

DR. RODRIGUEZ BAY



MIR

**ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD
DE MEDICINA RURAL
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN**

MARZO - ABRIL 1981 - AÑO 2 - N° 2



SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Dr. Malcolm Elder

SECRETARIO:

Dr. Rodolfo Arienti

TESORERO:

Dr. Jorge E. Cuevas

DIRECCION PUBLICACIONES

Dr. M. Irigoyen

Reg. Prop. Int.: En trámite

Tirada de este Nº: 2000 Ejm

Diseño Grafico: Eduardo Baldi

Coordinación General:
CARLOS A. FERNANDEZ

DOMICILIO LEGAL:
Entre Rios 376 Neuquén

Impresión:
EDITORIAL SUR ARGENTINO

EDITORIAL

Cuando se van acallando los ecos de nuestras Jornadas de Medicina Rural realizadas en Aluminé y aún se encuentran en distribución aliada el primer número de esta Publicación llegamos nuevamente a los lectores con el segundo esfuerzo alentados por la recepción favorable de aquella. Nuestra aparición ha coincidido con las jornadas en forma deliberada y ambos hechos deben ser considerados como frutos del esfuerzo de muchos, y culminación de una primera etapa de la Sociedad joven, en busca de consolidación y proyección.

El nombrado evento científico exitoso por cierto no solamente por la calidad de disertantes y asistentes sino por la cantidad de participantes que en número de más de sesenta permitió profundización en los temas tratados y un intercambio de confraternidad a todas luces promisorio, en especial para aquellos que desempeñan sus tareas en las zonas aisladas e inhóspitas de la Provincia. Sin duda un respaldo para el profesional de la Salud que necesitá jerarquizar su modalidad de trabajo y compartir sus experiencias con el colega distante con el fin último de mejorar su entrega.

Hemos asistido hace pocas semanas, a un hecho auspicioso cual ha sido el comienzo del curso de capacitación de Médicos Generales orientados en una especialidad básica, para desempeñarse luego en los Servicios de Hospitales de Mediana complejidad de la Provincia. Deseamos destacar que este es el hecho más trascendental para los Médicos Generales desde que se implementó la Residencia Médica Rural en 1974, y que permite ahora la capacitación de todos aquellos que han trabajado en el interior de la Provincia durante tres años como mínimo y cuyo ingreso al curso se establece por concurso. Este logro se obtiene tras el persistente esfuerzo de varios Médicos Generales, el trabajo investigación de Docentes e instructores y el aval "decisorio" de la Subsecretaría de Salud.

Entendemos que deberá existir un esfuerzo similar para la capacitación continua y sistemática de los odontólogos, bioquímicos y enfermeras que se desempeñana también en el interior de la Provincia, como asimismo para aquellos médicos generales que desean seguir trabajando exclusivamente como tales, tanto en los Medios Rurales como urbano. Nuestra Sociedad comprometerá su tarea en aras de estos objetivos, que entedemos a la sazón entroncará orgánicamente con la Carrera Sanitaria Provincial propuesta para implementación en el año 1981. Este instrumento legal, estimamos marcará un hito por demás trascendente para todos aquellos que integran el sector oficial de Salud de la Provincia.

Finaliza 1980 el primer año de una década que deberá ofrecer a la humanidad los primeros pasos definitivos y decisivos hacia el cumplimiento del lema de la OMS "Salud para todos para el año 2000". En nuestra provincia del Neuquén hemos asistido a la inauguración del Centro de complejidad hospitalaria más importante del Norte Patagónico, con su tremenda y costosa infraestructura tecnológica, así como a la incorporación de técnicos y especialistas de alto nivel. También hemos asistido a la inauguración de puestos Sanitarios en áreas alejadas de la Provincia y a la incorporación de Agentes Sanitarios para la Atención Primaria de la Salud a quienes se intenta esforzadamente capacitar para ser eficientes en su trabajo. Es de esperar que el equilibrio y lo racional en las prioridades y en palabras del profesor David Morley, evitar "la inadecuada aplicación de Tecnología moderna que nos permite aterrizar con modernos jet en comunidades donde aún no se provee agua potable", y



superar "los falsos dioses de la Medicina", un falso monoblock Hospital Escuela en un país subdesarrollado donde los pacientes ingresan por la puerta trasera un templo para la gloria del "staff" y la medicina, en lugar de serlo para el cuidado del hombre común". En esto radica nuestra esperanza, en esto se expresa nuestra inquietud que llega a una comunidad que observa.....

EL DIRECTOR

Medicina en el Mundo

AUTOR: Dr. Aldo Neri

1 - Salud e ideología

Afirmar desde el umbral de estas páginas que, en salud, en un principio fue el caos y la injusticia, puede ser una manera de clarificar la postura ideológica del responsable de escribirlas. Y toda clarificación es oportuna aquí, dado que cualquier hecho social es siempre analizado desde el punto de vista de una ideología personal por mucho cacareo objetivo que le insuflamos. La objetividad puede y debe estar presente en la toma y comprobación de los datos necesarios, pero la preocupación que origina el análisis, los objetivos del mismo, la selección de la información conveniente, su agrupamiento y elaboración, son hechos inextricablemente unidos al particular perfil anímico del analizador, a sus ideales y apetitos, sus fobias y prejuicios, su experiencia vital y sustento ideológico.

La afirmación inicial quiere, pues, decir, dándole la vuelta, que hay para el autor un orden y una justicia posibles y deseables en la atención de la salud de nuestro pueblo, muy superiores a los logrados hasta hoy, y que lo que le interesa discutir aquí es qué de malo tenía lo anterior y lo actual, y qué de bueno podríamos ponerle al futuro. Y para lograr éxito en esta discusión debe ir quitándole a los términos su inevitable vaguedad inicial. Porque órdenes y justicias hay muchos postulándose en el mundo. El fascismo, por ejemplo, es uno de ellos, y no el menos popular, habituado como está a vestirse históricamente con signos diversos. Por eso digamos desde ya que el orden y la justicia elegidos para enmarcar estas reflexiones aspiran a un atributo de racionalidad fundamental, en la búsqueda de un hombre común que protagonice el destino de su sociedad, en vez de ser un mero seguidor de masas hipnóticas, slogans intelectuales o consignas deleznable de un interesado aparato productivo.

Dicho esto, pasemos a comentar, por unos instantes, algunos aspectos del fenómeno salud-enfermedad tal como se observa en nuestro mundo moderno.

Resulta un lugar común, para los estudiosos de estos temas, sostener que la salud de un pueblo es función de los atributos peculiares que en lo social, político, cultural, económico, biológico, geográfico y demográfico dicho pueblo ostenta. En otras palabras, que de todo ello depende la ausencia o presencia de determinada patología y, más aún, depende también que considera la gente que es estar enfermo o sano, y a qué sucesos personales identifica como enfermedades. Y para citar, con respecto a esto último, un ejemplo extremo: "...los tiv no hacen en realidad distinción entre paciente y médico, enfermedad y desdicha general. Akombo significa enfermedad, pero se la usa también para designar la mala suerte en el comercio, matrimonio, la caza y los accidentes. Sería exacto decir que, para los tiv, la enfermedad no se distingue nitidamente de una racha general de mala suerte". (1)

Dando un paso más allá, podemos observar también que los mismos condicionantes rigen las respuestas sociales al problema de la enfermedad, o sea el tipo, cantidad y calidad de recursos que vuelca cada sociedad a enfrentar estas necesidades, y cómo organiza tales recursos.

Todo esto resulta por cierto muy convincente, y un buen historiador de la medicina y la salud pública nos ofrecería un nutrido catálogo de ejemplos que variarían desde el extremo exotismo de ciertas culturas primitivas, pasadas y presentes, hasta una gama más sutil de diferencias observables entre los países que se autodenominan hoy civilizados. Pero lo que a nosotros nos puede ser más útil apuntar aquí es el hecho de que, en este mundo cada vez más comunicado e interdependiente, rige una evidente tendencia a la universalización de estos procesos, y que ella borra paulatinamen-

te significativas diferencias tradicionales entre los modos de entender y responder ante la salud y la enfermedad, que ostentan distintos pueblos. Y de esta comprobación nos apoyaremos, para comentar nuestro tema, en sus características más generales y generalizables, precisamente aquellas que pueden ser evidenciadas, en mayor o menor grado, en gran parte del mundo actual.

Un primer hecho observable es la rápida difusión en este siglo del criterio que postula a la atención de la salud como un derecho social básico, de donde se desprende la obligación del cuerpo social de subvenir a las necesidades que, en este campo, ocurran a sus integrantes. Que en muchos casos esto esté más declamado que realizado, que en otros se implemente este derecho con notorias diferencias entre distintos grupos de población, no disminuye para nada la realidad del cambio ideológico producido ni su tremenda fuerza expansiva, verificable aún en ciertos países baluartes de más acendrado liberalismo y, asimismo, en otros cuyas concepciones religiosas lo predisponen poco a ocuparse de los males de este mundo. El objetivo central del cambio en marcha es, en definitiva, acercar a la totalidad de la población los beneficios del adelanto médico contemporáneo.

Visto el fenómeno desde un punto de vista histórico-político, implica, por una parte, uno de los resultados de la creciente gravitación social de las clases populares en la vida de las naciones y, por la otra, desde Bismarck, una de las formas de respuesta del capitalismo moderno al siempre candente problema de la distribución de la riqueza en el mundo. El derecho a la salud íntegra, junto a muchos otros elementos, el camino hacia el "welfare-state", forma superior de adaptación del capitalismo a su cuestionamiento, salvando así lo esencial de su organización económica y la estructura de poder de la misma derivada. A lo que se agrega la motivación emergente de las nuevas escalas de producción de la expansiva industria contemporánea, imposibles de absorber por las clases ricas solamente, y necesitadas, por lo tanto, de una cada vez más amplia masa consumidora de aceptable nivel de vida.

Simplificando bastante las cosas, podríamos sostener que, en no hace más de un siglo, la medicina expandió notablemente los beneficios científicamente comprobables que es capaz de ofrecer a la humanidad. Antes, sus logros eran mucho más limitados e inciertos. Antes también, y hasta bastante avanzado este siglo de franco progreso médico, tales beneficios alcanzaban sólo a quienes podían pagárselos por sí mismos. Aunque en siglos anteriores, claro está, no era mucho lo que realmente se perdían los marginados de los mismos. Pero la característica que aquí nos interesa destacar es que las clases populares, al demandar y obtener

plautainamente los frutos de la medicina, aspiran concretamente al estilo de consumo que antes era privilegio de unos pocos. Y nos interesa destacarla porque reproduce, en el área social circunscripta de la salud una actitud observable en muchos otros planos de la relación entre las clases y, en una escala mayor, se asimila al denominado "efecto-demostración", que insufla a los países pobres las expectativas de consumo propias de los ricos. Complementariamente, podemos apuntar que, así como los países postergados pretenden imitar a los más exitosos sin rediscutir la bondad o el vicio de su modelo de progreso, las clases trabajadoras absorben medicina hasta ayer destinada a grupos privilegiados sin revisar la mayor o menor adecuación de la misma a sus necesidades reales.

