

# Sociedad de Medicina Rural

PROVINCIA DEL NEUQUEN

marzo-abril '96

BOLETIN



INFORMATIVO

92

## EDITORIAL

Sentir que veinte años no es nada

Carlos Gardel

El 24 de marzo se cumplieron 20 años del último golpe militar. Los actos evocatorios se reprodujeron en todo el país con un claro repudio a la doctrina de seguridad nacional y al terrorismo de estado como una metodología sistemática para instrumentar la primera etapa de un plan económico que se proyecta hasta nuestros días. La desocupación, la poca credibilidad de la justicia, la policía de gatillo fácil son distintos aspectos de una misma política.

Ante todo esto, dos hechos repudiabiles se nos presentan: primero, el discurso del general Mario Cándido Díaz reivindicando el terrorismo de estado. El jefe del estado mayor conjunto rechazó todas y cada una de las críticas que se formularon a lo que él llamó "instituciones fundamentales de la Patria". En el mismo lugar se encontraban presentes el jefe de gabinete, el ministro del interior, el jefe de la comisión de defensa de la Cámara de Diputados, el ministro de defensa y el Sr. presidente de la nación. Parece ser que en ese momento estaban todos distraídos y mirando para otro lado, pues ninguno de ellos cuestionó los dichos del jefe militar. ¿Esto significará un aval a tales expresiones?

Segundo, el ataque armado al médico torturador y traficante de bebés hijos de desaparecidos Jorge Bergés. Dos cosas deben quedar en claro con respecto a este caso. Una es el repudio y rechazo a la justicia por mano propia (si de esto se tratara). Otra es que este hecho se produce por las mismas causas que posibilitaron que el general Bussi llegara a gobernador. Si Alfonsín arrugó y, ante las presiones, sacó las leyes de Punto Final y Obediencia Debida, si Menem negoció y bajo el pretexto de la reconciliación nacional concedió los indultos obligando a los ciudadanos comunes a convivir con los asesinos, de esta forma se crearon las condiciones necesarias para que estos hechos aberrantes ocurrieran.

No existe reconciliación si no hay arrepentimiento y consecuentemente justicia. Massera, Bussi, Astiz, Bergés y Cía. son tan delincuentes como los que hoy se amotinan en las hacinadas cárceles de nuestro país. Todos somos iguales ante la Justicia, pero algunos son más iguales que otros.

En otro aspecto, a nivel local, surge el proyecto de la Facultad de Medicina de la UNC. Este hecho se puede analizar desde varios puntos de vista. ¿No será que el estado nacional pretende desentenderse de la formación de profesionales, para que las provincias que los necesiten se hagan cargo de su formación? Nosotros creemos que el proyecto no es racional, y que se trata de una forma más del ajuste. No creemos conveniente la descentralización de la facultad en ESTAS condiciones, porque de última es una de las formas de retirada del Estado en funciones que le son inherentes, así como se retiró de la seguridad social, y se hizo cargo de precarizar las condiciones de trabajo. Pero si de cualquier forma la facultad de medicina es una decisión tomada, creemos que nuestros antecedentes como institución y los recursos técnicos con que contamos merecen ser tenidos en cuenta, no solo en la preparación sino también en la concreción y puesta en marcha del proyecto. A no ser que los cargos docentes ya

tengan el nombre puesto.

Como final, teniendo en cuenta que comenzamos con Carlitos, terminamos con Fito: "Quién dijo que todo está perdido?"

"Vínculo, Primera Escuela de Psicología Social del Neuquén"  
INFORMA QUE:

Está abierta la inscripción para los cursos regulares de Psicología Social que se dictan en nuestra Escuela.

Qué aporta la psicología Social?

- \* Una forma de analizar y operar en la vida cotidiana.
- \* Instrumentos para intervenir y comprender los grupos humanos y los procesos de aprendizaje.
- \* Una manera de concebir al hombre como social e históricamente constituido, producto de su tiempo y su historia, productor de cambios y transformaciones.

A quién está dirigida?

- \* A todo aquel que trabaje con grupos, tenga interés por comprender la conducta humana e iniciar una experiencia de aprendizaje que privilegia lo vincular.

Qué otras cosas se pueden hacer en Vínculo?

