28595

BUENOS AIRES, Abril 13 de 1983.-

EXPEDIENTE Nº
Agregado Nº
18 ABR 1983
83330 FECHA

Señor
Secretario General del
Consejo Federal de Inversiones
Cnel. (RE) Dn. CARLOS BENITO PAJARIÑO
S. / D.-

De mi mayor consideración:

Por la presente tengo el agrado de dirigirme a usted con el objeto de elevar para su consideración, conforme a lo estipulado en el contrato oportunamente suscripto, el trabajo "Pautas de Carrera Médica en la Provincia del Chaco", cuya elaboración me fuera encomendada por ese Consejo.-

Con tal motivo, hago propicia la circunstancia para saludar a usted con mi consideración más distinguida.-

Dr. RODOLFO M. MONTERO

CATALOGADO

U.123
G.210

O
M.411
M 26
I

EXPEDIENTE N° 490

PROVINCIA DEL CHACO

"ORGANIZACION DE LA PRESTACION MEDICA EN EL AREA DEL GRAN RESISTENCIA"

EXPERTO: Dr. Rodolfo Marcial Montero

INFORME FINAL

EL PROBLEMA PLANTEADO

El trabajo encomendado por ese Consejo Federal de Inversiones -formular pautas para una carrera médica y de organización de los recursos humanos que permitan una adecuada atención ambulatoria, en el área del Gran Resistencia- responde al requerimiento formulado por las autoridades de salud de la Provincia -- respecto de dos problemas en la implementación de políticas de salud que estiman prioritarios:

1.- La necesidad de incrementar en calidad y cantidad los servicios de los centros de salud, principalmente en el área de pediatría y salud materno-infantil, y la forma de organización, a ese efecto, de los recursos humanos profesionales que se desempeñan en esos centros y en los dos hospitales que tienen el estado provincial en la zona.-

En vistas a un adecuado seguimiento y atención de los niños pertenecientes a familias vulnerables y desprotegidas, proponen:

-. En el hospital Julio C. Perrando:
- Atención del recién nacido en el momento del parto.
- Ubicación social del grupo familiar.
- Ubicación geográfica de la vivienda en el área Gran Capital.

-. En la periferia:
- Asistencia médica y alimentaria de la familia vulnerable.
- Promoción y prevención de la salud a través de programas de inmunizaciones y de educación.
- Saneamiento ambiental básico para las familias vulnerables.
- Educación sanitaria de la comunidad.
- Capacitación del personal.

A fin de instrumentar estas acciones creen necesario:

a) Coordinar e integrar los dos hospitales cabeceras con los centros periféricos de asistencia médica y,
b) Aumentar las horas médicas disponibles en estos centros.

Para ello, a partir de un diagnóstico que atribuye, en parte, la situación de deterioro o estancamiento de los indicadores de salud en las zonas periféricas, a una concentración de los recursos humanos y la consulta externa en los hospitales cabeceras, estiman necesario cerrar o disminuir la consulta externa en el hospital pediátrico y trasladar las horas médicas a los centros periféricos a la atención del recién nacido en la maternidad del hospital Perrando.-

Es ante los problemas surgidos con el personal profesional ante este nuevo ordenamiento y un vacío de legislación que ordene su desempeño, que se plantea la necesidad de una carrera médica que cree condiciones gratificantes para los profesionales y sirva a los objetivos propuestos.-

2.- La construcción por el Instituto Provincial de la Vivienda de más de 5.000 viviendas, que albergan a cerca de 30.000 personas ha creado verdaderas ciudades periféricas con particulares requerimientos de salud. Para satisfacerlos, pero sin definición previa sobre su organización, se han edificado instalaciones consistentes en consultorios médicos, odontológicos, enfermería y farmacia.-

Se plantea ahora el destino de esas instalaciones, su posible organización y su dotación de recursos profesionales.-

Al respecto se han formulado diversas alternativas que contemplan desde la posibilidad de su transformación en centros de salud estructurados de manera similar a los existentes, a la delegación de su organización en las propias comunidades que se han constituído con motivo de estas urbanizaciones.-

Por tratarse a nuestro juicio de un problema inédito dedicaremos a ellos un tratamiento particular en un anexo al final de este trabajo.-

DIAGNOSTICO DE SITUACION

Para dar satisfacción a los requerimientos formulados, es preciso contar con un diagnóstico de situación que permita evaluar las políticas propuestas por la autoridad sanitaria, las condiciones y factibilidad de su realización, así como también realizar un análisis de otras alternativas y la -- fundamentación de las propuestas a realizar.-

Tal fue el objeto del trabajo en terreno concretado en el trans-- curso de cinco visitas a la provincia.-

Durante ellas se mantuvieron entrevistas con el Ministro de Salud Pública, Dr. Rolando Tauguinas, el Secretario de Salud Pública Area Gran Resistencia, Dr.Damian Samudio, y los Directores de los hospitales Perrando, Pediátrico y de los Centros de Salud, así como también con jefes de servicios, médicos de plantel y Directores de Estadística y Personal del Ministerio.-

Con el fin de poder realizar una apreciación in situ y recoger información directa, se visitaron los centros de salud periféricos representativos, a juicio de las autoridades, de las diversas categorías de ellos, los -- hospitales Perrando y Pediátrico y las urbanizaciones del Instituto Provin--- cial de la Vivienda.-

Así mismo se entrevistó a las autoridades y miembros de los consejos directivos de la Federación Médica y del Colegio Médico de Resistencia.-

Con los datos recogidos creemos conveniente intentar formular un diagnóstico de situación ordenado en las siguientes áreas:

1. Consideraciones demográficas y sociales del área Gran Resistencia.
2. El Sector Público:
   2.1. Algunas consideraciones sobre infraestructura, organización y políticas.
   2.2. Ordenamiento del ejercicio profesional, régimen de trabajo y análisis por efector.
3. La Seguridad Social en la Atención Médica:
   3.1. Modalidades de organización y desempeño profesional.
   3.2. Sus relaciones con el Sector Público.

CONSIDERACIONES DEMOGRAFICAS Y SOCIALES Y LOS PROBLEMAS DE ATENCION MEDICA

La provincia del Chaco, comenzada a poblar a fines del siglo, creció en su población, de 10.000 habitantes en 1895, a 430.000 en 1947 al influjo del desarrollo inducido primero por la industria del tanino y luego por la espectacular expansión del cultivo del algodón.-

Esta economía, fundada principalmente en el monocultivo, determinó con la crisis algodonera de los años 50 un verdadero proceso de "expulsión" poblacional estimado para esa década en 80.000 personas y en 130.000 para la siguiente, estimándose en 1970 que el 36% de los chaqueños vivían fuera de la provincia, y que la tasa de crecimiento había disminuido del 55 por mil habitantes entre los años 1934 y 1947, al 18 por mil entre 1947 y 1960 y al 3 por mil entre 1960 y 1970.-

Entre 1970 y 1980 se opera una reacción en el crecimiento poblacional que hace pasar el número de habitantes de 560.000 en 1970 a 701.000 en 1980, con una tasa de crecimiento del 23 por mil.-

Este aumento poblacional no puede atribuirse a un nuevo estímulo en el desarrollo económico, dada la evidente crisis de las economías regionales, sino a la suspensión de la migración a las áreas clásicas de absorción (Gran Buenos Aires, etc.) por estancamiento global de la economía nacional.-

Esta afirmación parece corroborarse si se observan dos hechos:

1.- El aumento poblacional de esa década está determinado por el crecimiento vegetativo y por el retorno de chaqueños que habitan otras provincias, como lo prueba su porcentaje en la población total que pasa del 56% en 1947 al 75% en 1970 y al 81% en 1980.-

2.- La migración que antes se producía hacia otras provincias se produce ahora desde el interior hacia el área del Gran Resistencia cuya población pasa de 142.848 habitantes en 1970 a 218.438 en 1980 con un crecimiento del 53%

A los efectos de este trabajo, importa señalar este crecimiento demográfico expansivo de la última década en el área del Gran Resistencia, porque al no haberse acompañado de un paralelo crecimiento económico, creó eviden

tes condiciones de marginalidad con sus implicancias habitacionales, de infraestructura y saneamiento.-

Al respecto una encuesta de salud realizada por el Ministerio de Salud de la Provincia en 1981 confirma la existencia y la extensión de esta marginalidad.-

De un total de 153.075 personas, 34.897 viviendas y 36.502 familias censadas, se obtienen los siguientes datos:

Area del Gran Resistencia:

- Total viviendas censadas	:	34.897	
- Total familias	:	36.502	
- Población			
- Total habitantes	:	153.075	100.0 %
- Total - 1 año	:	5.069	3.3 %
- Total 1 a 5 años	:	23.344	15.3 %
- Total 6 a 14 años	:	30.629	20.0 %
- Mujeres 15 a 49 años	:	39.414	25.7 %
- Resto habitantes	:	54.619	35.7 %
- Embarazadas detectadas	:	1.765	
- Viviendas			
- Total censadas	:	34.897	100.0 %
- Tipo 0 y 1	:	10.298	29.5 %
- Tipo 2 y 3	:	24.599	70.5 %
- Saneamiento			
- Viviendas con red de agua instalada	:	20.921	60.0 %
- Viviendas con excreta c/arrastre hidráulico	:	14.441	41.4 %
- Viviendas con recolec.municip.de residuos	:	21.539	61.7 %
- Viviendas con instalación eléctrica	:	27.297	78.0 %
- Obra Social			
- Familias con cobertura Obra Social	:	19.782	54.2 %
- Familias sin cobertura Obra Social	:	16.720	45.8 %

Indicadores Viviendas "0" y "1"

- Total Familias	:	10.762	29.2 %
- Total habitantes	:	47.104	30.8 %
- Saneamiento			
- Viviendas con red agua instalada	:	1.992	19.3 %
- Viviendas con excreta c/arrastre hidráulico	:	362	3.5 %
- Viviendas con recolec.municipal residuos	:	2.368	23.0 %
- Viviendas con instalación eléctrica	:	4.249	41.3 %
- Obra Social			
- Familias con cobertura	:	2.991	28.0 %
- Familias sin cobertura	:	7.681	72.0 %

Las cifras son lo suficientemente elocuentes y muestran que 10.637 familias formadas por 47.104 habitantes viven en francas condiciones de marginalidad, con escasa cobertura de seguridad social para la atención de la enfermedad y en precarias condiciones de saneamiento.-

La situación plantea un serio problema porque razones culturales, educativas, económicas y geográficas, crean barreras de accesibilidad a la atención médica que se expresan en bolsones con alta tasa de mortalidad infantil, desnutrición e importante incidencia de enfermedades infectocontagiosas.-

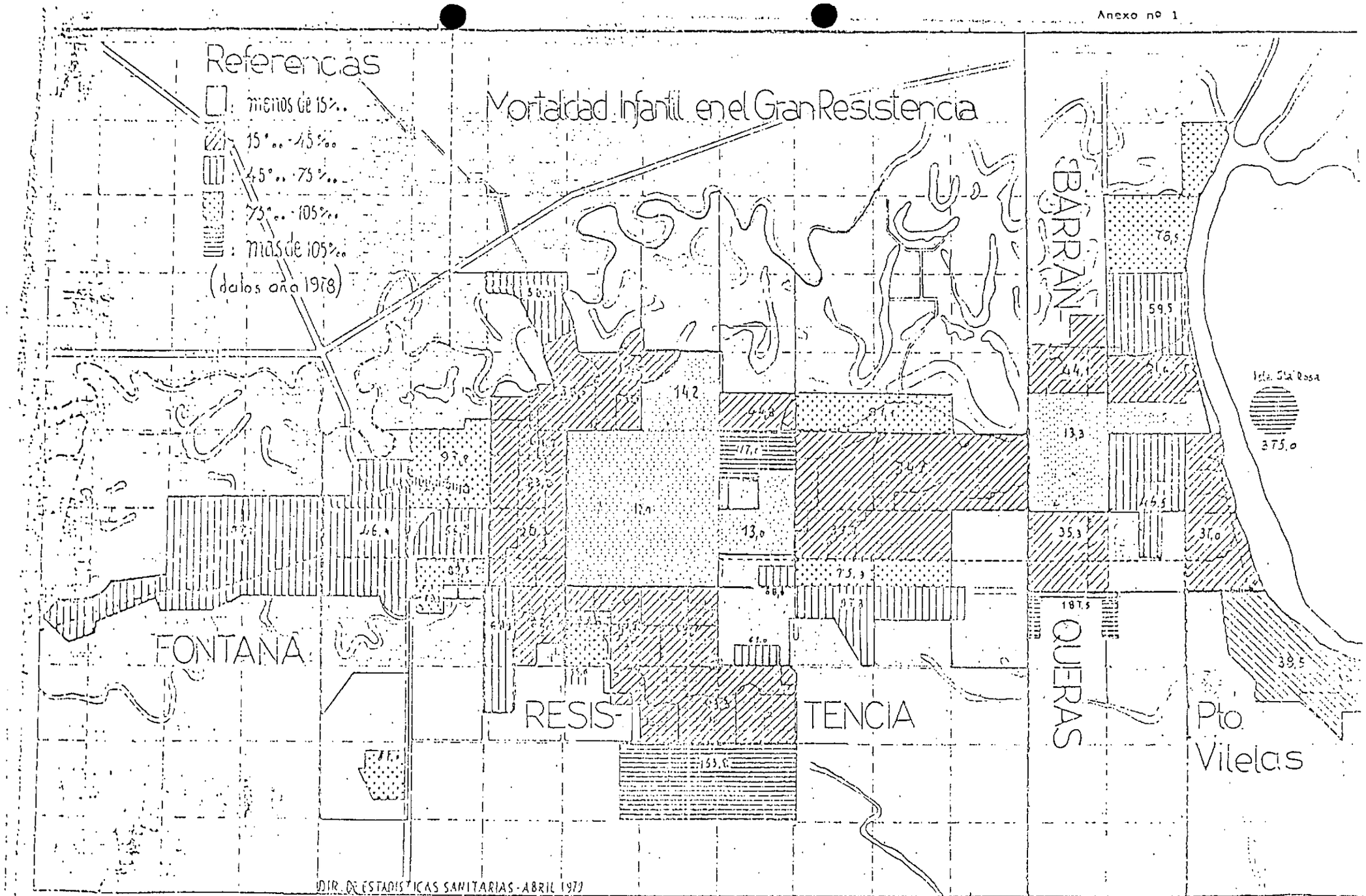
Al respecto son ilustrativos los anexos 1 y 2 tomados del trabajo sobre situación de la salud infantil en el área Gran Capital de 1981 que evidencian alta proporción de desnutridos, numerosas áreas con mortalidad infantil - que exceden los promedios nacionales y bolsones donde ella alcanza cifras alarmantes.-

Además, del total de familias censadas, 36.502 que incluyen 153.005 habitantes, cabe destacar, que el 45% no tienen cobertura social, es decir, -- aproximadamente 70.000 personas.-

Si se tiene en cuenta que la encuesta del Ministerio de Salud Pública está hecha sobre el 70% de la población total del área y que en el otro 30 % debe existir también un porcentaje -aunque menor dada su ubicación urbana- de población sin cobertura, se concluye que en estos momentos, en el área del Gran Resistencia existen un número importante de indigentes médicos.-