Resumiendo: el conflicto real en el que estamos hoy plantados tiene dos componentes:

a) Cómo ofrecer igualitariamente a toda la población satisfactorios servicios médicos, mediante un mecanismo socialmente solidario y financieramente armónico con las posibilidades nacionales.

b) Qué son y qué deberían ser esos servicios médicos para que su rol social se halle avalado por una fundamentación científica suficiente.

De entre los dos términos del problema, las luchas reivindicatorias de los grupos postergados y las postulaciones de los ideólogos de la salud, han hecho un énfasis casi exclusivo en el primero de ellos. Gracias a esto, sustanciales progresos se evidencian en muchos países en la distribución de tales beneficios; pero sólo recientemente comienzan a escucharse voces preocupadas que cuestionan la utilidad misma de lo que estamos distribuyendo.

Llevó un tiempo comenzar a reconocer que los mecanismos que condicionan nuestra actitud ante el consumo de servicios médicos responden, en última instancia, a idéntica ley que los determinantes de nuestras preferencias y actitudes ante los aparatos de uso doméstico, las bebidas, los libros, o la elección del lugar para nuestras vacaciones. Dicho en jerga más económica: que los requerimiento y necesidades del aparato productivo determinan en gran parte las características de la demanda observable para un bien o servicio. Esto, que fuera lúcidamente estudiado por diversos economistas contemporáneos para el campo de la producción de bienes en general, como una de las fuerzas generadoras de la avidez consumista actual, no resulta menos aplicable al área social que nos ocupa. Para citar un ejemplo obvio, ningún conocedor del tema se atrevía a negar que el tercio del gasto total en salud argentino, o la mitad del gasto del seguro de salud español que se llevan los medicamentos tiene bastante poco que ver con la salud de los asistidos. Aludir a la tremenda capacidad

de la industria farmacéutica mundial para fijar los tipos y niveles de consumo de sus productos, así como la absoluta falta de prueba científica aceptable de la verdadera utilidad de una gran parte de los mismos, es hoy por hoy un lugar común. Pero lo que no es un lugar común es que hayamos acertado a hacer algo al respecto.

II - El poder médico

Es que la urdimbre del asunto se teje no sólo con los hilos gruesos que dibujan los intereses de una determinada estructura económica, sino también con los más finos que perfilaron ideologías y actitudes propias de los prestadores del servicio y de la misma población que los utiliza. Y vamos a eso.

El aparato productivo de servicios de salud tiene un eje fundamental, alrededor del cual se articula el resto de los elementos que los componen; este eje es la profesión médica. Ahora bien, el otorgarle a ella un papel protagónico tan importante no implica atribuirle una influencia unilateral y absolutamente dominante en el mencionado aparato; ella emite, pero también recibe vitales influencias del resto de los protagonistas, así como de la población a la que asiste. Pero lo que nos importa observar es el proceso mediante el cual metaboliza tales influjos, encontrando modos de adaptación de los mismos a sus particulares convicciones e intereses.

Este tipo de intercambio es, por otra parte un proceso dinámico verificable en la relación de cualquier profesión con el medio que la sustenta, y se inserta en la problemática más amplia de cuánto de su rol social corresponde a objetivos útiles a su comunidad y cuánto a la expansión de intereses propios de la misma profesión, desajustados o incluso antagónicos con los de la sociedad toda. Y lo que además cambia, entre las distintas profesiones, es el nivel de poder desde el cual se plantea esta peculiar negociación.

Ese nivel de poder, para el caso de la profesión médica, es por cierto muy alto. Reflexionemos un momento en por qué es esto así y cómo se caracteriza el fenómeno en nuestra sociedad actual. Y tratemos de agrupar estas observaciones en los puntos siguientes:

1. Vivimos en un mundo deslumbrado por los nuevos alcances del conocimiento científico y de la tecnología desarrollada en base al mismo. Esta imagen pública de las posibilidades tecnológicas no hace diferencia sustantiva entre nuestra capacidad de visitar planetas y la de curar enfermedades. Tal espejismo se ve reforzado por la evidente disminución y aún desaparición de muchas enfermedades tradicionales, éxito que se atribuye a la medicina, sin

percibir que es, en mucha mayor medida, producto de la mejoría progresiva del nivel de vida de los pueblos. Incluso la aptitud real que tiene hoy la medicina para prevenir, curar o, al menos en otros casos, atemperar la gravedad de numerosas enfermedades infecciosas, se generaliza a la gama más amplia del resto de la patología, donde sus posibilidades son mucho más inciertas. Y aún en el caso de las enfermedades infecciosas, es bien conocido, aunque escasamente comprendido, el hecho de que su acentuado descenso en muchos países fue bastante anterior a la aparición de medios útiles de tratamiento y prevención. Quizás el mejor ejemplo lo constituya la tuberculosis, que era en los Estados Unidos la segunda causa de muerte en 1900, con una tasa de 200 muertos por 100.000 habitantes, y había descendido a alrededor de 25 hacia 1950, cuando comienza a difundirse su quimioterapia.

Escribe Winkelstein: "De hecho, yo creo que, en los Estados Unidos, la incidencia y prevalencia de las diez enfermedades responsables de la mayor morbilidad y mortalidad no se ve alterada por la más vigorosa aplicación del sistema de atención médica".

2. La sobrevaloración pública aludida en el punto anterior se expresa, naturalmente, en la alta estimación asignada a los oficiantes de la moderna liturgia médica. Los mismos médicos compartimos con frecuencia esta confortante opinión sin que ello encierre ningún cinismo. Lo que sucede es que administramos una disciplina que sólo muy parcialmente, aún, aplica rigor científico en la verificación de sus hipótesis y, además, hemos sido formados en un empirismo simplista, con muy poco estímulo de la capacidad de crítica de nuestras propias herramientas y sus resultados.

Para aclarar la herejía: existe una expansión notable de nuestro conocimiento acerca de los mecanismos íntimos de muchas enfermedades; existe también una expansión bastante menos notable de los procedimientos para diagnosticarlas oportunamente; y existe una expansión comparativamente mucho menos notable de las armas terapéuticas realmente eficaces para prevenir y curarlas. Pero el proceso de considerable mitificación que rodea al progreso médico nos envuelve a todos, y público y doctores confundimos sistemáticamente la actual capacidad tecnológica de, por ejemplo, mutilar exitosamente pacientes en un quirófano, con la capacidad de tener un adecuado conocimiento de sus enfermedades e indicar acertadamente una terapéutica oportuna que sea, en definitiva, mejor que no hacer nada o darles un buen consejo.

El problema emerge, principalmente, de la muy difundida confusión observable en el mundo moderno respecto a la validez científica de la tecnología. En otras palabras: no diferenciamos claramente la base de saber científico

que da nacimiento y aval a determinada herramienta tecnológica con el acierto científico en su aplicación, etapas que, al menos en la medicina, encierran problemas significativamente distintos.

3. De entre los integrantes de la profesión médica, las mayores concentraciones de estiman orlan a los más especializados. Concomitantemente, los mismos detentan parcelas mayores de poder social.

La difusión de la especialización en la profesión médica obedece, en parte a las necesidades surgidas de la ampliación y complicación del conocimiento en este campo, y en parte el estímulo emanado de que la sociedad ha premiado con mayor prestigio y dinero a los ejecutantes de los instrumentos tecnológicos más sofisticados, fiel a la concepción general enunciada más arriba. La valoración implícita en esta actitud de público y profesión ante la especialización puede esquematizarse así: medicina más compleja - mejor medicina. Ya discutiremos, un poco más adelante, el equívoco que encierra esta valoración. Pero apuntemos entretanto que, según nos enseña Sigerit: "la especialización en Medicina no es un fenómeno nuevo. Cuando Herodoto viajó por Egipto, en el siglo V a. C., encontró especialistas para todas partes, doctores para todos los órganos y enfermedades. Lo mismo ocurría en el Imperio Romano. Mientras que los médicos hipocráticos eran médicos generales, en los últimos siglos del Imperio se multiplicaban los especialistas"

4. Dadas todas estas condiciones, la profesión médica, como integrante fundamental del aparato productivo del servicio de salud, genera una estructura de demanda que, en gran parte, responde a apetencias de su propio desarrollo, las que sólo parcialmente se adecúan a las auténticas necesidades de salud vigentes en la comunidad, aunque ciertamente son aceptadas por esta última con el respeto reverencial emergente de la ideología predominante al respecto. Como afirmara el actual Director General de la OMS, H. Mahler: "... en la actualidad la parte principal y más costosa de la tecnología médica parece aplicarse más para dar satisfacción a los miembros de las profesiones sanitarias que en provecho del consumidor de servicios de salud."

Durante algún tiempo, con cierto simplismo, muchos pensamos que el factor condicionante más poderoso de esta situación era la ventaja económica que, dentro de una práctica liberal resultaba del ejercicio de una medicina cuanto más tecnificada, más cara y retributiva. Pensábamos, además, que esta situación complotaba, inconscientemente, con los intereses de buena parte de los integrantes del resto del aparato productivo, estableciéndose una activa dinámica sectorial con muy poca propensión a la autocritica. Hoy, a la luz de mucha experien-

cia mundial, sin caer en la subestimación del factor aludido, vemos que la vocación de expansión y poder que muestra, como cualquier otra profesión, la médica, entrelazada con los preconceptos tecnológicos y la carga de ansiedades y frustraciones sociales que la población canaliza hacia equívocas demandas médicas, constituyen fuerzas básicas no tan evidentes pero mucho más estables que la motivación económica. Buena prueba de ello surge de observar lo que acontece en el servicio nacional de salud del Reino Unido el país más lejos en el camino hacia una medicina puesta fuera del mecanismo ciegamente competitivo del mercado, y asimismo, de recoger la experiencia actual de los países socialistas, donde la atención de la salud es un servicio público suministrado por empleados del Estado. Pues bien, en todos estos casos, la atención de la salud muestra también el alto grado de consumismo artificial evidenciable en los países desarrollados y en los grupos privilegiados de los subdesarrollados y, aquí también, la profesión médica cimienta su poder en el atributo de ser 'custodios exclusivos del arcano tecnológico.

III Los daños.

