importante señalarlo– si observamos lo que ocurre hoy día en el mundo, vemos que la financiación de la salud, pasa en forma creciente a, través de los sistemas de seguridad social. En los países europeos, el porcentaje que representa el aporte de la seguridad social dentro del gasto total en salud, ha superado holgadamente el 50 %; en algunos casos llega al 70, al 80 e inclusive más. En nuestro país, haciendo la salvedad de que la falta de estadísticas crónicas que padecemos, no nos permite en este caso dar una cifra exacta– estimamos que el porcentaje de gasto de salud cubierto por la seguridad social, llega al 50 %; lo cual implica un avance formidable en relación a lo que ocurría no hace muchos años atrás.

Es indudable que el clásico esquema argentino de atención privada por un lado y pública por el otro, ha hecho crisis, ha cambiado, a través de la aparición de la seguridad social. No podía ser de otro modo. Lo mismo ha ocurrido en todo el mundo: pensando en que el sistema público, teóricamente gratuito, no podía evidentemente resistir, frente a las experiencias de la población, a los elevados costos de la medicina, en fin, una serie de factores que se fueron sumando. Mientras, el esquema privado, lógicamente más costoso sin una fuente de financiación de tipo solidario tampoco puede alcanzar a los grandes sectores de la población, que justamente debían recurrir a él en el momento en que por razones de enfermedad se veían privados de su ingreso.

Pero también debemos tener conciencia (para aclarar cuáles son los límites que tiene nuestro sistema de seguridad social aplicado a la salud, es decir,

nuestras obras sociales), que si comparamos lo que ocurre en nuestro país con otras naciones comparables, como son, por ejemplo, las de Europa occidental, nuestra financiación es mucho más pobre. Si analizamos cómo se financian los sistemas de seguridad social en Europa y cómo se financian en nuestro país, advertimos que en lo relacionado con la salud, el porcentaje sobre el salario que se recauda aquí es bastante inferior y además sobre un salario que tampoco es comparable en cuanto a su participación en el ingreso nacional. En consecuencia aquí, a través de la seguridad social, estamos financiando ya la mitad de la salud, pero eso que podemos financiar es crecientemente insuficiente, frente a las exigencias y a las necesidades de un país como la Argentina. Y creo que debemos tener conciencia de esto para no pedirle al sistema de seguridad social más de lo que puede dar, mientras no modifiquemos las fuentes de financiación.

Partiendo, pues, de la premisa que nuestro seguro de salud, dentro de la seguridad social, son las obras sociales, quiero señalar que nosotros lo consideramos un sistema válido y relativamente bien estructurado, con una serie de reestructuraciones que deben realizarse. Las correcciones no las voy a detallar aquí, creo que son suficientemente conocidas; y por otra parte muchas de ellas se recogen en el proyecto de ley de obras sociales, que próximamente será sancionado y será el punto de partida de una reorganización general del sistema, con las dificultades que tiene, por cierto, organizar un sistema tan complejo como el de las obras sociales.

Pero digo que es un sistema válido, destacando algunas de sus particularidades que creo le dan especial validez: en primer lugar, nuestras obras sociales han surgido fundamentalmente como entidades financiadoras de la salud –a pesar de que en algunos casos no ha sido así, a pesar de que el desorden del sistema ha provocado que se realizaran inversiones directas, que en algunos casos tienen sentido, en otros no– pero básicamente nuestras obras sociales han intentado financiar la salud, y nosotros creemos que ese camino que emprendieron es correcto.

Otros países han optado por un camino diferente, y la seguridad social ha pretendido suplantar todo lo que había y realizar sus propias inversiones. Nosotros creemos que el camino indicado es el nuestro, vuelvo a señalar; es decir, que la seguridad social sin realizar grandes inversiones propias, procurando

aprovechar la estructura existente, ha intentado financiar la salud, aprovechando justamente, todo lo que había.

Los ejemplos contrarios están a la vista: México con su seguridad social, que se ha dedicado a construir grandes centros, lo cual ha provocado a su vez que la población efectivamente cubierta fuera muy poca, porque los recursos no han alcanzado; España con su duplicación de estructuras en materia de salud, que ha provocado el encarecimiento enorme de los costos de la seguridad social. Insisto, pues, que el camino seguido por la Argentina ha sido un camino válido a juicio nuestro. Pero claro, si partimos de la base de una seguridad social eminentemente financiadora –lo que tampoco descarta una inversión cuando es necesaria– hay un correlato indispensable: si la seguridad social no invierte, alguien debe invertir, y si alguien debe invertir, ese alguien debe hacerlo en base a una política trazada de antemano, para saber quién invierte y cómo se invierte.

En los países en los que la seguridad social ha tomado el doble rol de inversora-financiadora, ha adoptado su propia política de inversiones y ha sustituido, en general, las inversiones de los otros sectores; en nuestro país no ocurre lo mismo, y es cada vez más necesario (y se han hecho ya muchos intentos en ese sentido y creemos que debemos desarrollarlos más) precisar exactamente quién debe invertir, cómo debe invertir, dónde debe invertir y en qué.

La estructura de salud en nuestro país es suficientemente conocida: un sector público muy grande, con muchos problemas; un sector privado más pequeño, pero mucho más adaptado a las necesidades modernas; un gran esfuerzo del sector público, a quien nunca le alcanza el dinero para concretar las inversiones para mantener lo que tiene; y un sector privado que no siempre se ha decidido a invertir lo necesario por no saber qué es lo que iba a ocurrir después, o que desgraciadamente ha invertido en lo que desde el punto de vista de una política de salud tal vez no hubiera sido necesario, por falta de una definición clara o de incentivos adecuados, para que la inversión fuera otra. Creo que este es uno de los grandes temas que tenemos por delante, es decir, es uno de los temas claves de la política de salud del país, política que por supuesto excede, en cuanto a su fijación o explicación concreta, las posibilidades de quienes conducen en el gobierno estos temas, porque requieren incentivos, tal vez desgravaciones, en fin, toda una serie de medidas, previa una definición, por cierto, de cómo debe invertirse y dónde se debe hacerlo.

Pero no podemos negar una realidad que tenemos en nuestro país, y es que estamos bastante detenidos en materia de inversiones necesarias en salud. Basta asomarse al Gran Buenos Aires para comprobarlo.

Por otra parte, es indudable que con una estructura de inversiones en salud como la que tenemos en el país, y con un circuito financiero creciente que es el de la seguridad social, es fundamental la integración de todos los sectores dentro de ese sistema financiero. Después voy a desarrollar un poco más este tema, pero como idea básica quiero señalar que la seguridad social que ya está financiando el 50 % del gasto y que si sigue la evolución que está ocurriendo en todo el mundo (y evidentemente en la Argentina se va a seguir), va aumentando este porcentaje a medida que pase el tiempo, debe utilizar esos recursos, aprovechando la infraestructura instalada.

Si hacemos un poco de historia, podemos ver que en la República Argentina, de los dos grandes sectores originarios, el sector público y el sector privado, hubo uno, que fue el sector privado, que se adecuó muy rápidamente a las exigencias de la seguridad social. Se puso en condiciones de trabajar con la seguridad social, y en este momento la gran mayoría de sus ingresos vienen de la seguridad social. Hubo otro sector, el público, que, salvo intentos que se hicieron –meritorios pero aislados, porque no tuvieron continuidad– no pudo adecuarse a esas exigencias de la seguridad social, o no supo hacerlo, y quedó marginado de este circuito financiero. En consecuencia quedó con dificultades financieras crecientes, que impidieron las inversiones, y que a su vez lo marginaron aún más del circuito financiero de la seguridad social, ya que las obras sociales tenían sus propias exigencias en cuanto a calidad de servicios que una estructura pública, obsoleta y caída, no les podía brindar; y esto provocó en nuestro país una gran distorsión.

Una de las medidas fundamentales entonces es la integración. Algunas modificaciones dentro del clásico esquema del sector público, indican que se está avanzando; inclusive hay provincias que hoy las podemos considerar bastante avanzadas dentro del circuito financiero de la seguridad social, pero creo que todavía no se ha comprendido en todas partes cuáles son los cambios que requiere el sector público para poder lograr efectivamente la integración. El cambio más importante, a mi juicio, es el de modificar su esquema de funcionamiento. En la medida en que el sector público se lo integra con el clásico hospital, con personal a sueldo, con el esquema de funcionamiento absolutamente centralizado, la adecuación a la seguridad social, va a ser muy difícil.

Al profesional en estas condiciones el hospital le obliga a competir consigo mismo, ya que sabe perfectamente que si el afiliado de la seguridad social es derivado a otro lado, este ingreso va a ser mucho mayor. El conjunto de personas que trabaje en el hospital, en esas condiciones, si no recibe algún tipo de beneficio por la contratación de la seguridad social, no tiene el menor interés de que ello se produzca y es muy frecuente hoy —a pesar de lo que hemos avanzado— observar afiliados a la seguridad social que dentro de determinados establecimientos del sector público son tratados como afiliados de segunda, porque el hospital público no los quiere, y no los quiere porque les da más trabajo y no les brinda ningún beneficio concreto, ni al establecimiento ni al que trabaja en él.

Vuelvo a decir, creo que en esto hemos avanzado, pero que debemos avanzar mucho más, sobre todo convenciéndonos que debe ser así, porque si hay muchos que están convencidos, también hay muchos otros que no lo están.

Cuando se habla de las obras sociales, (desde hace unos meses en el país este ha sido un tema de permanente discusión); tomamos o consideramos en general problemas que son importantes, pero que tal vez no sean los más importantes de todos; y hoy quiero referirme, en especial, al tema que yo entiendo central dentro del esquema de obras sociales, que es el tema de las prestaciones. Porque las obras sociales pueden tener una u otra forma de organización; pero el elemento central, la razón de existir de estas obras sociales, son las prestaciones para sus afiliados, y como los otros temas, que tal vez tienen otro tipo de interés u otro tipo de connotaciones son los que más se discuten, queda de lado la discusión y la definición sobre las prestaciones. Y creo también que en este tema de las prestaciones, debemos avanzar mucho dentro del sistema de las obras sociales, porque todo esto se ha ido regulando en forma bastante empírica, en base a normas dispersas, a la actitud de cada obra social, y ya es hora que dentro del conjunto del sistema, fijemos normas mínimas de carácter general, fijemos también esquemas mínimos generales, y tratemos de ordenar algo que evidentemente está muy desordenado.

En primer lugar, hay una definición básica que en nuestro país no la tenemos, y si la tenemos, es en forma muy imperfecta; cuáles son las prestaciones que debe brindar una obra social, que debe brindar la seguridad social, refiriéndonos, por supuesto, al tema salud, que es el tema central de las obras sociales. Hay un decreto que describe algunas prestaciones mínimas y hay una ley próxima a salir, que dice que las obras sociales deben brindar las prestacio-

nes básicas que se determinen; la ley no las determina, por cierto. y si hacemos un análisis de cuáles son las prestaciones que están brindando una u otra obra social, observamos una gran disparidad y un gran caos.

Por cierto, que el determinar cuáles son las prestaciones básicas de una obra social, es algo que depende de dos factores: En primer lugar, de una política de salud que debe decir cuáles son las prestaciones mínimas indispensables, cuáles son las prestaciones que realmente interesan, cuáles son las que deben incentivarse dentro de una obra social, cuáles son las que en ningún caso pueden dejar de prestarse, y cuáles son aquellas otras que podrán o no prestarse de acuerdo a las posibilidades. Porque el segundo factor está dado evidentemente por las posibilidades financieras.

La política de salud podrá determinar cuáles son las prestaciones que deben darse; pero si la financiación no alcanza esas prestaciones no se van a dar, o se van a dar a un costo tal para el afiliado, que es como si no se dieran. Pero conjugando estas dos cosas, la política de salud y posibilidades financieras (y respetando las posibilidades, las particularidades y las disparidades de las obras sociales sabiendo que unas van a ser más fuertes que otras), debemos hacer entre todos un esfuerzo para tratar de definir las prestaciones básicas, para tratar de definir aquellas que no son básicas, o que no son mínimas, pero que, si es posible, deben brindarse; e inclusive para tratar de definir cuáles son las prestaciones que no deben brindarse, o que deben desalentarse.

Otra definición, a la cual también hemos llegado en nuestro país en forma empírica, es cómo deben brindarse estas prestaciones; es decir cómo debe acceder el afiliado a ellas: si puede elegir o no puede elegir, si debe concurrir a un solo establecimiento o puede elegir entre todos, si puede optar por un número de profesionales o no. En la práctica, la tradición argentina ha consagrado, en general, la libertad de elección, lo cual nosotros entendemos que es un elemento positivo dentro de las obras sociales. La ha consagrado, y no porque lo dijera ninguna norma, sino porque las cosas se organizaron así, fundamentalmente porque los prestadores del sector privado se organizaron de forma tal que hicieron posible esa libertad de elección; esa es la verdadera historia.

La nueva legislación consagra como principio elemental el de posibilitar una libertad de elección sin llegar a consagrarla expresamente entre todos los prestadores inscriptos, recogiendo una realidad que tal vez la haría difícil e imposible en determinadas obras sociales; pero dice que debe tenderse a la

libertad de elección, y nosotros entendemos que es un principio positivo, pero que requiere cierto desarrollo.

Creo que es otro de los grandes temas planteados en la seguridad social que debemos discutir y analizar para extraer conclusiones y, en definitiva, tratar de que esas conclusiones se conviertan en normas mínimas para el conjunto de las obras sociales.

Un tercer tema –que entendemos que también es clave dentro del funcionamiento de las obras sociales y del esquema general de prestaciones– es el de las relaciones con los prestadores, tema que tiene a su vez distintas facetas; con quién debe contratarse, cómo debe contratarse, cuáles son los aranceles que regulan esta contratación.

En este caso se da un poco lo que ya hemos señalado en relación al tema anterior: de hecho, a través de la actitud del sector privado frente a la seguridad social, las obras sociales han adoptado en su gran mayoría, esquemas de contratación abiertos; es decir, han contratado el conjunto de prestadores agrupados en entidades creadas justamente para defender sus derechos y para representarlos. Pero también se ha dado la ficción de que nuestra legislación, en la forma como se la ha interpretado durante muchos años, no permite este sistema de contratación; y se ha dado la paradoja de que nuestro máximo organismo de conducción del sistema de obras sociales no ha homologado la gran mayoría de los convenios firmados por sostener hasta hace unos años que eran inválidos por que se contrataba con quien no se debía concertar de acuerdo con la legislación vigente; concretamente: con las federaciones o uniones de prestadores; es decir, que en esto tema hemos vivido dentro de una ficción, dentro de algo que no era real, porque, por otro lado, las obras sociales seguían y han seguido después contratando.

Nosotros entendamos en relación a esto, que las organizaciones de prestadores son legítimas en la medida que implican agrupamientos libres de prestadores que se organizan para defenderse; y no tanto para defenderse, en el sentido clásico, sino para defender el libre acceso a las fuentes de trabajo, a la máxima fuente de trabajo, que es la seguridad social, por parte de todos los prestadores, y que inclusive estas agrupaciones, facilitan las cosas a la seguridad social, en la medida que le permiten tratar con uno y no con una cantidad.

Pero también entendemos que esto tiene su contrapartida y obligaciones; es válido, es legítimo, es bueno, siempre que no se pretenda que determina-

do agrupamiento, por ser mayoritario, se convierta en monopólico. Tenemos ejemplos en nuestro país de ello, y entendemos que no debe ser así, que la seguridad social debe intentar trabajar con todos; si se agrupan todos, también le facilitan las cosas a la seguridad social, pero no hay que dejar afuera a los que no se han agrupado por una u otra razón.

La nueva legislación recoge estos principios en la medida que aclara esta duda que existe en estos momentos. Es decir, legaliza la situación que dio origen a la duda al aceptar las contrataciones con las uniones de prestadores, las uniones que agrupan a los prestadores, pero al mismo tiempo prohíbe las exigencias de exclusividad por parte de determinado prestador, o determinado grupo de prestadores.

Vinculado también al tema de los prestadores, otra cuestión sería el saber cómo se contrata. Aquí también tenemos una tradición que determina que la gran cantidad de los contratos se han hecho con entidades que agrupan a los prestadores y mediante el pago por prestación, por acto médico, de la práctica realizada por el prestador para la obra social. El pago por acto médico tiene sus ventajas y sus inconvenientes; la ventaja que tiene dentro de un esquema bastante simplista, es que el prestador sabe que si realiza un acto, va a cobrar tanto, y la obra social sabe que hay X número de actos realizados y paga por eso. En la práctica, las cosas no son tan sencillas, en la forma como se ha originado el conjunto de obras sociales en nuestro país, con nuestra extensión territorial, con nuestras clásicas dificultades de control que se dan en todas las actividades del país, y no solamente en esto, y con muchos otros problemas colaterales, que no desconocemos; el pago por acto médico ha podido controlarse, únicamente, a través del pago por el afiliado de sumas en muchos casos excesivas.

El arancelamiento para el afiliado a estas obras sociales, el clásico “coseguro” ha sido el único o tal vez el más importante elemento moderador de las prestaciones, frente a la imposibilidad de realizar un control efectivo, agravado esto por la existencia de un arancelamiento y de un nomenclador tan detallado, como el que tenemos nosotros; que siempre incentiva a realizar una práctica más, porque esa práctica más se puede cobrar sea o no necesaria.

Es indudable que este esquema está haciendo crisis, con lo cual no digo que debamos suprimirlo; lo que digo es que debemos estudiarlo y que tenemos que corregirlo. Otros países con menos problemas de control que el nuestro, porque tienen tradiciones diferentes, que hacen que los controles sean más

fáciles, hasta una educación diferente, han buscado formas alternativas de prestación o formas alternativas de nomenciar las prestaciones, no haciéndolas tan detalladas como las nuestras, justamente para permitir este control.

No es necesario detallar aquí, cuáles son las otras formas posibles de contratación; todos las conocemos, pero es indudable que en este tema la situación que tenemos no es la adecuada. Creo que nosotros no podemos aceptar como modelo permanente, que el único sistema de contratación sea el pago por parte del afiliado; como esquema permanente, algo que en muchos casos está basado en la trampa o en el intento de hacer trampa. Y creo que entre todos debemos analizar esto y ver en definitiva cuáles son las formas de contratación más adecuadas a nuestra realidad.

Se han hecho intentos, algunos de ellos importantes, buscando formas alternativas e inclusive formas mixtas entre capitación y pago por acto médico, mediante una entidad intermedia que administre la cartera; en fin, creo que hay infinitas variantes, pero que tal vez no hemos desarrollado nuestra imaginación al máximo analizando a fondo este problema, que es sin duda uno de los temas claves de nuestras obras sociales de hoy.

Siempre en relación a las prestaciones, nos quedaría el tema de los aranceles.

Aquí también hay toda una historia detrás, una historia que arranca desde un sector privado que tardó bastante tiempo en aceptar que la seguridad social no era un cliente más que debía pagar lo que se le pedía y una seguridad social que siempre trató de imponer unilateralmente sus aranceles. Nosotros creemos, en relación con la seguridad social, en lo que se ha llamado arancel social; es decir, que el arancel que paga la seguridad social no puede ser el mismo que se paga por una práctica privada, pero creemos también en que ese arancel social debe ser uniforme, con las particularidades que señalo. Que sea uniforme, no quiere decir que necesariamente tenga que haber un solo arancel. En este momento hay más de uno, aunque legalmente no es así, y creo que esto es respetable en la medida en que sea controlado. En segundo lugar, el hecho de que el arancel sea social, creo que no excluye de ningún modo, el hecho de que ese arancel, pueda y deba ser concertado.

Si se puede concertar el arancel social, mejor; si no se puede concertar, creo que el Estado, entonces sí, tiene la obligación de decir, reduciendo las distancias entre las partes, cuál debe ser el arancel social. Creo además que este arancel debe ser válido para todas las prestaciones de la seguridad social, tanto

referidas al sector público como al sector privado. Podrá haber adecuaciones y particularidades, pero básicamente la seguridad social deberá pagar un arancel social, por prestaciones iguales que se den.

Además del tema de las prestaciones, quiero destacar otro aspecto al cual generalmente no se le da importancia y que nosotros creemos que la tiene y en forma muy destacada. Muchas veces, cuando hablamos de todos estos temas, nos olvidamos del afiliado. El afiliado que debe llenar papeles, el afiliado que debe hacer colas, el afiliado que debe sufrir todas las cosas que nosotros creamos, para establecer controles, para cumplir formalidades. Lo quiero destacar porque cuando hacemos todo esto, generalmente no pensamos en el afiliado, pensamos en el esquema interno nuestro, pensamos en la obra social, en los pesos que gastamos y es muy frecuente que nos olvidemos del afiliado.

Creo que esto es uno de los grandes cambios que debe realizar nuestro sistema de seguridad social; las colas las hemos visto todos, y los papeles los hemos llenado muchas veces; no digo que se puedan eliminar, a veces es imposible, pero creo debemos siempre tenerlo presente en la estructuración de nuestros sistemas.

Sabemos que el hombre argentino es muy sufrido, debe haber pocos países donde las colas son tan frecuentes y tan largas como en la República Argentina; pero creo que eso no puede ser, que atenta contra la dignidad del hombre y que por lo menos debemos nosotros, que de algún modo tenemos responsabilidad en este tema, tratar de recordarlo siempre, es decir, no olvidar nunca que el afiliado es el destinatario de las prestaciones y que lo importante no es sólo darle atención médica, sino dársela sin afectar su dignidad, sin hacerlo trajinar o sufrir; es decir, en buenas condiciones.

Desgraciadamente, esto no es lo frecuente en las obras sociales; y no es lo frecuente, yo creo que desde todos los ángulos, desde todos los sectores, desde la propia obra social, —que, vuelvo a señalar, muchas veces no piensa en el afiliado— hasta el prestador que, por una errónea o deforme concepción que viene desde hace años, trata al afiliado o tiende a tratarlo muchas veces, como afiliado de segunda o como afiliado de menor importancia. Es cierto que el afiliado, en determinadas situaciones, no podrá acceder a cierto nivel de hotelería o a un alto nivel de comodidades, porque la obra social paga hasta cierto límite, pero eso no quiere decir que se lo deba tratar mal, no quiere decir que se deba olvidar que es un hombre igual a los otros y que,

además, no se deban agotar los esfuerzos para que dentro de esas limitaciones la calidad de la atención sea la máxima.

Por eso creo que nuestro sistema de obras sociales requiere muchas correcciones, que hacen a la estructura del sistema, que hacen a su gobierno; en fin, que son temas de decisión política, en unos casos, en otros de técnica también, sobre los cuales, sobre todo en los de decisión técnica, hay bastante consenso sobre qué es lo que se debe hacer; pero creo que es necesario que toquemos también todos estos temas que, aunque se los considera de menor importancia, en la vida práctica de la obra social son tal vez los que tienen mayor trascendencia. Tenemos que hacer un gran esfuerzo en ese sentido, en relación a las prestaciones, en relación a los sistemas de contrataciones, en relación a la calidad de la atención, en relación al tratamiento del afiliado. Es decir, en relación a muchas cosas, que hacen a la vida de todos los días de las obras sociales, y que, vuelvo a destacarlo, muchas veces las olvidamos pensando en las grandes cosas y en las grandes decisiones.

LAS OBRAS SOCIALES Y SU INSERCIÓN SOCIAL

Francisco A. GUIDO (Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires) (32).

Desde el punto de vista de la ideología liberal clásica se niega a los sindicatos hasta el derecho de existir, pretendiéndose que debe consagrarse la absoluta libertad en materia de contrato de trabajo, de modo que puedan negociar directamente los patrones y los obreros. Así, resultaría que los sindicatos no podrían tener ningún tipo de conducción en materia de obras sociales, ya que éstas (según recordé) son precisamente producto de negociaciones colectivas.

A su vez los ideólogos marxistas pretenden que cualquier “desviación” del objetivo de lucha que debieran perseguir los sindicatos resulta una traición a su cometido revolucionario. Por ende tampoco éstos admiten que las organizaciones gremiales se ocupen de otras cuestiones, como son las perseguidas con las obras sociales.

Así sucede –como en otros tópicos que los extremos se tocan. Y bien: ¿qué pretende la actual legislación, tanto la que rige la actividad sindical específica cuanto el proyecto que se conoce respecto a obras sociales? En aquélla se dice que las organizaciones gremiales de trabajadores deben ocuparse exclusiva-

mente de salarios y de condiciones de trabajo y, ratificando dicha tendencia, el proyecto de ley de obras sociales establece que éstas no podrán tener ningún tipo de relación con los sindicatos, al punto que ni siquiera podrán tener nombres que las identifiquen con un gremio determinado (vale decir que no podrán denominarse, como ahora obras o servicios sociales para “bancarios” o “ferroviarios”, “empleados de comercio”, etc.).

En tales condiciones, encasillando el accionar de los sindicatos en la discusión de temas inevitablemente enfrentatorios, resultará que se los convertirá en factores de lucha social, es decir, elementos de la lucha de clases. Así se hará el mejor favor al marxismo que, precisamente, pretende eso.

Por supuesto que la discusión de salarios y de condiciones laborales serán siempre temas esenciales de la inquietud sindical, pero cuando esto se ubica en un marco más amplio, posibilitando sentarse a una misma mesa a funcionarios estatales, empresarios y trabajadores, proyectando acciones de tipo social, además de MEDICINA Y SOCIEDAD las antes mencionadas, resulta más factible orientar las discusiones en niveles más positivos, permitiendo confrontar puntos de vista y canalizar inquietudes que hacen al bien común.

Por eso me parece importantísimo que la nueva ley de obras sociales respete la historia auténtica de estos organismos, que nacieron y se desarrollaron con el patrocinio de las organizaciones gremiales de trabajadores. Además, así se respetarán principios esenciales: solidaridad, participación y subsidiariedad, ya que el accionar del grupo ligado por razones profesionales, y su intervención en la conducción de las obras que ha creado no puede ser suprimida ni suplida por el Estado, aunque éste puede indicar las pautas a las cuales debe ceñirse el funcionamiento, a fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos fijados, que de algún modo solventa la autorización oficial.

Según el principio de subsidiariedad, no deben asumir los organismos superiores funciones que puedan desempeñar órganos más cercanos a las bases. Así, en definitiva, no puede el Estado arrogarse funciones que corresponden a los particulares, especialmente si éstos han demostrado capacidad para desempeñarlas. Los errores o abusos que pudieren cometerse en el ejercicio de tales actividades pueden y deben ser corregidos y sancionados. En el caso que nos ocupa basta leer la Ley 18.610 para ver que en ella se prevén las situaciones imputables, así como los medios para ejercitar un efectivo contralor en cuanto al destino de los fondos atribuidos a las obras sociales.

En el proyecto conocido se incurre en un exceso de estatismo, que nada puede justificar. Si bien no es ésta la oportunidad para efectuar un análisis detallado de tal proyecto, debo señalar que en él se convierte al Ministerio de Bienestar Social en el verdadero y prácticamente único conductor de las obras sociales. Así, por ejemplo, se determina que el Instituto Nacional de Obras Sociales, que ha de regir a tales organismos, estará integrado mayoritariamente por aquel Ministerio, aunque se usen eufemismos tales como decir que habrá un representante del Ministerio, otro por la Secretaría de Estado de Seguridad Social y un tercero por la Secretaría de Salud Pública. Pero como estas Secretarías dependen del mismo Ministerio, la realidad es que, sobre cinco miembros, tres son funcionarios de aquél, que además designa al representante empresario y al de los beneficiarios, cuyos métodos de elección no resultan aclarados.

El país tiene bastantes experiencias desgraciadas respecto a la manipulación que pueden hacer los organismos estatales de entidades que, a nivel teórico, no le pertenecen pero que –en definitiva– resultan meros apéndices de la voluntad oficial.

Nadie ignora que las obras sociales manejan una cuantiosa suma de fondos, a tal punto que el ministro de Bienestar Social se ha llegado a convertir en un serio competidor del ministro de Economía, por los volúmenes de dinero que maneja y por su incidencia en la economía global.

Durante mucho tiempo se desviaron fondos de las cajas de jubilaciones hacia rentas generales o se dejaron de aportar los montos retenidos a los trabajadores empleados por el Estado o las contribuciones que a éste correspondían. Hace poco más de un año se “absorbieron” fondos destinados al FONAVI, arguyéndose que no podían ejecutarse los planes de vivienda a que los mismos estaban destinados. Todos estos abusos se facilitan cuando los organismos carecen de contralor por parte de los beneficiarios directamente interesados en el destino de los fondos.

Quiero recordar que, aunque las obras sociales no se agotan en las prestaciones médico-asistenciales, indudablemente cumplen una elevada función a este respecto. De hecho resguardan a un amplio sector de la población que no podría acceder a la medicina privada y que, al parecer, tampoco puede ser satisfactoriamente atendido en los establecimientos oficiales, carentes de medios adecuados.

Respecto de la asistencia médica ocurrió lo mismo que en otros aspectos, por ejemplo el turismo: todos recordamos las primeras incursiones masivas de los trabajadores en lugares habitualmente frecuentados sólo por clases económicamente más pudientes y las críticas, más o menos veladas, que provocaba la adquisición de hoteles por los sindicatos. Algunos grupos consideraban a esto una verdadera violación de normas sociales y una rebaja de categoría de los centros turísticos.

Lo mismo sucedió cuando los sindicatos contrataron servicios con sanatorios o con consultorios privados, que incluso dejaron de ser utilizados por quienes entendían que se estaban masificando y degradando dichos centros de salud.

En síntesis: creo que las obras sociales sindicales (a las cuales preferentemente me he referido) constituyen una realidad positiva y que debe ser alentada y no combatida, pues han demostrado su utilidad. Sin duda pueden señalárseles defectos y abusos de algunos dirigentes, que pueden ser corregidos, pero que no se carece de medios para ello en la legislación actual. Pretender deformar la historia sería una tarea pernicioso, no sólo en forma inmediata para las finalidades sociales perseguidas sino, sobre todo, en relación con el modelo de país que —a mi entender— debemos perseguir y en el cual los sindicatos ocupan un indiscutible papel protagónico, acorde con las mejores realizaciones logradas en nuestro país y que responden a una ideología nacional.

Toda legislación que, contrariando tales verdades, persiga encasillar a las organizaciones gremiales de trabajadores en lineamientos clasistas, las constituirá en factores de lucha de clases, favoreciendo así a ideologías que propugnan esta lucha, ajena al sentir generalizado de los trabajadores argentinos. En tal tesitura las actividades de las obras sociales resultan perniciosas. Resulta contradictorio que quienes dicen oponerse a dichas ideologías coincidan con ellas en cercenamientos indebidos de actividades lícitas y plausibles, que deberían alentarse y favorecerse.

La importancia de estos temas me lleva a invitarlos a efectuar una seria reflexión sobre ellos, pues están en juego el modelo de país que debemos pergeñar para un futuro inmediato y en el cual el modo concreto de participación de los grupos sociales jugará un rol decisivo. Pienso que la cuestión no debemos considerarla concluida cuando se dicte una nueva ley de obras

sociales sino que, por el contrario, a partir de ello habrán de evaluarse los fines perseguidos y los resultados logrados.

LAS OBRAS SOCIALES Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Rodolfo M. MONTERO (Secretario General de la Confederación Médica de la República Argentina) (33)

Nosotros pensamos que la medicina individual –no entendida como la relación médico-enfermo, esto que quede claro– sino como esa especie de contrato privado, explícito o tácito entre el médico y el enfermo, aquello que de algún modo llamamos medicina privada, es un hecho que tiende a desaparecer, no sólo en nuestro país, sino en la mayor parte de los países del mundo que pretenden atender a sus necesidades colectivas a través de una respuesta social.

Este hecho, el de atender estas necesidades colectivas, a través de esta respuesta social, indudablemente hace desaparecer cada vez más la práctica privada y enmarca el ejercicio profesional en este gran fenómeno social que es la organización de la atención médica. Por lo tanto el ejercicio profesional va a ser, aquello que posibilite, aquello que de algún modo cree este fenómeno de la seguridad social. Esto es verdaderamente importante, porque se ha pensado demasiado en términos de oposición entre seguridad social y ejercicio profesional y pienso que es hora que todos revirtamos este concepto, esta oposición y dejemos de vernos como antagonistas para vernos todos como protagonistas de este proceso, de esta respuesta solidaria de la sociedad.

Al comienzo, los médicos, los profesionales en general, no entendieron la manifestación que constituían las obras sociales y las vieron sólo como un intruso que venía a inmiscuirse en su profesión: era alguien que venía a perturbar aquella relación privada con el enfermo, alguien que venía a acotar sus honorarios, alguien que venía a restringir su libertad. Yo lo digo lealmente delante de este auditorio: un poco por incomprensión del importante fenómeno social que estaba detrás y otro porque, indudablemente, los administradores de las obras sociales tampoco tenían una visión muy clara de cuál sería el rol de los profesionales en este nuevo modelo, cómo debían insertarse, cómo

debían buscarse las coincidencias, hubo un real movimiento de resistencia, incomprensión por un lado y falta de visión por el otro, crearon en los inicios un estado conflictivo que hizo que los profesionales vieran a la seguridad social como un intruso. Era el enfermo de obra social, al que se le daba el horario residual en el consultorio, o que en algún momento eran rechazados de los sanatorios de la Ciudad de Buenos Aires.

Luego los profesionales comenzaron a aceptar las obras sociales, pero sólo como un fenómeno marginal. Era un modo más de asistencia y de trabajo, pero colateral porque no tenía importancia definitiva en la estructura de sus ingresos.

Después, el crecimiento de estas instituciones, el constituir ellas la mayor fuente de financiación y de demanda crea un nuevo modelo y con él la aparición de diversos problemas para los profesionales y entre éstos y las obras sociales. De estos problemas creo que hay dos fundamentales: uno, el modo de acceso y participación en esta demanda de atención médica, y otro, más importante aún, la inquietud frente a cuáles serán las formas definitivas de organización del sistema y, por lo tanto, del desarrollo del ejercicio profesional.

Creo que esta desazón que existe en los profesionales, por su porvenir dentro la seguridad social, esto que vivimos ahora y que se expresa en conflictos frecuentes, nace de la falta de definición global del sistema en lo que hace a sus formas organizativas y a sus relaciones con los prestadores.

Incomprensión de unos, falta de visión de otros, indefinición respecto del régimen han signado estos difíciles 20 ó 30 años de seguridad social, y creo también que debemos hacer todos el esfuerzo de capitalizar las experiencias aceptando unos, el hecho de la seguridad social no sólo como necesario sino como inexorable y justo y aprendiendo a ver, los otros, que si esta seguridad social en el área de la atención médica tiene por objetivo, valga la redundancia, dar prestaciones médicas, esas prestaciones requieren de un protagonista apto, sin el cual todo el régimen va finalmente a derrumbarse. Y acá permítanme una aclaración: yo soy de los que piensan que, sea cual sea el sistema de atención médica, en última instancia está destinado a facilitar un acto médico, a que ese acto médico se desarrolle en plenitud y que si ésta es su finalidad última, requiere un protagonista válido y que ese protagonista válido es el profesional al que, por lo tanto, hay que tratar de promover y elevar.

Aceptada esta cosa mutua, pienso que es verdaderamente imprescindible que nos dejemos de discutir y nos pongamos a hablar sobre cuál va a ser la evolución futura de estas relaciones entre la seguridad social y los prestadores. Para poder precisar estas relaciones es necesario previamente analizar cuáles son las posibilidades organizativas y cómo se va a dar en ellas el ejercicio profesional.

Ustedes saben bien, por ser un auditorio selecto, que la seguridad social tiene dos modos fundamentales de organizarse en relación con las prestaciones; aquella vieja clasificación de Roemmers: el sistema **directo** donde la seguridad social es el órgano financiador y el órgano prestador o dador de prestaciones y los sistemas **indirectos** donde la seguridad social es un órgano financiador de la salud, canalizador de la demanda de prestaciones, controlador de la oferta, pero las prestaciones las realiza un tercero que se vincula con ellas a través de diferentes regímenes contractuales, y también saben de las posibilidades de combinación de estos sistemas directos o indirectos, y que todos estos sistemas pueden organizarse a través de regímenes cerrados o a través de regímenes abiertos.

La Confederación Médica viene sosteniendo, ya desde hace mucho tiempo, su posición respecto a la necesidad de organizar en el país la seguridad social como un sistema indirecto financiador de prestaciones. Viene también sosteniendo el principio de libre elección, pero sobre todo viene sosteniendo la creación de un sistema pluralista de prestadores de atención médica, de un sistema abierto con demanda intercambiable entre los diferentes prestadores.

Y esto porque, de verdad, estimamos que los sistemas directos y los sistemas cerrados de atención médica no han dado pruebas, hasta ahora, en nuestro país, de su eficiencia. Nosotros creemos que los sistemas directos de atención médica, si bien pueden presentar la ventaja de la medicina institucionalizada con una estructura jerárquica funcional, con trabajo en equipo, tienen dos serios problemas: el primero es la rutinización, la burocratización de los profesionales, y el segundo es su casi inexorable caída en regímenes cerrados, donde se compulsa al enfermo a determinadas formas de atención y a determinadas oportunidades de prestación. Pensamos que en este tipo de medicina, no se ha favorecido en plenitud una adecuada relación médico-enfermo, al limitarse al enfermo este ejercicio de su libertad y responsabilidad que es el acto de elegir el profesional, y no se ha facilitado la relación médico-enfermo en lo que ésta

debe tener, a través de esta elección, de una correcta relación personal, de una adecuada ecuación bipersonal entre el médico y el enfermo.

Por eso es que venimos sosteniendo, fundamentalmente, la institución de un sistema indirecto de seguridad social, abierto y con demanda intercambiable, donde participen todos los posibles prestadores existentes en el país. Y cuando hablamos de todos los prestadores del país, hablamos ya sea del sector privado, ya sea de los sectores de obras sociales, ya sea del sector público.

Nosotros creemos que si verdaderamente estamos apostando en el país a dar la cobertura integral de las prestaciones y, por sobre todo, si estamos hablando de una medicina que debe ser accesible y debe ser igualitaria, debemos darle a toda la población la posibilidad de acceder a todos los prestadores. Y el único modo de que toda la población acceda a todos los prestadores es que todos puedan ser prestadores de la seguridad social, sea cual fuere su entidad jurídica, sea cual fuere su estructura privada o pública.

De este modo, todas las posibilidades asistenciales van a poder ser puestas a disposición de todos los beneficiarios, vamos a cumplir con la realidad de una medicina igualitaria, sin barreras económicas, sin barreras geográficas y sin barreras institucionales.

Entonces: sistema abierto, sistema con demanda intercambiable, libre elección por los beneficiarios, accesibilidad igualitaria de todos los profesionales a la fuente de trabajo. Creemos que son requisitos verdaderamente indispensables para estructurar el sistema de seguridad social en el país.

Indudablemente que así planteadas las cosas surgen algunos problemas que es necesario considerar: sin duda, uno de los asuntos fundamentales, y creo que es de lo que a mi particularmente me toca esta tarde ocuparme acá, es el rol de las instituciones profesionales en su relación con la seguridad social.

Es un hecho indudable que este proceso de extensión de la seguridad social está, por un lado, creando una centralización del poder de legislación, de toma de decisiones, de formulación de políticas, y, por el otro, una concentración del poder económico y una concentración de la demanda de prestaciones que le da una fuerza enorme a la seguridad social. Ahora bien, creemos que junto a este poder —no como su opositor, no como aquel que lo enfrente— es necesario que existan instituciones que a través de su representatividad a través de los conocimientos específicos de su profesión o de su tarea, actúen como un poder compensador, de equilibrio, que aporten la otra cara de la moneda, la otra

perspectiva y sean a la vez interlocutores de la seguridad social, negociadores aptos, grupos capaces no solamente de acotar algunas visiones unilaterales de ella, sino también de encontrar canales y objetivos comunes, a través de un análisis objetivo y desapasionado de los problemas que de algún modo nos envuelven a todos. Este poder compensador debe ser comprendido como tal, como un factor de equilibrio en busca del bien común. Esto no fue siempre entendido así, ni por las entidades profesionales, ni por la seguridad social, y se han vivido estados conflictivos.

Sin embargo, nosotros creemos que la mutua aceptación de estos poderes, puede hacer mucho en favor del desarrollo de la seguridad social y de las posibilidades asistenciales de sus beneficiarios.

A este respecto creemos que la acción de las entidades profesionales debe desarrollarse en tres niveles principales. Uno es a nivel del estamento superior del Estado, de los órganos superiores del Estado, en el lugar de la formulación de política y de la toma de decisiones, mediante la participación en la formulación de esta política, y si bien no podemos decir en la toma de decisiones porque es privativo del Estado, sí en la consulta de esta toma de decisiones. Otro nivel es en los órganos de conducción del sistema, en nuestro caso particular, el INOS, donde ya no corresponde intervenir en la formulación de política, pero sí en la concertación del régimen de sus relaciones con el prestador. Creo que allí tenemos verdaderamente un campo fértil que puede ser de suma utilidad y que no ha sido suficientemente explotado. Las relaciones de las instituciones profesionales con los órganos de conducción han sido esporádicas, coyunturales; han sido dictadas por algún estado de necesidad o de conflicto, pero no han sido establecidas de manera orgánica, permanente, con vista a conciliar los intereses y las necesidades asistenciales de los representados por la seguridad social con los requerimientos del ejercicio profesional. Ha sido un poco el producto de una lucha y no el planteamiento de la consecución de un objetivo.

Es hora que nos pongamos verdaderamente a pensar en la necesidad de la constitución de un organismo permanente, a nivel de los órganos de conducción del sistema, con los representantes de los prestadores, a efectos que este poder compensador o de equilibrio pueda tener una manifestación concreta. El campo donde puede actuar es indudablemente muy fértil: desde el código de prestaciones del sistema, la normatización de su realización, su evaluación

y el control y el monto de su valor, hasta el régimen de sanciones y la formulación de la política de prestaciones. Todo esto es materia de tratamiento a nivel de ese órgano concreto, que puede incluir también algunas tareas que si bien no es el caso detallar ahora, podrían estar referidas a las formas y tipos de contrataciones a establecer entre los prestadores y el sistema.

En suma todo esto no es sino instrumentar un principio que nosotros hemos defendido entusiastamente y que nos es muy caro: el principio de la concertación. Nos parece a nosotros fundamental, por una razón que yo creo que hasta es obvia. Existen dos mecanismos para llevar adelante un proceso social: o el ejercicio crudo, desnudo de la autoridad a través de la imposición de los criterios de esta autoridad, o el mecanismo de la concertación que supone la conciliación armónica de intereses entre las dos partes. Nosotros creemos que el camino hacia el equilibrio, el orden social y lo equitativo, hacia el consenso y la aceptación de lo pactado, pasa por la concertación y que el camino de la imposición autoritaria o del manejo compulsivo de la demanda, que es otra de las cosas que se ha usado en el país, sólo lleva a la lucha, al conflicto, a la esterilización, al enfrentamiento; y en un tema como el de la atención médica, conflicto, lucha, enfrentamiento, significa siempre el perjuicio de un tercero.

Aquello que no es aceptado, aquello que no tiene consenso, generalmente no es viable; por eso para nosotros, este punto es verdaderamente fundamental. Sobre ello insistimos y nos atrevemos a decir que no va a haber un sistema de seguridad social apto y viable en el país mientras este principio no tenga plena vigencia. Reflexionen ustedes que acá hay dos polos: uno que financia y organiza y otro que da prestaciones. El objetivo final es que esta prestación sea útil, para esto las relaciones entre los que prestan y los que financian son la clave del sistema, porque significan la armonía del sistema. Sin armonía, sin equilibrio, el sistema va a ser permanentemente inestable y permanentemente perjudicial para aquellos que son sus destinatarios finales, que son sus beneficiarios.

Participación en los niveles de formulación de política, concertación a nivel de los órganos de conducción, queda por último, y para ser breve, porque yo preferiría extenderme en las respuestas, un capítulo que es el de las contrataciones con los órganos de ejecución del sistema, es decir, con las obras sociales.

Nosotros creemos que el sistema de seguridad social en la Argentina no debe ir, por lo menos en esta etapa, a lo que de algún modo se ha dado en llamar el seguro nacional de salud, donde la recaudación iría a una caja única que sería a su vez la conductora, la financiadora del sistema. Si bien estos seguros nacionales de salud así previstos unitariamente y como un todo tienen alguna ventaja como la extensión de la solidaridad grupal a un nivel de solidaridad nacional como la posibilidad de una formulación de políticas de prestaciones únicas, nosotros pensamos que estas condiciones todavía no están dadas en el país, y que el régimen de seguridad social centralizado en su conducción y en su formulación de política de prestaciones y de relaciones con los prestadores a través del INOS debe continuar descentralizado jurídica y administrativamente en obras sociales que sean verdaderamente unidades operativas funcionales y flexibles para adaptarse a los requerimientos múltiples de la demanda en cada uno de los lugares del país, o incluso de los grupos que lo conforman.

Planteadas así las cosas, las relaciones de los prestadores con las obras sociales en el plano ejecutivo, creemos que el modo más apto de instrumentarlas es a través del sistema de las contrataciones.

Creo que acá vale la pena que nos detengamos unos minutos en esto que ha sido bastante discutido, de los sistemas de contratación de seguridad social con terceros, y sobre el papel que han cumplido las instituciones profesionales, no ya como entidades de participación en los niveles de decisión política, no ya como entidades que concertan las condiciones del ejercicio profesional con los órganos de conducción, sino como agentes contratantes, como dadores de servicio de la seguridad social. Este rol como agentes contratantes de las sociedades profesionales ha sido largamente discutido, largamente cuestionado en el país.

En esto se ha ido un poco a contrapelo de la realidad y si ustedes revisan nuestra legislación hasta el momento actual –vamos a ver qué pasa con la nueva ley de obras sociales– esta legislación ha tendido sistemáticamente a excluir a las instituciones profesionales del régimen de contratación de la seguridad social. La ley 19.710 y las interpretaciones que, no en una oportunidad hizo el INOS sino les diría hizo el INOS a través de casi toda su historia, negaba a las instituciones profesionales la posibilidad de ser agentes contratantes de la seguridad social. Es aquello de que había que estar inscripto en el registro de prestadores para hacer contratos con la seguridad social y que para inscribirse

en el registro de prestadores había, que ser prestador directo y que las entidades profesionales no eran prestadores directos y, por lo tanto, no podían ser agentes contratantes de la seguridad social.

Yo no recuerdo la fecha exacta de la aparición de la ley 19.710 pero debe andar por el año 1971. Estamos en el 80 y muchos de los aquí presentes que son funcionarios de las obras sociales y otros que han estado y están en el INOS no me dejarán mentir, cuando yo expresé que a pesar que esta leyes de orden público que a pesar de esta determinación política, pese a esta idea prejuiciada de muchos conductores vocacionales de la seguridad social, las instituciones profesionales del país han venido creciendo permanentemente en su rol como contratantes y prestadores de atención médica en la seguridad social. Es más, me atrevería a decir que en este momento si uno toma para el conjunto del país el monto total de beneficiarios asistidos y el monto total de prestaciones brindadas, las instituciones profesionales son el principal prestador a través de los médicos que agrupan y representan.

Tradicionalmente las obras sociales se han caracterizado en el país por formas de organización mixtas que han tenido médicos en relación de dependencia que han contratado con grupos e instituciones de manera cerrada —ya sea por cartera fija, ya sea por capitación— y que han contratado con las instituciones profesionales. El desarrollo del curso histórico, creo que no nos deja mentir, ha ido agotando las dos primeras posibilidades; ha ido limitándolas a punto tal que en este momento tienen vigencia sólo en la Capital Federal, y no sé hasta dónde ni hasta cuándo. En el resto del país han sido absolutamente reemplazadas por las entidades profesionales. Y esto en contra de las disposiciones legales. Yo les diría a ustedes que todos los contratos que tienen las obras sociales con las entidades profesionales, no sé si algún abogado me podrá decir si estoy en lo cierto o no, son nulos porque se oponen a una ley de orden público, como es la ley 19.710. Y es que, señores, hay una cosa clara y es que la realidad está por encima del voluntarismo y las legislaciones caprichosas. Son las legislaciones las que se tienen que adecuar a esa realidad y no pretender meterla en una caja.

Las instituciones profesionales le han prestado honestamente a la seguridad social y al país un importantísimo beneficio como agentes contratantes porque su sistema de contratación ha creado, antes de la formulación teórica este sistema abierto con libre elección con demanda intercambiable y con po-

sibilidad de utilizar todos los efectores y todos los prestadores para todos los beneficiarios. A las instituciones profesionales curiosamente se las ha acusado de monopolio. Yo acabo de recibir como autoridad de la Confederación la visita de un organismo del Estado encargado de reprimir el monopolio. He escuchado absurdos grandes a través de 15 ó 20 años de andar en la actividad gremial, pero éste del monopolio ha sido uno de los más curiosos y yo les diría uno de los más risueños. Acusar de monopolio a las entidades profesionales que se han ocupado de que los beneficiarios pudieran tener acceso a todos los prestadores y de que los médicos tuvieran un acceso igualitario a esa fuente de trabajo es verdaderamente poner el caballo atrás del carro.

Sin embargo esta acusación no nace ahora motivada por un conflicto con una obra social; este es un viejo espíritu subyacente en muchos de los organizadores de la seguridad social y yo quisiera que hoy, a través de las preguntas, nos ocupáramos de clarificar este concepto porque en mi inteligencia y en mi sentimiento nosotros somos verdaderamente el polo opuesto del monopolio. Nosotros, que hemos defendido el precio social y uniforme de las prestaciones para alejar justamente del ámbito del ejercicio profesional la competencia económica, dejándolas libradas a la pura competencia técnico-científica, no podemos con honestidad ser acusados de monopolio. Creo que acá se ha confundido el concepto de monopolio, que es un concepto económico, con la capacidad de reclamo, con el poder compensador de las entidades profesionales frente a la seguridad social a que yo hacía referencia.

No es monopolio, es un cuerpo médico organizado que, frente a la concentración de la demanda de la seguridad social, concentra la oferta de trabajo profesional para llegar a un equilibrio, que de algún modo compadezca las necesidades asistenciales de la población, las necesidades o las limitaciones financieras de la seguridad social y los requisitos del ejercicio profesional. Pero que no se nos diga que estamos cerrando las puertas, que estamos ejerciendo una actividad monopólica.

Estamos propugnando un sistema abierto en el país estamos propugnando un sistema donde el enfermo pueda acceder a la oferta de acuerdo a las necesidades de su patología, estamos propugnando un sistema donde no haya competencia económica, estamos propugnando un sistema donde el enfermo pueda ejercer su libertad y su responsabilidad de elegir —no solo el médico, esto es un viejo esquema— sino el médico, la institución o el equipo que pre-

fiera y necesite. Estamos en contra de los sistemas cerrados, estamos a favor de una correcta relación médico-paciente –realizada verdaderamente en libertad– estamos a favor de un acceso igualitario de todos los profesionales a las fuentes de trabajo. Este es el rol que pretendemos cumplir.

Hay otros roles que son verdaderamente necesarios y útiles a la seguridad social y de los cuales muchas obras sociales han tomado conciencia después de que la realidad se encargó de demostrarles a través de esta vigencia nuestra de 8 años nadando contra la ley, que hemos tenido la virtud de ofrecerle a la seguridad social una oferta unificada del trabajo médico, que hemos tenido la virtud de ofrecerle un solo agente contratante y responsable frente a ella, que hemos tenido también la virtud y hemos apostado mucho a esto, de ser protagonistas responsables en el control del sistema en la propia limitación de las distorsiones de nuestros representados. Por todas estas cosas yo creo que las entidades profesionales tienen de aquí en más un rol muy importante que cumplir en relación a la seguridad social.

BOLETINES INFORMATIVOS DE LA AMP

Durante la dictadura militar bajo la presidencia de facto de Jorge Rafael Videla, los Boletines Informativos de la AMP tuvieron una aparición muy esporádica, dado que entre 1976 y 1980 apareció tan solo uno por año y en 1979 se publicó en forma de boletín el discurso del Presidente de la AMP Dr. Alberto Poli del 11-4-1979.

Indudablemente, estos períodos espaciados de publicación estaban relacionados con la prudencia con que tenía que manejarse la AMP evitando generar conflictos con las autoridades militares de turno con el consecuente riesgo que tomasen medidas represivas.

Sin embargo, aún con estas escasas apariciones, los Boletines Informativos sirvieron para que el Consejo Directivo de la AMP, expusiera sus logros, sus principios e incluso sus protestas especialmente con la sanción de nuevas leyes y decretos que afectaban la retribución salarial de los médicos, pero siempre con un estilo sutil para no herir susceptibilidades.

También se utilizó la estrategia de mostrar a la AMP no solo como una institución gremial sino como una institución cultural insertada en el contexto

social para el bien de la comunidad. Esta serie de publicaciones culmina con una propuesta de la AMP para una solución integral del problema de la salud.

A continuación resumimos lo más significativo de los Boletines Informativos de la AMP, publicados entre 1976 y 1980, a fin de que se tenga una cabal idea de los temas que se abordaban en esa época, bajo plena dictadura militar.

Boletín Informativo N° 24 - Octubre de 1976 (34)

Editorial: Coherencia en la acción y principios

Intentar resumir lo acontecido en el ámbito de la Institución Agronomía Médica Platense en los últimos nueve meses representa historiar un proceso denso, nutrido de hechos y, por qué no aceptarlos, proficuo en producciones de la Institución, en que encontraremos, si asumimos una posición crítica, congruencia en lo actuado a través del lapso precitado.

¿Qué elementos permiten efectuar tal aseveración?

En agosto de 1975 se produce la continuación de la Asamblea Extraordinaria citada por el Consejo Directivo de la Institución. Es en ella donde se considera la posibilidad del ingreso de la Agronomía en una nueva organización médica gremial cuya constitución promovían las autoridades de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Bien conocida por todos los médicos agremiados era la posición sustentada por el Consejo Directivo y los fundamentos de la misma, posición que, incluso, había sido expuesta con anterioridad –en el mes de mayo– a un grupo de médicos de la Provincia de Buenos Aires que gentilmente concurrieron a nuestra sede, acompañados por el Dr. Valentín Tombassi, vicepresidente de FEMEBA.

Por lo tanto nuestra posición era clara, decidida, avalada por un profundo examen, pública a través de lo manifestado en distintos niveles, e incluso en audiencias con funcionarios provinciales y fundamentalmente congruente con todo lo actuado por la Institución a partir de los últimos años de la década del 60 y que concluyera, en 1972, con la desafiliación de la Agronomía como miembro de la Federación, decisión basada en profundas disensiones de principios, como reiteradamente se señalara en el análisis de los estatutos y estructura del organismo

provincial. Toda la gestión sobre el tema fue explícita, clara, concisa y se llevó a conocimiento de Instituciones hermanas del interior de la Provincia.