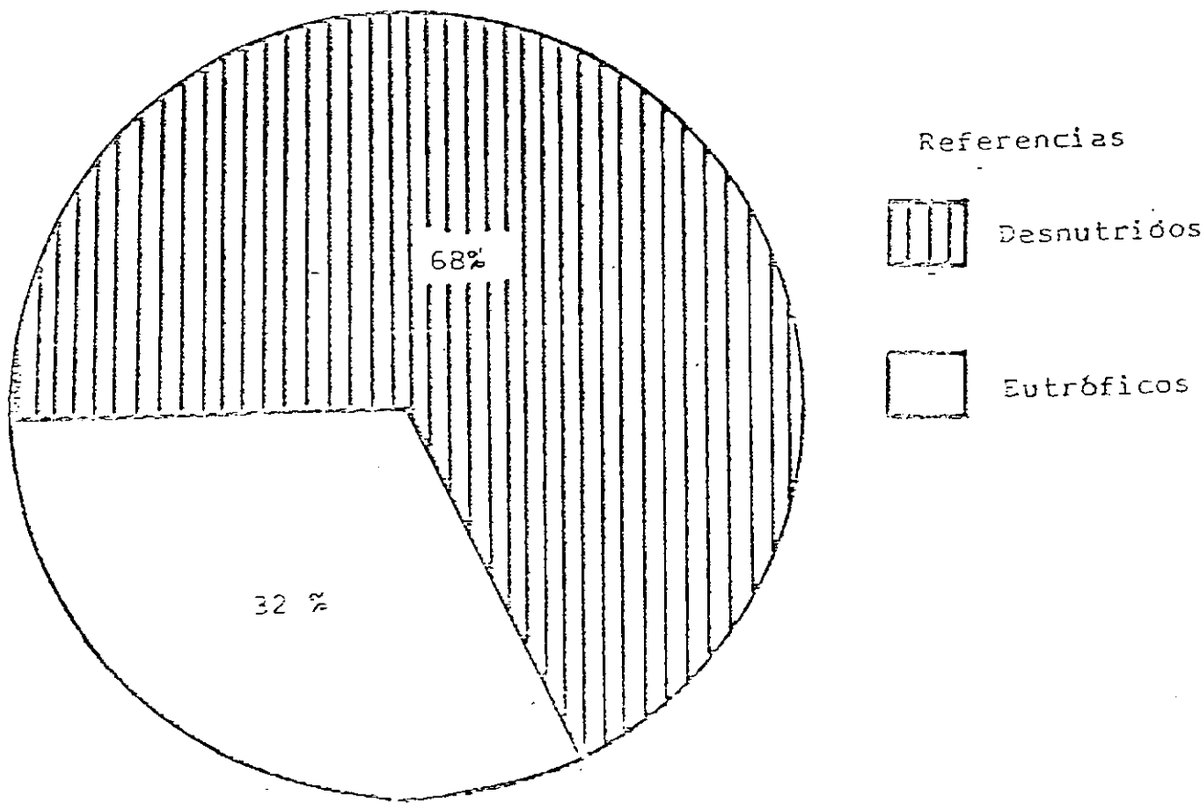
No habiendo evidencias que hagan prever en el mediano plazo un desarrollo económico y una diversificación de la producción, que permitan cambiar - la estructura ocupacional, es lógico pensar que esta población demandará una -- cantidad significativa de servicios que deberán ser atendidos por el Sector Público de manera gratuita y financiado por el presupuesto provincial.-

Anexo nº 1


Referencias
menos de 15‰
15‰ - 45‰
45‰ - 75‰
75‰ - 105‰
mas de 105‰
(datos año 1978)
Mortalidad Infantil en el Gran Resistencia
FONTANA
RESIS-
TENCIA
BARRAN-
QUERAS
Pto
Vilelas
Isla Sta Rosa
375,0
DIR. DE ESTADISTICAS SANITARIAS - ABRIL 1979

RELACION PORCENTUAL DE LOS EGRESOS DE SALA
DE LACTANTES SEGUN ESTADO NUTRICIONAL
HOSPITAL PEDIATRICO
JULIO 1981

ESTADO NUTRICIONAL	%
TOTAL	100,0
DESNUTRIDOS	68,0
EUTROFICOS	32,0



SECTOR PUBLICO

A los efectos de tener una visión global del sector, se efectuará un análisis aunque sea sumario,de la dotación de infraestructura, recursos humanos y rendimientos del sector.-

Con ese motivo se analizarán los datos globales, y luego un desagregado por efector.-

La infraestructura del Sector Público en el área del Gran Resistencia está constituída por dos hospitales cabeceras, el Perrando y el Pediátrico, y 12 Centros de Salud.-

El total de camas estatales disponibles, para una población de 218.438, es de 543, es decir una cama por cada 402,2 habitantes o sea 2.5 cada 10.000 habitantes.-

De ellas 493 corresponden al Hospital Perrando y 54 al Pediátrico.

No se han podido obtener los datos de las camas privadas, por lo que no se puede estimar si la zona cumple con el mínimo teórico de 5 camas por cada 10.000 habitantes.-

Se desempeñan en el sector 238 médicos de plantel que significan 8.281 horas médicas semanales y 35 médicos residentes con 1.726 horas médicas semanales.-

La distribución de médicos y horas médicas según hospital y centros de salud, sin computar los médicos residentes, es la siguiente:

	N° de médicos	Total hs.méd.semanales
Hospital Perrando	153	5.084
Hospital Pediátrico	50	2.037
Centro Salud	35	1.160
Total	238	8.281

Con estos recursos se han obtenido los siguientes rendimientos en consultas y egresos:

	N° de consultas	Egresos
Hospital Perrando	128.897	10.623
Hospital Pediátrico	127.230	2.195
Centros de Salud	169.952	
Total	426.075	12.818

Relacionando estas cifras con la población del área se obtiene -- que el sector público realiza 1.9 consultas por habitante año en sus efecto-- res y produce en los mismos un egreso cada 18 habitantes en el mismo período.

ANALISIS DE LA INFRAESTRUCTURA RECURSOS Y RENDIMIENTOS POR EFECTOR

CENTROS DE SALUD:

Los centros de salud, son unidades periféricas desarrolladas a partir de una recomendación surgida de un estudio realizado por la Organización Mundial de Salud, que aconsejó su creación, con el objeto fundamental de realizar acciones de penetración, de asistencia médica y sanitarias, fomento y protección de la salud materno infantil y promoción comunitaria de áreas desfavorables y desprotegidas del Gran Resistencia. Se trataba de ese modo de corregir una situación configurada por elevada morbimortalidad neonatal e infantil, alta incidencia y prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, desnutrición y un déficit marcado en la calidad y cantidad de atención médica para el sector sin recursos.-

A los fines propuestos, la política de los centros de salud produjo buenos resultados y dadas las condiciones socio económicas allí imperantes constituye todavía en la actualidad un objetivo prioritario para el sector público.-

Su infraestructura edilicia es de capacidad y calidad muy dispar, existiendo varios en condiciones precarias y otros que han sido remodelados y tienen una infraestructura adecuada. Además el crecimiento urbano y la explosión demográfica han hecho que algunos de estos centros hayan ido perdiendo su caracter periférico y que, a su vez, poblaciones marginales, carezcan de ellos.

El número de médicos, su distribución según régimen horario, el número de horas correspondientes a cada régimen horario y los totales de horas por centro y para el total de centros, se detallan en los cuadros siguientes (no se computan el Dermatológico y Barberan por carecer de datos de personal)

	N°méd. 44 h/s	N°h/m/s	N°méd. 24 h/s	N°h/ m/s	méd. tot.	tot.h/ m/s	Consultas Anuales
V. Libertad	1	44	3	72	4	116	12.710
Sub. C. Guiralds	1	44	0	24	1	68	6.947
Gral. Obligado	1	44	1	24	2	68	11.850
Fontana	2	88	2	48	4	136	14.654
C.C.Villa Alvear	1	44	1	24	2	68	8.650
Sub. C. Araga	0	0	1	24	1	24	6.267

SC.Villa S.Martín	2	88(1ped.)	3	72	5	160	15.075
SC.Villa R.Negro	1	44	1	24	2	68	4.297
Villa Elba	3	132(2ped.)	1	24	4	156	18.729
Barranqueras	2	88	2	48	4	136	18.819
Villa Forestación	1	44	1	24	2	68	9.107
Puerto Vilelas	1	44	3	72	3	116	14.022
Total	16	704	19	456	35	1.160	141.120

* N°méd.44 h/s : Número de médicos de 44 horas semanales
* N°h/m/s : Número de horas médicas semanales
* N°méd 24 h/s : Número de médicos de 24 horas semanales
* méd.tot. : Total de médicos
* tot.h/m/s : Total de horas médicas semanales
* Consultas anuales : Total de consultas realizadas en el año
* ped. : Médicos pediatras

Si se considera por la naturaleza y objetivos de estos centros que el total de las horas médicas dedicadas a consultas podría establecerse en el 70% de horas disponibles, se tendría:

-. 812 h/s x 52 = 42.224 hs/m/año

-. 141.120 ÷ 42.224 = 33.3 consultas por hora

Donde,

-. 812 son el 70% 1.160 hs//m/s

-. 52 son las semanas del año

-. 141.120 son el número de consultas anuales

Salvo algunas excepciones, existe cierto paralelismo entre el número de horas médicas y el número de consultas lo que habla de un rendimiento similar por centro.-

Nos ha parecido interesante cruzar el total de consultas anuales - de 1981 con la población según censo de 1980 correspondiente a 8 centros de salud, lo que se expresa en el cuadro siguiente:

Promedios de Consultas por Habitante y por Año en 8 Centros de Salud:

Población	Centro	Tot.Cons.Anuales	Prom.cons/hab/año
20.783	Libertad	12.710	0.6
27.702	Obligado	11.850	0.4
5.480	Fontana	14.654	2.7
20.112	Alvear	8.650	0.4
20.725	San Martín	15.075	0.7
23.497	Elba	18.729	0.7
29.954	Barranqueras	18.119	0.6
3.448	Vilelas	14.022	4.0

De acuerdo a sus resultados, salvo 2 centros en los que las cifras dan por realizadas por ellos 2.7 y 4.2 consultas por hab. y por año, en los demás el promedio es de 0.7 consultas por habitante por año.-

Este promedio es significativamente bajo y estaría indicando una baja utilización de los centros por la población si se aceptara, como cifra teórica, un promedio de 4-5 consultas por habitante por año.-

Esta baja utilización presupone: o bien la canalización de la demanda hacia otros prestadores, o una baja demandia en relación a los standares, dado que, al no haber rechazado en los centros de salud, no puede hablarse de demanda no satisfecha.-

Como la encuesta de salud del año 81 da un 54% de familias con cobertura por la Seguridad Social, es de suponer que un número importante de las consultas esperadas son realizadas por el sector privado.-

Reduciendo la población del área al porcentaje (45%) no cubierta por la Seguridad Social y dividiendo por ella el número de consultas se obtendría una cifra próxima a 1.7 consulta por habitante por año, cifra que sigue siendo baja, por lo que se debe estimar que una parte importante de población concurre a los hospitales de cabecera Perrando y Pediátrico o no solicita atención.-

Dado que el promedio de consultas por hora, estimado, considerando el 70% de las horas disponibles es de 3.3, para aumentar el promedio de consultas por habitante y por año habría que incrementar las horas médicas en estos centros de salud.-

Cómo hacerlo si se considera necesario -y en nuestra opinión lo es- será motivo de la propuesta a formular en las pautas para la carrera.-

Respecto del personal médico cabe señalar:

1.- Que en general los directores de los centros se desempeñan por el régimen de 44 horas semanales, se supone que con bloqueo de título.-

2.- Que de los médicos de plantel 19 están en el régimen de 24 horas semanales y 3 pediatras en el de 44 horas semanales.-

3.- Que el personal profesional de los centros de salud se desempeñan bajo dependencia jerárquica de la Secretaría de Salud Pública Area Gran Resistencia y sin ninguna vinculación en sus tareas con los hospitales cabeceras.-

Los datos expuestos como todos a los que se hace referencia en este trabajo corresponden a 1981.-

En 1982 se modificaron los planteles profesionales mediante la contratación de 17 pediatras y el desempeño en los centros de 7 pediatras del Hospital Pediátrico, con lo que se elevó el número de médicos a 57 siendo, pasando a ser 33 de ellos pediatras lo que significa una neta acentuación de esa área.-

La evaluación realizada sobre estas incorporaciones se hizo al cumplirse un mes y por ello tiene poca significación estadística.-

Con todo merece destarse que:

1.- Se duplicaron las consultas pediátricas con respecto al año anterior en los centros.-

2.- Considerando las realizadas en el Hospital Pediátrico y centros, hubo un incremento neto de 34% más en enero de 1982 que en enero de 1981 con una disminución del 16% en las del Hospital Pediátrico.-

A partir de los datos que se vienen de consignar, se puede intentar hacer las siguientes consideraciones:

1.- Existe salvo en 2 centros: Fontana y Vilelas, una baja utilización: 0.7 consultas por habitante por año en relación a la demanda potencial de las áreas cubiertas por los centros de salud.-

La causa de esta baja utilización es posible que, aparte de los motivos enumerados (cobertura de la Seguridad Social, utilización hospitales cabecera) se deba a:

1.1. Falta de oferta de horas médicas.

1.2. Insuficiencia de infraestructura de los centros

1.3. Pautas culturales (mayor prestigio apriori sobre las instituciones -- hospitalarias y la actividad privada).-

1.4. Falta en las acciones de penetración.-

1.5. Falta de oferta en especialidades básicas: Tocoginecología, clínicas - quirúrgicas, clínica médica y otras especialidades, por ej.: otorrinolaringología.-

2.- La atención médica está orientada a la cobertura de la atención pediátrica, objetivo que debe continuar considerándose prioritario.-

3.- No se ha podido detectar una conexión orgánica con los centros de cabecera que permita pensar que estos centros actúan como boca de entrada a un sistema estructurado por niveles de complejidad. Aparentemente se trata de un régimen cerrado en sí mismo y aislado del resto de la organización médica.