Apuntadas estas observaciones respecto al origen y resultado del poder médico en nuestra sociedad, revisemos seguidamente algunas otras importantes consecuencias de las concepciones dominantes en curadores y asistidos

a) La creciente accesibilidad de la atención médica a más amplios sectores de población, sumada a la expansión de una tecnología agresiva y deslumbrante, pero con frecuencia dudosamente eficaz, ha modificado sustancialmente la escala de la iatrogenia, que fue siempre uno de los precios inevitables del quehacer médico. Hoy se ha multiplicado la capacidad de hacer daño, y ésto ha sido reiteradamente señalado por numerosos integrantes de la profesión médica. Tomemos la cirugía: los ingleses más lúcidos se alarman por los altos porcentajes de operaciones injustificadas que evidencian los estudios realizados, y en el país apenas se ejecutan, en relación a su población la mitad de las intervenciones que se llevan a cabo en los Estados Unidos. Idéntica situación encontramos en el uso y abuso de una farmacopea fantástica, cuyas consecuencias enfermantes no siempre, lamentablemente, aparecen en forma inmediata y evidente. O recordemos la frecuente utilización de recursos diagnósticos que conllevan mucho más seguros riesgos para el paciente que garantías de utilidad para su atención.

b) mirados los hechos psico-sociológicamente, el recurrir al servicio médico ha pasado a ser una compulsión mágica que facilita al

hombre a un alto costo psicológico y social: la evasión de los conflictos de su vida personal y de los males del contorno societario en que se inserta. En un plano personal esto quiere decir, por ejemplo, reemplazar el Cuestionamiento de sí mismo por un psicofármaco, y en un plano colectivo sustituir la crítica a un sistema productivo deshumanizado y enfermante por la expansión de la medicina laboral o la psiquiatría, que intentan emparchar sus consecuencias.

c) finalmente, interesa destacar el hecho de que el hombre de las sociedades modernas ha delegado enteramente la responsabilidad de su salud en el aparato institucional médico, tanto más venerable para el usuario cuanto más incomprensible. Al efectuar tal delegación ha abdicado de su rol necesario como protagonista de su vida y de la de su propia comunidad, incorporando una pasividad más a las muchas que jalonan la masificación característica de los pueblos modernos. La complejidad del conocimiento actual es un mal pretexto para explicar este hecho; por el contrario, el mejor nivel educativo popular y el mayor saber disponible sobre la salud humana (que en el lenguaje simple es, en gran parte, accesible a casi todo el mundo) permitirían hoy la recuperación de un papel que los hombres hemos dejado olvidado en los vericuetos del progreso. En otras palabras, la medicina "segura", la poco o nada iatrogénica, la que tiene evidencia científica hoy incontestable encierra un cúmulo de conocimientos y procedimientos que pueden ser perfectamente patrimonio del común de los seres humanos. A lo que se agregaría un cada vez más maduro autocontrol y adaptación frente a las situaciones sin remedio, hoy frecuentemente agravadas por la búsqueda ciega de patentes tecnológicas.

Estas tres últimas consecuencias señaladas de la medicalización de la sociedad moderna constituyen el eje crítico que utiliza Ivan Illich en su demoledor análisis del fenómeno, como, parte de un abordaje más amplio que compren de distintas áreas críticas de la sociedad industrial. Es muy posible que muchas de las generalizaciones de Illich sean aventuradas, pero no lo son más que las que fundamentan nuestra infantil confianza en el acierto o inocuidad de los actuales procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Y, en todo caso, no hacen más que retomar una línea de descarnada preocupación que ha tenido exponentes previos tan lúcidos e ilustres como René Dubos en su "Espejismo de la salud" y en otros trabajos.

IV. La crisis de la medicina general

Las ideas vertidas hasta aquí nos sirven ahora para legitimar las obsesiones que si-

guen, orientadas al comentario de uno de los aspectos más críticos de la organización médica contemporánea.

La secuencia causal apuntada más arriba - deslumbramiento tecnológico, sobrevaloración de la medicina, sobrevaloración de la especialización, generación de un fuerte demanda artificial, más presiones reivindicativas de los sectores populares - ha motivado una organización médica centrada en el establecimiento hospitalario como modelo óptimo de servicio. Y éste es el ambiente propio de la mayor especialización, la tecnología más compleja y, también, de la más fuerte evidencia de deshumanización y masificación del asistido. Y aquí se expresa una grave contradicción en que se debate la medicina moderna: por un lado su conciencia de la compleja unidad bio-psico-sociológica que es la persona, así como de la necesidad de la consiguiente atención personalizada humanizada e integral que tan claramente definió Lain Entralgo; por la otra, la creciente complicación de los conocimientos y destrezas necesarios para ejercer su modalidad actual, que presiona hacia la parcelación del hombre, a lo cual se suma la tendencia automatizante generada por la masividad de las demandas emergentes de la población. Y a esta contradicción hemos respondido acentuando uno de sus términos: la vertiente especializada, la fragmentación del paciente, la despersonalización de la atención.

Concomitantemente a esta evolución, en la mayor parte de los países se viene notando una sensible disminución de los profesionales dedicados a la medicina general, médicos generalistas, de familia, de cabecera, prácticos generales, o como se prefiera denominarlos en cada ambiente. Legos e idóneos opinan en voz alta que esto es inevitable y progresivo, y que se debe a la cada vez mayor complejidad del conocimiento. Y, en voz bastante más baja, opinan también que los doctores más dinámicos y capaces buscan especializarse, y como generalistas quedan los apáticos, los poco estudiosos, o los que tienen mala suerte. Tales criterios han llevado paulatinamente a la atención, médica primaria o básica a su crisis actual, hipertrofiando peligrosamente la sofisticación médica y otorgándole generosa retribución social y económica. Esto no es casual, esto es necesariamente así en una sociedad que confunde sistemáticamente el valor de costo con el valor de necesidad, extrapolando a los servicios personales criterios provenientes del sector productivo de bienes.

Pero nos debe importar precisar si estamos frente a la agonía histórica de un campo vital de la medicina o ante un cambio sustantivo de sus funciones y ubicación social. Y digamos pronto que ésta no es cuestión secundaria, que éste es un asunto fundamental para acordar el papel social de la medicina toda, ante

la opción entre un sistema ajustado a las necesidades reales del hombre y las posibilidades vigentes de satisfacerlas, y otro modelado por una ideología de consumismo indiscriminado y embrutecedor.

Desde el punto de vista del médico, el ámbito de la atención primaria es un mundo cargado de incertidumbre, el mundo de la enfermedad que comienza, e incluso del de la que aún no ha comenzado. Abordarlo implica navegar en el mar incierto de variadas e insatisfactorias hipótesis fisiopatológicas, diagnósticas y terapéuticas, atender a la psicología íntima del enfermo, conocer los factores presentes en su medio familiar, laboral y social en general, ofrecer continuidad en la relación preventiva y terapéutica, poseer una cierta intuición que compense las limitaciones de la ciencia en uso; en fin, tener casi la paciencia y la humildad del sabio auténtico. Nuestro pobre hombre encuentra, en fin, que la variedad de los conocimientos necesarios para mantenerse en la práctica general es demasiado grande, que la certeza de los mismos es demasiado pequeña, y que la cosecha de éxitos que recoge es considerablemente magra, medida con los cartabones vigente en su medio. Corolario: le conviene derivar a una práctica más acotada, con una tecnología más precisa (pero no necesariamente más eficaz), y una imagen pública y profesional más gratificante. La población aplaude, largamente educada como está por un eficaz aparato comercial publicitario interesado en generar costosos niveles de consumo médico.

Naturalmente, este cuadro, dialécticamente, refleja y se refleja en las características de la educación médica. No tendría sentido reiterar aquí las difundidas y acertadas críticas a los excesos y carencias de la misma, en cuanto la alejan de un marco de realidad científica y social que facilite la posterior adaptación del egresado. Apuntemos solamente que el aprendizaje transita, a lo largo de sus estudios, de uno a otro superespecialista, quienes le transmiten su particular ideología y parcelada visión profesional. Y como no es cierto que la suma algebraica de estos compartimentos sea la medicina entera, al futuro médico le sigue faltando una conceptualización y una experiencia totalizadora de la persona sana o enferma y una visión crítica de su oficio, dentro de las cuales pueda insertar los eventuales desarrollos de la especialización.

Las modalidades organizativas contemporáneas han tendido a consolidar las pautas e intereses aludidos, mucho más aún en los países donde predomina una concepción competitiva y mercantil del servicio de salud. Y observemos que esto es así a pesar de las fuertes tendencias socializantes observables en todo el mundo no socialista. Pero resulta oportuno hacer notar que la tan mentada socialización,

para la mayor parte de Occidente, no pasa del establecimiento de modalidades solidarias para el financiamiento colectivo de los riesgos en salud, aspecto fundamental pero obviamente parcial del problema. Lo que no está socializado - si lo entendemos como adecuación a los intereses reales del conjunto comunitario - es el estilo de prestación de los servicios, sus prioridades, su jerarquización, su calidad, su oportunidad. Y esto resulta aún en buena medida aplicable, también, a aquellos países en que la socialización resulta ser un dogma de la religión oficial del Estado como sucede en Rusia y otras naciones socialistas.

Con la no por muy humana menos lamentable inclinación que tenemos a buscar víctimas propiciatorias para cargarlas con todas las culpas, centramos en la medicina "libre empresista" el origen de todos los vicios del sistema. Pero la difusión de las modalidades contemporáneas de financiar los servicios médicos mediante la seguridad social, o las rentas del Estado que sostienen los servicios nacionales de salud, no sólo generaliza la accesibilidad en las situaciones justificadas sino que también disminuye o suprime las limitaciones a la demanda artificial, que modera el mecanismo de mercado a través de los precios. Así, si bien es cierto que estamos generalizando los beneficios también lo es que simultáneamente multiplicamos los vicios en una escala aún mayor al difundir un servicio sin modificación de sus características estructurales.

Muchos países contemplan con preocupación el crecimiento de los costos médicos y del gasto resultante, que aproximan aceleradamente el gasto nacional en salud al 10% de su producto interno. Es un espectáculo tediosamente humano el que muchas de las harto conocidas iniquidades e irracionalidades del sistema de atención de la salud estén siendo recién hoy revisadas bajo el estímulo exclusivo de su repercusión en los costos. Pero, aún así, las medidas de control que postulan no pasan de reordenamientos administrativos, normas para evitar los abusos, y experimentos con nuevas combinaciones de personal de salud. Lo que recién ahora apunta muy tímidamente en las discusiones sobre el problema es el planteo de interrogantes de fondo, respecto a la validez real del servicio que estamos brindando.