- \* Se puede aprender Psicología Social de las Organizaciones, en un Seminario anual que por tercera vez consecutiva se dictará en la U.N.C. con una frecuencia mensual a partir de abril y hasta noviembre.
- \* Tener experiencias que involucren la creatividad, el cuerpo y el juego, en los Talleres que con aranceles reducidos se realizan en la Escuela.
- \* Realizar supervisiones de trabajos grupales e institucionales (sin costo para entidades de bien público).
- \* Acercar propuestas para organizar eventos en conjunto con otras organizaciones o grupos de la provincia.
- \* Para pensar alternativas y salidas solidarias a problemas cotidianos.

Para informes los esperamos en Entre Rios 651. Neuquén Capital de 18,30 a 21 hs.

## CARTA DE UN SOCIO (ENRIQUE PEREA)

Diadema Argentina, 12 de marzo 1996

Estimado Walter:

Te agradezco lo que has hecho para concretar mi posibilidad de ir a parar a Neuquén. Vos y los directores de los hospitales por los que he pasado. Finalmente veremos qué se da, pero ustedes me han dado un lugar que nunca tuve en mi provincia.

Referente a mi «evaluación», o como se pudiera llamar lo que me has pedido, te pongo por escrito lo que hablamos cuando te vi antes de volver a Chubut. Y me interesan especialmente las diferencias que se dan con lo que yo conozco, es decir Chubut.

En Neuquén he conocido por dentro un sistema médico que para nosotros, desde otras provincias, siempre fue un paradigma. Tampoco puedo generalizar, pero es lo que ví en dos hospitales y algo de un tercero.

Como pasa cuando te dejan entrar en una casa, tenés la posibilidad de ver algunas cosas desde adentro.

He visto actuar a un grupo de médicos jóvenes con polenta, luchando por una serie de ideales en los cuales muy pocos creen ya. Gracias a ellos volví a creer en muchas cosas. Pero tu comentario con referencia a ese médico que recorría los pueblos me confirma que el cambio en la política sanitaria pasa porque «se acabaron los tiempos románticos». Creo que si algo ha mantenido a Neuquén alla arriba son los tiempos románticos. Se puede seguir creyendo en lo que queremos defender.

Creo que están pasando por un mal momento. Pareciera que la SMR perdió la mística. Pareciera que el sistema perdió la mística, como si hiciera falta acordarse de lo que hacían antes. Tal vez, como dirían los que opinan sobre pedagogía, cuando hace falta neutralizar las ideas creadoras se recurre a las rutinas. Eso es lo que he visto allá. Demasiadas rutinas, demasiadas normas. Tantas que no hay tiempo de actuar. Seguimos llenando estadísticas para que en la OPS sepan en dónde estamos. Y aparecen los desnutridos y no podemos hacer otra cosa que verlos. No hay normas para las soluciones. Hay normas para la estadística. Vos decías que en algún tiempo se planeó juntar a las madres con las nutricionistas. O con psicólogos, o lo que haga falta. ¿Eso es lo que debería intertarse otra vez? Creo que la necesidad de bajar costos no tiene nada que ver con que se pierdan determinadas cosas.

Te doy un ejemplo de lo que digo: fui parte del entusiasmo con el que los médicos de Loncopué diseñaron el cambio de la planilla de control de embarazo y sus cuadraditos y todas las copias que hay que hacer. En Neuquén alguien agregó la planilla azul, y puso los factores de riesgo; alguien hizo allá lo que pedíamos en Chubut: pensar en los factores de riesgo. Saber algunos datos que a la planilla esa no le interesa, como si el embarazo es querido o no o si el padre trabaja o no. Y estudiamos en Loncopué la forma de incorporar los datos a la nueva planilla. Por supuesto cuando fueron a la reunión donde se discutiría eso la planilla ya venía

hecha. Y cuando te consultan sobre algo que ya está resuelto te deja la sensación que en vez de valorar lo que opinás lo que quieren en dejarte contento.

Vimos que los sillones de parto están mal diseñados porque las mujeres no alcanzan con sus brazos a las manijas. Entonces hay que cambiarlos, aunque el diseño sea de montoto.

Creo que están desaprovechando un grupo de gente valiosísimo que por algo vino a Neuquén: tal vez porque sigue creyendo en lo que vos llamás «los tiempos románticos».