La Asamblea de agosto de 1975 decide no integrar ese nuevo tipo de entidad médica, constituido a la manera de Unión gremial, que se denominaba UMEBA. Insistimos en la actitud coherente de la Institución Agreración Médica Platense cuando afirmamos que no integramos UMEBA y que el retorno al seno de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires se producirá en el momento en que estén dadas las condiciones que aseguren la remoción de las causas que motivaron nuestro alejamiento, mediante la reforma de Estatutos y la reestructuración institucional consecuente.

Insistimos en la coherencia del accionar cuando decimos que el interés final de la Agreración es elevar el ejercicio profesional y dignificar su accionar. Por ello hemos promovido la realización de un Plebiscito como medio para concientizar en los agrerados las formas éticas del trabajo profesional y sus posibilidades.

Coherencia en la acción y principios que se manifiestan en el fárrago de hechos en los que la Institución se ha encontrado, como consecuencia de la forma de vida en el país, manejo institucional y posición asumida por el ciudadano. Podemos señalar así nuestro accionar en el manejo institucional, donde de no mediar una actitud serena, reflexiva, meditada y programada, los conflictos con el personal y su entidad gremial hubieran podido llegar al caos y desintegración; a pesar de ese manejo se produjo un atraso en la producción que gravó considerablemente los intereses económicos de los médicos en un momento muy especial de la vida económica del país. De tal acción, firme y coherente, los médicos platenses perciben ya sus frutos, sin que haya sido necesario modificar en un céntimo el porcentaje de aporte gremial. Todo deriva de la conducción impresa a la Institución a partir de 1975 y ahora se avizoran los resultados de una organización estructurada, con conocimiento de costos y producción, con jefes jerarquizados y responsables y con una tendencia que posibilite una mejor remuneración para los empleados.

Coherencia en acción y principios que se revela en la posición asumida por el Consejo ante el devenir de los hechos en la República: continuidad en la acción y respeto fiel a principios y normas estatutarias: negación de la violencia como forma de expresión, repudio del asesinato como procedimiento “adoptado” por elementos organizados, ignorancia de métodos ilegales y de inti-

midación con prosecución de las acciones emprendidas, reclamo de derechos constitucionales en plena vigencia para nuestros agremiados, acatamiento sin restricciones a la vigencia de las Instituciones y la Ley, con observancia de las prescripciones emanadas del libre juego de las mismas. Es así como se definió la postura del Consejo en los casos de los Dres. Gershanik, Saraví y Fages.

Coherencia en acción y principios que deviene de una sólida actitud y que permite llevar un mismo pensamiento en nuestra gestión con Obras Sociales y Mutuales y que, en definitiva, consistió en refirmar un ejercicio profesional digno recabando el cumplimiento de las obligaciones y avalando con dictamen de sociedades científicas las peticiones e inquietudes de las diversas especialidades. Si bien es menester reconocer períodos de atraso en la percepción de honorarios, importa saber que nunca se alteró la norma de la Institución en cuanto al correcto procesamiento y facturación del trabajo profesional y que, de la seriedad del mismo, tuvieron ocasión de informarse distintas autoridades de Obras Sociales que visitaron nuestra casa.

Por último coherencia en acción y principios que nos permite asumir con total participación y responsabilidad la hora actual y que nos posibilita hacer llegar integral y cabalmente nuestro pensamiento a los distintos protagonistas del acontecer nacional. Nuestra opinión no varía según las circunstancias. Nuestra acción no está condicionada por los hechos contemporáneos. Sino que está marcada y predeterminada por objetivos ya trazados. Por todo ello es que la Institución Agremiación Médica Platense está en la Búsqueda Constante de Objetivos Superiores. Sabe de las dificultades del presente, de las limitaciones de todo el Sistema Asistencial de la República; es consciente de la variabilidad regional de los indicadores de Salud, pero reconoce la necesidad imperiosa de encontrar un Sistema Argentino actual, que corrija progresivamente el déficit presente, cuali y cuantitativamente, de su necesidad de reubicar los recursos, de adecuarlos, de revertir la actual situación.

DECLARACIÓN DE LA AGREMIACIÓN

“FUNDAMENTACIÓN Y PROPOSICIONES PARA UN SISTEMA COHERENTE Y ORGÁNICO PARA LA SALUD”

En estos días los medios de difusión se han encargado de hacer conocer opiniones varias respecto de la medicina y la atención de los problemas de salud en general.

Las opiniones volcadas tienen un tono elevado y apuntan a querer resolver este entuerto en el que se ven inmersos:

- El país: a través de su sector gobernante que debe dictar normas claras que permitan la solución integral de tan importante problema social.
- Los médicos: conductores naturales de la medicina y ejecutores reales de las acciones de salud.
- La población: que es quien debe ser la destinataria de las mismas y que es, en última instancia, quien sufraga los gastos que tales acciones suponen.

Cuando se trata pues de estudiar tales problemas, debe atenderse a la universalidad de factores que inciden en materia de atención de la salud, y si todos los sectores no hallan satisfacción en la solución que se pretenda dar es, o porque ésta apunta a factores parcelares, o porque la satisfacción de aspectos sectoriales se interpone en la solución final de un problema.

Un análisis somero nos muestra:

Desde el punto de vista del Gobierno:

- Ha elegido, para su conducción, una política que ha sido definida como liberal.
- En materia de salud: no ha dado a conocer aún su línea programática.
- Ejerce la responsabilidad y contralor de una medicina que se define y agota prácticamente en la actividad Hospitalaria y a la que se mal llama “gratuita”.
- Ejerce una actividad de cobertura obligatoria para sus empleados y familiares: el I.O.M.A. en la provincia de Buenos Aires y, en materia nacional, mediante las Obras Sociales de sus Ministerios, Empresas y Organismos descentralizados.

Determina la retribución del trabajo profesional médico para una medicina de masas.

- No ejerce contralor de precios en cuanto a medicamentos m/n.
- No controla en totalidad la medicina.

Desde el punto de vista de los médicos:

- Trabajan en todos los sistemas de salud existentes.
- Su trabajo ha dejado de corresponder al de una profesión liberal, en un país liberal.
- Su salario y los montos y modos de retribución no están determinados por el juego libre de oferta y demanda sino por imposiciones desde el nivel gubernamental.
- Su tarea ha sido estatizada y se mantiene así, a pesar que, desde la más alta jerarquía del gobierno, se enfatiza que toda tarea llevada a cabo desde su nivel es deficitaria o no gratificante.
- La medicina está burocratizada, sobre-especializada, deshumanizada; todo ello por las modalidades de atención.
- Los médicos, y la medicina consecuentemente, están desjerarquizados por un proceso de deterioro que concluye por su proletarización y masificación.
- En lo económico, tal situación, les impide mantener un poder adquisitivo mínimo, al colmo de imposibilitarles comprar publicaciones científicas con que mantenerse actualizados, informados y con conocimientos sólidos del movimiento científico mundial.
- Los médicos siguen brindando su colaboración a la población y al país y ese deseo y esa acción de servicios se traduce en una reducción de su expectativa de vida: se mueren a los 56 años de edad promedio.
- Para los médicos en general, no rigen los preceptos de la seguridad social: carecen, por la naturaleza de su misión, de tiempo suficiente para el estudio, que lo hacen robándolo al descanso y a la tranquilidad familiar y a su vida.
- Logran una magra jubilación con aportes propios exclusivamente.
- Desde el punto de vista de la población:
- No recibe como es su derecho, una medicina de igual calidad, cualquiera fuera su estrato social.
- Buena parte de la población está impedida de recibir cualquier forma de medicina: sencillamente no la tiene.
- Ver superpuestos servicios varios, de ámbito público; oficial, mutual y privado.

Paga por ello y no recibe lo que espera.

- Entre ella –la población– y el médico, se han interpuesto instituciones varias y mecanismos burocráticos múltiples de control.
- No puede arribar a algunas de las especialidades, o técnicas porque su costo resulta elevado. Es decir que tienen prohibido padecer ciertas afecciones.

Se pudiera seguir con enunciados pero los expresados aparentan ser suficientemente demostrativos, como para objetivar que existen motivos sobrados para colisionar, hallar descontentos y expresiones múltiples de soluciones.

Estas deben apuntar a resolver la totalidad de los problemas o no serán soluciones. No puede haberlas si el gobierno no unifica la conducción de la medicina. Se entiende que para seguridad ejerza el monopolio a través de las FFAA; que para Educación ejerza el monopolio de los medios que habrán de configurar al hombre argentino y en cambio no se entiende por qué consiente en que instituciones múltiples se arroguen al derecho de ejercer la función de salud: aquí también el monopolio es un imperativo para el Estado cuya gran misión es brindar SEGURIDAD de todo orden a su población.

La tarea del médico debe desenvolverse, de tal modo que le permita cumplir en plenitud su tarea profesional, desarrollando la atención médica con todos los progresos de la técnica fundada en la evolución explosiva de la ciencia sin tener tras de sí el pesado lastre: de angustias económicas que, en este momento, lo ponen a nivel infrahumano y de interferencias burocráticas que desnaturalizan la esencia misma de su elevado cometido.

La población debe poder recibir la mejor medicina, a todo nivel, sin que nada se interponga entre ella y el médico que libremente elija. La libre elección del médico es un imperativo humano y ético, al margen del régimen de retribución del profesional.

Entonces, ¿qué solución proponer? Antes que nada coherencia con el contexto en el que ha de desarrollar el país.

En un país socialista, sin duda medicina socialista.

Para nuestro país liberal, medicina liberal –pero medicina para grandes grupos de población, con sentido social, sin socializaciones, ni estatizaciones. No podemos vender medicina socialista y comprar carne capitalista.

Cómo se resuelve este gran enunciado, con coherencia en todos sus términos.

Los médicos de La Plata, han exteriorizado su parecer, su sentir, a través de un Plebiscito que esta Agremiación Médica Platense pusiera a su consideración, a partir de una resolución de Asamblea. Este Consejo Directivo expresa esos lineamientos, a través de la solución que se propone, cohonestando tales pareceres con la filosofía política y económica que en este momento rige para el país:

1°) El gobierno debiera ser quien conduzca la salud para lo cual habría de crear un organismo autárquico del que será responsable, como el caso I.O.M.A.

2°) Debiera eliminar todo otro mecanismo de recaudación y/o control que no sea el propio, con lo cual desechará todos los mecanismos burocráticos que gastan fondos de salud, en acciones que no son para la salud, y evitará así el uso y abuso de fondos por parte de organismos que se nutren y viven de ellos.

3°) Debiera eliminar todos los establecimientos oficiales: éstos están edili-ciamente obsoletos; sin dotaciones adecuadas de personal; sin elementos médicos. Consecuentemente debiera desmontar todo el andamiaje administrativo que se nutre de establecimientos que no rinden porque están imposibilitados de rendir, salvo que se lanzaran a competir, masivamente, con la medicina privada lo que crearía inconsistencia por incoherencia al sistema.

4°) Debiera construir y dotar a diez nuevos establecimientos hospitalarios para realizar tareas obligadas de docencia, investigación y capacitación del personal y que trabajarían según el régimen general que se imponga.

5°) Debiera crear los mecanismos necesarios para recaudación para la salud. Nadie podrá cobrar que no sea el Estado. Se estima que para una cobertura integral se deben obtener aportes de un 10 a un 12 % del salario mínimo vital y móvil para la atención familiar.

6°) Al Estado quedarían reservados los tratamientos de los pacientes psiquiátricos profundos, los infecto contagiosos, los impedidos físicos, los ancianos. Al respecto los actuales establecimientos sanitarios de la Provincia, en su mayoría, serán, con algunas modificaciones, aptos para esos fines.

7°) El gobierno nada debiera hacer en forma directa en materia de recuperación de salud; el gobierno debiera hacer, esto es debiera promover la actividad privada, pero de tal modo que esté correcta y continuamente supervisada y evaluada, con obligaciones bien definidas de tal modo que realicen promoción, protección y recuperación de la salud.

8°) Los médicos deberían trabajar por sueldo cuando actúen en la restringida Medicina Oficial que se propicia, a nivel de conducción; los profesionales tratantes de pacientes, por acto médico.

9°) Deberían llevar una historia clínica única por establecimiento, someterse a auditoría, supervisión y evaluación; deberán dedicar un día semanal a la revisión de casos clínicos en sesiones anátomo-clínicos.

10°) Los médicos cobrarían por acto médico, y éste se valorará según los elementos que inciden en aquel y la expectativa que el país tenga para los profesionales que habrán de ser cuidadores de su salud. La consideración de pautas, ha de ser obligatoria y los incrementos de los valores, en el trabajo, automático.

11°) Los médicos serían formados, en las Universidades, según sean los requerimientos de las patologías regionales, las necesidades sanitarias del país, y su número será ajustado a las reales necesidades del mismo, que no puede permitirse el despilfarro actual de tener médicos de más y sin futuro. Las legítimas aspiraciones individuales deben someterse a los superiores objetivos nacionales.

12°) La población tendría libre acceso al ámbito sanitario de su elección y a la selección del médico que prefiera. Para ello abonaría las cuotas que correspondan, porcentualmente a sus ingresos, en un sistema solidario.

13°) El sistema privado de atención médica estaría también vigente; podrán optar por él aquellos que lo deseen, en cuyo caso los médicos quedan liberados de las imposiciones del sistema.

Nada se opone a que esto funcione, salvo que haya intereses que interfieran sectorialmente. Nada debe hacerse que no sea gradual y con áreas demostrativas.

Los problemas que se susciten, por la realización de este programa, deberán ser encarados particularmente.

Los sectores interesados en la atención de la salud debieran estar presentes en la mesa de soluciones: el gobierno como moderador; los médicos como ejecutores de la salud y la población a través de organizaciones que la representen: entidades de bien público y la prensa en general.

Nada tienen que ver con esto intermediadores ni empresarios de la salud, porque de lo que se trata, es de hallar soluciones para la salud no de que vivan de ella, o que realicen política a su través, porque ello es criminal y enjuiciable.

Se enuncia que estamos en la tarea de reconstruir un país. Este es un desafío al quedantismo y a los intereses, esta es una contribución real en tal sentido, para las reglas de juego en vigencia, para que, en materia de salud, no andemos a contra mano de una orientación general, y con satisfacción para todos los sectores puestos en juego.

“MEDICINA 1976 - LA HERENCIA DE LA INFLACIÓN”

Por juzgar de interés su difusión, se transcribe a continuación un artículo publicado en el volumen 14 N° 11 de julio de 1976, de “Médico Moderno”, bajo el título: “Medicina 1976 – La herencia de la inflación”.

Al menos, no hemos llegado a la situación que describen los profesionales estadounidenses que soportaron la crisis de 1930, cuando el trueque era una práctica común y se ofrecían pollos, huevos, o comidas caseras, a cambio de consultas. “Láminas y cuadros, recuerdos de apendectomías, de mastoidectomías o de visitas a domicilio, adornan aún hoy las casas de muchos médicos. A veces, los hijos del doctor eran beneficiarios de servicios tales como lecciones de piano, prestados a cambio de atención”. Recuerda el doctor Morris Fischbein, de Medical World News. Pero todos hemos debido arreglárnoslas con una economía inflacionaria en la que no se puede hacer pie, en la que no caben los proyectos, pues el futuro inmediato resulta imprevisible. Y lo peor es que, fatalmente, la inflación es sucedida por la recesión.

La situación especial del médico, en esta etapa presenta ciertas particularidades que la distinguen de otras ocupaciones. Algunos consideran –especialmente en los países industrializados, donde el problema fue incomparablemente menor que en la Argentina– que la medicina es una actividad “relativamente a prueba de depresión”. De hecho, la cantidad de trabajo del médico no ha disminuido. Sus servicios son solicitados con la misma frecuencia que en las épocas buenas. Es cierto que este hecho requiere, para que se comprenda su real significación, un análisis cuidadoso.

Para empezar, debemos distinguir entre la consulta privada, la medicina mutualizada y la atención hospitalaria. La primera de estas formas del servicio médico es usufructuada, generalmente, por pacientes de clase media-media y media-alta, y ha experimentado una extensa desertión. Esta no se ha visto acompañada por una caída correlativa de la demanda de servicios, pues los

pacientes se han replegado hacia las mutuales, a las que han debido recurrir también, en busca de un aumento del trabajo, muchos profesionales, en especial los recién recibidos.

“El trabajo se ha incrementado”, sostiene el doctor Teodoro Palamas, tocoginecólogo del Sanatorio Rawson y médico del equipo del servicio de obstetricia del hospital Churrucá; “porque se atienden no sólo pacientes privados, sino también mutualizados. En lo que se refiere a las ganancias, no puede asegurarse lo mismo, ya que han disminuido radicalmente. El nivel de vida ha descendido a menos de la mitad del de hace tres años, de modo que mantener la misma proporción de ganancias, habría que trabajar mucho más que lo que permiten las posibilidades reales. Para dar un ejemplo preciso de este deterioro, diré que un parto que hace tres años equivalía a trescientos dólares, tiene, desde principios del año pasado, un valor de entre 100 y 150 dólares”.

De modo que, en opinión de algunos médicos, el trabajo no ha disminuido, y hasta quizá haya aumentado en muchos casos; pero es necesario trabajar mucho más para obtener el mismo beneficio, y a veces no hay otro remedio que rebajar el nivel de vida y esperar que pase la tormenta.

Este aspecto cuantitativo no es el único flanco abordable del problema. El alza desahogada de los costos de instrumentos y de materia ha condicionado la posibilidad misma de ofrecer una atención adecuada. Ello es particularmente evidente en los hospitales públicos, donde han llegado a faltar los elementos más indispensables. A pesar de que teóricamente los medicamentos son suministrados por el Estado, muchos de ellos faltan en la farmacia del hospital; una provisión suplementaria proviene de las muestras gratuitas que los laboratorios envían a los médicos. Servicios que tradicionalmente se prestaban sin cargo alguno en las instituciones oficiales, se suministran ahora previa contribución.

La actualización científica, por su parte, se torna prohibitiva, pues requeriría la compra de libros y la suscripción a revistas extranjeras cuyo valor, en dólares, se mantiene fuera del alcance del peso argentino. Un libro médico importado puede costar de 15 a 20 visitas, para el médico contratado por un servicio de salud prepago.

El tema de la actualización bibliográfica está relacionado con la calidad de la atención prestada, pero también, y principalmente, con el nivel de la enseñanza.

“Francamente la calidad de la instrucción es desastrosa” declaró el profesor doctor José María Vayo, de la Universidad de Buenos Aires, a una revista científica; agregó que “probablemente el noventa por ciento del trabajo docente en la Universidad se realiza sin cobrar un peso”. La superpoblación y la falta de equipo han sido los problemas permanentes del sistema de enseñanza universitaria gratuita.

Las condiciones son difíciles para el estudiante serio, quien, a menudo, debe asistir a una clase a la que concurren 1.500 alumnos.

Otro aspecto de la declinación cualitativa determinada por la inflación es la renovación del instrumental, y la compra del material necesario. Un nuevo aparato de electrocardiogramas puede costar el equivalente de un año de trabajo. Y el problema del profesional joven que desea instalar un consultorio, trasciende los límites de la mera descripción analítica para convertirse en un verdadero drama.

La estructura del sistema sanitario ofrece dos alternativas al profesional recién egresado: trabajar como empleado a sueldo de las instituciones privadas o estatales, o ingresar, luego de un concurso, en una residencia, en la que tras un período de entre tres y cinco años, obtendrá una especialidad.

La primera opción no parece recomendable. Los que se dedican al trabajo asalariado se vuelven “esclavos de la situación” dice, en la publicación mencionada, el doctor Guillermo O. Kreutzer, jefe de cardiocirugía vascular del Hospital de Niños de Buenos Aires. “Terminan dando atención superficial en varias mutuales, porque la paga es tan baja que necesitan más de un sueldo para vivir. Deben trabajar como locos para mantener su familia, y por ende, evitan comprometerse en Medicina de alto nivel. Su trabajo no tiene ningún rigor científico”.

La inflación lleva a que también los especialistas se vuelvan hacia las mutuales con la intención de aliviar así su situación. Vana esperanza, según opinión del doctor Horacio Paz, tocoginecólogo del Hospital Churrucá: “Varios colegas consideran –señala el doctor Paz– que la forma de compensar los gastos que insume el ejercicio de la práctica privada, es concertar contratos con las mutuales. Sin embargo, yo no tengo relación con ellas, pues opino que no sólo pagan sumas míseras, sino que además brindan, en muchos casos, una atención deficiente”.

TAMBIÉN EN EUROPA

Si bien los expertos concuerdan en atribuir el proceso inflacionario europeo a causas distintas de las que originaron el fenómeno en la Argentina, los profesionales del Viejo Mundo han debido enfrentar problemas similares a los de sus colegas de nuestro país, aunque de una intensidad mucho menor.

Dada la unificación del mercado, era previsible que los hechos económicos ocurridos en los distintos países de Europa guardaran cierta semejanza entre sí. En este caso, ese parecido consiste en un rasgo común: al enfrentarse con la inflación, los médicos de por lo menos cuatro países europeos chocaron con sus respectivos gobiernos. Tal oposición, que reconoce por factor desencadenante el intento gubernamental de frenar el ascenso de salarios y precios, tomó, como es natural, un carácter diferente en cada una de las naciones afectadas.

La Asociación de Médicos de Alemania Federal protestó enérgicamente cuando el cuerpo legislativo solicitó prolongar por dos años la congelación de los honorarios, vigentes desde el año pasado. El costo del servicio nacional de salud subió de nueve mil millones de dólares, a veinte mil millones, en cinco años; en esta alza tienen una parte importante los médicos particulares, pero la asociación médica señalaba en su reclamo que se debería incluir en el proyecto de congelación a los hospitales, la industria farmacéutica y los odontólogos.

Observadores suspicaces indican que los facultativos alemanes se defienden de la congelación de sus remuneraciones mediante el expediente de aumentar el número y la variedad de otros servicios. Un vocero de la Organización Social de la Salud señala “un alza realmente increíble” de la cantidad de análisis que efectúan los médicos.

En Bélgica, frente a una huelga inminente, el gobierno aceptó aumentar en un veinte por ciento los honorarios de los médicos. Estos, a su vez, denunciaron el uso del cuerpo policial como instrumento de disuasión ante su decisión de negarse a prestar servicios profesionales.

Los médicos franceses están negociando un nuevo plan de remuneraciones, con un gobierno asediado por una inflación que alcanzó un 9.6 por ciento el año pasado; no se aseguran aumentos significativos. Los italianos, por su parte, no lograron que se les aumentaran los honorarios, que no han variado durante una década.

Aunque su situación dista de ser desesperada, los profesionales de las naciones industrializadas parecen haberse dejado ganar por el pánico, y tratan de contrarrestar por todos los medios la disminución de su poder adquisitivo. En las revistas de medicina aparecen, junto a los artículos habituales, notas escritas por economistas, con consejos sobre la mejor manera de invertir el dinero, indicaciones acerca de la mayor o menor estabilidad de determinados títulos o acciones, e incluso con sugerencias más prácticas, que atienden a la situación particular del médico, sus relaciones con las mutuales existentes en su país, y con los servicios estatales, etc.

“DOCTOR, YOUR STANDARD OF LIVING'S TOO HIGH”

Con el propósito de poner la Medicina privada al alcance de la mayoría, el doctor Paz, cuyas declaraciones presentamos más arriba, practica la política de cobrar honorarios relativamente bajos. En ello coincide, siquiera parcialmente, con la actitud del doctor Martín Blinder, médico psiquiatra, profesor de la Universidad de California, Estados Unidos. Con una inflación 37 veces menor, la situación del médico del país del norte no puede compararse con la del profesional argentino; pero la inquietud que su porcentaje de inflación ha despertado en los estadounidenses no es menor que la alarma que la realidad provoca en nuestro país. Y vale la pena conocer las reflexiones del doctor Blinder, aunque no sea más que por su originalidad.

El médico norteamericano señala que no existen entidades tales como “la economía”, sino que sólo hay hombres, y la resolución de la situación económica crítica debe darse en el ámbito de la conducta individual. Acusa a sus compatriotas de dejarse engañar por un sueño de permanente optimismo, que les impediría aceptar cierto grado de desgracia o de falta de progreso, inevitable en realidad. Prisioneros de tal sueño, los norteamericanos se proponen objetivos demasiado elevados, se resisten a adecuar sus niveles de vida a las circunstancias difíciles, y con ello impiden la resolución de sus dificultades. De no emprenderse esa adaptación voluntaria, señala el científico, la catástrofe se encargará de despertar a los soñadores.

Como es obvio, difícilmente podría pedirse una reducción –aun mayor!– de su nivel de vida a los médicos argentinos. “Mis ingresos han caído tremendamente” dice a los periodistas de Medical World News el doctor Guillermo O.

Kreutzer. “Hasta hace un par de años, yo ganaba más de dos mil dólares por mes; ahora gano de cuatrocientos a quinientos, a pesar de que hacemos cuatro o cinco operaciones por semana —el doble de las que hacíamos antes— además del trabajo del hospital. Se puede vivir bien con esa suma en la Argentina, pero el problema es viajar al extranjero”.

Los costos médicos son bajos también. Una operación en la unidad cardiológica del doctor Kreutzer cuesta en total, según el mismo lo estima, menos de doscientos dólares, incluido el trabajo de laboratorio; la misma operación en los Estados Unidos podría costar diez mil dólares. Pero la situación económica impide al médico argentino cualquier contacto con el exterior, ya se trate de asistencia a congresos, o de adquisición de literatura y de equipo importados.

EL FIN DE LA CAÍDA LIBRE

La recesión en la que ahora entramos resulta, a pesar de todo, para los médicos, más favorable que la inflación; al menos, eso opinan los expertos extranjeros que analizan situaciones parecidas. Si bien el paciente tenderá a postergar “por unos meses” muchas consultas —dicen ellos—, la demanda de atención no variará sustancialmente. Según esos expertos, la situación de recesión es comparable a la que resulta de la aparición de un nuevo médico en la comunidad. “La recepcionista del consultorio es la clave: deberá ser muy amable, y no podrá decirle a la Sra. Pérez que el doctor no la atenderá hasta dentro de tres semanas”. Recomiendan evitar todo aumento de los costos, tales como renovación de equipo, empleo de personal, cambios de consultorio o adquisición de nuevo instrumental. Por efecto del desempleo que acompaña a la recesión, muchos pacientes se quedarán sin la ayuda mutua de que ahora disponen; los médicos deben estar preparados para cobrar sus honorarios en dos o tres cuotas. Pero a pesar de todo esto, el trago amargo de la recesión, en opinión de muchos entendidos, parece un remedio saludable y ofrece una recuperación en un plazo aceptable.

En la actualidad asistimos al espectáculo de un horizonte que se despeja poco a poco. Aparte de ello, y a pesar de tratarse de una cuestión particularmente penosa, el tema de las condiciones económicas en que se desenvuelve la práctica pública y privada de la medicina en nuestro país ofrece, al fin de cuentas, un aspecto positivo y estimulante, pues muestra la tenacidad y la

energía interior de una vocación que, pacientemente, lucha contra todos los obstáculos, en un medio desalentador y adverso. Las dificultades otorgan un mérito adicional a los nombres destacados de la Medicina argentina, y también al profesional menos notorio que logra llevar adelante su misión de terapeuta y de investigador.

CIRCULAR A OBRAS SOCIALES

Con fecha 10/09/76 el Consejo Directivo remitió la siguiente nota a las Obras Sociales.

“El Consejo Directivo de esta Agremiación Médica Platense estima procedente dirigirse a Usted, con el fin de hacer llegar a esa Institución, las inquietudes y los problemas que suscitan en el cuerpo médico al que representamos los reenvíos que genera ese Organismo, generalmente, a partir de aspectos administrativos, meramente formales, o a partir de criterios médicos elaborados, casi sin excepción, desde un escritorio.

Resulta claro que, cuando los médicos trabajamos, lo hacemos siempre en atención de los intereses del paciente; dicho de otro modo, que debemos atender y resolver sus problemas de salud, para lo cual apelamos a la ciencia médica que supone la puesta en marcha de mecanismos de acción siempre renovados, al arte y conciencia de quien lo practica, que utiliza según su criterio los elementos de la ciencia y técnica, en forma sistematizada, o asistemática, standard, por improntus, según sea el momento, el caso, el paciente, conjugando el todo a un tiempo, en gestos con lineamientos semejantes, pero nunca superponibles o iguales. Esto que es ejercicio profesional, no puede ser adecuado a tratamientos administrativos o de registros, porque ello implicaría distorsionar el acto médico en su fundamento, y en detrimento de la correcta atención del paciente, fin último de dicha actividad.

Lo contrario sí es válido, es decir que el ejercicio profesional desarrollado en plenitud, sin trabas de orden ajeno a su quehacer específico, debe tener su correlativa registración y documentación. Ello deberá ser así para que cada acción pueda ser sometida a auditoría, a evaluación o supervisión. Pero esto no es factible, por la naturaleza de los hechos, que se realice con sistemas administrativos, por más sofisticados que pudieran parecer. Ello debe ser rea-

lizado en presencia del hecho médico, con el paciente a la vista y en forma conjunta, con el médico tratante, por parte del médico que represente en esa circunstancia a la Obra Social o Mutual. La jerarquía del acto profesional en su magnitud, el respeto por el paciente en su humana condición lo exige. Es un imperativo médico al que esta Agremiación no ha de menoscabar un ápice.

Por otra parte, para que estos supuestos se den, obligan a considerar la posibilidad de implementar un sistema de documento médico único por establecimiento asistencial (Historia clínica única de sanatorio, hospitales, etc.) pero ello exige una dedicación de tiempo al profesional que, en caso de concretarse debe ser retribuido como corresponde: se entiende que lo que actualmente se abona por acto médico es sólo aceptable a través del proceso nacional de deterioro, y como cosa transitoria, porque revela en sus valores minimizados tal despropósito que impide siquiera considerarlos con mediana seriedad.

De resulta de estos razonamientos y para no abundar, debe concretarse que esta Institución postula los siguientes lineamientos generales:

- Los médicos realizarán todos los gestos y actos que de acuerdo con la ciencia y la técnica médica deben realizar, con la sola limitación que las normas de la Deontología médica imponga.
- Cada uno de esos actos tienen una correlativa expresión administrativa y ella será cumplida en términos de información de lo producido.
- Por cada uno de ellos la Obra Social o Mutual deberá abonar lo que corresponda y si la técnica no está especificada en el nomenclador, pero tipificada y valorada por Colegio de Médicos deberá ser pagada por la Obra Social o por el paciente en su defecto; debiendo abstenerse la Obra Social, en este último caso, de emitir indicaciones en contrario, que interfieren con el legítimo derecho a cobrar trabajos realizados efectivamente.
- Cuando la Obra Social estime procedente una suspensión real y efectiva acerca de un acto médico concreto, el representante médico de la misma se apersonará ante el profesional tratante y realizará el requerimiento que estime corresponder, pudiendo recabarle la elaboración de un acta.
- La Obra Social o Mutual no podrá producir rechazo de factura por prestaciones médicas, en ningún caso que se hayan cumplido los requerimientos administrativos que implican el llenado completo y correcto del recetario oficial de la Agremiación Médica Platense.

- Los problemas administrativos que signifiquen el tratamiento de pacientes deberán ser cumplidos por la Obra Social o Mutual sin involucrar en ello a los médicos. Estos solo aportarán su información ante médico inspector o supervisor de la Obra Social o Mutual, esto en reserva del secreto profesional.
- En todo caso en que se solicite la colaboración de otro profesional o profesionales, equipos, o servicios, para tratar a un paciente a cargo de un médico inscripto, éste será el único responsable por la decisión que adopte. El profesional o profesionales requeridos de colaboración son responsables por los actos médicos realizados por ellos pero no de la oportunidad de la acción que desarrollaron a pedido de terceros. En consecuencia cada actividad que desarrollen en condición de tales deberá ser abonada.
- El Nomenclador Nacional no resulta instrumento excluyente de prestaciones médicas, las que serán brindadas de acuerdo con las normas arriba expresas a las Obras Sociales y Mutuales que deseen adherir a esta forma de prestación.
- Esta Agremiación Médica Platense se compromete a actuar con absoluta responsabilidad en defensa de los legítimos intereses de todos los responsables e interesados en la atención de pacientes bajo responsabilidad de Obra Social y Mutual”.

Boletín Informativo N° 25 - Agosto de 1977 (35)

Editorial: Pasos trascendentes

Después de casi tres años continuos de una actividad difícil, la Agremiación Médica Platense está dando sus pasos definitivos y definitorios en procura de su estructuración; de una estructuración que le permita cumplir con holgura sus múltiples misiones como Entidad Médica de nivel universitario:

- Culturalizadora.
- Promotora y facilitadora de formación continuada.
- Integradora del espectro social.
- Asesora espontánea o a pedido en materia de Salud Pública, como parte de Seguridad Social.

- Normatizadora del trabajo médico en dignidad y representativa de sus intereses ante Obras Sociales y Mutuales.

Y cuando formulamos tal expresión lo hacemos con hechos concretos que la apoyan y la objetivan.

- SE HA CREADO UN DEPARTAMENTO CULTURAL en la Institución: A su frente ha quedado la Profesora Nydia E. Margenat, portadora de un brillante currículum, el superior de todos cuantos se ofrecieron para conducir el Centro de Documentación o Información. A partir de ahora, además del Centro, Cursos, Congresos, Jornadas, Conferencias, etc. que abarquen el amplio espectro de la cultura en general y de lo médico no asistencial, estarán presentes en el quehacer Institucional.

Es un desafío, constituye un imperativo con el objeto de que las nuevas y viejas generaciones encuentren un camino facilitado, para su formación integralizadora, universitaria, que permita el análisis completo del mundo en que se mueven.

- HA REALIZADO Y REALIZA, TODO TIPO DE CONTRATOS A TODO NIVEL: Fue recibida por el Sr. Comandante en Jefe de la Armada Argentina, el Almirante Eduardo Emilio Massera, y ha podido exponer ante las más altas autoridades del arma, corresponsable de la conducción nacional, sus puntos de vista con toda responsabilidad y sin ambages. Ha sido recibida por organismos nacionales: Subsecretaría de Seguridad Social, I.N.O.S., P.A.M.I., etc. Ha sostenido entrevistas con el Sr. Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Gral. Ibérico Saint Jean; con el Sr. Ministro de Bienestar Social, Dr. Joseba Kelmendi de Ustarán; con los Sres. Subsecretarios; con autoridades nacionales y militares del área; con autoridades municipales; con todas las Entidades Médicas; con Obras Sociales y Mutuales; etc.

Ha desarrollado profunda y consciente actividad para hacerse conocer, para crear consciencia respecto de la Medicina, la Salud, los médicos. Para que se la juzgue después de conocerla, para que no se la ignore, para romper prejuicios, para demostrar qué es.

Ha creado una Asesoría Médica, con médicos rentados para que realicen el análisis pormenorizado del trabajo médico y discutan con Obras Sociales y Mutuales CON CRITERIO MÉDICO, todo lo que hace a su actividad cotidiana, impregnado de alto sentido ético, humano y profesional.

Ha producido un opúsculo sobre SALUD, BASES PARA UNA PLANIFICACIÓN COHERENTE, que va en lugar aparte, y que mereciera respuestas hasta desde la Presidencia de la República.

Ha llevado a cabo, una tarea ímproba, demoledora, en función de hacer respetar las condiciones pactadas de laborío médico, sin que ostentosas actitudes, rimbombantes expresiones, o conflictuosas situaciones, exteriorizaran dicho quehacer.

Se ha sacado a la Institución de su desorden administrativo y conductivo: hoy afirmamos con énfasis: sólo 10 días separan la presentación de todo el trabajo médico y su procesamiento. No más atrasos de HASTA 6 MESES! en la Agronomía, que después no podía explicar falta de pagos.

Se han enjugado déficits por más de doscientos millones de pesos viejos, resultantes de errores de registro, del déficit de SAMIPLA, del juicio que arquitectos hicieran a la Institución por un programa de necesidades.

- HEMOS ADQUIRIDO UN EQUIPO DE COMPUTACIÓN, cuyas características metodológicas van por cuerda separada, por valor de casi cuatro mil millones de pesos viejos, sin que UN SOLO peso les fuera pedido a los Señores Colegas, sin que un sólo punto les fuera descontado de más, para tal inversión, cuando no hay en la Provincia, Institución Médica que descuenta menos del 10 al 15 % para procesar su trabajo.

Y con él, hemos de transformar toda la tarea administrativa y su jerarquía; podremos AL FIN! decir a cuanto médico lo pida, el estado de su cuenta corriente individual, por Obra Social o Mutual, que actualmente es imposible realizar: Necesitaríamos un ejército de empleados para ello. Y a partir de la información básica asentada, las posibilidades de elaboración serán infinitas.

Podremos brindar, horas-máquina a Instituciones Médicas. Podremos... un montón de cosas más.

Estamos viendo la posibilidad de financiar la Casa del Médico, en nuestro predio de Diag. 73 -56 y 10- y brindar posibilidades para que los médicos adquieran allí, sus comodidades.

Gestamos en muchas cosas más, muchas veces solos, sin que palabras de aliento o crítica, nos la hagan llegar los corresponsables del gremio, los colegas, que la más de las veces formulan expresiones airadas, inconsistentes por desconocimiento, o se expresan de la Agremiación, como algo que les es extraño, cuando en realidad SON ELLOS MISMOS LA INSTITUCIÓN, y ella está donde ellos estén. Gremio = unión de iguales.

Sólo una última expresión: Este Consejo Directivo, ha asumido la dolorosa responsabilidad, de ser custodio de bienes, piloto de tormentas, blanco de críticas, sin que nada lo gratifique, salvo las resultantes de su propio quehacer, consciente de cada acto y cada gesto. Oportunamente rendirá cuenta de cada uno de ellos, pero ya se pone a disposición, para que los colegas que lo deseen, puedan indagar e investigar hasta en los patrimonios privados de sus integrantes, si ello tranquiliza conciencias y aventa dudas.

Entre tanto avanzamos para seguir siendo gran Institución, la primera en el País de nivel primario.

SALUD - BASES Y FUNDAMENTOS PARA UNA PLANIFICACIÓN COHERENTE

I. INTRODUCCIÓN

Largas y antiguas expresiones nuestras han proclamado la quiebra de la Medicina Argentina; deterioro de la profesión médica, deterioro de la salud y de la atención de la población, diversificación y superposición e insuficiencia de la financiación en materia de salud.

Pauperización y masificación de los médicos, con descenso real de su capacidad de formación permanente, de su nivel profesional, de sus modos de hacer, de tal forma que la falta de ética no es ya un hecho aislado, sino que se da con llamativa reiteración, aunque afortunadamente sólo por parte de una minoría extraviada por tanto infortunio y desesperanza.

Exceso en la formación de médicos, que hace que haya hombres profesionalizados, con títulos habilitantes para atender... nada, porque su número no

halla en el país, insuficientemente tecnificado, demanda para su plena ocupación; tal fracaso ha llevado, a muchos de ellos, a buscar soluciones al margen de la legalidad, o a irse del país, subvencionando gratuitamente con nuestra ciencia y tecnología a otros países.

Todo ello ha configurado un panorama desalentador, con el agravante de que se ha perdido, en muy buena medida, el nivel profesional universalmente reconocido del médico argentino.

La moralidad tiene manifestaciones no mensurables, lo mismo que su ausencia. La calidad y cantidad del trabajo profesional son mensurables a condición que se den ciertos supuestos; entre éstos tecnificación de las formas de hacer y retribución adecuada. Sin alguna de ellas, el supuesto no se puede dar, no se cumple. Mucho más fácil es objetivar el valor de la retribución del trabajo profesional, y esto es lo que hemos realizado, en los gráficos adjuntos, sobre la base de información propia, en materia de aranceles, y de los datos publicados por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo) referidos a diversos índices, en especial al General de Precios Mayoristas, cuya utilización es corriente por parte de organismos públicos y privados.

Como se ve, la realidad es terrorífica. Proponemos para ello, a corto plazo, un nivelamiento progresivo y rápido de los valores del trabajo profesional médico y formulamos, como pautas para una planificación mediata en materia de Salud, las siguientes consideraciones y proposiciones.

II. PRINCIPIOS ESENCIALES

Es un lugar repetido definir la Salud de acuerdo con la O.M.S. como un completo estado de bienestar físico-síquico y social.

Es también sabido que la salud es un derecho inmanente para todo ser humano: declaraciones internacionales: la del Atlántico Norte, la Carta de la U.N. lo confirman.

Nuestra Constitución Nacional le acuerda carácter de derecho para toda la población.

Es que no puede concebirse la Constitución de un Estado sin que, de la consecuente enajenación de libertades individuales que ello supone, no resulten como contrapartida, garantías y derechos para sus integrantes, para sus individualidades.

Y es también una premisa irrefutable en nuestro ordenamiento jurídico, en nuestra historia, en nuestra idiosincrasia, que todos los integrantes del pueblo argentino son iguales ante la Ley, tienen iguales derechos y garantías, porque en nuestro ámbito no existen prerrogativas de sangre o de nacimiento.

Consecuentemente el juicio de que toda población tiene derecho a tener acceso a la mejor medicina, adquiere naturalmente los caracteres de un apotegma, de un axioma.

Este es pues el criterio principal que *debe*, inexcusablemente, guiar toda fundamentación, toda acción que pretenda ordenar, guiar, conducir personas y/o cosas para la salud. Dicho de otro modo, quien tenga la responsabilidad de realizar, programar, planificar, ejecutar y evaluar dichas acciones de tal modo que ellas concilien con el axioma: *posibilitar que toda la población, sin forma alguna de estratificación, pueda arribar a la mejor medicina.*

¿No es así? Entonces el pensamiento, la programación, la planificación, la evaluación están viciadas de insanable nulidad, porque no cohonestan con el principio, con el axioma que universaliza el criterio, que tiene el carácter de principio filosófico: la filosofía para la salud. No hay, no puede haber otra filosofía, porque esa filosofía es la que se integra con la idiosincrasia argentina, con nuestra historia como país, con nuestro ordenamiento jurídico, con los sentimientos universales, es decir es un pensamiento universalmente válido. Y de acuerdo al precepto lógico aristotélico del tercero excluido, es el único válido: es excluyente. Debe ser el valor tras el cual orientamos los esfuerzos nacionales.

Política es el arte que consiste en armonizar un apotegma, un axioma, el pensamiento totalizador, la filosofía, con la realidad que se da. Por ello, el pensamiento es único. Los modos de hacer pueden ser varios, siempre que ellos no contradigan, parcial o universalmente, el axioma. Si lo hace, la política que se pone en juego es espúrea, es inconducente, pone parches a un problema, responde a planificaciones no concordantes con la filosofía, por omisión, por error, o porque responde a filosofías que no son las enunciadas, las nuestras, las tradicionales en Argentina.

Muchos modos de hacer puede haber, seguramente, para actuar según una filosofía, para cohonestar el pensamiento con la idea. Pero seguramente en estos modos de hacer, en esas Políticas, deben enseñorear ciertos principios: nosotros pensamos que algunos supuestos son obligados. Veamos: *Los médicos deben conducir la salud y sus acciones: ¿Por qué?*

Las acciones para la salud son:

- Promoción, es decir el conjunto de acciones que permiten llevar al estado óptimo el bienestar que caracteriza a la salud física-psíquica y social.
- Protección, es decir todo aquello que impide que el hombre la pierda, o sea, caiga en la enfermedad.
- Recuperación y Rehabilitación, esto es, aquello que permite reencontrar la salud perdida, es decir, salir de la enfermedad.

Y obsérvese: ¿quién está capacitado para interpretar, conceptualizar y actuar respecto de la salud y su desviación que es la enfermedad?, naturalmente un equipo conducido por el médico. ¿Y los otros?, sus colaboradores. Del mismo modo que en educación el conductor ha de ser el maestro, el profesor, ¿y el médico?, su colaborador en el equipo, y así hasta cubrir toda la gama: pero el médico conductor en salud y el docente y el ingeniero, y el psicólogo y el, sus colaboradores!

III. SISTEMA

Los médicos son los conductores naturales para realizar las acciones integradas de salud.

Las acciones que los médicos realizan, las ejecutan para la población, de modo que entre el médico y la población existe un nexo que los une: la Medicina. La Medicina supone una interrelación estrecha entre el médico y el que recepta su acción. Esa acción sólo es gratificante para ambos si el paciente, la población, recepta acciones de quien tiene depositada confianza y si el médico halla en el tratamiento que brinda, en la acción que realiza, la sensación de agrado, de bienestar que, como rulo retroalimentario, lo estimula, al tratar al paciente afín.

Es claro que, para que ello sea válido, es imprescindible que el paciente pueda elegir sin trabas a su médico. Y siendo que una gran proporción, alrededor del 90 % de las consultas, se producen por afecciones funcionales, esto es ineludible, obligatorio –y en esto, también cohonesta la idea, el hecho particular con el principio, ¡con la filosofía!–, *cumple el criterio lógico de verdad*, y ¿qué dicen a ello normas, criterios internacionales? Lo ratificaron en Helsinki en 1964 y en Oslo más tarde. Lo aprobó la Asociación Médica Mundial como

precepto, como axioma: fueran representantes de países socialistas o liberales-capitalistas: Todos aprobaron como criterio Ético la libre elección del médico por el paciente. Y la posibilidad para el médico de desechar tal atención cualquiera *fuera la forma de retribución* para el médico.

¿Y puede haber algo o alguien que interfiera, se interponga en esa relación de confianza? La respuesta es obvia: nada, ni nadie, porque de hacerlo quiebra la relación, *deshumaniza a la medicina*, la ubica a mero nivel técnico, la desprofesionaliza.

Sólo circunstancias y condiciones de excepción, fundadas en requerimientos muy específicos, como los de las FF.AA., por ejemplo, pueden determinar modos distintos de relación entre médico y paciente y ello solamente, como la experiencia lo demuestra, en tanto tal relación se desarrolle en el ámbito estrictamente militar, pues cuando se lo trasciende, la tendencia natural es la de elegir libremente al propio médico, para sí, para la esposa, para los hijos.

Bien, hasta ahora aparecen como válidos:

- El derecho de la población para arribar a la mejor medicina.
- El médico conductor del proceso para la salud.
- Libre elección del médico por parte de la población.
- Posibilidad del médico de desechar, en determinadas circunstancias, el atender determinados pacientes.
- No interferencia de terceros entre médico y paciente.

IV. FINANCIACIÓN

Se dirá: todo esto está bien, pero ¿con qué dinero financiar una tal atención de la salud?

Si la población toda tiene derechos a arribar a la mejor medicina: ¿Puede haber más de un sistema de financiación?, es decir, ¿puede haber una medicina estatal, oficial, en los hospitales públicos; una medicina de Obras Sociales atendida en medios privados, o semi-privados; y una medicina privada para pacientes económicamente suficientes? La pregunta se contesta por sí sola: ¡No! Ni siquiera esa posibilidad se da entre Obras Sociales y Mutuales: tenemos alrededor de 100 de ellas cubiertas con nuestra tarea médica y ellas son un mosaico en cuanto a prestaciones que cubren y en cuanto a formas de financiación. ¿Y el hospital público podrá brindar la mejor medicina? y si

lo hace, ¿la brindará al universo poblacional? Y la que se atiende en él ¿será socialmente uniforme? Creemos firmemente que no.

¿Entonces? Para posibilitar el arribo a parecida medicina para todos los argentinos la respuesta se da sola: una única fuente de financiación, una sola, la mejor, medicina para todos.

¿A cargo de múltiples Obras Sociales? ¿No! A cargo de un organismo regentado por el Gobierno que no puede, no debe, desentenderse de la problemática de la salud. ¿Y las fuentes de financiación? *Aportes porcentuales de toda la población de acuerdo con sus niveles de ingreso: en un sistema solidario.*

V. RETRIBUCIÓN MÉDICA

¿Y cómo proceder con los médicos? ¿Pagarles por sueldo? ¿Pagarles por prestación?

¿Cuál es el sistema económico-financiero previsto para el país? ¿Un sistema socialista o liberal-capitalista?

Es evidente que un sistema liberal-capitalista. Nada más que él abarca toda una gama de formas de hacer. Y es evidente que para que éste posibilite las libertades individuales tiene obligadamente que no descuidar la situación individual de los demás, cubriéndolas con sistemas de seguridad. Es decir que el sistema será liberal-capitalista por decisión y con sensibilidad social por obligación, por un imperativo del medio.

De acuerdo con ello, el sistema que se adopte para sufragar las acciones de salud también ha de ser liberal-capitalista, para que sea coherente. No puede pensarse en un sistema socializado en un país liberal-capitalista, sería como aceptar alguna figura mitológica: una sirena, un centauro... o procurar chivos expiatorios de un problema social: los médicos, lo que no resultaría justo, porque sería sacrificar a unos en beneficio de nadie. Porque ya hay demasiadas pruebas dadas de los fracasos de medicinas socializadas, estatizadas... o colectivizadas. Y en la medicina quebrada hay dos sectores que padecen: el de la población y el de los médicos. Otra cosa es medicina socialista en un país socialista, pero éste no es nuestro problema.

¿Cómo responder entonces con coherencia a todo lo dicho? Pagando al que trabaja; haciendo que se retribuya a quien mejor trata, mayor confianza inspira, mejor medicina ofrece, y con ello mejor conquista el mercado.

¿Mercantilizar así la medicina? ¡No! Con una supervisión y fiscalización permanentes, con auditoría como medio formativo, sólo se realizarán las atenciones necesarias y con plena satisfacción de ambas partes, de la dupla médico-paciente, el fin de la Medicina.

VI. INFRAESTRUCTURA

¿Y a la medicina oficial qué papel conferirle? ¿Qué hacer con sus Hospitales, con sus Instituciones Sanitarias?

La medicina de Protección es obligación estatal, y de nivel casi totalmente municipal. La de Promoción es patrimonio tanto de lo público como de lo privado.

La Medicina Recuperatoria y Rehabilitadora habrá de ser efectuada según un régimen único, que involucre tanto a los establecimientos privados como a aquellos públicos que, por sus especiales características o bien por el área donde se encuentren, sean afectados a esta faz del servicio médico; el régimen único al que aludimos deberá estructurarse sobre bases económicas coherentes con el régimen general con que se desenvuelve nuestro país, al que ya nos hemos referido; bases que deben promover el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales que el área privada es capaz de brindar.

¿Y las funciones que, obligada y actualmente, cubre la medicina oficial? La docencia, la investigación, formación de post-grado, formación de personal, etc. deberán ser asumidas por todos los establecimientos incorporados al Sistema, mediante regulaciones establecidas por convenios con los organismos oficiales y universitarios y con regímenes retributivos que compensen exclusivamente las obligaciones propias de tales funciones, excluyendo el aspecto asistencial que, por necesaria unidad de criterio, debe ser retribuido por prestación.

Y entonces, todo un sistema con coherencia, con absoluta coherencia, dejando de lado prejuicios, pre-conceptos, que además no cohonestan con el axioma primero: Igual calidad de medicina; la mejor; para toda la población.

VII. FORMACIÓN PROFESIONAL

¿Y cómo modular la formación de médicos? De acuerdo con lo que se tenga idea tener como médicos para el país. Entonces habrá que pensar que somos, muchos, demasiados.

Que ello ha sido consecuencia de la situación de insuficiente planificación, o de planificación intencionadamente distorsionada. Hay que pensar en hacer médicos de acuerdo con lo que el país necesita; y además la calidad de médicos que esté en disposición de satisfacer las necesidades que en cada área de la Medicina se requiera.

Satisfecho tal requisito, o planificada su adecuación, hay que atender al pago médico en forma y tiempo de tal modo que atienda a la salud de la población, se capacite y descanse. No se puede llevar al médico a la situación actual de tener una expectativa de vida de sólo 56 años, cuando la población en general está en los 65 años de edad.

VIII. CONCLUSIÓN

De ahí en más, todos y cada uno de los términos que deriven de las expresiones básicas, hasta aquí expuestas, serán coherentes, formarán un sistema, con universalidad política que hace que los modos de hacer no se contrapongan con los modos de pensar, es decir satisfaciendo el criterio de verdad, para un sistema dado; el que como norma general ha implantado el actual Gobierno en el ámbito económico y social.

REMUNERACIONES CARRERA MÉDICO HOSPITALARIA

La cuestión vinculada con los insatisfactorios niveles de la remuneración, que se abona a los médicos que se desempeñan en Establecimientos hospitalarios oficiales, ha sido tema de permanente preocupación del Consejo Directivo.

En ocasión de la entrevista realizada con el Señor Gobernador de la Provincia el día 25.4.77 (sobre la que se informara en la "CRÓNICA N° 16"), se expresó al mismo, el problema que constituía la existencia de sueldos cuya magnitud resultaba absolutamente inadecuada para el ejercicio de una acti-

vidad profesional, con bajísimos índices, que desalentaban la tarea médica y subalternizaban su indispensable jerarquía.

Con fecha 28 de junio y con motivo de la difusión periodística de las declaraciones producidas por el Sr. Gobernador, respecto de importantes aumentos de los sueldos de la Carrera, se remitió al mismo una nota en la que se hacía presente, la satisfacción de la Agremiación ante la medida adoptada.

Con posterioridad, fue publicado oficialmente el texto de la Ley 8.812, que implementaba las mejoras anunciadas. Como del texto e interpretación de dicha Ley resultaba, un panorama de aumentos significativamente distinto e inferior al anunciado por el Sr. Gobernador, se remitió al mismo, con fecha 14.7.77, la nota que a continuación se transcribe.

La Plata, 14 de julio de 1977.

Sr. Gobernador de la Provincia de Buenos Aires
Gral. IBERICO SAINT JEAN
SU DESPACHO

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted con motivo de la sanción de la Ley 8.812, que modifica parcialmente las normas de la Ley 7.878 de Carrera Hospitalaria, específicamente el Capítulo IX "Del régimen de sueldos" de este último ordenamiento legal.

Con fecha 28 de junio ppdo., y ante la información periodística publicada el día anterior referida a "El aumento a los médicos de hospitales bonaerenses" (El Día - 26.7.77), tuvimos la oportunidad de expresarle nuestra satisfacción y reconocimiento por lo que aparecía como una positiva respuesta y razonable solución para el problema que constituía la existencia de un nivel de retribuciones absolutamente impropio respecto de la responsabilidad y nivel profesional del trabajo médico hospitalario. Tuvimos presente, en la ocasión, que tal cuestión había sido tema específico analizado en el curso de la entrevista que realizáramos el 25.4.77 y ello nos afirmó en nuestra convicción acerca de la validez del diálogo como vía para procurar las mejores soluciones.

Sin embargo, y a partir de la publicación periodística que, con fecha 7.7.77, hiciera mención concreta de los sueldos resultantes del nuevo régimen instaurado por la Ley 8.812, la situación aparentaba haberse resuelto en forma no coincidente con la tónica general que se desprendía de los montos porcentuales que, según la información periodística del 27.6.77, habría anunciado Usted en la ciudad de Tandil. La satisfacción, natural y lógica, que tal anuncio había suscitado en el ámbito local, aparecía contradicha, intención o resultado éste que, desde ya, descontamos y descartamos haya sido su ánimo o propósito provocar. Sin embargo las cifras concretas de los nuevos sueldos constituían un hecho objetivo y los médicos asociados de esta Institución plantearon de inmediato ante el Consejo Directivo su disconformidad y descontento, que es el que con la presente, procuramos traspasarle.