V. El futuro

Este es el camino. Ni un regreso a los males de una edad de privilegios de clase, ni la ciega democratización de una medicina maleada. Pero no es un camino fácil. Y quisiera poder resumir sus objetivos en los pocos puntos siguientes:

1. Desacralización de la Medicina. Resulta

Indispensable una amplia discusión pública sobre sus aciertos, limitaciones y ficciones. No puede esperarse, claro, que las profesiones médicas se sumen alegremente a la misma; sería pedirles un desprendimiento inhumano. Pero ciertamente lo harán muchos de sus más lúcidos integrantes. Y, fundamentalmente, éste debe dejar de ser un tema tabú para los no iniciados. Así como muy pocos se sienten tan ignorantes como para no animarse a opinar irrespetuosamente sobre la economía de su país, sin atarse demasiado al juicio de los expertos, así también debe ser el nuestro un tema público, sometido al mismo riesgo de disparate y acierto de tantos otros; juegos que, en definitiva, modela una opinión comunitaria participante. Refiriéndose a la ciencia en general, hablando en 1969 al parlamento británico, el entonces Ministro de Tecnología, Anthony Weddwood Benn decía algo enteramente aplicable a la medicina: "Es la organización de la ciencia, su propósito su control y supervisión y sus implicaciones sociales y políticas lo que debe preocupar a todos y cuya discusión es condición inherente a todos. Si la gente es demasiado modesta para unirse al debate sobre estas cuestiones, se está entonces ausentando de participar en los problemas centrales de nuestro tiempo. Para nuestra generación, ésta es la fuente central del poder, comparable a la propiedad de la industria en el siglo XIX o de la tierra en la época feudal; y aquellos que no se interesan por el uso del poder científico están abdicando sus funciones políticas".

2. Desaceleración de la expansión del hospital como eje del sistema de atención de la salud. Debe llegarse paulatinamente a que la entrada a ese establecimiento represente el último recurso a aplicar ante un problema de salud, y sólo en situaciones en que exista evidencia convincente de que puede traer beneficio cierto. Revértir pues el proceso psicológico que lo hace hoy frecuentemente una vía de descarga de las ansiedades e incertidumbres del paciente y del médico, o una mera búsqueda de satisfacción a los intereses profesionales de este último.

3. Desarrollo concomitante de las actividades de atención primaria o básica en el seno mismo de las comunidades. Pero con una puntualización ineludible: debemos propender al cambio en la relación médico-paciente del nivel mágico-infantil en que está aún hoy planteada, a un plano de madura asociación. Quizás el psicoanálisis nos pueda servir de modelo de referencia: él pretende - independientemente de que lo logre o no - asentar la relación en términos de que el médico es una ayuda en un proceso cuya responsabilidad fundamental está en manos del paciente. La opuesta patología dependiente que con frecuencia se observa no sirve más que para destacar, por contraste, la integridad del postulado básico. Y

debemos esforzarnos en provocar similar reasunción del rol activo que en su salud compete a la persona y a los grupos que ella integra.

Y este es el sentido más legítimo que le vemos al tan buscado y publicitado incremento de la participación comunitaria en las acciones de salud; ésto es lo que podría constituir un cambio auténtico, y no un mero arbitrio de mejor administración. Porque en caso contrario mantendremos en el nivel organizacional el presupuesto paternalista que impregna la relación actual entre curador y paciente.

Inglaterra y otros países buscan hoy poner freno a la complejidad viciosa del hospital a través de una mayor preocupación en el desarrollo de la "medicina comunitaria", entendiendo por tal bastante más que las acciones estrictamente médicas, dado que su definición comprende una amplia gama de servicios sociales y educativos. Hay un germen de salud evidente en el intento, pero hay también un riesgo escondido: la eclosión de un nuevo monstruo burocrático, sobreprotector y expansivo, en el que nuevas profesiones (como ya avanzan, insurrectas frente a la medicina, la enfermería y el servicio social en ciertos países) cosifiquen nuevamente a la gente, enajenándoles la oportunidad de desarrollar un juicio y una responsabilidad propias.

China es quizás el laboratorio nacional de mayor interés contemporáneo en este campo. Su acentuada pobreza de recursos y una línea ideológica de obsesivo sentido social la llevaron a redescubrir un incomparable recurso olvidado: la gente misma. Es demasiado temprano para saber si allí han comprendido definitivamente que la activa responsabilidad popular lograda en los hechos de salud y una medicina más modesta y realista constituyen, más allá de un arbitrio adaptativo, el camino más sabio disponible en cualquier país del mundo. Sólo el tiempo y la prueba de una mayor riqueza completarán el experimento. Entretanto, y más allá de las enormes diferencias nacionales que hacen intransferible gran parte del modelo chino, queda en pie la orientación hacia una concepción de la salud como responsabilidad activa y del individuo y el grupo comunitario una reducción del profesionalismo a ultranza, y una conciencia de la íntima interdependencia de los objetivos sanitarios con los cambios generales societarios involucrados en cada proyecto político nacional.

4. Pero esta reubicación de la Medicina en el plano de la comunidad general debe corresponderse con un replanteo crítico en el estrictamente científico. Hasta hoy, el llamado progreso médico es una mezcla variada de aciertos sólidamente fundados, analogías impresionistas y generalizaciones aventuradas... Como sostiene Henderson y Meinert: "la actual falla

en la inclusión de evaluación científica como integrante del desarrollo y prueba precoces de un nuevo procedimiento, ha llevado a la introducción de una cantidad de abordajes terapéuticos que son ampliamente aceptados como "buena" práctica médica, sin ninguna evidencia firme que la fundamente".

La experiencia acumulada y la metodología disponible permiten ya, si queremos hacerlo, ampliar notablemente la prueba objetiva de nuestros conocimientos y técnicas en el área de la salud humana.

Perseguir tal objetivo significa someter sistemáticamente a investigación la validez de procedimientos diagnósticos, conductas terapéuticas, normas de funcionamiento de los servicios asistenciales, alternativas de organización utilización de profesiones y oficios para la salud, etc. Y esto se está haciendo en muchos países, pero en una escala notoriamente insuficiente o, a veces, encubriendo apenas nuestro empirismo con la túnica aparatosa de una seudociencia.

Esto requiere mucho tiempo y recursos. Pero buena parte de lo que hoy dilapidamos en costosas prestaciones será mucho mejor empleado en someter a prueba científica lo que estamos haciendo y en la búsqueda de soluciones originales y realistas a los dilemas de la salud social.

Porque el problema de muchos servicios de alta complejidad y costo, así como de los comunes abusos de la farmacopea es, sí, que el mismo dinero puesto en otras actividades podría rendir un beneficio mucho mayor a la salud colectiva, pero su peor implicancia es que además, y muy frecuentemente, sirven de poco o nada a los asistidos, o son más agresivos que la enfermedad misma.

Existe un fuerte resistencia de intereses y prejuicios a aceptar estas ideas, incluso cuando emergen de experiencia científica inobjetable, y es atributo inevitable de nuestra condición humana que así sea pero la paulatina ampliación de las pruebas de evaluación de procedimientos médicos hoy observable debe ser estimulada y difundida en amplios círculos. Para citar sólo un ejemplo, cuando Mather y colaboradores encuentran que enfermos de infarto de miocardio tratados en su domicilio no mostraban diferencia significativa en su pronóstico con otros asistidos en los archiespecializados servicios hospitalarios, deberíamos ser muchos los preocupados en analizar estos resultados: para estudiar su validez, para repensar nuestras terapéuticas, y para repensar la concepción de nuestros hospitales e incluso nuestro posible destino y el de nuestros semejantes como pacientes potenciales.

Si buena parte de nuestra costosa y compleja Medicina sólo cumple, en realidad, la función de otorgar esperanza al afligido y calma al ansioso, deberíamos tener la cordura de

buscar modalidades más racionales y humanizadas de ofrecerlas, conscientes de que tales excedentes de recursos resultarán mucho más redituables socialmente si los canalizamos hacia una investigación médica inteligente por una parte, y por la otra a remover las iniquidades e irrationalidades de nuestra sociedad, donde asienta la causalidad última de muchas enfermedades.

5. Lograr lo anterior conlleva la necesidad de transformaciones sustantivas en el papel del médico frente a la población que sirve. De herejero del brujo y el exorcista, artesano después - y hasta el presente, en gran medida, vestido hoy con las galas equivocadas de la era electrónica, deberá transformarse en algo más que el mero administrador de una tecnología desbordada. Y en ese algo más reside un hermoso desafío.

Porque, dentro de esta concepción de su futuro deseable, ya no le bastará al médico siquiera con llegar a ser "el abogado de los pobres", como quería Virchow - quien también se anticipara en el siglo pasado en clasificar a la Medicina entre las ciencias sociales -, sino principalmente el consejero y educador permanente de grupos e individuos, y el cuestionador atento de aquellos elementos de la organización social, urbana, y productiva que gravitan negativamente en la salud humana, mal encubrimientos frecuentes por la apariencia de progreso.

Sería ingenuidad pensar que un cambio de esta clase vaya a emerger del simple reconocimiento de su necesidad: las cosas no suceden así entre los hombres. Como afirman Wolfe y Badgley, refiriéndose a los médicos de familia en particular: "en la mayoría de los países occidentales, los cambios en cómo serán entrenados los médicos de familia, cómo serán pagados y cómo trabajarán, vendrán principalmente de las amplias fuerzas sociales que rehan la estructura social como un todo, más que de importantes iniciativas e innovaciones provenientes de los líderes de las profesiones de salud". Y esto, que es seguramente cierto, ubica muy claramente los cambios planteados en los puntos anteriores en el campo más amplio de las transformaciones postulables para una sociedad más racional y justa. De lo cual no debemos deducir ni la conveniencia de un quietismo expectante, ni la necesidad de un furor totalizador. Un proyecto político realista se desarrolla en la medida de la fuerza de convicción volcada en las distintas áreas sociales en que se expresa. Más tarde, en algún momento de su camino, está el poder. Pero antes y después resulta esencial para su éxito, la coherencia y claridad persistentes de sus objetivos y de los modos portulados para alcanzarlos en cada campo.

No hemos avanzado poco en el dibujo de

tal proyecto de futuro de salud. Resulta hoy claro para muchos que ninguna modificación significativa de nuestra modalidad de atención de la salud podrá lograrse fuera del camino hacia una medicina excluida de los mecanismos del mercado organizada con estrecha participación del estado, los prestadores y los usuarios, y financiada por las rentas generales del Estado, dentro de un régimen de tributación solidaria. El que esto escribe se ha sentido relevado de comentar aquí estos cambios por dos razones: porque este trabajo es parte de otro más amplio en el que se tratan también esos temas, y porque considera que tales cambios son condición necesaria pero no garantía de lo postulado en estas páginas. En otras palabras, al interés en la reforma estructural del sistema de atención de la salud vigente debemos agregarle por lo menos tres preocupaciones para conformar un proyecto cabal:

a) la atención al hecho de que los cambios más sustanciales en salud deben ser programados en áreas distintas del propio sector y que involucran además la modificación profunda de intereses, valores y preferencias muy arraigados en las ideologías imperantes en buena parte del mundo.

b) la revisión crítica de los fundamentos científicos que avalan la aplicación de buena parte de la tecnología médica contemporánea.

c) la búsqueda de transformaciones sustanciales en el papel de las profesiones de salud y en la actitud y protagonismo de la gente misma ante el hecho de la enfermedad. Sólo

así lograremos, en muchos casos, algo más que una eficiente pero ilusoria redistribución del producto de uno de los grandes mitos vigentes en la sociedad contemporánea.

Extrado de Medicina y Sociedad.