Me llamó la atención la reunión de la SMR con los políticos. No creo que haya otra provincia donde se respete tanto a los médicos rurales. No he visto otro lugar donde sean los generalistas los que tengan más peso en Salud Pública. Pero, como hablábamos, si todo está bien, ¿por qué duran tan poco los médicos en el interior?

Es muy grande la dependencia de la gente con respecto al Hospital, aunque creo que es una excesiva dependencia del Estado en todos sus ámbitos. Lo he notado inclusive en los indios. Si tuviese que comparar con Chubut, te diría que aquí se salvaron de una manipulación muy importante. No sé por quién pasa, pero que los Hospitales son parte de esa dependencia ninguna duda.

Bueno Walter, eso es un poco lo que yo vi. Ustedes tiene cosas allá que solamente valorarán cuando no existan: el respeto por los generalistas, la SMR, y gente que cree en la solidaridad con los colegas y con los enfermos cuando todo está dado para que eso no exista, cuando en ningún lado es importante salir a recorrer las zonas del interior. Ojalá haya forma de salvar todo eso.

*Un abrazo*

*Pereira*

P.D. =

Estimado Walter:

Olvidé algo, en lo que me pediste sobre Neuquén, que lo armé teniendo en cuenta lo que oí en esa conversación que tuvieron los políticos con la SMR. Me refiero a lo que decían sobre los certificados de incapacidad, que terminan cayendo sobre los médicos. Bienestar Social se saca el problema de encima, y los médicos somos los que hablamos de las incapacidades y los que debemos decir a un pobre infeliz: Señor, usted está en condiciones de ir a trabajar.

Este es un certificado que hice pensando en lo que en esa charla se dijo y que me dió muy buen resultado, por lo menos con la gente de Loncopué. Mandaron las cosas a otro nivel. Aunque te confieso, no creo que al interesado le haya servido de mucho.

Hospital de Loncopué, 24 de octubre de 1995

Municipalidad de Loncopué  
Servicio de Acción Social  
Loncopué

A su solicitud, certifico haber atendido al Sr. VICTOR VILLALOBOS, DNI 11.288.662, de 41 años.

Registra en su Historia Clínica reiterados ingresos solicitando se evalúe su incapacidad. Fue derivado a Juntas Médicas en Zapala y por su cuenta a Neuquén.

Registra además una intervención por várices bilateral y episodios reiterados de atenciones por alcoholismo crónico, enfermedades que evidencia por su aspecto.

Si bien según las tablas de evaluación su incapacidad física es limitada, la realidad actual del país y la suya propia hacen que sea de altísima improbabilidad el conseguir ningún tipo de trabajo.

Con este fundamento evaluo que su incapacidad real es total, no permanente, y relacionada a que en el tiempo mejore la capacidad de conseguir trabajo que tengan en este lugar personas de esta naturaleza.

Salúdoles muy atentamente

## \* SALUD Y ECOLOGIA

Quienes deseen informarse sobre temas de salud y seguridad y sobre salud y ecología (ambiente) va la dirección, para solicitar bibliografía y demás información:

Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud

División de Salud y Ambiente

OPS/OMS

Apartado Postal 37473

06696 México - D.F. México

Internet: [cpehs@servidor.unam.mx](mailto:cpehs@servidor.unam.mx)

## \* CLASES DE GUITARRA Y BAJO

Serán dictadas por el Prof. Alejandro Saluzzo en el aula de nuestra casa SMR de Zapala, en Mitre y Etcheluz. Sin cargo para socios y sus hijos. Especialidad: folklore, rock y blues. Comunicarse al 22007.



## SEMINARIO REGIONAL SOBRE ESTRATEGIAS DE GESTION Y NEGOCIACION SOCIAL

Se realizó en Bariloche los días 29 y 30 de marzo, organizado por el ICEPH (Instituto Cordillerano de Estudios y Promoción Humana), coordinado por el Centro de Investigación y Perfeccionamiento en Administración Cooperativa y con la cooperación de Solidarité Mondiale de Bélgica y la Unión Europea. El objetivo era capacitar a dirigentes sociales, técnicos y profesionales que trabajan con las comunidades en el tema del seminario, para fortalecer la autonomía de los grupos sociales. Se quiso ofrecer elementos útiles para la tarea de los técnicos.