4.- De las entrevistas habidas con los profesionales surge que, si bien tienen conciencia de la trascendencia de la tarea, en general resienten de su -- aislamiento profesional y desean compatir esta labor con la hospitalaria.-

Comentario y Propuesta:

La política de creación de centros de salud, acercando la atención médica y las acciones de salud en general a la población, es sin duda una política correcta, que se hace aún más necesaria en el caso de que exista población en condiciones de marginalidad socio-económica.-

Sin embargo creemos que cumplidas las acciones prioritarias a las que urgían la trascendencia social y sanitaria de los problemas de salud (morbimortalidad infantil, desnutrición, etc.), y sin dejar de otorgarles esa prioridad, es un error persistir en estos centros, como organización aislada, constreñida a estas acciones prioritarias y con profesionales desvinculados de -- los Hospitales en su ejercicio profesional.-

Dada la situación socio-económica y geográfica de la ciudad y la tradición de una experiencia valiosa de asistencia periférica que lleva casi 25 años, estos centros deben ser mantenidos, ampliados e incrementadas sus - funciones para una mejor atención ambulatoria y un mejor cumplimiento de tareas sanitarias y de promoción de la comunidad.-

Para ello, al margen de la refacción y ampliación de su infraestructura, es necesario cambiar la organización de los efectores del Servicio Público en su conjunto y de los centros en particular.-

A tal efecto sería necesario:

a) Integrarlos con los hospitales cabeceras, de modo tal que actúen como su boca de entrada, estableciendo para ello planes y programas conjuntos y - claros canales de derivación.-

b) Diversificar sus funciones mediante la incorporación de nuevas especialidades de modo tal que exista una mejor oferta para la demanda potencial - de la zona (sobre todo cobertura del área tocoginecológica).-

c) Si se decide como política general para los efectores del Estado abrirlos a la atención de Obras Sociales, estudiar la posibilidad de hacer lo propio con los centros de salud.-

d) Integrar los profesionales a los planteles de los Hospitales, con un régimen horario de 40 horas, de modo tal de poder dividir su actividad entre éste y los centros en el marco normativo de una carrera médica.-

Esta medida contribuirá a una mayor satisfacción y capacitación profesional y actuará como el mejor medio de integración y coordinación -- entre hospital y centro.-

e) Establecer un adicional en las remuneraciones por esta función.-

A nuestro juicio con este cambio de enfoque se complementará y - ampliará la política propuesta por la Organización Mundial en 1964 mediante otra que, incluyéndola, la reformula como una de descentralización de la atención ambulatoria de los hospitales cabeceras.-

Por el contrario, persistir en la decisión tomada de forzar la concurrencia compulsiva de médicos de los hospitales -que en muchos casos deben acceder por la situación de inestabilidad propia de su carácter de contratados- generará conflictos permanentes con el personal y hará el régimen de los centros inestable, comprometiendo y restringiendo sus funciones.-

HOSPITAL PEDIATRICO:

Según los informes de estadística y personal correspondientes a 1981 el Hospital Pediátrico cuenta con 54 camas -8 de neonatología y 46 de pediatría- 50 médicos de plantel y 12 médicos residentes.-

En total cuenta con 2.037 h/m/s sin considerar los residentes.-

La distribución jerárquica y por régimen horario es la siguiente:

-.	1	Director de	44 h/m/s
-.	4	Jefes de servicio de	44 h/m/s
-.	4	Jefes de sala de	44 h/m/s
-.	3	Jefes de sala de	35 h/m/s
-.	28	Médicos de plantel de	44 h/m/s
-.	4	Médicos de plantel de	40 h/m/s
-.	6	Médicos de plantel de	24 h/m/s
-.	Total de médicos jerarquizados		: 12
-.	Porcentaje sobre total de médicos		: 24 %
-.	Total de médicos de plantel		: 38
-.	Porcentaje sobre total de médicos		: 76 %

Número de médicos según dedicación horaria:

-.	37	de	44 h/m/s
-.	4	de	40 h/m/s
-.	3	de	35 h/m/s
-.	6	de	24 h/m/s

Total de horas médicas según régimen horario y porcentaje sobre total horas médicas disponibles:

-. 44 h/m/s	1.628	79 %
-. 40 h/m/s	160	7.8%
-. 35 h/m/s	105	5 %
-. 24 h/m/s	144	7 %
Total	2.037	100 %

Total de horas médicas por año: 105.924.-

Los datos consignados muestran que se trata de un hospital en el cual el personal profesional se desempeña predominantemente en el régimen de tiempo completo con bloqueo de título: 74% de los médicos y 79% de las horas médicas. El otro 26% de los cargos se distribuye entre los 3 regímenes horarios.-

Salvo el caso de los médicos de 35 que se desempeñan todos como jefes de sala, hecho que se explica aparentemente por la necesidad de contar con profesionales de mayor tiempo de graduación y experiencia para estas funciones, los casos de 40 y 24 horas son difíciles de explicar desde el punto de vista del esquema organizativo adoptado.-

Los porcentuales de cada uno de los regímenes horarios, se alejan significativamente de los porcentuales para los totales del área del Gran Resistencia, lo cual muestra que se trata de una excepción dentro del conjunto.-

Además cabe consignar que el 24% de profesionales están jerarquizados y el 76% restante son médicos de planta en el mismo grado escalafonario.-

Por el gran número de profesionales en el régimen de tiempo completo, por su carácter excluyente con otras formas de ejercicio y por la particular organización del Hospital, se estudió el personal profesional por edad y sexo, lo que arroja los siguientes datos:

1.- Que el 70% de los cargos de tiempo completo estan ocupados por profesionales del sexo femenino.-

2.- Que de ellas el 93% tiene menos de 41 años y el 53% menos de 35.-

3.- Que de los varones que se desempeñan por tiempo completo, el 80% tiene menos de 41 años y el 53% menos de 35.-

4.- Que del total de médicos de tiempo completo el 82% tiene menos de 41 años y el 52% menos de 35.-

Si se estima la edad de finalización de la carrera a los 25 años, surgen dos hechos bien definidos: una neta predominancia de médicos de menos de 10 y 5 años de recibidos y del sexo femenino.-

El esquema de organización consiste en un director que tiene bajo su dependencia directa al sector administrativo y 4 jefes de servicio: pediatría, cirugía, neonatología e investigación y docencia.-

El plantel profesional no está asignado a ningún servicio ni sala sino que rotan cada 4 meses por los distintos servicios y guardias y a partir de 1982 también por los Centros de Salud y la sección de neonatología del Hospital Perrando.-

Existe una guardia para internados y otra externa dividida en diurna y nocturna, secciones de radiología y hemoterapia y un consultorio externo general.-

El personal profesional es en su mayoría (80%) recientemente ingresado y el 50% se encuentra en condición de subrogante.-

Producción:

El Hospital Pediátrico, realizó en 1981 127.230 consultas, tuvo 2.195 egresos y 198 defunciones, un promedio de 9.1 días de estada por paciente y efectuó 214 intervenciones quirúrgicas en el año, 16 de ellas en recién nacidos y 198 en pediatría.-

En virtud de la estructura organizativa del Hospital, donde los médicos no están asignados a salas o servicios sino que rotan por ellos, se carece de datos sobre la asignación de las horas médicas y número de cargos por servicio, que hagan posible un estudio desagregado sobre oferta, funciones y producción.-

Relación horas médicas/consulta

Descontanto las horas médicas correspondientes a los cargos jerarquizados, (director y jefe de servicio) habría un total de 1.817 horas médicas semanales.-

Por tratarse de un hospital pediátrico, que además está orientado fundamentalmente a la consulta externa, cabe asignar, como mínimo, el 50% de estas horas médicas a esta consulta externa. Se tendría así una disponibilidad de 908 h/m/s para esos fines que multiplicados por 52 semanas arroja un total anual de 47.216 h/m/año para consulta. Dividiendo el total de consultas

realizadas en el año por esta disponibilidad de horas se obtiene un promedio anual de 2.6 consultas por hora.-

Egresos:

El estudio de los egresos en relación con las camas, el número de médicos y las horas médicas, arroja los siguientes valores:

-. 3.3 egresos por cama y por mes
-. 3.6 egresos por médico y por mes
-. 1 egreso cada 44.7 horas médicas

Camas Internación:

En relación a las camas de internación las relaciones son las siguientes:

-. 1 médico por cama
-. 5.4 hora médica por cama y por día o descontando el 50% como dedicadas a consultas
-. 2.7 hora médica por cama y por día

Cirugía:

Se han realizado 214 intervenciones de cirugía en un año. No existe información sobre clasificación de esta cirugía por lo que no se pueden estimar grados de complejidad.-

Considerando 300 días hábiles en el año se obtiene un promedio de 0.7 operaciones por día.-

Por último, puede hacerse una estimación respecto de la participación del Hospital Pediátrico en la consulta de la población infantil del área.

El censo de 1981 da para la población de toda la provincia un 39% de habitantes entre 0 y 14 años.-

Si se supone el mismo porcentaje para la población del área del Gran Resistencia puede estimarse que hay en ella 90.090 niños, lo que arroja, a partir de las 127.000 consultas realizadas, que el Hospital Pediátrico realiza 1.4 consultas por habitante y por año de la población comprendida entre 0 y 14 años de edad.-

En las estimaciones precedentes no se consideran en los cómputos, las horas médicas de los 12 residentes.-

Toda la información precedente procede de la información oficial - de estadística y personal de 1981.-

En una entrevista mantenida en junio de 1982 con el Director del Hospital, el funcionario da cifras diferentes sobre el número de camas, de modo tal que a esa fecha estarían funcionando 88 camas distribuídas como sigue:

-. Neonatología : 28 camas
-. Lactantes : 26 camas
-. Segunda infancia : 22 camas
-. Aislamiento : 12 camas

Dado que no se pueden relacionar estas cifras con el resto de los datos estadísticos, se citan al sólo efecto de su constancia.-

CONCLUSIONES:

1.- No nos sentimos ni con la formación técnica requerida, ni con la información suficiente para opinar sobre la estructura organizativa y funcional del Hospital Pediátrico.-

Sin embargo llama la atención, por tratarse de un centro de referencia para toda la provincia y para alguna población de las vecinas, la ausencia de especialistas y de las secciones o servicios correspondientes a -- esas especialidades. Del mismo modo, es significativa la escasa tendencia a una diferenciación por áreas y funciones del cuerpo profesional que permita, a la vez que asignar responsabilidades definidas, adquirir capacidades específicas.-

El hospital aparece como un hospital pediátrico general, "de choque", orientado hacia la cobertura de patologías con alta incidencia en los indicadores de salud.-

Aceptada tal política como prioritaria, cabe preguntarse si, en virtud del carácter de centro de referencia citado,no debería desarrollarse

un grado mayor de complejidad, en vista a la atención, también, de patologías complejas que requieren mayor especialización y tecnología.-

El número de habitantes de la provincia y del área del Gran Resistencia, así lo hacen suponer. Al respecto sería útil conocer las cifras de casos derivados a otros centros asistenciales provinciales o extraprovinciales y su patología.-

2.- Las relaciones entre horas médicas y egresos, número de camas y consultas parecen indicar globalmente una productividad reducida.-

Ignoramos la variación que se ha producido en 1982 en virtud de la habilitación de camas y el cumplimiento de funciones extramuros del personal del hospital.-

3.- La participación del Hospital en la atención pediátrica de la población infantil del área es sólo moderada.-

4.- Respecto de la situación del personal profesional interesa destacar:

4.1. La existencia de sólo 2 funciones en la estructura jerárquica -jefe de servicio y jefe de sala- dentro del escalafón. El cargo de Director no corresponde considerarlo como del escalafón en tanto su designación sea consecuencia de una decisión política.-

4.2. La existencia de un 74% de médicos de planta ("soldado raso").-

4.3. La predominancia de personal profesional con menos de 10 y 15 años de recibido y de reciente incorporación.-

4.4. La predominancia del sexo femenino sobre todo si se lo relaciona con el régimen de tiempo completo.-

Respecto de 4.3. y 4.4., ambas situaciones, dado que el hospital tiene varios años de antiguedad hacen suponer:

a) Que los profesionales más formados y establecidos experimentan cierta resistencia a incorporarse en las condiciones actuales de desempeño profesional y esquema de organización, debiendo evaluarse lo que esto significa como disminución en cuanto a las oportunidades de oferta de atención.-

b) Que los profesionales varones, aún jóvenes, tienen una resistencia similar y que los que ingresan, parecen considerar al régimen como uno transitorio que les permite una remuneración más o menos significativa en términos relativos de mercado, hasta tanto obtienen la capacitación suficiente para la búsqueda de otras alternativas.-

c) Que es posible que las profesionales mujeres opten por el régimen de tiempo completo por la necesidad de un horario definido que se compatibilice con sus funciones en el hogar.-

5.- La predominancia marcada de los profesionales de tiempo completo con bloqueo de título.-

El análisis del régimen de tiempo completo se efectuará en el estudio sobre pautas para carrera.-

Respecto a su desarrollo en el Hospital Pediátrico, cabe señalar que el mismo se institucionaliza como único régimen de trabajo con la implantación del Sistema Nacional Integrado de Salud, hecho que motivó la renuncia de todos o casi todos los médicos del plantel.-

Luego de la desaparición de éste, la dedicación exclusiva parece haber continuado, más como una decisión política de las autoridades, que como un requerimiento funcional. Tal decisión implica para los profesionales que desean optar por otro régimen de trabajo, una opción que puede tomarse excluyente para su ingreso al Hospital, en la medida que no se abran otros regímenes horarios o que abiertos, como parecen estarlo ahora, se los bloquee como medio de implementar indirectamente la decisión política. Para otros profesionales puede constituir una elección por motivaciones vocacionales o personales del tipo de las expuestas más arriba.-

A nuestro juicio, ni decisión política por razones teórico-doctrinarias, ni elección profesional, bastan por sí mismas para convalidar el régimen, máxime si se tiende a hacerlo único y excluyente. Su justificación debería sólo fundarse en consideraciones técnicas sobre su necesidad para el desarrollo de determinadas tareas y funciones. En un rango importante, pero de menor prioridad, deben considerarse su utilidad como período de entrenamiento intensivo y de satisfacción de vocaciones personales.-

6.- El sistema de rotación permanente cada 4 meses de todos los profesionales por todos los servicios y guardias, parece reconocer como fundamento teórico, un proceso de capacitación que le permita al pediatra el -- abordaje de la totalidad de la patología que es objeto de la pediatría, pu-- diendo admitirse como necesaria a los efectos de la capacitación, durante un período determinado.-

Se hace más difícil aceptarlo como modalidad permanente.-

En nuestra opinión tiene algunas consecuencias desfavorables:

a) Desde el punto de vista del profesional supone una inestabilidad poco propicia para el ordenamiento de las actividades personales y no tiene en -- cuenta su derecho a dedicarse según su elección a una rama de la pediatría

b) Conspira contra una diferenciación de tareas y la formación de las capacidades que ellas requieren. Se dificulta así la posibilidad de especialización y el acceso a mayores niveles de complejidad institucional.-

c) Desde el punto de vista práctico resulta muy difícil organizar y desarrollar las actividades en un servicio que cambia continuamente de personal.

El concepto de tener en disponibilidad pediatras "generalistas" para atender las patologías prioritarias donde ellas se presenten,o de acuerdo con las decisiones de la autoridad, parece ser el criterio prevalente de este sistema de rotación permanente.-

El enfoque, tal vez defendible desde una perspectiva particular -el de la atención de estas patologías-, además de los inconvenientes señalados, rompe el necesario equilibrio entre organización de la atención médica y respecto por los requerimientos del ejercicio profesional como activi-- dad de personas.-

Por fin, en el esquema de rotación permanente, parece subyacer el concepto de que las personas son intercambiables, en virtud de que sus - conocimientos específicos, una vez adquiridos, le otorgan un carácter ins-- trumental apto para el desarrollo de funciones.-

7.- El carácter de subagente del 50% de los profesionales, al no garantizar la estabilidad por la ausencia de derechos que la protejan, hace que la permanencia del agente en el cargo dependa de la decisión de la autoridad.-

La potencial amenaza implícita en esta situación, se agrava por la predominancia de la dedicación exclusiva, dado que esta supone la inexistencia de otros ingresos.-

Aunque éste no sea el caso del análisis que nos ocupa, la posibilidad de deslizarse a un ejercicio abusivo de la autoridad, consentido por temor, puede dar lugar a hechos injustos que no sólo perjudican a quien los sufre, sino también la marcha y eficiencia de la institución.-

Comentarios y Propuestas:

El Hospital Pediátrico nace como consecuencia de la división del primitivo hospital para la madre y el niño creado en 1955.-

Aunque no hemos tenido a nuestro alcance la información correspondiente a los estudios y análisis que fundamentaron la decisión de su creación, es fácil deducir que ella se sustentó en consideraciones similares a las que dieron orígen a los centros de salud: la necesidad de corregir los indicadores de morbimortalidad neonatal y obstétrica a través de la atención hospitalaria de la madre y el niño.-

Esta orientación inicial hacia las patologías de mayor prevalencia e incidencia, parece haber signado el desarrollo del hospital pediátrico aún después de su separación de la maternidad y contribuído así a su actual configuración de "hospital de choque" centrado en la consulta externa y en esas patologías.-

Por otra parte, el régimen de dedicación exclusiva, institucionalizado por el Sistema Nacional Integrado de Salud como único y excluyente, parece haber sido estimado por las conducciones que lo sucedieron, como el más apto para cumplir estas funciones en el marco de una organización que, por la naturaleza de estas, se concebía como aislada y estatizada.-

El primitivo criterio, si bien correcto en la apreciación de prioridades y por lo tanto en la implementación original, al sufrir el sesgo introducido por la falta de ulterior desarrollo de una mayor complejidad y la preeminencia del régimen de dedicación exclusiva, ha llevado en nuestra opinión, a algunas situaciones que sería prudente corregir.-