Frente a ello tratamos de establecer concretamente, y sobre la base de la información contenida en el Boletín Oficial 18.558 del 6.7.77, las retribuciones resultantes del régimen establecido por la Ley 8.812, a efectos de compararla con los anteriormente vigentes. De tal modo llegamos a las siguientes cifras:

CASO A:

Médico de Hospital - 36 hs. semanales -Sin función - 13 años de antigüedad.

<i>Retribución Ley 7.878</i>	<i>Retribución Ley 8.812</i>
<i>(Junio 1977)</i>	
<i>\$ 51.920 (Sueldo Básico)</i>	<i>\$ 47.700 (530 módulos)</i>
<i>\$ 15.576 (bonif. ant.)</i>	<i>\$ 23.850 (bon. 50 % por 36 hs.)</i>
<i>\$ 67.496 (Total)</i>	<i>\$ 5.760 (bon. ant. 64 módulos)</i>
	<i>\$ 77.310 (Total)</i>

El aumento real es de \$ 9.814 que significan un incremento del 14,54 %

CASO B: Médico de Hospital - 36 hs. semanales - Jefe de Servicio Hospital Interzonal - 30 años de antigüedad.

\$ 51.920 (Sueldo Básico)	\$ 76.500 (850 módulos)
\$ 46.728 (bonif. ant.)	\$ 38.250 (bon. 50 % por 36 hs.)
\$ 31.152 (bonif. función)	\$ 20.880 (bon. ant. 232 módulos)
\$ 129.800 (Total)	\$ 135.630 (Total)

El aumento real es de \$ 5.830 que significa un incremento del 4,49 %

CASO C: Médico Asistente - 36 hs. semanales - Jefe de Servicio Hospital Interzonal - 3 años de antigüedad.

\$ 51.920 (Sueldo Básico)	\$ 38.160 (424 módulos)
\$ ----- (sin bonif. ant.)	\$ 19.080 (bon. 50 % por 36 hs.)
\$ 51.920 (Total)	\$ 1.080 (bon. ant. 12 módulos)
	\$ 58.320 (Total)

El aumento real es de \$ 6.400 que significa un incremento del 12,32 %

Advertirá Usted Señor Gobernador que los porcentuales de aumento difieren, considerablemente, de los anunciados en Tandil que motivaran nuestra nota N° 179. Dado que, reiteramos, descartamos de su parte la más absoluta seriedad de procedimientos, creemos que el resultado de las cifras consignadas puede obedecer, o bien a un error de interpretación de esta Institución -que rogaríamos se nos aclare- o bien a un error conceptual o de transcripción de los organismos específicos del P.E. que participaron en la elaboración y publicación de la Ley 8.812; en este último caso mucho estimaremos disponga se adopten las correcciones que fueran menester.

Sin otro particular, saludamos a Usted con distinguida consideración.

Gestiones posteriores a la remisión de la Nota N° 198 permitieron saber que la misma había sido derivada por el Señor Gobernador, al Ministro de Bienestar Social, para que este organismo emitiera su opinión al respecto. Tal opinión fue luego hecha conocer al Señor Gobernador, quien produjo la respuesta que a continuación se transcribe.

La Plata, 30 de agosto de 1977

SR. PRESIDENTE DE LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Dr. ALBERTO L. POLI

SU DESPACHO

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted en respuesta a su nota 198 relacionada con la Ley 8812 referida al régimen de sueldos para la Carrera Médico Hospitalaria.

Sobre el particular llevo a su conocimiento que antes de entrar en el análisis de los criterios y procedimientos utilizados para la elaboración del encuadramiento salarial que resultó aprobado por la Ley 8812, corresponde formular, siquiera de modo sintético, las observaciones imprescindibles que merece la nota mencionada.

En efecto, en ella no se toma en cuenta el texto taxativo de la norma legal anteriormente citada, cuyo Artículo 3° expresa que el aumento resultante “absorberá al incremento acordado por el Artículo 7° de la Ley 8783”.

Por consiguiente, los porcentajes que menciona en los ejemplos no se ajustan a las disposiciones de la Ley 8812 y debe aclararse que la Ley 8783 tuvo carácter de emergencia y transitorio para lograr el lapso indispensable a fin de realizar los estudios que permitieran modificar las retribuciones de Carrera Profesional Hospitalaria, de acuerdo a lo que seguidamente se explicita:

Los aumentos acordados por la Ley 8812 se ajustan a los anuncios formulados, a guisa de ejemplos demostrativos, en mi alocución pronunciada en la Municipalidad de Tandil. También se ajustan a las posteriores informaciones periodísticas, que fueron suministradas por la Secretaría de Prensa de esta Gobernación. Los aspectos señalados pueden comprobarse mediante el análisis de las columnas que indican porcentaje en las planillas que, para su mejor ilustración acompañan a la presente.

Es más, en determinadas posiciones los aumentos exceden largamente a los porcentuales que informara el periodismo (Subdirectores de Hospitales, Jefes de Unidades Sanitarias de Zona Rural), como consecuencia de que la nueva norma corrige distorsiones preexistentes y apunta al objetivo de promover la radicación de profesionales en el interior de la Provincia en ubicaciones no favorables, con prudentes compensaciones salariales.

Del examen de la planilla anexa surgen diversos porcentuales, cuyo rango es función de los criterios y directivas tenidos en vista en la formulación de las escalas, que fueron convertidas con ajustes menores, al sistema modular.

Como aspecto de fondo se resumen a continuación las directivas y criterios aludidos en el párrafo anterior. La Ley 7878 apoyaba su escala salarial en un régimen ajeno, como es el que regula las retribuciones para el personal de todas las categorías de la Administración Central. Esta anomalía ha sido corregida, mediante el arbitrio de una base propia (módulo), que establece con precisión todos los valores de grado, función y antigüedad, a través de múltiples sucesivos, con gran ventaja para la rápida adecuación de los sueldos en cada ocasión que se determinen reajustes. En este sentido se destaca la importancia de ajustar el valor base modular en cada circunstancia que se determinen aumentos para los distintos regímenes del servicio provincial, evitando los injustos y conflictivos desfasajes ocurridos con anterioridad.

Al elaborarse la Ley 8812 se ajustaron las escalas de manera tal de no exceder—como valor promedio— al 90 % de los valores salariales establecidos para el personal profesional hospitalario del Nivel Nacional.

Asimismo se busca morigerar el impacto salarial de la antigüedad, que en el sistema de la Ley 7878 permitía duplicar el salario al cabo de 30 años, por el mero transcurrir de ciclos quincenales sucesivos, que se bonifican con incrementos del 15 % por cada etapa. Por otra parte la bonificación por antigüedad no se liquidaba sobre el sueldo básico de la Carrera, sino sobre el del respectivo grado que se detentara por cada agente. Como la Ley 7878 no plantea un sistema de calificaciones como el de la Ley 8712, es evidente que el incremento sucesivo de los valores por antigüedad, configuraban un premio excesivo y sin justa causa.

Fundamentalmente, se manejó el criterio de corregir la estructura de las escalas, procurando la jerarquización de las funciones directivas, para permitir disponer de personal de conducción plenamente dedicado a su responsabilidad.

Asimismo, según se observa en las escalas, se realizó un esfuerzo consistente en el gran número de profesionales jóvenes, para canalizar vocaciones profesionales hacia la vida hospitalaria y procurar retener en los planteles provinciales un alto porcentaje de los egresados del Programa de Residencias Médicas, que constituyen una valiosa y costosa inversión en formación de personal que efectúa esta Provincia.

En el Anexo III se señalan casos concretos, que corresponden a cargos individuales actualmente cubiertos, en los que la norma de la Ley 8812 ha permitido corregir desfases y distorsiones muy notorias, junto a otros casos que muestran como se ha reducido la incidencia de la antigüedad en la composición salarial.

La Ley 8812 es factible de perfeccionamiento, lo cual está previsto en el régimen de Ley de Carrera Sanitaria que se encuentra en elaboración. Por ejemplo, la incorporación de adicionales por mérito, a través de un estricto sistema de calificaciones anuales que tenga en cuenta múltiples parámetros, permitirá retribuir mejor a los más capaces y con mayor dedicación, aunque el juego piramidal de toda carrera les impida o demore el acceso por concurso a funciones jerarquizadas. Algunos otros aspectos son objeto de especial estudio, tales, por ejemplo, los valores múltiplo que corresponda asignar a determinadas jefaturas en Hospitales Interzonales y Zonales, como así también establecer el bloqueo de título para determinados cargos y funciones, según las necesidades prioritarias de la atención médica y las características de cada establecimiento con automática duplicación salarial.

Saludo a usted muy atentamente.

Ibérico Saint Jean

Boletín Informativo N° 26 - Diciembre de 1978. (36)

Editorial: Peldaños hacia el horizonte

El Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense ha decidido la publicación de este, su Boletín Extraordinario, con el objeto de exponer, detalladamente, el patrimonio, los servicios, las funciones últimamente incorporados a la Institución.

La Agronomía Médica Platense ha crecido mucho en este último tiempo como consecuencia del tratamiento financiero adecuado de su patrimonio y de los valores cuya administración desarrolla.

Esto no es ninguna novedad; en ocasión de la Asamblea General Ordinaria celebrada el 26 de diciembre de 1975, se llevó a consideración de los asociados la situación angustiante por la que transitaba la Institución. La cuestión suponía las siguientes alternativas:

- Quiebra sin atenuantes de la Agronomía.
- Aumentar sustancialmente los aportes médicos, por entonces con una situación de absoluta crisis en su ejercicio profesional individual. Un imposible.
- Utilización de los fondos disponibles para inversiones redituables.

Se utilizó este último camino porque:

- El tratamiento de los dineros es absolutamente legal, ya que se realiza sin ninguna forma de trabas en el ámbito oficial que, además, las estimula.
- Los réditos obtenidos eran para reinvertir en la Institución, sin que signifique ello lucro.
- De ninguna manera se han logrado fondos para abonar sueldos o gastos directivos de la Agronomía, ya que su trabajo es absolutamente ad-honorem, con la sola excepción que supone un viático diario equivalente a dos litros de nafta, contabilizando uno para llegar a ella y otro para volver a su hogar.
- Jamás, y esto está absolutamente documentado y a disposición de quien quiera corroborarlo, se ha demorado en un solo día el pago del trabajo de los médicos.

- Con tales fundamentos, se encaró con coraje y sabedores de nuestro nivel de honestidad, la tarea riesgosa, por las habladurías que iba a generar, de invertir los fondos disponibles y la masa de dinero obtenida LEGALMENTE y con ACQUIESCENCIA EXPRESA DE LOS ASOCIADOS REUNIDOS EN ASAMBLEA, ha sido lo que posibilitó:
- Que a los médicos de La Plata se les retenga el más bajo aporte por tarea administrativa; solo el 6 % de lo que factura.
- Sacar a la Agremiación Médica Platense de su situación de quiebra.
- Mantener el pleno empleo de más de ochenta personas, entre empleados, técnicos, profesionales, a quienes se les abona una asignación digna y ligada en sus incrementos a las asignaciones médicas.
- Mantener, frente al deterioro que supone el proceso inflacionario en pleno desarrollo, el capital social.

Pero, y esto es lo más importante, posibilitó que esta Institución se fijara objetivos que sin ninguna contradicción, antes, bien, complementándose entre sí, apunten a hacer de ella:

- Un ámbito de convivencia, de estilo y nivel Universitario, es decir una Institución de nivel educacional superior que cumpla con los supuestos de ser ámbito de educación, de profesionalización, de cultura, por lo que genera y por lo que transmite, de ejercicio profesional en dignidad.

Estas metas, sí que ambiciosas, cohonestan totalmente con el sentido estricto y restrictivo con el que generaron los gremios, allá por la Edad Media, como el medio apto para que los educandos pudieran aprender y los educadores pudieran enseñar: Universitas Sclarium y Magistrorum. Esto es lo que hace de esta Agremiación Médica Platense una Institución Magnífiscente, independientemente de quienes la conduzcan, independientemente de las interpretaciones que acerca de ella puedan formularse.

Y como las políticas son los modos de hacer respecto de un sistema ideológico, aquí están las políticas puestas en práctica para hacer que ese sistema, ese concierto ideológico sea verdad:

- Hemos desarrollado un meticuloso análisis de sistema para hacer que cada tarea, sea redituable, gratificante para la Institución, haciendo lo imposible por no burocratizar.

- Hemos puesto en marcha el sistema de **cómputos para la Salud**, para que la información básica que brinda el médico, sea al par que un medio eficiente para su retribución, el medio apto para hacer que su procesamiento ulterior factibilice el estudio analítico del sector Salud en el área de su jurisdicción y además, ponerse al servicio de las otras Instituciones Médicas, del Gobierno, de las Obras Sociales, Mutuales, Clínicas, Sanatorios, Hospitales, públicos y privados, etc.
- Hemos obtenido del BIREME la representación que posibilita que los médicos de La Plata y de los ambientes que lo deseen, reciban información respecto de las alrededor de 5.000 publicaciones periódicas mundiales, todo ello desde la National Library of Medicine de Washington, vía satélite San Pablo, Brasil y de allí al Centro de Documentación e Información de Agremiación Médica Platense.
- Hemos puesto en marcha el Departamento Cultural a fin de brindar al médico en particular y al resto de la población de La Plata en general a través de una programación amplia, la visión más omnicompreensiva posible de las modificaciones que el ser humano imprime a su medio, por vía de su tarea, su técnica, su ciencia, en una palabra, por vía del hacer cultural.
- Hemos adquirido y rehecho la propiedad lindera para factibilizar todo este quehacer.
- Hemos adquirido una impresora Offset para ponerla al servicio de la reprografía que requieran los médicos por los servicios del BIREME.

Y esta ha sido nuestra preocupación y ellos los hechos que ella generó. Hemos actuado con vocación de servicio, con sentido solidario, con proyección a lo humano, con preocupación humanística.

Hemos desechado, desoído las críticas fáciles e inconsistentes, hemos prestado suma atención a los análisis críticos de nuestra gestión.

Hemos procurado hacer lo mejor, dentro de nuestras posibilidades, en atención a que no debe hablarse mucho de lo por hacer y sí mostrar lo que se ha hecho, porque no queremos ser una expresión más de la frustración que con reiteración sufre el hombre argentino.

Hemos deseado proyectarnos y contribuir, desde nuestro ámbito de acción, a la construcción de nuestro País, al margen de ideologismos que alternativamente son usados como fundamentos por unos y por otros, hemos pres-

cindido de ellos para ponernos al servicio de la ideología que sustenta el bien común como apotegma y dispuesto de las posibilidades que brinda esta Institución, como área demostrativa de lo que se puede hacer, en función y por servicio a los demás.

Hemos, en fin, levantado la vista de nuestros pies, para poder llegar a mirar el horizonte y esta conclusión es el gesto educativo que pretendemos brindar para que las nuevas generaciones sepan y vean que querer es poder.

SEDE SOCIAL

En muchas ocasiones el Consejo Directivo ha señalado, con énfasis, que “...la Agronomía no es la casa de la calle seis...” y ello sigue siendo cierto; la Agronomía como idea y acción no se identifica con una casa, la Agronomía es y se asienta en el principio y ejercicio de la solidaridad profesional.

Sin embargo el asiento físico constituye una necesidad de ineludible satisfacción para cualquier órgano institucional, pues contribuye decisivamente a fijar su identidad y a facilitar su acción. Tal es, pues, el sentido y fin de la “sede social”.

La Agronomía Médica Platense transitó muchos años, desde su fundación en 1941, sin contar con su propia sede; recién en el año 1959, y merced a la gestión y decisión de un grupo de colegas que no vacilaron en comprometer hasta sus propios patrimonios en la empresa, concreta la adquisición de la casa en la que hoy continúa. A partir de entonces se afianza el proceso de su desarrollo y consolidación y, más aún, contribuye al logro de igual objetivo por parte de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, a la cual facilita parte de las instalaciones hasta el año 1961.

La continua expansión y creciente complejización del sistema de atención médica financiado por las Obras Sociales y Mutuales determina paralelamente crecientes necesidades de infraestructura administrativa para la Agronomía, con la consiguiente demanda de espacio físico. La proyección de la Institución hacia objetivos de extensión cultural y hacia la satisfacción de necesidades profesionales en materia de información sobre temas médicos y sociales, contribuye a su vez a la saturación material de las comodidades que brindaba la sede social.

Tal crisis de espacio debió ser afrontada por el actual Consejo Directivo y para ello, luego de analizar cuidadosamente la cuestión, se resolvió posponer,

por su elevadísimo costo y por el lapso prolongado que demandaría su concreción, el acariciado proyecto de erigir la Casa del Médico en La Plata. Es así que se procura la adquisición de una propiedad que posibilitara, con costos asimilables y en poco tiempo, soluciones para el corto y mediano plazo.

Para ello se promueve públicamente y mediante avisos periodísticos, la presentación de ofertas. De tal modo y afortunadamente se concreta la adquisición de un inmueble contiguo a la vieja sede social, por la suma de \$ 13.000.000.

Concretada la operación se analizan técnicamente las variantes más adecuadas para refaccionar y adaptar la propiedad adquirida a los requerimientos que imponía la nueva naturaleza de su uso. Es así que se decide encarar una refacción integral y remodelación del inmueble que lo dote de condiciones de racionalidad y confort para la atención de profesionales, la labor del personal y el procesamiento de la documentación de prestaciones, haciendo que ésta última transite por un circuito físico fluido que elimine al máximo posible las alternativas de demoras o extravíos de la citada documentación.

La refacción y remodelación propuestas se llevan a cabo en un período de cuatro meses y satisfacen plenamente los objetivos propuestos. A partir del mes de noviembre se trasladan al nuevo ámbito las áreas de Mesa de Entradas y Recepción de Profesionales y de Control y Procesamiento de facturación, quedando esta última vinculada mediante un montacargas con el Centro de Cómputos, que se instala en la planta alta del primitivo edificio, en un sector que se adapta a las especificaciones físicas y de microclima determinadas por la Empresa proveedora del sistema de computación.

Por último se redistribuyen, en la antigua casa las áreas de conducción y del Departamento Cultural, procurando su concentración funcional.

De tal modo la Agremiación ha sido dotada, al presente, de una sede social que satisface en forma razonable sus expectativas de desenvolvimiento. Queda sin embargo pendiente la concreción del viejo sueño de la Casa del Médico, en la cual, al par de las actividades actuales, puede nuestra Institución desarrollar en plenitud todas las actividades sociales que posibiliten el armonioso desarrollo de la familia médica platense.

SITUACIÓN DE LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE EN EL CONTEXTO SOCIAL, UNA INSTITUCIÓN DE CULTURA

Discurso del Presidente AMP 11/4/1979 - Dr. Alberto Poli (37)

El Consejo Directivo, por mi intermedio, saluda y agradece vivamente a quienes han tenido la gentileza de acompañarnos hoy en este acto sencillo y trascendente para esta Institución, el haber puesto en marcha oficialmente mecanismos, servicios, estructuras, objetivación de una filosofía conductiva que hace de ella, de la Agremiación Médica Platense, una expresión de cultura, y de lo que hoy se pone en marcha, la exteriorización política de aquella filosofía.

Es común decir entre nosotros que los médicos, como unión de iguales, de pares, conformamos un gremio. También es común la expresión de que los médicos, que estamos estratificados económica, socialmente, carecemos de intereses en común, lo que impide que configuremos un gremio, ya que hay en nuestro quehacer diferencias de clase, diferencias generacionales.

Así como no puede afirmar un artista que “esta es mi obra” sino la obra que exhibe los valores de una época, de un ámbito determinados, así también las expresiones deben enmarcarse en el momento, en el ámbito en que se generan, como traductoras de ambos; lugar y tiempo.

El gremio, como tal, nace como una expresión cultural. Tiene un origen egregio; en la universidad del medioevo: aparece en Francia como unión de los profesores los *Universitas Magistrorum* con la sola voluntad de querer enseñar y en Italia como los *Universitas Scolarium*, unión de alumnos que quieren aprender. Heidelberg cuenta a ambos gremios en sus enclaustrados muros.

El siglo pasado vio nacer a Instituciones que generó la sociedad industrial, también como unión de iguales, con sentido reivindicatorio frente a las desmedidas apetencias y deshumanización que impusieron al laborío obrero el sector patronal: el sindicato; y a éste, como unión de iguales, también como expresión cultural, pero con un sentido definido –luchar por mejor salario y mejores condiciones laborales– se lo confundió con el gremio. Si bien es cierto que tienen aspectos en común, tienen también diferencias: el gremio cultural nacido en el medioevo no tiene sentido de lucha por intereses contrapuestos, sólo pretendió afirmar su derecho por enseñar y aprender.

No es que nosotros queramos execrar, o disminuir los valores inherentes a la función sindical, que la creemos relevante en el quehacer social, siempre que ella quede enmarcada en sus finalidades específicas, sino que esta función, siendo así de importante, no es la nuestra, que está definida en el apuntar de valores hacia los que tiende: los culturales.

Y en el día de hoy, precisamente, queremos celebrar un reencuentro con la fuente: es obra de este Consejo Directivo el intentar hacer de esta Institución, una Institución de cultura, un gremio en el cabal sentido del término, una organización en la que los integrantes son pares porque son todos seres profesionales universitarios, culturalizados, en proceso de formación continuada, con las posibilidades de gozar de los superiores bienes del arte y de ejercitar la suprema aspiración de pensar y decir en libertad.

¿Quiere decir esto que abjuramos de la defensa de los intereses concretos de los médicos? ¿Nos habremos acaso de ubicar en el nirvana y esperaremos de ahora en más que los bienes nos lluevan como maná? De ninguna manera. Pero esto es lo que definimos: los intereses profesionales no pueden defenderse con medidas de acción directa indiscriminadas.

Los intereses médicos los defendemos, los defenderemos con estilos y modos de hacer universitarios: los médicos frente a pacientes hacemos un proceso analítico donde, a través de signos –elementos objetivos– y síntomas –subjetivos del paciente– hacemos un diagnóstico (día = a través de diagnóstico = saber, conocer). Así también estamos obligados a saber, a conocer, a hacer diagnósticos de situación del medio en el que desarrollamos tareas, en su realidad témporo espacial a través de los signos que ese medio ofrece y de los síntomas que sus actores exponen; y luego vendrán las terapéuticas, como síntesis, que en un caso realizamos porque es nuestra responsabilidad ineludible el hacerlo: frente a los pacientes y en el otro caso proponemos, inducimos, ofertamos su realización al medio social, con la fuerza que dé la razón de nuestras elaboraciones, la pureza de nuestras intenciones y el coraje de enunciarlas.

También esto parece impregnado de un desmedido lirismo, pero nada ha provocado mayores cambios que las ideas, y éstas cuando son expresas: Rousseau y Montesquieu provocaron, hicieron la revolución francesa, que ha sido la revolución universal por los derechos humanos; el 14 de julio fue el incidente que la efectivizó, Mariano Moreno, con la “Presentación de los Hacendados”, fue un generador típico de la Revolución de Mayo.

Así pues este es el panorama en el que pretendemos insertarnos y por ello y para ello hemos puesto en marcha nuestro Departamento Cultural sin ninguna forma de limitaciones.

A él cabe la responsabilidad de las acciones del Centro de Documentación e Información: fue creado en una anterior gestión nuestra y fue el primero en América Latina. Es el responsable de atesorar documentación: libros y revistas; e información: a través de la intercomunicación con otros centros, por su catálogo-mapa-guía, por su conocimiento de quienes son expertos, todo esto, en estadísticas, medicina social, filosofía, economía, administración hospitalaria, gremialismo, legislación, etc. Además, nuestro Centro de Documentación ha elaborado un catálogo centralizado de tales datos, de los cuales ya hay tres ediciones y una última en preparación. Tales catálogos los hacemos llegar sin cargo a las bibliotecas cooperantes.

También al Centro de Documentación e Información le cabe la responsabilidad de ser el conductor de nuestro programa de Diseminación Selectiva de Información. ¿En qué consiste? Seis mil publicaciones periódicas poco más o menos, son la producción médica mundial actual, todas ellas son receptadas por la National Library de Nueva York, quien las registra computando su temario y remitiéndola vía satélite a San Pablo, Brasil, donde un centro, el BIREME “Biblioteca Regional de Medicina”, recibe tal información y la pone a disposición de sus médicos gratuitamente.

También fue puesta a disposición de países latinoamericanos; en Argentina, esta Agronomía Médica Platense manifestó el mayor interés por ponerla en marcha y la cooperación franca, desinteresada y sincera de la Oficina Sanitaria Panamericana, a través de sus funcionarios los Doctores Flavio Roldán y Daniel López Ferrer, posibilitaron su concreción y hoy ofrecemos a través de este programa a los médicos y profesionales de la salud en general, del área de La Plata, ser beneficiarios sin cargo, con sólo el costo de las reproducciones, de esa fabulosa información.

Piénsese en lo que hoy cuesta adquirir una sola publicación periódica extranjera y que de ella sólo algunos artículos son de real interés y que por este medio les serán ofertados a los inscriptos la bibliografía de las seis mil publicaciones acerca de los diez temas por ellos libremente escogidos. Azul, nuestra ciudad mediterránea, por su Centro Médico, ya ha solicitado y obtenido ser

nuestra subsede para el programa. Lo mismo la Sociedad Médica de La Plata y el programa están abiertos para todo aquel que lo solicite.

Aquí es oportuno hacer saber que Argentina debió ser receptora primaria de la National Library, sólo la falta de comprensión y perspicacia de los responsables de entonces ha impedido y postergado el legítimo deseo de nuestro pueblo de liderar en América Latina. Es que los liderazgos sólo se ejercen sobre la base de concreción de hechos y anteponiéndolos a la grandilocuencia huera.

Además nuestra Institución ha obtenido de la Oficina Sanitaria Panamericana el derecho de reproducir la “American Letter” –carta médica–, importantísima publicación que facilitará a quienes se suscriban, el conocimiento actualizado de las novedades terapéuticas, sus indicaciones y contraindicaciones, al margen de todo interés comercial. Realmente una gran publicación al servicio de la ciencia médica y en favor de la salud, no de los intereses que se nutren a su costa.

Por lo que en favor del programa de Diseminación Selectiva de la Información, de la publicación de carta médica, ha hecho la Oficina Sanitaria Panamericana, por el aval que nos brinda, por permitirnos utilizar sus servicios de apoyo en forma irrestricta, esta Agremiación hace llegar a sus funcionarios, así, públicamente, su reconocimiento:

Y otra expresión: nuestro agradecimiento al Doctor Abraham Sonis, un argentino que está a cargo de un muy importante programa de salud para Brasil: precisamente el de BIREME y programas de formación de enfermería. Él fue el receptor de nuestra inquietud primera y quien posibilitó que en la Argentina se cumpla este programa a través de la Agremiación Médica Platense. Él es otro argentino que hace y triunfa fuera del país.

Al Departamento Cultural le corresponde también todo un programa de acción que va, desde la conducción de concursos fotográficos anuales, ya celebrados con singular éxito, a la organización de cursos, conferencias, conciertos, salones de arte, etc. donde expositores de múltiple extracción harán expresiones de su verdad, coincidan ellas o no con la nuestra: lo importante es que ellas sean puntos de referencia para que nuestros profesionales, y todo aquel que tenga interés de acercarse a tales foros, realicen sus elaboraciones propias, ejerciten la facultad de pensar y de tomar conocimientos del mundo cultural que los enmarca: nuestro pensamiento está coincidiendo con el de

uno de nuestros grandes, el Dr. Pedro A. Chutro, quien ha afirmado legítimamente que “quien sólo medicina sabe, ni medicina sabe”.

En síntesis, es aspiración que nuestro Departamento Cultural sea quien, con su accionar, posibilite la formación continuada de nuestros profesionales como tales, es decir como médicos y como seres culturales que mantienen en ejercicio la facultad de pensar.

Esta Agremiación ha realizado públicas y reiteradas expresiones de sus ideas acerca de lo que debe ser una concepción coherente para la administración de salud, es decir de lo que importa una filosofía para la salud y de lo que deben ser las políticas en tal sentido, esto como expresiones de deseo. Pero además, esta Agremiación está al servicio de la salud tal como su atención le es impuesta por las circunstancias o las factibilidades.

Al respecto cabe apuntar, que el hasta hoy nomás Ministerio de Bienestar Social y mañana de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ha tenido a través del Señor Ministro y de los Señores Sub-Secretarios, una disposición permanente para el diálogo, por receptar opiniones fueran ellas o no coincidentes con su estilo, con su manera de pensar, y lo que es más importante aún, han solicitado opinión traduciendo con ello, gran amplitud de miras, marcada sensibilidad por saber cuál es el pensamiento médico, a través de sus Instituciones.

Nuestro Centro de Cómputos para la Salud. No cabe duda que a las Obras Sociales y Mutuales les compete hoy la responsabilidad de atender, en muy buena proporción, las acciones de recuperación, rehabilitación y promoción y esta Agremiación está profundamente comprometida en tal sentido. Un familiar mío, que cumple muy importantes tareas en el gobierno de la Provincia, me preguntaba por qué la Agremiación Médica Platense intermediaba en tal cometido. Esperaba que estuviera presente hoy para mostrárselo, pero está gozando de muy justificadas vacaciones. De cualquier modo, su pregunta es válida, más de 2.100 médicos trabajan por el régimen de libre elección y pago por acto médico para Obras Sociales y Mutuales.

Nuestra Institución recibe su trabajo, lo supervisa por vía de su cuerpo médico de asesores, corrige errores, devuelve lo que no corresponde, clasifica y factura ordenadamente lo que acepta como válido, lo procesa en equipo de cómputos y lo oferta, después de esa tarea previa, a las Obras Sociales, que sólo deben realizar un contralor técnico de lo facturado, para abonar. Y todo

esto lo pagan los médicos con solo el 6 % de lo facturado, el más bajo porcentaje que conocemos. Todo esto lo ponemos al servicio de la salud. Piensen las Obras Sociales la tarea y los conflictos que debieran salvar si cada médico hiciera la presentación de su trabajo ante sus mostradores.

Pero vayamos más allá, esta Agremiación procesa mensualmente alrededor de 200.000 comprobantes de los 2.100 médicos. Cuando lo hacía por medios electromecánicos, ellos eran cuello de botella que impedían eficacia. Volumen grande por tiempo fijo obligan a la velocidad y computación es la exigencia. Decidimos ponerla en marcha; entonces el CESPI, organismo de la Universidad, fue llamado en nuestra ayuda y nos prestó su cooperación que hoy agradecemos a través de todo su personal jerarquizado y dio bases técnicas certificadas para implementar nuestra decisión. Y se licitó entre las firmas oferentes aptas, según el CESPI, la adquisición de un sistema en funcionamiento. Todas ellas certificaron, por escrito haber sido tratadas en un pie de igualdad y de ellas, por precio, por tiempo de entrega y por satisfacer plenamente el pedido de ofertar un sistema en funcionamiento, fue escogida la firma NCR y se invirtieron alrededor de 115.000 u\$s para su puesta en marcha, lo importante es que el programa de facturación ha implicado elaborar 30 subprogramas, cada uno de ellos con hasta 500 términos, totalmente inéditos; y ahora se está en la elaboración y puesta en marcha de programas de supervisión primaria de lo producido y de elaboración estadística que permitan conocer las orientaciones diagnósticas y los gastos terapéuticos de los médicos y consiguientemente los gastos en salud por acto, por ambiente, por Obra Social, etc. Es decir, ordenar el mosaico de las inversiones, si han sido justificadas o no; y todo ello en tiempo y eficientemente.

Lo que antes en facturación nos llevaba más de un mes por medios electromecánicos, hoy realizamos la impresión en pocas horas, con todos los subproductos enunciados y de 5 días que nos eran imprescindibles para la elaboración y efectivización del pago a los médicos, hoy son sólo necesarias unas tres horas. Hoy anunciamos que los médicos cobrarán a partir de la semana entrante semanalmente: todos los días viernes.

Para no fatigar, hemos de sintetizar diciendo que hemos adquirido y adaptado el inmueble lindero para sistematizar y racionalizar nuestra tarea, hecho que traducimos en una cifra: hemos prescindido de la tarea de quince empleados y hemos mejorado sustancialmente las asignaciones de los restantes.

Hemos adquirido nuestra fotocopiadora, hemos adquirido una impresora OFF-SET doble oficio para ponerla al servicio de la Institución en general y de los programas que sirven al Departamento Cultural en particular. Hemos procedido a restaurar esta belleza que es el salón de la presidencia.

Y entonces una vuelta al principio, ¿es la nuestra una Institución de cultura? ¿Es legítimo tal supuesto? Estamos convencidos que sí: Rickert en “Mundo de la naturaleza y mundo de la cultura” dice que cultura es todo lo que modifica al mundo natural. ¿Atender la salud es cultura? Sí y del mayor nivel: porque quienes son sus naturales cuidadores, son los médicos, profesionales universitarios, es decir del superior nivel cultural de un país.

Sí, porque para atenderla, hay que echar mano de una tecnología superior, de la ciencia, de la investigación, y porque además para mantener adecuados niveles de eficacia y eficiencia, es necesario cumplimentar programas de educación, de formación continuadas, en aspectos específicas médicos y culturales generales, a fin de hacer realidad el aserto de que salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social.

Sí, porque la cultura que acompaña al hombre desde sus orígenes como su sombra, que se traduce en Olduvai, hasta hoy su cuna, con elementos elaborados toscamente; que es su parasemo, en su proceso evolutivo que arriba al clímax el de su aventura espacial, asistido en ella médicamente a distancia.

Sí, porque en el dominio que realiza hoy de la energía, común denominador de lo que existe, con sentido universal, hay naturales implicancias en lo biológico, que es en última instancia la trasmutación ordenada de materia en energía y viceversa y de tal proceso nos ocupamos los médicos.

Pero además, sí, porque esta Institución que pertenece en última instancia a su medio, recibe de él las incitaciones .de sus realidades y actúa produciendo hechos que, en alguna medida, lo modifican. Por ello, es esta una Institución de La Plata, de su Municipio, de su Provincia, de su Argentina; y ha sufrido con ella los vaivenes del quehacer cotidiano, ha padecido del exabrupto de la subversión reciente, ha tenido sus víctimas, ha sufrido de las incertidumbres de no gozar de un estado de derecho, donde la voluntad enajenada a preceptos ajenos al ordenamiento legal de parte de algunos extraviados, ha impedido que sigamos siendo “esclavos de la ley para no ser esclavos de los hombres”. Es común achacar a algunos agitadores intelectualizados la suma de nuestras

desgracias. Ellas no habrían fructificado si no hubiera habido terreno fértil. Los idearios extremos se nutren de la injusticia, la estulticia, la inmoralidad, y quedan yermos cuando un pueblo entero ofrece, en contrario, un mundo de valores legítimos que vivencia.

Cuando los valores individuales cohonestan con lo de un país, cuando los superiores intereses coinciden, el pueblo que ese ámbito vive, se siente cobijado por un común sentimiento de patria, cuida su ámbito físico, su patrimonio histórico y cultural, su espíritu, todo ello naturalmente, sin esfuerzo; así el cuidado de la soberanía nacional no puede ser la preocupación de unos pocos sino el común sentimiento de todos.

En este marco conceptual, en este marco referencial, es en el que se mueve, se movió este Consejo Directivo, que estima que él es solo un área demostrativa de lo que puede hacer un núcleo humano en favor de su comunidad, cualquiera fuera su condición social o sus edades. Véase: recientemente se recordó a Einstein, quien produjo su teoría de la relatividad con lo que se está transformando científica y tecnológicamente al mundo, en plena madurez. Miguel de Cervantes Saavedra realizó su producción en los umbrales de su vejez. Erhart, el estadista alemán, condujo su milagro no siendo realmente joven. ¿Estamos diciendo entonces que no a los jóvenes? de ningún modo, estamos diciendo que jóvenes y no jóvenes son todos importantes si son capaces, porque ser joven o llegar a viejo, no son méritos aquilatables por sí. Los méritos los tienen los que son capaces de exhibirlos y coincidimos en que los más capaces deben conducir, pero a condición de que no existan prejuicios, sino el juicio que asiente en criterios lógicos de verdad. Solo así se elimina la antinomia generacional que recientemente nos asolara.

Señores, es entre nosotros un lugar común decir: el que mantiene su mirada en el suelo en el que asienta, no puede ver el horizonte. Breguemos por mirar, prever y realizar para el mañana. Nosotros hemos querido brindar un ejemplo ético para nuestros sucesores; el de que, querer es poder y esta es la realidad que hemos querido.

Boletín Informativo N° 27 - Septiembre de 1980. (38)

Solución Integral del Problema de la Salud: una propuesta de la Agronomía Médica Platense.

Con fecha 18 de setiembre de 1980, y mediante la siguiente presentación:

“La Plata, septiembre de 1980. De nuestra mayor consideración: Por especial decisión del Consejo Directivo de esta Agronomía Médica Platense tenemos el agrado de dirigirnos a Ud., con el objeto de hacerle llegar su pensamiento respecto de la problemática salud, y los factores que sobre ella inciden, lo que obliga al análisis del contexto o ecosistema. Esperamos que esta expresión nuestra, traductora fiel de nuestra óptica de la realidad actual, y de nuestra situación sectorial, sea interpretada como un levantado intento de colaboración para llegar a configurar el país que deseamos. Es de hacer notar que esta Institución es representativa de 2.300 médicos de La Plata libremente asociados a la misma, como expresión de su adhesión solidaria a los principios que sustenta y a las proposiciones que en su consecuencia formula. Saludamos a Ud. con el mayor respeto y con todas las atenciones a que se hace acreedor. Firmado: Dr. Alberto L. Poli, Presidente, y Dr. Guillermo E. Cicchetti, Secretario”.

Se hizo llegar a las más altas autoridades nacionales y provinciales, un documento en el cual se expone y fundamenta la perspectiva con que la Agronomía Médica Platense juzga debe encararse la solución integral del problema de la Salud.

El referido documento expresa:

“Pensar, traducción total de la función orgánica, es un producto natural. Exteriorizar lo que se piensa a través del simbolismo del lenguaje, es una condición inmanente de lo humano. El pensamiento producido, reglado por la lógica Aristotélica o por las nuevas formas –las no tradicionales de la lógica– puede ser sometido a criterios de verdad. Si satisface tales requerimientos, el pensamiento y las ideas que lo sustentan serán válidos, y ellos tendrán esa validez, independientemente que gusten o no, que genere placer o displacer.

Nuestros pensamientos se lanzan al ámbito público para que sean analizados, fundamentalmente, con espíritu crítico, para enriquecer al medio, para generar en éste corrientes de ideas y pensamientos que pueden o no coincidir con nuestros criterios; lo importante es que se analicen, que se generen nuevas ideas que apunten a integrar pensamientos que, satisfaciendo criterios de verdad, se orienten a la solución de problemas de la Sociedad de nuestro tiempo, de la gente que con nosotros convive, con la muy meditada actitud de creer que no ejercemos el tutelaje de la verdad.

Esa tutela es la que con soberbia exhiben aquellos en los que los juicios emitidos adquieren caracteres de apodíctico, lo que alternativamente genera declaraciones irritativas, y críticas ácidas en su respuesta. De ello, lo malo es que no promueven diálogo, sino gritos entre a manera de sordos mentales, que no se escuchan, que pretenden satisfacer egolatrías o personales susceptibilidades, mientras que, los que debieran ser beneficiarios supuestos de las acciones, gestos o pensamientos de los que se enojan sin escuchar, siguen padeciendo problemas sin comprender muchas veces lo que se habla, y sin interesarse para nada de todo ello en la mayoría de las veces.

En función de tales experiencias y pretendiendo no caer en esos errores, esta Institución Médica debe referirse a la realidad actual. Este es un imperativo que surge ante la ausencia de soluciones de fondo, coherentes respecto de un aspecto, el de la problemática salud, en el que la situación de los profesionales médicos, aparece cotidianamente comprometida en la indefinición, aunque su responsabilidad sólo emerge de la anuencia tácita ante lo que se entiende son falencias o errores conceptuales, que con sólo su experiencia, conocimiento y buen sentido pretenden paliar y/o aclarar.

Nada se logra, no hay adecuada comprensión de los hechos de salud, si no se hace un análisis crítico de situación, en la que los médicos juegan su rol; dicho de otro modo, si no se ubica al problema salud en el contexto en el que él desarrolla, de otra manera dicho en el eco, en el macro sistema en el que está inserto.

El problema salud está ubicado en el problema poblacional, y de él cabe preguntarse con absoluta objetividad cuál es su situación actual: -Desde el punto de vista jurídico, es obvio que las condiciones generales van en un proceso de evidente mejoría, ya que la ley, la norma, regula de manera general, obligatoria e impersonal las relaciones interindividuales e institucionales.

Desde el punto de vista de la Seguridad personal: -Nadie puede negar que ha mejorado la situación, ostensiblemente, como consecuencia de la erradicación

de la violencia manifiesta. Desde el punto de vista educacional: -Hay intentos por crear disposiciones y situaciones que faculten la solución de los problemas de configuración de lo humano, en sus aspectos formativos, informativos, de conocimientos, de adquisición de habilidades, destrezas, de la adquisición de responsabilidades, del ejercicio de la autoridad, de la convivencia.

Desde el punto de vista de las condiciones económicas: -El país vive un tremendo proceso en el que faltan condiciones de seguridad económica: nadie apuesta al futuro: los ingresos familiares subvierten las necesidades de hoy. Si queda un remanente él no es carta de seguridad para el futuro, porque en él, en el futuro, lo atesorado queda desleído, perdido. No existe, no puede existir ahorro, con sentido de actividad previsora.

No puede haber planificación. La consecuencia es que, en general, nadie actúa para después, todos actúan para ahora, en una suerte de apuro, con ansiedad para gastar en bienes o servicios que satisfagan actuales motivaciones, porque para mañana, no alcanzan. Consecuencia de tales apremios nadie se detiene a levantar su vista hacia el horizonte; para qué!! Si no le sirve.

Nadie se siente solidario: por qué ha de serlo si debe imperiosamente atender lo propio. Nadie está interesado en lo trascendente: cómo ha de estarlo si el tiempo se lo lleva en pensar como subsistir.

Entonces aparece esta enajenación colectiva por gastar, gastar antes que desvalorice, gastar y gozar, antes que sea imposible, gastar no importa en qué y cómo: gastos en el exterior: viajar para prendarse de valores culturales? que va!! gastar para comprar barato, gastar en el exterior aunque el país se asfixie interiormente y cree desfavorables condiciones.

Y este es un proceso de desintegración de la unidad nacional porque los valores, acerca de los cuales debe existir, para atesorarlos y vivenciarlos un proceso que debe ser inverso –integrativo, de entendimiento, comprensión y exaltación–, no tienen cabida: no hay lugar para las superiores exteriorizaciones del espíritu, cuando toda actividad está plenamente absorbida, ocupada, en la satisfacción de anhelos, necesidades materiales o inmediatas.

Entonces no hay tiempo para pensar, no hay tiempo para la solidaridad, porque egoístas, casi diríamos biológicas, imperiosas necesidades ocupan el tiempo, porque están estimuladas las egoístas individuales motivaciones. El imperio económico es el incentivo. La falta de solidaridad desintegra el país, y el país es fundamentalmente y por sobre todas las cosas su gente.

Y en esto va la consideración del aspecto poblacional que incluye la atención de los siguientes factores a ella ligados y también a la Nación Argentina: que actualmente resulta de la intrincación todo su pasado. Su historia resulta: -De su ámbito físico. -De su nivel cultural. -De su estructura jurídica. -De su gente. -Fundamentalmente de la idiosincrasia de su pueblo. Porque: -La historia, su pasado y presente son obra de sus hombres, sus mujeres; -Su ámbito físico es Argentina porque su gente la pueblan -basta observar la adecuada política actual de fronteras.

La cultura nacional es consecuencia de las modificaciones que en el ámbito natural impuso el hombre. -La norma jurídica, para ser intrínsecamente válida debe surgir y traducir aspectos de convivencia, a fin de reglarlas. Y así hasta el infinito.

Y es el hombre, el ser humano argentino el que da sentido y fundamento al país. El es el soporte de la Soberanía Nacional y su generador, porque no hay soberanía nacional sin un pueblo que efectivamente la vivencia y esté dispuesto a defenderla. Las declaraciones acerca de la soberanía, que no tengan estos fundamentos son sólo declamaciones carentes de contenido. Quienes omiten estas consideraciones, quienes no la cohonestan con sus proceder, y generan actos contrarios a estos conceptos, están socavando los basamentos mismos de la nacionalidad.

Esto no conlleva la actitud de halagar al pueblo para obtener de él réditos; sólo tiene la intención de valorarlo en su justo punto para que asuma responsabilidades, precisamente las que sepa despertar una conducción adecuada que considere a los integrantes del pueblo: personas, seres humanos argentinos, dotados del sentido ético que los obligue a la solidaridad con los demás; seres humanos que conviven en el país y que naturalmente y por ello, por convivir, sientan y produzcan la grandeza nacional que sí ha de exteriorizarse en los bienes y servicios que produzca, pero mucho más por las calidades que exhibe para lo que se le han abierto, por la adecuada conducción, las brechas para que transiten tales senderos.

La falta de consideración de lo humano a través de concepciones economicistas, son las generadoras principales de las ideologías extremas: de derecha y de izquierda. Nada escapa en la esfera de lo circunscripto, al principio de causalidad; omitir su apreciación resulta una actitud suicida de la que siempre se pide cuentas y se exigen responsabilidades.

En ese marco conceptual necesario, el país, la Nación Argentina, su población, deben integrar un sistema y éste no existe si quedan marginados a través de concepciones rígidas, zapatos chinos del pensamiento en el que la realidad se pretenda

moldearla a partir de sus propias convicciones, en lugar de extraer convicciones de las realidades que se dan para mejor conducirlas.

Esto genera habitualmente un hiatus muy peligroso entre los gestos conductivos y las realidades. Y es un hiatus que, iniciado, se amplía progresivamente sin posibilidades de retorno, con caídas estrepitosas al vacío. Este marco referencial teórico que pareciera asumir caracteres críticos, mejor llamarlos reflexivos, debe hacer pensar que el problema salud es un problema social. Que incluye a la población toda, hacedora real del país. Que compromete a los profesionales responsables de promoverla a sus más altos valores, protegerla para que no se pierda, recuperarla y rehabilitarla. Que sí debe tener en sus acciones la atención que en su orientación y gestos debe camppear la atención de lo personal, de lo humano, con consideración de los valores individuales, para cohonestar con lo antedicho.

Y por fin esto es una reiteración de las razones que han inducido a esta Institución a postular para la salud un sistema coherente: -Que sea solidario, universal y obligatorio. -En el que el Gobierno (a veces confundido con el Estado del que forma parte) sólo deba actuar como mecanismo de recaudación y resguardo (funciones de vigilancia, supervisión y normatización para hacer cumplir acciones de salud) haciendo hacer.

- Que funcione con autonomía y autarquía (evitando que los fondos tengan destinos no específicos y no gratificantes para el superior fin propuesto) que los réditos que produzca el sistema, sean obligatoriamente reinvertidos en bienes que aseguren la eficiencia, eficacia y progreso tecnológico y científico de las entidades prestadoras.

- Que utilice como efectores toda la capacidad instalada: la privada, y la pública que deberá ser privatizada, excepto aquellos establecimientos asignados a docencia, investigaciones y formación de personal (Principio de subsidiariedad del Estado y desmantelamiento y desburocratización de la empresa pública).

- En el que a los profesionales se les asigne el valor de su prestación en atención a la ponderación de los factores que inciden en su ejercicio profesional y se los libere de estar comprometidos con los incrementos que se fijan para la clase pasiva, lo que no es lógico.

- Que internalice que en los EE.UU y Rusia, y otros países plenamente desarrollados, el aporte científico y cultural produjeron un desarrollo del 20 % más que los aportes de capital (Roger) y que proceda en consecuencia.

- *Que se tenga presente que la Medicina no debe ser “castigada” o “limitada” por conceptos economicistas, que terminan por hacer del hombre un mero ser económico, lo que es el primun movens de concepciones deshumanizantes de extremas: izquierdas y derechas.*

- *Todo esto aparece como coherente y concurrente con lo que se postula para la década del 80 por parte de las Fuerzas Armadas, en las bases que produjeron para la “reorganización institucional de la Nación” donde reafirman preceptos tales como: “El bien común debe ser el principio orientador para gobernantes y gobernados”. “Uno de los pilares de la sociedad deseada es la solidaridad a través de la cual cada uno de sus integrantes da y otorga de sí lo valedero para el prójimo y la comunidad”. “Constituye la actitud fundamental que deberán asumir los argentinos para afianzar la cohesión nacional y el logro de los altos objetivos que puede y debe perseguir el país”.*

Luego agregan: “Las relaciones entre Estado, familia, grupos intermedios se encuentran reguladas por dos principios: subsidiariedad y totalidad” postulan taxativamente “el Estado debe dejar de hacer lo que la iniciativa privada es capaz de hacer por sí misma no alcanza a hacer sola...”. “Los grupos intermedios auténticamente representativos serán estimulados para que además de sus funciones específicas, asuman otras responsabilidades de interés común”.

“Estos grupos deberán mantenerse totalmente ajenos a la actividad política-partidaria”. “El sistema de Seguridad Social protegerá al individuo y a la familia ante las contingencias sociales. Se limitará la función del Estado conforme al principio de subsidiariedad y se alentará en cada individuo el sentido de responsabilidad y solidaridad”.

SAMO –DESNATURALIZACIÓN DEL HOSPITAL PÚBLICO– CONTRADICCIÓN CON LOS POSTULADOS ENUNCIADOS POR LAS AUTORIDADES NACIONALES Y PROVINCIALES

En torno a esta cuestión y con motivo de la publicitada contratación entre el SAMO y una Obra Social denominada FATIQYP, se efectuaron ante el señor Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Gral. de Brigada (R) Ibérico Manuel Saint Jean, y el señor Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Coronel Méd. (R) Joseba Kelmendi de Ustarán, las siguientes presentaciones:

La Plata, 2 de septiembre de 1980. Nota N° 650.

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos al Sr. Gobernador en nombre de la Comisión Directiva de esta Agremiación Médica Platense con el objeto de hacerle llegar fotocopia de una publicación que una OBRA SOCIAL nominada F.A.T.I.Q.Y.P. produjera en el Diario "El Día" de La Plata, en su edición del 2-IX-80, en su pág. N° 17.

Esta Comisión ha leído con sorpresa tal información, ya que en la misma se afirma que "A fin de hacer más accesible y menos costosa la atención médica del Beneficiario y su núcleo familiar, se lleva a conocimiento de los trabajadores de Industrias Químicas y Petroquímicas, que podrán concurrir a los siguientes Centros Asistenciales" y luego nomina con título remarcado Hospitales Incorporados al S.A.M.O. y da un listado de todos ellos.

Y nuestra sorpresa Sr. Gobernador está, en que esa Obra Social, de la que no teníamos noticias de su existencia, prescinde en la atención de sus afiliados de la esfera privada y acude, directamente, a la esfera pública porque en ella la atención es más barata, "más accesible, menos costosa" dicen, y esto es lo que finalmente sorprende, porque el más o el menos, impone una valoración comparativa, y ello configura en el terreno de lo económico, a la competencia.

Y es esto lo que llama poderosamente la atención, porque estando, como realmente lo estamos, plenamente convencidos de la sinceridad y honestidad de sus afirmaciones, de haberse producido de parte de las autoridades del S.A.M.O. una concertación de Servicios como la anunciada por esa Obra Social F.A.T.I.Q.Y.P. estarían contradiciendo las afirmaciones que Ud. nos hiciera llegar en su nota fechada 31-marzo-80 cuando en su 3er. párrafo, refiriéndose al S.A.M.O., declara "Asimismo, cumple una función subsidiaria del Estado, sin entrar en competencia con la actividad privada. (Esto con motivo del entredicho producido entre esta Agremiación Médica Platense y la Intervención en U.T.G.R.A.).

Como es de apreciar Señor Gobernador hay, al margen de cualquier proceso interpretativo que pudiera realizarse, elementos objetivos de juicio contradictorios que llevamos a su consideración, a fin de que produzca los hechos que estime corresponder.

Saludamos al Señor Gobernador con el mayor respeto y atención. Firmado: Dr. Alberto L. Poli, Presidente y Dr. Guillermo E. Cicchetti, Secretario".

La Plata, 2 de septiembre de 1980. Nota N° 651.

De nuestra mayor consideración:

Cumplimos en dirigirnos al Sr. Ministro, por especial decisión del Consejo Directivo de esta Agremiación Médica Platense con el objeto de hacerle llegar fotocopia de la publicación aparecida en el Diario “El Día” de La Plata, de fecha 2-IX-80, en su pág. N° 17, por parte de la Obra Social F.A.T.I.Q.Y.P.

La lectura de tal anuncio nos ha llenado de sorpresa porque: -La Obra Social F.A.T.I.Q.Y.P., informa que hace uso de los Hospitales Incorporados al S.A.M.O., “A fin de hacer más accesible y menos costosa la atención médica del beneficiario”.

La Obra Social F.A.T.I.Q.Y.P., no se ha dirigido a esta Institución, representativa de los médicos de La Plata, para establecer relaciones contractuales y esta Agremiación Médica Platense desconocía la existencia de esa Obra Social.

- Es evidente que esa Obra Social con una concepción excluyentemente economicista, pretende brindar a sus afiliados atención más barata; “menos costosa”, dicen ellos, y para ello, eligen al subsector oficial, específicamente al S.A.M.O. buscando los precios más bajos del mercado, y optando por los valores que ofrece la competencia.

- El Sr. Ministro en respuesta a una anterior presentación nuestra, nos dijo en su nota N° 101 de fecha 7 -marzo-80 con respecto a la “función subsidiaria” y “no competitiva del Estado”, “quiero expresarle que ese es el papel que desempeñan las acciones emprendidas en el Sistema y conforme a ello tal función ha sido puesta de manifiesto en estas circunstancias, por cuanto ante la falta de Servicios por parte del sector privado es el Estado quien debe brindarlos”.

Y precisamente Sr. Ministro, estas afirmaciones tuyas que celebramos, entonces y ahora, parecieran estar completamente contradichas por otras afirmaciones y/o hechos. Porque evidentemente cuando el S.A.M.O., con todos los recursos gubernamentales en su favor, vende, mejor, brinda medicina más barata, menos costosa está creando y poniendo en funciones la figura de la competencia en el terreno de lo económico.