(Vol. 2 - N° 1)

MILBANK

1 - Price-Williams, 1962. Citado por Margaret Read, CULTURA, SALUD Y ENFERMEDAD. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires, 1968.

2 - Winkelstein, Warren (Jr.): Epidemiological considerations underlying the allocation of health disease care resources. PROCEEDINGS OF THE SIXTH INTERNATIONAL MEETING. International Epidemiological Association, Promosten, Yugoslavia, 1971.

3. Sigerist, Henry: HISTORIA Y SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA selecciones traducidas por Gustavo Molina, Edit. Guadalupe Ltda., Bogotá 1974.

4. Mahler, H.: Discurso publicado en CRONICA DE LA OMS, vol. 29, n° 2, febrero de 1975.

5. Illich, Ivan: MEDICAL NEMESIS, Calder & Boyns Ltd., London, 1975.

6. Citado en: Samuel Wolfe and Robin, F. Badgley: The Family Doctor. THE MILBANK MEMORIAL FUND QUARTERLY, vol. 1, Number 2, April 1972.

7. Henderson, Maureen M. and Meinert, Curtis L.: A plea for a discipline of health and medical evaluation, INTERNACIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY, vol. 4, n° 1, March 1975.

8. Mather, H. G. et al: Acute Myocardial Infarction. Home and Hospital treatment. BRITISH MEDICAL JOURNAL, 3:334-338, 1971.

Objetivo Comunicarnos

Desde el próximo número se pondrá en funcionamiento esta nueva sección de la Revista. Las intenciones quedan expresadas en su nombre. A través de ella deseamos recibir toda la correspondencia de los lectores y comenzar un fértil diálogo. No vá a faltar quien quiera a través de ella dar alguna noticia, como la de la gloriosa excursión ecuestre realizada por el Dr. Horacio Sanchez en las Ovejas.

Esperamos vuestro aporte para empezar a funcionar.

Primeras Jornadas de Medicina Rural

Dr. Rodolfo Arienti

Durante los días 7, 8 y 9 de noviembre de 1980 se llevaron a cabo las Primeras Jornadas de Medicina Rural de la provincia del Neuquén, organizadas por nuestra sociedad.

De acuerdo a lo programado, se desarrollaron los siguientes temas: Evaluación del estado nutricional de la población infantil neuquina, coordinado por el Dr. Malcolm Elder y con los Dres. Julio Arce y Alejandro Ferrari. Este tema fue el que despertó el mayor interés entre los participantes.

Alcoholismo en el área rural, con la Dra. Marta González y el Dr. Armando Calá Lesina, quienes despertaron interesantes inquietudes entre los concurrentes.

Tuberculosis en el área rural, con los Dres. Norberto Kurchan, Enrique Zabert y el Sr. Salazar, donde se reafirmaron los conceptos utilizados en el programa específico.

Evaluación del programa de Salud Rural, por el Dr. Gregorio Quirno Costa, tema éste por demás amplio y que necesita por lo tanto ser visto con mayor profundidad.

Estuvieron presentes en el acto de apertura el Sr. Ministro de Bienestar Social de la Provincia, licenciado Alberto Fernández; el Sr. Subsecretario de Salud Pública Dr. Antonio García; el intendente de Aluminé, Sr. Dn. Cantalicio Pérez, y el secretario de la comuna Dn. Juan José Zambón.

El ministro de Bienestar Social dejó oficialmente inauguradas las Jornadas, tras lo cual se trabajó intensamente durante los tres días programados, en el Salón de conferencias que posee la hostería del Automovil

Club Argentino.

Se contó con la presencia de 65 asociados que junto con acompañantes y no socios elevaron a 90 la cantidad de asistentes al evento científico.

Como invitados especiales estuvieron presentes la Dra. Plachner de Molinero, el Dr. Molinero y el Dr. Perrone, quienes participaron activamente en todos los temas y ofrecieron a guisa de broche de oro un resumen final en el que aportaron toda su experiencia humana y profesional recogida a través de largos años en Salud Pública.

También se contó con la presencia de una delegación del Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas (CONFEMECO), integrada por su presidente Dr. Julio Nardelli y el secretario de actas, Dr. Israel Krakobsky quienes junto a dos integrantes del Colegio Médico del Neuquén desarrollaron temas inherentes a ese Consejo Federal.

Se recibieron numerosas adhesiones, destacándose la nota enviada por el Sr. Gobernador de la provincia, General Trimarco, donde augura buenos éxitos para las Jornadas.

Felizmente las Jornadas se desarrollaron en un ambiente de cordialidad y camaradería, que era el deseado por los organizadores y asistentes, creando y estrechando vínculos entre los profesionales del arte de curar que trabajan en todo el ámbito provincial. Con la satisfacción del deber cumplido, será hasta la próxima Jornada.

CURSOS Y BECAS

1 - Curso de Epidemiología para Profesionales

(1º nivel: Carreras de más de 5 años)

Desde el 30-3-81

Hasta el 24-4-81

Cierre de inscripción: 20-3-81

2 - Curso de Epidemiología para Enfermeras Diplomadas y Asistentes Sociales

(2º nivel: Carreras de menos de 5 años)

Desde el 4-5-81

Hasta el 11-9-81

Cierre de inscripción: 20-4-81

Parte teórica: del 4-5 al 14-8. Capacitación por el método de Educación a Distancia.

Parte de aplicación: 7 al 11-9. En el Instituto Nacional de Epidemiología.

3 - Seminario de Actualización en Epidemiología para Egresados de la Especialidad.

Desde el 18-5-81

Hasta el 22-5-81

Cierre de inscripción:

8-5-81

4 - Curso de Epidemiología de la Tuberculosis para Profesionales.

Desde el 1-6-81

Hasta el 12-6-81

Cierre de inscripción: 20-5-81

5 - Curso de Epidemiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual para Profesionales.

Desde el 15-6-81

Hasta el 26-6-81

Cierre de inscripción: 5-6-81

6 - Curso de Epidemiología y Bacteriología General para Profesional de Laboratorio.

Desde el 3-8-81

Hasta el 28-8-81

Cierre de inscripción: 20-7-81

7 - Curso de Encuestadores de Contactos en Enfermedad de Transmisión Sexual.

Desde el 10-8-81

Hasta el 13-11-81

Cierre de inscripción:

Parte teórica: desde el 10-8-81. Capacitación por el Método de Educación a Distancia.

Parte práctica: del 9 al 13-11-81 en el Instituto Nacional de Epidemiología.

8 - Curso de Actualización en Bacteriología de la Tuberculosis.

Desde el 31-8-81

Hasta el 4-9-81

Cierre de inscripción: 14-8-81

9 - Curso sobre Infecciones Hospitalarias

Desde el 21-9-81

Hasta el 2-10-81

Cierre de inscripción: 10-9-81

10 - Curso de introducción a la Bioestadística.

Desde el 5-10-81

Hasta el 16-10-81

Cierre de inscripción: 25-9-81

11 - Curso de Bioestadística aplicada a la Epidemiología.

Desde el 19-10-81

Hasta el 30-10-81

Cierre de inscripción: 9-10-81

12 - Curso de Epidemiología de las Enfermedades no Transmisibles

Desde el 2-11-81

Hasta el 6-11-81

Cierre de inscripción: 20-10-81

CARDIOLOGIA

XVIII Congreso de Cardiología Argentina
X Congreso Sudamericano de Cardiología
del 11 al 17 de Octubre de 1981

Secretaria Azcuénaga 980 (1115) Bs. As. T.E: 83-9480

I JORNADAS LATINOAMERICANAS DE ODONTOLOGIA

Organizadas por la Escuela de Odontología de Universidad de Cuyo
26 al 30 de Mayo 1981 - Mendoza - Informes C.C. 378 (5000) Mendoza

Conceptos Básicos de Administración

Recientemente se llevo a cabo en el Hospital Bouquet Roldán un Curso de Administración Hospitalaria destinado a personal jerárquico de la Zona Sanitaria I.

Publicamos hoy la primera clase del mismo, que estuvo a cargo del Dr. Horacio Lores, Director del Hospital Bouquet Roldán.

La **Administración** (de administrare-servir), empíricamente, es casi tan antigua como el hombre mismo. Para ejemplificar alguien ha dicho que comenzó cuando tres hombres se pusieron de acuerdo para mover una piedra de gran tamaño: uno solo no tenía la fuerza suficiente para desplazarla; entonces se agregó otro que hacía fuerza pero no en el mismo sentido que el primero con lo cual la piedra seguía sin moverse. Pensaron y se dieron cuenta que debían ejercer la fuerza en la misma dirección y así lograron el resultado que esperaban. Luego se agregó un tercero que los ayudó, el movimiento se hizo más rápido y el esfuerzo de cada uno menor.

La Administración científica comienza a desarrollarse a fines del siglo pasado con los estudios de Henry Fayol en Francia y Frederick W. Taylor en U.S.A. quienes elaboraron principios considerados fundamentales y que llevaron a la Administración a la categoría de una ciencia social. Fayol, un Ingeniero en Minas, salvó de la ruina a una empresa desfalleciente por medio del estudio y aplicación de las funciones del **gobierno** de la empresa, configurando un cuerpo doctrinario conocido como "fayolismo" o "doctrina fayolista".

Taylor por su parte, que comenzó siendo un obrero metalúrgico, estudió primordialmente los **niveles operativos** buscando elevar la productividad. Puso énfasis en la división del trabajo, especialización, estudios de tiempo y movimiento, etc. Su doctrina se conoce como "taylorismo".

Hoy en día es indudable que la interacción en conjuntos humanos genera "problemas sociales", es decir que no pueden ser solucionados individualmente, requiriéndose el estudio de la Administración. Ello es más necesario aún para quienes desarrollan actividades de conducción de personas.

El Hospital es un ejemplo de una institución donde lo más importante son los seres humanos que están en permanente interacción. Por otra parte la cantidad y complejidad de los re-

ursos en constante incremento en los últimos años constituye otro factor que obliga al conocimiento de esta ciencia que permite, mediante la coordinación de los esfuerzos, conseguir resultados que individualmente no se pueden obtener.

DEFINICION

La Administración es un proceso tendiente a lograr propósitos definitivos mediante el esfuerzo cooperativo y racionalizado de un grupo de personas.

A continuación se señalan los aspectos fundamentales de esta definición:

- **Proceso:** actividades encadenadas en sucesión lógica.
- **Esfuerzo cooperativo:** personas unidas en un quehacer conjunto.
- **Racionalizado:** las acciones se llevan a cabo luego de un análisis sistemático y una selección de posibles alternativas.
- **Propósitos definidos:** aquello que se quiere lograr.

EL PROCESO ADMINISTRATIVO

Las múltiples actividades relacionadas entre sí que comprende la Administración pueden diferenciarse en las siguientes etapas cuyo conjunto configura el "proceso administrativo".