Tales por ejemplo:

1.- Su escasa diferenciación por especialidades que le impide cubrir patologías específicas y alcanzar el nivel de complejidad requerido por la demografía del área.-

2.- Su estructuración como una institución sin vínculos fluídos con el resto de la organización de la atención médica le otorga el carácter de institución semiaislada.-

3.- El funcionamiento de su cuerpo profesional como un sistema cerrado en sí mismo y sin comunicación abierta y constante con el resto de la comunidad profesional, con escasa posibilidad de influír y ser influído, a través de un proceso de intercambio de conocimientos y estímulos recíprocos.-

4.- La falta de una adecuada diversificación de edades y grados de experiencia entre los profesionales que puede llegar a generar auto-didactismo en el grupo.-

5.- La falta de inserción del régimen de dedicación exclusiva en una normativa más amplia con la consecuente inestabilidad y transitoriedad en el desempeño.-

6.- El constituír una organización tal vez demasiado vertical, que parece reconocer como causas la falta de diferenciación de la estructura jerárquica y la escasa delegación de funciones, en un marco de ausencia de una clara delimitación de obligaciones y derechos.-

Parece, pues, necesario, para modificar estas situaciones:

1.- Ampliar los objetivos asistenciales hacia áreas que le permitan asumir un rol de mayor complejidad en la atención de la enfermedad, acorde con la importancia demográfica de la provincia.-

2.- Vincularlo orgánicamente, con las otras formas de organización de la atención médica.-

3.- Modificar su estructura y organización mediante la departamentalización y la diversificación de servicios y secciones y una mayor diferenciación en la estructura jerárquica.-

4.- Insertar el desempeño profesional en una carrera que sea una normativa común para todo el ejercicio en el sector público e introduzca un régimen de trabajo más flexible que la predominante dedicación exclusiva, con el objeto de permitir una más adecuada adaptación a las tareas a desarrollar y una más amplia y diversa participación del cuerpo profesional de la provincia en el del hospital.-

5.- Asegurar mediante esta normativa obligaciones y derechos de los profesionales que permitan una especificación de la tarea a cumplir y las condiciones de su desarrollo.-

HOSPITAL PERRANDO:

El Hospital Perrando de acuerdo a las estadísticas de 1981, cuenta con 493 camas y 152 médicos, ha realizado 128.897 consultas, 2.940 intervenciones quirúrgicas, 4.657 partos y tenido 10.628 egresos con 10.9 días de promedio de días de estada y un índice ocupacional del 76.3%.-

Su estructura edilicia es francamente obsoleta, excepción hecha de las nuevas construcciones dedicadas a maternidad, de no muy buena calidad y las que se están construyendo para terapia radiante.-

Se trata de un viejo Hospital pabellonal que ha crecido inorgánicamente por la superposición de Servicios en un predio de 12 hectáreas.-

En general, esta infraestructura,aparece difícilmente recuperable y plantea la urgente necesidad de su renovación por una nueva construcción que lo reemplace.-

Su carácter de centro de referenciación de la Provincia, la importancia demográfica del área del gran Resistencia, la circunstancia de servir a poblaciones del Norte de Santa Fé y Formosa y la expectativa de constituírse Resistencia en un polo de desarrollo, a raíz de importantes proyectos de aprovechamiento de los vastos recursos hídricos de la región, plantean esta construcción de un nuevo hospital como absolutamente prioritaria.-

En realidad llama la atención la evidente desproporción entre este hospital y la jerarquía urbana y edilicia de la ciudad en la que se cuenta con importantes y modernos edificios públicos.-

Bajo la denominación de Hospital Perrando se incluyen en la práctica 3 actividades de atención médica bien diferenciadas que podrían agruparse de la siguiente manera:

1.- Un hospital de agudos o general que incluye una Maternidad que cuenta con una sección de neonatología y absorbe al eventual servicio de ginecología.

2.- Un hospital de infectocontagiosos y neumofisiología con 77 camas.-

3.- Una sección de psiquiatría con 30 camas.-

Para cada una de estas secciones la disponibilidad de camas, profesionales, horas médicas, y rendimientos son según la estadística de 1981:

-. Tocoginecología:

N°. de camas : 126

N° de médicos: 34

16 en régimen de 44 h/s

4 en régimen de 40 h/s

14 en régimen de 24 h/s

-. Maternidad:

Total horas médicas semanales: 1.200

De ellas 480 (40%) se dedican a guardia tocoginecología y 720 (60%) al servicio.

Del total de horas médicas semanales 704 (58,6%) corresponden al régimen de 44 h/s, 160 al de 40 h/s y 336 al de 24 h/s

Se dispone de 10 h/m por cama y hay 1 médico cada 4 camas.-

En 1981 ha habido 6.573 egresos con un promedio de 4.5 días de estada y se han realizado 27.923 consultas.-

Hay una sección de Neonatología que tiene 29 camas y ha producido 157 egresos.-

Los médicos pertenecen al Hospital Pediátrico.-

El servicio efectúa 12.7 partos por día, o sea 0.4 partos por médico y por día.-

Considerando el 30% de las horas médicas para consultas se realizan 1.5 consultas por hora.-

-. Resto del Hospital sin Psiquiatría, ni Neumofisiología e infecciosos:

Total consultas año : 94.750

30% h/m/año : 55.332

1.7 consultas por hora

Total de camas: 241

Total h/m/s : 3.547

Total de médicos : 106

médicos 44 h/s : 12 - 528 h/m/s : 14.8 % h/m/s
médicos 40 h/s : 36 - 1.440 h/m/s : 40.5 %
médicos 35 h/s : 17 - 595 h/m/s : 16.7 %
médicos 24 h/s : 41 - 984 h/m/s : 27.7 %

-. Egresos: 3.406
1.1 egresos por cama y por mes
2.6 egresos por méd. por mes
1 egreso por 49.9 h/m
De las 3.547 h/m/s se dedican a guardia 632, o sea 17.8%
Descontando estas 632 h/m/s da 1 egreso cada 41.0 h/m

-. Psiquiatría:
Total : 30
Total méd. : 3 - 1-35 h. 2-24 h.
Total h/m/s: 83
Total consultas año: 1569
Total egreso año: 113
Egreso por mes: 9.4
3.1 egreso por médico por mes
1 egreso cada 35 h/m

-. Neumofisiología:
Total camas : 45
Total médicos : 3
Total h/m/s : 83
Total cons. año : 4.648
30% total /h. : 3.5 consultas por h/m
Egresos : 1.404 año - mes 33.6 - 0.7 egreso por cama
11 egresos por médico por mes

-. De infecciosas no hay cifras.-

Existe una discordancia entre la lista de servicios según estadística y las especialidades reales ejercidas por los profesionales según personal, lo que denotaría que la estructura formal de servicios no representa las tareas que realmente se realiza.-

Lista de Servicios que computa Estadística:

-. Cirugía General
-. Clínica Médica
-. Traumatología
-. Urología
-. Neurología
-. Radioterapia
-. Quemado
-. Cardiología
-. Neonatología
-. Oncología
-. Tocoginecología
-. Psiquiatría
-. Neumofisiología
-. Nefrología

Especialidades consignadas en los listados de personal:

-. Cirujano
-. Clínico
-. Traumatólogo
-. Neurólogo
-. Neurocirujano
-. Cardiólogo
-. Terapista inf.
-. Gastroenterólogo
-. Otorrinolaringólogo
-. Oftalmólogo
-. Anatomopatólogo
-. Radiólogo
-. Radioterapeuta
-. Endocrinólogo
-. Endocopista
-. Nutrición
-. Medicina Nuclear
-. Tocoginecólogo
-. Psiquiatra
-. Tisiólogo

Existen 5 jefaturas de servicio: Tocoginecología, Guardia, Anatomía patológica, Terapia intensiva, Cirugía; y 17 jefaturas de salas distribuídas entre los otros servicios y especialidades.-

Solamente existe un cargo de jefe de servicio en el régimen de 44h/s

Se dedican a guardia el 40% de las horas en Tocoginecología y el -- 17.8% en el Hospital General.-

El análisis se ha efectuado por cada una de las secciones por separado, para evitar la distorsión que hubiese introducido en cada una de ellas el análisis global del hospital.-

La maternidad aparece como una unidad concreta de funcionamiento -- que, aunque seguramente utiliza los servicios de diagnóstico y tratamiento del hospital, tiene su propia individualidad.-

En ella llama la atención la predominancia del régimen de dedicación exclusiva, ya que constituye el 58.8% de las horas médicas y el 50% de sus profesionales.-

En este aspecto guarda cierta identidad con el Hospital Pediátrico, lo que denota un origen común y similares decisiones en el enfoque político de organización a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud.-

La relación de horas médicas, camas, egresos y consultas parece adecuada.-

No existe prácticamente diferenciación en la estructura jerárquica ya que, para 126 camas hay solamente un cargo jerarquizado.-

Psiquiatría y neumofisiología tienen ambos muy escasa participación en el total de médicos y horas médicas del Hospital en relación al número de camas de que disponen ambos servicios.-

El Hospital "General" aparece globalmente con bajos índices de productividad, en relación al número de médicos, horas médicas y camas.-

Su estructuración por servicios o secciones y su agrupamiento muestra poca diferenciación y aparentemente no refleja la organización y funcionamiento real aunque informal, pudiendo estimarse que no hay un adecuado ordenamiento en departamentos y servicios.-

Prácticamente, no existe una estructura jerárquica que permita una correcta definición de funciones y asignación de tareas, siendo por lo tanto muy difusas las cadenas de responsabilidades y de evaluación.-

En efecto para 241 camas hay sólo 4 jefes de servicio que desempeñan las jefaturas de Guardia - Terapia Intensiva - Anatomía patológica y Cirugía respectivamente.-

El resto de los cargos jerarquizados consisten en 17 jefes de sala de los cuales 5 de ellos se desempeñan en servicios sin internación.-

Sin duda, este escalafón no puede reflejar ni las capacidades requeridas por los diferentes niveles de las tareas, ni las responsabilidades asumidas.-

Se crean así dos situaciones que conspiran contra los estímulos de progreso e identificación del profesional con la institución:

1.- No existe una relación clara y justa entre capacidades y responsabilidades por un lado, y derechos y retribuciones por el otro.-

2.- El esquema jerárquico bloquea las posibilidades de ascenso supeditándolas a las expectativas de vida de los ocupantes de los escasos cargos jerarquizados.-

Respecto de los diferentes regímenes horarios y su distribución cabe decir:

El régimen de 40 horas se distribuye fundamentalmente entre los médicos de guardia (61% de los de 40 hs.), los anestesistas (16.6%) y algunas especialidades quirúrgicas.-

La explicación de esta distribución es que los médicos de guardia cumplen 24 horas de guardia y 16 horas en salas distribuídas en la semana y que los médicos de especialidades quirúrgicas realizan guardias pasivas.-

Se ignora el régimen de los anestesistas.-

Concordamos en el criterio aplicado para los médicos de guardia. La fundamentación se hará cuando se expongan las pautas sobre régimen de trabajo.-

El problema de la cobertura de las emergencias en especialidades, es uno de los más difíciles de resolver, dada la imposibilidad de integrar la guardia con todas ellas en razón de lo reducido de la demanda. La solución -- por medio de guardias pasivas, merece muchos reparos y requiere para ser eficaz una detallada reglamentación. Más que asignar un horario de 40 h/s, que - no refleja la realidad del desempeño, es más apropiado, una asignación específica por esa tarea.-

En los cargos de 35 horas se desempeñan todos los jefes de servicio y jefes de sala y están distribuídos homogéneamente entre los servicios.- El horario no parece reflejar el monto real de horas cumplidas, sino una convención para retribuír funciones a falta de una carrera que fije las retribuciones para estas jerarquías.-

Los médicos de 24 horas se desempeñan en servicios clínicos-quirúrgicos y en las especialidades.-

Para el régimen de 44 horas es difícil encontrar criterios funcionales en su distribución.-

En general, puede decirse, que con excepción del régimen de 40 horas la distribución horaria por servicios no están encaradas con criterios -- funcionales ni enmarcadas en una normativa. Todo hace pensar que la elección del profesional y la necesidad de compensar y equilibrar remuneraciones a falta de un escalafón horizontal y vertical, han determinado esta distribución - horaria.-

De la comparación de Tocoginecología con el resto del hospital,-- surge claramente que funciones y horarios similares (desempeño por el mismo - profesional en guardia y sala) tienen remuneraciones muy diferentes debido a la dedicación exclusiva. En efecto el régimen de 44 horas se retribuye con el 100% más que el de 40 h/s como lo demuestra la escala del 1-12-81 que asigna para 44 h/s de un médico del 3er. tramo (más de 10 años de recibido) la cantidad de $ 11.398.683.- y para el médico de guardia de $ 5.474.525.-

Además debe recalcarse que el régimen de dedicación exclusiva tiene una diferenciación en 5 tramos según la edad de recibido (no de la antigüedad), con aumentos sucesivos, en cada uno de ellos, que no existe en los otros regímenes.-

Esta peculiar situación da origen a que un médico del 5° tramo -- (más de 15 años de recibido), de la dedicación exclusiva, gane más del doble que un jefe de servicio de los otros regímenes y casi el triple que un jefe de sala.-

Cabe preguntarse el por qué de esta desigualdad de la retribución.

¿Se debe a una concepción doctrinaria de la organización de la atención médica que atribuye a la dedicación exclusiva virtudes específicas a los efectos de esta organización?.-

¿Implica esta concepción de la organización concebir el rol de -- los efectores del estado como aislado y compitiendo con el sector privado y - el de las Obras Sociales?.-

¿Se trata de evitar que el profesional ejerza simultáneamente en el sector público y en alguno de los otros?.-

Sin duda podrían plantearse otros interrogantes o haber respues-- tas no contempladas entre los posibles que se acaban de formular.-

De todos modos, en la actual organización del sector público, es difícil encontrar una explicación basada en criterios funcionales y cargas de tareas que justifiquen esta desproporción retributiva y la existencia de es-- tos diferentes regímenes.-

Conclusión:

Como conclusiones se podría adelantar que se trata de un hospital con las siguientes características.-

1.- Infraestructura edilica antigua y antifuncional que hace casi imposible su recuperación y que por sus características debe ocasionar un gasto - importante de mantenimiento y funcionamiento.-

2.- Ausencia de una adecuada estructuración en departamentos y servicios.-

3.- Mayor orientación hacia las demandas inmediatas: Partos - Guardia, con un retraso relativo en resto de los otros servicios y especialidades.-

4.- Un régimen de trabajo profesional en el que, debido tal vez a la implementación sucesiva de diferentes planes de atención médica y carreras - profesionales, se han superpuesto, y ahora coexisten inorgánicamente, - los más diversos modos de desempeño y asistencia.-

Es posible que desde el punto de vista de los profesionales, lo que mejor exprese la situación, es la opinión sostenida por algunos de ellos cuando dicen que el hospital no crea motivaciones por la ausencia de trabajo en equipo y la falta de posibilidades de desarrollar un progreso orgánico en los órdenes jerárquico y remunerativo, así como también por la ausencia de - una dotación suficiente de recursos.-

Una eventual propuesta sobre la reconducción de este hospital excede los límites de este trabajo.-

EL SISTEMA DE LAS OBRAS SOCIALES

El sistema de las Obras Sociales, en virtud de las leyes de orden público y de los convenios colectivos de trabajo que crean los aportes, se -- han transformado en la principal fuente de financiación de la enfermedad y cubren en la actualidad a la población económicamente activa con ocupación estable, a la clase pasiva y al mediano y pequeño empresario.-

Basado en el aporte solidario, genera un recurso financiero que - permite derribar la barrera económica a la accesibilidad de la atención médica, posibilitando que ésta sea igualitaria para todos los beneficiarios.-