Porque aquí el S.A.M.O. brinda atención sin considerar para nada a la esfera privada con lo que la subsidiariedad, devendría sólo un enunciado, sin contenido. Y porque el S.A.M.O. brindaría atención sin que a la esfera privada se le haya dado la oportunidad de brindar servicios, con lo que no queda muy bien configurada la llamada subsidiariedad.

Como podrá colegir el Sr. Ministro nuestra preocupación está en que a sus afirmaciones, que reiteramos compartir, se anteponen hechos que las contradicen y que no podemos decir otra cosa que nos disgustan por no compartirlas.

Saludamos al Señor Ministro con la más alta distinción. Firmado: Dr. Alberto L. Poli, Presidente, y Dr. Guillermo E. Cicchetti, Secretario.

AMP A TRAVÉS DE SUS ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO DURANTE EL GOBIERNO DE VIDELA (39)

Durante este período, la Agronomía Médica Platense estuvo presidida por el Dr. Alberto Poli realizándose 212 reuniones del Consejo Directivo, la primera el 25-3-1976 (Acta 931) y la última el 26-3-1981 (Acta 1143).

Si bien hubo varios temas significativos que se trataron y que luego analizaremos, el 62 % de las reuniones (132 actas) tuvieron una característica demasiado burocrática en donde la mayoría de las veces solo se mencionaban cuestiones de forma y no de fondo.

Indudablemente el “clima político” que se vivía en esa época con el poder represivo del gobierno militar más sangriento de la historia argentina con el consecuente genocidio de 30.000 mil desaparecidos, contribuyó a cierta “autocensura” y prudencia del Consejo Directivo de la AMP. Obviamente que en ese entonces era difícil imaginar los alcances del exterminio de personas que luego salieron a la luz durante el gobierno de Raúl Alfonsín, la reinstauración de la democracia y el informe de la CONADEP sobre la represión militar y los desaparecidos. Sin embargo es lógico entender que aun ignorando la magnitud de los hechos acaecidos, los casos conocidos, los rumores circulantes y la sensación de la falta de garantías de los derechos individuales y colectivos contribuyeron a medir las acciones de confrontación y lucha con las autoridades militares, generando una necesaria cautela.

De todos modos la AMP bregó por mantener sus principios y resistió especialmente al avance del Estado Militar contra las instituciones gremiales dado que intentaron avasallar sus históricas conquistas.

En ese sentido los temas más importantes que se trataron fueron los referentes a las obras sociales y especialmente al IOMA y la estrategia de la política gremial a desarrollar al respecto.

La problemática de las obras sociales se concentraba casi exclusivamente en la mora de los pagos, en la falta de pago aún con la promesa de la cancelación de las deudas y en la constante amenaza por parte de la AMP del corte de servicios. Esta situación conflictiva con las obras sociales se manifestó también en convenios que se intentaron realizar por fuera de la AMP y además en cobros indebidos por parte de los médicos al no poder percibir los correspondientes honorarios no pagados por las obras sociales.

En relación al IOMA se evidenciaron los conflictos con el Interventor por la constante demora en los pagos y las excusas sin asidero para no pagar en fecha. Además, las autoridades del IOMA no tomaron en cuenta las sugerencias de la AMP para optimizar las prestaciones y el mejor funcionamiento de la Institución.

Con respecto a la Política Gremial, el Consejo Directivo de la AMP fue cauteloso en entrar en conflictos sostenidos, pero sin embargo, fue persistente en el reclamo por la suba de los aranceles médicos y en remarcar el constante deterioro económico de los profesionales médicos.

Por otro lado, aunque en menor medida se trató el tema de la Carrera Médico Hospitalaria en donde no solo se reclamó para que se respeten los concursos y que se cumpla la ley evitando las injusticias, sino que se insistió en la menor expectativa de vida de los médicos debido a las malas condiciones en que se ejerce la medicina.

Teniendo en cuenta el resto de las actas durante este período, con temas significativos mencionaremos el problema del PAMI con el cuestionamiento por la forma de atención capitada que tienen los jubilados quienes están marginados de la posibilidad de la libre elección médica, los coletazos del conflicto con FEMEBA luego de la desafiliación de la AMP, y además el proyecto aun inacabado de la “Casa del Médico”.

Al final señalaremos un párrafo aparte para el tema de los detenidos-desaparecidos a partir del golpe de Estado de Videla en 1976. En las actas de todo este período hasta 1981 solo se mencionaron dos casos de médicos detenidos desaparecidos, el Dr. Alfredo Ponce y el Dr. Néstor Praderio, en julio y septiembre de 1976 respectivamente. Después de esta época ni hay pedidos de investigación a la AMP por parte de familiares de médicos desaparecidos ni tampoco figuran en las actas reclamos ante autoridades militares por parte del Consejo Directivo de la AMP por algún médico de

quien se ignoraba el paradero. Tampoco la AMP realizó solicitudes reclamando la aparición con vida de médicos desaparecidos a diferencia de toda la campaña en los medios de comunicación desarrollada durante la última parte del gobierno de Isabel Perón en 1975 por los médicos detenidos en forma ilegal. Indudablemente que no es lo mismo el contexto político durante un gobierno constitucional aun en la peor crisis que en un gobierno de facto militar con la concentración total del poder para reclamar y luchar por las libertades individuales.

Con el fin de mostrar fehacientemente qué problemas trataba el Consejo Directivo de AMP en esta época, hemos seleccionado y resumido las actas según temas y orden cronológico que detallamos a continuación.

1).- Acta sin temas significativos

Sin temas importantes a tratar: cabe consignar que todas estas ACTAS señaladas que uno refiere sin interés significativo, solo contienen la nómina de notas recibidas y notas enviadas sobre pedidos de inscripciones de nuevos socios a la Agremiación Médica. Pedidos de licencias de algunos socios por mudarse y baja del padrón, pedido de subsidios por enfermedad, pedidos de eximición de deudas. Es importante destacar que en algunos casos se solicita de reinscripción de los socios y eximición del pago de la deuda social decidiéndose en general coincidiendo la reinscripción. En algunos casos se exige el pago de la deuda facilitando la misma hacerlo en cuotas y en otros de acuerdo a la situación histórica del asociado puede pasar que haya una condonación de la deuda.

También se reciben invitaciones varias a eventos científicos a conferencias e información general. Es un periodo donde por lo que surge de las actas no se evidencian conflictos por lo que son lo menos sustanciosos e importantes. Un periodo calmo, que quizás tenga que ver con el contexto de la dictadura militar y la lógica consecuencia del miedo imperante para poder evitar problemas políticos.

(Para entender un poco de que se trataban estas actas voy a transcribir esta ACTA 1122 que tiene una información del popurrí de notas recibidas, paso a la lectura textual...)

De inmediato se toma conocimiento de las siguientes notas de la mutual APS comunicando el nuevo valor del Galeno del 1-10-80, del 4to Congreso de la Medicina Argentina invitando al acto inaugural invitándose al día 16 de noviembre del año en curso a las 19 hs en el Salón Dorado de la Municipalidad de La Plata. Otra nota se recibe de la Obra Social Salud Pública adjuntando la orden que entra en vigencia a partir del 1-11-1980 , de la Sociedad pro ciegos Luis Braille invitando a la Primera Jornada Platense de Discapacitados Visual, del Colegio de Médicos invitando a la entrega de premios ganadores de la novena jornada de cirugía realizadas en la ciudad de Necochea, de la Obra social SETIA informando modificación de la obra social según la resolución 683 de 1980 del INOS, de la Federación Médica de La Provincia de Buenos Aires solicitando colaboración para una campaña de promoción de una publicación científica llamada Acta Bioquímica Latinoamericana que se resuelve brindar la colaboración solicitada. (Acta 1122, 23-10-1980)

2).- Obras Sociales

Considera el Consejo un informe de la Presidencia sobre las relaciones con la Obra Social IPAKO en especial a lo que atañe a la injustificada actitud de la misma de proseguir efectivizando sus pagos por conducto de la Federación Médica. Sin que se haya logrado una remisión de tal actitud pese a los reiterados reclamos en tal sentido. Tras analizar la cuestión el Consejo resuelve intimar a la Obra Social aludida a que regularice sus relaciones con la Agremiación Medica bajo el apercibimiento de disponer la suspensión de los créditos a favor de la misma. (Acta 941, 3-6-1976)

Se resuelve remitir nota al Director del Policlínico del Turf señalando que los convenios concertados por dicho establecimiento para la atención de obra sociales PAMI y Ferroviarios al margen de la Agremiación Médica, marginan a los profesionales del marco de las normas gremiales médicas. (Acta 965, 16-12-1976)

El Consejo resuelve disponer la suspensión del crédito a favor de la mutual OSECAC debido a la demora en los pagos pese a las reiteradas intimaciones recibidas y a la falta de propuestas concretas de como saldar la deuda. Además efectuara la pertinente difusión periodística de la decisión de la suspensión de esta obra social y se conviene remitir nota al interventor del INOS. (Instituto Nacional de Obras Sociales) poniendo en antecedentes de los hechos y medidas adoptadas. (Acta 971, 24-2-1977)

Analiza el Consejo Directivo la situación vinculada con la obra social APS ante el incumplimiento de una parte de la aplicación de los valores arancelarios concertados y del pago en término de sus prestaciones. Se resuelve notificar a dicha Obra social que la Agronomía considera que el incumplimiento del convenio conforma de hecho la denuncia del mismo y que por consiguiente cesara su reconocimiento como responsable financiera de las prestaciones de sus beneficiarios. (Acta 992, 4-8-1977)

Luego de analizar el estado de la cuenta corriente se resuelve intimar a la Obra social YPF el pago de la deuda en mora. (Acta 997, 22-9-1977)

Dada la falta de respuesta a las reiteradas propuestas de la Agronomía de suscribir convenio que regularice las relaciones con la entidad y elimine la intermediación que ocasiona demora en los pagos en el caso concreto de ATULP como consecuencia del total incumplimiento de sus obligaciones de pago con relación a mutuales, con Galeno revalorizado casos OSDIC, APS, CEPRIMEC y OSDE, se resuelve notificarles que el Consejo Directivo ha resuelto denunciar la vigencia de los respectivos convenios a partir del 30 de noviembre de 1977 en razón de no haber recibido respuestas de las notas enviadas con fecha 7 de noviembre de 1977 y reiteradas telegráficamente el día 15 del mismo mes en las que se proponían nuevas condiciones arancelarias. (Acta 1004, 17-11-1977)

Bajo la presidencia del Dr. Poli Se trata la deuda que tiene la Obra Social Instituto Médico Labor con la Agronomía Medica y ante la falta de respuesta a los reiterados pedidos de pago se decide disponer la suspensión de crédito a la citada obra social. (Acta 1008, 22-12-1977)

Se procede a analizar la situación de aquellas obras sociales y mutuales cuya deuda ha superado el plazo de pago estipulado en los respectivos convenios. Decidiéndose intimarlas a cancelar las sumas no abonadas bajo apercibimien-

to de interrumpir la subsistencia de sus relaciones con la Agremiación. (Acta 1014, 2-2-1978)

Seguidamente se da información de la entrevista mantenida con autoridades del INOS.(Instituto Nacional de Obras Sociales) en la que se consideraron diferentes temas relacionados con la atención de pacientes por cuenta de Obras Sociales principalmente los referidos a prestaciones no contempladas en el nomenclador nacional plazo y sistemas de pagos que desarrollan las Obras Sociales y a la alternativa de suspensión de servicios en los casos de incumplimiento de las Mutuales de las obligaciones a su cargo. En el primer caso los funcionarios del INOS señalaron que la solución podía hallarse en la concertación de acuerdos bilaterales entre la Agremiación y las Obras Sociales que están facultadas para hacerlo con respecto al tercer punto fue requerido por el citado Instituto se le notificaran los casos de incumplimiento a fin de adoptar las medidas correctivas pertinentes criterio que la Agremiación acepto. Se consideró también la posibilidad de que la Agremiación aportara elementos de juicio y aun una sistematización concreta para la elaboración de un nomenclador que contemple con justicia la determinación de los aranceles de las diversas prestaciones. (Acta 1015, 10-2-1978)

Dada la situación económica del país y en base a los decretos del Poder Ejecutivo del Ministerio del Trabajo y de Economía el Consejo resuelve mantener el aumento del 35 % oportunamente otorgado a partir del 1 de enero del corriente año. Se considera la situación de la Obra Social de ISSARA motivada en la mora de los honorarios oportunamente facturados en razón de ellos se resuelve hacerles saber que a partir del 8 de abril del corriente año 1978 se deja en suspenso el reconocimiento de la misma como responsable financiero de las prestaciones que reciben sus afiliados como así mismo expresarle que la reanudación de relaciones está supeditada al previo pago de la facturación remitida más un recargo punitivo equivalente al previsto en el artículo tercero de la resolución número 344/77 del INOS. (Acta 1023, 6-4-1978)

Se considera la situación de todas las Obras Sociales que han incurrido en mora en los pagos de honorarios oportunamente facturados. Al respecto se decide intimarlas a regularizar esta anomalía bajo apercibimiento de suspender su reconocimiento como responsables financieros de la atención de sus afiliados. (Acta 1024, 13-4-1978)

Se pone a consideración la situación de aquellos profesionales que trabajan al margen de los convenios celebrados por la Agronomía con relación a la atención de pacientes a las Obras Sociales y Mutuales. Al respecto se resuelve cursar notas intimando aquellos que aún no han presentado la declaración jurada a efectuarla y aquellos que ya la han hecho para que ratifiquen o rectifiquen por escrito la declaración efectuada fundamentalmente en lo que hace al punto referido a la atención de Obras Sociales y Mutuales de organismos similares al margen de convenios suscriptos por la Agronomía. (Acta 1030, 8-6-1978)

Se considera una nota de la Obra Social del Banco de la Provincia de Buenos Aires la que documenta la percepción de honorarios profesionales adicionales de médicos que revisten el arancel básico. El Consejo Directivo decide enviar nota a los profesionales involucrados advirtiéndoles de dichas irregularidades y se le acuerda un plazo punitivo para efectuar los descargos. (Acta 1035, 13-7-1978)

Se toma conocimiento del estado de cuentas de las distintas Obras Sociales y Mutuales y se resuelve enviarles nota a todas aquellas que experimentan un atraso mayor de 30 días requiriéndoles que deberán efectivizar las sumas adeudadas antes del día 14 del corriente mes. (Acta 1039, 7-9-1978)

Dado el sostenido atraso de los pagos de deudas contraídas se decide intimar para solucionar integralmente los atrasos pendientes a las siguientes Obras Sociales; APS, Agricultura y Ganadería, Hacienda de la Nación, Techin, Luz y Fuerza, Obras Sanitarias de la Nación, Fabricaciones Militares y CEPRIMED. Se le otorga un plazo hasta el día 19 del corriente a todas las Obras Sociales bajo apercibimiento de suspensión del crédito y por lo tanto no atención de los afiliados a cargo de la Agronomía Médica. (Acta 1040, 14-9-1978)

Se decide enviar varias notas a las distintas Obras Sociales y Mutuales que mantienen un atraso en el pago de las prestaciones. Se solicita inmediata cancelación de la deuda a todas aquellas que registran atrasos por términos superiores a los acordados en los respectivos convenios comunicándole la suspensión del crédito si no cumplen con lo pactado. (Acta 1041, 20-9-1978)

Se envía nota a la Obra Social UTGRA dado que no ha cumplido con las normas reguladas de la atención de pacientes de acuerdo al convenio con esta Agronomía, por lo tanto estas posturas se consideran inaceptables y se de-

cide comunicarle que a partir de enero próximo cesaran las relaciones con la referida mutual. (Acta 1048, 7-12-1978)

Se recibe nota de la Unión de Trabajadores Gastronómicos de la República Argentina solicitando que no se disponga de la interrupción de servicios asistenciales y se compromete a través de su secretario general al logro de soluciones. Se le acuerda un plazo de 20 días para la consecución de tales fines y que se pongan al día con la deuda que están teniendo con la entidad. (Acta 1051, 28-12-1978)

Se considera el tema relacionado con el llamado a licitación efectuado por la Obra Social de Agricultura y Ganadería para la provisión de servicios de atención médica integral pidiendo cotización de precios unitarios y totales decidiendo el Consejo Directivo publicar una solicitada en donde se analicen los inconvenientes que origina someter al régimen de oferta y demanda la actividad medica haciendo resaltar justamente que la medicina y su ejercicio deben estar en un campo ajeno a lo económico. Se destaca que la actitud de la Obra Social la muestra como desoyendo las resoluciones del INOS que es quien fija el trabajo del valor profesional Médico a través de una serie de mecanismos y hacer notar la resolución adoptada en el sentido que esto representa un grave error de procedimiento de una Obra Social que lleva al deterioro de la Medicina y con quienes integran esta entidad. Miembros voluntarios que son, no participan de actos licitatorios o de gestos en los que la ley de oferta y demanda sea quien regule económicamente el ejercicio profesional médico. (Acta 1055, 1-2-1979)

Se recibe nota del Sindicato de Obreros y Empleados de la Industria del Fosforo y Afines adjuntando fotocopia del modelo de contrato conforme a la directiva del INOS que deberá firmarse con esta Agremiación en reemplazo de la existente. Se decide informarle que los convenios que suscribe la Institución se ajustan a los convenios tipo que ella ha elaborado. (Acta 1063, 10-5-1979)

Se analizan las situaciones originadas en actitudes de algunas Obras Sociales con respecto a la facturación de prestaciones que envía esta Agremiación y que se traducen en conductas no acordes con las normas establecidas con los respectivos convenios, las que originan demoras en el trámite de cancelación de las mismas. En razón de ello el Consejo resuelve se notifique a las Obras Sociales de Seguros y Reaseguros, UTGRA y Luz y Fuerza que de persistir en

dichas actitudes serán denunciados los respectivos convenios a partir del día 16 de julio del corriente año. (Acta 1067, 14-6-1979)

Se considera la situación de la Obra social de OSECAC como consecuencia de la mora en que actualmente se haya incurso y debido a los reiterados reclamos y la falta de cumplimiento y de respuestas se decide suspender el crédito a la citada Obra Social a partir del día 17 de diciembre. (Acta 1084, 13-12-1979)

Se considera la situación en mora en que se encuentran la mayoría de las Obras Sociales en relación con la cancelación de las respectivas facturas. Por lo tanto se decide a partir del primero de marzo del corriente año:

Primero el pago de la facturación de servicios médicos remitidos por esta Agrupación deberá ser efectivizado dentro de los 30 días corridos a contar dentro de la fecha de recepción de la documentación por parte de la Obra Social.

Segundo: a partir del vencimiento del plazo indicado, los importes cuyo pago hayan recaído en mora, devengará un interés punitivo equivalente al que aplique el Banco de la Nación Argentina.

Tercero: La mora del pago será juzgada como un desconocimiento de las normas bilaterales que regulan las relaciones con la Obra Social.

Cuarto: La cancelación de la deuda será condición improrrogable para el mantenimiento del crédito a favor de la Obra Social. (Acta 1087, 10-1-1980)

Se recibe nota de las autoridades de Salud Pública de SICS (Sistema Integral de Cobertura Sanitaria) respondiendo a la nota enviada por la Agrupación Médica Platense en la que se le exigía como condición para reanudar los servicios la cancelación contra entrega de la facturación donde proponen el pago del 90 % del monto facturado dentro de los 10 días siguientes a la recepción y el 10 % restante a los 60 días de recibida la facturación. (Acta 1099, 17-4-1980)

Se da lectura a una nota recibida por la Dra. Aidé Ruth A., (no se menciona el apellido por obviedad), donde plantea la existencia de diferencias en la facturación que la Agrupación emitiera a su nombre a la Obra Social YPF haciendo alusión a información recibida directamente de la citada obra social de la cual resultaría una facturación errónea de parte de la Institución a atenciones correspondientes a accidentes de trabajo requiriendo por último el inmediato pago por parte de la Agrupación a tales diferencias. El Consejo Directivo resuelve notificar a la citada profesional que no existe acuerdo de ninguna naturaleza con la empresa YPF relacionado con la atención de

accidentes de trabajo que por consiguiente resulta improcedente el reclamo e inaceptable el modo con que se lo formula que constituye un proceder incorrecto de parte de un médico adherido al recurrir al contacto directo con Obras Sociales en procura de información que deben ser solicitadas a través de esta Agremiación. Por los motivos expuestos se le formula un llamado de atención así mismo se le hace saber por toda gestión que realice ante esta Institución en su condición de médico adherido con excepción de las meramente administrativa relacionada con la presentación de sus facturas y retiro de pago deberá efectuarlas de forma personal ya que por norma la Agremiación no reconoce representantes no médicos de los profesionales adheridos. (Acta 1101, 29-5-1980)

Se informa sobre el estado de deuda de las distintas Obras Sociales y del mismo se encontrarían en mora las de Contaduría General de la Provincia AJAMOP, AEMOPBA y ATRA a quienes se les ha requerido la cancelación de la deuda sin resultados positivos. Al respecto el Consejo resuelve intimarlos formalmente a regularizar su situación dentro de las 48 horas de recibida la notificación bajo apercibimiento de adoptar las medidas suspensivas que prevé el Convenio General. (Acta 1105, 26-6-1980)

3).- Política Gremial

Analiza el Consejo la realización de unas jornadas sobre el tema de Atención de la Salud Pública que promovería la Institución propiciando la participación de todos los sectores oficiales, sindicales, obras sociales, privados vinculados a las diversas formas de atención médica de la comunidad. Se conviene en fijar tentativamente como fecha de realización de las Jornadas los días 19 /20 y 21 de agosto del año en curso y se encomienda a la presidencia el análisis concreto de las posibilidades de repercusión de dichas jornadas. (Acta 938, 13-5-1976)

La presidencia informa al Consejo sobre los sondeos efectuados con relación al proyecto de realización de la Jornada de Atención Medica señalando que se advierten signos negativos respecto de la repercusión deseada para tal evento y que por otra parte esencial para el logro de sus objetivos. Analizado el informe por el Consejo coincide en supeditar la realización de las Jornadas a condiciones mínimas de repercusión que confieran una fase positiva al evento

suspendiendo su concreción en ausencia de tales condiciones mínimas. (Acta 940, 27-5-1976)

Analiza luego el Consejo las gestiones cumplidas con el propósito de sondear la repercusión que podrían alcanzar las proyectadas jornadas sobre Atención Médica y se concluye por juzgar que las circunstancias actuales por las que atraviesa el País desaconsejan su realización. (Acta 945, 1-7-1976)

Informa la presidencia sobre el contenido y desarrollo de la entrevista que junto con la Federación Médica y el Centro Médico de Mar del Plata se efectuara con el Subsecretario de Seguridad Social del Ministerio de Bienestar de la Nación. Se destaca que en general la posición que sostiene el Subsecretario resulta manifiestamente contradictoria con los justos y legítimos intereses profesionales médicos y por otra parte debe destacarse que el cambio del actual interventor del INOS Capitán de Navío Rosillio manifestó muchas coincidencias con los representantes de las entidades médicas. (Acta 980, 12-5-1977)

Informa la Presidencia acerca de la nota recibida del interventor militar en la UOCRA (Unión Obrera de la Construcción República Argentina) requiriendo fuera dejada en suspenso la aplicación de la reglamentación de la declaración jurada sobre ámbito y modalidades del ejercicio profesional y sobre la respuesta que se produjera rechazando tal pretensión por juzgar que la misma avanzara sobre prerrogativas propias de la Institución perfectamente legales y ajustadas a las disposiciones vigentes respuesta de la cual se remitió copia al Ministerio de Bienestar Social y a las autoridades militares del área. (Acta 981, 19-5-1977)

Con la presencia de los representantes de las Asociaciones de Profesionales de Sanatorios locales citados a los efectos. Se analiza la procedencia de concurrir a la reunión interdistrital que se efectuara el 28 del corriente organizada por el consejo superior del Colegio de Médicos. Por juzgar que el temario de la misma resulta potencialmente inconveniente para los intereses del cuerpo médico local se resuelve que la Institución se abstendrá de concurrir oficialmente a la reunión sin perjuicio a la asistencia que a título particular puedan efectuar los integrantes de las Asociaciones. (Acta 982, 26-5-1977)

La presidencia informa sobre la entrevista mantenida con el interventor del INOS en cuyo transcurso se analizó en especial el problema arancelario y la

necesidad de arbitrar un mecanismo de corrección progresivo que lleve los valores a niveles mínimos retributivos y compensatorios de trabajo profesional. (Acta 984, 9-6-1977)

Se resuelve elevar al Sr. interventor del INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) una presentación planteando la necesidad de producir un aumento de los aranceles de prestaciones que palie en la mayor medida posible el pronunciado deterioro sufrido por los mismos en el curso de los últimos años y en especial a partir de 1972. Tal como se expone en gráficos comparativos que se remitieron acompañando la nota. (Acta 991, 22-7-1977)

Se analiza el contenido de la Ley y decreto del SAMO remitidas a tal fin a la Agronomía por la Subsecretaría de Salud Pública. Se resuelve formular una presentación ante dicho Organismo efectuando un análisis crítico de las normas dictadas y destacando que la institución considera que la estructura implementada no satisface ni los propósitos del Ministerio de Obra Social ni las necesidades de la atención médica de la población y que además aparece como contradictoria con los postulados básicos de organización del país formulada por el Gobierno Nacional. (Acta 1002, 4-11-1977)

La presidencia hace referencia a la creación de subcomisiones que se aboquen al tratamiento de temas específicos relacionados con los logros básicos en que se podría sintetizar la gestión del actual Consejo y que serían la Casa del Médico, Investigación Biomédica y Departamento Cultural. A continuación el director de del Departamento Cultural expone en forma detallada sobre las actividades programadas para llevar a cabo en el transcurso del año entre ellas los cursos de inglés, francés, orientación vocacional para alumnos de 4to y 5to año secundario, ciclo de cine, concurso fotográfico etc. (Acta 1102, 5-6-1980)

Lo interesante de esta acta es que se inicia la sesión tomando conocimiento de las notas del Presidente de la Nación y del Comando en Jefe del ejército acusando recibo de la nota sobre la problemática de salud. El documento enviado fue "Solución Integral del Problema de Salud: una propuesta de la Agronomía Médica Platense" (Ver en este Capítulo Boletín Informativo N° 27- septiembre de 1980). (Acta 1120, 9-10-1980).

4).- IOMA

Se resuelve cursar nota al interventor del IOMA planteando el serio problema que constituye en la demora en los pagos que debe efectuar el Instituto y se hace copia de la nota y se remite al Sr. Gobernador de la Provincia al Ministro de Bienestar Social y a las Autoridades Militares del Área. (Acta 966, 13-1-1977)

Se Analiza el proyecto elaborado por IOMA, por el que se implantaría un sistema de chequeras sustitutivas del actual recetario para las prescripciones de medicamentos. Se resuelve comunicar al IOMA que por considerar inadecuados varios aspectos reglamentarios en especial los referidos a la reducida cantidad a bocas de expendio insuficiente cantidad de formularios por chequera, insuficiente espacio para la prescripción y dudosa validez de las consideraciones y estadísticas tomadas en cuenta, la Agrería estima que no se dan las condiciones para la puesta en marcha del nuevo mecanismo. (Acta 968, 27-1-1977)

Informa la gerencia sobre el contenido de la conversación telefónica que sostuviera el interventor del IOMA. A instancia del mismo, destaca las expresiones de dicho funcionario atribuyendo responsabilidad a la Agrería por los retrasos en pago, como consecuencia de un deficiente procesamiento de facturas, que han sido ingresadas las mismas en forma muy tardía al Instituto, expresiones que fueron oportunamente rebatidas en el curso de la conversación, mediante la exposición de cifras concretas que demostraban la poca incidencia de facturación fuera de término. (Acta 973, 11-3-1977)

Se resuelve cursar nota al interventor del IOMA requiriendo la inmediata regularización de pagos por parte del Instituto que nuevamente ha incurrido en mora. Se resuelve asimismo señalar a el mismo que tal situación implica recaer en la irregularidad que en su momento motivara la gestión de la institución ante el Sr Gobernador de la Provincia. (Acta 988, 7-7-1977)

El secretario general Dr. Héctor Vidal y el gerente Dr. Enrique Valerdi, informan acerca del desarrollo de la entrevista mantenida con el interventor del IOMA en relación al sistema de pago anticipado que pondría en práctica el Instituto. Se destaca que no pudo arribarse a un acuerdo en cuanto al plazo con que se efectivizaría el anticipo de pago que IOMA pretende sea de 15

días frente a los 5 días propiciado por la Agremiación. El Consejo Directivo resuelve insistir en la posición sustentada. (Acta 993, 11-8-1977)

Analiza el Consejo Directivo el estado actual de las tratativas con el IOMA vinculadas con el sistema de pago anticipado a aplicar por dicho instituto en relación con el cual el IOMA ha efectuado una gestión ante la dirección general impositiva de resulta de la cual se impondría a la Agremiación Medica Platense la condición de agente de retención de impuestos a las ganancias. Atento que tal hecho implica una severa complejización del procedimiento administrativo interno de la Agremiación que redundaría negativamente en el proceso de liquidación de pagos se resuelve informar al IOMA que hasta tanto no se haya puesto en operaciones el sistema de computación adquirido por la Agremiación resulta prácticamente imposible a la misma el asumir la condición de agente de retención. (Acta 994, 18-8-1977)

Se lleva a cabo la presente sesión del Consejo Directivo a efectos de considerar la situación promovida ante la suspensión de servicios al IOMA dispuesta por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y definir la posición de la Agremiación al respecto. Tras analizar el problema en profundidad se resuelve no innovar en cuanto a la prestación de servicios en el área de La Plata, expresando mediante solicitada periodística la coincidencia conceptual de la Agremiación Medica Platense con la posición sustentada por la Federación Médica aludiendo a la situación especial que se plantea en el área de La Plata como consecuencia de gestiones en desarrollo a nivel del Sr Gobernador de la Provincia de Buenos Aires. Se dispone asimismo indicar a los médicos adheridos que procuren restringir sus prestaciones a los afiliados al IOMA que residen en la ciudad de La Plata de modo tal de no interferir con las medidas dispuestas por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires. Por último y en relación al IOMA se resuelve intimar la regularización de pagos y la pronta concreción de las tratativas para la firma del convenio. (Acta 995, 29-8-1977)

Se considera en primer término el tema referido al convenio con IOMA. En tal sentido se resuelve hacer llegar personalmente al Sr Interventor de ese Instituto el anteproyecto elaborado por la Agremiación Medica Platense para su consideración y expresarle el desagrado de la Institución por la poca trascendencia que se le dio al mismo cuando fue remitido originariamente y requerirle una entrevista para conversar sobre el tema. Con relación al tratamiento del

sistema de coseguros considerado inmediatamente se resuelve, dejar sin efecto a partir del 21 de noviembre del 1977 el reconocimiento como responsables del pago del coseguro de IOMA a las siguientes entidades UPCN, AJAMOP, SOEME, Salud Pública, AERI y ATULP. (Acta 1004, 17-11-1977)

Se pone en consideración un proyecto de convenio que ha hecho llegar la organización Pasteur y se resuelve no aceptarlo por razones que no se ajusta a normas convencionales que para este tipo de actos tienen consideración la Agremiación. (Acta 1005, 1-12-1977)

Se considera el estado en mora en que se encuentra el IOMA con relación al pago del 10 % de los honorarios que son retenidos al efectuar el anticipo y se resuelve enviar nota reclamando su cancelación y al propio tiempo que se propone la adopción de decisiones en forma conjunta tendientes a suplantar un sistema que no ha dado resultados satisfactorios. (Acta 1068, 21-6-1979)

5).- Carrera Médico Hospitalaria

Se hace presente en la sección el Dr. Horacio Maio a efectos de informar sobre las actuaciones cumplidas en el seno de la comisión de estudio de la reforma de la Carrera Medica que integran en representación de la Agremiación sobre el particular el Consejo analiza sobre la base de lo informado por el Dr. Maio como aspectos tales como la posibilidad del bloqueo del título profesional como condición para el desempeño de determinadas funciones. Se considera asimismo la modalidad proyectada para implementar el sistema de residencias médicas y las propuestas para convertir a las mismas en el escalón inicial de la Carrera. (Acta 974, 17-3-1977)

Se analiza el régimen de licencias en Carrera Médica Hospitalaria equiparante en el orden administrativo provincial. Luego de varias consideraciones se conviene en que se elevará al Ministerio una evaluación estadística sobre el promedio de vida de los médicos tendiente a demostrar la inaplicabilidad de igual criterio en ambas esferas de trabajo. (Acta 1006, 7-12-1977)

Se recibe nota presentada por los médicos de la Dirección de Sanidad de la Municipalidad de La Plata por la que se solicita la intermediación de la Agremiación para lograr la equiparación de sus regímenes de licencias al de la Carrera Medica Hospitalaria. Se decide enviar nota al Intendente Municipal, en apoyo de la gestión agregando como aval de la misma copia del trabajo

sobre expectativa de vida de los médicos conjuntamente con copia de la nota enviada al Ministro de Bienestar Social solicitando la derogación de la Ley 8942. (Acta 1010, 5-1-1978)

Se considera la nota enviada por el Director de personal de la Municipalidad de La Plata, solicitando la designación de representantes para integrar el jurado que evaluara a los postulantes a ocupar cargos en la Carrera Sanitaria Municipal. Se resuelve comunicarle que tal designación y que lo que la misma implica desde el punto de vista institucional no resulta compatible dada la circunstancia que hasta la fecha no se recibió respuesta que la nota 354 del 17 de octubre de 1977 por lo que esta Agremiación ha formulado observaciones al régimen de Carrera sobre el que fue consultado por esa comuna. (Acta 1027, 4-5-1978)

Seguidamente se toma conocimiento de la nota presentada por el Dr. Julio Pose con relación con el concurso iniciado en el año 1974, hace 4 años para cubrir el cargo de Jefe de Servicios en el Hospital de Niños de esta ciudad. Relata en ella el citado profesional que aún no hay resolución para los servicios de Clínica médica y lactantes situación que considera un gran daño moral y material a colegas que como el llevan muchos años de servicio en el Hospital y que no pueden acceder a funciones por circunstancias incomprensibles, pone de manifiesto también que esa falta de resolución imposibilita la inscripción de un nuevo concurso para el acceso a funciones superiores como departamentos y servicios cuyo plazo finaliza el día 5 de junio. El Consejo decide hacer llegar copia de la nota presentada por el Dr. Pose al Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires del Distrito I, expresándole a su vez su total coincidencia con los términos de la misma y proponiendo a sus autoridades concurrir conjuntamente a entrevistar al Sr Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires con el fin de interiorizarlo de la situación existente y requerirle una pronta solución al problema. (Acta 1029, 26-5-1978)

Seguidamente se comenta del tema que a través de versiones llegadas a la Institución. Hace referencia a la situación de algunos profesionales de Carrera Medica Hospitalaria que habrían pasado a desempeñarse en comisión en el Policlínico del Turf, actualmente intervenido por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, en razón de que ello configuraría una situación irregular, dado que un agente de la administración pública desempeñaría sus funciones

en un establecimiento privado que cobra aranceles por las prestaciones que pudiera realizar. El Consejo Directivo resuelve enviar nota al Sr. Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires haciendo referencia al tema, solicitándole al mismo tiempo si ello fuera posible se informe a esta Agronomía sobre los hechos referidos a fin de poder desvirtuar fundamentadamente las versiones circulantes. (Acta 1033, 29-6-1978)

6).- PAMI

Analiza luego el Consejo la cuestión vinculada con la modalidad de atención médica que se presta a los jubilados afiliados al PAMI marginados de todos los principios médicos gremiales fundados en la libre elección del médico por el paciente. Se resuelve en tal sentido cursar nota al presidente del PAMI exponiéndole las falencias del sistema vigente y proponiendo la concertación de acuerdos para conferir vigencia a mejores sistemas de atención. (Acta 935, 22-4-1976)

Se considera en especial la cuestión vinculada con la atención de jubilados nacionales en el área de La Plata por el sistema de capitación aplicada por el PAMI resolviéndose al respecto a difundir públicamente la posición de la Agronomía respecto del mismo señalando críticamente sus falencias y contradicciones del marginamiento gremial en que incurre los profesionales que actúan dentro del mismo. (Acta 983, 2-6-1977)

Se pone nuevamente a consideración la situación planteada en anteriores reuniones con respecto a la atención de pacientes del PAMI, motivada en existentes versiones sobre la existencia de acuerdos o convenios entre Institutos Sanatoriales y esta Obra Social del PAMI que estarían al margen de los convenios celebrados por esta Agronomía mediante los cuales dichos Institutos facturarían los honorarios que corresponden a la atención de beneficiarios del PAMI. Al respecto el Consejo resuelve cursar nota a todas las Clínicas y Sanatorios de La Plata como asimismo a la Federación de Clínicas y Sanatorios y Asociaciones de Profesionales a fin de que informen sobre la existencia de tales acuerdos para adoptar en su caso la medida que se estime corresponda. (Acta 1032, 22-6-1978)

7).- Relaciones con FEMEBA

El Consejo analiza los términos de la nota remitida por las autoridades de la Federación Médica en la cual se formulan incorrectas apreciaciones sobre el contenido y sentido de las manifestaciones públicas efectuadas por la Agronomía con motivo de la denuncia por parte del IOMA del convenio con la citada Federación. Se resuelve contestar a la nota desechando toda polémica inconducente y dando por concluida la cuestión. (Acta 945, 1-7-1976)

Se toma conocimiento de nota de la Federación Médica solicitando el reintegro de la suma de 463.260 pesos importe que según se expresa había sido erróneamente pagado a la Agronomía. El Consejo analiza la cuestión como así mismo un informe de tesorería que establece que desde la desafiliación de la Agronomía, la Federación ha retenido indebidamente como aportes unilateralmente impuestos más de 500.000 pesos. Dados los hechos y consideraciones expuestas se resuelve notificar a la Federación que esta Institución retendrá la suma reclamada como compensación de los aportes indebidamente retenidos. (Acta 947, 15-7-1976)

8).- Casa del Médico

Se consideran los presupuestos presentados para el estudio de suelo al llevarse a cabo en el terreno de la Agronomía Médica Platense ubicado en Diagonal 73 esq. 10 como inicio del proyecto de la construcción de la Casa del Médico, aprobándose el de la empresa POL y que asciende a la suma de \$ 3.500.000 pesos. (Acta 1098, 10-4-1980)

Se analiza el tema referente al Proyecto la Casa del Médico para la cual se considera necesario constituir una comisión para la confección del mismo, como también la constitución de un jurado que debería integrarse con un miembro del Consejo, dos médicos agremiados y un representante de las empresas en calidad de veedores de un concurso para considerar los proyectos que se presenten y asimismo se resuelve que el edificio a construirse tendrá un máximo de 8 plantas. (Acta 1103, 12-6-1980)

Se recibe una nota del Arquitecto Almeida Curth elevando una nómina de profesionales arquitectos invitados a elaborar el anteproyecto de la construcción de la Casa del Médico la cual se estudiará. (Acta 1132, 8-1-1981)

9).- Detenidos desaparecidos

Informa la presidencia sobre las gestiones cumplidas con motivo de la detención por personal que pertenecería a las fuerzas de seguridad del Dr. Alfredo Ponce, tales gestiones se cumplieron ante las autoridades militares del área. El Consejo aprueba y ratifica la actuación de la Presidencia. (Acta 948, 22-7-1976)

Informa la Presidencia acerca de las gestiones cumplidas ante la jefatura de la Policía de la Provincia de Buenos Aires con el objeto de esclarecer la situación del Dr. Néstor Praderio, presuntamente detenido por fuerzas policiales provinciales en el instituto General San Martín de esta ciudad. (Acta 957, 30-9-1976)

Se hace conocer el texto de una correspondencia llegada por correo a la Institución en la que se incluye fotocopias de notas que la Asamblea Permanente de los Derechos Humanos enviada al Presidente de la Nación con relación a la situación de ciudadanos desaparecidos en la Argentina no consignándose el remitente. (Acta 1062, 3-5-1979)

Aunque en la época que estamos analizando no se hayan conocido los detenidos-desaparecidos por el golpe militar genocida encabezado por Videla consideramos necesario para preservar la memoria histórica del “NUNCA MÁS” reconstruir la lista de médicos asesinados en el país y especialmente en La Plata, con los conocimientos actuales.

En la Tabla I se detallan según sexo y edad y otros datos de interés los médicos desaparecidos por el terrorismo de Estado especialmente durante 1976 y 1977, en distintos lugares de la Argentina y en la Tabla II se analizan aquellos médicos víctimas de la represión ilegal pertenecientes a la zona de La Plata y alrededores.

Tabla I: Nómina de Médicos desaparecidos en la República Argentina durante el genocidio militar, especialmente en los años 1976, 1977*.

Apellido y Nombre	Sexo	Edad	Profesión	Trabajo	Fecha de desaparición
ACUÑA VICTORIO	M	51 años	Médico	Médico	06/06/1978
AGUIRRE LUIS MARIA	F	38 años	Médico	Hospital Araoz Alfaro	08/05/1977
ALVAREZ HORACIO JOSE (CACHO)	M	25 años	Médico	Hospital Rawson, Córdoba	13/04/1976
ANGEROSA DANIEL MARTIN	M	25 años	Médico	Cirujano en Hospital Centenario, Gualeguaychú	17/02/1976
APAZA CARLOS ROMAN	M	26 años	Médico	Sanatorio Ciudadela	07/05/1977
ARAUJO HECTOR ANTONIO (CIRO)	M	33 años	Médico	Hospital Rawson, Córdoba	25/04/1976
AREDEZ LUIS RAMON	M	47 años	Médico	Pediatra. Ex Intendente Libertador Gral. San Martín, Jujuy en Ingenio Ledesma. Médico en Sindicato de Obreros y Empleados del Ingenio Ledesma.	13/05/1977
ARGENTO FONTAINE ABEL EDUARDO	M	31 años	Médico	Pediatra en Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez, Santa Fe	01/09/1977
ARROYO JORGE	M	30 años	Médico	Médico	13/06/1976
ARZANI DE CAPELLA JUANA MARIA DEL VALLE	F	26 años	Médico	Obstetra	02/11/1976
BARDI, MARIO ANIBAL	M	27 años	Médico	Médico	19/01/1977
BARRERA ORO JAIME	M	26 años	Médico	Médico	12/10/1976
BECKER SUSANA BEATRIZ	F	34 años	Médico	Médico	26/08/1977
BELLAGAMBA HUGO FRANCISCO	M	43 años	Médico	Psicoanalista en Consultorio Particular, San Nicolás.	19/04/1976
BORRONI RODOLFO MARIO (MONO)	M	25 años	Médico	Hospital De La Vega, Moreno	03/03/1977
BOSSIO ALBERTO OSCAR	M	37 años	Médico	Clínica Del Este	18/11/1976
BRUSCHTEIN SANTIAGO	M	57 años	Médico	Bioquímico en Laboratorio en 25 De Mayo 139, Morón; Farmacia La Moderna, Morón (propietario)	11/06/1976

BUSTAMANTE DE ARGAÑARAS GRACIELA	F	26 años	Médico	Hospital Del Niño Jesús, Tucumán.	29/04/1977
CALLEJA DANIEL EDUARDO	M	25 años	Médico	Psiquiatra en Hospital Posadas	22/03/1977
CALVO JORGE DONATO	M	27 años	Médico	Cirujano en Hospital Ramos Mejía	11/09/1977
CANEI DE SALINAS JUANA FRANCA	F	28 años	Médico	Clínica Beccar	17/11/1976
CARLAS SALAS EDUARDO	M	29 años	Médico	Sanatorio Santa Isabel, Hospital Posadas	14/01/1977
CASSANO OFELIA ALICIA	F	26 años	Médico	Jefa de Residentes en Hospital Italiano	23/03/1977
CASTRO HUERGA DE MARTINEZ MARIA ANTONIA	F	28 años	Médico	Psiquiatra en Hospital Italiano	23/11/1977
CHAPETA LARIO ANA MARIA RAMONA	F	33 años	Médico	Cirujana en Hospital De Tránsito	27/02/1976
COLLARINI CARLOS ALBERTO	M	39 años	Médico	Ginecólogo	01/09/1977
COLOMER ROBERTO	M	32 años	Médico	Pediatra en Instituto Nacional de Epidemiología, Mar del Plata.	20/05/1977
CONSTANTINI MARIA CRISTINA	F	30 años	Médico	Clínica De La Plata	25/01/1977
DE ANGELI RUBEN MARIO	M	27 años	Médico	Cardiólogo en Instituto Gral San Martín, La Plata.	13/01/1977
DE LA ROSA DE DIAZ ELENA	F	37 años	Médico	Pediatra en Casa Cuna, Hospital Muñiz, Bs. As.	18/09/1976
DELGADILLO DE SAN EMETRIO MARIA ILDA	F	44 años	Médico	Obstetra en Penal De Olmos	22/08/1977
EIROA MARTA GRACIELA (YOLI)	F	30 años	Médico	Ginecóloga en Hospital San Fernando	05/05/1976
ELIAS RAUL NICOLAS	M	32 años	Médico	Hospital De Urgencias De Córdoba	12/04/1976
ESPECHE DIAZ RAFAEL CARLOS	M	29 años	Médico	Hospital Central, Mendoza. Profesor en Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.	01/03/1976
FALICOFF ALBERTO SAMUEL	M	36 años	Médico	Pediatra en Cnea, Sindicato Luz y Fuerza. Pediatra en Hospital de Niños de Córdoba.	25/11/1976

FANJUL MAHIA JOSE FERNANDO	M	24 años	Médico	Médico	03/10/1977
FERNANDEZ PEDRO JULIO	M	31 años	Médico	Médico en Hospital Álvarez (terapia De Internación)	25/04/1977
FERNANDEZ SAMAR ENRIQUE HORACIO (PIPO)	M	27 años	Médico	Médico	02/12/1976
FERRARI ALEJANDRO DANIEL	M	26 años	Médico	Policlínico Ferroviario	22/07/1977
FRANANO CARLOS HUGO	M	34 años	Médico	Hospital C. T. García	15/08/1976
FRANCESIO JORGE LUIS	M	32 años	Médico	Médico Pediatra en Sanatorio Plaza, Rosario	01/10/1977
FUENTES RAUL HAROLDO	M	41 años	Médico	Psiquiatra	13/06/1976
FURMAN OSCAR CESAR	M	27 años	Médico	Grafa	28/11/1976
GALLINA EUGENIO FELIX	M	65 años	Médico	Hospital Piñeiro	24/02/1977
GARCIA GUSTAVO ADOLFO	M	27 años	Médico	Crift Hospital Castex	13/12/1976
GOIBURU AGUSTIN	M	46 años	Médico	Médico Traumatólogo en Hospital San Martín	09/02/1977
GOLDAR PARODI EDUARDO ALFREDO	M	31 años	Médico	Fun. Gemetica Hu	09/09/1977
GOLDBERG DANIEL ALBERTO	M	31 años	Médico	Clínico	24/04/1977
GOMEZ NORBERTO	M	27 años	Médico	Hospital Argerich	13/11/1976
GRIGERA GUSTAVO ALBERTO	M	28 años	Médico	Hospital Italiano	18/07/1977
GUIDET CARLOS FRANCISCO	M	32 años	Médico	FOETRA Hospital Mariano Castex	08/08/1977
GUIDOT OSCAR ROGER MARIO	M	34 años	Médico	Médico en Hospital Rawson, Córdoba	06/04/1977
H Aidar ADRIANA ISABEL	F	28 años	Médico	Hospital Finochieto	27/02/1977
HERRON FERNANDEZ JAIRO DE JESUS	M	35 años	Médico	Médico	05/03/1977
IRASTORZA HECTOR MANUEL	M	25 años	Médico	Caballería B N9	10/02/1977
ISTUETA DE BARDI CLAUDIA (TERESA)	F	25 años	Médico	Médico	05/11/1977

KALEJMAN JULIO	F	30 años	Médico	Clinica Modelo CAM	11/08/1977
KIPER LUIS SAUL	M	40 años	Médico	Asist Pública	30/07/1977
KNOBEL ALEJANDRO VLADIMIRO JOSE	M	32 años	Médico	Médico	12/11/1976
KRAMER ROGER	M	33 años	Médico	Médico en Uom	24/12/1975
LEBED MARIA SUSANA	F	25 años	Médico	Hospital F.Varela	30/09/1976
LEIVA NORMA BEATRIZ	F	35 años	Médico	Médica (jefa de Patología) en Hospital Ramos Mejía y Hospital Fernández	16/06/1977
LESGART ROGELIO ANIBAL	M	31 años	Médico	Hosp. de Clínicas	25/04/1976
LIBEROFF MANUEL	M	54 años	Médico	Médico y periodista	19/05/1976
MAINER MARIA MAGDALENA	F	28 años	Médico	Médica en Hospital San Roque, Gonnet	18/09/1976
MALAMUD DE AGUIRRE LIDIA MARINA	F	32 años	Médico	Médica	19/10/1976
MARTINEZ DE GONZALEZ MARIA LUISA	F	51 años	Médico	Partera	07/04/1977
MASSA RICARDO ALBERTO	M	30 años	Médico	Hospital Provincial	26/08/1977
MEDINA RUBEN RAUL (GERONIMO)	M	26 años	Médico	Médico	02/03/1977
MEUDE JORGE	M	30 años	Médico	Médico	01/06/1977
MORENO RIVERO MIRIAM ROSA	F	31 años	Médico	Médica en Hospital San Roque, Gonnet	29/09/1976
MURA DE CORSIGLIA MARIA CRISTINA	F	27 años	Médico	Médica en Asociación Española. Médica pediatra (neonatología) en Hospital Italiano	10/08/1977
PALACIO GONZALEZ DE VERD SARA EUGENIA	F	31 años	Médico	Obstetra	02/07/1971
PARGAMENT ALBERTO JOSE	M	31 años	Médico	Médico Psiquiatra	10/11/1976
PASTORINI ALEJANDRO RAMON	M	34 años	Médico	Psiquiatra	07/08/1976
PEDRAZA HORACIO VITAL	M	28 años	Médico	Médico en Director Médico De Sala De Primeros Auxilios En Gerli.	06/02/1977
PEREZ DANIEL RICARDO	M	30 años	Médico	Empleado en Clínica Mayo, R. Mejía	13/04/1977

PIRIZ LUIS JULIO	M	39 años	Médico	Médico y Periodista en Diarios La Opinión y El Mundo	25/05/1976
PISTANI MARIA ALICIA	F	25 años	Médico	Médico	06/06/1976
PONCE CAPALBO ALFREDO TOMAS	M	34 años	Médico	Médico en Hospital de Quilmes, Director de Penales, La Plata	07/07/1976
PRIGIONE ARMANDO ANGEL	M	31 años	Médico	Médico en Hospital Gonnet	25/02/1978
PRIVITERA SALVATORE (TANO)	M	33 años	Médico	Médico	11/11/1980
QUINTELLA DALLASTA SILVIA MONICA	F	28 años	Médico	Médico	17/01/1977
RAMIREZ NORBERTO JULIO " SUKI "	M	35 años	Médico	Médico Pediatra en Hospital Gandulfo	16/03/1978
REPETUR JORGE ORLANDO	M	28 años	Médico	Médico	30/09/1976
REY DE GALLINA MARTHA LIDIA	F	37 años	Médico	Obstetra	24/02/1977
RISAU JUAN CARLOS	M	46 años	Médico	Psiquiatra en Hospital Borda	21/07/1976
RODRIGUEZ ALVAREZ ANIBAL	M	33 años	Médico	Secretario Gremial de la Federación Argentina de Psiquiatras	04/06/1977
ROITMAN JORGE MARIO	M	32 años	Médico	Médico Clínico en Hospital Posadas	01/12/1976
RUSSO GERONIMO ISIDORO	M	32 años	Médico	Médico en Hospital de Rivera	05/05/1977
SAN EMETERIO CESAR	M	28 años	Médico	Médico en Unidad 9 La Plata	22/08/1977
SARACENO HECTOR	M	29 años	Médico	Docente en Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.	16/07/1976
SCIMIA LUCIANO CAYETANO (DANIEL)	M	27 años	Médico	Universitario: UNLP, Medicina Medicina	03/03/1977
SIRRI ERNESTO	M	32 años	Médico	Médico	07/05/1976
SLUTZKY SAMUEL LEONARDO	M	40 años	Médico	Coordinador en Unidades Sanitarias de la Municipalidad de La Plata	22/06/1977
STOLA SAMUEL ANGEL	M	43 años	Médico	Médico Pediatra en Hospital de Niños de La Plata	09/11/1976
STREJILEVICH HUGO DANIEL	M	29 años	Médico	Médico	19/04/1977

TALBOT WRIGHT HECTOR EUGENIO	M	31 años	Médico	Médico Córdoba	16/10/1976
TAMBURINI GUILLERMO	M	32 años	Médico	Médico en Hospital Rawson	16/07/1976
TARTALO CORREA RUBEN LINDOR	M	44 años	Médico	Médico	24/06/1976
TINTA JOSE ANTONIO	M	39 años	Médico	Médico en Clínica Sta Cecilia, San Fernando	12/06/1977
TOSSI LUIS	M	33 años	Médico	Médico Psiquiatra Y Profesor en Uba	14/04/1978
TREJO VALLEJOS PABLO DAVID	M	38 años	Médico	Médico en Hospital InterZonal Mar del Plata	19/04/1977
UJHELLY JOSE LUIS	M	34 años	Médico	Médico	05/01/1977
VACA RUBIO RAUL ALBERTO	M	22 años	Médico	Médico Tucumán	20/09/1976
VALLEJO GRACIELA ALBA CAMILA	F	29 años	Médico	Médica Pediatra en Sanatorio San Patricio, De Cusatis, Hospital Gutierrez	09/09/1977
VARAS ALFONSO AL- BERTO SEGUNDO	M	31 años	Médico	Médico Cirujano en Hospital Municipal De San Isidro Y Soc Fomento El Lucero	05/08/1977
VEGA DE ESPECHE MER- CEDES EVA SALVADORA	F	31 años	Médico	Médica en Hospital Lago Maggiani	07/06/1976
VERDIELL JOSE ENRIQUE	M	30 años	Médico	Médico	20/04/1976
ZAGO DE ARANCIBIA MARIA EUGENIA	F	33 años	Médico	Médico	11/05/1976
*Fuente: http://www.desaparecidos.org/arg/victimas/listas/medicos.html - http://basededatos.parquedelamemoria.org.ar					

Tabla II: Nómina de Médicos desaparecidos en la ciudad de La Plata durante el terrorismo de Estado bajo el gobierno militar de Videla**.

**** Registro unificado de víctimas del terrorismo de Estado
Salud pública**

La Plata, Berisso, Ensenada y Brandsen por lugar de trabajo o de los hechos denunciados

INFORMACIÓN EN PROCESO DE AMPLIACIÓN, CORRECCIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE Programa Ruvte, Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Mayo de 2017.