1º) PLANIFICACION

Básicamente planificar es preveer, establecer con anticipación un cúmulo de actividades que tendrán por resultado el logro de los objetivos. Implica reemplazar las decisiones intuitivas por otras fruto de un análisis profundo bien calculadas. Mediante la planificación es posible elegir las mejores alternativas que permitan llevar a cabo las determinaciones políticas con una utilización racional de recursos en plazos determinados.

Por otra parte es conveniente no considerar a la planificación solamente como una técnica, sino como una **actitud** permanente del administrador con la cual se propenderá al orden y a la racionalidad, facilitándose la toma de decisiones y aprovechando al máximo los recursos existentes en la solución de los problemas prioritarios.

2º) ORGANIZACION

Consiste en establecer la ubicación, funciones, responsabilidad y derechos que le corresponden a cada uno de los integrantes del grupo, determinar las líneas de dependencia y comunicación y dotar a la estructura de los recursos necesarios para cumplir las funciones encomendadas.

La organización debe estructurarse de manera tal que exista una adecuada comunicación e intercambio con los sistemas que le suministran los recursos y con aquellos que son receptores de sus productos o servicios.

Considerada desde el punto de vista "estructural" la organización se basa en principios bien definidos, siendo los principales los siguientes:

a) Delegaciones de funciones

Consiste en conferir **responsabilidades** a los subordinados respecto a una parte del trabajo y darles la **autoridad** necesaria para cumplir sus funciones. La delegación es un elemento básico en una buena administración. El temor a delegar y el afán de centralización excesiva son perniciosos y disociadores. Para que la delegación de funciones sea exitosa deben tenerse en cuenta algunos aspectos importantes:

- definir perfectamente la función delegada.
- entregar la correspondiente autoridad para el ejercicio del cargo.

- efectuar la delegación a una persona capacitada para las tareas encomendadas y que lo acepte de buen grado.

- dar a conocer lo delegado a todas las personas que estén involucradas de alguna manera en ello.

Por último, debe señalarse que la responsabilidad final por la función delegada sigue siendo del superior jerárquico.

b) División del trabajo

Consiste en dividir las actividades mediante un análisis que llega hasta el nivel de las tareas que cada operario debe realizar. Esta división de tareas hace que **los** operarios se conviertan en expertos en el cumplimiento de la parte que tienen asignada lo que conduce a un aumento de la **productividad**. Asociada a estos

conceptos están la **especialización** y la **eficiencia**. Esta última consiste en cumplir la tarea con el mínimo de recursos humanos, materiales y financieros.

Cuando una organización derrocha recursos es ineficiente. Si la utilización de éstos se **racionaliza** mejora la eficiencia y se producirá un aumento de la producción o bien una disminución de los recursos necesarios para mantener la producción en el mismo nivel. La racionalización es primordial para la eficiencia. Significa que el trabajo debe ser analizado y planificado para lograr más eficazmente los objetivos deseados.

c) Jerarquía

De la aplicación de los principios anteriores surge éste que consiste en la distribución escalonada de los niveles de autoridad y responsabilidad, constituyéndose una pirámide que tiene en el vértice a la máxima autoridad y en la base a los operarios que solo tienen responsabilidad para las funciones pero que no tienen autoridad por no tener sobre quien ejercería.

d) Departamentalización

Así como verticalmente se aprecia la jerarquía, en la dimensión horizontal aparece el concepto de departamentalización, que consiste en agrupar a las tareas y especialidades similares para lo cual pueden seguirse varios criterios:

- departamentalizar teniendo en cuenta el **producto de la organización**: el agrupamiento se hace conforme a los **propósitos** (por ej: un servicio de control de la tuberculosis, donde todas las personas están conectadas con las actividades necesarias para controlar dicha enfermedad)

- departamentalizar teniendo en cuenta la **clientela** (por ej: un servicio materno infantil, donde el agrupamiento se hace teniendo en cuenta la población a servir) o los **materiales** que deben ser procesados (por ej: un servicio de control de calidad de aguas.)

- departamentalizar teniendo en cuenta los **procesos** o las **disciplinas** que una organización utiliza, por ejemplo: un departamento contable, un departamento de estadística o uno de planificación.

- departamentalizar **por áreas**: por ejemplo división de zonas sanitarias.

e) Mando

El mando es la autoridad para requerir acción de los subordinados o para impedir que realicen determinados actos.

La **autoridad** es el poder legitimizado de un individuo o de un grupo sobre otros. La autoridad implica **responsabilidad**, lo que sig-

nifica que la autoridad debe ser utilizada para lograr los objetivos de la organización siguiendo las leyes y normas en vigencia.

El mando se rige por dos postulados: el de **unidad de mando** que dice que una persona es responsable solamente ante un individuo, su superior jerárquico inmediato y de éste solamente ha de recibir directivas y el de **amplitud de mando** que establece que una persona no debe tener bajo su mando más de un cierto número de subordinados, aquellos que real y efectivamente pueda supervisar. Este número varía según la naturaleza del trabajo, la lejanía o cercanía de aquellos y el grado de autodirección que puedan tener.

3º) Dirección

Consiste en orientar las actividades de la organización hacia el cumplimiento de los objetivos establecidos, para lo cual es necesario contar con la necesaria autoridad, capacidad y responsabilidad.

4º) Control.

El proceso administrativo necesita de una permanente retroalimentación para poder seguir adelante. Para ello es necesario supervisar y evaluar continuamente, es decir, juzgar las realizaciones, constatar la marcha de las actividades y efectuar las correcciones necesarias en el momento oportuno, siguiendo las normas establecidas para ello.

ORGANIGRAMA

El organigrama es la **representación gráfica** de la estructura de una organización. Se pueden confeccionar distintos tipos de organigramas pero lo importante es que el mismo permita ver claramente las líneas jerárquicas y de dependencia (plano vertical) y las líneas de agrupamiento de las unidades en departamentos, servicios, etc. (plano horizontal) ubicándose en una misma línea horizontal a las dependencias de igual jerarquía.

COMUNICACIONES

La información correcta es un elemento fundamental para la marcha de una organización. Si la información no existe, es restringida o incorrecta, surge el rumor que generalmente conduce a estados de malestar e inseguridad. El director y los otros reponsables jerárquicos deben comunicarse con los niveles inferiores siguiendo los canales predeterminados por la estructura de la organización, lo cual está vinculado con el concepto de unidad de mando (Comunicación Formal). En algunos casos la comunicación puede darse en el plano horizontal entre dependencias de igual jerarquía, cuando por la importancia de la misma no se requiera la intervención de instancias superiores. En una organización existe también la comunicación informal, que no sigue los canales antedichos, que generalmente se da "cara a cara" y cuya magnitud y características deben ser reguladas por los distintos niveles jerárquicos de la organización.

CONSEJOS ASESORES

Además del personal de línea, es decir la cadena de funcionarios que tienen poder para emitir órdenes y tomar decisiones, pueden existir grupos de asesoramiento que analizan, planifican, aconsejan, pero que no tienen autoridad para tomar decisiones y emitir órdenes sino solamente para **asesorar** a los encargados de tomar decisiones. Estos cuerpos asesores generalmente están formados por personal jerárquico seleccionado por la dirección, pero pueden estar integrados también por personas que no pertenezcan a la estructura lineal de la organización.

Los cuerpos asesores facilitan la selección de alternativas para la toma de decisiones acertadas, y dan forma orgánica a la participación de personas que colaboran en la conducción.

BIBLIOGRAFIA

-JIMENEZ CASTRO W. "Introducción al estudio de la teoría administrativa". Fondo de Cultura Económica. Mejico. 1963.

-SONIS A. Y COL. "Medicina Sanitaria y Administración de Salud". El Ateneo. Buenos Aires 1978.

- MEDINA E. Y KAEMPFER A.M. "Elementos de Salud Pública". Ed. Andrés Bello. Chile 1978

Enfermedad de Chagas

SISTEMA DE ESTUDIO POR LABORATORIO EXPERIENCIA EN DONANTES VOLUNTARIOS

La siguiente comunicación tiene por objeto dar a conocer la sistemática de trabajo para la investigación de la Enfermedad de Chagas en el laboratorio del Hospital Regional Neuquén. El plan de trabajo consta de dos partes, el estudio del enfermo agudo al cual se le realizan distintas pruebas para la identificación del parásito circulante y el paciente crónico al cual se le efectúan pruebas de tipo inmunológico.

De rutina en la **enfermedad aguda** se recurre a la investigación directa del *Trypanosoma cruzi*, estas pruebas se deben realizar no antes de los siete días y no más de los cuarenta días. Estas pruebas son 1) Gota Gruesa: impresa por Mazza, es una prueba simple que exige una buena técnica para lograr una distribución pareja de la sangre sobre el portaobjeto en capas gruesa. Una vez teñido el preparado se debe realizar un meticuloso y exhaustivo examen al microscopio con inmersión en aceite. De ser negativas se repite en los exámenes dos o tres veces con intervalos de siete días. 2) Centrifugación del suero según Strout: Se extraen cinco ml de sangre y se deja en reposo hasta su coagulación y posterior retracción del coágulo. Luego centrifugamos la muestra durante tres minutos a 2000 rpm. esto es para separar los glóbulos del suero el sobrenadante es nuevamente centrifugado durante 10 minutos a 4000 rpm. y el sedimento se observa entre cubre y porta ó se extiende en gota gruesa y se tiñe. El suero puede luego utilizarse para pruebas inmunológicas.

En la enfermedad crónica cuando ya es casi imposible observar el parásito circulante salvo haciendo el Xenodiagnóstico se realizan las pruebas inmunológicas que se llevan a la práctica pasados los 15 días de la probable infección. Las pruebas aconsejadas como rutina son 1) Aglutinación Rápida: el antígeno es una suspensión de partículas a las que se han observado fracciones de *T. cruzi*, además utiliza un absorbente que es una solución antigénica que permite neutralizar la mayoría de las aglutininas naturales presentes en los sueros humanos frescos. Frente a un suero positivo flocula entre los 30 minutos y las cinco horas. la velocidad de floclulación depende de la reactividad del suero en estudio. Esta es la prueba de elección para realizar screening y de resultar positiva se pasa a la Aglutinación Directa. Son raros los resultados falsos positivos como falsos negativos, varía entre el 1 y el 2% con respecto a la Aglutinación directa. 2) Aglutina-

ción Directa: esta prueba inmunológica utiliza con antígeno epimastigotes de *T. cruzi* tratados enzimáticamente, permitiendo diferenciar serológicamente individuos infectados de otros que no lo están. González, Cappa y col. demostraron que, en el período inicial de la infección las macroglobulinas eran las responsables de la mayor parte del título aglutinante mientras que en el período crónico eran las inmunoglobulinas de bajo peso molecular las que tenían principalmente función de aglutininas. En razón que las IGM pierden su actividad al ser tratadas con un agente reductor como el 2-Mercapto-Etanol resulta posible verificar si un individuo está padeciendo un proceso agudo pues el alto título de aglutininas caería bruscamente, caso contrario en una infección crónica no se modifica el título por la acción del mismo agente reductor. Es de suma importancia en la infección congénita, pues cuando un feto se infecta solamente produce IgM y como esta macroglobulina no atraviesa la placenta, todo anticuerpo sensible al 2-Mercapto-Etanol necesariamente debe provenir del feto ó el Recién Nacido.