Su objetivo fundamental, la cobertura integral del riesgo de en-- fermar, ha sido progresivamente alcanzado, restando en este momento aumentar y hacer efectiva esta cobertura en algunas Obras Sociales y extenderla a la - prevención y a programas de promoción en la mayoría.-

En el transcurso de 30 años, se ha transformado en el principal - sistema de atención de la enfermedad. Regionalmente, la cantidad de población bajo su régimen depende del grado de desarrollo económico y de las características de la estructura productiva, al ser éstas las que determinan el nivel - de empleo y su remuneración.-

Actualmente, la población cubierta por las Obras Sociales, es -- atendida por los prestadores privados, tanto para la atención ambulatoria, como para los diferentes niveles de complejidad de internación y prácticas especializadas. Con excepción de la Capital Federal, estos prestadores, se vinculan con las Obras Sociales, a través de las entidades profesionales que los agrupan y que, a ese efecto, mantienen con ellas contratos en su representación.-

El régimen es un clásico sistema indirecto en el cual las prestaciones médicas las realizan prestadores que no mantienen con él una relación de dependencia, sino contractual.-

Se rige por libre elección del médico por el enfermo y pago por prestación realizada. Por ese motivo, se estructura en base a la relación - demanda-oferta de servicios en un marco legal que estipula cuáles son las - que brinda el sistema, sus valores, etc.-

No es la oportunidad de evaluar en este momento sus virtudes y falencias, pero si importa recalcar que el vigoroso desarrollo descripto y las modalidades organizativas expuestas han creado situaciones que deben -- ser tenidas en cuenta en la planificación del sector público y en la normatización del ejercicio profesional en su seno.-

Entre éstas cabe destacar:

1.- Las Obras Sociales, por su vinculación con el sector privado, ha impulsado un importante crecimiento de su infraestructura que, aunque no planificada, regulada ni normatizada, implica una inversión fija significativa, constituye una capacidad asistencial de magnitud y un núcleo de - intereses de gran peso.-

2.- Ha permitido y promovido, que una masa numerosa de población (más del - 75% en muchas regiones) adoptase como pauta cultural, antes reservada a las clases altas, la atención en consultorios e instituciones privadas de su elección.-

3.- Ha pasado a ser para los médicos la principal fuente de trabajo porque, a la vez que les asegura una demanda sostenida y constituye la parte -- más importante de su estructura de ingresos, les permite el ejercicio -- profesional libre, "privado" en cuanto a sus formas de desempeño. En este sentido, el sistema de Obras Sociales, puede definirse, con cierta - licencia, como socializado en su financiación y "privado" o, "libre" en los modos de atención.-

Por todo esto, el régimen de la atención médica por las Obras - Sociales conforma una realidad asistencial que, por su sóla presencia, crea relaciones necesarias con la organización de esta atención en el Estado y - le impone determinadas condiciones.-

En la Provincia del Chaco y en particular en el área del Gran Resistencia, el desarrollo de las Obras Sociales y sus efectos sobre la atención de la enfermedad y el trabajo médico son en un todo similares a lo que venimos de describir.-

Lo prueban así los siguientes datos proporcionados por la Federación Médica del Chaco referidos a las prestaciones realizadas para las Obras Sociales por sus asociados,

Año 1981:

-. Total consultas de la Provincia	1.299.056
-. Total consultas de Resistencia	680.000
-. Total egresos Provincia	37.585
-. Total egresos Resistencia	23.868

Su existencia comporta, pues, también, como en el resto del país, esa realidad asistencial que crea relaciones necesarias y constituye un punto de referencia obligado, cuando se trata de definir el rol de los efectores del estado en general y su relación con los modos de organización de los recursos humanos en ellos.-

LA CARRERA MEDICA Y LA ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA

La Carrera Médica, aparte de sus disposiciones en resguardo del ejercicio profesional, es un cuerpo legal destinado a normar funciones y asignar tareas que permitan organizar las prestaciones a realizar por los distintos establecimientos dentro de la organización de la atención médica adoptada y en vista a la consecución de los objetivos propuestos por la política de salud.-

A partir de este concepto, puede afirmarse que el planteo y desarrollo de cualquier normativa de este tipo, debe efectuarse tomando como marco de referencia obligado, las funciones que se le asignen en el conjunto de la organización de la atención médica a las instituciones de salud donde ella va a aplicarse.-

O sea, en otras palabras que las disposiciones de la carrera deberán prever y adecuarse al rol definido para el sector y a las modalidades operativas destinadas a desempeñarlo.-

Es evidente entonces, que el establecimiento de pautas para esta legislación, y obviamente la legislación misma y su reglamentación imponen que previamente a su desarrollo se especifique qué papel se pretende que cumpla el Sector Público y en particular sus Hospitales y Centros de Salud en la política asistencial teniendo en cuenta las acciones que realizan los otros sectores.-

Ciñéndonos a este aspecto de la política de salud -el rol de los efectores del estado en la organización de la atención médica- cabe señalar que, descartada la posibilidad de implantación de un sistema estatal único de asistencia como en su momento tendió a ser el Sistema Nacional Integrado de Salud, se presentan al respecto dos grandes alternativas:

1.- Organizar la atención médica del Sector Público como un sistema aislado, con leyes y dinámica propias, dedicado sólo a la atención de la población indigente y las clásicas acciones de promoción, prevención, etc., y por lo tanto sin vinculación orgánica y planificada con otras formas de atención.-

2.- Planear su organización en vista a su coordinación con los otros sectores de prestadores para integrarse con ellos en una red de servicios que cubra todas las necesidades de salud de la población de manera igualitaria y cumpliendo los conceptos fundamentales de accesibilidad, integralidad y oportunidad de la atención médica.-

Si bien existe una pequeña franja de la población que paga los gastos de su enfermedad de su propio bolsillo, los datos que se han expuesto en el capítulo anterior sobre el sistema de Obras Sociales y sus relaciones con el sector privado y el ejercicio profesional, son los que deben ser tenidos en cuenta, inspirar las reflexiones y pesar en las decisiones cuando se trata de optar por una u otra de estas alternativas y su implicancia en la carrera profesional.-

Al respecto son convenientes las siguientes consideraciones:

A.- Si el Sector Público decide estructurar sus servicios como un sistema aislado puede, teniendo en cuenta la realidad que constituye el sistema de Obras Sociales, optar por una de estas dos variables:

A.1.- Decidir por un régimen aislado no sólo desde el punto de vista asistencial sino también profesional y en ese caso establecer régimen de trabajo profesional con exclusividad para el sector público.-

A.2.- Decidir por un régimen aislado asistencial pero no profesional y en este caso:

A.2.1.- Optar por un régimen de dedicación parcial permitiendo el desempeño en ambos sectores.-

A.2.2.- Optar por un régimen mixto con dedicación parcial predominante y desempeño en ambos sectores, y dedicación exclusiva para determinadas y muy bien especificadas funciones o tareas.

B.- Si por el contrario, la decisión es integrar el sector público en una red de prestadores al servicio de toda la población y para ello vincularlo fundamentalmente a la demanda de la Seguridad Social, se presentan a su vez dos grandes opciones:

B.1.- Establecer este vínculo mediante un sistema de contratos "cerrados" que absorban una parte de esta demanda con exclusividad y empleando como régimen de trabajo algunos de los descriptos en A.1.-, A.2.1.-y A.2.2.-

B.2.- Establecer este vínculo dentro de un sistema en el cual el hospital público es un prestador más de una red de prestadores constituída - por los efectores de todos los sectores y abierta por igual la de-- manda de todo el universo de los usuarios.-

En este caso, por último, puede prestar sus servicios:

B.2.1.- Con su cuerpo profesional retribuído por sueldo exclusiva-- mente y según uno de los regímenes descriptos en A.1.-, A.2.1 y A.2.2.-

B.2.2.- Con su cuerpo profesional retribuído por sueldo más los ho- norarios devengados por la atención de las Obras Sociales.-

B.2.3.- Con su cuerpo profesional retribuído por sueldo (más honora rios ó no) y permitir la utilización de su infraestructura por profesionales no pertenecientes al hospital para la aten ción de beneficiarios de las Obras Sociales (y aún de los - pacientes privados) bajo normas específicas de desempeño.-

Las alternativas que acaban de plantearse aunque tal vez no sean todas las probables, constituyen a nuestro criterio un marco imprescindible - para la decisión sobre el rol que se le otorgara a los efectores del estado - en una política de atención médica y los modos de estructurar el desempeño -- profesional de acuerdo a ese rol.-

Cada una de ellas podría ser objeto de un análisis pormenorizado sobre sus implicancias pero eso excedería los límites de esta presentación.-

En general, sin embargo queremos señalar algunas consecuencias -- que surgirán según sea una u otra la decisión y fijar por último nuestra posi ción.-

De la participación o no del sector público en la atención del -- universo cubierto por la Seguridad Social y del espectro de prestaciones que eventualmente le brinde (alta complejidad, servicios de internación, consul-- tas prácticas especializadas), dependerá en parte, en razón de la magnitud de la demanda de este universo, su dimensionamiento y organización.-

Por no haber tenido en cuenta esta relación necesaria se asiste - en el país a dos consecuencias: por un lado, existe en muchos lugares aun so- bredimensionamiento de la infraestructura de los efectores públicos con una -

subutilización que implica capacidad ociosa y altos costos de producción en virtud de los gastos fijos necesarios para mantener esa infraestructura.-

Por el otro es clásico observar una mengua del papel de estos - efectores, su atraso relativo y su deterioro en la mayor parte del país y - principalmente en los grandes conglomerados urbanos donde se ha desarrollado una importante capacidad instalada privada.-

No podía ser de otro modo ya que, cubriendo las Obras Sociales más del 70% de la población, si el hospital público no se vincula a ella - queda éste reducido a la atención de un sector muy pequeño de la población y por lo tanto sin un destino cierto.-

Del mismo modo respecto de los profesionales, de que los médicos puedan desarrollar funciones en ambos sectores, o que por el contrario,- la legislación establezca incompatibilidades que crean modos de desempeño - separados y hasta excluyentes, se derivarán consecuencias para el ejercicio profesional global de todo el cuerpo médico y, en particular, para su ordenamiento en una carrera en el servicio público.-

En el primer caso, existe para el profesional la oportunidad de capitalizar la experiencia científica de su trabajo en ambos sistemas, complementar recíprocamente sus ingresos y, en general, desarrollar su profesión en un contexto de fluída integración y comunicación.-

En el segundo las incompatibilidades y la separación crean, dos tipos de médicos, estatal y privado, compitiendo y rivalizando entre sí, en un aislamiento recíproco que bloquea las mutuas influencias de perfeccionamiento.-

Solamente, si estos sistemas, el público y el de Obras Sociales fueran cada uno de ellos, separadamente suficientes para darles a sus respectivos médicos satisfacción económica y plenas posibilidades de realización profesional esto no ocurriría. Evidentemente, esto no es así y lo será cada vez menos en la medida que estos sistemas continúen como compartimentos estancos y enfrentados.-

Es pues nuestra posición que el Hospital Público debe estar abierto a todas las Obras Sociales, cobrarles los servicios realizados e integrarse a una red que incluya a todos los prestadores, públicos y privados y a la cual tengan acceso todos los usuarios.-

Además debe retribuír a los profesionales, a parte de sueldos, los honorarios que ellos generan por la atención de Obras Sociales y permitir, bajo una normatización definida la utilización de su infraestructura de los que no forman su plantel estatal.-

Sin duda esta propuesta, significa un cambio radical del papel y la organización de los efectores del estado respecto del que clásicamente ha venido desempeñando y requiere, por lo tanto, alguna fundamentación aunque -- sea sumaria.-

Por lo general, es clásico asignar a estos efectores la realiza-- ción de acciones de penetración y extensión de cobertura en áreas desprotegidas, tareas de prevención y promoción de la salud, educación sanitaria y co-- bertura de la atención de la enfermedad.-

Si bien existe acuerdo unánime en que estén a cargo del Sector Público las primeras funciones enumeradas, este acuerdo no es total en lo que - se refiere a atención de la enfermedad, existiendo desde quienes, argumentando costos de producción y eficiencia, postulan la desaparición del hsopital - público, hasta quienes sostienen que su única función es la atención de los - indigentes.-

Tanto unos como otros dejan sin mencionar, o sólo enuncian sin definir, otra serie de funciones o roles en el marco actual de la atención médica.-

Respecto de la atención de la enfermedad, a nuestro juicio el hospital público debe tener, sin duda, entre sus prioridades la atención de la - población desprotegida, sobre todo en zonas donde, en virtud de sus condiciones socio económicas es frecuente la marginalidad social.-

Pero constreñido a esta atención de indigentes es restarle una importante porción de otras funciones también trascendentes.-

En efecto, por su capacidad de financiación, sobre todo si se suma a los recursos de rentas generales, los provenientes del cobro de los servicios realizados a la Seguridad Social, puede enfrentar con ventaja la construcción de infraestructura y la incorporación de tecnología, adecuadas a los requisitos técnicos, humanos y sociales de la medicina actual.-

De este modo, no sólo podría asumir con solvencia la atención de la población indigente y la cobertura de la alta complejidad a costos más racionales, sino también por su magnitud y calidad, constituír una "masa crítica" suficiente para actuar como factor de ponderación y equilibrio en la oferta de servicios. Al respecto es necesario subrayar que, aunque sea deseable promover la actividad privada por su iniciativa, dinamismo y costos, la salud es un bien social que no puede dejarse librado exclusivamente a las leyes del mercado.-

En otro orden de funciones, debe considerarse el papel preponderante que tiene que cumplir en la formación del postgrado y la investigación, como metodología para mejorar la capacitación y de este modo elevar la calidad de la oferta profesional, no ya exclusivamente en su seno, sino en toda la estructura de atención médica.-

Esta elevación de la calidad de la oferta, junto a la enseñanza a trabajar en equipo dentro de una organización jerárquico funcional, con lo que ella implica como autodisciplina respetuosa de los límites de las propias capacidades, asegura, por su influencia sobre los otros sectores, un significativo impacto en el mejoramiento y actualización de los servicios puestos a disposición de la población.-

En el mismo sentido actúa la función que el hospital público debe cumplir en la incorporación y evaluación de nuevas tecnologías médicas y de organización. Sin extendernos en este aspecto, valga para recalcar la importancia de su papel en esta área, el desorden y la irracionalidad que estan primando en los modos de incorporar los adelantos tecnológicos, si se los compara con lo que debiera ser una política de salud que tienda a compadecer las mejores oportunidades de atención, con la correcta administración de recursos.