Participaron 46 personas, asistentes sociales, técnicos agrónomos, veterinarios, médicos, odontólogos, psicólogos, empleados, abogados, docentes, representantes de comunidades organizadas, etc.

Quien tenga interés en conocer más en detalle lo que se trató, comunicarse con Adriana Marcus, 30058, para compartir el material (apuntes tomados, fotocopias).

### ESTAMOS EN EL PRIMER MUNDO

La SMR tiene Correo Electrónico: acá va el código para comunicarnos por la pantallita: [smr@jefz2.sspn.sld.ar](mailto:smr@jefz2.sspn.sld.ar)



Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

# El hospital de autogestión o de cómo el remedio es peor que la enfermedad

*Para recibir atención gratuita, los pacientes deben demostrar que son pobres. Deserción por discriminación.*

(Por Graciela Mochkofsky)  
Marcelo Valdibiso pasó con éxito los exámenes para obtener su carnet de pobre. Llegó al hospital autogestionado San Vicente de Pauli, en Orán, Salta, con una afección respiratoria severa. De inmediato fue derivado al departamento de servicio social donde tuvo que demostrar que era verdad, que no mentía, que es pobre. Desempleado, casa con piso de tierra, cinco hijos, mujer sin empleo, necesidades básicas insatisfechas, diagnosticaron las asistentes sociales después de comprobar que las respuestas eran ciertas. "Carenciado", anunció el rectángulo de papel que le dieron; se aseguró de no perderlo: era su pasaporte al tratamiento médico. El diagnóstico de pobreza es uno de los requisitos del hospital de autogestión, el "nuevo modelo" de atención pública de salud, que pretende que los hospitales se autofinancien. "Es discriminatorio. Se privilegia a la gente que paga", indicó Enrique Visillac, presidente de la Asociación de Médicos Municipales. "El hospital de autogestión es una empresa, y los pacientes son clientes", dijo Carlos Casinelli, de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE).

El trámite al que fue sometido Valdibiso está establecido en el inciso "g" del artículo 5 del decreto 378/93 de autogestión hospitalaria: "Disponer de un área de Servicio Social que posibilite, entre sus funciones, establecer la situación socioeconómica y el tipo de cobertura de la población que demande servicios". Son provincias con hospitales autogestionados Mendoza, Santa Cruz, Salta, Tierra del Fuego, Entre Ríos (tiene tres) y Misiones (siete).

En Capital Federal, el "modelo" de hospital de autogestión es el Clínicas.

El dato que refleja más claramente la situación fue publicado por este diario ya en 1990, unos meses después de la asunción del actual director del hospital, Florentino Sanguinetti. En ese momento, todas las áreas del Clínicas recibieron un comunicado interno que anunciaba: "De acuerdo con la severa crisis económica que abruma al hospital, es necesario reducir al mínimo la atención e internación de indigentes. Todos los pacientes con pedido de internación que no tengan obra social deberán pasar por el Departamento de Servicio Social como trámite previo a la internación".

-Lo que pasa es que todos vienen pero acá nadie pone plata -se defendió Sanguinetti cuando **Página/12** lo consultó al respecto.

"No hay ningún justificativo para que alguien pase por el oprobio de demostrar que es pobre, algo de lo que ni siquiera es responsable. Es claro que el sistema es discriminatorio -evaluó Carlos Casinelli, secretario general del área salud de ATE-. Se trata de mecanismos sutiles para desalentar a la gente que va al hospital pero no deja plata. Por supuesto, en la entrada del hospital autogestionado no hay un cartel que dice 'Pobres go home'. No le dicen: 'No, mire, usted es pobre así que no lo atendemos'. Pero sí le dicen: 'Vaya a esa oficina', donde lo hacen esperar tres horas, luego pasar por un interrogatorio y finalmente esperar a que el veredicto sea positivo. El resultado es que esa persona va a tratar de ir cada vez menos al hospital."