Si un niño presenta altos títulos de aglutininas estas pueden ser IgG de la madre ó IgM propias. Si el título del suero cae por el tratamiento del mismo con 2-Mercapto-Etanol es porque se tratan de IgM y como ellas son propias del niño se presume que padece una infección aguda congénita o perinatal. La base de la técnica consiste en utilizar el sistema de microreacciones pudiendo realizarse la lectura a las tres horas de iniciada la prueba. 3) Hemoaglutinación: Es una técnica de mayor sensibilidad que las descritas anteriormente. Utiliza como soporte Glóbulos Rojos tratados con ácido tánico (tanados) y luego sensibilizados con antígeno soluble del *T. cruzi*, ante la presencia de Anticuerpos se produce una aglutinación de los Glóbulos Rojos. Es una técnica que se debe ejecutar con máximo cuidado, por lo tanto no es aconsejable como rutina, debiendo sumarse a esto el elevado costo. Se reserva como prueba confirmatoria de las dos anteriores de no disponerse de Inmunofluorescencia. 4) Inmunofluorescencia: se preparan portaobjetos en los cuales se extiende formas flageladas de *T. cruzi* y luego se incuban con el suero del paciente chagásico. Los anticuerpos de la gammaglobulina humana se fijan sobre los *Trypanosomas* y si luego el extendido es tratado con una anti-gammaglobulina humana marcada

con un colorante fluorescente. el conjunto anticuerpo marcada, se fija sobre el complejo anticuerpos séricos-tripanosomas y observando al microscopio de fluorescencia adquieren una coloración verde fluorescente. Las reacciones negativas no muestran fluorescencia de los tripanosomas, sino un color difuso proveniente de un colorante de contraste. La realización de esta prueba requiere un equipo especial que el microscopio de fluorescencia y un gran despliegue de material y personal. Es la prueba más sensible de todas las existentes para la enfermedad de Chagas. en la actualidad se realiza en el Laboratorio del Hospital Neuquén.

CONCLUSIONES

Nuestras experiencias es tanto con donadores voluntarios del Banco de sangre de nuestro Hospital como así también con pacientes ambulatorios de Consultorios Externos, Centros Periféricos, Escuelas y Reconocimientos Médicos de ingreso a la Administración Pública. Nos remitiremos solamente a los donadores de sangre, habiéndose procesado 2067 muestras entre el 11-2-80 y el 17-11-80, tuvimos 116 sueros positivos utilizando los métodos de Aglutinación, utilizando partículas de látex y el de Aglutinación Directa.

De lo antes expuesto se deduce que la positividad en donantes de sangre es del 5,6%. A su vez de los sueros positivos se enviaron al Instituto Nacional de Chagas Córdoba 53 siendo confirmados por el Test de Inmunofluores-

cencia 50 de ellos los que nos permite decir que en nuestro Servicio la concordancia entre el TIF y la prueba de Aglutinación Directa es del 94,3%. En estos momentos se está realizando en lugar del Test del Látex el de Aglutinación rápida que presenta las ventajas antes descriptas y además a todos los positivos por los dos métodos anteriores se le realiza el TIF. De acuerdo a lo expuesto consideramos y en esto existe plena concordancia con el Instituto Nacional de Chagas Córdoba que trabajando con pacientes no agudos la sistemática de estudio es realizar un screening con el Test de Aglutinación Rápida y a todos los positivos para esta prueba se le debe realizar la Reacción de Aglutinación Directa y en caso de obtener un título mayor o igual a 1-64 se le debe practicar el Test de Inmunofluorescencia pues no se puede asegurar que un paciente es serológicamente positivo sin por lo menos haberle realizado tres Test de sensibilidad creciente para la investigación de la Enfermedad de Chagas. Una vez rotulado al paciente como serológicamente positivo se debe consultar al Cardiólogo para determinar si es portador de una cardiopatía chagásica o no y a su vez un Clínico debe descartar si existe o no tocamiento del aparato digestivo. De no presentar ninguna sintomatología clínica ni cardiológica se debería repetir los estudios una vez cada seis meses o una vez por año al menos.

SUMARIO: Esta comunicación tiene por objeto dar a conocer la sistemática de trabajo en la investigación de la Enfermedad de Chagas en el laboratorio del Hospital Regional Neuquén.

Se dividen los pacientes de acuerdo a la clínica en agudos y crónicos. A los agudos se le debe realizar respetando perfectamente los tiempos para las tomas de muestra, las pruebas de Gota Gruesa y Strout. A los paciente presuntamente crónicos se les deben realizar las pruebas para demostrar la presencia de Anticuerpos es decir la Aglutinación Rápida, la Aglutinación Directa y el TIF en caso de disponerse de lo contrario a la Hémaglutinación.

BIBLIOGRAFIA

- Yanovsky Storni 1973
Vattuno Yanovsky 1076
Vattuno - Pesce 1982
Alvarez - Cerisola 1969

AUTORES

Dr. Néstor A. Pero
Dr. Daniel E. Echeberria
Lic. Graciela B. de Abelli

HOSPITAL NEUQUEN

La Salud a través de la Seguridad Social

El hombre, se encuentra sujeto a ciertas circunstancias que indefectiblemente acontecen durante su vida terrenal.

Esas situaciones, han sido designadas por la mayoría de los autores como "contingencias sociales" lo cual significa la posibilidad de que una cosa suceda o no en el desarrollo de la convivencia humana.

Ahora bien, esas contingencias han sido clasificadas de distinta manera, siendo la más aceptada la propuesta por el profesor Aznar que las agrupa en: a) biológicas; b) patológicas y c) económico - sociales.

La protección del hombre con relación a dichas contingencias, constituye el objetivo de la seguridad social, la cual se desarrolla en función de principios generales tales como la solidaridad social, subsidiariedad y universalidad.

Lógicamente, para brindar la cobertura asistencial, la seguridad social se vale de instrumentos de distinta naturaleza. Existen dos grandes ramas en lo que se refiere al sistema de financiación de estos instrumentos: contributivos o no contributivos ó previsión y asistencia.

La distinción entre ambos se funda en que los recursos de los contributivos son aportados por los destinatarios de la cobertura (previsión), mientras que en el grupo de los asistenciales (no contributivos) el aporte se efectúa con recursos del Estado.

Dentro del sistema contributivo, se encuentran las Obras Sociales que conforman un verdadero seguro de salud para la población cubierta.

En el ámbito rural, dicha protección se encuentra a cargo del Instituto de Servicios Sociales Para las Actividades Rura-

les y Afines (ISSARA) creado en el año 1971, mediante el decreto Ley 19316, quien tiene por "objeto principal la protección de la salud de la población rural" actuando como ente financiador de prestaciones médico asistenciales (artículo 2º Dto. Ley 19316)

Especificidad del Medio Rural

La doctrina nacional y extranjera coinciden en el sentido de reconocer que las particularidades del medio rural y las características laborales derivadas de las actividades agropecuarias, exigen dar a esta área un tratamiento especial tendiente a adecuar los procedimientos y técnicas de que sirve la seguridad social.

Los sistemas previsionales vigentes en nuestro país y entre ellos el de las obras sociales se han estructurado sobre la base del trabajador que se desempeña en relación de dependencia, es decir que el beneficiario de los programas de seguridad social es la persona vinculada por una relación de trabajo, la cual por tradición legislativa y de política social tiene vocación de permanencia.

Esta modalidad tiene tanta importancia que llega a constituirse frecuentemente en nota tipificante del contrato de trabajo a tal punto que su ausencia califica otras formas sujetas a una reglamentación distinta (trabajo a plazo, de temporada, eventual), por lo tanto esa permanencia ha sido tenida en cuenta por los programas de seguridad social contributivos para condicionar en el régimen jubilatorio o el mínimo de días trabajados o la antigüedad en el servicio para el de asignaciones familiares y el de obras sociales

Ese lapso mínimo de trabajo, actúa

como un período de espera que condiciona el acceso a las prestaciones a fin de garantizar la efectividad del sistema financiero.

Empero, la actividad rural depende de ciclos impuestos por la naturaleza que actúan como determinantes de la contratación del personal y se traduce en discontinuidad del vínculo laboral y de la prestación de servicios.

Asimismo, una actividad rural poco tecnificada y mecanizada, requiere contar con mano de obra disponible capaz de satisfacer la demanda estacional del ciclo agrícola, esta circunstancia se resuelve a través de movimientos migratorios internos.

La necesidad de desplazamiento del trabajador rural por períodos relativamente prolongados ha obligado en algunos casos a hacerlo con su familia, no solo por una suerte de nomadismo ancestral sino principalmente por la ayuda económica que significa el trabajo de la mujer y los hijos, fundamentalmente en la cosecha (uva, algodón, etc.).

En otros casos el desplazamiento del trabajador se efectúa en forma individual permaneciendo el grupo familiar en el lugar de residencia habitual.

Estos movimientos condicionan la estructura administrativa y de servicios de la Obra Social, ya que en caso de ser meramente regional y no a nivel nacional no sería eficaz para brindar cobertura en cualquier punto del país, máxime si tenemos presente que se pueden dar la cobertura del trabajador y su grupo familiar en puntos distintos del territorio.

ESTRUCTURA

Para hacer frente a estos requerimientos, el ISSARA adecuó su estructura para ser eficiente y eficaz y poder así brindar cobertura en cualquier punto del país, allí donde está el trabajador agrario ó cualquier integrante de la comunidad rural.

Para ello se crearon 8 Gerencias Regionales y 22 Delegaciones provinciales, con esta descentralización operativa se

puede cubrir el amplio universo de trabajadores rurales juntamente con su grupo familiar.

La descentralización operativa trae aparejado, para ser eficaz, la autarquía financiera, es decir que cada una de las 8 Gerencias Regionales recauda directamente los aportes y contribuciones y por ende puede cancelar por sí misma las obligaciones con los prestadores. Esto permite no tener que recurrir a una centralización que normalmente implica demoras en los pagos y falta de comunicación entre la Obra Social y los prestadores.

Complemento idóneo de este sistema son las innumerables bocas de expendio diseminadas en todo el territorio nacional, que permiten a los beneficiarios obtener ódenes de prestación en cualquier punto del país.

También y como fruto de esta descentralización a nivel nacional, es perfectamente viable el traslado de un beneficiario de cualquier punto del interior hacia un centro de mayor complejidad, estando a cargo de las Delegaciones provinciales y Gerencias Regionales la tramitación respectiva.