Ser una importante oportunidad de la atención de la enfermedad y de promoción de la salud para toda la población y cumplir una función de "rol modelo" para los otros sectores contribuyendo a su superación, es el papel que creemos deben desempeñar los efectores del estado en el marco de una organización de la atención médica pluralista como la nuestra.-

La tendencia de esta organización es hacer un sistema abierto, con demanda intercambiable entre los diversos prestadores de salud, posibilitado por la creación de recursos financieros que genera la Seguridad Social.-

Es pues, imprescindible aceptar el desafío de insertar el Hospital Público en este sistema abierto.-

Hasta ahora no se le ha dado una respuesta orgánica, antes bien, por una falta evidente de visión y decisión política y por posiciones apriorísticas de los protagonistas de los diferentes sectores, la Seguridad Social creció y se desarrolló sin vinculación planificada y racional con los servicios del Sector Público y, lo que es peor, sin siquiera establecer entre ellos, una coordinación elemental de las políticas asistenciales. Surgieron así numerosos problemas que si bien no es el caso analizar aquí han terminado creando esterilizantes situaciones de competencia y rivalidad.-

Antes hacíamos referencia a la pérdida del protagonismo del Sector Público en la atención médica, de su atraso relativo y de su deterioro. Sin duda, esto configura una situación real en nuestro país a la que no son ajenas esta falta de visión y decisión y estas posiciones apriorísticas.-

A superarla tiende la propuesta que dejamos formulada. No ignoramos el cambio radical que ella implica, ni las resistencias que suscitará.-

Valga para justificarla el objetivo que se propone.-

Enfocado el tema desde el punto de vista de la carrera profesional, las reflexiones y propuestas que siguen son destinadas a hacerla posible.-

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE CARRERA

En el punto anterior se establecieron algunas relaciones de la carrera con la organización de la atención médica, destacando el carácter de esta última como su marco condicionante dada la necesidad que esta normativa sirviese para ordenar tareas y funciones en vistas a la consecución de determinados objetivos.-

Desde el punto de vista estricto de la carrera en sí, se entiende por tal, un tipo particular de instrumento legal, desarrollado fundamentalmente en el sector público, que en general ha tenido por objeto regular el ingreso, la permanencia y régimen de trabajo, promoción y remuneraciones de los profesionales dentro de los establecimientos de salud.-

Para los profesionales, sus objetivos principales han sido:

1.- Lograr un trato justo y de respeto mediante una normatización que ordene su desempeño y limite el ejercicio del poder de las autoridades.-

2.- Asegurar mecanismos de acceso igualitario a las fuentes de trabajo sin otros condicionamientos que el mérito y la capacidad personal.-

3.- Permitir el acceso a los cargos jerarquizados de quienes demuestren para su desempeño mayores títulos, dedicación y responsabilidad.-

4.- Obligar a la renovación periódica de las funciones.-

5.- Posibilitar la actualización y el perfeccionamiento mediante planes de capacitación en servicio y programas de formación de postgrado.-

6.- Asegurar una remuneración que contemple la formación y capacidad requerida así como también la responsabilidad y trascendencia de los actos que constituyen su ejercicio.-

Estas aspiraciones, que han sido motivo de una larga tradición de lucha por las instituciones que agrupan a los médicos, se fundamentan en consideraciones sobre el carácter público de los efectores del estado y en otras, que devienen de la naturaleza de la profesión.-

Al derecho consagrado por la constitución que establece la admisibilidad de todos los habitantes a los empleos sin otra condición que su idoneidad, se suma aquí el hecho que los hospitales públicos constituyen por su desarrollo un sistema asistencial que significa una proporción importante de las posibilidades de trabajo profesional y el ámbito donde hasta ahora se ha realizado de modo más idóneo su formación y perfeccionamiento.-

Por otra parte la profesión médica es una labor altamente especializada, que exige la posesión de conocimientos superiores, esfuerzos metódicos y sistemáticos de capacitación continuada y estricto acatamiento a las normas éticas.-

Su ejercicio, consiste en una serie continua de actos intelectuales complejos que tienen la particular responsabilidad de la salud y lo que ella implica para el destino personal del enfermo y como bien social.-

Buscar entonces una carrera, que garantice iguales oportunidades de acceso a esta fuente estatal de trabajo y formación profesional asegurando por la selección la idoneidad, y establecer en ella normas en resguardo de la específica naturaleza de la profesión, está plenamente justificado.-

Por último, aunque parezca superfluo recalcarlo, así como el fin último de la medicina y del médico es el menester del enfermo, la razón fundamental del hospital no es la atención de la enfermedad como entidad abstracta, sino la curación y rehabilitación del enfermo, en cuanto persona enferma.-

Esta atención de personas que tienen un menester, la enfermedad, sólo puede ser realizada por otra persona, con determinada capacidad técnica, científica y vocacional, a través de lo que se ha denominado el acto médico que en última instancia no es otra cosa que la actividad diagnóstica y terapéutica nacida de la relación médico-paciente.-

Lo dicho equivale a reconocer el acto médico como el hecho central de todo sistema de atención de la enfermedad y comporta la necesidad de la existencia de un protagonista válido por sus condiciones humanas y profesionales y también, es imprescindible remarcarlo, por su identificación con la institución en la que se desempeña.-

Por este motivo, para disponer de este protagonista válido para la realización de las acciones que constituyen su esencia y fundamento, estas instituciones, hospitales, centros de salud, etc., en atención de su propio interés, deben procurar que los profesionales encuentren en ellas la posibilidad de desarrollar y satisfacer sus núcleos motivacionales y de intéres.-

La satisfacción de aplicar sus conocimientos, la oportunidad de acrecentarlos, la gratificación de contribuír a la recuperación del enfermo contando con medios adecuados, la legítima aspiración de obtener de esta actividad los recursos económicos que le son necesarios, constituyen, brevemente enunciados, estos núcleos motivacionales y de interés y satisfacerlos es, de acuerdo a lo que acabamos de afirmar, de tanta importancia para el profesional como para la institución.-

Tales, entonces, en términos generales, las razones y fundamentos de la implantación de las carreras médicas.-

A los efectos de su implementación estas carreras deben desarrollar un conjunto de normas que consagren específicos derechos y normen el trabajo profesional.-

El ingreso por concurso, la estabilidad en el cargo, la periodicidad de las funciones, el escalafón, el régimen de trabajo, la constitución de los planteles, la especificación y funciones de sus integrantes según su lugar en la estructura jerárquica, el régimen de concursos y la constitución de los jurados, el régimen de remuneraciones, licencias, previsión y procedimientos de capacitación, conforman, junto al establecimiento de algunos organismos para su evaluación y conducción los principales puntos que son materia de estas legislaciones y serán abordados en el análisis de las pautas con especial referencia a los problemas planteados en el área del Gran Resistencia.-

AMBITO DE APLICACION

Contrariamente a lo que se viene sosteniendo de una carrera sanitaria que abarque a todo el personal que se desempeña en los efectores estatales y algunos de sus organismos administrativos, la carrera médica debe ser específica y comprender sólo a los médicos.-

A mi juicio los intentos de asimilar en una misma y única normativa a todos los profesionales y personal que se desempeña en el área de la salud, obedece mucho más a simplificaciones intelectuales, abstracciones normativas pretendidamente englobadoras y falsas homogenizaciones, que a una estimación correcta de los particulares ejercicios que cada una de ellas constituyen.

Sin suponer juicios de valor, cada profesión tiene su especificidad en cuanto a las condiciones de su desempeño, las funciones que cumple y las tareas que realiza, y requiere, en consecuencia, su norma particular.-

Sería fácil, pero obvio abundar en ejemplos; basta para hacerse cargo, pensar que el acto profesional médico constituye en esencia una tarea de investigación e interpretación de síntomas y signos que, integrados en una síntesis diagnóstica, dan origen a un acto terapéutico sobre un individuo concreto; que su ocupación es este individuo concreto en las particulares circunstancias psicológicas, sociales y temporales que crea su enfermedad, y que las decisiones que en él se toman, definen en gran medida, para bien o para mal, las posibilidades del enfermo.-

No es tal el ejercicio del bioquímico, el fonoaudiólogo, ni en general, el del resto de los profesionales que intervienen en el área de la salud.-

No se trata de jerarquías de conocimiento o roles, sino de especificidad de funciones.-

Tal vez haga más patente la diferencia entre nuestro criterio de carreras específicas y el de los que proponen carreras sanitarias, la consideración de que, en algunos de éstos, la abstracción normativa ha pretendido incluír en un mismo régimen a los ingenieros, abogados, etc., por el hecho de -

desempeñarse en un área con un objetivo común; pretender normar las tareas necesarias para construír o mantener un hospital, o las propias de crear o interpretar las normas de la relación entre partes y dictaminar sobre sus consecuencias, junto con las que implica la atención profesional médica del enfermo, parece sin duda, un verdadero exceso.-

El nivel de generalidad necesario para esta inclusión, conspira -- contra su eficiencia normativa y lo transforma, o en declamatorio, o en un -- círculo de privilegios.-

Por otra parte, al márgen de las consideraciones teóricas, la experiencia de diversas provincias evidencia que las carreras que han funcionado - en la práctica como un instrumento ordenador, han sido las carreras específi-- cas reguladoras del ejercicio de cada una de las diversas profesiones.-

El problema de lograr un equilibrio equitativo entre estas normativas específicas no se resuelve como ha tratado de hacerse, con una carrera única con reglas comunes para acciones diferentes, sino contemplando en ellas los derechos y obligaciones particulares para cada profesión.-

En virtud de estos criterios, las pautas que aquí se formulan regulan sólo el desempeño médico en los efectores del estado.-

CLASIFICACION DEL PERSONAL:

Personal Permanente:

Ingresado mediante concurso forma parte de los planteles - de la carrera escalafonaria y goza de todos los derechos establecidos por ésta.

Personal Contratado:

Régimen de excepción para la cobertura de tareas que por - su naturaleza o transitoriedad no pueda ser realizado por personal permanente.

Debe contemplarse porque posibilita tareas excepcionales. Entre -- ellas, si bien puede haber algunas de menor significación, otras pueden constituír programas especiales de asistencia o capacitación. A modo de ejemplo, ci-

tamos la creación del servicio de cirugía cardiovascular en la Provincia de Mendoza, mediante un convenio con el gobierno de Suecia y el posterior contrato, durante un lapso prolongado, de un miembro del equipo que participó del primitivo convenio.-

El régimen de contrato, si bien debe considerarse en el de carrera con el objeto de conseguir una correcta relación del contratado con los integrantes del plantel, no debe incluír a aquél en la estructura jerárquica del escalafón a fin de evitar superposición de funciones y conflictos.-

Asimismo, los términos del contrato deben establecer claramente: objeto del mismo, funciones, área de desempeño y tiempo de duración.-

Personal Interino:

Para cubrir vacantes de modo temporario en los planteles de carrera escalafonaria.-

Es imprescindible que la ley fije un plazo determinado y breve de los interinatos de modo de obligar al llamado a concurso de los cargos así cubiertos. La experiencia indica que en muchos regímenes de carrera cuando estos plazos no han existido o han sido violados, el personal permanente con estabilidad ha sido reemplazado por personal interino sin ella.-

Se ha desvirtuado así la esencia del interinato -que es permitir la continuidad integral de la atención evitando vacíos en los planteles- haciendo de él una estructura permanente que permite al poder público un ejercicio indiscriminado de la autoridad.-

El plazo de los interinatos no puede exceder los 6 meses, tiempo suficiente para efectuar el concurso.-

En el caso de no existir candidatos o declararse desierto, el nuevo período no podrá exceder tampoco el lapso anterior y obligará a repetir el procedimiento.-

PERSONAL PRESCALAFONARIO CONCURRENTES Y RESIDENTES:

Hemos insistido antes sobre el papel fundamental del Sector Público en la capacitación de postgrado como medio de contribuír a elevar la calidad de la oferta en la estructura de atención médica, no sólo propia, sino también de los otros sectores.-

La forma mediante la cual el sector ha efectuado esta contribución son los regímenes de Concurrencia y Residencia.-

Es necesario entonces referirse a ellos en cuanto a su naturaleza y fines y en cuanto a sus relaciones con la carrera.-

La residencia tiene en teoría un programa específico a desarrollar en un período breve, fijo y de formación intensiva.-

El programa contempla una estructura jerárquica (Jefe-instructor) y una diferenciación según los períodos cumplidos (1°, 2°, 3°años), que se asemeja al curriculum de una carrera de estudios y que acreditaría determinados grados de capacidades.-

Es remunerada.-

Tiene el carácter de dedicación exclusiva.-

No se otorga título, pero certifica su realización.-

Habría que definir claramente si es una forma de capacitación que para poder llevarse a cabo necesita la realización de tareas asistenciales,o si se trata de un trabajo asistencial que permite una forma de capacitación intensiva.-

Esto, que parece un juego de palabras pero no lo es, por haber sido tomado como tal, ha dado orígen a numerosos conflictos.-

De parte, tanto de las autoridades como de los residentes, existe al respecto una verdadera ambivalencia.-

Las primeras, cuando deben remunerar, arguyen que se trata de un sistema de capacitación y que lo percibido por los residentes tiene carácter de beca o subsidio.-

Por el contario, cuando se trata de los programas de la residencia, se consideran más las exigencias de trabajo que la de formación y en la práctica en muchos casos, los más seguramente, se usa el sistema como uno -- que provee mano de obra barata.-

Los residentes por su lado, cuando reclaman remuneraciones, arguyen el trabajo realizado y encuadran sus funciones en una relación laborar - en relación de dependencia. En este sentido hablan de "los sueldos de los residentes".-

Pero a su vez, también por el contrario, cuando se trata de esgrimir la residencia como antecedente o, en algunos casos, cuando se considera su desempeño en relación con los médicos de plantel, argumentan la naturaleza formativa de su condición. A título de ejemplo, valga su reclamo como - derecho, en los servicios quirúrgicos, de prioridad para operar casos como - posibilidad de aprendizaje, y su exigencia del reconocimiento de un puntaje especial y significativo en los concursos.-

Aunque hay suficiente experiencia en el país y ha transcurrido - un tiempo también suficiente para su evaluación y adecuación, algunos problemas pendientes (integración de sus funciones con la de los médicos de plantel, evaluación de los programas, de su cumplimiento y resultados y estos interrogantes que acabamos de plantear) y su relación ulterior con el régimen de carrera, exigirán un esfuerzo complementario si verdaderamente se pretende su inserción correcta en la formación de postgrado y en la organización - de la atención médica.-

El régimen de concurrentes o ad-honorem ha sido clásicamente aún más ambiguo.-

El hecho de haber más postulantes que número de plazas rentadas, determinó la aparición de esta categoría de profesionales como consecuencia de dos núcleos de intereses diferentes:

Por un lado los médicos necesitaban capacitación de postgrado, establecer los vínculos de la interrelación profesional y, en general, comenzar a destacar su propio perfil en la profesión. Para ese propósito, el Hospital Público fue durante mucho tiempo, no sólo el ámbito tradicional sino también, prácticamente el único posible.-

Por el otro, la estrechez del presupuesto hospitalario permitía al estado, con estos médicos, realizar tareas sin erogaciones y, aún más, mantener remuneraciones bajas para los de plantel por la presión que esta oferta significaba.-

Se mantenía así un equilibrio inestable, en medio de un régimen muy difuso en cuanto a derechos y obligaciones, poco propicio para un ordenamiento correcto de funciones y nada favorable para los profesionales.-

La aparición de la plétora profesional cambia radicalmente la situación, por los condicionamientos que impone.-

La residencia, ya casi desde el momento de su aparición, por la desproporción entre los candidatos a recibir preparación y el número de residentes posibles, constituye un sistema limitado de capacitación que muchas veces ha sido calificado, por esta razón y desde este punto de vista, como de élite.-

A posteriori, la plétora con su secuela de desocupación o subocupación de los recién recibidos, hace que la residencia sea vista por éstos, no sólo como un método de formación intensiva, sino también como una fuente de trabajo que no hallan en otro lado y como un antecedente para ingresar más facilmente a los cargos rentados.-

Los aspirantes aumentan y con ello la presión para la creación de nuevas plazas, cabiendo preguntarse, si la infraestructura y las disponibilidades docentes, están en todos los casos en la proporción debida para llenar los requerimientos del programa.-

Por su parte, la concurrencia se ve también profundamente distorsionada por el aumento explosivo de médicos. Es tal el número de agregados en muchos hospitales de los centros urbanos de importancia, que su presencia comienza a producir dos efectos conflictivos.-

Para el estado el número excesivo perturba la tarea hospitalaria en vez de favorecerla y genera una fuerte demanda de cargos que basa sus derechos en el tiempo de trabajo ad-honorem.-

Para los médicos, a la ya clásica ausencia de programas específicos para su formación, se agrega ahora, en virtud a este número excesivo, la falta de oportunidades de práctica profesional puesta de manifiesto sobre todo en los servicios quirúrgicos.-

Estas reflexiones, que estamos seguros reflejan una realidad concreta, sugieren la necesidad de replantear ambos regímenes (concurrencia y residencia) considerándolos puramente como de capacitación de postgrado y en tal sentido ubicarlos dentro de la carrera médica como un régimen preescalafonario, programado en el actual contexto de plétora profesional y de desafío de formación masiva.-

Aún con los problemas que se han esbozado, la residencia tiene a su favor las características planteadas al comienzo: período de formación intensivo, programado y limitado.-

La concurrencia debe ser reformulada. A ese efecto y para cumplimentar los requerimientos prioritarios de posibilidad de correcta capacitación y oportunidad de ésta para gran número de médicos, es necesario desarrollar en ella programas específicos de formación y limitarla en el tiempo.-

Sin pretender hacer una propuesta definitiva y a guisa de ejemplo un período inicial de 5 años y luego de un intervalo de tres, pasantías de un año, podrían permitir una formación y actualización adecuadas, y abrir posibilidades a más postulantes.-

LA RESIDENCIA Y CONCURRENCIA COMO ANTECEDENTE:

Uno de los problemas más agudos a resolver es el otorgamiento del puntaje para el ingreso a la carrera a cada uno de estos regímenes.-

Sin extendernos en consideraciones que resultarían excesivas, y dado que en un concurso de esta naturaleza debe acreditarse capacidad y méritos, pareciera razonable equiparar, los 3 años de residencia a los 5 de concurrencia si a ésta se la modifica de acuerdo a las pautas que se acaban de exponer.