BOSSIO ALBERTO OSCAR, URRIZA	CONADEP 3414
ARGENTINO - 34 años	
SECUESTRO : 24/11/1976. Calle 30 N° 1134 _ e/ 55 y 56 - LA PLATA - BUENOS AIRES	
ASESINATO / ejecución en operativo de cerco y asalto a domicilio y sustracción de menores	
LABORAL: MÉDICO - Hospital "Gral. San Martín" / Policlínico de La Plata / Instituto Gral. San Martín / Clínica Del Este La Plata Bai / Subdirector de Sanidad de la UNLP (1973)	LA PLATA
CASTRO CUBA HELMER FREDY, MUÑIZ	CONADEP 3466
PERUANO - 31 años	
SECUESTRO: 11/04/1978. Calle 23 e/28 y 30 - TEMPERLEY - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES. 23:30 hs. - SU DOMICILIO - víct. hecho: 1 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MÉDICO DE GUARDIA - Hospital "Gral. San Martín" / Policlínico de La Plata - Hospital San Martín La Plata BAI	LA PLATA
CONSTANTINI MARÍA CRISTINA, GARBARINI de FRANCO	CONADEP 5408
ARGENTINA - 30 años	
SECUESTRO: 25/01/1977. Calle 42 e/ 2 y 3 - Clínica "Dr. Gregorio Marañón" al salir de LA PLATA - BUENOS AIRES. 17-19 hs. - LUGAR DE TRABAJO - víct. hecho: 1 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MÉDICA - Clínica Dr. Gregorio Marañón, calle 42 n° 387 entre 2 y 3 La Plata BAI	

DE ÁNGELI RUBÉN MARIO, MARTÍNEZ	CONADEP 432
ARGENTINO - 27 años	
SECUESTRO: 13/01/1977. Calle 118 N° 1683 - LA PLATA - BUENOS AIRES. SECUESTRO EN SU DOMICILIO - víct. hecho: 1 OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MEDICO CARDIOLOGO - Hospital "Gral. San Martin" / Policlínico de La Plata / Inst. Gral. San Martin - La Plata, BAI	LA PLATA
FANJUL JOSÉ FERNANDO, MAHÍA	CONADEP 2680
ARGENTINO NATURALIZADO - 24 años / Nacido en SANTIAGO DE CHILE - CHILE	
SECUESTRO: 03/10/1977. Diag. 77 y 2 - pizzería - LA PLATA - BUENOS AIRES 20-22hs. ESTABLECIMIENTO PÚBLICO - víct.hecho: 1 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MÉDICO	
GOLDBERG DANIEL ALBERTO, SZYLLER	CONADEP 1646
ARGENTINO - 31 años	
SECUESTRO: 29/04/1977. VÍA PÚBLICA (SIN DETERMINAR) - víct. hecho: 1 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MÉDICO - Clínica Privada - Prio. Pfa Lugar de Trabajo Año 1972: Viamonte 430 [Rectorado Uba]	LA PLATA
LEBED MARÍA SUSANA, JÁUREGUI	CONADEP 3581
ARGENTINA - 25 años	
SECUESTRO: 30/09/1976. Calle 12 N° 1180 e/ 17 y 19 - CITY BELL - LA PLATA - BUENOS AIRES 05:50 hs. - SU DOMICILIO - víct. hecho: 2 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MÉDICA - Hospital Municipal de Florencio Varela - "Practicante Mayor"	
MAINER MARÍA MAGDALENA, GÓMEZ	CONADEP 2852
ARGENTINA - 28 años	
SECUESTRO: 18-20/09/1976. SAN JUAN CAPITAL - SAN JUAN. VÍA PÚBLICA (SIN DETERMINAR) vic.hecho: 1 / TAMBIÉN COMO 29/09/1976. OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
SECUESTRO: 22/11/1977. Brigada de Investigaciones de La Plata - DEPCIA. POLICIAL U OTRA DE SEGURIDAD - víct. hecho: 3 - SE FRAGUA "LIBERTAD" CON DESTINO BRASIL - SECUESTRO DE DETENIDOS LEGALES.	
ASESINATO: Sin datos de fecha. AVELLANEDA - BUENOS AIRES - SIN DETERMINAR (EN CAUTIVERIO) - víct. hecho: 1 - EJECUCIÓN DE CAUTIVOS	
LABORAL: MÉDICA - Hospital "San Roque" (La Plata) / Hospital San Roque (Residencia) - Gonnet - La Plata - BAI	GONNET

MASSIRONI LIDIA NÉLIDA, TOSI de PERDONI	CONADEP 5417
ARGENTINA - 35 años	
SECUESTRO: med/06/1976 - VILLA FIORITO - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES SIN DE-TERMINAR - vict. hecho: 2 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
ASESINATO: VÍA PÚBLICA - vist hecho: 9 - SEGÚN RESOLUCIÓN CÁMARA LUGAR DEL HA-LLAZGO COMO "COSTA SARANDÍ, LOMAS DE ZAMORA" (NO CORRESPONDE) - EJECUCIÓN DE CAUTIVOS "Masacre de Sarandí"	
LABORAL: MÉDICA SANITARIA - SALUD PÚBLICA LA PLATA	
MORENO MÍRIAM ROSA, RIVERO	SDH 2370
ARGENTINA NATURALIZADA - 31 años - Nacida el 29/06/1945 en SANTA CRUZ DE LA SIERRA - BOLIVIA	
SECUESTRO: 29/09/1976. Calle 6 N° 1872 dpto. "29" - LA PLATA - BUENOS AIRES - SU DOMI-CILIO - vict. hecho: 1 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MÉDICA	
PONCE ALFREDO TOMÁS, CAPALBO	CONADEP 2326
ARGENTINO - 34 años	
SECUESTRO: 07/07/1976. Calle 9 e/ 503 y 504 - GONNET - LA PLATA - BUENOS AIRES. 00:30 hs. - SU DOMICILIO - vict. hecho: 2 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
ASESINATO: 07/07/1976. Camino Costa Sud - a 300 m de Ruta Prov. N° 54 - GRAL. MANSILLA (BARTOLOMÉ BAVIO) - MAGDALENA - BUENOS AIRES - 10:05 hs. - VÍA PÚBLICA - vict. hecho: 2 - EJECUCIÓN	
LABORAL: Empleado Público Provincial - Direccion de Penales de La Plata BAI MÉDICO - Hospital "Dr. Isidoro Iriarte". Quilmes	
PRIGIONE ARMANDO ÁNGEL, IBARLUCÍA	CONADEP 5
ARGENTINO - 31 años	
SECUESTRO: princ/03/1978. JURAMENTO e/ Av. CABILDO y CRÁMER - Belgrano - CAPITAL FEDERAL. VÍA PÚBLICA - vict. hecho: 1 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MEDICO ANESTESISTA - Hospital "San Roque" (La Plata) - Hospi-tal San Roque - Gonnet - La Plata - BAI	GONNET
Empleado Público Provincial - Ministerio de Obras Públicas de la Pcia. de Buenos Aires - Secretaria Privada / Oficina de Prensa	LA PLATA
REPETUR JORGE ORLANDO, BLOK	CONADEP 6462
ARGENTINO - 27 años	
SECUESTRO: 30/09/1976. Calle 40 N° 184 - LA PLATA - BUENOS AIRES 19-21 hs. SU DOMICI-LIO - vict. hecho: 2 - LA CACHA - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MEDICO	

SAN EMETERIO CÉSAR, ÁLVAREZ	CONADEP 3781
ARGENTINO - 48 años	
SECUESTRO: 22/08/1977. Calle 120 N° 1881 e/ 70 y 71 - LA PLATA - BUENOS AIRES 23 hs. SU DOMICILIO - víct. hecho: 2 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
ASESINATO: 22/09/1977. Av. MITRE y Calle 1 - BERAZATEGUI - Bs. As. 04:30 hs. VÍA PÚBLICA - víct. hecho: 3 - EJECUCIÓN DE CAUTIVOS - LA CACHA VISTO (TESTIMONIOS DE EXDETENIDOS)	
LABORAL: MÉDICO - Unidad Penitenciaria 9 de Olmos - La Plata BAI	
SLUTZKY SAMUEL LEONARDO, SALITA	CONADEP 1276
ARGENTINO - 41 años	
SECUESTRO: 22/06/1977. LA PLATA - BUENOS AIRES 01hs. SU DOMICILIO (SIN ESPECIFICAR DIRECCIÓN) - víct. hecho: 1 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN - LA CACHA - VISTO (TESTIMONIOS DE EX ETENIDOS)	
LABORAL: MEDICO - Municipalidad de La Plata - Direccion de Sanidad / Sanatorio-Colonia "Buenos Aires" / Sanatorio "Sommer" - Prio. Pfa Referencia Año 1968	LA PLATA CUARTEL IV
STOLA SAMUEL ÁNGEL	SDH 681
ARGENTINO - 43 años	
SECUESTRO: 19/11/1976. Calle 45 e/ 13 y 14 - LA PLATA - BUENOS AIRES - VÍA PÚBLICA - víct. hecho: 1 - OPERATIVO ILEGAL DE DETENCIÓN	
LABORAL: MEDICO PEDIATRA - Hospital De Niños "Superiora Sor Maria Ludovica"	LA PLATA

Excepcionalmente, médicos detenidos durante el gobierno militar de Videla podían salir con vida del calvario de la prisión y torturas a que eran sometidos.

Uno de estos casos fue el Dr. Néstor Praderio, cuyo reclamo por parte de sus familiares ante las autoridades de la AMP para que gestionen su liberación figura en las actas del Consejo Directivo.

A continuación resumimos el historial de detención. (*)

Néstor Praderio era médico y se desempeñaba en el Policlínico San Martín de la Plata, donde fue secuestrado. Mabel, su esposa que estaba embarazada y el resto de su familia, no supieron nada de él, hasta que llegó la llamada salvadora: un hombre que dijo haber compartido el calabozo con Néstor los citó en Luján para el domingo siguiente. El temor y la incertidumbre invadió a su familia de Urdinarrain, pero sus padres, su esposa y su cuñado viajaron al encuentro, arribando a la basílica en medio de una lluvia que le daba un aspecto más tenebroso a la cita.

El desconocido cumplió y se acercó al Valiant, les dijo que Néstor estaba detenido en la comisaría de Lanús, que fueran a preguntar por él y que le llevaran cigarrillos Particulares verdes si su mujer había dado a luz a un varón o rojos si era mujer, porque esto sería una señal para que él supiera que su familia estaba al tanto de su paradero. Así lo hicieron y esto fue el comienzo de una larga lucha de sus familiares, hasta que lograron su liberación. Y entonces partió con su mujer y su hija a Estados Unidos.

Si bien volvió a Urdinarrain varias veces e incluso pudo saludar y agradecer a quien le salvó la vida (la casualidad hizo que aquel hombre viviera un tiempo en nuestra ciudad), Néstor se radicó en USA, donde continuó sus estudios en la Universidad de Yale especializándose en psiquiatría y neurología, se desempeñó además como profesor universitario. A través de un mail nos dice que su esposa sufrió por la indiferencia de la sociedad a los familiares de las víctimas y también cuenta del orgullo que siente por su hija, médica ginecóloga, aquella niña que nació durante su cautiverio. No cree haber sido un mártir, sino parte de una etapa de nuestra historia y opina que es necesario que nuestra juventud la conozca, para poder construir un futuro mejor.

(*) <https://urdi24.wordpress.com/2008/03/24/nuestro-proceso-el-golpe-de-1976-en-urdinarrain/>

AMP Y SU PROTAGONISMO EN SOLICITADAS Y ARTÍCULOS PERIODÍSTICOS (40)

Aún en plena dictadura del gobierno de Videla, la AMP sostuvo sus ideas, principios y convicciones los que expresó a través de solicitadas y artículos periodísticos especialmente en el diario EL DIA de La Plata. En este sentido hemos extractado las más significativas referentes sobre todo a la Política Gremial, el IOMA y las Obras Sociales, las cuales exponemos a continuación:

1) Política gremial

Sábado 11 de junio de 1977

SOLICITADA LA MEDICINA, LA POBLACIÓN, LOS MÉDICOS

Ante la expresión pública de varias Entidades Médicas respecto de la situación de deterioro por la que decursa la actividad profesional médica, sin que queden ya términos para definirlo, esta Agremiación Médica Platense, no puede menos que hacer exteriorización de solidaridad para con las motivaciones que las provocan.

A su vez recuerda, que es de largo tiempo que esta Institución clama por revertir el proceso que lleva a esta quiebra de la Medicina. Ya hubieron expresiones concretas, a través de múltiples expresiones públicas, entre las cuales podemos señalar y recordar: “Nivel Universitario” en 1967, “La Medicina en Quiebra” junio de 1975, “Conferencia de Prensa sobre Programas y Planificación en Materia de Salud Pública” septiembre de 1976; de todo un epistolario, de un cúmulo de gestiones; una prédica permanente en su favor.

Como se ve, la acción en pro de la medicina y sus partícipes, el médico y la población, nos cuenta como celosos custodios de un patrimonio que no debió ser tan maltratado y siempre, antes y ahora, estamos en la tarea de procurar fórmulas universitarias de reencuentro, modos de acción que no lesionen más la deteriorada Salud Pública, enmienden errores y no provoquen conflictos.

Esto nos ha llevado a una vocación irrenunciable de diálogo con la empecinada convicción de ser ése el camino que deben alentar los hermanos. En función de ello hemos recorrido todos los despachos en que se nos concedió ingreso, para esclarecer, para asesorar, para atemperar, para prevenir, para cambiar.

Y hemos tenido éxitos y reveses, comprensión e incomprensión, permeabilidad y tozudez pero hemos seguido, y habremos de seguir.

Y en función de todo ello, llevados por esta vocación de servicio, que es la de la mayoría inmensa de los médicos de La Plata, universalmente maltratados, sin reconocimiento por su esforzada tarea, generalizando para ello las inconductas censurables de unos pocos, es que ahora, como siempre seguimos en nuestra conducta, y hemos tenido eco a nuestra reiteración.

Hemos concurrido en el día 8 de junio a la Capital Federal y conversado y encontrado coincidencias con el Señor Interventor en el PAMI, luego que conociéramos las orientaciones conceptuales recíprocas, lo que abre francas posibilidades para un entendimiento que facilite el tratamiento adecuado de Jubilados y Pensionados, tan marginados de la mejor medicina.

Hemos hablado con el Interventor en el INOS quien nos ha requerido de colaboración para hallar fórmulas reales y progresivas para sacar a la Medicina de su debacle, sin conflictuar, sólo trabajando en favor de ella, y nos ha mostrado su tarea y la de sus colaboradores y entre ellas el nuevo Nomenclador a ser puesto en vigencia en un plazo más o menos breve y nos ha hecho conocer sus proyectos.

Y esta Agronomía Médica Platense, que tiene ya un historial en defensa de los superiores intereses de la salud de la población y de dignificación del trabajo médico, da una nueva carta de crédito a los funcionarios con quienes dialogó, y **queda en actitud de colaboración para superar el momento, pero al propio tiempo reitera lo que les dijera: esto no va más, rápido por favor.**

Y en razón de todo ello, **dice a las otras Instituciones Médicas: coincidimos con ustedes. Y a la población: sólo un poco, muy poco más de espera, y a los colegas: es la última expectativa, porque después de ésta,** no nos queda ya que esperar, **todo estará definido** y sólo cabrá a los médicos asumir las actitudes que permitan **la supervivencia de la Medicina.** Pero aún no, todavía están abiertas las esperanzas, porque creemos haber sido comprendidos.

CONSEJO DIRECTIVO – AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

La Plata, 9 de junio de 1977

Sábado 3 de diciembre de 1977

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

En el Día del Médico la Agronomía Médica Platense hace llegar a sus pares todos, sin excepción, su expresión solidaria y de aliento, en el cumplimiento de una tarea callada, sacrificada, no reconocida, de superior contenido espiritual cual es la de atender, en momentos de necesidad, a otro ser humano, en gesto solidario.

Las incertidumbres, la ausencia de comprensión para con su cometido; la interferencia que él sufre por parte de mecanismos, instituciones o personas al interponerse en la relación médico-paciente; la deletérea tarea en que están empeñados quienes quieren quitarle el liderazgo que naturalmente debe ejercer en materia de salud; la estrechez económica a que se lo ha reducido que le impide tener tranquilidad espiritual y familiar, para acometer su gestión en plenitud, al par que permitirle cumplir su imprescindible proceso de formación continuada; su concesión de nueve años de vida en favor del prójimo; todos estos factores negativos no deben hacerle perder, ni por un momento, su condición profesional, su nivel universitario, su jerarquía cultural, porque ellas, sólo ellas y no otras son las que habrán de restituirlo naturalmente al sitio del que nada ni nadie debió apartarlo.

En tal sentido, con tal contenido, es como esta Institución desarrolla su misión sabedora que los valores, cuando son auténticos, se imponen por sí al margen de quien o quienes tenga responsabilidad de conducción en el proceso.

Que en su día, los médicos, con un grande entre ellos, José Ingenieros, repitan: “Cuando pones la proa visionaria hacia una estrella, y tiendes la mano hacia esa excelsitud inasible, ávido de perfección y rebelde a la mediocridad, llevas en ti el resorte misterioso de un ideal...”. Que sea expresión de fe y ejercicio de una conducta, para ejemplo propio y ajeno.

CONSEJO DIRECTIVO

La Plata, 3 de diciembre de 1977

15 de agosto de 1978

SOLICITADA - La salud, un derecho... un deber

Recientemente, en Editoriales de los diarios “El Día” y “La Nación”, en publicaciones de noticias fragmentarias, trascendidos, respecto de la posible redacción de la ley que normatice el funcionamiento de las Obras Sociales y Mutuales, hubieron ecos respecto de la posibilidad de seguir manteniendo atomizada la conducción de la Salud en el ámbito del país.

En momentos en que se hace imprescindible hallar cauces para la estructuración de nuestro país, de tal modo de encontrar normas y formas de convivencia que factibilicen actitudes constructivas de parte de todos sus inte-

grantes, esta Institución vuelve a hacer escuchar su voz respecto de uno de los problemas acuciantes, el de la salud que, solucionado, debe producir inmediatos réditos en pro del bienestar, de la paz social, de la productividad, de la economía. La resolución de tal problema habrá de ser, sin duda, un factor de alivio, de distensión y un índice objetivo de que las presiones, exigencias que se tienen para con la población ofrecen, como contrapartida, la muy seria intención de resolver sus angustias existenciales sin controvertir el espíritu de que, lo que se logre ha de ser con esfuerzo.

No cabe duda que no puede existir una sociedad equilibrada, si a ella se le conceden sólo derechos o si sólo se le imponen obligaciones; ello configura situaciones que están al margen de lo normal, de lo regulado, del equilibrio; ello implica una actitud de tendencia; en lo político, conferir sólo derechos lleva a la demagogia, imponer sólo obligaciones, a la tiranía o al despotismo. Nuestra Constitución es sabia, crea derechos e impone obligaciones, nos ubica en un plano de autorregulación de conductas.

En el plano de la salud, nuestra Constitución confiere a la población el derecho a la salud. Nuestra Constitución impone con carácter de apotegma el igual derecho de los ciudadanos ante la Ley, traducción por otra parte de todo nuestro pasado, de nuestras luchas, de nuestro acervo cultural; por todo ello no hay, no puede haber en nuestro país prerrogativas de sangre o de nacimiento. Consecuentemente toda la población tiene el derecho constitucional de poder gozar de los beneficios de la Salud; completo estado de bienestar físico, psíquico y social.

Subsiguientemente, toda la población tiene la obligación de realizar aportes, actos, gestos en pro de la salud.

Esto no es sólo a nivel nacional: la Carta del Atlántico, declaraciones de la U.N., refirman a diario tales criterios. Es un axioma, un juicio no controvertible que toda la población tiene derecho al acceso a la mejor medicina, en todo el amplio espectro de sus acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación.

Dicho de otro modo: quien piense, programe, planifique, ejecute, evalúe en función de salud, no puede hacerlo con la idea de que ha de estratificar la calidad o las posibilidades para la salud, de acuerdo con las posibilidades económico-financieras de la población. Esto está en manifiesta contradicción con los principios arriba enunciados. Podrán crearse condiciones de estadía,

de medio ambiente, de hotelería disímiles; pero no puede haber una medicina, una Salud para ricos o suficientes y otra para semiprotegidos o desprotegidos.

De ello debe inferirse un pensamiento universal, una filosofía para la salud: toda la población ha de tener acceso a la mejor medicina. ¿No es así? Entonces todas las acciones que se efectúen carecerán de validez, porque ella, la validez, la licitud del pensamiento, de la filosofía enunciada, emanan de declaraciones internacionales —ecumenismo cultural— del ordenamiento jurídico nacional y en primer término la Constitución Nacional, traductores de nuestra filosofía política, de nuestro estilo de vida...

Si esa es la filosofía válida, es única, no puede haber dos o más, por el principio lógico del tercero excluido. ¿Y los modos de hacer?, ellos pueden ser varios, pero deben insertarse en el marco de la filosofía enunciada, porque si no, serán espúreos. Los modos de hacer se llaman políticas, las políticas para la salud no pueden ser unas y para la conducción económico financieras, para la seguridad pública, para la seguridad nacional, para la obra pública, otras.

Entendámonos, gobernar implica adoptar una filosofía, una idea que universalice la conducción de un país. A partir de ese punto se subdividen las acciones de gobierno con destino a mejor dividir tan pesada tarea, para agilitarla, hacerla eficiente en tantas áreas como dicha conducción exija: un área atenderá la economía, otra la defensa, otras el bienestar social, etc. Los lineamientos generales deben obligadamente ser iguales para que la acción gubernativa tenga coherencia, pero la satisfacción en cada área de sus imperativos propios crea exigencias diversas: no son iguales contabilizar los ingresos nacionales o administrar las fuerzas para la seguridad que atender aspectos particulares de Salud. Pero en el fondo, todas deben apuntar a la finalidad última del gobierno; lograr el bienestar general, razón de la existencia de un Estado. El Estado no es una finalidad en sí mismo, porque el Estado es una abstracción, es una superestructura que se da el grupo humano que en él vive a fin de lograr seguridad en torno a un común de idealidades; éstas le dan al conjunto humano conviviente sentimientos de solidaridad, de unidad, de propósitos, de destinos, y éstos surgen de la interacción natural de la mayoría de sus integrantes, de la traducción que de esa interacción hacen sus esclarecidos intérpretes, poseídos además de su natural sentimiento de desprendimiento y generosidad; sus conductores.

¿Y la Salud?, enmarcada dentro de ese esquema, dentro de ese contexto, para el bienestar general, de acuerdo con los sentimientos de la mayoría, conducida por sus naturales conductores.

La Salud, por definición, apunta a un completo estado de bienestar psíquico, físico, social. La pérdida de la Salud es la enfermedad. Quien la atiende para recuperar el aquel bien perdido, para mejorar sus condiciones, para impedir perderla, es el médico. El médico conduce la Salud, es ejecutor del amplio espectro de sus acciones, naturalmente.

La relación entre el médico y el paciente, entre el médico ejecutor de las acciones de Salud y quien las requiere, es la Medicina. La Medicina exige que esa relación sea fluida, sin interferencias, nada ni nadie puede interponerse entre ambos términos: eso se llama libre elección del médico, libre elección del paciente; está fundamentada en razones de confianza y aceptabilidad recíprocas, en razones de orden humano... lo que a ello se opone es sinónimo de deshumanizar la medicina.

Este estilo tiene entre nosotros tanta vigencia como nuestra vida cotidiana y ha tenido en el ámbito de la provincia de Buenos Aires reafirmaciones por parte de organismos estatales como el I.O.M.A., que hasta el presente la ha respetado casi en todos los aspectos, salvo alguna desviación reciente e inoportuna. En este sentido, concurrentemente, se ha exteriorizado la Asociación Médica Mundial, que ha hecho claras expresiones en Helsinki en 1964 y en Oslo más tarde, y fue aprobado por países capitalistas: liberales o proteccionistas; o socialistas en toda la gama del ámbito universal. Todos dijeron por unanimidad SI a la libre elección, cualquiera fuera la filosofía del gobierno. Porque por encima de ellos hay una filosofía universal para la Salud: la de la libre elección.

El problema que a continuación se suscita es cómo hacer factible que ese derecho inmanente de todo ser humano a la Salud, jurídicamente validado en nuestro país, no sea declamatorio, sea un hecho real, tangible. Porque resulta también evidente que los costos en Salud han crecido enormemente como consecuencia de la tecnificación de la medicina: aparatología cada vez más compleja que factibiliza nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento: tomografías computadas, transductores, enzímómetros, equipos de hemodinamia, respiradores, etc., etc.; el incremento desmesurado del precio de los medicamentos, la participación concurrente de varios profesionales a un solo fin, son factores que encarecen la buena medicina, y a ella deben de tener acceso todos los argentinos sin excepciones.

Pero la buena medicina debe ser financiada ¿quién la ha de financiar?, si cada ciudadano para cada acto, sólo ello es posible para un determinado grupo social. Si por parte de Obras Sociales o Mutuales, éstas a diario hacen exteriorizaciones limitantes de las prestaciones que pueden financiar. ¿La medicina oficial?, sus limitaciones son reconocidas, no obstante los esfuerzos que puedan querer realizar para superar los escollos que la burocracia no permite. Por otra parte, de todos los ángulos hay exteriorizaciones repetidas de que el Estado es mal administrador y que, más que hacer, debe hacer hacer. Por otra parte, ¿diferentes mecanismos de financiación pueden brindar iguales o semejantes prestaciones? NO. Por otra parte, ¿es parejo o justo el esfuerzo que brindan distintos sectores de la población para lograr con su sacrificio parecida medicina? ¿Son semejantes los aportes que realizan por ejemplo las Obras Sociales a través de sus afiliados?, ¿a éstos se les exige parecido esfuerzo?

De nuevo, resulta claro que el derecho a la Salud exige la correlativa obligación de realizar esfuerzo para sostenerlo. Consiguientemente, ella es una obligación de todos para que el Estado Nacional tenga en ese aspecto, a través de su grupo poblacional, unidad de miras, de propósitos, de ideales, sea solidario; y la respuesta a estos principios y para ser consecuentes, coherentes con lo antes enunciado, obliga a instaurar un sistema único de atención médica del que el Gobierno no puede desentenderse en ninguna de sus fases, para asegurar el ejercicio del derecho constitucional de salud de toda la población sin estratificaciones. ¿Debe ser entonces la medicina: oficial, estatal? NO. El Gobierno que debe hacer hacer, debe hacerlo como órgano recaudador único para la Salud, para la que toda la población debe aportar, de acuerdo con sus posibilidades. La esfera privada debe aportar su infraestructura, con ahí sí severísimos controles. Los médicos, bajo el régimen de libre elección y pago por acto médico, debidamente supervisados por un organismo médico oficial responsable... La medicina oficial, limitada a grandes centros a realizar docencia, investigación y formación de personal.

Sólo así y no de otro modo se puede ser coherente con los propios enunciados de todos los ámbitos del quehacer argentino, aun del propio gobierno, que ha realizado según corresponde el monopolio de la seguridad pública, a través de la fuerza; de los fines configurativos del ser humano, a través de la educación. ¿Y la salud? ¿de la Salud no?, ¿por qué?, ¿por qué razones el Gobierno no asume la total responsabilidad y el monopolio para la Salud?, ¿por qué no elimina los mecanismos que factibilizan que intermediarios utilicen la

problemática Salud para politizar o utilizar sus fondos, para satisfacer apetitos sectoriales o personales, como ocurrió; para minusvalorar a los profesionales de la Salud y de tal modo hacerlos sus conchabados baratos, en detrimento de la población y del médico? ¿Por qué no ejerce el derecho inmanente del Gobierno de hacer cumplir este derecho constitucional, de acuerdo con la filosofía única que signa su quehacer, dejando que jueguen naturalmente su rol el paciente, la población en general y el médico?

Las expectativas son muchas y el tiempo transcurre; no hay aún precisiones en el área de Salud que son indispensables para que, por nunca jamás, eliminando injusticias, vuelvan a repetirse, cuando se termine de estructurar de nuevo el orden constitucional, episodios que promuevan siquiera la idea de una quiebra institucional. Y la solución para el problema Salud es dejar terminada un área conflictiva y conflictuante.

Esta Agremiación Médica Platense, con espíritu de colaboración, dentro del ámbito de su jurisdicción, emite sus juicios con la esperanza de ser escuchada, de que sea comprendida en su gran angustia por un tremendo problema social, el de la Salud de la población, para cuya solución ofrece su experiencia y desinteresada colaboración.

Consejo Directivo Agremiación Médica Platense

28 de octubre de 1978

SOLICITADA - Agremiación Médica Platense - “Vigencia y Cumplimiento de un Compromiso”

Ante numerosas consultas recibidas de parte de afiliados de la Institución, referidas a las normas de relación con Obras Sociales y Mutuales, el Consejo Directivo ha resuelto señalar, por este medio, la plena vigencia del compromiso que, de modo formal y expreso, asumen los profesionales al registrar su inscripción para la atención de Obras Sociales y Mutuales.

Dicho compromiso implica el absoluto respeto del principio de LIBRE ELECCIÓN DEL MÉDICO POR EL PACIENTE y, por ende, la exclusión de toda vinculación con sistemas de atención que marginen o perturben su vigencia.

Quienes contribuyen a cercenar el derecho improrrogable de los pacientes de elegir libremente su médico se marginan del cuerpo médico platense y violan el compromiso asumido.

Miércoles 8 de agosto de 1979

SOLICITADA - SALUD: Sus responsabilidades, quiénes debieran asumirlas

Sucesivas publicaciones y declaraciones referidas al tema salud, por Entidades que si tienen que ver con ella, y por otras con motivaciones no del todo claras, obligan a esta Institución a refrendar su posición públicamente con el aval indiscutible de su conducta, su trayectoria y su preocupación y versación en el tema.

- Salud es el completo estado de bienestar psíquico, físico y social.
- Salud es un derecho constitucional para los argentinos y un objetivo obligado según la Carta del Atlántico y la Organización Mundial de la Salud.
- El Estado Nacional Argentino, como expresión conceptual de la sumatoria estructurada de pueblo, gobierno y ambiente físico, está obligado a brindar seguridad a sus integrantes: jurídica, por un trato igualitario ante la ley; física por medio de sus fuerzas de seguridad; cultural a través de un adecuado ordenamiento educativo; de salud, a través de un sistema orgánico y coherente.
- En el país no existen prerrogativas de sangre, ni de nacimientos; consiguientemente queda excluida toda posibilidad de estratificar derechos.
- Para que el derecho a la salud, en sus acciones integradas de: Protección, Promoción y Recuperación y Rehabilitación tenga vigencia, no existe otra posibilidad, al margen de cualquier diletantismo dialéctico, que estructurar un régimen: único, de aplicación general, solidario y de aportes obligatorios de tal modo que se arriba a un derecho con el esfuerzo proporcional de cada uno, y todos gozan igualitariamente del derecho.
- El sistema debe funcionar a través de un ente autónomo y autárquico, con supervisión directa del gobierno que, por vía del mecanismo específico elaborará y definirá pautas de funcionamiento. El gobierno no hará nada en materia de salud: sólo hará hacer, controlará, normatizará y velará por el funcionamiento correcto del sistema.

- Los profesionales cobrarán por prestación y podrán ser elegidos libremente, de tal modo que quien mejor y más atienda tenga mayores posibilidades de progreso.
- No debe existir más medicina por sueldo: esto envilece la relación médico-paciente: termina degradando a la MEDICINA.
- **Debe existir libertad de prescripción, pero no como han pregonado los interesados en el negocio de los medicamentos.** Estos deben ordenarse en un Vademecum de mono especialidades para evitar una producción con solo interés comercial y para que no deteriore financieramente al sistema. **Los medicamentos han pasado a ser del 20 % a más del 40 % de los gastos en salud.**
- La medicina debe desarrollarse en ámbitos privados, celosamente supervisados por autoridad competente. Deben estar imbuidos de un sentido lucrativo pero al sólo efecto de promover desarrollo y progreso médico y seguridad. **No nos parecen de ninguna manera adecuadas las corporaciones financieras bancarias o no**, que sean titulares de los establecimientos sanitarios: **sólo se preocuparán por el rendimiento financiero** y no les acuciará el problema social que la salud comporta.

Alertamos a los responsables de la legislación, conducción y realización de las acciones de salud, que no puede haber errores acerca del problema; **que no deben haber intermediadores de ninguna naturaleza** en su tratamiento; que el tratamiento del tema tiene como interlocutores válidos a sólo dos términos: los que prestan acciones y los que las reciben. Los demás sólo medran a partir de un derecho del ciudadano argentino.

Esta expresión es sólo un esquema de nuestras elaboraciones que ya fueran expresadas in extenso. Quedamos a disposición para aclarar términos a quien lo desee, cualquiera sea su nivel. Nos ofrecemos para cualquier debate público acerca del tema. Ya es hora de que se hable muy claro acerca del problema y que se esclarezca quiénes son los que se preocupan por la salud y quiénes quieren medrar a sus expensas, desnaturalizando un Derecho Constitucional de los argentinos.

La reconstrucción nacional, la instauración de una democracia estable, comienza cuando se hace un reparto ponderado de derechos y obligaciones y cuando se impiden los subterfugios y se bloquean los sórdidos caminos en procura de su vigencia.

La Plata, 6 de agosto de 1979

CONSEJO DIRECTIVO - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

31 de diciembre de 1979

SOLICITADA - SALUD EN LA DÉCADA DEL 80

El Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense se dirige por este medio a todos los protagonistas de la SALUD, a los responsables de su conducción y planificación para hacerles llegar sus mejores deseos de éxito en sus respectivas misiones y de ventura personal para el nuevo año que se inicia.

También es su determinación expresar cuáles han de ser los objetivos para la SALUD por los que este Consejo Directivo estima procedente bregar para la década del 80.

- Los médicos del mundo produjeron a través de la Asociación Médica Mundial los Doce Principios de Seguridad Social en Helsinki en 1964 y ellos fueron ratificados en Oslo en 1970. Estos son principios de dignidad que esta Agremiación presentará por este mismo espacio y considera indisolublemente ligado con el ejercicio profesional.
- Documentos internacionales como la Carta de las Naciones Unidas, definen a la salud como a un derecho al que debe tener acceso todo ser humano, con sólo ser tal. Nuestra formación humanística nos obliga a participar de tal principio.
- El Preámbulo de la Constitución Nacional obliga a atender la salud en su afirmación “Promover el bienestar general” y este es un derecho de la ciudadanía y un deber del Gobierno que se complementa con el precepto del art. 16 que afirma: “La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre ni de nacimiento”. “Todos sus habitantes son iguales ante la ley”.

Es decir, no hay derechos que admitan estratificaciones.

- Las Fuerzas Armadas, en las bases que produjeron para la “reorganización institucional de la Nación” reafirmaron preceptos tales como:

“El bien común debe ser el principio orientador para gobernantes y gobernados”. “Uno de los pilares de la sociedad deseada es la solidaridad a través de la cual cada uno de sus integrantes da y otorga de sí lo valioso para el prójimo y la comunidad” constituye la actitud fundamental que deberán asumir los argentinos para afianzar la cohesión nacional y el logro de los altos objetivos que puede y debe perseguir el país”.

Luego agregan: “Las relaciones entre Estado, familia, grupos intermedios “se encuentran reguladas por dos principios: subsidiariedad y totalidad” y postulan taxativamente “el Estado debe dejar de hacer lo que la iniciativa privada es capaz de hacer por sí sola: debe ayudar a hacer o promover lo que la iniciativa privada por sí misma no alcanza a hacer sola...”.

“Los grupos sociales intermedios auténticamente representativos serán estimulados para que, además de sus funciones específicas, asuman otras responsabilidades de interés común. Estos grupos deberán mantenerse totalmente ajenos a la actividad política-partidaria”.

“El sistema de Seguridad Social protegerá al individuo y a la familia ante las contingencias sociales. Se limitará la función del Estado conforme al principio de subsidiariedad y se alentará en cada individuo el sentido de responsabilidad y solidaridad”.

- El Señor Gobernador de Buenos Aires al inaugurar BAIRES 2000, se expresó en parecidos términos afirmando “un Estado que no reemplace a la nave, sino que sea su piloto”.

A partir de todos esos preceptos afirmamos nuestra convicción reiteradamente expuesta de que para la SALUD debe crearse un SISTEMA.

- Que sea solidario, universal y obligatorio.
- En el que el Gobierno (a veces confundido con el Estado del que forma parte) sólo deba actuar como mecanismo de recaudación y resguardo (funciones de vigilancia, supervisión y normatización para hacer cumplir acciones de salud) haciendo hacer.
- Que funcione con autonomía y autarquía (evitando toda forma de burocratización).

- Que elimine todos los demás sistemas que intermedian en salud (evitando que los fondos tengan destinos no específicos y no gratificantes para el superior fin propuesto), que los réditos que produzca el sistema, sean obligatoriamente reinvertidos en bienes que aseguren la eficiencia, eficacia y progreso tecnológico y científico de las entidades prestadoras).
- Que utilice como efectores toda la capacidad instalada: la privada y la pública que deberá ser privatizada, excepto aquellos establecimientos asignados a docencia, investigaciones y formación de personal (Principio de subsidiariedad del Estado y desmantelamiento y desburocratización de la empresa pública).
- En el que a los profesionales se les asigne el valor de su prestación en atención a la ponderación de los factores que inciden en su ejercicio profesional y se los libere de estar comprometidos con los incrementos que se fijan para la clase pasiva lo que no aparece como lógico.
- Que internalice que en EE.UU. y Rusia, y otros países plenamente desarrollados, el aporte científico y cultural produjeron un desarrollo del 20 % más que los aportes de capital (Roger) y que proceda en consecuencia.
- Se tenga presente que la Medicina no deba aparecer como “castigada” o “limitada” por conceptos economicistas, que terminan por hacer del hombre un mero ser económico, lo que es el primun movens de concepciones deshumanizantes de extremas: izquierdas y derechas.
- Todo esto aparece como coherente y concurrente con lo que se postula para la década del 80...
-

¿y entonces...?

Agremiación Médica Platense

11 de mayo de 1980

Reflexiones de los médicos acerca de las obras sociales y su probable norma reglamentaria

En estos últimos tiempos, la ley para Obras Sociales y Mutuales, que se mantiene en un plano de secreta elaboración y discusión, ha suscitado de parte de múltiples sectores las más variadas críticas, las más controvertidas

opiniones. Y todas ellas, con ser importantes, por venir de dichos sectores, el de los prestadores, el de los que las generaron, el de los que las administran, el de los que quieren ubicarlas con sentido puro de eficiencia, el de los que la quieren hacer con un sentido de liberalidad para el sistema social, el de los que quieren sostenerlas para subsistir a sus expensas, el de los que las quieren para pesar políticamente, el de los que quieren que hasta sea una multinacional, etc., etc., no dejan de ser en ello, opiniones, pareceres, e intereses sectoriales parcelares, por más legítimas que pudieran resultar.

Lo importante es si la ley, que es una norma general obligatoria e impersonal, ha de ser o no el instrumento que permita arribar, al pueblo argentino todo, a gozar de los beneficios de la salud. Si a través de ella se ha de gestar el proceso que permita cumplir con los dictados superiores de la Constitución Nacional, de las declaraciones internacionales que regulan la doctrina en materia de salud. Si es que la salud ha de generar en los estrados de Gobierno la internalización de que lo que en ella se invierta, no es un gasto sino una inversión, que al optimizar, a su través, las posibilidades de aportes de lo humano al aparato productivo, maximice los rendimientos y genere la Argentina que tantas veces se enuncia y que siempre se frustra porque se frustra a sus gentes. Y entonces, a partir de tales supuestos, pierden vigencia los que quieren liquidarlas porque aspiran a que la privatización llegue hasta destruir el sistema de seguridad social. Los que cantan loas a un liberalismo tal que pretende que hasta la salud se comercialice, y hasta se licite al mejor postor. Los que quieren que subsistan para satisfacer apetencias personales y/o sectoriales.

Frente a tales situaciones hay una posición lógica, coherente, que resuelve el problema, el problema de la salud, no el de los mecanismos que la atienden, administran o viven a sus expensas. Y la solución no puede ser múltiple ni parcelar, no interesada. La solución para la salud tiene que satisfacer las necesidades de TODO el pueblo argentino que debe, en consecuencia, actuar de tal modo que las prestaciones que obtenga, sean retribución de un esfuerzo realmente realizado. LA SALUD ES UN DERECHO Y UNA OBLIGACIÓN PARA EL PUEBLO Y ES UN DEBER INELUDIBLE DEL GOBIERNO.

Y el sistema para que un país donde no hay prerrogativas de sangre ni de nacimiento sea posible, debe estar sujeto a estas pautas:

- Debe estar incluido en un Programa de Seguridad Social.
- Debe ser normatizado, supervisado y evaluado por el Gobierno.
- Debe estar en manos de un organismo autónomo y autárquico.
- Debe tener características de universal, obligatorio y solidario.
- Debe ser único sistema en el país, de tal modo que las fuentes de financiación para la Salud sean únicas. Esto no debe impedir que, cumplidos los aportes obligatorios que la solidaridad impone, no se factibilice que haya atenciones fuera del sistema por parte de prestadores que no se hayan integrado voluntariamente al mismo.
- Dicho en una sola palabra debe haber un Seguro Nacional de Salud donde haya aportes solidarios de ricos y pobres, de patronos y empleados, de independientes, de profesionales, etc.

De una buena vez es imperioso terminar con la sectorialización y estratificación en materia de salud. Hay que terminar con todos aquellos intereses que se oponen a que la familia argentina toda goce de los beneficios de la salud, que su historia, nivel cultural y esfuerzos permanentes merecen.

Esta Agronomía Médica Platense ha postulado esta posición desde largo tiempo atrás.

¿Será ahora comprendida?

¿Será ahora valorada en sus postulaciones?

¿Estará ahora el país dispuesto a dar su gran paso en esta materia o seguirá implementando salidas circunstanciales?

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

29 de agosto de 1980

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE LOS MÉDICOS FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE FACTURAR

La Agronomía Médica Platense, en interés de los 2.500 profesionales médicos nucleados en esta Institución, expone una serie de cuestiones relacionadas con las normas de la Resolución General N° 2253 de la DGI.

Tal como es de conocimiento público esta Institución asume, por mandato de sus asociados, toda la facturación de honorarios devengados por la atención de beneficiarios de Obras Sociales y Mutuales. Consta asimismo a la DGI que esta Entidad efectúa la aludida facturación y posterior liquidación de honorarios a los profesionales, satisfaciendo plenamente todos los recaudos técnicos formales de registración, hecho éste que los funcionarios de la DGI han tenido oportunidad de apreciar cabalmente en toda ocasión, en que han debido requerir informes para sus tareas de verificación.

Por todo lo expuesto, esta Institución considera que resulta claramente aplicable, a los honorarios que devenga la atención de Obras Sociales y Mutuales con contrato con la Agremiación Médica Platense, la previsión normativa que contienen los artículos 3° y 4° inciso 1-2; y que, por ello, no corresponde, para tales honorarios, imponer a los médicos individualmente, la obligación de facturar y registrar ya que ambos procesos son integralmente cumplidos por esta Entidad.

Sin perjuicio de lo expuesto consideramos asimismo necesario promover un replanteo y revisión de las normas de la Resolución 2253 en su relación con la percepción de los honorarios profesionales médicos, que podríamos denominar privados por oposición a los relacionados con la atención de Obras Sociales y Mutuales.

Las condiciones, modalidades y circunstancias con que son dispensados por lo general los servicios de atención médica hacen a todas luces impráctico y de hecho impracticable el sistema de facturación y registración concebido y ordenado por la Resolución 2253. Resulta lícito suponer que quienes elaboraron tales normas no tomaron en cabal consideración la forma real con que, al menos en medios como el nuestro, se desarrolla la actividad profesional del médico ni el contenido esencial de la misma.

Por lo general, y con excepciones que confirman la regla, los médicos cumplen jornadas de labor de doce, catorce y más horas que deben repartir entre la actividad hospitalaria, la atención de sus consultorios las atenciones domiciliarias, el control y atención de pacientes internados. Todo ello con pocas posibilidades de sistematización y ordenamiento ya que la naturaleza de la demanda del servicio médico, su carácter muchas veces imperioso y urgente, constituye factores que alteran cualquier esquema.

Esa imagen real de la actividad profesional médica no se compadece en forma alguna, no puede, evidentemente, haber sido tomada en consideración por

quienes pretendan imponer al médico normas de facturación y registración que, por simples que se digan que son, es impensable puedan ser cabalmente cumplidas por ese médico real al cual nos refiriéramos. Un médico que por lo general actúa solo, sin apoyo de estructuras administrativas y que debe movilizarse incesantemente hora tras hora para cumplir su cometido: **prestar atención médica** y no precisamente constituirse en contador de la misma.

No está de más señalar que ese cuadro real de la actividad del médico no debe concebirse como una consecuencia de un desmedido afán de ganancias; por el contrario es el resultado de una subvaloración general de la labor profesional que le obliga a un ritmo casi irracional de actividad para acceder solamente a niveles de ingreso que resulten mínimamente compatibles con su rol social.

No debe perderse de vista, por otra parte, que la significación económica relativa, de los honorarios “privados” a los que nos estamos refiriendo, probablemente no supere el 10 % del volumen global de honorarios médicos devengados en el área ya que la masiva y generalizada incorporación de la población al sistema de Obras Sociales hace que éste represente no menos del 90 % del trabajo profesional.

Por las razones expuestas esta Institución entiende que resulta imperiosa una reconsideración de las normas de la Resolución 2253 al menos en lo que las mismas atañen a la prestación de servicios médicos. La impracticabilidad del sistema sancionado, su desconexión con la realidad hacen que esta Entidad no pueda, responsablemente, propiciar su cumplimiento por parte de los médicos de esta ciudad, sí en cambio, que se proceda a una adecuación de la norma que posibilite su aplicabilidad.

15 de noviembre de 1980

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Ante la masiva inquietud expresa por los señores médicos asociados a esta Agrupación Médica Platense por la vigencia plena del Arancel Diferenciado, el Consejo Directivo declara:

- El Arancel Diferenciado, es una conquista médica, que dentro del régimen de la Seguridad Social en nada compromete o impide los derechos de los pacientes para recibir atención médica oportuna, igualitaria, eficiente.

- El Arancel Diferenciado configura un sistema de promoción de los prestadores, que tienen, a su través, la posibilidad de progreso, que de ninguna manera puede serle negado a ningún estrato del espectro social.
- El Arancel Diferenciado no desprotege a los afiliados a la Seguridad Social por cuanto el 50 % de los médicos quedan comprometidos en el arancel básico –lo que hace un total de 1.300 médicos disponibles– más que suficiente para la atención integral de toda la población no ya de La Plata, sino de su más amplia zona de influencia.
- El Arancel Diferenciado no incide, bajo ningún concepto, en las finanzas de las Obras Sociales y/o Mutuales que siempre pagan el arancel básico. Si uno de sus afiliados opta por un médico de la categoría diferenciada acude a él sabiendo cuánto deberá abonar por diferencia.
- El Arancel Diferenciado no es un paliativo a los muy bajos aranceles que se asignan al trabajo profesional médico (curiosamente ubicado al mismo tiempo desde el nivel oficial, como profesión liberal, servicio público de Seguridad Social, no exento de impuesto ni cargas, etc., todas contradicciones imposibles de asimilar). Es un escalafonamiento, jerarquización del mismo. Constituye un sinceramiento de situaciones que al actual estilo se hacen insostenibles.
- Los señores médicos afiliados serán plebiscitados para conocer cuáles son sus inquietudes al respecto y darle al sistema de Arancel Diferenciado organicidad definitiva.

2) IOMA

Martes 30 de agosto de 1977

IOMA propuso adelantar el 70 por ciento de las facturaciones médicas

Procúrase así solucionar el diferendo que motivó a FEMEBA a suspender los créditos a los afiliados

Las autoridades del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), propusieron ayer a la Federación Médica de la Provincia un “sistema de pago parcial acelerado”, consistente en un adelanto del 70 por ciento del monto global de

las facturaciones, como recaudo para solucionar el problema suscitado y que derivó en la suspensión de los créditos a los afiliados del ente bonaerense, juntamente con otras tres obras sociales. Conforme a la fórmula ofrecida por el IOMA, el 30 por ciento restante del valor de las prestaciones sería cancelado dentro de los 90 días posteriores a esa entrega anticipada, previo análisis y contralor del instituto bonaerense.

El recaudo arbitrado fue comunicado ayer a las autoridades de la Federación, y sobre los alcances de la propuesta se informó a los periodistas, satisfaciéndose así la natural inquietud frente a la resolución de la entidad profesional, que acordó atender sólo por el sistema de reintegros a los beneficiarios del organismo de la Provincia, a los jubilados del mismo y del ISSARA y Obras Sanitarias de la Nación. El ofrecimiento deberá ser estudiado ahora por el consejo directivo de la Federación, que simultáneamente con la determinación de que informamos en nuestra edición anterior, dispuso declararse en sesión permanente a fin de seguir evaluando la situación creada. Conforme explicamos en la víspera, el atraso en los pagos por las prestaciones profesionales constituyó uno de los tres puntos que han generado el diferendo, pues también provocaron la resolución de cancelación de créditos, la falta de renovación de convenios y los nuevos nomencladores para obras sociales, tópico este último que excede la atribución provincial, pues esa documentación se elabora en el orden nacional con vigencia en todo el país.

En relación con el atraso en la satisfacción de las facturas de los profesionales médicos, en círculos allegados al Instituto de Obra Médico Asistencial se reconoció que ha habido una dilación, pero la estimaron mínima, pues no ha superado una semana. En cuanto a la renovación del convenio, se apuntó que a ese tema estaban consagradas las autoridades del instituto y de la Federación, y que se procura zanjar el entredicho y hallar los módulos propicios para consagrar un nuevo acuerdo.

Por último, se aseguró que el IOMA no tiene problemas financieros, y que sólo padece algunas cuestiones administrativas, que precisamente se superarán a través del sistema propuesto a la Federación.

En forma extraoficial, pudimos saber que si bien la Contaduría General de la Provincia autorizó hasta ahora un anticipo del 70 por ciento, se siguen realizando estudios para determinar la posibilidad de acrecer ese porcentaje, a fin de permitir un acuerdo ventajoso para los profesionales prestadores. Tiénesse

entendido que idénticas propuestas se harán a las demás entidades profesionales que tienen vinculación con el IOMA.

EL COMUNICADO OFICIAL

Como señalamos, se difundió ayer a la tarde una información oficial del IOMA, según la cual el interventor en el ente, Dr. Jorge Héctor Andrade se dirigió a la Federación Médica de la Provincia, por nota número 465 que se recibió en la sede de esa entidad a las 10.30, “en la cual se formula una propuesta concreta para solucionar el diferendo que motivó la suspensión de los servicios anunciada por la entidad médica en solicitada de hoy”. Agregóse que “se propone un sistema de pago parcial acelerado, expresamente aceptado por la Contaduría General de la Provincia, consistente en adelantar un 70 por ciento del monto global de las facturaciones y cancelar el 30 por ciento restante dentro de los 90 días posteriores, previo análisis y contralor por parte del IOMA. El pago mencionado –añádese– se refiere al total de las facturaciones ya ingresadas y a recibirse en el instituto. Este temperamento –termina diciendo el comunicado– tiende fundamentalmente a brindar soluciones inmediatas y permitir al beneficiario obtener los servicios en forma normal”.

NUEVOS ARANCELES

Como ya informamos, recientemente fueron aumentados los valores arancelarios de las prestaciones asistenciales a los beneficiarios del IOMA, conforme a las pautas establecidas por el decreto 2137 del Poder Ejecutivo Nacional. Según se nos señaló esos índices se establecen automáticamente una vez que son resueltos por el poder central, y no han constituido motivo de discusión alguna por las partes, de manera que constituye un tema marginado de los problemas que determinaron el conflicto de que damos cuenta más arriba.

De acuerdo a las adecuaciones concretadas, el valor de la unidad galeno, con retroactividad al 1° de julio último, se estableció en 400 pesos nuevos, en tanto que la visita a consultorio se fijó en 1.000 pesos; a consultorio nocturna, 1.200; a domicilio, 1.200 y a domicilio nocturna, 1.440 pesos.

Miércoles 31 de agosto de 1977

La Agremiación Médica Platense ha objetado la propuesta del IOMA

Ninguna novedad concreta se registró ayer en torno al diferendo planteado entre la Federación Médica y el Instituto de Obra Médico Asistencial. La entidad profesional no ha respondido todavía a la propuesta formulada por el ente estatal, consistente, según informamos en la víspera, en el adelantamiento del 70 por ciento del importe de las prestaciones médicas. El 30 por ciento restante, según la iniciativa del IOMA, se saldaría dentro de los 90 días. Si bien FEMEBA no ha tomado decisión sobre el particular, pudo conocerse un pronunciamiento de la Agremiación Médica Platense, que ha anticipado su oposición a ese temperamento abundando en consideraciones sobre lo que considera excesiva demora de la obra social estatal para satisfacer las facturaciones médicas.

Después de puntualizar que los profesionales de la Agremiación atenderán a los afiliados del IOMA, de ISSARA y de Obras Sanitarias radicados en La Plata como hasta el presente, el Instituto de Obra Médico Asistencial “se encuentra en mora en sus pagos respecto de la facturación que le fuera presentada en plazos que oscilan entre los sesenta y seis y cuarenta y cinco días”, demora que se considera “violatoria de la palabra empeñada por el interventor del IOMA ante el gobernador de la Provincia y el ministro de Bienestar Social”. Explicase que en una audiencia concedida a las autoridades de la Agremiación, aquel funcionario “concretó un compromiso de pago de 45 días y deslizó la posibilidad de llevarlo a 30 días”.

Con relación a la propuesta de IOMA sobre adelanto del 70 por ciento, el documento expresa que ese sistema “haría que al cabo de 90 días, con el 30 por ciento de retención mensual por parte del IOMA, se esté demorando, en la realidad, el pago de un mes de prestaciones, es decir que el pago inmediato queda desnaturalizado”. También se significa que el ente estatal puede cumplir sus pagos en forma inmediata, “a poco que desburocratice el trámite interno redistribuyendo su personal y sistematizando racionalmente la tramitación interna”. Por último, consignase que la Agremiación Médica Platense dispuso que a partir de hoy, “se confiere al IOMA un plazo de trein-

ta días para revertir la situación regularizando el pago de sus obligaciones y suscribiendo los instrumentos necesarios para normalizar las prestaciones a sus beneficiarios”.

Ante una consulta periodística, las autoridades del Instituto de Obra Médico Asistencial señalaron que ninguna novedad se había producido para comunicar a la prensa, y que se estaba a la espera de la respuesta de la Federación. Tiénesse entendido que, mientras tanto, se realizan estudios para determinar si el porcentaje del 70 por ciento de adelanto ofrecido, puede ampliarse todavía más, a fin de crear las condiciones propicias para la solución del problema. Hasta ahora, la Contaduría de la Provincia autorizó anticipos de pago hasta ese porcentaje.