Emilio Henry, director de Atención Médica del Clínicas, declaró, con abrumadora sinceridad, al diario *El médico del conurbano* de octubre de 1994 que "nosotros atendemos sólo entre un 15 y un 20 por ciento de indigentes. El resto, todos abonan a través de su obra social o en efectivo. Los aranceles son bajos. Por ejemplo, para atenderse en

clínica médica, la consulta se abona cinco pesos. Acá no atendemos a todos los indigentes que vienen, porque eso es una farsa (...) Los pacientes sin cobertura tienen muchas otras instituciones, que cuentan con presupuesto como para atenderlos. Si nosotros podemos atender hasta el 20 por ciento de carenciados, es justamente porque le podemos cobrar al 80 por ciento restante”.

La autogestión “es una iniciativa del Gobierno para desentenderse de la salud —indicó Casinelli—. El verdadero nombre de este sistema es autofinanciamiento. El Estado habilita al hospital a arancelar prestaciones y crea tres categorías de pacientes: el que tiene obra social, el que tiene dinero y paga de su bolsillo y el indigente, que tiene que pasar por servicio social y demostrar ante un tribunal de pobreza que no miente. En Santa Cruz lo llaman el carnet amarillo, porque es un pedazo de cartulina amarilla. Cada vez que el indigente va al hospital tiene que sacar el carnet”.

Enrique Visillac explicó a este diario que la asociación que preside se opone a la autogestión de los hospitales municipales porque “creemos que el hospital debe seguir brindando atención con acceso universal y una medicina equitativa e igualitaria. No vamos a permitir que nuestros hospitales se nieguen a aceptar a la gente que no tiene cobertura”.

Martes 27 de junio de 1995

Página 12

OPINION

EL MEDICO

# Diferentes capitalismos, diferentes políticas de salud

Por el Dr. José C. Escudero

ENERO 1995  
El Médico del Conurbano

En una reciente y publicitada polémica con los obispos católicos, el canciller Di Tella dijo textualmente lo siguiente: "...ustedes no han usado la palabra (capitalismo), porque les da vergüenza aceptar que la Argentina ha adoptado un sistema capitalista...", y más adelante "...se dice capitalismo a secas, no capitalismo popular, ni social, ni bondadoso, ni humano. Capitalismo es una sola cosa, y tiene efectos muy duros".

Como todos sabemos, Di Tella es un duro. Lo prueba su invención de la política de "relaciones carnales" con los Estados Unidos; lo prueba la frase suya citada en el párrafo anterior: el capitalismo tiene efectos muy duros, que hay que aceptar. Debemos entender que los pobres de la Argentina - entre los cuales Di Tella, por necesidad y vocación ha tenido la fortuna de no incluirse-, van a tener que bancarse esta dureza.

Nuestro intrépido canciller se equivoca, por lo menos en lo que concierne a la salud, donde "capitalismo" no supone automáticamente "dureza". "Capitalismo" puede definirse de muchas formas: como la división de la sociedad en dos grupos, uno de los cuales debe vender su trabajo para subsistir, mientras que el otro posee capital y está en condiciones de dar (o no) trabajo a los primeros; como una búsqueda sin límites de beneficio económico; como un sistema mundial en el cual el centro explota a la periferia, y que utiliza en su beneficio relaciones pre y para capitalistas. Dentro de todas estas definiciones pueden encuadrarse hoy a países cuyo tratamiento de la salud como problema social es muy diferente entre sí, siendo el de la mayoría de ellos distante a lo que se intenta hacer hoy en la Argentina. Di Tella ignora que, en lo que respecta a salud, su colega Mazza se comporta de una manera peculiar con respecto a muchos otros países capitalistas, especialmente los que forman parte del Primer Mundo.

En la mayoría de los países capitalistas el Estado juega un papel más activo que entre nosotros en salvaguarda de la salud co-

lectiva. Con respecto a hospitales, porque se ha guardado un casi monopolio del sistema (Gran Bretaña, Suecia), porque regula estrechamente los flujos financieros de la Seguridad Social, cuidando que sean gastados en hospitales sin fines de lucro (la mayoría de los países de Europa), o porque ha creado para la Seguridad Social una red hospitalaria propia (la mayoría de los países latinoamericanos). Con respecto a medicamentos -el rubro más artificialmente inflado del gasto en salud de la Argentina de hoy; si pudiéramos derivar al bolsillo de los médicos un porcentaje de este gasto la salud de los médicos y de la población argentina mejoraría significativamente- porque se controla más que entre nosotros su precio, la introducción de medicamentos nuevos, la mezcla de fármacos, el listado de contraindicaciones y la publicidad. Con respecto a la medicina preventiva y Atención Primaria, porque se las aplica, además de mencionarlas en discursos.