En resúmen creemos que la residencia, y una concurrencia programada y limitada en el tiempo, deben constituír un estado preescalafonario de la carrera, que ella contemple entre los antecedentes de los postulantes y norme en cuanto a su desempeño y programación.-

De este modo, el carácter de modalidad difusa de una y la autonomía conflictiva de otra, podrían ser corregidas y servir más adecuadamente a los objetivos propuestos y que comentamos.-

INGRESO A LA CARRERA

El ingreso a la carrera debe ser siempre por concurso y por el grado inferior del escalafón.-

Esta exigencia, generalmente admitida por todos los estatutos escalafones médicos del país, tiene por objeto proteger a los agentes profesionales que han recorrido el orden de méritos en los servicios institucionales, de eventuales desplazamientos por otros profesionales extraños a la institución.-

Si bien esta disposición del ingreso por el grado inferior del escalafón obliga a profesionales calificados a ingresar por éste, generando la posibilidad de autoexclusión y su pérdida para la institución, por otro lado, establece una justa relación entre la institución y el agente al otorgar derechos por los servicios prestados.-

Equidad en la relación profesión-institución versus amplitud de incorporación por ésta en vista a sus necesidades, aparecen como los términos antagónicos del problema, aunque no lo resumen. Se plantean, además, otras consideraciones doctrinarias y prácticas. Quienes sostienen la posibilidad de desplazamiento de los agentes mediante el ingreso por cualquier grado del escalafón para lograr una mayor eficacia o eficiencia, consideran los objetivos de la institución como prioridad primera y excluyente, estimando, además, que el reconocimiento por los servicios se agota en las remuneraciones dinerarias y los otros beneficios recibidos durante el desempeño y que sólo hasta allí llega y obliga el sistema de lealtades mutuas.-

Arguyen por otra parte, que la competencia potencial que significa un eventual desplazamiento, constituye un acicate para el rendimiento y capacitación.-

El sistema, ya cuestionable para la empresa privada -aún reconociendo la libertad de disposición que es inherente a la propiedad privada- lo es aún más en el ámbito del sector público.-

En efecto, es opinable si los objetivos de la institución pueden ser excluyentes de otros valores, como con este caso lo es el trabajo, y si la solidaridad se agota en la relación temporal servicio-retribución. Si ésto fuese así y en la relación agente-institución no se generan otras lealtades, la sociedad podría transformarse en un ámbito irrespirable.-

Además si bien es cierto que la competencia puede ser un acicate, la posibilidad permanente de ser desplazado, es fuente de incertidumbres y angustias, que llevan en ocasiones, a separar, y también contraponer, el fin de la función con los intereses de su titular ocasionando serias distorsiones en su desempñeo. Tal vez el médico, forzado a acumular curriculum sea un buen y dramático ejemplo.-

ESTABILIDAD

Es el primer requisito de una carrera, debiendo existir tanto para el cargo como para el lugar de desempeño.-

Sin estabilidad todos los otros derechos y garantías que pueda establecer una carrera se transforman en meras tolerancias del poder administrador y así, la capacidad de remoción de un agente de su cargo, necesaria para hacer efectivo el poder de disciplina de la autoridad en casos excepcionales, puede deslizarse a un ejercicio arbitrario de ésta, al márgen de las razones institucionales. En este sentido, nuestros hábitos constituyen una rica experiencia incorporada al folklore nacional.-

De allí que, si bien debe existir esta capacidad de remoción por parte del estado, es necesario garantizar que se ejerza sólo de acuerdo a normas estrictamente establecidas para juzgar faltas o delitos pasibles de cesantía o expulsión.-

PERIODICIDAD DE LAS FUNCIONES

Si bien la estabilidad en el cargo debe tener las características señaladas, para la función desempeñada dentro de la estructura jerárquica, sólo debe estar garantizada para el período para el cual esta función fue concursada.-

Dicho de otro modo, hay estabilidad en el cargo y periodicidad en la función.-

Esta periodicidad es imprescindible para evitar que la permanencia indefinida en la función, se transforme en desaliento para la adquisición de nuevos méritos profesionales del que la detenta y en un bloqueo para quienes pueden aspirar a ella por haberlos conseguido.-

En este sentido vale la pena recordar que la función es no sólo un premio por la tarea realizada sino también una oportunidad para desarrollar un programa de perfeccionamiento y progreso futuro en sus dos vertientes: profesional e institucional.-

Clásicamente, las carreras que establecen periodicidad establecen un lapso de cinco años de duración para la función, al cabo de los cuales, ésta debe ser reconcursada, pudiendo quien la ejerce presentarse nuevamente.-

A nuestro juicio el período debería tal vez acortarse a tres o cuatro años, y la posibilidad de volver a presentarse, limitarse a una sola oportunidad. El objeto es darle a la carrera una movilidad suficiente que sirva de estímulos para los que la vienen desarrollando, facilitando así la incorporación de nuevas capacidades e iniciativas.-

CONDICIONES DE ADMISIBILIDAD

Las condiciones de admisibilidad en la carrera deben estar claramente especificadas y en ningún caso pueden implicar valoraciones o presunciones que importen discriminaciones contrarias a los derechos constitucionales.-

Ellas deben limitarse a:

1.- Tener título habilitante para el ejercicio profesional, de conformidad con las disposiciones de la Ley Universitaria vigente.-

2.- Estar matriculado en el Registro Provincial.-

3.- Ser argentino nativo o naturalizado.-

4.- No tener condena criminal por delito que se configure mediante dolo.-

5.- Poseer actitudes psicofísicas para el cargo de que se trate.-

La inclusión de esta limitación a la posibilidad de imponer condiciones de admisibilidad, aunque obvias en un estado constitucional de derecho, debe ser taxativamente incluída dado que la experiencia indica la existencia de circunstancias, por cierto no excepcionales, en que se han llevado a cabo discriminaciones.-

ESCALAFON

Se define el escalafón como un conjunto orgánico de normas que tiene por objeto:

-. Establecer clases, grupos y jerarquías en que se clasifica el personal, y
-. Regular las condiciones para el ascenso, las modalidades de promoción y las remuneraciones.-

En el caso de la carrera médica, la índole particular de las tareas a organizar, las características de las instituciones en que se realizan y la especificidad y requerimientos del ejercicio de la profesión, hacen necesario que este escalafón sea también específico y establezca una estructura jerárquica que permita una adecuada distribución de responsabilidades, aseguradas en su cumplimiento por capacidades fehacientemente evaluadas.-

Condiciones para el acceso a cada uno de los grados y de las jerarquías, formas de evaluación de esas condiciones, tareas y funciones de cada uno de ellos y cadena de responsabilidades constituyen la esencia, junto a los derechos y retribuciones, del escalafón.-

Lo que aquí se propone como pautas generales apunta a prever el cumplimiento de estas premisas.-

A tal efecto, se establece un escalafón horizontal, que asegure el progreso en sus diferentes grados con la sola demostración que se ha adquirido la capacitación necesaria y cumplido la antiguedad estipulada, y un escalafón vertical para las funciones jerárquicas, al que se accede por mecanismos de selección (concurso y/u oposición), después de haber alcanzado determinados grados del escalafón.-

En el primero se evalúa al individuo. En el segundo se selecciona entre ellos.-

Garantía de determinada capacidad para el cargo y obligatoriedad de obtener la mejor capacidad para la jerarquía fundamentan respectivamente ambos escalafones.-

Por no haberse tenido en cuenta estas diferencias, con frecuencia algunas legislaciones han incurrido en su confusión, homologando cargo, grado y funciones. Así, por ejemplo, numerosas carreras tienen un escalafón donde el cargo se une al grado y determinados éstos, a la función, debiendo concursarse cada grado y en los últimos conjuntamente la función.-

Los inconvenientes de ésto son manifiestos: debe producirse una vacante en el grado superior, para que el agente tenga la posibilidad de proseguir su carrera y, además, debe concursar con otros esta vacante. Así lo habitual es que ocupados todos los grados del escalafón, se bloqueen las posibilidades de ascenso y un buen número de profesionales tengan como exclusiva perspectiva jubilarse en el primero.-

La situación no se compadece con la naturaleza de un ejercicio en el cual, la lógica experiencia y el natural perfeccionamiento, permiten ir abordando casos de más en más exigentes, y lleva a situaciones en las cuales, por ejemplo, un cirujano situado en los grados inferiores, realiza intervenciones de alta complejidad.-

Además, la no separación de la función crea la particular instancia de que, si para el ejercicio de ésta se establece -como está justificado- un tiempo límite al cabo del cual debe reconcursarse, si este concurso se pierde, teóricamente se pierde el cargo.-

De allí nuestra propuesta de escalafón horizontal y vertical.-

Para una mayor comprensión de las pautas propuestas, se efectúa la siguiente presentación esquemática:

ESCALAFON HORIZONTAL:

1.- Se proponen 5 grados.-

2.- Para pasar de un grado al otro debe acumularse 5 años de antiguedad en cada uno.-

3.- La promoción de un grado al otro, se hará cumplidos los 5 años de antiguedad en el inmediato inferior, previa evaluación del agente en base a los antecedentes que haya acumulado.-

4.- Puede instituírse como alternativa a este régimen otro consistente en;

a) La promoción del G.1 al G.2 y del G.2 al G.3 se hará de acuerdo al punto anterior.-

b) En la del G.3 al G.4, a los requisitos exigidos se agrega una prueba teórico práctica.-

c) El pasaje del G.4 al G.5 es automático, cumplidos los 5 años de antiguedad.-

La alternativa de una prueba teórico práctica a los 5 años con promoción automática ulterior, puede ofrecer las siguientes ventajas:

a) Es un tiempo suficiente para haber adquirido una formación integral.-
b) Incluye un modo de acreditación exigente pero indubitable en un período crucial de la formación.-
c) Quien pase la prueba teórico práctica demuestra una vocación en su formación que hace innecesario someterlo a nuevas evaluaciones para continuar su ascenso en el escalafón.-
d) Permite que quien no tenga más aspiraciones, alcance un grado intermedio del escalafón.-

Las condiciones de antiguedad y evaluación para la promoción se fundamentan en la necesaria acreditación de capacidad para las tareas propias del grado.-

Esta evaluación implica la implantación de procedimientos que la hagan posible y que garanticen que ella no será sólo una rutina ni se caerá en arbitrariedades.-

Para ello se propone la creación de un comité de evaluación y otro de auditoría, con las siguientes características:

-. Comité de Evaluación:

Integración:

- Director
- 3 Jefes de servicio por sorteo o elección de los médicos de plantel.-
- 3 Jefes de clínica por sorteo o ídem.-

Funciones:

a- Evaluación anual de los profesionales.

A ese efecto considerará:

a-1. Legajo personal (asistencia, sanciones, etc.)

a-2. Cumplimiento de programas de capacitación.-

a-3. Informes de producción del servicio de estadística.-

a-4. Informes de calidad del comité de auditoría.-

a-5. Informe jefe servicio respectivo

a-6. Actividad docente desarrollada.-

a-7. Participación en actividades y producción de carácter científico.-

b- Evaluación del personal profesional que deba ser promovido al grado superior.-

A ese efecto considerará:

b-1. Resultados de la evaluación anual obrante en los legajos.-

b-2 Toda otra constancia a pedido del interesado.-

-. Comité de Auditoría:

Integración:

- Subdirector
- Jefes de Departamento
- 3 Médicos Jefes de Sección

Funciones:

1- Establecer la sistemática de estudio y tratamiento de las diferentes patologías.-

2- Establecer los modelos y modo de cumplimentación de historia clínica.-

3- Evaluar la relación entre presunción diagnóstica, pruebas solicitadas, diagnóstico definitivo, tratamiento efectuado y resultado.-

Es evidente que para cumplir las funciones asignadas, el Comité de Evaluación necesita de una documentación que le proporcione los datos indispensables.-

De esta información, alguna se recoge normalmente en el Sector Público a poco que este tenga cierto grado de desarrollo y racionalidad. Tales, por ejemplo, los datos del departamento de personal y estadística, aunque esta última, a los fines propuestos, deberá extenderse a las tareas de los agentes, ya que actualmente en general son globales por Hospital o, a lo sumo, por servicio.-

Otras, todavía no han sido incorporadas de manera habitual y orgánica. Al respecto, son necesarios la implantación de la auditoría y programas de capacitación, que cumplan, aparte de sus fines específicos, la tarea de proporcionar datos sobre la actuación y curriculum de los agentes.-

Sobre el Comité de Docencia e Investigación, se tratará en un capítulo aparte.-

El Comité de auditoría se incluye aquí porque, si bien su objeto fundamental no es el de la calificación del personal, sino la normatización y la docencia en servicio, puede también proporcionar datos sobre la calidad de la tarea de los integrantes del cuerpo profesional.-

Lo expuesto sobre ambos Comités es una enumeración de funciones que requieren un mayor desarrollo a través de la reglamentación, y los detalles de ella deben ser discutidos teniendo en cuenta las características de los establecimientos donde van a aplicarse.-

Aquí nos interesa destacar la importancia de su inclusión en la carrera tal como se propone, porque ello significa un firme paso adelante para la evaluación necesaria en el escalafón horizontal.-

La propuesta de cinco grados, de cinco años de duración cada uno, se debe a que, sumados, abarcarían un tiempo de labor casi coincidente con el jubilatorio y a que, produciéndose así un proceso de vacancia y renovación, no se genera una sobrecarga presupuestaria para el Estado.-

ESCALAFON VERTICAL:

Es el establecido para las funciones con áreas específicas de responsabilidad.-

Constituye una estructura jerárquica a la que se accede, como en el ingreso a la carrera, por concurso de antecedentes, títulos y/o posición.-

Como ya se estableció al hablar de periodicidad en las funciones,la permanencia en éstas es sólo por un período limitado, luego de cumplido el cual, existe la obligación de someterse a un nuevo concurso.-

El desempeño de funciones jerarquizadas no interrumpe la promoción que se preve para el escalafón horizontal y el agente que termine en su función jerarquizada reingresa al plantel con el grado que hubiera alcanzado en el momento del cese de ésta.-

De este modo se asegura la continuidad en el escalafón y la retención del cargo cuando termina la función.-

Proponemos seis funciones jerarquizadas para este escalafón vertical.-

En su denominación se ha seguido la nomenclatura clásica por considerarse que ella se ajusta en gran medida a las funciones hospitalarias y porque su uso las ha consagrado.-

Función:

1.- Jefe de unidad
2.- Jefe de clínica
3.- Jefe de servicio
4.- Jefe de departamento
5.- Director asociado
6.- Director

Las relaciones con el escalafón horizontal son las siguientes:

1.- Para Jefe de unidad de internación se requiere ser grado 3.