Miércoles 31 de agosto de 1977

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Ante el conflicto suscitado entre la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y el IOMA; habiendo tomado conocimiento de las causales que lo provocaron, a través de la documentación existente, las publicaciones periodísticas y los contactos establecidos con directivos de FEMEBA; el Consejo Directivo de la Agrería Médica Platense ha resuelto:

- Expresar su solidaridad más absoluta con FEMEBA en las motivaciones que promovieron su conducta.
- Atender exclusivamente, como hasta el presente, a los afiliados de IOMA, ISSARA y Obras Sanitarias que estén radicados en el partido de La Plata.
- Atender según la modalidad expresa por FEMEBA, a los afiliados de las citadas Obras Sociales, radicados fuera del partido de La Plata.

Por otra parte, cabe a la Agrería Médica Platense explicar a sus afiliados y población en general:

- Que IOMA, al presente, se encuentra en mora en sus pagos respecto de facturación que le fuera presentada en plazos que oscilan entre los sesenta y seis y cuarenta y cinco días.

- Que ello es violatorio de la palabra empeñada por el Interventor del IOMA ante el Señor Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, General Ibérico Saint Jean y el Señor Ministro de Bienestar Social, Dr. Joseba Kelmendi de Ustaran, en presencia de las autoridades de la Agronomía Médica Platense en oportunidad de la audiencia que el Señor Gobernador tuviera la gentileza de concederles. En tal ocasión el Interventor del IOMA concretó un compromiso de pago de 45 días y deslizó la posibilidad de llevarlo a 30 días.
- Que la oferta que en conferencia de Prensa realiza el Sr. Interventor en IOMA de pago inmediato del 70 % de lo que se facture y el 30 % a 90 días, es absolutamente impracticable e inaceptable porque:
 - Hace que al cabo de 90 días, con 30 % de retención mensual por parte del IOMA, se esté demorando, en la realidad, el pago un mes de prestaciones, es decir que el pago inmediato queda desnaturalizado.
 - Las idas y vueltas de documentación y porcentajes, obligan a una contabilidad engorrosa, que sólo sirve para crear y sostener burocracias y ese no parece ser el criterio de las actuales autoridades nacionales y provinciales.
 - IOMA puede cumplir sus pagos en forma inmediata, a poco que desburocratice el trámite interno redistribuyendo su personal y sistematizando racionalmente la tramitación interna.

Por fin la Agronomía Médica Platense informa que, a partir de la fecha, se confiere al IOMA un plazo de treinta días para revertir la situación regularizando el pago de sus obligaciones y suscribiendo los instrumentos necesarios para normalizar las prestaciones a sus beneficiarios, instrumentos que no existen al presente y que hacen que el sistema resida exclusivamente en la buena fe de las instituciones prestadoras. La decisión adoptada se funda en el propósito de evitar perjuicios a terceros; de no interferir de ningún modo con el proceso en desarrollo por parte de las FF.AA., y a que está como instancia el Señor Gobernador de la Provincia ante quien formuló sus compromisos el Señor Interventor del IOMA.

CONSEJO DIRECTIVO

Jueves 1° de septiembre de 1977

IOMA ofreció adelantar el 90 % de las facturas por prestaciones médicas

Las autoridades del Instituto de Obra Médico Asistencial efectuaron ayer a la Federación Médica de la Provincia una nueva propuesta a fin de superar el diferendo existente, y que determinó recientemente a la entidad profesional a cancelar el crédito a los afiliados de ésta y de otras tres obras sociales, optando por atenderlos únicamente por el sistema de reintegros. Consiste aquél en el anticipo del 90 por ciento del monto total de las facturaciones requeridas, garantizándose la cancelación del 10 por ciento restante en un lapso de hasta 90 días como máximo.

Según se recordará, al plantearse el conflicto, el ente estatal ofreció adelantar el 70 por ciento de las facturaciones, dejando para satisfacer a los 90 días el 30 por ciento restante. Según pudo saberse, la Federación Médica contestó ayer en forma oficial al ente estatal, rechazando de plano la iniciativa. En un despacho girado a las autoridades del IOMA, la entidad exigió los pagos “según normas contractuales sobre la deuda vencida”, agregando que responsabiliza al organismo provincial por los efectos emergentes. Se confirmó así la impresión existente, fortalecida no bien se conoció el pronunciamiento de la Agronomía Médica Platense, que se anticipó a patentizar su solidaridad con la posición de FEMEBA y se opuso concretamente al ofrecimiento, señalando además que a favor de una racionalización administrativa que implique real desburocratización del ente, IOMA estaba en condiciones de efectuar sus pagos sin mayores dilaciones. Se interpretaba anoche que las posiciones adoptadas por FEMEBA y la Agronomía Platense constituyen pautas indicativas de un rechazo unánime de la propuesta del IOMA.

AUTORIZACIÓN A IOMA

Al informar sobre la nueva fórmula ofrecida para superar el disenso, las autoridades del Instituto de Obra Médico Asistencial señalaron que “la decisión

adoptada, que en lo inmediato salda prácticamente la casi totalidad de la suma en cuestión, ha sido posible por la resolución favorable dispuesta por la Contaduría General de la Provincia”. Sobre este último en particular, en reciente edición señalamos que si bien se había hecho pública la propuesta de adelantar el 70 por ciento de las facturaciones, el interventor del IOMA seguía realizando gestiones para que se lo autorizara a aumentar el porcentaje de los montos a anticipar. En las últimas horas de ayer, la intervención en el IOMA envió telegramas a FEMEBA, Agronomía Médica Platense y Federación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. El texto del despacho es el siguiente: “Comunicamos que por superior resolución, se incrementa al 90 por ciento el adelanto mencionado por nota anterior”. Hasta anoche –la consulta fue realizada a las 21– en FEMEBA no se había recibido el despacho del IOMA. De cualquier manera, el consejo directivo de la entidad profesional recién se reunirá pasado mañana sábado, en horas de la mañana, pues sus miembros residen en el interior de la Provincia.

Anoche se iniciaron las citaciones telefónicas del caso, y se instruyó a los consejeros para que antes de viajar a La Plata realicen consultas en el seno de las entidades primarias en torno al ofrecimiento del IOMA, para facilitar un rápido pronunciamiento en la sesión del sábado.

Jueves 1° de septiembre de 1977

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

El Consejo Directivo comunica que ha recibido de parte del IOMA la propuesta concreta de efectivizar sus pagos de acuerdo a la siguiente modalidad: 90 % del facturado global en forma inmediata y el 10 % restante dentro de un plazo máximo de hasta 90 días, durante el cual se producirá el control y ajuste definitivo del pago anticipado.

Atento a ello se ha convenido con el citado Instituto la realización de las tratativas tendientes a la mejor implementación del sistema ofrecido.

La Agronomía Médica Platense se hace un deber expresar la buena voluntad evidenciada por los funcionarios de la Provincia en procura de la solución al problema suscitado.

CONSEJO DIRECTIVO

3) Obras Sociales

Lunes 21 de noviembre de 1977

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

El C.D. de la Institución comunica a los señores Médicos adheridos que se ha dispuesto dejar sin efecto, a partir de la fecha, el reconocimiento de las siguientes entidades, como responsables del pago de Coseguros del IOMA:

**U.P.C.N. – S.O.E.M.E. – A.E.R.I. – A.J.A.M.O.P. – SALUD PÚBLICA
– A.T.U.L.P.**

Tal decisión se fundamenta en la absoluta falta de respuesta positiva, por parte de las organizaciones citadas, a las propuestas efectuadas reiteradamente por la Agrería a efectos de suscribir convenios que regularicen sus relaciones con la Entidad y eliminen mecanismos de intermediación que provocan reiterados conflictos y moras en los pagos que, superan, en casos, los ciento veinte días. En el caso de ATULP la medida ha sido adoptada como consecuencia de su total incumplimiento de los términos de convenio en materia de obligaciones de pago.

21 de noviembre de 1977

Dr. Héctor Oscar Vidal – Secretario General

Martes 22 de noviembre de 1977

Intimación de SOEME a FEMEBA por la suspensión de servicios médicos

La comisión directiva del SOEME seccional La Plata informó a sus afiliados que ante la decisión de la Agrería Médica Platense de suspender los

servicios de atención médica, “hecho que altera sustancialmente el convenio celebrado entre la Federación Médica Bonaerense y el SOEME”, se dirigió por telegrama a FEMEBA requiriendo el restablecimiento de las condiciones pactadas en el plazo de 48 horas, “haciendo reserva del ejercicio de acciones y derechos que correspondan en defensa de los intereses de nuestros afiliados”.

10 de enero de 1981

LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE, comunica a los señores médicos adheridos que:

Ante la falta reiterados reclamos no satisfechos y falta de pago se ha decidido suspender el crédito a las siguientes Obras Sociales y Mutuales, a partir de la fecha:

Obras Sociales	Atraso
O. Públicas de la Nación	94 días
Espectáculos Públicos	74 días
Ministerio del Interior	74 días
Docentes Particulares	163 días
Apuntadores Marítimos	192 días
Olivetti	78 días
U.O.M.A.	84 días
Línea Siete	214 días

4) PAMI

3 de junio de 1977

LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE Y EL P.A.M.I. Atención Médica de Jubilados

Con motivo de la inquietud que genera en el ámbito médico local la cuestión vinculada con el sistema de prestaciones asistenciales al sector de jubilados nacionales incluidos en el PAMI, el Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense considera necesario y oportuno reiterar la posición de la Institución al respecto. En tal sentido resulta conveniente enfocar en forma separada los dos aspectos básicos de la cuestión:

1º) Actuación de médicos dentro del actual sistema del P.A.M.I.: siendo que la misma se desarrolla dentro de modalidades de trabajo por completo ajenas a principios que los médicos de La Plata han aprobado, suscripto y ratificado en forma reiterada, que se inspiran esencialmente en un sentido de solidaridad profesional y en la convicción acerca de que configuran el mejor sistema de atención médica que, al presente, es posible brindar a la población; siendo así entonces resulta claro que quienes, contrariando tales principios, actúan dentro del Sistema PAMI vigente, se marginan del cuerpo médico platense y hacen posible, con su defección, la subsistencia de un régimen que resulta negativo, tanto para los médicos en general; como para los propios jubilados, supuestos beneficiarios del mismo.

2º) Sistema P.A.M.I. vigente: La experiencia ha demostrado, sin lugar a dudas, lo negativo del mismo. Prueba concreta de ello la constituye el hecho de su progresivo traspaso al régimen fundamentado en la Libre Elección del Médico, a través de acuerdos con el I.O.M.A. y la falencia que demuestra la circunstancia de tener que recurrir, al margen del sistema vigente, a médicos y establecimientos de La Plata para resolver los casos de mayor complejidad. Sin embargo, y por razones que nadie explicita concretamente, el área de los jubilados beneficiados con el sistema de Libre Elección parece encontrar una barrera en los límites del Partido de La Plata y ello, analizado con exclusión de motivaciones marginales, resulta cuanto menos inexplicable. El C.D. de la Agronomía, con el ánimo de encauzar positivamente su accionar, ha solicita-

do una entrevista al Sr. Interventor del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, a efectos de hacerle conocer el pensamiento de la Institución y ponerle en antecedentes de un cuadro de situación potencialmente conflictivo y que va en desmedro de los jubilados, injustamente inferiorizados en el ámbito local.

5) Carrera Médico – Hospitalaria

Sábado 3 de diciembre de 1977

Se modificó el régimen de licencias de los agentes de la carrera Hospitalaria

Los profesionales tendrán las vacaciones que se determinan para la Administración. Excepciones

Por ley cuyo texto reproduce el Boletín Oficial de ayer, el Poder Ejecutivo bonaerense modificó el régimen de licencias de los agentes que se desempeñan en la Carrera Profesional Hospitalaria. Se establece que dichos profesionales “gozarán de licencia anual en condiciones y términos iguales a los determinados por las leyes y reglamentaciones vigentes para el personal de la Administración pública de la Provincia dependiente del Poder Ejecutivo”. Como es notorio, para esta esfera del quehacer público existe una escala, que responde a la antigüedad que tiene acreditada el servidor. Hasta ahora se concedían 30 días, uniformemente, a todo el plantel hospitalario. La norma exceptúa de ese régimen a aquellos agentes que actúen en las especialidades de tisioneumología, enfermedades infecciosas, radiología, radioterapia, psiquiatría, anatomía patológica, hemoterapia y laboratorio, quienes tendrán derecho a 30 días de licencia cualquiera sea la antigüedad, y siempre que su actividad durante el año inmediato anterior sea mayor de seis meses.

En los fundamentos de la ley se señala que la número 7878, de Carrera Hospitalaria, otorgaba un régimen especial de licencia anual a los agentes en ella comprendidos “que no concordaba con el vigente en el Estatuto del Empleado Público, como tampoco con el que rige al personal de los distintos municipios, generando ese distinto tratamiento diferencias sin fundamentos

válidos. La presente ley –se agrega– elimina la diferenciación mencionada, estableciendo que los profesionales comprendidos en la carrera gozarán de licencia anual en las condiciones y términos iguales a los determinados para el personal de la Administración pública provincial, materializándose de este modo la plena vigencia del principio de igualdad”.

CAPÍTULO 3

1981 – 1983

AMP EN EL FRACASO DE MALVINAS

La etapa que vamos a tratar en este capítulo entre 1981 y 1983, pese a ser un corto período tuvo 5 presidentes! (como veremos a continuación), todos ellos militares, sucesores del llamado Proceso de Reorganización Nacional encabezado en 1976 por el dictador Jorge Rafael Videla.

Podemos resumir que esta época se caracterizó por cinco situaciones, a saber:

- 1)– Disminución de la persecución política-ideológica con la consecuente menor desaparición de personas.
- 2)– Apertura parcial a ciertas libertades civiles.
- 3)– Alta inflación con recesión económica y congelamiento de los salarios con el lógico descontento popular.
- 4)– Iniciativa militar por la recuperación de las Islas Malvinas y posterior fracaso por la derrota Argentina.
- 5)– Catastrófica situación política, social y económica que aceleró el proceso de retorno a la democracia.

Roberto Eduardo Viola

Roberto Eduardo Viola, militar argentino, fue Presidente de facto de la Nación Argentina entre el 29 de marzo de 1981 y el 11 de diciembre del mismo año.

Viola reemplazó a Jorge Rafael Videla a causa de las tensiones en el seno de la cúpula militar, insatisfecha con la incapacidad de este último para estabilizar la situación económica y la intranquilidad civil. Viola, partidario de la línea blanda, alejó a los colaboradores inmediatos de Videla e inició una apertura parcial a la reincorporación de políticos de carrera y técnicos civiles en cargos públicos. Las circunstancias permitieron que la CGT se reorganizara y movilizara bajo la dirección del sindicalista Saúl Ubaldini, aún pese a la prohibición legal. (41)

El ministro de Economía designado por Viola, Lorenzo Sigaut, aseguró al ocupar el cargo que “el que apuesta al dólar, pierde”. Días más tarde realizaría una devaluación (del peso con respecto al dólar) del 30 por ciento, en un intento desesperado de atraer inversión internacional. La inflación de 1981 alcanzaría el 131% interanual. (42)

El día sábado 21 de noviembre de 1981 la junta militar declara a Roberto Eduardo Viola como incapacitado de ejercer sus funciones de Presidente de la Nación Argentina debido a “problemas de salud”, en su lugar es nombrado frente al poder ejecutivo su ministro del interior Horacio Tomás Liendo hasta el 11 de diciembre de 1981, cuando la junta decide remover a Viola de su cargo. (41)

Aunque Viola no había interrumpido en ningún momento el accionar represivo ni los operativos contra la subversión, fue removido de su cargo por la junta militar de gobierno el 11 de diciembre de 1981. Lo reemplazó interinamente el vicealmirante Carlos Alberto Lacoste, hasta el 22 de diciembre de 1981, cuando Leopoldo Fortunato Galtieri juró como presidente de la Nación Argentina, convirtiéndose en el nuevo primer mandatario de facto de su país. (42)

Carlos Alberto Lacoste

Carlos Alberto Lacoste, fue un militar argentino perteneciente a la Armada de la República Argentina que alcanzó el rango de vicealmirante, y que ejerció interinamente y de facto la presidencia de la Nación durante un período de once días que se desarrolló en el autodenominado Proceso de Reorganización Nacional. (44)

Lacoste era primo hermano de la esposa de Jorge Rafael Videla, y su segunda esposa Hebe Angélica Aprile, era prima de la esposa de Leopoldo Fortunato Galtieri.

En octubre de 1974 y como Capitán de Navío, se sumó a la comisión formada en el Ministerio de Bienestar Social para tratar de organizar el Copa Mundial de Fútbol de 1978 en la Argentina. Tras la misteriosa muerte del General de Brigada Omar Actis, quedó como titular del Ente Autárquico Mundial '78 (siglas: E.A.M. '78), la Comisión que organizó el XI Campeonato Mundial de Fútbol en Argentina. Fue criticado por el entonces Ministro de Hacienda, Juan Alemann, pues nunca presentó un balance justificando los 517 millones de dólares invertidos en este evento. (45)

Luego del golpe de palacio ocurrido 11 de diciembre de 1981 que depuso al gobierno de facto del Teniente General Roberto Eduardo Viola, el Vicealmirante Carlos Alberto Lacoste fue designado como presidente interino. Ocupó dicho cargo durante once días, luego resultó ser elegido para hacerse cargo del Ministerio de Acción Social el 22 de diciembre de 1981, pasando de esta forma a integrar el gabinete del Teniente General Leopoldo Fortunato Galtieri, quien había asumido la presidencia de facto de Argentina ese mismo día. (44)

Leopoldo Fortunato Galtieri

Leopoldo Fortunato Galtieri, militar y dictador argentino, Presidente *de facto* entre 1981 y 1982.

En 1981, tras la retirada de Videla de la presidencia y el nombramiento de Roberto Eduardo Viola, Galtieri visitó los Estados Unidos en función oficial. La administración Reagan, que lo consideraba un “*general majestuoso*”, veía al régimen militar como a una fuerza afín en la lucha contra el comunismo, lo recibió cálidamente y le proporcionó información y asistencia de seguridad. (46)

Las medidas económicas del Ministro de Economía nombrado por Galtieri, el renombrado técnico civil Roberto Alemann, fueron no menos ortodoxas que las de sus antecesores. La restricción del gasto público, la compresión del circulante, la privatización de bienes estatales y la congelación de los salarios llevaron a una gravísima depresión económica. La recesión llevó al cierre de numerosas industrias (siendo Citroën y La Cantábrica las más destacadas) y a medidas drásticas de reducción de personal por parte de otras. (47)

El descontento popular, canalizado a través de la *junta multipartidaria* y las organizaciones sindicales, alcanzó cotas extremas. Una movilización convocada a finales de marzo por organizaciones políticas y sindicales bajo el lema “Paz, Pan y Trabajo” fue reprimida, dejando un muerto y decenas de heridos. (48)

La popularidad del gobierno estaba en franco descenso, mientras la inflación crecía y el PBI se reducía en un 11,45 %; el régimen militar se desmoronaba y Galtieri comprendió que las Fuerzas Armadas no tenían el suficiente poder para evitar la transición democrática que ya aparecía en el escenario político. (48)

La recuperación de las islas Malvinas fue percibida como un elemento que iba a aglutinar a la descontenta sociedad argentina.

Siguiendo el modelo de la abortada Operación Soberanía para la solución del aún pendiente Conflicto del Beagle con Chile, Galtieri dio lugar el 26 de marzo a la *Operación Rosario*, un plan de desembarco en Islas Malvinas para canalizar en el conflicto bélico la animosidad popular. El 2 de abril de 1982 un contingente al mando del contraalmirante Carlos Büsser desembarcó en la Isla Soledad, tomaron prisionero al gobernador británico de las islas sin causar bajas enemigas para evitar una reacción británica en el futuro. El desembarco y toma de la capital insular, Port Stanley, a la que se rebautizó *Puerto Argentino*, con tres bajas militares, provocó una fuerte adhesión popular, con manifestaciones públicas de apoyo. La sociedad Argentina había olvidado a los desaparecidos, a la depresión causada por los militares y al desastre económico; era el sentimiento Malvinas. (48)

El régimen mantuvo durante toda la guerra de Malvinas un poderoso aparato propagandístico para mantener la adhesión popular. Los comunicados oficiales, retransmitidos obligatoriamente por todas las emisoras de radio y televisión, concentraban la atención de todo el espectro político. La información real sobre el estado de los combates se filtraba cuidadosamente para

mantener altas las expectativas, de tal manera que la ocupación de las islas por las fuerzas británicas tras la batalla de Pradera del Ganso la más cruel de las batallas el 29 de mayo se mantuvo en secreto hasta que el 14 de junio el general Mario Benjamín Menéndez, gobernador militar de Malvinas, rindió Puerto Argentino a tropas muy superiores. (48)

La desilusión provocada por la derrota soliviantó las tensiones reprimidas durante la guerra. Galtieri renunció el 17 de junio; el cargo fue ocupado interinamente por su Ministro de Interior, el general de división Alfredo Oscar Saint-Jean. Leopoldo Galtieri pasó a retiro el 18 de junio y fue nombrado al frente del ejército el teniente general Cristino Nicolaides. (47)

Alfredo Saint-Jean

Alfredo Oscar Saint-Jean fue un militar argentino que ocupó brevemente la presidencia de facto de la Nación durante el Proceso de Reorganización Nacional tras la renuncia de Leopoldo Galtieri, luego de la derrota militar decisiva sufrida en la Guerra de Malvinas.

Saint-Jean había estado al frente de la secretaría general del ejército y de la cartera de Interior durante el gobierno de Galtieri. Desde esa cartera, Saint Jean fue responsable de la represión del 30 de marzo de 1982 a los manifestantes que participaron de la marcha a Plaza de Mayo “Paz, pan y trabajo” convocada por la CGT, con Saúl Ubaldini y otros sectores gremiales a la cabeza. El entonces ministro justificó la violencia: “*Fue una verdadera intención de gimnasia, no voy a decir terrorista, pero no anda muy lejos, de subversión*”. (49)

El disenso interno entre el representante del Ejército Argentino en la Junta militar de gobierno, el Teniente General Cristino Nicolaides, y los jefes de la Armada Argentina, el Almirante Jorge Isaac Anaya y de la Fuerza Aérea Argentina, el Brigadier General Basilio Arturo Ignacio Lami Dozo, le permitió ocupar interinamente el cargo de Presidente hasta el 1 de julio. La junta militar se disolvió debido a que la Fuerza Aérea y la Armada no aceptaban que el General de División retirado Reynaldo Bignone, propuesto por el Ejército, asumiera la presidencia. Tras la partición de la junta, el Ejército Argentino se hizo cargo enteramente del poder e impuso a Bignone, quien asumió inmediatamente el cargo, anunciando el inicio del proceso de entrega del poder a las autoridades civiles. (50)

Reynaldo Bignone

Reynaldo Benito Antonio Bignone, ex militar argentino que fue presidente (el decimotercero de facto) de Argentina entre el 1 de julio de 1982 y el 10 de diciembre de 1983. Bignone estuvo a cargo de la transición hacia la democracia tras la derrota de su predecesor, Leopoldo Galtieri, en la guerra de Malvinas. Fue el último dictador de la historia argentina. (51)

Participó activamente en el derrocamiento de María Estela Martínez de Perón, y en las operaciones del Terrorismo de Estado. Poco después de la imposición del régimen militar, ocupó el hospital *Alejandro Posadas*, que se convertiría en un campo de concentración durante el régimen. Fue luego nombrado jefe del Área 480 del campo de detenidos de Campo de Mayo. En 1980 pasó a estar a cargo de los Institutos Militares.

El proceso de retorno de la democracia, sin embargo, se vio acelerado por la catastrófica situación económica y política, además de la derrota ante los británicos en la guerra de las Malvinas de 1982. José Dagnino Pastore, Ministro de Economía de Bignone, declaró el “estado de emergencia” frente a los cierres de fábricas, la inflación —que superaría el 200% en el año— y la constante devaluación de la moneda.

Las entidades de derechos humanos, encabezadas por Adolfo Pérez Esquivel, intensificaban la campaña para el esclarecimiento del paradero de los desaparecidos, mientras los reclamos de otros países por desaparecidos extranjeros llegaban por vía diplomática. El 16 de diciembre una manifestación masiva, convocada por la *junta multisectorial*, fue reprimida por la policía, causando la muerte de un manifestante.

El 28 de abril de 1983, tras haberse fijado la fecha de las elecciones para octubre, Bignone dictó el decreto 2726/83, ordenando la destrucción de la documentación existente sobre la detención, tortura y asesinato de los desaparecidos, así como del *Documento Final sobre la Lucha contra la Subversión y el Terrorismo* que dictamina la muerte de los desaparecidos aunque éste jamás fue destruido (52). El 23 de septiembre avanzaría en el proceso de eliminación de los antecedentes del gobierno dictando la ley 22.924, llamada de *Amnistía*, “Autoamnistía” o de *Pacificación Nacional* para los miembros de las fuerzas armadas sobre todos los actos cometidos en la guerra contra la subversión. El Congreso declararían luego la nulidad de esta ley, pero la pérdida de los registros fue irreparable.

La Salud y las Obras Sociales

Uno de los problemas que continuaban vigentes durante 1981, era el tema de las Obras Sociales dada la sustitución de la ley 18.610, en donde se veían afectados seriamente tanto el poder como la representación sindical apartándolo del manejo económico de las Obras Sociales.

En este sentido nada mejor que rescatar la posición desarrollada por el Dr. Andrés J. Fescina, quien fue presidente del Instituto Nacional de Obras Sociales entre 1971 y 1973, y cuyo artículo fue publicado en la Revista medicina y Sociedad durante 1981 (53).

Dr. ANDRES J. FESCINA

La información periodística reciente, pone sobre el tapete nuevamente, el tema de las Obras Sociales, con motivo de la sustitución de la Ley 18.610, por la reciente promulgación de la 22.269.

Desde su institucionalización se ensayaron, tanto desde sectores oficiales como de intereses, esfuerzos para modificar el régimen legal de las Obras Sociales; el último de ellos que se recuerda lo intentó el ex Ministro López Rega, siendo Secretario de Seguridad Social, Celestino Rodrigo.

Valga agregar que el común denominador que sirvió de fundamento a todos los intentos, fue el “poder sindical”.

Ahora, se abre una nueva instancia, de un debate no original y que lleva algunos años disputándose, con etapas que pasan desde la discusión mesurada en escritorios oficiales, hasta los embates más agresivos públicamente expresados.

Sin embargo, ese cuestionamiento ha servido para recoger experiencia, esclarecer posiciones y especialmente poner en la superficie los intereses que se juegan, algunos legítimos, otros sociales y también intereses fácciosos y políticos.

Como que la cuestión se la ha querido resolver siempre. Y ahora también, partiendo de las implicancias del “poder sindical”, sin profundizar los fines del sistema. y particularmente “su objeto” destinatario, es necesario aportar con objetividad todos los elementos de juicio que sirvan a su esclarecimiento definitivo.

Para resolver, hay que comprender. Para comprender, hay que conocer la realidad toda la realidad.

La entidad del tema, que interesa y afecta, sin presuntuosidades, a todo el país, obliga a desgranar la cuestión respecto de sus antecedentes, causas de su existencia, vigencia del sistema, sus fines y alcances, etcétera.

El Estado y la salud

El origen del Estado, como todo lo humano, fue muy humilde y en la concepción individualista del Estado predominante en el siglo pasado, se le asignaba a éste nada más que las funciones de asegurar el orden y la paz pública, vigilar la actividad privada y decidir las controversias.

Aun dentro de esa filosofía de gobierno, el Estado moderno debió asumir en forma directa, distintas responsabilidades, que la teoría política definió como “los fines del Estado moderno”; entre ellos, la atención y protección de la salud, ha sido considerado como uno de sus fines más significativos. El Estado en nuestro país, actuó dentro de ese marco político asumiendo la responsabilidad aludida, a través de la conocida y tradicional estructura hospitalaria.

Es necesario enfrentar el tema con la verdad, aunque duela y afecte, pero cabe concluir que por distintas circunstancias y responsabilidades, esta estructura hospitalaria estuvo lejos –muy especialmente en el interior del país– y está alejada aún hoy, de satisfacer ni siquiera en niveles mínimos, la demanda del pueblo en la materia.

Entiéndase que este juicio no importa en manera alguna, críticas de comportamiento a los responsables de las prestaciones del sector. Nada de eso.

Todo un conjunto de circunstancias de carácter sociológico, político, económico, conforman en un determinado momento histórico de una sociedad, un orden ideológico en relación con un determinado aspecto de la actividad humana, al cual es casi inexorable adherir, cualquiera fuera la opinión grupal o individual.

Nada hizo el Estado para operar agresivamente contra esa concepción, cristalizando en cambio una actitud quietista, de abandono y en creciente desprotección a la población de menores recursos; dejando vacío el amplio y fundamental aspecto del cuidado de la salud.

Nacen así las Obras Sociales.

El gremialismo y sus alternativas: destruir o crear

Frente a la clara y concluyente deficiencia del Estado para concurrir a esa necesidad vital, durante la década del '50, el movimiento obrero organizado, advertido de esa falencia, sintiendo a la vez que el déficit castigaba con mayor acentuación a los trabajadores que el movimiento representaba, comienza a estructurar las denominadas “obras sociales”, constituyéndose en **precursor** de estas entidades que hoy encontramos irrevocablemente incorporadas al patrimonio social argentino.

Como que el cuestionamiento al actual sistema de Obras Sociales, se fundamenta en lo que hoy también se denomina “Poder Sindical”, debemos detenernos un instante para examinar, aunque brevemente, las motivaciones del sindicalismo para asumir esa responsabilidad, complementando la acción del Estado e inclusive su tendencia a sustituirla en gran medida, como ocurre hoy en día.

El desarrollo y consolidación del movimiento sindical, insufló una clara conciencia de las necesidades de los trabajadores, como así también mecanismos operativos para concurrir al bienestar social de los mismos.

El movimiento fue consciente que las circunstancias políticas, económicas y sociales no eran las favorables a sus representados, eran –reitero– conscientes de la necesidad de cambiarlas; para lograr eficazmente ese objetivo advirtieron además que no era posible modificar esas circunstancias pretendiendo destruirlas desde afuera, sino incorporarse a ellas para cambiarlas desde adentro.

Su posición fue la de ubicarse en una actitud transformadora, en vez de la revolucionaria, que arrasa y no crea.

Conciliar transformando; no disputar o enfrentar destruyendo.

Es así como el objetivo principal de las Obras Sociales es el cuidado de la salud de los trabajadores, compitiendo con el Estado en esa obligación y compitiendo también para hacer realidad el derecho natural a la protección social.

De la beneficencia a la solidaridad

Es con su aparición que las Obras Sociales contribuyen protagónicamente a modificar sustancialmente el concepto del tratamiento de la salud.

La doctrina de la salud pública a través de la estructura hospitalaria se fundamenta en el concepto de la beneficencia social, en cambio las obras sociales

promueven y desarrollan la concepción de la comunidad solidaria, a través de las categorías profesionales que comprende y protege.

Insistimos algo más con relación a las motivaciones, por cuanto la concepción liberal que estructuró la salud en el país y sus grupos de intereses aliados, ha señalado e insiste también hoy, en la argumentación fácilmente aprehensible de que las organizaciones gremiales constituyeron obras sociales para dotarse de recursos financieros, hacer política y enquistarse en la conducción sindical.

Advirtamos la siempre coincidente argumentación, por cuanto también la izquierda marxista, les imputa idénticos objetivos.

En ambos extremos el objetivo es el mismo, restarles los recursos, no para “ordenar” o “sanear” el sistema, sino para debilitar el “poder social” de los trabajadores.

En definitiva, por caminos visibles o invisibles, esto es un aspecto más de la permanente disputa entre el “poder económico” y el “poder social”.

Esta es la verdad, esta es la realidad que hay que comprender.

Pero sigamos adelante en el desarrollo del tema.

Esa “salida” de las Obras Sociales en el plano parainstitucional, también puso en evidencia que el empirismo inspirador, sin la debida computación de los elementos técnicos, generó deficiencias de índole diversa y de impostergradable corrección.

El Estado resolvió asumir la cuestión.

De la realidad preexistente a la transformación

Las encuestas, estudios y conclusiones de la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales, creada por Ley 17.230/67, y de la Comisión Coordinadora de Servicios Sociales Sindicales, creada por decreto 2318/67, permitieron advertir las deficiencias que ofrecía el sistema, en cuanto a la dispersión de esfuerzos y recursos, la carencia de coordinación e integración, falta de asistencia técnica, recursos insuficientes, etc., que conforman el estado de cosas en la materia al tiempo de sancionarse el régimen de la Ley 18.610, en marzo de 1970.

Es difícil detectar y valorar debidamente en su verdadera magnitud todos los elementos de la más variada naturaleza que, en un momento determinado,

confluyen para instituir un orden o un sistema distinto en un sector de la actividad humana.

Esta apreciación adquiere más validez aún en este caso, en que el sistema de la Ley 18.610, con sus modificaciones, no sólo expresa el propósito de introducir en un orden un cambio estructural, sino también revelar la presencia de una tendencia transformadora con igual sentido, en otros campos de la actividad socio-económica.

Merecen también una referencia especial, las disposiciones de la ley de sustancia programática, en especial las concernientes a las funciones que se encomiendan al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).

Previamente es necesario formular algunas reflexiones sobre la forma de constitución del INOS, intervenido desde el 24 de marzo de 1976, en el que se prevé una representación estatal, una representación de los trabajadores y una representación de los empresarios.

La presencia de la representación profesional en un cuerpo con facultades de decisión como lo es el INOS, y en materias como las que son de competencia del mismo, constituye un acto legislativo cuya importancia es preciso señalar en todo su alcance.

Esa integración comporta institucionalizar en el nivel de la decisión socio-económica, la participación sindical y empresaria. Una participación que importa para el movimiento sindical no seguir buscando la secesión de las clases trabajadoras de una sociedad cuyo ordenamiento no comparte, sino buscar la integración de la clase trabajadora a través de esa participación.

Hay que tener presente que la aludida participación sindical en el gobierno social o económico debe tender a ofrecer a los trabajadores mayores posibilidades reivindicativas que las que les puede dar el enfrentamiento de tipo clasista.

Parece ser opinión generalizada en la conducción sindical argentina, que su misión no debe limitarse a defender los intereses que representan en circunstancias determinadas, sino también y principalmente tender al cambio de esas circunstancias dadas.

Paralelamente, la presencia de la representación empresarial compone un equilibrado y progresivo desarrollo de intereses solidarios en un curso de acción de resultados ciertos y positivos.

La participación decisional en el INOS, conforma una promoción integrativa de todos los sectores sociales en un tema que por la vastedad de sus alcances, por la necesidad imperiosa de contar con una política nacional integrada y por los principios de solidaridad, equidad y justicia que las inspira abrió las más auspiciosas perspectivas de futuro.

Finalmente, para concluir con los fines y objetivos del INOS, deben destacarse sus funciones de coordinación, integración, supervisión y asistencia técnica a las Obras Sociales.

Tarea que requiere fundamentalmente sentir y apreciar debidamente la esencia social y solidaria de las necesidades que cubren las Obras Sociales, predisposición para persuadir, persistencia y tenacidad en la consecución de los objetivos.

Es así, que la tarea de coordinación e integración se comenzó por ejecutar en el interior del país, reuniendo a las obras sociales, mediante la conformación de asociaciones de las mismas, a fin que las prestaciones fueran efectivas y de buen nivel médico-asistencial, estando constituidas a la fecha, más de 30 asociaciones de Obras Sociales.

La coordinación e integración llevada a cabo demandó una tarea de difusión y persuasión que, recibida positivamente por la conducción de las obras sociales, permitió que en un lapso reducido, todos los trabajadores tuvieran su cobertura social.

En 1981, existen obras sociales que cubren a más de 18.000.000 de beneficiarios, entre directos e indirectos, es decir que el sistema ampara a más del 70 % de la población argentina.

Es innegable, además, el desarrollo de las Obras Sociales en otros campos del bienestar social del trabajador, facilitando el turismo social, la recreación, planes de vivienda, etc., instrumentos eficaces para asegurar la dignidad humana.

Ha sido la tarea y la obra de un sistema enraizado en el patrimonio social argentino ha sido el empuje de sus conductores, a quienes no se puede juzgar solamente por la existencia de algunos aprovechados, ni tampoco por la vanguardia que ejercieron en los acontecimientos políticos recientes.

El sistema de las obras sociales debe ser juzgado por sus resultados, por los beneficios que reciben los trabajadores y personal superior de las empresas, es decir por lo que, conceptual y realmente representa, y no como algunos

pretenden por las anomalías corregibles que ofrece ni por la inconducta de algunos que actuaban a contramano del país; éstos que reciban las sanciones que su inconducta merece, pero, cuidado, con el remanido argumento del “reordenamiento”, de la “eficiencia” y equivalentes, se está por sancionar a los trabajadores dejándoles sin servicios o sin responsables que deban otorgarlos, que es prácticamente lo mismo.

Buscamos una comunidad con responsabilidad y con responsables, a quienes asumen esa delicada e importante misión, el máximo de rigor para que la ejecuten por los andariveles de la eficacia y corrección.

Riesgos de las propuestas

De las distintas pautas de modificación del sistema concretado en el proyecto, se advierte la permanente influencia del objetivo político que señalamos en el exordio del presente; “debilitar el poder Sindical”.

Con ese fundamento, por un lado difícil de admitir públicamente, y por otro lado, mucho más difícil de obtener, por este procedimiento se va a estructurar un sistema que por estar reñido con la realidad social conlleva serios riesgos de dejar al trabajador y su familia en el desamparo de la cobertura de una de las contingencias más difíciles de afrontar, como es la del tratamiento de la salud.

La tendencia de las modificaciones ostentan tres finalidades, que a nuestro juicio, son las fundamentales: en primer lugar, la regionalización del sistema; en segundo lugar, la centralización de los fondos, sobre la base de la recaudación centralizada por el Estado o de alguno de sus organismos, y finalmente la eliminación de la conducción del sistema a la representación material, legal de los trabajadores.

Respecto de la primera, es decir la regionalización, seguramente se la fundamentará en la permanente y remanida búsqueda “de hacer federalismo”; expresada por iniciados en la cuestión que no alcanzan a distinguir las necesidades políticas, de las carencias sociales y que muy a menudo caen en inocuos “provincialismos”.

Es tradicional la disputa por “el poder” y seguirá siéndola. Especialmente la controversia entre “el poder económico” y “el poder social”.

Nuestro país se ha caracterizado, como otros que se encuentran en vías de desarrollo, en que la historia política de los últimos 30 a 40 años ha exhibido

esa lucha, disputada con vigor por los sectores en contradicción, de los cuales el movimiento obrero organizado utilizó como alternativa de lucha, la dialéctica: “resistencia-diálogo”.

Esa disputa, como dijimos, es común denominador de los países en desarrollo, con mayor o menor acentuación, según sus realidades.

Sin embargo, en nuestro caso, la controversia ha tenido y mantiene una originalidad, y es la de que en ningún caso ni “el poder económico” ni “el poder social” ha desbordado los cauces, tanto de la conciliación como de la negociación o el diálogo.

Ello ha sido sólo posible, por cuanto las fuerzas que las presentan, en definitiva ostentan un relativo equilibrio y esto es lo que fundamentalmente debe preservarse, para lanzar y afianzar cualquier proceso de desarrollo.

Sólo el equilibrio económico-social con características dinámicas, es capaz de alentar en nuestra realidad política, económica y social, un proceso de transformación con PAZ SOCIAL.

La regionalización niega esa posibilidad, porque:

- Destruye la posibilidad de una visión totalizadora del país.
- Destruye la posibilidad de concurrir a las zonas de menores ingresos, con el esfuerzo solidario de toda la comunidad laboral de la actividad de que se trate.
- Asegura la atomización del sistema y la anarquización de los servicios.
- Favorece la mayor gravitación de los prestadores de servicios, en desmedro de la capacidad negociadora y financiera de las obras sociales locales.
- Asegura la atomización de la estructura sindical y, en consecuencia, destruye la capacidad de negociación con concepto de unidad.
- Pareciera que la provincialización sólo es conveniente respecto de la salud del trabajador del sector privado, toda vez que para ello será obligatoria, en tanto que para el sector público (administración central, organismos y empresas estatales, jubilados y personal superior de las empresas, se la prevé en forma condicionada (arts. 57, 58, inc. 1; 58, inc. 2; 58, inc. 3; 58, inc. 4).

Se incorpora así una distinción irritante, consecuencia obvia de aquel principio que nutre al proyecto, elimina de la cuestión a la representación genuina de los trabajadores.

Queda así archivada y desvirtuada, la igualdad que pregona el mensaje, ¿o es qué es diferente la salud del trabajador privado, del público y del jubilado?

- Qué hay de federalismo y de representatividad en el proyecto, cuando los “entes”, además de tener mayoría del Estado, los demás representantes son designados por el INOS, de acuerdo a ternas que, además, puede rechazar (art. 32). Buen estilo para hacer politiquería destructiva.
- Qué significan “las entidades con personería jurídica representativos de los beneficiarios” (art. 32). En resumen, la pregonada federalización debilita “el poder social” y operará como factor desequilibrante con “el poder económico”, con lo que doblemente contribuirá al desborde de las relaciones económico-sociales.

La estatización de los fondos

También la medida obedece en uno de los más fuertes ataques que se esgrime contra la conducción sindical en el campo del manejo de lo social.

Admitimos la existencia de algunos protagonistas que han dado lugar a aquellas manifestaciones.

Sin embargo, la cuestión no se resuelve estatizando, pues ello no significa garantizar la virtuosidad del funcionario público, y si presumir que todos los dirigentes son corruptos.

Valga como experiencia reciente, los resultados de la sanción de la ley 21.640, que desvía hacia el Estado –sector Salud Pública– el 10 % de los recursos previstos en el artículo 5º, incisos a) y b) de la 18.610, así como el 50 % de los fondos de distinta naturaleza afectados también a las Obras Sociales.

Consecuencia inmediata de la estatización de los fondos es que cada nomenclador de prestaciones médicas mínimos a cargo de las Obras Sociales, que dispone el INOS, se reduce permanentemente su alcance, con lo que la decisión estatizante, se transforma en la reducción de los derechos sociales del trabajador.

Únicamente y nada más que una conducción superior del sistema con autoridad y con prestigio como lo exige toda la administración estatal y paraestatal es la mejor garantía de seriedad en el manejo de los fondos. Esta es una posición que la experiencia de quienes tienen que decidir les obliga a conocer.

Cuando existe autoridad moral y prestigio, que dimana desde el gobierno mismo, esa fórmula de comportamiento se extiende inexorablemente en todos los campos.

No sólo el proyecto decide estatizar el sistema y sus recursos (entre otros arts. 11, 67, etc.), sino que, además, confisca el actual patrimonio de las Obras Sociales (art. 60 y 61) Y los declara de naturaleza pública (art. 14), sin considerar en absoluto, que ese patrimonio fue conformado con el aporte de los trabajadores y empresarios.

–Durante los últimos días, se ha expresado públicamente, la conveniencia de estudiar el alcance y monto de las “cargas sociales”, el mismo proyecto en su mensaje se refiere a la ineficiencia de las Obras Sociales”, “a la dilapidación de los recursos”, etc.

–Sin embargo, incrementan sensiblemente las cargas sociales, claro está que está vez con obligados sectorialmente considerados, como así también con destinatarios bien concebidos, a saber:

1) El actual régimen (art. 5° y Ley 21.216) dispone que la financiación será estimada sobre la remuneración; a cargo del empleador del 4,5 % y a cargo del trabajador del 2 % más otro 1 % por todo el grupo familiar. Esto es concepción solidaria.

El proyecto dispone (art. 1°):

- 4,5 % a cargo del empleador, queda igual.
- 3 % a cargo del trabajador, se le aumenta 1 % más.

2) Los recursos de distinta naturaleza (ejemplo: Obra Social bancarios, seguros, luz y fuerza y otros), no se suprimen, son confiscados por el INOS, art. 11, además del 10 % de los recursos legales de las Obras Sociales.

No se puede precisar a cuánto alcanzará el total de los fondos del INOS; sin embargo, sí se puede asegurar que podrá ser el dueño de la política (¿o la demagogia?) social del país.

Recuerdo que la ley actual prevé como únicos recursos del INOS, el 6 % sobre el sueldo anual complementario.

3) Por último, en una pérdida normal del proyecto inclinación a la que son proclives los legisladores con ideas claras sobre lo que no debe hacerse, se agrava la situación del jubilado aumentándole su contribución en un 2 % (art. 75).

¿Es que el Instituto de Jubilados no ha sido siempre y hasta ahora, conducido por el Estado? ¿Puede entonces reclamar eficiencia, cuando evidentemente no la ha demostrado?

Eliminación de las Asociaciones Profesionales de Trabajadores

El sistema de Obras Sociales fue instituido, como quedó expresado, recogiendo una realidad preexistente, para afianzarla, desarrollarla, asistirle técnicamente, e ir orientándola hacia una mayor población protegida.

Las Obras Sociales son preexistentes a la Ley 18.610, producto de una toma de conciencia por parte de la conducción sindical de una situación de carencia de los trabajadores, a la que el Estado había ya demostrado su ineptitud para afrontarla en términos satisfactorios a través de su estructura hospitalaria.

No importa acá y ahora reflexionar sobre si la concepción solidaria del sindicalismo es espontánea, sentida, proviene de abajo o es especulativa, lo que importa es su existencia, aquélla es tarea para el sociólogo, la comprobación de su existencia es obligación del conductor del Estado. Esa misma concepción fue aceptada y asimilada también por los representantes del empresariado argentino, quienes, ubicados inicialmente en contra de la ley, de inmediato advirtieron sus alcances, se incorporaron a ella y **desde ella** ampliaron la protección del sistema a su personal superior y a la vez integraron en forma activa su conducción.

La Ley 18.610, implica entonces un instrumento de encauzamiento participativo, reconociendo la personería ya ganada del sindicalismo en el desarrollo social e incorporando a ese mismo objetivo al empresariado.

Tanto uno como otro movimiento es representativo del poder que proviene de abajo, es decir, es expresión de sentimiento, necesidades, reivindicaciones, etc., de quienes en cada sector y en su medida representan.

Si el ejercicio de ese mandato no hubiera consultado en su tendencia general las aspiraciones –en la materia– de sus mandantes y también en su medida no los hubiera satisfecho, la realidad que siempre es más fuerte que toda atadura, no los hubiera tolerado.

Señalo esto por cuanto, ni del mensaje, ni de ninguna información pública se ha hecho mención que el proyecto sea consecuencia de un sentir o de una consulta practicada a los trabajadores o al personal superior en las empresas. ¿Es que acaso la autocracia se siente tan infalible?

Finalmente, comporta una contradicción injustificable la conducta del gobierno, que mientras en el campo económico defiende el concepto privatizante de subsidiariedad del Estado, en el campo social se autopromueve para colocarse en el rol protagónico, fundamental y excluyente.

En esa línea ideológica desvirtúa toda posibilidad participativa y de asignación de responsabilidad social a los entes por intermedios de la sociedad, negando la posibilidad de funcionamiento de los mejores mecanismos de actuación de la solidaridad social.

“Uno de los instrumentos más eficaces de que disponen los trabajadores para su promoción en el actual régimen social, es el sindicalismo, el cual para ser auténtico debe aspirar a elevar las condiciones materiales y morales de los asalariados y contribuir a crear un mundo donde la persona humana alcance su más perfecto desarrollo.” (Pastoral colectiva del Episcopado Argentino, del 19 de mayo de 1956, N° 53.)

“... es injusto y al mismo tiempo, de grave perjuicio y perturbación del recto orden social, confiar a una sociedad mayor y más elevada lo que pueden hacer y procurar comunidades menores. Todo influjo social debe por su naturaleza prestar auxilio, a los miembros del cuerpo social, nunca absorberlos y destruirlos.” (Quadragésimo Año, N° 35).

ACTAS DEL CONSEJO DE LA AMP DURANTE LOS AÑOS 1981 A 1983, BAJO LOS GOBIERNOS DE FACTO DE VIOLA Y GALTIERI (54)

Durante este período se realizaron 137 reuniones con sus correspondientes actas, pero sin embargo 77 de ellas, es decir el 56 %, no refieren temas significativos de importancia, al igual que el período anterior. Es probable que esta situación se debiera a la continuidad del gobierno de facto militar con el consecuente autoritarismo y persecuciones provocando la lógica autocensura para evitar conflictos mayores.

Del resto de las actas en donde si podemos analizar temas de mayor significación e importancia las hemos dividido en Política Gremial, Reglamentos, Carrera Médico-Hospitalaria, Obras Sociales, IOMA y Casa del Médico.

Política Gremial: con esta denominación caracterizamos actas que tratan diferentes problemáticas como resumimos a continuación:

- Anormalidades en la facturación por parte de algunos médicos por lo que se debían seguir las normas necesarias fijadas por la AMP para salvaguardar un sistema de trabajo médico.
- Contratos de atención médica por fuera de la AMP.
- Aportes al fondo patriótico por la guerra de Malvinas y distintas formas de apoyo a la gesta de recuperación de las Islas.
- Compra del Cardón, actual campo de recreación y deportes de la AMP.
- Asignación de parte del presupuesto de la AMP en créditos personales para los médicos asociados y en inversiones institucionales.
- Ayuda a los afectados por las inundaciones.
- Adhesión a las movilizaciones políticas en procura de la unidad nacional y el retorno a la democracia.
- Participación en el paro médico con movilización debido al deterioro de los hospitales públicos y el incumplimiento de la ley de Carrera Profesional Hospitalaria.

- Denominación a la biblioteca de la AMP con el nombre “Dr. Noel Sbarra” en honor a su memoria, incorporándose al patrimonio cultural la donación de sus libros por parte de su viuda.
- Protagonismo en el encuentro nacional de profesionales jóvenes.

Reglamentos. Se normatizaron:

- Los servicios de urgencia domiciliaria.
- El Centro de Promoción de la Investigación Biomédica.
- Organigrama de funciones y niveles de la estructura técnica – administrativa de la Institución.
- Subsidio por maternidad.
- Vademécum con los objetivos y medios para su implementación.

Carrera Médico Hospitalaria. Se trató sobre:

- Participación de la AMP en la comisión de estudio de reforma de la ley de Carrera Médico Hospitalaria.
- Solicitud sobre la regularización de los concursos.
- Adecuación de los sueldos a la realidad nacional.

Obras Sociales. Se consideraron:

- Suspender los convenios y la atención médica a aquellas obras sociales que no pagaban pese a los reclamos por la mora reiterada.
- Reajuste y actualización de los aranceles según los nuevos valores del galeno médico.

IOMA. Se analizó:

- Retraso reiterado en el pago de las facturaciones.
- Rechazo de la AMP a la exclusión de médicos del padrón de prestadores.
- Dificultades financieras de los sistemas de cobertura del coseguro de IOMA.

Casa del Médico: Se estudiaron diferentes anteproyectos para construir la Casa del Médico.

Nada mejor para corroborar estos temas señalados que dar testimonio a través de las propias actas que reproducimos a continuación:

1).- Acta sin temas significativos.

Son 77 actas de las 137 de ese período (56 %)

Insisto en la siguiente consideración. Sin datos relevantes o de importancia, significa que la Agremiación recibe y envía notas de distinto tenor, por ejemplo de afiliados que se inscriben o que dejan de pertenecer, a licencias por enfermedad, a situaciones puntuales con alguna obra social, a Invitaciones a eventos científicos o participaciones a eventos culturales lo cual no tiene significado o relevancia en lo que estamos analizando, o sea que son reuniones en general de forma que no trasuntan ningún conflicto de fondo.

2).- Política Gremial

El Consejo Directivo de la Agremiación Médica ante informes de situaciones donde la facturación de algunos médicos incursiona en anormalidades dado que no se condice con los reglamentos informa a través de las actas la real importancia que tiene seguir los pasos legales en todas las facturaciones y prestaciones de cada uno de los afiliados a la Agremiación Médica Platense. En realidad lo que dice el Consejo es que la modalidad de actuación profesional no acorde a los parámetros y procedimientos actualmente aceptados por la ciencia médica y que la actividad médica asistencial dentro del régimen de Obras Sociales y Mutuales impone a las entidades como a la Agremiación Médica Platense tiene el deber del control de los actos médicos que se realizan y facturan en virtud de los convenios que la Institución concierta con las Obras sociales y Mutuales. Cuando de tal control resulta razonable presumir la existencia de una modalidad de trabajo en la que no se pondera con prudencia la utilización de procedimiento diagnósticos y o terapéuticos corresponde a la Agremiación adoptar las previsiones necesarias para salvaguardar un sistema de trabajo médico en el que al par de rechazar toda limitación administrativa al ejercicio de la actividad profesional es preciso también erradicar aquella forma de ejercicio en la que por imprudencia o aun por inadmisibles cálculos

de beneficios se soslayan normas técnicas básicas de las ciencias médicas. De las actuaciones realizadas en algunos profesionales se deben concluir que esta actividad ha estado al margen de las aludidas normas por lo cual en tales situaciones no se debe acreditar una dolosa intención de una modalidad sino que muchas veces debe interpretarse como producto de la imprudencia. Por lo tanto el Consejo Directivo de la Agremiación debe tomar una resolución en general cuando hay anomalías en este orden de esta presentación de las prácticas y se debe rechazar la facturación devolviendo la documentación al médico en cuestión. Se impone una sanción de amonestaciones al médico que ha incurrido en estos errores y debe advertirse a dicho profesional que la reiteración en las modales de actuación profesional debe considerarse necesariamente si se llega a probar como producto de una intensión dolosa y las sanciones serán más severas. (Acta 1151, 28-5-1981)

Se recibe una denuncia mediante la cual se cita a una organización denominada CORPLAN que promueve contratos de atención médica al margen de las normas gremiales vigentes sobre la base de una cartilla de prestadores en la que figuran numerosos médicos afiliados a la Agremiación. Tras analizar la denuncia en cuestión el Consejo Directivo resuelve requerir a los asociados incluidos en dichos listados que aclaren formalmente su situación ante la Agremiación para posteriormente adoptar las medidas disciplinarias que pudieren corresponder. (Acta 1172, 29-10-1981)

El Consejo Directivo considera las renunciaciones que con carácter indeclinables presentan el Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Protesorero, Secretario General y Prosecretario. La renuncia del Dr. Alberto Poli se fundamenta extensamente en una serie de circunstancias y hechos referidos a la actual situación médica y gremial que a juicio de su autor ha sido oportuno y conveniente su retiro para promover una reactivación de los vínculos que necesariamente deben mantener la entidad con todos y cada uno de los afiliados. La renuncia de los demás miembros del Consejo Directivo mencionados se encuentran fundamentadas en que la participación en la gestión conductiva tuvo como motivo esencial la integración de un equipo de trabajo con el doctor Poli que hacen naturalmente procedente acompañarle en la decisión de renunciar con plena conciencia en cuanto a los fundamentos expuestos por la presidencia.