En general, cuanto más primermundista es un país capitalista, más activo es el papel del Estado en la salud nacional, pero hay excepciones por ambos lados: en algunos capitalismo primermundistas el Estado es relativamente prescindente ante la salud, y esta es cara y mala (Estados Unidos); en muchos capitalismo tercermundistas la intervención del Estado en la salud y la nutrición nacional es activa, y su nivel resulta mejor de lo que correspondería a sus indicadores económicos de desarrollo. Los ejemplos de Sri Lanka, la provincia hindú de Kerala en Asia y de Costa Rica en América Latina son ya un lugar común en la literatura sobre el tema, pero podemos ver hoy ejemplos más recientes de otros países en América Latina que están sobrellevando la crisis capitalista mundial (cuyos principales síntomas son la Deuda Externa y el Ajuste), y en los cuales el Estado participa mucho más activamente que entre nosotros en la planificación y ejecución de políticas sanitarias y nutricionales. Utilizaremos ejemplos de Chile y México. En ambos países el número de pobres, la



distribución regresiva del ingreso y el desempleo son hoy superiores a los que hubo en pasados momentos de bonanza popular (el comienzo de los setentas en Chile, de los ochentas en México), pero en ambos hay en ejecución políticas sanitarias y nutricionales que deben darnos envidia. Los partidos de izquierda en Chile y México critican la insuficiencia de estas políticas en función de la magnitud de los problemas, lo cual es cierto; pero para cualquier observador que provenga de la Argentina queda claro que una política insuficiente es siempre mejor que una política inexistente. Tengamos en cuenta que chilenos y mexicanos gastan menos en salud por habitante que nosotros, y que su mortalidad, que hace treinta años era muy superior a la nuestra es hoy marcadamente inferior (Chile) o ha reducido mucho la brecha (México).

En Chile, el gasto público en salud se triplicó entre 1990 y 1993, y se destina principalmente a salarios de persona para aplicar programas de Atención Primaria selectiva. Se ha desarrollado una red de Centros de Salud y de laboratorios descentralizados, con horarios extendidos de atención.

Aunque el sector privado de salud chileno es ineficiente y costoso, la red estatal de Atención Primaria -que cuesta solamente 10 dólares por año- es la explicación fundamental del buen nivel de salud nacional, comparado con el nuestro. En México, la inteligente tecnoburocracia sanitaria nacional ha desarrollado una serie de programas médico sanitarios que a la vez compensan algo de la injusticia social que genera el Ajuste y sirven para obtener votos para el partido gobernante. En la última década hubo once millones de nuevos beneficiarios de programas de agua potable y cloacas, quince millones de beneficiarios de programas alimentarios.

El atraso argentino ante esto es evidente. No somos Chile y México, entre otras cosas porque pareciera que nuestras autoridades de salud tienen menos competencia técnica que en esos países; pero tampoco lo somos en términos políticos: lo que en Chile y México se hizo desde el interior del gobierno deberá hacerse entre nosotros desde la sociedad civil, presionando a este gobierno, o al que lo reemplace, para que implemente políticas sanitarias que a la vez mejoren la vapuleada salud de la población y permitan que médicos y otros trabajadores de salud puedan poner en práctica sus conocimientos. Si estas políticas se ponen en práctica para atender necesidades de salud de la población que hoy no encuentran cauce pese a su naturaleza elemental, no va a haber plétora médica sino escasez de médicos.

Un aviso para los Dres. Di Tella y Mazza: las Filipinas, país capitalista variante tercermundista, acaba de implementar la siguiente política con respecto a medicamentos: por una ley nacional, etiquetamiento y prescripción de medicamentos bajo el concepto de Genéricos; compra por parte del Estado (el mayor usuario nacional) exclusivamente de aquellos medicamentos que figuran en el Formulario Nacional. ¿Por qué pasó esto en la capitalista Filipinas y no en la capitalista Argentina?