La contratación de servicios se efectúa a través de convenios con los nucleamientos de prestadores que existen a nivel nacional, regional y local, de manera tal de asegurar la cobertura asistencia en todo el país, y bajo el principio de libre elección del profesional y establecimiento de su conveniencia. Las prestaciones que se brindan al beneficiario son complejas y completas ya que cubren todo el espectro existente incluidas en las de alta complejidad, haciendo realidad la tendencia de integridad en las prestaciones, ya que se abarcan las medidas preventivas, curativas y de recuperación y rehabilitación.

La cobertura que establece el sistema del ISSARA es total, no registrándose co-seguro a cargo del afiliado.

Finalmente es necesario destacar, la simpleza administrativa que permite al

beneficiario obtener la prestación con la sola presentación del recibo de sueldo o copia de la planilla de personal en cualquier punto del país.

FINANCIACION

La Ley 19316 sustituyó la obligación del empleador a abonar las prestaciones médico-farmacéuticas, por las de agente de retención de los aportes del trabajador y contribución patronal.

Es decir que este seguro de salud se financia con el aporte del trabajador (3%) y la contribución del empleador (4,5%) constituyendo de esta forma un sistema financiero llamado genéricamente de reparto.

La adopción de este sistema se debe a la periodicidad de los compromisos económicos, ya que las prestaciones son continuas y los pagos mensuales por ello la recaudación debe ser mes a mes.

Para ello todo productor rural debe inscribirse en los registros del ISSARA y luego en caso de contratar mano de obra efectuar los depósitos correspondientes. Es evidente que la bondad de este sistema, depende fundamentalmente del control y por ende de la falta de evasión. Pero independientemente de esa relación control-evasión, existe una variable de relevancia que es la política social, es decir lo que el estado aspira a realizar en esta materia. La recaudación, resulta insuficiente por cuanto la remuneración del trabajador rural es relativamente baja si la comparamos con las demás escalas salariales; asimismo los costos de las prestaciones aumentan día a día, la aparición de la tecnología ha sido factor decisivo en el incremento, y cada vez la brecha entre el ingreso y egreso es mayor.

Si a esta situación la proyectamos sobre el devenir y tenemos en cuenta el incremento de la tecnología en el agro, lo cual naturalmente reduce a mano de obra y por ende los ingresos del sistema, debemos evaluar la transformación de la fuente de financiación sin que esto implique una reticencia a la tecnificación, muy por el contrario, no debemos perder la

mira de la política social y de la seguridad social.

Este sistema del ISSARA, se basa en la subsidiariedad ya que el Estado a través de un cuerpo intermedio planificó la protección de la salud rural. No obstante, es oportuno tener presente y analizar la función del Estado frente a la seguridad social, máxime si tenemos en cuenta que ésta es un derecho fundamental de la persona humana y que esta tiene un destino trascendente en la creación. Todo lo expuesto nos lleva a coincidir con el pensamiento del Doctor Rubén O. Grego, en el sentido de que al "Estado corresponde la satisfacción objetiva de la seguridad social, a través de los organismos que a tal efecto instituya, sin que ello lo libere de su responsabilidad solidaria.

UNIVERSO DE BENEFICIARIOS

Ya dijimos, que la relación laboral en el agro contenía notas típicas, que la diferenciaban en forma notable del resto de las tareas (comerciales, industriales, etc). Esto ha sido una razón de peso para el legislador, al sancionar la ley 22248 (10-7-80), creando un régimen especial al cual no se le aplica el régimen de contrato de Trabajo.

El universo de cobertura del ISSARA, en lo que respecta a beneficiarios, se rige por lo establecido en los artículos 2 y 3 de la Ley 22248.

La citada norma estableció en principio el criterio ecológico o geográfico para diferenciar lo que es un contrato agrario, pero en forma subsidiaria adoptó el criterio profesional de la naturaleza del trabajo. De esta forma la cobertura se extiende a todo el personal "vinculado principal o accesoriamente con la actividad agraria", tales, como la agrícola, pecuaria, forestal, avícola o apícola, el empaque de frutos o productos, almacenamiento de cereales, salvo que se realicen en establecimientos industriales es decir donde haya una transformación sustancial de la materia prima.

De manera tal que los beneficiarios del sistema quedan comprendidos en di-

cha enunciación, teniendo en cuenta que abarca tanto a permanentes como a transitorios juntamente con sus grupos familiares.

Para gozar de los beneficios, los trabajadores deben ser declarados en la planilla mensual que el empleador presenta en la boca de expendio de su zona, juntamente con la boleta de depósito de aportes y contribuciones.

Esta metodología simplista, es la que permite adecuarse al dinamismo de la estructura laboral agraria del país caracterizada por movimientos migratorios internos.

CONCLUSION:

De lo expuesto surgen claramente las características distintivas del seguro de salud que brinda el ISSARA.

- 1) Competencia en todo el territorio nacional.
- 2) Descentralización administrativa y fi-

nanciera a través de las Gerencias Regionales y Delegaciones Provinciales.

3) Cobertura a beneficiarios transitorios y permanentes con sus respectivos grupos familiares.

4) Sistema ágil y eficaz de registración de beneficiarios para acreditar el derecho a las prestaciones.

5) Estructura operativa dinámica a través de la pluralidad de entes gestores como lo son las bocas de expendio.

6) Sistema de registración de productores en continua actualización.

7) Contratación de servicios asistenciales a través de nucleamiento de prestadores que cubren amplias zonas geográficas.

Estás serían en apretada síntesis, las notas típicas del sistema, que si bien no es perfecto si es perfectible, pero que evidentemente dá cumplimiento a principios y tendencias de la seguridad social.

DR. JULIO A. MILEO.

Gerente Regional de ISSARA Nqn.

ISSARA

INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA LAS
ACTIVIDADES RURALES Y AFINES

ley 19.310 - Inscripción Nº 5-0550 I.N.O.S.

GERENCIA REGIONAL COMAHUE

Leguizamón 222 - TEL. 2142

C.C. 358 - 8300 Neuquén

SEÑOR PRESTADOR:

ISSARA comunica que a partir del 28-2-81 efectuará la contratación directa de los servicios asistenciales en la provincia del Neuquén.

La facturación de prestaciones efectuadas con posterioridad a la fecha citada, deberá remitirse a Leguizamón 222, Neuquén.

TALON DE SUSCRIPCION

SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL
Entre Rios 376 "A" (8300) Neuquén

Neuquén

Deseo suscribirme a la Revista **MR** durante el año 1981.

NOMBRE.....

DIRECCION.....

PROFESION.....

CARGO ACTUAL.....

A LOS EFECTOS DE INFORMAR SOBRE LO ESTIPULADO EN LOS ESTATUTOS QUE RIGEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL DEL NEUQUEN EN LOS ARTICULOS 6º, 7º, 8º, 9º y 10 SE TRANSCRIBEN LOS MISMOS A CONTINUACION

ARTICULO 6: Serán miembros titulares todos aquellos profesionales de las ciencias de la salud que se desempeñen o hayan desempeñado en medio rural, en hospital rural o se estén capacitando para ello, ejerciendo su actividad en la provincia del Neuquén. Para su ingreso a la Sociedad solo se requerirá firmar la solicitud de ingreso.

ARTICULO 7: Son obligaciones de los socios titulares:

a) Aceptar, respetar y cumplir estos estatutos, reglamentos y resoluciones de la Asamblea y de la Comisión Directiva.

b) Aceptar los cargos para los que fuera electo, salvo causa legítima que no se lo permita.

c) Abonar puntualmente la cuota social que semestralmente fije la Comisión Directiva. El socio que se atrase en tres cuotas será notificado por carta certificada por la Comisión Directiva. Si al cabo de 45 días no se regulariza la situación la Comisión Directiva declarará la cesantía del socio moroso.

d) Comunicar todo cambio de domicilio dentro de los 30 días de producido.

ARTICULO 8: Son derechos de los socios titulares:

a) Hacer uso de las instalaciones de la Sociedad y concurrir a todos los actos que la misma realice.

b) Hacer uso de la biblioteca de acuerdo a los reglamentos respectivos.

c) Participar con voz y voto en las Asambleas desde su incorporación.

d) Ser electo para la Comisión Directiva, Comisión Revisora de Cuentas y aquellos otros organismos que las Asambleas o Comisión Directiva dispongan.

e) Hacer uso del derecho de retiro, presentando su renuncia.

ARTICULO 9: Serán socios adherentes todos aquellos profesionales de las ciencias de la salud que no cumplan los requisitos especificados en el artículo 6º. Su número será limitado y su ingreso quedará a consideración de la Comisión Directiva sin obligación de manifestar las causas de aprobación, o denegación de la solicitud. Son sus obligaciones las especificadas en el artículo 7º, incisos a), c) y d). Son sus derechos los especificados en el artículo 8º, incisos a), b) y e). Podrán participar con voz en la Asamblea.

ARTICULO 10: Serán socios honorarios aquellos que por sus reconocidos méritos y capacidad se distinguen en el campo científico. Esta categoría importa una distinción que será otorgada por la Comisión Directiva, ad-referendum de la Asamblea. Sus obligaciones serán las especificadas en el artículo 7º, incisos a) y d). Sus derechos serán los mismos de los socios adherentes.

TALON DE ASOCIACION

SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL
Entre Rios 376 "A" (8300) Neuquén

NEUQUEN

Deseo asociarme a las Sociedad de Medicina Rural
por lo que envió Cheque-giro N°.....

.....c-Banco.....

a la orden de Sociedad de Medicina Rural, por la suma de \$ 10.000.-
correspondiente al mes de.....

NOMBRE.....

DIRECCION.....

PROFESION.....

CARGO ACTUAL.....

De las Obras completas de Almafuerite hemos tomado de sus Siete
Sonetos Medicinales este titulado: **AVANTI !!!**

*Si te postran diez veces, te levantas
Otras diez, otras cien, otras quinientas...
No han de ser tus caídas tan violentas
Ni tan poco por ley han de ser tantas.*

*Con el hambre genial con que las plantas
Asimilan el humus avarientas,
Deglutiendo el rencor de las afrentas
Se formaron los Santos y las Santas.*

*Obsesión casi asnal, para ser fuerte,
Nada más necesita la criatura
Y en cualquier infeliz se me figura
Que se rompen las garras de la Suerte...*

*¡ Todos los incurables tienen cura
Cinco segundos antes de la muerte!*

ALMAFUERTE: Fué el seudónimo usado por Pedro Bonifacio Palacios.

(1854 - 1917)

NEUQUEN

Realidad de Futuro



SEMAFOROS... PAVIMENTO... PUENTES
VEHICULARES... FORESTACION...
SON REALIDADES DEL NEUQUEN DE HOY

LA MUNICIPALIDAD CAPITALINA SE
BRINDA EN OBRAS Y SERVICIOS



Sortea todos los Sábados

\$ 510.000.000.-

LOTERIA La NEUQUINA

**LOTERIA LA NEUQUINA
SE JUEGA POR UD.
JUEGUESE POR LA "NEUQUINA"**

**DEVUELVE EN OBRAS, A GENTE
QUE COMO UD. SE JUEGA!!!**