Dada la condición indeclinable de las renunciaciones presentadas y el vencimiento del mandato de los restantes miembros titulares del Consejo se resuelve incluir en la convocatoria de la próxima asamblea ordinaria la elección total de nuevos miembros del Consejo Directivo el cual va a continuar su gestión de administración hasta la asunción de las nuevas autoridades que resulten electas. Acto seguido se resuelve convocar asamblea anual ordinaria para el día 30 de noviembre del año 81 a las 20.00 y 21.00 horas respectivamente. (Acta 1173, 5-11-1981)

Se inicia la presente sesión extraordinaria del Consejo Directivo convocada a los efectos de producir la asignación de funciones prevista de Art. 18 del Estatuto. Presidente: Dr. Héctor Vidal. Secretario General Dr. Gustavo Mammoni. Prosecretario, Dr. Rodolfo Rojas. Tesorero Alberto Yuspas. Protesorero Jorge Santander. (Acta 1177, 4-12-1981)

Bajo la presidencia del Doctor Vidal. Con las referencias de notas múltiples de FEMEBA sobre la recuperación de las Islas Malvinas se decide adherir a las mismas. Se resuelve efectuar aportes al fondo patriótico con el producto del 1 % del aporte gremial del asociado a la Agronomía Médica Platense. (Acta 1196, 22-4-1982)

Bajo la presidencia del Dr. Héctor Vidal. La presidencia propone al Consejo Directivo la consideración concreta acerca de la posibilidad de adquirir un predio de terreno destinado al desarrollo de un campo de deportes y recreación para los asociados de la Institución en tal sentido hace referencia a la posibilidad de adquirir el terreno de aproximadamente 4 hectáreas de extensión ubicado sobre la Av.66 a la altura de la calle 179 del radio sub urbano de la ciudad de La Plata. La propiedad está dotada de una profusa arboleda de especial calidad y de dos casas habitación en buenas condiciones de habitabilidad, predio que por otra parte fuera visitado por los miembros del Consejo Directivo por el citado terreno cuya denominación catastral es Circunscripción:3° Secciones: C y F Chacra: 311 Parcela:1. Su propietario señor Carlos Larral solicita un precio de 1.300 millones de pesos, el que de acuerdo a las condiciones y niveles del mercado consultadas resulta razonable y conveniente para la entidad. Analizada la cuestión y por el voto unánime de todos los miem-

bros presentes el Consejo Directivo resuelve concretar la operación de compra propuesta por el precio indicado a pagar de la siguiente modalidad 30 % a la firma del boleto de compraventa y el saldo al momento de la escrituración. De acuerdo a lo resuelto se faculta expresamente al Presidente Dr. Héctor Vidal, Secretario y Tesorero para suscribir la pertinente documentación en representación de la Institución (Acta 1198, 6-5-1982) ***Esta acta muestra la compra del CARDON el actual predio que disfrutamos los médicos en ese lugar.***

Se resuelve cursar nota a la Alianza Francesa notificando que la Institución ha resuelto suspender el Desarrollo del ciclo del Cine Francés propiciado por ambas instituciones en razón de la actitud asumida por la Republica de Francia respecto del conflicto por la recuperación de las Islas Malvinas. Se resuelve por unanimidad efectuar un aporte institucional de 150 millones de pesos para el Fondo Patriótico Nacional. (Acta 1201, 27-5-1982)

Se toma conocimiento de nota cursada por el comando de Sanidad del Ejército agradeciendo el envío del trabajo producido por Dr. Luis Mirande sobre el tratamiento de lesiones dermatológicas producidas por el frio y otros factores ambientales propios del área donde se desarrolla el conflicto bélico por la usurpación y la recuperación de las Islas Malvinas. (Acta 1203, 10-6-1982)

Se resuelve por unanimidad destinar una partida del 20 % del patrimonio de la Institución para hacer utilizada en servicios para el Medico y su familia. Se sugiere entre otras propuestas la compra de un Hotel para veraneo y a tal efecto se designa una comisión integrada por los doctores Lopez Cafasso, Liberatti, Rojas y Yuspas. Para que lleven un informe de factibilidades. (Acta 1212, 12-8-1982)

Se resuelve para la reunión próxima siguiente del Concejo Directivo se trate como único tema del orden del día la inversión del 20 % del capital activo de esta Agremiación en bienes de servicios para el Medico y su familia pasando así a cuarto intermedio hasta dicha reunión. (Acta 1214, 26-8-1982)

Se considera lo resuelto en la sesión del 12 de agosto de 1982 respecto de la inversión de una partida del 20 % del presupuesto con fines de prestar

servicios sociales a los afiliados de esta Institución. El Dr. López Cafasso, mociona proponiendo según lo faculta el Estatuto se utilice el 20 % del capital activo de la Institución de la siguiente forma, un tercio del capital en una partida para inversión, un tercio en servicios para el colega ejemplo: préstamos personales y un tercio en función social como por ejemplo protección a la familia. El Dr. Santander mociona favorablemente respecto del otorgamiento de créditos, planteando dudas sobre los beneficios de la compra de un Hotel de Turismo, teniendo en cuenta los gastos de mantención del mismo. El Dr. Maliandi sugiere se realice un estudio de las posibilidades de compra del Hotel de su mantención y su conservación para ello propone un estudio contable y una propuesta de factibilidad. El Dr. Canepa sugiere una inversión rápida del capital respecto del Hotel, duda sobre el lugar, dentro de la provincia o del interior del país en donde deba comprarse. El Dr. Mammoni realiza una discriminación del presupuesto a invertir y propone una encuesta social mediante los servicios de una socióloga para detectar las necesidades prioritarias de los médicos respecto a la inversión en inmuebles cree que fuera prioritario al hotel la inversión en cocheras viviendas etc. El Dr. Vidal plantea dudas ante la compra de un Hotel de veraneo de una capacidad de cien plazas de acuerdo a lo sugerido inicialmente pidiéndose se demuestre que el mismo pueda satisfacer la demanda de sus afiliados y sus grupos familiares. En su lugar propone aprobar una línea de créditos personales, creación de una librería, suscripción e información bibliográfica que demanda la suma de 23 mil dólares mensuales y por ultimo culminar las obras del country médico en el predio recientemente adquirido y mociona en favor de los dos primeros puntos propuesto por el Dr. López Cafasso y que se estudie las inversiones en función social para el médico y su familia. El Dr. Liberatti solicita que para la próxima reunión se informe sobre el reglamento que se aplicara para el otorgamiento de créditos personales y sobre la forma que se realizara la inversión en función social. Finalmente se pone a consideración la moción del Dr. López Cafasso en la que proponía se afecte la cantidad de libre administración por el Consejo Directivo del siguiente modo, un tercio para créditos a asociados, un tercio para inversión inmobiliaria, y un tercio para inversión financiera. Se aprueba rubros de inversiones y créditos personales y se acepta la moción

del Dr. Canepa que propone se forme una comisión para el estudio del punto respecto a la inversión con fines de cobertura social incluyendo se tenga en cuenta la compra del Hotel. (Acta 1215, 2-9-1982).

Atento a la facultad que otorga el Estatuto el Consejo Directivo se resuelve destinar una partida de 4 mil millones de pesos ley para otorgar créditos a los médicos afiliados a esta institución se fija para los mismos un interés inferior en 15 puntos a los otorgados en el Banco de la Nación Argentina. (Acta 1218, 23-9-1982).

El Dr. Vidal presenta un informe sobre los presupuestos ofrecidos para la ampliación remodelación y construcción de obras en el predio El Cardón, se aprueba la cotización presentada por la empresa Quiroga S.A. por la suma de \$1.300 millones moneda Nacional. (Acta 1221, 14-10-1982)

Informa la presidencia que dentro de los términos estatutarios respectivos se ha registrado la presentación de una única lista de candidatos para la renovación parcial del consejo directivo dicha lista denominada unidad está conformada encabezada por el Dr. Rodolfo Rojas como presidente y el Dr. Jorge Gurruchaga como Vicepresidente. (1227, 25-11-1982)

Bajo la presidencia del Dr. Rodolfo Rojas. Se pasa a distribuir funciones previstas de acuerdo al Art. 18 del Estatuto. Presidente: Dr. Rodolfo Rojas. Vicepresidente: Dr. Jorge Gurruchaga. Secretario General: Dr. Osvaldo López Cafasso. Prosecretario: Dr. Carlos Canepa. Tesorero: Dr. Jorge Liberatti. Protesorero: Dr. Rodolfo Urbina. (Acta 1228, 2-12-1982)

Se aprueba por unanimidad la redacción formulada por la Comisión Directiva fijando la posición de esta entidad con respecto al paro laboral del día 6 de este mes y aparecido en medios periodísticos del día siguiente. (Acta 1229, 9-12-1982)

El Dr. Rojas sugiere que sería importante aplicar la planificación de recursos físicos en salud en el ámbito del partido de La Plata con auspicio de la Agrupación Médica y así de esta manera colaborar con las Autoridades de Salud Pública. Se resuelve por unanimidad la adhesión a los principios invocados

por la MULTIPARTIDARIA para la movilización del día 16 del corriente mes de diciembre y dejando en libertad de acción a nuestros asociados para su concurrencia. Esta adhesión se tradujo en una solicitada periodística en la cual se expresara “Adhesión a la movilización para la que se ha convocado a la ciudadanía del país asumiendo al acto como pacífica y activa expresión de la unidad nacional el apoyo de la más pronta vigencia efectiva de las instituciones y procedimientos democráticos que constituyen la esencia de nuestra existencia como República y como Nación”. (Acta 1230, 14-12-1982)

Es autorizada una partida de 1.000 millones de pesos con destino al fondo de créditos personales para permitir un manejo independiente del mismo. Se recibe la contestación de la caja de previsión y seguro médico sobre seguro por mala praxis. En la misma se señala que dicha caja sería la única entidad habilitada para tal fin pero su posición es de escepticismo acerca de las posibilidades reales de las entidades médicas de implementar un seguro contra riesgo de mal praxis, se resuelve continuar con el tratamiento del tema en las próximas sesiones. (Acta 1231, 23-12-1982)

El Dr. Rojas informa que ha sido entrevistado por tres damas familiares de médicos platenses desaparecidos quienes ponen en su conocimiento el petitorio al gobierno de las fuerzas armadas, el Dr. Rojas le responde que pondrá en conocimiento del Consejo Directivo lo tratado en dicha reunión. El Consejo Directivo luego de conocer el contenido de la petición resuelve que debe informarse lo actuado a todos los médicos agremiados a través de la crónica informativa, pero que cada uno resuelva sobre su lectura y adhesión y se aclara que la institución no debe tomar posición sobre el petitorio. (Acta 1241, 3-3-1983)

El Consejo Directivo resuelve acudir en ayuda de los damnificados por las inundaciones que afectan al país mediante el 1% de la facturación lo cual será canalizado a través de las entidades medicas de las zonas afectadas a quienes se les requerirá cuales son las necesidades inmediatas, asimismo se resuelve participar a las entidades medicas sobre dicho aporte. (Acta 1244, 17-3-1983)

Se informa que se han iniciado los contactos con las empresas Alpargatas y Sancor para concretar envío de alimentos y de calzado a los afectados por las inundaciones. (Acta 1245, 7-4-1983)

La Comisión de obras a través del Dr. Jorge Gurruchaga, informa sobre el estado de las obras que se están realizando en el centro recreativo del Cardón. Los sanitarios están construidos en un 90 % le falta colocar los artefactos para la instalación eléctrica y artefactos sanitarios. Los vestuarios están construidos en un 80% quedando por colocar artefactos para la instalación eléctrica mesadas y grifería. Las parrillas están totalmente terminadas. La pileta de natación está construida el 80% restando el azulejado y la colocación de filtros. Finalmente queda en estudio el proyecto de puestas de veredas perimetradas, consultorio y sala de termotanque el cual debe ser presentado por el Arq. Quiroga. (Acta 1247-21-4-1983)

El Consejo Directivo aprueba una asignación personal destinada a hacer efectiva respecto a la provincia de Formosa una contribución similar a la realizada en las provincias de Corrientes, Chaco y Santa Fe con motivo de las inundaciones resuelve asimismo establecer una nueva asignación global por un monto equivalente al 1 % de los honorarios liquidados durante el mes de abril con el fin de repetir el apoyo brindado a las provincias indicadas que sufren las inundaciones. (Acta 1251, 19-5-1983)

Tras analizar ampliamente la cuestión relacionada con las medidas oficiales sobre ventas fraccionadas de medicamentos el Consejo Directivo resuelve hacer pública la posición de la institución señalando que la aludida medida carece de la relevancia necesaria como para aportar soluciones definitivas y estables a un problema que reconoce orígenes más profundo que el aspecto final de la comercialización que constituye el fraccionamiento. (Acta 1251, 19-5-1983)

Se toma conocimiento de la nota de la fundación Dr. Pedro Belou en la cual se solicita que la Agrupación Médica Platense otorgue un subsidio mensual a la citada Fundación para la adquisición de instrumental médico y libros para la biblioteca de la facultad, se decide no acordar el subsidio solicitado explicando a dicha Fundación que la Agrupación no contempla el otorgamiento de subsidios en su estatuto. Se resuelve asimismo analizar una posibilidad de efectuar un aporte único sin perjuicio de seguir apoyando a dicha Fundación

particularmente a través de la imprenta de nuestra institución la cual ya ha colaborado en la impresión de los boletines de la Fundación. Por eso se resuelve invitar al Sr. Presidente Dr. Grosso Scheridan para que informen las prioridades de la Fundación en la actualidad. (Acta 1253, 2-6-1983)

Se inicia la presente reunión extraordinaria del Consejo Directivo convocada con el objeto de resolver la posición de la institución respecto de los paros de actividades hospitalarias cuya iniciación está prevista para el día 9 del corriente por parte de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires en consonancia con lo acordado por la comisión interhospitalaria. Respecto a esta medida de acción gremial se ha recibido de la Federación Médica invitando a la Agronomía a adherir al señalado paro de actividades y remitiendo el documento en el cual se explicitan los reclamos efectuados al gobierno de la provincia. Tras un amplio análisis de la situación planteada así como del plan de movilizaciones adoptado por la Federación, el Consejo Directivo resuelve por unanimidad la adhesión de la Agronomía a la medida de acción gremial señalando su disidencia respecto de los reclamos de recursos cerrados de ingreso a la Carrera Médica Hospitalaria por considerar que ello constituye un negativo precedente de transgresión a la Ley de tal modo se acuerda producir una solicitada periodística en la que se consignen los siguientes puntos:

1) Por una dotación presupuestaria suficiente que posibilite el más eficaz cumplimiento de la admisión del hospital público asegurando:

- A) Acceso sin trabas a las prestaciones hospitalarias.
- B) Infraestructura y elementos suficientes para una digna atención de los pacientes.
- C) Planteles profesionales adecuados a las reales necesidades de los establecimientos.

2) Por la jerarquización de la labor profesional traducida en:

- A) Estricto cumplimiento de la Ley de Carrera Profesional Hospitalaria.
- B) Recuperación de los niveles de remuneración hoy sumergidos por debajo de toda ponderación.

C) Reconocimiento y promoción de las actividades de las asociaciones de profesionales hospitalarios.

3) Por la reincorporación de los profesionales separados de sus cargos sin causa ni sumario previo.

Se resuelve promover una reactivación de los mecanismos de representación de los cuerpos médicos de distintos hospitales de modo tal que se pueda contar con un fluido proceso de comunicación con los médicos de los distintos establecimientos. (Acta 1254, 8-6-1983)

En primer lugar se efectúa un análisis del desarrollo del paro de actividades cumplido en el día de la fecha que de acuerdo a los informes recibidos de los distintos hospitales tuvo una plena adhesión. Se analiza luego las distintas facetas del plan de movilización elaborado por la comisión interhospitalaria de FEMEBA. (Acta 1255, 9-6-1983)

A través de un informe producido por la secretaria general se analiza pormenorizadamente el desarrollo de la acción gremial cumplida por la Institución en coincidencia con las pautas y resoluciones que han sido adoptadas por la comisión interhospitalaria. Se considera en especial la adhesión al paro de 24 horas previsto para el día 24 del corriente con la concentración y marcha de profesionales hacia la casa de gobierno de la provincia en manifestación de apoyo a los diversos reclamos relacionados con la carrera Médica Profesional Hospitalaria. Tras un amplio debate en la que se concuerda la necesidad de probar la autonomía de la acción de la Agremiación se resuelve adherir al paro y movilización del día 24 de junio de 1983. (Acta 1256, 16-6-1983)

El Consejo analiza las previsiones adoptadas respecto del paro de actividades hospitalarias y movilización que se llevara a cabo el día 24. Informa la mesa directiva que en el curso de la semana se han mantenido sucesivas reuniones con los representantes de los cuerpos médicos de distintos hospitales enfatizándose en la necesidad de constituir cuanto antes las respectivas asociaciones de profesionales. En tal sentido cabe destacar que ya se han concretado la reactivación de las mismas o se está en avanzado desarrollo al respecto en los Hospitales: Alejandro Korn, Ricardo Gutiérrez, Rodolfo Rossi y San Juan de Dios.

En cuanto a la movilización prevista para el día de mañana se conviene en que previo agrupamiento frente a la sede de la Agremiación los médicos de La Plata marchen luego a la plaza Moreno para integrarse con el resto de los médicos de la provincia que se concentraran frente a la Agremiación Médica. (Acta 1257, 23-6-1983)

Por secretaría se informa acerca del desarrollo interhospitalario efectuado el día martes 28 así como la entrevista mantenida con el gobernador de la provincia en horas de la tarde del mismo día en la que el titular del poder ejecutivo anticipo su compromiso en el sentido de satisfacer los reclamos de las entidades médicas en especial a lo que se refiere al aumento de remuneraciones y mantenimiento de la fuente de trabajo en el caso de los médicos que hubieren desempeñado interinatos prolongados. Señala el Dr. López Cafasso que pese a estos hechos que pueden considerarse positivos la reunión interhospitalaria no modifico la decisión de efectivizar los paros de actividades para los días 6 y 7 de julio. Atento a lo informado el Consejo Directivo resuelve adherir a los paros por una estricta consideración en cuanto a la necesidad de preservar la unidad de acción del movimiento médico. Sin perjuicio de ello se resuelve remitir a la Federación Médica una nota en la que se plantea la necesidad de una actuación orgánicamente conducida por la Federación como condición sustancial para la participación y apoyo de la Agremiación y la acción gremial que se desarrolle en el futuro en apoyo a los reclamos propuestos. Se resuelve asimismo la concurrencia de representantes de la Agremiación y de las diversas asociaciones de profesionales a la próxima reunión interhospitalaria prevista para el 5 de julio. La Dirección de cultura informa que la viuda del Dr. Noel Sbarra ha hecho donación a la Agremiación de la biblioteca del destacado dirigente gremial ya fallecido con motivo de este hecho y la larga trayectoria del Dr. Sbarra como dirigente de la Agremiación Médica el Consejo resuelve imponer su nombre a la biblioteca de la Institución. (Acta 1258, 30-6-1983)

El Dr. Ricardo Cerdá informa que la comisión de médicos de reciente graduación ha analizado lo actuado en el Cuarto Encuentro de Jóvenes Profesionales de La Plata y en el Segundo Encuentro Nacional de Profesionales Jóvenes realizado en San Juan entre los días 17 y 19 de junio del corriente año decidiéndose que dicha comisión debe continuar actuando en lo referente a la

problemática del médico de reciente graduación. Se entiende con menos de 10 años de recibido siempre dentro del marco y de las pautas institucionales de la Agronomía Médica Platense y acatando los mandatos emanados del Consejo Directivo. Se resuelve que la comisión se reúna después el primero y tercer martes de cada mes y la necesidad de invitar a todos los médicos de reciente graduación aun cuando no cumplan tareas asistenciales entre los objetivos a cumplir figuran:

- 1) Difusión de pautas
- 2) Actuación de los médicos de reciente graduación en las asociaciones de profesionales de cada hospital
- 3) Tratamiento de las situaciones actuales de los médicos concurrentes
- 4) Estudio de las condiciones actuales de los médicos de guardia
- 5) Participación de los médicos de reciente graduación en cursos y encuentros
- 6) Difusión de la problemática de los médicos recién recibidos a los Centros de Estudiantes Universitarios
- 7) Actividad científica, extra científica y de interés general
- 8) Comunicación periódica con los integrantes de la mesa Directiva de la Agronomía Médica Platense.

El Dr. Rodolfo Urbina informa sobre la participación de los médicos de la Agronomía en el Segundo Encuentro de Profesionales Jóvenes, cuyo tema central fue “El Joven Profesional y el Estado de Derechos” auspiciado por la CGU (Confederación General Universitaria) las comisiones de trabajo fueron:

- 1) Situación ocupacional
- 2) Capacitación profesional
- 3) Ética profesional
- 4) El joven profesional y la Agronomía.

El encuentro contó con la participación de más de 100 instituciones a través de 240 delegados con presentación de más de 50 trabajos. En lo referente a la situación ocupacional se reflejó la gravedad de la situación económica que incide la incorporación de los profesionales a toda la actividad productiva caracterizándose a la situación actual como grave, a lo que se refiere a la capacitación profesional se establece la incidencia de la capacitación pregrado y postgrado defectuosa y la variabilidad temática de cada profesión. En cuanto al joven profesional y la organización se debatieron temas tales como

1) Las dificultades legales que presentan los jóvenes profesionales para incorporarse a las Instituciones

2) La desorganización gremial, inexistencia de Obras Sociales, caja de previsión organismo, de Ley etc.

3) Las dificultades económicas que influyen en la incorporación de los jóvenes profesionales en la labor de las instituciones.

Se puso en conocimiento de los participantes la acción desplegada por la Agrerriación Medica en lo referente a la labor gremial, preocupación por los problemas médicos de reciente graduación, la realización de la olimpiada médica, la importancia de las asociaciones de profesionales etc. quedando evidenciado el alto grado de desarrollo gremial de nuestra institución. (Acta 1259, 7-7-1983)

Luego tras analizar las motivaciones y condiciones socioeconómicas que fundamentan las decisiones de las distintas Agrupaciones de Trabajadores de realizar un paro general de actividades el día 4 de octubre el Consejo resuelve la adhesión de la Agrerriación Medica Platense a la referida expresión de protesta. (Acta 1271, 30-9-1983)

Se considera a continuación el reglamento del Centro Recreativo El Cardón que es aprobado por el Consejo quedando redactado de la siguiente manera: a) Rubros, el acceso a predio b) Invitados especiales c) Uso de las instalaciones d) Uso de las piletas e) Uso de las canchas f) Uso de las canchas de bochas G) Uso de fogones. Todo esto reglamentariamente podrá ser consultado por los afiliados a la Agrerriación. (Acta 1281, 7-12-1983)

3).- Reglamentos

Atendiendo a numerosas inquietudes que en reiteradas ocasiones fueron expuestas ante el Consejo Directivo se resuelve dictar la siguiente resolución por la cual se normalizan las condiciones de inscripción, funcionamiento y aranceles para las prestaciones que efectúan los médicos nucleados en servicios de urgencia domiciliaria. Los aranceles establecidos serán propuestos a reconoci-

miento de las Obras Sociales y Mutuales arancel para visitas efectuadas con servicio de urgencia domiciliaria.

A— A los efectos de la presente reglamentación se consideraran servicio de urgencia domiciliarias a aquellos que reúnen y acrediten ante la Agremiación Médica las siguientes condiciones mínimas.

Primero: estar en condiciones de brindar atención de urgencia domiciliaria en forma permanente y continuada durante las 24 horas del día. A tal fin se estima que tales servicios se deberían estar integrados como mínimo por 4 médicos.

Segundo: Contar con una organización que como mínimo asegure la recepción y registro de las solicitudes de atención médica domiciliaria durante las 24 horas.

Tercero: Contar con medios de movilidad propia.

Cuarto: realizar sus prestaciones limitándose a sus prácticas diagnósticas o terapéuticas que demande la atención de la emergencia derivando al médico de cabecera la continuación de la atención del paciente. En cualquier caso el médico que hubiere realizado la prestación de urgencia deberá abstenerse de continuar con la atención del paciente durante las 24 horas inmediatas posterior a su actuación inicial.

B— Los servicios de urgencia que reúnen condiciones descriptas en el punto anterior deberán inscribirse como tales en la Agremiación consignando todos los datos personales de cada uno de los médicos integrantes del servicio y la dirección y los números telefónicos donde tendrán su asiento el servicio. Deberá asimismo designarse a uno de los médicos del servicio como responsables del mismo. La solicitud de inscripción deberá ser suscripta por todos los médicos que integran el servicio y toda alta o baja de los integrantes del servicio deberá ser notificada a la Agremiación por el titular o responsable del mismo dentro de las 48 hs. hábiles de producida la misma.

C— La condición de urgencia de las visitas médicas que realicen los componentes de los servicios quedara tipificada como tal por el hecho del requerimiento de la prestación de emergencia por parte del paciente con prescindencia de la calificación médica que corresponda luego de efectuada la atención.

D— Las visitas de urgencia domiciliarias realizada por los servicios inscriptos dentro de las normas vigentes tendrán el siguiente arancel. Visitas diurnas dentro del área urbana correspondiente al asiento del servicio \$150 mil pesos.

Visitas diurnas fuera del área urbana correspondiente al asiento del servicio \$170 mil pesos. Visitas nocturnas dentro del área urbana correspondiente al asiento del servicio \$170 mil pesos. Visitas nocturnas fuera del radio urbano correspondiente al asiento del servicio \$200 mil pesos. El arancel establecido será reajustado periódicamente en forma similar a la unidad galeno. (Acta 1162, 20-8-1981)

Se considera y aprueba el siguiente reglamento del Centro de Investigación Biomédica.

1° Crease en el ámbito de la Agremiación Médica Platense el Centro de Promoción de la Investigación Biomédica.

2° Serán sus fines promover entre los médicos de La Plata la investigación biomédica para lo cual desarrollará todas las acciones de enseñanza supervisión incentivación y apoyos conducentes a tales objetivos.

3° La organización el centro contara con: A- Una responsable directa del cumplimiento de los objetivos del centro ante la presidencia del Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense. B- Con un Consejo de 5 miembros que actuara asesorando al Director en el cumplimiento de su cometido, funcionamiento.

La Presidencia de la Agremiación Médica Platense a través del Director del Centro pondrá al Consejo Asesor en conocimiento de los límites de los lineamientos políticos generales determinados por el Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense que orientaran sobre la actividad del Centro por un periodo determinado. Sobre tales bases el Director con la participación del Consejo Asesor elaborara los programas y planes de acción a desarrollar en el periodo. El Director tendrá la responsabilidad por la ejecución concreta de los planes de promoción y apoyo de la investigación biomédica además llevara mensualmente en oportunidad de la última sesión del Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense un informe acerca del avance de los programas puestos en práctica y de las tareas del centro. El Consejo Asesor elegirá de entre sus miembros un coordinador que remplazara al Director en caso de ausencia en la conducción de las reuniones del centro y un secretario de actas. Consejo: serán sus funciones a) proponer la actividad a desarrollar por el centro dentro de los lineamientos políticos generales fijados por el Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense y que fueron hechos a conocer por el Director en el periodo de un año,

b) proponer los programas de promoción a la investigación biomédica y los planes concretos de Investigación a los cuales se le brindara apoyo, c) colaborar con el Director haciéndole conocer su pensamiento al respecto del avance mensual de los programas y planes de desarrollo, d) proponer toda actividad concurrente concomitante y convergente al cumplimiento con los fines últimos del centro, e) proponer la metodología para la selección de los aspirantes y para evaluación periódica al final de sus actividades. El plan de actividades deberá proyectarse por periodos anuales tomando en consideración los programas propuestos y las disponibilidades que decidan acordar el Consejo Directivo y la Agronomía Médica Platense. Condiciones: El Director del Centro y los miembros del Consejo Asesor deberán poseer las siguientes condiciones. No poseer tachas éticas ni estar bajo proceso judicial. No estar bajo sanción de entidad profesional, estar dotados de elevados nivel científico docente y cultural de preferencia por ser probados antecedentes en la docencia e investigación Universitaria. Demostrar probada adhesión a los principios generales que guían el que hacer ético gremial médico. El director deberá además ser profesional Médico.

4° Recursos:

A— Para el cumplimiento de sus fines el centro contara con los recursos financieros que resuelva asignar el Consejo Directivo de la Agronomía de los Fondos sociales de la Institución en relación a los presupuestos de los planes promoción y apoyo a la Investigación biomédica que proponga el centro.

B— El centro podrá asimismo gestionar subsidios donaciones aportes a terceros etc. en dinero con materiales instrumental servicios etc. que destinara exclusivamente al desarrollo de los objetivos previstos en el punto 2. Para tales puntos el centro contara con una cuenta especial a través de la cual se concretaran todos los movimientos de fondos relativos a los planes de promoción y apoyo a la investigación que desarrolla el centro.

C— Los gastos que demande el funcionamiento administrativo del Centro, personal, gastos generales, etc., serán solventados exclusivamente por la Agronomía Médica Platense, sin que puedan ser afectados a estos fines los aportes y contribuciones de terceros.

5° Promoción de la Investigación Biomédica.

Será desarrollada por el Centro con el objetivo de brindar a los profesionales interesados en el desarrollo de las actividades de Investigación, los fundamentos y técnicas metodológicas básicas en la materia. A tal fin el centro organi-

zara cursos seminarios conferencias etc., para ello podrá efectuar contratación de los respectivos docentes o expositores.

6° Apoyo de la investigación biomédica.

Sera cumplida por el centro mediante la asignación de fondos y/o materiales y/o servicios o planes de investigación presentado por los interesados que cuenten con dictamen favorable de Director y Consejo Asesor. Los planes de investigación que se presenten a consideración del centro deberán expresar orodadamente y como mínimo los siguientes:

- 1) Finalidad
- 2) Etapas de desarrollo.
- 3) Campo operativo.
- 4) Recursos económicos
- 5) Tiempo tentativo.
- 6) Utilidad de los resultados de la investigación.
- 7) Admisión y permanencia.

Los interesados en la admisión de los planes de promoción y apoyo que desarrolle el Centro deberán satisfacer las siguientes condiciones. Planes de promoción: A– Ejercer la profesión Médica B– Reunir condiciones de integridad moral rectitud C– Someterse a las pruebas que eventualmente establezca el centro para evaluar los méritos y aptitudes de los postulantes. En caso que los números de postulantes exceda el cupo previsto para los cursos seminarios etc. La condición de asociados de la Agremiación Medica Platense, constituirá factor de prelación para la admisión del postulante en igualdad de condiciones. Planes de apoyo además de las condiciones previstas para el punto anterior deberán satisfacerse los siguientes requisitos:

A– Proponer un plan de trabajo de investigación que cumpla con los requisitos establecidos en el punto 7 y con las mismas normas reglamentarias que dicte el Centro.

B– No estar subsidiado por ninguna entidad pública argentina o extranjera.

C– Aceptar el subsidio que le acuerde el centro, la subsistencia del apoyo brindado con el centro a un plan determinado quedara sujeta a las evaluaciones periódicas que se efectuaran cerca del ajuste del desarrollo de la investigación al plan presentado y apoyo por el centro– En caso de que dichas evaluaciones resulten discordantes significativamente entre el plan

propuesto y la actividad desarrollada el centro podrá suspender o cancelar el apoyo acordado.

8° Resultado de las investigaciones:

Los resultados de los planes de investigación desarrollados con el subsidio del centro podrán ser publicados por el mismo a su cargo. Para ello tal publicación deberá ser resuelta por el Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense a propuesta del director del Centro con dictamen favorable del consejo asesor. En caso de que el resultado de los planes de investigación desarrollados con subsidio del centro devengue para su autor o autores dentro de los 10 años de obtenidos beneficios económicos serán obligación de los mismos restituir al centro de subsidios recibido del mismo, con valores actualizados hasta el límite del 20 % del beneficio obtenido.

9° Reintegro de equipos o materiales: En los casos en que el subsidio que otorgue el centro, a un plan de investigación que esté constituido total o parcialmente, por aporte de equipos instrumental o material será obligación del beneficiario sustituirlo al centro una vez concluido el plazo del programa de investigación o dispuesto a la cancelación del subsidio dentro de las prohibiciones del artículo 7 en caso de deterioros o pérdidas que no resulten consecuentes del uso adecuado del equipo o materiales el beneficiario será responsable ante el centro del costo de la reparación o reposición. (Acta 1165, 10-9-1981)

El Consejo considera y aprueba la propuesta de la mesa directiva el organigrama descriptivo de funciones y niveles dentro de la estructura técnica administrativa de la Institución. Dicho organigrama establece lo siguiente:

I) La conducción superior de la actividad institucional es ejercida por el Consejo Directivo que determina las pautas generales que aumentan el desarrollo de la misma.

II) La conducción Ejecutiva de la Institución está a cargo de la Presidencia del Consejo Directivo. Art. 29 del Estatuto; el nivel de la presidencia se integra con la gerencia que constituye la función administrativa escalafonaria de mayor jerarquía el nivel referido cuenta para el desarrollo de su gestión con las siguientes asesorías: Legal, Laboral, Contable, y Financiera. Cumple asimismo las funciones de asesora el Consejo de administración que se integra con todos los directores.

III) La conducción sectorial de la estructura administrativa, está a cargo de las siguientes direcciones. A) Dirección administrativa B) Dirección de cómputos y C) Dirección de cultura.

IV) En el nivel jerárquico de las direcciones se ubican las áreas de A) Contralor de trabajo Médico B) Asesoría Médica.

V) La dirección Administrativa tiene bajo su jurisdicción a los siguientes departamentos. A) De trabajo Médico B) Administrativo

VI) La Dirección de Cómputos se integra con: A) Subdirección operativa B) Departamento de Análisis y Programación.

VII) La Dirección de Cultura se integra con el departamento centro de documentación y con las áreas de extensión cultural de educación permanente de difusión e informaciones Institucionales y de servicios sociales.

VIII) Asesoría Médica, tiene a su cargo la representación médica de la Institución en la relación corriente con Obra sociales y mutuales en apoyo directo de la presidencia la gerencia y las distintas direcciones.

IX) El Departamento de Trabajo Médico se integra con las divisiones. A) Mesa de Entradas. B) Procesamiento y C) Análisis de pago.

X) El Departamento Administrativo se integra con las divisiones. A) Contaduría B) Imprenta. C) Servicios Generales. D) Tesorería.

XI) La Subdirección de cómputos que complementa a la dirección en todas sus funciones se integra con los sectores de: A) Operadores. B) Graboverificadores C) Mesa de Control y desglose.

XII) El Departamento de Análisis y Programación se integra con el área de: A) Programación.

XIII) El Departamento Centro de Documentación se integra con las áreas. A) Centro de documentación e información. B) Librería C) Biblioteca. D) Discriminación selectiva de información.

XIV) La División mesa de Entradas tiene a su cargo: A) La recepción de documentación de trabajo médico. B) Control primaria de la misma. C) Transferencia ponderada de la documentación a contralor de trabajo médico. D) Entrega de liquidaciones, órdenes de pago a los profesionales. E) Notificación a los profesionales de las observaciones producidas a la documentación.

XV) La División procesamiento tiene a su cargo: A) el Control Administrativo de la Documentación del trabajo médico. B) Confección de compro-

bantes básicos de información codificados para su procesamiento computarizado. C) Confección de memorándum de observaciones practicadas a la Documentación.

XVI) La División análisis de pago tiene a su cargo. A) Recepción y registro de los pagos efectuados por las obras sociales B) Remisión a tesorería de los valores recibidos. C) Confección y remisión a cómputos de los comprobantes básicos de información codificados para el proceso de ajustes y liquidación de honorarios. D) Archivo de CBI de Facturación y de Liquidaciones órdenes de pago ya entregadas a los profesionales. E) Informe Asesoría Medica sobre informaciones y débitos efectuados por las obras sociales junto con los pagos.

XVII) La División contaduría, tiene a su cargo. A) Confección de minutas contables para su procesamiento computarizado. B) Confección de resúmenes de caja y banco. C) Efectúa conciliaciones bancarias. D) Registro de transferencias. E) Asiento de inversiones. F) Registrar la ficha de proveedores y confección de órdenes de pago. G) Confecciones de balances.

XVIII) La División tesorería tiene a su cargo. A) Manejo de fondos en efectivo y valores. D) Emisión general de pagos. C) Recepción y control de cobranzas. D) Registro patrimonial. E) registro de personal. F) Confección de minutas para liquidación computarizada de pagos. G) Archivo de documentación. H) Registro patrimonial.

XIX) La División Imprenta tiene a su cargo: A) impresiones offset. B) Fotograbado C) Compaginación D) Fotocopias E) Depósito de papel y materiales de impresión.

XX) La División Servicios Generales tiene a su cargo A) Mantenimiento B) Limpieza C) Cafetería D) Seguridad E) Gestoría F) Expedición G) Mensajería H) Cadetes.

XXI) La División Secretaria general tiene a su cargo A) Recepción general de correspondencia. B) Despacho general de correspondencia C) Inclusión de profesionales. D) Ficheros de médicos asociados e inscriptos. E) Archivo general de correspondencia.

XXII) División Secretaria a excepción de presidencia y gerencia. Tiene a su cargo A) Recepción y concreción de entrevistas de presidencia y gerencia. B) Despacho de correspondencia de presidencia y gerencia. C) Archivo de correspondencia generada en el área.

XXIII) La división secretaria de asesoría médica, tiene a su cargo. A) Recepción y concertación de entrevista de asesoría médica B) Despacho de asesoría médica C) Archivo de correspondencia generada en el área.

La descripción general desarrollada ha sido objetivada en el organigrama y manuales de la organización que quedan refrendados por la autoridades de la Institución. (Acta 1166, 17-9-1981)

El Consejo Directivo aprueba por unanimidad el subsidio por maternidad de acuerdo a la siguiente norma.

Se otorgara a las mujeres afiliadas con el objeto de promover y posibilitar la suspensión de la actividad profesional en el último lapso del embarazo y el periodo inmediato posterior al del parto. Las afiliadas podrán solicitar el subsidio a partir de los últimos 15 días anteriores a la fecha presumible de parto. Sera condición para el goce del subsidio la suspensión de la actividad profesional de la afiliada durante un lapso de 30 días a contar desde el momento en que fue solicitado. El subsidio por incapacidad transitoria durante el periodo previsto de goce de subsidio por maternidad excluye el otorgamiento de este último. El subsidio por maternidad tendrá un monto equivalente a 250 galenos, el valor de la unidad galeno será el que corresponda al vigente para la atención de obras sociales y mutuales básicas a la fecha del parto. El subsidio por maternidad se abonara una vez vencido de 30 días a contar desde la fecha de su otorgamiento, a los fines de su percepción la afiliada deberá presentar certificación del parto. El desarrollo de la actividad profesional durante el lapso del goce de subsidio por maternidad determinara la anulación del mismo, o en su caso la obligación de reintegrarlo si ya hubiera sido cobrado. Se resuelve así mismo incorporar al reglamento subsidios el siguiente artículo: En caso como consecuencia de excepción se supere las estimaciones ponderadas acordadas de la cantidad de subsidios a acordar y ello determine un déficit del sistema, el mismo será cubierto por fondos patrimoniales generales de la Agreración. (Acta 1234, 13-1-1983)

La comisión de vademécum eleva un informe en el cual detalla por qué se necesita un vademécum. Cuáles son sus objetivos y cuáles son los medios para su implementación. Las necesidades por las cuales es indispensable un vademécum son:

1) La crisis económico-social del país con su repercusión de la salud de la población.

2) El desequilibrio entre la oferta y la demanda de las prestaciones médicas.

3) Los medicamentos representaron el 35 % de los gastos en salud durante los años 1980 y actualmente representarían más del 50 %

4) El 75 % de las consultas terminan en la prescripción de los medicamentos y de estos el 75 % son medicamentos de reciente producción en el mercado

5) La información por parte de los laboratorios hacia los profesionales a veces es tergiversada o enmascarada.

6) La trilogía más poderosa de los capitales del mundo está constituida por armamentos, petróleos y medicamentos

7) En nuestro país son autorizados y comercializados medicamentos que están prohibidos en otros países.

8) Inadecuada información a la población

9) La información farmacológica deberá surgir entre la interacción entre el Estado las Universidades y las Instituciones Médicas y afines.

10) El medicamento es un bien social insustituible que debería ser regulado por el Estado.

11) Exceso de plantas fraccionadoras de medicamentos que encarecen el producto hasta 50 veces con respecto a la droga, fundamentalmente por el envase y la propaganda.

12) Notable diferencia de precio en un mismo producto y

13) Sobrefacturación en la importación de ciertos productos.

Los objetivos del vademécum deben ser: A) disminuir el gasto del medicamento para evitar el empobrecimiento del paciente y obras sociales y mutuales y así facilitar la llegada del medicamento al paciente. B) Propender al uso de monodrogas o combinaciones farmacológicas mínimas con el fin de evitar o disminuir los efectos tóxicos y las enfermedades iatrogénicas unificar las terapias y así extraer conclusiones adecuadas. C) Concientizar a la población con el uso de monodrogas y los inconvenientes de la automedicación. D) evitar monopolio o manejos ilegales de los medicamentos.

Los medios para la implementación del vademécum son: I) Formación de una comisión integrada por representantes de entidades relacionadas con el arte de curar, de entidades oficiales y de obras sociales y mutuales. II) Impresiones y distribución de un vademécum de monodrogas que A)– Siga los

lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud aplicados a nuestro país. B) Sea actualizado en forma permanente. C) Que cuente con las drogas indispensables D) Sea un instrumento confiable. E) Sea actualizado sus precios para elegir un producto más económico. F) No imponga medicamentos en forma coercitiva. III) Difusión por parte de la comisión sobre la conveniencia de utilizar vademécum por medio de cursos o conferencias de información farmacológica. IV) Asimismo los médicos deben tener fácil acceso a la comisión para poder realizar sugerencias con el fin de incorporar nuevos productos. (Acta 1239, 17-2-1983)

La comisión del vademécum informa que continua la elaboración del documento sobre referencia terapéutica, el colegio de farmacéuticos concuerda con los objetivos enunciados en actas anteriores pero plantean problemas específicos de su profesión que no hacen a los fundamentos de la creación de la comisión mixta. A tal efecto se encomienda a nuestra comisión de vademécum que adecue los términos de la declaración a los principios sustentados a la Agremiación Medica Platense y se espere nuevo informe de la comisión. (Acta 1240, 24-2-1983)

4).- Carrera Médico Hospitalaria

Se toma conocimiento de nota del Sr. Ministro de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires a la que adjunta el pronunciamiento de la comisión de estudio de reforma de la ley de Carrera Hospitalaria en el sentido de no hacer lugar a la participación de la Agremiación en la citada comisión. Se resuelve plantear al Sr. Ministro la discrepancia de la entidad respecto de tal criterio en razón de ser la Agremiación Médica Platense la única representante médica gremial de más importante centro hospitalario de la provincia. (Acta 1164, 3-9-1981)

Se envía una nota al Ministro de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires en relación a la Carrera Medica Hospitalaria solicitándose se regularice los concursos y se aplique la ley 7.878. (Acta 1188, 25-2-1982)

Se solicita audiencia al Ministro de salud de la provincia de Buenos Aires para tratar aspectos de la ley de la Carrera Medica Hospitalaria. (Acta 1192, 25-3-1982)

Se recibe nota de FEMEBA por la cual solicita a la Agremiación Medica Platense designe a los médicos que habrán de actuar como veedores en los concursos de ingreso a la Carrera Medica Hospitalaria correspondiente al área de La Plata. (Acta 1200, 20-5-1982)

Se aprueba la nómina de veedores para el concurso de la Carrera Medica Hospitalaria elaborada por la mesa directiva se resuelve remitir la misma a FEMEBA y notificar a los colegas designados. (Acta 1201, 27-5-1982)

Se analizan los antecedentes relacionados con las diversas falencias con la que se ha desarrollado la actuación de los Jurados en la Carrera Medica Hospitalaria en especial en cuanto a las formalidades de su constitución. Se resuelve considerar la cuestión en conjunto con la Federación Médica. (Acta 1209, 22-7-1982)

Se resuelve solicitar audiencia con el Sr. Secretario de Salud a efectos de aclarar las causas en virtud de la cuales el Ministerio dispuso convocar a concurso cerrado la cobertura de funciones de la Carrera Medica Hospitalaria. (Acta 1225, 11-11-1982)

Informa la presidencia sobre la entrevista mantenida en el día de la fecha con el Sr. Subsecretario de Salud Dr. Unchalo en cuyo transcurso se analizó especialmente la decisión del Ministerio de optar por la variante de concurso cerrado para la cobertura de funciones en los establecimientos de Carrera Profesional Hospitalaria. El Dr. Unchalo manifestó que tal criterio se sustentaba estrictamente en los términos de la ley y que además la alternativa de efectuar tales concursos por el sistema abierto significaba una gran complicación de tipo administrativo que el ministerio consideraba necesario evitar. Respecto a lo manifestado por el Sr. Subsecretario la presidencia refiere que se señaló al mismo que existen opiniones serias y fundadas que consideraban el llamado

por sistema cerrado contravenía los términos de la ley en especial en el caso de establecimientos donde nunca se habían realizado antes concursos como en el caso de la policlínica del Turf. (Acta 1226, 18-11-1982)

Se presentan a la reunión del Consejo Directivo varios médicos del hospital General San Martín preocupados con respecto a la remuneración que tienen la Carrera Médica Hospitalaria y dejan documentación en la cual se comparan los sueldos de las Leyes 8.721 y 7.878. El Consejo Directivo resuelve tomar parte y solicitar una entrevista con el Ministro de Salud para que se adecuen los sueldos a la realidad nacional. (Acta 1246, 14-4-1983)

5).- Obras Sociales

Se resuelve suspender los servicios de las siguientes Obras Sociales que no respondieron a las intimaciones de pago: 1) UPCN; 2) OMAJA; 3) Fabricaciones Militares; 4) Sindicato de Vareadores. 5) APTRA 6) ASIMRA 7) Sindicato de Televisión. 8) FAATRA 9) UTGRA 10) Docentes Particulares 11) Línea 7 12) UOMA. (Acta 1171, 22-10-1981)

Se decide suspender la atención a las obras sociales OMAJA e ISSARA por la mora reiterada en el pago de facturaciones. (Acta 1182, 14-1-1982)

Se toma conocimiento del estado actual de deudas de las Obras Sociales y Mutuales resolviendo intimar al pago de los que se encuentran en mora de lo contrario se procederá al corte de servicios. (Acta 1186, 11-2-1982)

La obra social OSDE comunica la imposibilidad de afrontar nuevos reajustes al valor galeno superior y viéndose la suma de dicha exigencia ha solicitado se mantenga el galeno a 43.825 pesos moneda nacional. Se resuelve aplicar un aumento del 29% a partir del 1 de septiembre del corriente año (1982) de acuerdo al corriente índice de precios mayoristas. (Acta 1218, 23-9-1982)

La obra social OSDE denuncia el convenio suscripto con esta Agremiación argumentando la imposibilidad de cumplir con el reajuste arancelario del 29 % fijado por nuestra entidad a partir del 29 de septiembre de 1982. Se re-

suelve considerarlo en la próxima reunión del Consejo Directivo. (Acta 1220, 7-10-1982)

Se considera el tema referido a la actualización de los aranceles para las prestaciones de los servicios de urgencias domiciliarias analizado en la sección anterior a instancia de la presentación efectuada por el Dr. Ricardo Cerdá. Se resuelve establecer los referidos aranceles en unidades galenos de modo tal de hacer automática su presentación y sobre tal base se establece los siguientes aranceles: domicilio diurno 10 galenos, domicilio nocturno, 12 galenos. (Acta 1233, 6-1-1983)

A continuación se pone en conocimiento del Consejo Directivo el estado actual de los pagos de las Obras Sociales y Mutuales el 63 % de las obras sociales y mutuales se encuentran al día en sus pagos aproximadamente el 20 % realizan habitualmente sus pagos luego de los 30 días y antes de los 45 días y el 17% restante generalmente hacen sus pagos en forma muy anormal. (Acta 1239, 17-2-1983)

Es aprobado el envío de una carta documento por la cual se requiere la inmediata regularización de los pagos en mora aquellas Obras Sociales y Mutuales que no respondan a la intimación, pues de lo contrario se procederá a la suspensión del crédito. (Acta 1240, 24-2-1983)

6).- IOMA

Por gerencia se informa acerca del atraso en que incurriera el IOMA respecto a la secuencia regular del pago de las respectivas facturaciones. El retraso se debe a que el pago debería haberse efectuado el 26 de mayo pasado y ante tal hecho se efectuaron las pertinentes gestiones ante la obra social y debe señalarse que es probable la reiteración de la situación apuntada como consecuencias de dificultades financieras por la que atraviesa el instituto. Se decide solicitar audiencia al sr Presidente de IOMA para contar con información oficial y así transmitirla a los asociados de nuestra institución. (Acta 1253, 2-6-1983)

Informa luego el Dr. Liberatti acerca del desarrollo de la entrevista mantenida con el presidente de IOMA con motivo del irregular cumplimiento del pago por parte del Instituto. Señala el Dr. Liberatti que le fue informado que el IOMA enfrentaba severas dificultades financieras derivadas del desequilibrio entre sus ingresos corrientes y el crecimiento de las prestaciones. La presidencia del IOMA manifestó que había sido preciso recurrir a fondos de rentas generales de la provincia de Bs. As. para afrontar las obligaciones del Instituto sin embargo que pese a la crítica situación financiera apuntada se procuraría arbitrar los medios para que el instituto pueda continuar regularmente con el pago de sus obligaciones. (Acta 1257, 23-6-1983)

Informa la presidencia acerca del desarrollo de la reunión efectuada con las autoridades del IOMA en la que asistiera en compañía del secretario el Dr. López Cafasso. En dicha reunión fueron analizadas las distintas cuestiones que han ocasionado las dificultades económicas financieras que afronta actualmente el Instituto. En tal sentido las autoridades del IOMA señalaron entre otras causas la disminución en un punto del aporte que recibe la obra social, medida está ya revocada por las autoridades de la provincia, destacaron asimismo la disímil curva de aumento de los aranceles de las prestaciones en relación a los sueldos de la administración pública en especial indicaron en el rubro medicamentos en el sector más desestabilizante. Con relación a ello se convino a encarar una acción conjunta con la Agremiación Médica para estudiar la posibilidad de poner en vigencia un listado de referencia terapéutica o vademécum. (Acta 1260, 14-7-1983)

Analiza el Consejo Directivo las decisiones adoptadas por el Directorio del IOMA disponiendo la exclusión de tres profesionales sobre la base establecida por el Art. 115 del decreto reglamentario 1617/72 que faculta al Instituto de adoptar tal medida en caso de juzgar no satisfactorios los servicios de un profesional determinado. Se resuelve cursar nota al IOMA expresando el rechazo de la Agremiación a la aplicación del referido artículo por considerar que el mismo adolece de vicios de inconstitucionalidad y por inexistencia de las previsiones contractuales que el mismo artículo lo impone como condición de su aplicación. Se resuelve asimismo señalar que la oportunidad de la decisión adoptada pareciera sugerir el propósito de ha-

cer aparecer a los profesionales médicos como responsables de la crisis que afecta al IOMA. (Acta 1267, 2-9-1983)

Se informa sobre la situación de pagos por parte de las obras sociales y mutuales haciéndose notar el atraso que viene a operando en las últimas semanas el IOMA y se decide hacer gestiones a nivel de la presidencia del instituto con el objeto de regularizar la situación. (Acta 1270, 22-9-1983)

Informa la presidencia acerca de lo tratado en una reunión efectuada con los representantes de los diversos gremios estatales que tienen estructurados sistemas de cobertura del coseguro de IOMA. Señala que entre otros aspectos fueron analizadas las dificultades financieras que afectan a estas organizaciones así como las posibles formas de acción común que sobre la premisa de no afectar el correcto nivel de la atención médica puedan contribuir a solucionar dificultades apuntadas. (Acta 1271, 30-9-1983)

Por gerencia se informa en relación a las últimas actuaciones producida con motivos de la aplicación por parte del IOMA del Art. 115 del decreto reglamentario 1617/72. En tal sentido se hace referencia al telegrama colacionado y a la posterior nota remitida por el presidente del IOMA con fecha del 17 y de 19 del corriente respectivamente con la que este funcionario responde a las objeciones producidas por la Agreración Medica a la aplicación del citado artículo en nota de 8 de septiembre de 1983. Respecto de lo manifestado por el presidente del IOMA se propone al Concejo Directivo responder ratificando los juicios del referido funcionario en especial lo que hace a la legitimidad de su proceder así como a sus errados conceptos en relación a la representatividad de la Agreración y al recto sentido de su posición. En esta materia el Consejo Directivo resuelve en definitiva ratificar el rechazo de la institución a la aplicación del citado artículo 115. (Acta 1274, 21-10-1983)

7).- Casa del Médico

Se trata la designación de la comisión de selección llamada anteproyecto Casa del Médico. Resolviéndose realizar la selección mediante compulsa directa integrado por dos miembros del Consejo Directivo y dos socios pertenecientes al plantel de la Institución. (Acta 1145, 9-4-1981)

Se aprueba el presupuesto de honorarios correspondientes al análisis crítico de los anteproyectos Casa del Médico a realizar por los arquitectos, Alicia Pérez Núñez y Julio Martínez con un honorario de 5 millones de pesos. (Acta 1164, 3-9-1981)

Se recibe informe parcial de la comisión especial para la Casa del Médico con observaciones sobre los tres proyectos se resuelve solicitar a dicha comisión que concrete su informe. (Acta 1179, 17-12-1981)

AMP Y SU PRESENCIA EN LOS MEDIOS PERIODÍSTICOS (55)

Durante los gobiernos de facto de Viola y Galtieri, la AMP continuó expresando sus ideas y principios a través de solicitadas y artículos periodísticos especialmente en el diario El Día de La Plata. La temática preferentemente tratada giró en torno a la política gremial médica, las Obras Sociales y también a la guerra por la recuperación de las Islas Malvinas. A continuación exponemos la aparecida en la prensa escrita según problemática y orden cronológico.

1) Política gremial

19 de julio de 1981

“Hagamos un examen de conciencia”

Un llamado al país formuló la Agremiación Médica Platense

Celebró su 40° aniversario la Agremiación Médica Platense, con un acto efectuado en su sede propia de 6-55 y 56. Contó con la asistencia de numeroso público, hallándose presentes el ministro de Salud bonaerense, Dr. Julio A. B. Nardelli, en representación del Gobernador Gallino; subsecretario de Salud Pública, Dr. Ricardo Cocozella; secretario de Medicina Social Dr. Horacio Barragán; secretario de Bienestar Social de la Comuna, Dr. Aldo Cordero, en representación del Intendente Román; secretario general de la Universidad, Dr. Tomás E. Fuccini; presidente del Colegio de Médicos, Dr. Miguel Maldonado; guardasellos de la Universidad, Dr. Federico E. Christmann; presidentes de FEMEBA, Dr. Valentín H. Tombassi y de la Federación Bioquímica

de la Provincia, Dr. José María Sarraillet; interventor del IOMA, Dr. Alberto J. Espósito; delegaciones de los organismos profesionales universitarios de la ciudad, miembros de las Fuerzas Armadas, altos funcionarios, representantes del cuerpo consular, periodistas, directores de establecimientos asistenciales, médicos de varias generaciones, profesores, etc.

Después de entonarse el Himno Nacional, escuchóse el Himno de la Universidad, hablando de inmediato el presidente de la Agronomía Dr. Alberto Poli y el ministro Dr. Nardelli. Luego se entregaron medallas a los ex presidentes de la entidad y a quienes integraron el consejo directivo durante las cuatro décadas.

Llamado al país

En su discurso, el Dr. Poli hizo una extensa reseña de la importante labor de la Agronomía, destacando los logros conseguidos. Afirmó que aquella es ya parte de la historia de la República de la Provincia y la ciudad, refiriéndose a su acción en épocas turbulentas, en que se llamó a la pacificación de los espíritus. Enumeró los actos institucionales más salientes durante el lapso transcurrido desde 1941, la compra de su actual valiosa sede en 6-1135/37; creación del Centro de Documentación e Información acerca de varias disciplinas; del Centro de Cómputos para la Salud; adquisición de un predio de 56 y 10 para levantar la Casa del Médico; creación de la Dirección Cultural, hoy de vasta proyección y del Centro de Promoción de la Investigación Biomédica; compra de un tercer predio frente a la sede social; otorgamiento de becas, etc.

“La Agronomía Médica Platense en el día de su 40° aniversario –dijo luego el Dr. Poli– se permite realizar un llamado a todo el país, a los diversos sectores integrantes de la comunidad nacional, a sus Fuerzas Armadas, a sus poderes administradores, a las entidades nucleadoras de los más diversos sectores nacionales, a los educativos, profesionales, técnicos, obreros, a las gentes en general, a todos los que integran genéricamente la población del país, que todos, todos en cada lugar, todos en cada uno, realicemos un examen de conciencia, para que reencontremos el camino, las conductas que nos llevaron a ser Nación libre e independiente con las ideas generadas por Mayo”. Luego de otros conceptos, terminó diciendo el dirigente médico:

“Estaremos con nosotros mismos, si hacemos cierto que un ser humano es

fundamentalmente un ser biológico, pero que es tanto más humano cuando va dejando de lado sus apetencias primitivas o las redimensiona de tal modo que le permitan ser un ser social, culturalizado y solidario. Estaremos con el país, la nación, cuando todos estemos en disposición de dejar algo de lo nuestro, en beneficio del conjunto. Cuando teniendo una concepción sistémica nacional, cada uno juegue en ella un rol: ese rol será importante, muy importante porque hará a la función del todo y el todo a su vez será permisivo de las acciones que deban desarrollar las partes, fundamentalmente para alentarlas y promoverlas, no para castigarlas. Y esto no declamarlo, hacerlo”.

Del ministro de Salud

El Dr. Nardelli pronunció un breve discurso para llevar el saludo del primer mandatario provincial a la Agremiación y sus felicitaciones personales por el fecundo quehacer de los dirigentes, a lo largo de cuatro décadas. Hizo un análisis del nacimiento de las organizaciones médicas, de su función relevante república y se refirió a distintos aspectos de la profesión del arte de curar. Ambos oradores fueron muy aplaudidos.

16 de octubre de 1981

Aranceles diferenciados, “plus” y reintegros

Crítico panorama de la atención de la salud en el Gran La Plata

Desde todos los ángulos y analizando los testimonios de los responsables de obras sociales, de los pacientes y de directivos de la Agremiación Médica Platense, el panorama de la atención de la salud en el Gran La Plata puede calificarse como crítico. Se reclaman acciones que pongan fin a situaciones conflictivas y tengan en cuenta los distintos intereses en juego, especialmente de los pacientes que se ven notoriamente perjudicados por hechos poco claros en un momento económico sumamente difícil.

El cobro de aranceles diferenciados, la popularización cada vez mayor de un “plus” por atenciones médicas, los reintegros de las obras sociales, resoluciones de la DGI y negativas a acatarlas, fueron algunos de los temas que EL DIA consideró con los sectores involucrados en la atención de la salud.

Denuncias y testimonios

Dentro de ese contexto disímil y complejo este diario fue recogiendo expresiones diversas, que no vacilaron en afirmar que se extiende peligrosamente el cobro de un plus por parte de los médicos y que “es variable e insospechada” la cifra que se percibe en muchos casos en concepto de arancel diferenciado, sin que el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) adopte los debidos controles de su competencia.

Se dijo en tal sentido que “el INOS no tendría mayores inconvenientes en comprobar ese estado de cosas. Bastaría con que requiriera informes en cualquier clínica o sanatorio del Gran La Plata para conocer las cifras provenientes de los aranceles diferenciados”.

Asimismo, se expresó que en todos los convenios de la Agronomía Médica con las Obras Sociales se establece que los médicos inscriptos en arancel diferenciado no pueden percibir el mismo durante internaciones, a menos que el paciente solicite una categoría de internación superior a la reconocida por su obra social, en cuyo caso los profesionales pueden incrementar sus aranceles hasta un 100 % del básico, independientemente de la categoría, en la que se encuentren inscriptos.

No obstante, se afirma que “hay presiones, antes, durante y después de las internaciones, para cobrar el discutido diferenciado”. Se remarcó en los círculos informantes que no se otorgan recibos, por lo cual el afiliado se ve impedido de concurrir a su obra social para que ésta efectúe el reclamo ante la Agronomía Médica.

En los pocos casos en que existió recibo y se formalizó el reclamo, la entidad profesional habría argumentado que “tal importe se cobró por error” o “por desconocimiento del profesional de las normas vigentes”, aplicándose al infractor “un apercibimiento”.

Otras inquietudes estuvieron referidas a los honorarios por el “Fondo de Guardia en Obstetricia”, de las instrumentistas y parteras, que deben ser facturadas por las clínicas. Aquí se denuncia que la prestación se cobra en las habitaciones, sin ningún recibo y cuando lo otorgan, no figura ninguna de las

especificaciones que requiere la DGI. Si el afiliado cuenta con ese recibo “garabateado” y hace el reclamo ante la clínica, la protesta se pierde entre “idas y venidas” que cansan al recurrente.

Arancel diferenciado

Respecto a todo ese panorama, fue consultado el presidente de la Agrería Médica Platense, Dr. Alberto L. Poli, quien en primer término definió el concepto de arancel diferenciado, puntualizando que están habilitados a percibirlo los médicos con 10 años de ejercicio de la profesión y una especialización determinada.

“Pero ocurre –agregó el Dr. Poli– que los aranceles médicos no están sujetos a ninguna modificación. Desde que se reciben hasta que se mueren, deberían cobrar el mismo arancel trabajando con obras sociales y mutuales. Esto, desde el punto de vista laboral, es una cosa monstruosa”.

“Por lo tanto –definió– el arancel diferenciado nace para dar una posibilidad de progreso a los médicos, lo cual no puede negarse a nadie que esté en situación de dependencia laboral. Esto no va en detrimento de las obras sociales y mutuales ni tampoco del paciente. Porque las obras sociales tienen un listado de los médicos que están en arancel diferenciado, que es solamente de un 20 %. Es decir, hay un 80 % de profesionales que está en el arancel básico, supuestamente”.

¿Por qué dice supuestamente, doctor?

- Dr. Poli: Porque no tengo la cifra exacta. Pero pienso que es el del 20 %. Habría un 80 % que no percibe arancel diferenciado. Con respecto a los recibos, eso ha quedado superado cuando se planteó el tema de los reintegros.

“Nosotros hemos expuesto claramente la inconveniencia de la resolución N° 2253 de la DGI que a lo único que tiende es a la deshumanización de la medicina, porque nos obliga a papeles y documentos para que nos cobren un impuesto que es a todas luces discrecional con relación a otras actividades”.

Se sostiene que hay médicos que cobran el arancel diferenciado sin estar autorizados o incluidos en las listas pertinentes.

- Dr. Poli: Ese es otro problema. ¿Quién debe ser fundamentalmente el

que controle ese hecho? El paciente. Si el paciente se hace atender por un médico incluido en el arancel básico y se le quiere cobrar lo que no corresponde, lo primero que tiene que hacer es no pagar. De lo contrario, es cómplice del médico que cobra de más.

“En todo sistema existen dos términos: el que cobra y el que paga. Si el que paga consiente en pagar ¿qué quiere que yo haga? Ni la institución, ni ningún mecanismo oficial, puede supervisar esto, si el paciente no asume la responsabilidad de defender su propio derecho”.

“Acá cuando se han formalizado quejas respecto a un cobro indebido de arancel diferenciado, se le ha realizado la quita al médico y se devolvió el dinero a la obra social, en el caso de internaciones. Pero le aclaro que aquí procesamos alrededor de 250.000 comprobantes de prestaciones por mes, y el porcentaje de ese tipo de irregularidades, es mínimo”.

Luego explicó el Dr. Poli lo vinculado al Fondo de Guardia en Obstetricia. Dijo que se había procedido al reemplazo de las parteras por médicos, quienes asumieron las responsabilidades de las guardias y de solucionar todos los problemas inmediatos y de emergencias.

Dijo que se dispuso un arancelamiento de 10 galenos y que adhirieron “tres o cuatro obras sociales. Las demás, que no aceptaron, están marginadas de ese arancel y por lo tanto los pacientes adheridos a las mismas tienen que abonarle al médico, sin posibilidad de reintegro. Pero ese es un problema de la obra social”.

Extensión del “Plus”

Tras definir que en el área de La Plata hay 3.200 médicos (“Lo cual es una barbaridad”) el titular de la Agremiación Médica Platense, señaló que “no puede haber ingreso irrestricto a la Facultad de Medicina”, y acotó que “tenemos en el país 75.000 médicos y 69.000 enfermeros, lo cual es un despropósito manifiesto”.

Acotó el Dr. Poli que “hay gente que tiene el título de médico y no sabe qué hacer con él”. Tras otras consideraciones, se refirió al cobro de un “plus” por parte de los médicos que están en el arancel básico.

“Este cobro –que es indebido– está vinculado a la situación de angustia que viven los 3.200 médicos del área La Plata, porque sus ingresos no les permiten

solventar sus gastos básicos, ni aumentar sus conocimientos ni participar en cursos y congresos. A la gente no le alcanza para comer y al médico le ocurre lo mismo. Nosotros no aprobamos que el médico cobre de más. De ninguna manera. Si defendemos la existencia del arancel diferenciado.

“Estamos aburridos –enfaticó por último– de pedir la implementación de un sistema solidario que es el Seguro de Salud. Nadie nos ha hecho caso y es el medio para una correcta y amplia cobertura de la salud, que ahora es mala y sujeta a anormalidades”.

Un “mercado negro”

En fuentes responsables del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) se admitió ayer que “hay quejas por el cobro de plus por parte de los médicos”, pero que “en ningún caso se formalizan las denuncias para que este organismo adopte de inmediato los recaudos del caso”.

Definieron los informantes que “no puede negarse que existe un mercado negro de la medicina en el Gran La Plata y en otras zonas”, lo cual “va en detrimento de la profesión y de aquellos médicos que actúan con toda corrección”.

Añadieron autoridades del organismo que en varias zonas se ha generalizado el plus, que nace porque “el trabajo médico no está valorado como corresponde”, aunque se apresuraron a aclarar que de ninguna manera “pueden justificarse esos cobros extras por debajo de la mesa”.

En otros casos, se expresó que se solicita a afiliados del IOMA tres o cuatro bonos por una consulta y es difícil determinar si las mismas existieron, porque se les aplica distintas fechas. “En este aspecto las obras sociales poco podemos hacer”.

22 de octubre de 1981

SOLICITADA - LA CRISIS DE LA MEDICINA

Ante la preocupación puesta de manifiesto por la esfera periodística y televisiva de la capital federal, que se tradujo en publicaciones varias y en reportajes que se le hiciera a la Presidencia de esta Agremiación Médica Platense con relación al cobro de arancel diferenciado y los indebidos de “plus” por parte de médicos adheridos para trabajar con Obras Sociales y Mutuales la Comi-

sión Directiva de la Agremiación Médica Platense ratifica en un todo lo dicho oportunamente pero no puede menos que manifestar que las mismas son expresiones parcelares de una realidad, por lo que se siente en la obligación de traducir lo más completamente posible su pensamiento al respecto y por ello aclara:

– Que la Agremiación Médica Platense celebra a nombre de la totalidad *de sus médicos, que han delegado por escrito esa responsabilidad al Consejo Directivo de la Institución, convenios con Obras Sociales y Mutuales para la atención de sus afiliados.*

– *Que en esa atención queda establecido el compromiso y la responsabilidad de unos médicos de atender por un arancel básico y otros de atender por un arancel diferenciado, según listados que en cada caso se adjuntan y forman parte del convenio.*

– *Que naturalmente los médicos quedan insertos en tal compromiso, según su nivel de revista.*

– *Que el cumplimiento o no de tal compromiso resulta de la relación médico-paciente. Al respecto, como ya se dijera en las entrevistas, son mínimas las denuncias que demuestran fehacientemente desvirtuación a tales preceptos y que cuando esta Agremiación Médica Platense toma razón de ellas realiza todos los gestos conducentes a la normalización integral de la situación.*

– *Que el arancel diferenciado es una forma de cobro, que en su origen y desarrollo, tiene vigencia casi desde el momento que se implementó el trabajo con las Obras Sociales y Mutuales con la modalidad actual y que el mismo tiene plena justificación:*

- *Porque no puede entenderse que un ser humano deba quedar compelido a trabajar por vida con un mismo nivel de ingresos sin posibilidad de progreso.*
- *Porque no puede aceptarse que a medida que pase al tiempo no pueda prescindir de realizar algunas prestaciones y mantener su nivel medio de ingresos, porque ello significaría para una persona de mayor edad un castigo a su cansancio.*
- *Porque es natural que quien se brinde al medio social de trabajo a destajo y que además y en las mejores condiciones cobre a los 45 días, tenga con el decurso del tiempo y con capacitación innegable, una mejoría mínima en su retribución.*
- *Porque ese cobro adicional, como retribución a una prestación jerarquiza-*

da, no perjudica a la Obra Social o Mutual, ni tampoco al paciente, porque éste sabe con antelación a qué albur económico se somete, y si se orienta por un profesional en esas condiciones sabe cuánto ha de costarle la prestación.

A pesar de todo esto se habla de que hay médicos que cobran aranceles al margen de lo estipulado, y como es natural, esta Agremiación Médica Platense no comparte tal comportamiento, porque sería desdecir en los hechos lo que ha convenido, lo que configuraría una indignidad y un hecho delictivo.

Pero se dice que este hecho, así, sería masivo y que, como tal, tendría vigencia extendida en la provincia de Buenos Aires, en el País. De ser así, ¿el País médico, la Provincia médica, La Plata médica estarían todos en la indignidad? ¿En la delincuencia? ¿Hay inmoralidades colectivas?.

Hay necesidades de analizar otros hechos

– ¿El régimen actual de arancel diferenciado es suficiente? No. Por ello el Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense propuso un cambio que pretende llevar, al trabajo con las Obras Sociales y Mutuales, a un escalafonamiento de los médicos razonable porque los mejoraba a ellos, porque permite un acceso en el tiempo a todos y porque hace que los mejor dotados lleguen a un nivel superior en el escalafonamiento y porque ello no conspira contra los intereses de la población que debe recibir la atención médica, en su doble aspecto económico y asistencial estricto.

¿El valor actual del acto médico es razonable?

– De ninguna manera: Los médicos venimos siendo postergados sucesiva e irremisiblemente en los valores del trabajo médico respecto de todos los rubros del costo de vida. Por ejemplo: cuando la visita médica costaba \$ 5 m/n el corte de pelo costaba \$ 0,30, el medio de locomoción tranvía o micro costaba \$ 0,10, el viaje a Bs. As. \$ 1,10; la nafta \$ 0,23 el litro; la manteca \$ 0,10 los 100 grs.; la leche \$ 0,05 el litro; el pan \$ 0,25 el Kg., un termómetro \$ 1; un traje de casimir inglés a medida \$ 110 a 130; uno de confección \$ 70. Hoy, una visita en consultorio lo paga una Obra Social \$ 39.000. Compárense con ello los costos, compútese que sobre el trabajo personal incide la DGI, Rentas, La Caja de Previsión los costos de procesamiento administrativos, esto es, en las mejores condiciones, un 17 % menos, cobrados no “cash” sino a los 45 días. Y entonces díganse cada uno, si la retribución es adecuada.

¿Pueden los médicos vivir con estas condiciones? ¿Sí...? ¿No!...

– No porque además son muchos muchísimos. En EE.UU. un médico cada 600 habitantes con un gran desarrollo tecnológico y científico que requiere cada vez más mano de obra médica son suficientes. Argentina con 75.000 médicos para 27.000.000 de habitantes tiene un médico cada 360 habitantes y en La Plata con 500.000 habitantes y 3.200 médicos hay un médico para 156 habitantes. Es evidente que hay una sobre-oferta de mano de obra médica, y no se venga a decir que ella está mal distribuida! Porque Argentina es, según Internacional Poulation Bureau, el 2° país en concentración urbana del mundo. 1° Inglaterra con 75 % (con una superficie más o menos semejante a la de la Provincia de Buenos Aires), 2° Argentina con 65 % de población urbana y más de 3.000.000 de Km cuadrados! ¿Dónde quieren que estén los médicos?... pues donde está la gente!

Ahora bien son muchos ¿y qué culpa tiene la gente? Ninguna, ¿y los médicos... poca? ¿y los gobiernos que permitieron el despropósito...? Sí, toda la culpa por imprevisión –en el mejor de los casos– o por una torcida previsión para lograr objetivos no del todo claros.

El asunto es: los médicos están, quieren ejercer la profesión para la cual el título habilitante concedido por la Universidad es válido y no tienen demanda para actuar. Aclaremos: demanda manifiesta, porque demanda encubierta existe sin lugar a dudas.

La demanda manifiesta es poca para el exceso de médicos, lo que se paga por decisión oficial es manifiestamente insuficiente y con un progresivo deterioro; entonces nace el estado de necesidad y en él ni las cláusulas contractuales, ni los esfuerzos institucionales de la Agronomía Médica Platense, ni las normas éticas ni nada, tienen valor. Sólo vale el estado de necesidad que encima es incrementado porque necesidades inmanentes al ejercicio profesional le son indexados despiadadamente:

Capacitación: Cursos y congresos cuyos costos están en todos los casos por encima de \$ 1.000.000 (nuevos) (cien millones viejos)

Libros o Revistas: Con valores prohibitivos, y no se soluciona con una cada tanto (importados por encima \$1.000.000)

Impuestos: Ganancias (Ex Réditos), se paga rigurosamente todo, porque la Agronomía Médica Platense es Agente de Retención y el trabajo con las Obras Sociales o Mutuales es el 95 % total del trabajo, entonces se retiene y además, en algo que puede considerarse como abusivo, todavía se cobran

anticipos con lo que se suman retenciones y anticipos.

Ingresos Brutos: Se paga con el mismo criterio que réditos, nada más que Rentas, mucho más lógica, permite descontar de los anticipos las retenciones. ¿Y con los sueldos, qué pasa? Lo que paga el Gobierno de la Provincia para tareas administrativas y de Carrera Hospitalaria hace que el valor por hora sea inferior al del personal de Servicio en el área doméstica, de ahí que la meta de los médicos sea llegar a ese nivel.

Y todo esto termina produciendo un achatamiento en el nivel científico y laboral médico con deterioro en las prestaciones de salud. Y nadie alegue ignorancia porque oportunamente se le hizo saber esto al entonces Señor Gobernador, Gral. Ibérico Saint Jean y a su Ministro Joseba Kelmendi de Ustarán y al actual Señor Gobernador, Gral. de Div. (R.) Oscar B. Gallino y a su ministro, Dr. Julio A. Nardelli.

También hemos referido hasta el cansancio el porqué de la necesidad de un Seguro para la Salud.

– Que dé plena vigencia al derecho que, expreso en declaraciones nacionales e internacionales, en nuestra legislación, permita a nuestra población el ejercerlo, respecto de la Salud.

– Que de acuerdo con el precepto constitucional de que “no hay en el país prerrogativas de sangre ni de nacimiento”, ese derecho le permita arribar a las acciones de salud, en condiciones de igualdad.

– Que sea un sistema solidario en el que todos aporten para la salud, según sus posibilidades y todos reciban un beneficio parecido.

– Que signifique la existencia de una sola fuente de financiación.

– Que el Gobierno regentee y respalde al sistema.

– Que el gobierno del sistema esté en manos de un organismo autónomo y autárquico.

– Que los médicos trabajen para él según el régimen de libre elección y por acto médico.

– Que se eliminen todos los otros mecanismos de atención de la salud, inclusive la actual medicina oficial.

– Que el principio de subsidiariedad implique que el gobierno sólo fije políticas, prepare planes, desarrolle programas, pero que operativamente haga poco, muy poco, casi nada, que fundamentalmente haga hacer.

Y para ello sólo hace falta determinación para ponerlo en práctica y coraje para vencer intereses creados.

Ahora sí, el problema de porque hay arancel diferenciado está claro y también están claras las motivaciones que un estado de necesidad genera para que se cobren plus indebidos, que este Consejo Directivo no comparte, aunque comprende. Mucho más puede decirse pero la consideración amplia de un tal problema abre la necesidad de un amplio debate sin cortapisas respecto del problema Salud, en el que sin reticencias nos comprometemos a participar y para el que es imprescindible que los medios periodísticos jueguen su rol, sin limitaciones, sin sensacionalismos y con el espíritu de servicio que han exteriorizado hasta el presente y que agradecemos.

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

1 de agosto de 1982

Un tema candente: el arancel diferenciado

Presiones sobre el tema de la Agrería Médica local

A requerimiento de GACETA, la Agrería Médica Platense, dio un detallado informe sobre los alcances del arancel diferenciado en el Partido de La Plata. El mismo está comprendido en las respuestas a un cuestionario de 10 puntos sobre el tema, elaborado por nuestra redacción que son las siguientes:

1º) - ¿Qué profesionales están autorizados a cobrar el Arancel Diferenciado en el Partido de La Plata?

En el área de la Agrería Médica Platense, se encuentran autorizados para percibir "Arancel Diferenciado" únicamente los médicos específicamente habilitados en tal sentido por la Institución, de acuerdo a la Reglamentación vigente; en la actualidad la totalidad de médicos diferenciados asciende a 800 sobre un registro de 3.300 profesionales inscriptos para atención de Obras Sociales y Mutuales.

2º) - ¿Qué títulos habilitantes y cuántos años de experiencia y actividad en la especialidad se exigen al profesional, para el cobro de este arancel?

La referida Reglamentación establece pautas mínimas de antigüedad (10 años de ejercicio profesional), y de capacitación (títulos de Especialista), para acceder a las categorías iniciales del Arancel Diferenciado; dichos requerimientos básicos se incrementan en el caso de las categorías superiores (antigüedad en el ejercicio profesional de 15 y 20 años, condición de Jefe de Servicio o Sala de establecimientos asistenciales oficiales, condición de profesor de la Facultad de Medicina, etc.

3º) - ¿Qué especialidades están incluidas en el régimen de Arancel Diferenciado?

Pueden acceder al Arancel Diferenciado, satisfaciendo las condiciones descriptas en el punto anterior, los médicos que desarrollan las Especialidades, reconocidas por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

4º) - ¿Qué tipo de recibo debe extender el médico al paciente y cómo se fiscaliza esta entrega de comprobantes?

En los casos de percepción de Arancel Diferenciado el médico debe extender recibo en el que conste nombre del beneficiario atendido, número de credencial de Obra Social, la prestación efectuada, importe percibido, fecha y firma y aclaración.

5º) - ¿Cuánto están los médicos autorizados a cobrar en concepto de Arancel Diferenciado?

Esto dependerá de la categoría del médico.

6º) - ¿Está esta suma en relación con el arancel básico que reconoce el IOMA?

Según las categorías de inscripción, los médicos de Arancel Diferenciado están facultados a percibir un honorario adicional del 50 %, 100 % o 200 %, calculado sobre el valor de los aranceles médicos vigentes para Obras Sociales y Mutuales.

7º) - ¿A cuánto asciende el Arancel Diferenciado en relación con el arancel particular del médico?

Siendo que el arancel privado del médico sólo tiene una regulación fija en cuanto a su mínimo, establecida por el Colegio de Médicos, Organismo de Ley, y resulta exclusivamente de lo pactado en cada caso con el paciente, no

se puede determinar una proporción general respecto de la medida en que el mismo supera el Arancel Diferenciado.

8º) - ¿Qué régimen se emplea en las intervenciones quirúrgicas y en las internaciones?

Las normas del sistema de Arancel Diferenciado se aplican a todas las prestaciones médicas, sean éstas ambulatorias o de internación.

9º) - ¿Ante qué autoridad u organismo corresponde denunciar el cobro indebido del Arancel Diferenciado?

En caso de cobro indebido de aranceles adicionales el paciente debe efectuar la pertinente denuncia ante su Obra Social, la que podrá formular el correspondiente reclamo ante la Agremiación Médica Platense.

10º) - ¿Qué medidas toma en este último caso la Agremiación?

A las transgresiones detectadas y comprobadas, al sistema de normas descripto, le corresponden sanciones disciplinarias que alcanzan hasta la exclusión del Registro de Médicos Inscriptos. Ello sin perjuicio del reintegro de los importes indebidamente percibidos.

25 de agosto de 1982

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Ante noticias aparecidas en la prensa local, que muestran una desinformación sobre el tema Arancel Diferenciado por parte de algunas Obras Sociales y Mutuales, causando confusión entre sus afiliados y la población en general, esta Agremiación Médica Platense reitera:

I). Que en el área de la Agremiación Médica Platense están autorizados para percibir Arancel Diferenciado únicamente los médicos expresamente habilitados en tal sentido por la Institución, de acuerdo a la Reglamentación vigente. En la actualidad la totalidad de médicos diferenciados asciende a 800 sobre un registro total de 3.300 profesionales inscriptos para atención de Obras Sociales y Mutuales; de donde resulta **que existen 2.500 médicos –perfectamente capacitados– en Arancel Básico, para una población de 500.000 habitantes.**

II). La referida Reglamentación establece pautas mínimas de antigüedad (10 años de ejercicio profesional) y de capacitación (título de especialista) para acceder a las categorías iniciales del Arancel Diferenciado; dichos requerimientos básicos se incrementan en el caso de las categorías superiores (antigüedad en el ejercicio profesional de 15 y 20 años, condición de Jefe de Servicio o Sala en establecimientos asistenciales oficiales, condición de Profesor de la Facultad de Medicina, etc.)

III). Según las categorías de inscripción, los médicos de Arancel Diferenciado están facultados para percibir un honorario adicional del 50%, 100% ó 200%, calculado sobre el valor de los aranceles mínimos vigentes para Obras Sociales y Mutuales.

IV). Esta Agremiación oportunamente remitió a las distintas Obras Sociales y Mutuales el padrón completo de los profesionales inscriptos en Arancel Básico y en las distintas categorías diferenciadas. Asimismo se han distribuido tales padrones en todas las Clínicas, Sanatorios y Hospitales privados de la ciudad, como así también se lo hizo respecto del Reglamento y Normas Aclaratorias, para el mejor conocimiento por parte de los pacientes afiliados.

El cobro de honorarios adicionales, que retribuyen prestaciones jerarquizadas, no afecta a las Obras Sociales y Mutuales y no debe sorprender a los pacientes puesto que, de acuerdo a lo ya manifestado, los mismos están en condiciones de conocer con precisión y anticipación la categoría de inscripción en la que se encuentra ubicado cada médico y saber, en consecuencia, cuánto ha de significar el importe adicional que debe pagarse en caso de haber optado por atenderse con un médico de Arancel Diferenciado.

Debemos ser conscientes de que el problema financiero de la salud no pasa por los honorarios médicos, cuya participación en el gasto total no supera en la actualidad el 16 %, en tanto el costo de los medicamentos se ha constituido en el factor preponderante, con una participación del 60% en el referido gasto.

Esta Institución, junto con otras Entidades afines, se encuentra abocada a la elaboración de un vademécum de monodrogas, que posibilite la subsistencia del actual sistema de Obras Sociales y Mutuales y facilite el acceso al medicamento a toda la población.

Esta es la verdadera lucha en la cual debemos concertar la suma de nuestros esfuerzos (médicos y obras sociales) evitando declamaciones estériles, totalmente inconducentes.

También hemos referido, hasta el cansancio, el porqué de la necesidad de un Seguro para la Salud como único instrumento válido e imprescindible para una asistencia integral de la población. Un Seguro que brinde plena vigencia y pleno ejercicio al Derecho a la Salud que consagra nuestra legislación y múltiples declaraciones de orden nacional e internacional. Que se estructure sobre la base de un sistema solidario en el que todos aporten para la salud según sus posibilidades y todos reciban las prestaciones en condiciones de igualdad. Que cuente con la existencia de una sola fuente de financiación. Que esté gobernado por un órgano autónomo y autárquico, respaldado por el Estado y sometido a su superior supervisión. Que establezca un sistema de trabajo que garantice el régimen de libre elección del médico y la retribución por acto profesional.

Que, en definitiva, se instaure un sistema único, orgánico y coherente; que brinde efectiva e igualitariamente a toda la población las prestaciones de salud; que para ello establezca financiación específica y suficiente, que posibilite otorgar todas las prestaciones necesarias retribuyendo dignamente a quienes las brindan.

CONSEJO DIRECTIVO

La Nación, 10 de octubre de 1982

SOLICITADA - A LA OPINIÓN PÚBLICA, A LAS AUTORIDADES

Las entidades abajo firmantes, conscientes del papel que les compete asumir ante la situación de deterioro general por la que atraviesa el país y que afecta gravemente al sector de la salud, han resuelto expresar lo siguiente:

- Que los indicadores que cuantifican la realidad sanitaria de la población revelan, con la alta morbi-mortalidad infantil, el aumento de las enfermedades infectocontagiosas (TBC, Venéreas, Chagas) y otras manifestaciones similares, un alarmante estado cuya existencia trasciende la esfera de la responsabilidad médica, pues son la consecuencia de los esquemas económicos-sociales por los que ha transitado el país en los últimos años,

y de la carencia de una política coherente de salud que contemple las necesidades de nuestra sociedad.

- Que desde hace ya muchos años los médicos y las instituciones representativas en las que están nucleados han sido marginados de la elaboración de los proyectos trazados para el área, pese a sus reiterados intentos y a la permanente reafirmación de su vocación de servicio.
- Que el deterioro económico sufrido en especial por los sectores integrantes del grueso de beneficiarios de las Obras Sociales incide directamente sobre todo el sector salud, circunstancia ésta acentuada por el desmesurado incremento verificado en el rubro medicamentos, que insume el 50% del gasto global de atención de la salud. Correspondiendo al Estado desempeñar indelegables funciones en asuntos vinculados con la aprobación, producción, promoción y distribución de dichos productos, llama la atención que, mediante el artículo 11 de la Resolución gubernamental recientemente dictada sobre control de precios, los fármacos hayan sido taxativamente excluidos de tal fiscalización.

En función de lo expuesto, y a fin de allegar soluciones que permitan superar la problemática enunciada, se estima necesario:

- La urgente normalización institucional del país.
- Implementación de un programa de reactivación económica.
- Recuperación del poder adquisitivo de los salarios.
- Implantación de un seguro de atención para los desocupados.
- Implementación de un seguro de salud.
- Puesta en marcha de una política nacional sobre medicamentos que disminuya los gastos en salud.
- Participación de los médicos a través de sus entidades en las legislaciones referentes a salud.

ASOCIACIÓN MÉDICA DE BRANDSEN – ASOCIACIÓN MÉDICA DE SAN VICENTE – AGREMIACIÓN MÉDICA DE BERISSO – AGREMIACIÓN MÉDICA DE ENSENADA – AGREMIACIÓN MÉDICA DE MAGDALENA – AGREMIACIÓN MÉDICA DE LA PLATA

22 de diciembre de 1982

Una reunión entre AGEPBA y profesionales Búscase establecer un vademécum de monodrogas

Se realizó ayer una reunión entre profesionales médicos miembros del Colegio de Farmacéuticos y sindicalistas gremiales pertenecientes a AGEPBA, para tratar la implementación de un vademécum de monodroga.

La misma se llevó a cabo en el local de la Agremiación Médica Platense, y estuvieron presentes los doctores Rodolfo Rojas, Tomás Morin, Rodolfo Urbina y Gustavo Mammoni, integrantes de la comisión directiva y consejeros, respectivamente, de la Federación Médica doctores Miguel Maldonado y Ruben Rosales como presidente y consejero del Colegio de Farmacéuticos Héctor Chechile y Julio Lissa del Colegio de Farmacéuticos de La Plata. Por su parte el Acuerdo de Gremios Estatales de la Provincia estuvo representado por los secretarios generales de los gremios de Salud Pública SOEME, AERI AATRA, UPCN, ATE Obras Públicas, Arquitectura y Municipales.

Dada la situación económica del país se analizó la creación —a través de una comisión específica— de un vademécum de monodroga para el uso de elementos de farmacopeas unitarios en el tratamiento de diversas afecciones médicas. La comisión instrumentaría el vademécum para La Plata, Berisso y Ensenada en una primera experiencia piloto. Los presentes en la reunión señalaron que esto sería un paliativo importante para los que necesitan atención tratamiento médico pero puntualizaron que no es más que una medida coyuntural para enfrentar la grave situación económica por la que atraviesan los trabajadores de la zona.

Se tuvieron en cuenta la desproporción de precios en el mercado internacional de drogas y el sobreprecio que se paga en el país, como así también el lanzamiento masivo de medicamentos, gastos de envases y la defensa de precios de las materias primas que exporta el país.

2) Obras sociales

13 de enero de 1982

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

El Consejo Directivo comunica a los señores médicos adheridos que, en razón del incumplimiento de sus compromisos contractuales, se ha dispuesto la suspensión de relaciones con la Organización O.M.A.J.A., a partir de la fecha.

15 de marzo de 1982

SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Se recuerda a los Profesionales agremiados que únicamente se confeccionan Historias Clínicas en los casos enunciados por el Nomenclador Nacional:

- 1- Más de cinco consultas o visitas a un afiliado por mes.
- 2- Más de una visita o consulta a un afiliado por día.
- 3- Más de diez visitas post-operatorias a un afiliado.
- 4- En caso de facturar Síndrome Clínico.
- 5- En caso de facturar monitoreo intra-operatorio.
- 6- En caso de facturar una ayudantía no prevista en el Nomenclador Nacional.

Esta Institución no mantiene ningún convenio al margen de las citadas normas.

CONSEJO DIRECTIVO

7 de abril de 1982

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

El Consejo Directivo de la Institución comunica a los señores médicos adheridos que se ha dispuesto la suspensión de relación con la siguiente entidad: ASIMRA

Tal determinación ha sido adoptada como consecuencia del reiterado incumplimiento de su obligación contractual.

9 de abril de 1982

SOLICITADA

Ante la solicitada publicada por Agremiación Médica Platense en los diarios locales el día 07/04/82.

A.S.I.M.R.A. – O.S.S.I.M. informa que: Se encuentra completamente al día respecto del pago de las prestaciones Médico-Asistenciales. Es, además, en la actualidad, acreedora de la Agremiación Médica Platense. Ejerce su derecho de auditoría conforme a las disposiciones en vigor. La Agremiación Médica Platense no intimó en momento alguno a la Obra Social, ni le hizo saber los supuestos incumplimientos a los que alude. La Agremiación Médica Platense no cumplió con las resoluciones del Instituto Nacional de Obras Sociales en la materia.

A.S.I.M.R.A. – O.S.S.I.M.
INTERVENCIÓN MILITAR

11 de abril de 1982

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

En vista de la publicación “solicitada” que efectuara el día 9.IV.82 la entidad ASIMRA-OSSIM, y dada la inexactitud de la información contenida en la misma, la Agremiación Médica Platense considera necesario aclarar:

1.– La decisión de suspender relaciones con la entidad ASIMRA-OSSIM fue adoptada el día jueves **1.IV.82** en la sesión ordinaria del C.D. efectuada a las 21 hs., como consecuencia del incumplimiento de sus obligaciones de pago y de la falta de respuesta a los requerimientos de normalización efectuados con fechas: **22 de febrero de 1982** (nota N° 149) y **12 de marzo de 1982** (Carta Documento con acuse de recibo en igual fecha).

2.– La decisión adoptada por el C.D. tomó asimismo en especial consideración, para disponer una medida de excepción como es la de suspensión de relaciones, los negativos antecedentes de ASIMRA-OSSIM respecto del

cumplimiento de sus obligaciones: **durante el año 1981 se remitieron a la misma 27 (veintisiete) remesas de facturación y ni una de ellas fue pagada dentro de los plazos establecidos, incurriendo ASIMRA-OSSIM en moras que duplicaban y triplicaban el lapso correcto de pago.**

3.— La irregular situación apuntada motivó, en su oportunidad, la remisión de notas de reclamo en las siguientes fechas: 25.II.81, 15.IX.81, 9.X.81, 25.XI.81 y 21.I.82. La mora con que fueron efectuados los pagos, en todos los casos, determinó para ASIMRA-OSSIM la obligación, fundada en elementales normas de derecho común (y aún en las propias del INOS) de pagar recargos punitivos: los mismos nunca fueron pagados por la citada entidad.

4.— La condición de “acreedora” que destaca ASIMRA-OSSIM en su publicación nace recién el día martes **6.IV.82** y en realidad carece de vigencia puesto que, a esa misma fecha, la citada entidad era deudora de la Agronomía por una suma que triplicaba su crédito, puesto que no puede usufructuar el beneficio del plazo quien reiteradamente ha incurrido en mora.

5.— La Agronomía comparte plenamente, y apoya, la obligación y facultad de las Obras Sociales de ejercer el control y fiscalización —médica y administrativa— de la facturación de prestaciones médicas que remite la misma; sólo pone como condición el que las observaciones que se produzcan sean fundamentadas y razonables; en el caso de ASIMRA-OSSIM no se han dado tales términos.

Evidentemente, y seguramente por fallas de información, la Intervención Militar en ASIMRA-OSSIM, ha contado con un cuadro de situación equivocado, y, en consecuencia, ha actuado erróneamente.

15 de abril de 1982

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Se comunica a los Señores Médicos adheridos que en razón de haberse superado las cuestiones pendientes, se ha dispuesto la reanudación de relaciones con las Obras Sociales U.T.G.R.A. A.S.I.M.R.A.-O.S.S.I.M.

5 de noviembre de 1982

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

El Consejo Directivo comunica a los señores médicos adheridos que, a partir de la fecha, ha cesado la relación con la Obra Social OSDE, en virtud de la denuncia de convenio que la misma efectuará con fecha 4/10/1982.

20 de diciembre de 1982

A LOS BENEFICIARIOS DEL SISTEMA FEMEBA - SALUD LA PLATA

Se comunica a los beneficiarios del sistema FEMEBA – SALUD de La Plata que, en virtud del convenio suscripto con la Agrupación Médica Platense, la cobertura por honorarios cubrirá el cien por ciento en el caso de médicos inscriptos en arancel básico, en tanto que cuando se requieran los servicios de profesionales de arancel diferenciado, el procedimiento será por vía de reintegro, en cuyo caso sólo se reconocerá hasta el monto que corresponda según los valores aceptados por el sistema.

3) Islas Malvinas

3 de abril de 1982

**Adhesión de la Agrupación Médica Platense
A LA REAFIRMACIÓN DE LA SOBERANÍA NACIONAL
Y A LA RECUPERACIÓN DE LAS ISLAS MALVINAS E
ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR.**

1 de mayo de 1982

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

La Agronomía Médica Platense repudia y condena la actitud asumida por el Reino Unido, ante la agresión a nuestro territorio de las Islas Georgias del Sur.

Asimismo se adhiere a las medidas adoptadas y a las que fuera necesario adoptar, en defensa de la Soberanía Nacional.

Consecuente con ese pensamiento, comunica que en representación de los Médicos Platenses, ha efectivizado la contribución voluntaria solicitada por la Confederación Médica Argentina.

Asimismo, la Agronomía Médica Platense ha efectuado un nuevo aporte institucional a la cuenta especial, abierta por las Entidades Gremiales Médicas de la Provincia de Buenos Aires.

A su vez, invita a los médicos agremiados que deseen adquirir bonos de contribución voluntaria, lo hagan en la Sede de esta Institución.

5 de mayo de 1982

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

El C.D. de la Institución comunica a los Sres. Médicos adheridos que, en razón de la grave situación que enfrenta nuestro país, ha dispuesto solicitar un criterio de máxima flexibilidad y circunspección en relación a la aplicación de las nuevas normas de trabajo cuya vigencia reglamentaria se iniciará el 1.V.82.

3 de mayo de 1982

13 de mayo de 1982

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Comunica que se encuentran a disposición de los Señores Profesionales, en la Mesa de Entradas de la Entidad, los Bonos de Contribución de las Instituciones Médicas al Fondo Patriótico Nacional Islas Malvinas cuyo valor unitario es de \$100.000.

BIBLIOGRAFÍA

- 1).- Bonasso Miguel. El presidente que no fue. Ed. Planeta, Buenos Aires, 1997, pág. 338.
- 2).- Bonasso Miguel. El presidente que no fue. Ed. Planeta, Buenos Aires, 1997, pág. 478.
- 3).- Bonasso Miguel. El presidente que no fue. Ed. Planeta, Buenos Aires, 1997, pág. 479-480.
- 4).- Art 5 inc "e" de la ley 20.508 en Anales de Legislación Argentina, Tomo XXXIII-C pp. 2951.
- 5).- Art 6 de la ley 20.508 en Anales de la Legislación Argentina tomo XXXIII-C pp. 2951.
- 6).- Horacio Verbitsky. Ezeiza. Ed. La Página, Buenos Aires, 2006.
- 7).- Entrevista a Lastiri hecha por Bernardo Neustadt en 1974 (<http://www.bernardoneustadt.org/nota>.)
- 8).- Pigna Felipe. Lo pasado pensado: entrevistas con la historia argentina, 1955-1983.
- 9).- Tercer gobierno de Juan Perón... la historia que no nos cuentan...
- 10).- Irigaray Juan. Prostitutas y heroínas. En Diario El Mundo, Crónica, España, 6 de enero de 2008. <http://www.elmundo.es/suplementos/cronica/2008>.
- 11).- Elsinger Rubén. "En Tucumán, identifican restos de 2 desaparecidos". <http://www.clarin.com/diario/2009/12/11/elpais>.
- 12).- Las palabras del terror. <http://www.historia.uff.br/revistapassagens/artigos/2012.pdf>
- 13).- Veronelli Juan Carlos y Veronelli Correch Magali. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Ed. Organización Panamericana de la Salud, 2003, Tomo 2, cap. 15 p. 657 -662
- 14).- Neri, Aldo. Salud y Política Social. Ed. Hachette, Buenos Aires, 1982, p. 114-117.
- 15).- Liotta Domingo. 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. 60.
- 16).- Boletín Informativo de la Agronomía Médica Platense N° 20, Julio de 1973.
- 17).- Boletín Informativo de la Agronomía Médica Platense N° 21, Septiembre de 1973.
- 18).- Boletín Informativo de la Agronomía Médica Platense N° 22, Marzo de 1975.
- 19).- Boletín Informativo de la Agronomía Médica Platense N° 23, Octubre de 1975.
- 20).- Actas del libro de reuniones del Consejo Directivo de la Agronomía Médica Platense, Acta 819 (29-5-1973) hasta Acta 930 (19-3-1976).
- 21).- Solicitadas y artículos periodísticos publicados en el diario El Día de La Plata:
- Sábado 1° de septiembre de 1973 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE - ATENCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE LA MUTUAL DEL BANCO PROVINCIA

- Domingo 2 de septiembre de 1973 - Expidióse FEMEBA sobre la política sanitaria nacional
- Lunes 31 de diciembre de 1973 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- Martes 25 de marzo de 1975 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE - CENTRO MÉDICO DE MAR DEL PLATA - Declaración
- Jueves 27 de marzo de 1975 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE - REAJUSTE DE ARANCELES PARA OBRAS SOCIALES Y MUTUALES
- Viernes 11 de abril de 1975 - Dispúsose para hoy un paro de los médicos
- Viernes 11 de abril de 1975 - SOLICITADA
- Sábado 12 de abril de 1975 - CUMPLIÓSE EL PARO MÉDICO DISPUESTO EN ESTA CIUDAD
- Jueves 29 de mayo de 1975 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE - GESTIÓN ANTE LA APLICACIÓN DEL IMPUESTO DE PATENTE A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA
- Miércoles 11 de junio de 1975 – SOLICITADA - LA MEDICINA EN QUIEBRA
- Lunes 28 de julio de 1975 - COLOQUIO EN EL INSTITUTO DE MEDICINA NUCLEAR
- Lunes 28 de julio de 1975 - La Universidad creó el servicio de guardia médica de urgencia
- Martes 29 de julio de 1975 - SOLICITADA / PARO MÉDICO NACIONAL - MIÉRCOLES 30 DE JULIO DE 1975 - DE 0 A 24 HORAS
- Jueves 18 de septiembre de 1975 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- Lunes 29 de septiembre de 1975 - Un paro de una hora realizan hoy los médicos bonaerenses
- Miércoles 1º de octubre 1975 - Se cumplió el vigésimo segundo día del paro que llevan a cabo los médicos
- Jueves 20 de noviembre de 1975 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE - COMUNICADO DE PRENSA
- Viernes 21 de noviembre de 1975 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- Viernes 21 de noviembre de 1975 – SOLICITADA - INSTITUTO MÉDICO PLATENSE
- Viernes 21 de noviembre de 1975 – SOLICITADA - COLEGIO DE MÉDICOS DISTRITO I
- Viernes 21 de noviembre de 1975 - Paro médico en La Plata por el rapto de un profesional
- Viernes 21 de noviembre de 1975 - Paro médico por el secuestro de un profesional en La Plata
- Sábado 22 de noviembre de 1975 - Hubo detenciones en varios operativos realizados por el Ejército en esta ciudad
- Sábado 22 de noviembre de 1975 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- Sábado 22 de noviembre de 1975 – SOLICITADA - COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BS. AS. DISTRITO 1
- Domingo 21 de diciembre de 1975 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

- Martes 23 de diciembre de 1975 – SOLICITADA - Agremiación Médica Platense
- Viernes 26 de diciembre de 1975 - Agremiación Médica Platense - ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA
- Viernes 26 de diciembre de 1975 - Paros dispuestos por la Agremiación Médica Platense
- Sábado 27 de diciembre de 1975 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- Miércoles 31 de diciembre de 1975 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE - “ANÁLISIS Y SÍNTESIS”
- Viernes 20 de marzo de 1976 - Cumplióse ayer en todo el país el paro dispuesto por la Confederación Médica.
- 22).- Seoane María y Muleiro Vicente. El Dictador. Ed Sudamericana, 2001.
- 23).- Teniente General Jorge Rafael Videla a un grupo de periodistas japoneses, 12 de diciembre de 1977.
- 24).- Videla, perfil de un genocida. Agencia Telam, 17 de mayo de 2013.
- 25).- https://es.wikipedia.org/wiki/Jorge_Rafael_Videla, 20/08/2015.
- 26.- Marcelo Massarino. Revista Sudestada 46, 18/03/2006.
- 27).- Manuel Iran Campo, Secretario de Estado de Salud Pública (1976-1981). Revista Medicina y Sociedad, vol. 4 N° 1,2 (enero-abril), 1981, pág. 73-83.
- 28).- Joseba Kelmendi de Ustaran, Ministro de Salud, Provincia de Buenos Aires (1976-1981). Revista Medicina y Sociedad, vol 4 N° 1,2 (enero-abril), 1981, pág. 62-72.
- 29).- Veronelli Juan Carlos y Veronelli Corech Magalí. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina, Tomo 2, pág. 662-664.
- 30).- Ley 18610 sobre Obras Sociales (<http://www.obras-sociales.com/origen.htm>).
- 31).- Santiago M de Estrada. “Las obras sociales y la seguridad social”. Revista Medicina y Sociedad, vol. 3 N° 3 julio-agosto, 1980, pág. 164-171.
- 32).- Francisco A Guido. “Las obras sociales y su inserción social”. Revista Medicina y Sociedad, vol. 3 N° 3 julio-agosto, 1980, pág. 134-139.
- 33).- Rodolfo M Montero. “Las obras sociales y los profesionales de la salud”. Revista Medicina y Sociedad, vol. 3 N° 3, julio-agosto, 1980, pág. 140-152.
- 34).- Boletín Informativo de la AMP N°24, Octubre de 1976.
- 35).- Boletín Informativo de la AMP N°25, Agosto de 1977.
- 36).- Boletín Informativo de la AMP N°26, Diciembre de 1978.
- 37).- Alberto Poli. “Situación de la Agremiación Médica Platense en el contexto Social-Una Institución de Cultura”, discurso del Presidente de la AMP, 11-4-1979.
- 38).- Boletín Informativo de la AMP N°27. Septiembre de 1980.
- 39).- Actas del libro de Reuniones del Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense, Acta 931 (25-3-1976) hasta Acta 1143 (26-3-1981).
- 40).- Solicitadas y artículos periodísticos publicadas en el diario EL DÍA de La Plata entre 1976 y 1981:
 - Sábado 11 de junio de 1977 – SOLICITADA - LA MEDICINA, LA POBLACIÓN, LOS MÉDICOS

- Sábado 3 de diciembre de 1977 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- 15 de agosto de 1978 – SOLICITADA - La salud, un derecho... un deber
- 28 de octubre de 1978 - SOLICITADA - Agremiación Médica Platense - “Vigencia y Cumplimiento de un Compromiso”
- Miércoles 8 de agosto de 1979 – SOLICITADA - SALUD: Sus responsabilidades, quiénes debieran asumirlas
- 31 de diciembre de 1979 – SOLICITADA - SALUD EN LA DÉCADA DEL 80
- 11 de mayo de 1980 - Reflexiones de los médicos acerca de las obras sociales y su probable norma reglamentaria
- 29 de agosto de 1980 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE - LOS MÉDICOS FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE FACTURAR
- 15 de noviembre de 1980 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- Martes 30 de agosto de 1977 - IOMA propuso adelantar el 70 por ciento de las facturaciones médicas
- Miércoles 31 de agosto de 1977 - La Agremiación Médica Platense ha objetado la propuesta del IOMA
- Miércoles 31 de agosto de 1977 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- Jueves 1° de septiembre de 1977 - IOMA ofreció adelantar el 90 % de las facturas por prestaciones médicas
- Jueves 1° de septiembre de 1977 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- Lunes 21 de noviembre de 1977 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
- Martes 22 de noviembre de 1977 - Intimación de SOEME a FEMEBA por la suspensión de servicios médicos
- 10 de enero de 1981 - LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE, comunica a los señores médicos adheridos
- 3 de junio de 1977 - LA AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE Y EL P.A.M.I. - Atención Médica de Jubilados
- Sábado 3 de diciembre de 1977 - Se modificó el régimen de licencias de los agentes de la carrera Hospitalaria
- 41).- Roberto Eduardo Viola <http://es.wikipedia.org/wiki>.
- 42).- Situación económica durante la gestión del ministro Sigaut <http://casitodoargentina.com.ar/historia/civmil/viola/1981.htm>
- 43).- Asunción interina de Lacoste. Nombramiento de Galtieri <http://books.google.com.ar>
- 44).- Carlos Alberto Lacoste <http://es.wikipedia.org/wiki>
- 45).- Mundial de 1978 <http://www.lanacion.com.ar/nota>
- 46).- “El general majestuoso está grave” nota de Página/12 <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/2003>
- 47).- Leopoldo Galtieri <http://es.wikipedia.org/wiki>
- 48).- Yofre Juan Bautista, “1982”. Ed. Sudamericana, Bs.As. 2011.
- 49).- Alfredo Saint-Jean <http://es.wikipedia.org/wiki>

- 50).- Yofre Juan Bautista. Fuimos todos. Ed. Sudamericana, Bs.As. 2009, pág. 442.
- 51).- Reynaldo Bignone <http://es.wikipedia.org/wiki>
- 52).- Nunca Más, Informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de personas (CONADEP). Ed. Eudeba, Bs.As., 1985.
- 53).- Andrés J Fescina. Sobre las obras sociales. Revista Medicina y Sociedad vol. 4, N° 1-2, año 1981 pág. 30
- 54).- Actas del libro de Reuniones del Consejo Directivo de la Agremiación Médica Platense, Acta 1144 (02-04-1981) hasta Acta 1281 (07-12-1983).
- 55).- Solicitadas y artículos periodísticos publicados en el diario El Día de La Plata entre 1981 y 1983:
- A) Política gremial
- 19 de julio de 1981 - "Hagamos un examen de conciencia" - Un llamado al país formuló la Agremiación Médica Platense
 - 16 de octubre de 1981 - Aranceles diferenciados, "plus" y reintegros - Crítico panorama de la atención de la salud en el Gran La Plata
 - 22 de octubre de 1981 – SOLICITADA - LA CRISIS DE LA MEDICINA
 - 1 de agosto de 1982 - Un tema candente: el arancel diferenciado - Presiones sobre el tema de la Agremiación Médica local
 - 25 de agosto de 1982 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
 - La Nación, 10 de octubre de 1982 – SOLICITADA - A LA OPINIÓN PÚBLICA, A LAS AUTORIDADES
 - 22 de diciembre de 1982 - Una reunión entre AGEPBA y profesionales - Búscase establecer un vademécum de monodrogas
- B) Obras sociales
- 13 de enero de 1982 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
 - 15 de marzo de 1982 – SOLICITADA - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
 - 7 de abril de 1982 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
 - 9 de abril de 1982 - SOLICITADA
 - 11 de abril de 1982 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
 - 15 de abril de 1982 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
 - 5 de noviembre de 1982 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
 - 20 de diciembre de 1982 - A LOS BENEFICIARIOS DEL SISTEMA FEMEBA - SALUD LA PLATA
- C) Islas Malvinas
- 3 de abril de 1982 - Adhesión de la Agremiación Médica Platense - A LA REAFIRMACIÓN DE LA SOBERANÍA NACIONAL Y A LA RECUPERACIÓN DE LAS ISLAS MALVINAS E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR.
 - 1 de mayo de 1982 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
 - 5 de mayo de 1982 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
 - 13 de mayo de 1982 - AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

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
Enero de 2018