2.- y 3.- Para Jefe de clínica y Jefe de servicio se requiere ser grado 4 ó 5.

4.- Para ser Jefe de departamento se requiere ser grado 5.

5.- Para ser Director asociado se requiere ser grado 3, 4 ó 5 y tener curso de administración hospitalaria.-

6.- Para ser Director se requiere ser grado 4 ó 5 y tener curso de administración hospitalaria.-

COMENTARIOS:

El escalafón vertical propuesto y las condiciones fijadas para acceder a él, permiten atender a los dos requisitos planteados:

1.- Una suficiente apertura jerárquica que posibilite, a través de la reglamentación, una adecuada distribución de funciones y una eficiente cadena de responsabilidades;
2.- Un mecanismo de selección que permita llenar las funciones con las mejores capacidades.-

Además, actúa como un estímulo cierto a una capacitación superior aparte de la requerida para el grado.-

La relación establecida entre los grados (antiguedad-acreditación) y las funciones requiere particulares consideraciones.-

El acceso a la jerarquía inferior comienza con el grado 3. de la carrera, es decir entre los 10 y 15 años de antiguedad. Se opta por este criterio con el fin de promover la incorporación precoz a las funciones con responsabilidad.-

Se estipula para las funciones de Jefe de clínica y Jefe de servicio el grado 4. además del 5. para ampliar el espectro de selección, y dar oportunidad de esas funciones a los que se encuentran en un tramo mediano de su carrera (15 a 20 años).-

Para las funciones de Director asociacio y Director, se impone la necesidad de haber alcanzado los grados 3. y 4. respectivamente en la carrera asistencial y tener formación en administración hospitalaria.-

Al respecto debe aclararse que el criterio obedece a que, a nuestro juicio, es imprescindible, a los efectos de la conducción de una unidad hospitalaria, haber realizado previamente una carrera asistencial y luego recién acceder a la función administrativa.-

El requisito de la especialización en administración es obvio.-

Con este doble requerimiento se pretende lograr una síntesis de experiencia entre las tareas que se van a conducir y los conocimientos específicos requeridos.-

PLANTELES Y ESPECIFICACION DE FUNCIONES:

El número de cargos médicos generales y jerarquizados por establecimiento y la especificación de funciones de cada una de las jerarquías del escalafón vertical, está estrechamente vinculado con el escalafón y debe ser materia de la reglamentación, existiendo sobre el tema suficientes antecedentes legislativos y bibliografía técnica que detallan las tareas de cada uno de estos escalones jerárquicos.-

Sólo cabe acá señalar algunos aspectos generales.-

Respecto del número de cargos médicos necesarios para la institución y su distribución por servicio se han usado dos parámetros.-

1.- Relacionar el número de cargos con el número de camas y el grado de complejidad hospitalaria.-

2.- Hacerlo sobre la base de la producción real del servicio medida en pacientes egresados, consultas externas, partos, operaciones, etc. Acerca de este punto se han preparado coeficientes de horas médicas que miden el tiempo insumido por cada acto (por ejemplo, una consulta, una radiografía, una operación quirúrgica, etc.), según las distintas especialidades y permiten obtener el total de horas médicas requeridas para atender la demanda registrada.-

Con las horas médicas, y sabiendo el régimen de trabajo de los profesionales, se puede hallar el número de médicos necesarios.-

Las funciones jerarquizadas que deben existir en un determinado establecimiento, están relacionadas directamente con su nivel de complejidad, ya que éstos se conforman de acuerdo a normas que tienen en cuenta su dimensión y el grado de diferenciación de las tareas que cumplen.-

La correlación entre las denominaciones de la estructura jerárquica, (Jefe unidad, clínica, etc.), y la de las unidades operativas de la organización hospitalaria (servicios, secciones, salas, consultorios, etc.) no plantea en la práctica problemas agudos, y es sólo motivo de una adecuada convención sobre estas correlaciones.-

El criterio es válido porque los intentos que se han hecho de prever en una carrera las diferentes funciones que serían necesarias para contemplar todas las variantes organizacionales de los distintos establecimientos, han terminado en una diferenciación demasiado extensa, poco práctica, y de todos modos insuficiente.-

REGIMEN DE TRABAJO

En el capítulo sobre las relaciones entre la organización de la atención médica y la carrera, y en el de consideraciones generales sobre éstas, se trató de fundamentar que las normativas de este tipo no podían perder de vista dos objetivos fundamentales:

1.- Crear las funciones y organizar las tareas de modo tal que los diferentes efectores del Estado pudiesen realizar acabadamente las acciones a ellos asignadas en la Política de Salud.-

2.- Atender a la naturaleza y requisitos del ejercicio profesional y al hecho que este ejercicio en el sector público debe insertarse en el contexto más amplio de su simultánea realización en otros sectores.-

El régimen de trabajo, en virtud de que su contenido particular es el régimen horario y su distribución dentro y fuera del hospital en actividades de consulta, internación, emergencia y capacitación, constituye la regulación más estrechamente relacionada con estos dos objetivos y su implementación debe tender no sólo a alcanzarlos sino a compatecerlos entre sí.-

La propuesta que aquí se formula tiene en cuenta estas consideraciones generales enmarcándolas, en lo particular, an algunas conclusiones del diagnóstico de situación que se realizó al comienzo de esta presentación, respecto del área del Gran Resistencia.-

De ellas, y en relación con el régimen de trabajo cabe destacar de manera escueta las siguientes:

1.- Existe en los diferentes efectores del área del Gran Resistencia una pluralidad de horarios profesionales sin que ésto pueda vincularse con criterios funcionales, y por lo tanto sin racionalidad aparente en su aplicación.-

2.- Neto predominio del régimen de dedicación exclusiva sin necesidades asistenciales ni de organización que lo justifiquen y con consecuencias desfavorables para los establecimientos y los profesionales, a saber:

2.1. Marginación de algunos profesionales que resienten de trabajar con bloqueo de título.-

2.2. Desvinculación del régimen del resto del ejercicio profesional y tendencia a cerrarse en sí mismo.-

2.3. Falta de proporción en las retribuciones con respecto a los otros regímenes horarios en relación a la respectiva carga de tareas.-

2.4. Mayores costos para el Estado.-

3.- Desempeño aislado, sin vínculos claros con los hospitales de referencia, de los médicos de los Centros de Salud.-

En esencia, la modalidad que proponemos en vista y para superar lo que venimos de comentar se resume en:

a.- Un régimen general de 30 horas semanales para los servicios de internación, consultas y de diagnóstico y tratamiento.-

b.- Un régimen particular de 40 horas semanales para posibilitar que los médicos de guardia y los de los centros de salud se integren a los servicios del hospital.-

c.- Un régimen de excepción de 44 horas semanales con bloqueo de título para tareas cuya especificidad así lo requiera.-

REGIMEN DE 30 HORAS SEMANALES:

Dado que se aplicará a los servicios de internación, consultas y diagnóstico y tratamiento, pasa a ser el horario general para el desempeño en los hospitales.-

El horario uniforme en cuanto a su duración y con concurrencia simultánea, al determinar la presencia de todos los profesionales en un mismo período (7 a 12, u 8 a 13), permite un funcionamiento orgánico e integrado de los diferentes servicios entre sí, un trabajo en equipo de permanente cooperación, un proceso de intercambio de conocimientos con elevación del nivel general de los mismos y una distribución ordenada y equitativa de las cargas de tarea y del ejercicio de la cadena de responsabilidades.-

Por lo obvio pareciera innecesario insistir en la necesidad de su implantación.-

Sin embargo, ha habido numerosas propuestas y existen leyes que las establecen, de regímenes de horarios múltiples. La Ley de Carrera de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires tiene los siguientes regímenes: 20 - 24 - 30 - 36 - 40, para el personal de planta; 24 - 30 - 36, para el jerarquizado, - etc. Incluso las pautas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, preve. regímenes de 20 - 36 - 44 y 44 con bloqueo de título.-

A nuestro juicio una tal anarquía de horarios, es incompatible con un funcionamiento integrado y racional del hospital y no responde a necesidades genuinas de éste, sino a conveniencias de los agentes o a situaciones anómalas debidas, como en el caso de Chaco, a la superposición en el tiempo de diferentes políticas asistenciales que actualmente coexisten sin vinculación entre sí.

La implantación de este régimen de 30 horas nos parece pues un requisito ineludible, a los efectos del ordenamiento de la labor profesional y previo a cualquier propósito de reorganización y reestructuración hospitalaria.

Se ha optado por 30 horas semanales, porque 5 horas diarias es un tiempo suficiente para permitir una adecuada organización de las tareas y un aprovechamiento racional de la capacidad instalada.-

A su vez, este horario, desde el punto de vista del profesional, le posibilita compatibilizar su labor hospitalaria con sus otras actividades en la Seguridad Social o el sector privado, completando entre ambas una jornada de labor prudente en cuanto duración.-

Horarios más limitados, 18 ó 24 horas semanales, suponen una subutilización de la infraestructura y lo que ella representa como capital fijo.-

Además, debiendo estar las remuneraciones proporcionadas al número de horas dedicadas a la función, el achicamiento de la jornada determina un nivel de ingresos menores que, cuando llegan a cierto límite y dejan de ser significativos, hacen que el médico pase a considerar su labor hospitalaria como marginal. Se cae así en un círculo vicioso en que no se remunera bien porque no hay adecuada dedicación y no hay una adecuada dedicación porque no remunera bien.-

Esta situación es indudablemente nociva tanto para el profesional como para la institución.-

Tiempo suficiente para organizar correctamente las tareas, aprovechamiento racional del capital fijo que significa la inversión en infraestructura y equipos, y jornada que justifique una remuneración estimulante, son el trípode que deben guiar la decisión en un tema tan debatido como este de la dedicación horaria.-

En el marco de compadecer las necesidades de organización hospitalaria y el desempeño del ejercicio profesional en el Estado y la actividad privada, adoptar el régimen de 5 horas diarias, nos parece el punto más lógico de equilibrio.-

REGIMEN DE 40 HORAS SEMANALES:

El régimen de cuarenta horas semanales tiene por objeto permitir la integración de los médicos de guardia a los servicios de internación y los de los centros de salud a los hospitales.-

Profesionales de Guardia:

Los profesionales que desarrollan actividades en los servicios de emergencia, cumplirán 24 horas corridas de guardia una vez por semana y concurrirán 4 horas por día, 4 veces por semana, con un día no laborable después del día de guardia.-

En muchas carreras el régimen de guardia es un régimen especial, independiente y separado, de la labor en los servicios.-

En nuestra opinión, así estructurado adolece de dos graves fallas:

1.- Se produce en la práctica un aislamiento funcional del servicio de guardia de los otros servicios del hospital.-

2.- La labor de los médicos de guardia se transforma en una actividad separada del resto de las actividades de los otros profesionales del hospital.-

El aislamiento funcional del servicio de emergencia trae discontinuidad en el seguimiento y tratamiento del enfermo entrado y tratado en primera instancia por guardia, debido, no sólo a que otro profesional se hace cargo

del paciente, sino también a posibles criterios dispares en su conducción. Cualquiera que se haya desempeñado en los servicios a donde se derivan los "pacientes de la guardia" debe tener conciencia de esta desconexión y sus efectos, y al respecto, tal vez el ejemplo más demostrativo, es el enfermo operado por un cirujano y seguido por otro a través de un frío protocolo.-

La limitación del médico de guardia a las funciones propias de ésta y su desvinculación de colegas de los otros servicios, corre el riesgo de llevarlo a una progresiva y limitativa especialización en casos agudos o, peor aún, dadas las características de muchas guardias que suplen falencias en consultas externas del resto del hospital, en médicos de consultorios externos "complementarios" donde sólo se realizan tratamientos sintomáticos "de momento".-

Sin duda ésto no condice con una correcta formación, ya que la patología médica como la quirúrgica y las especialidades tienen, por así decirlo, una patología integral -de la cual los casos agudos forman parte- y requieren por lo tanto un conocimiento integral que sólo puede ser adquirido a través de la experiencia en servicios de internación y del proceso de interacción de conocimientos que en ellos se produce.-

Por otra parte, además de esta posibilidad de una formación más integral del médico de guardia, su concurrencia a los servicios hace posible unificar criterios diagnósticos y terapéuticos con los otros colegas dentro de las sistemáticas establecidas, permitiendo así establecer parámetros adecuados para la evaluación de resultados.-

En resúmen, el régimen que se propone tiene por objeto que el servicio de guardia, organizado como una unidad independiente, en la práctica actúe como una prolongación de los servicios del hospital con el objeto que esta independencia no se transforme en aislamiento.-

A este efecto, los médicos que cumplen tareas de guardia son los mismos de los servicios con una extensión horaria. O, dicho de otro modo, algunos médicos de los servicios cumplen funciones de guardia en una unidad organizada con ese fin, para lo cual se efectúa una extensión y ordenamiento de su horario.-

Médicos de los Centros de Salud:

Como ya se puntualizó en el diagnóstico de situación existen franjas de la población que por su ubicación geográfica y situación económico social, y su falta de cobertura por la Seguridad Social sufren las condiciones de la marginalidad o cuando menos son indigentes médicos.-

Estos grupos poblacionales tienen, espontáneamente, escaso acceso a la atención médica en virtud de las barreras culturales, económicas y de ubicación con relación a los centros hospitalarios.-

El hecho se traduce en altas tasas de patologías evitables de mortalidad infantil y de desnutrición.-

A los efectos de la corrección de esta situación, se hace imprescindible que el Estado desarrolle acciones de penetración, extensión de cobertura, prevención, saneamiento ambiental y educación sanitaria mediante la instalación de centros periféricos que las desarrollen in situ, con el objeto de llevar las acciones de atención médica de manera directa a estas franjas de población.-

Urgidos por la magnitud y trascendencia social del problema, diferentes gobiernos locales han implementado políticas y programas específicos para solucionarlo, consistentes en la mayoría de los casos, en la instalación de centros periféricos de diferente complejidad y jerarquía, como resultado de un equilibrio entre necesidades y recursos.-

Esos centros periféricos han sido concebidos, en general, según dos esquemas de organización, a saber:

1.- Como parte de una estructura sanitaria ordenada según niveles de complejidad vinculados por cadenas de derivación, donde actuaban como boca de entrada al sistema.-

2.- Como un régimen asistencial especial, aislado y cerrado en sí mismo, salvo la derivación obligatoria.-

Correctas desde el punto de vista de la apreciación doctrinaria y adecuadas para atender a las necesidades asistenciales, estas dos concepciones, basadas fundamentalmente en el principio de descentralización de la atención médica, no han podido superar en la práctica un marcado aislamiento del resto de los efectores; en el caso del primero, porque, los modelos por niveles de complejidad con vínculos funcionales bien determinados, y fluída intercomunicación profesional, raramente han pasado del plano teórico, y en el segundo, por su misma naturaleza de régimen especial.-

Este aislamiento de los centros periféricos ha provocado a su vez que sea difícil la canalización de médicos hacia este tipo de asistencia y que los que allí se desempeñen consideren en muchos casos su ocupación como marginal o transitoria dentro de su ejercicio.-

En esas condiciones el médico se siente aislado profesionalmente, constreñido a la atención de la patología ambulatoria, temeroso de estancarse en la adquisición de conocimientos y disminuído en su status dentro de la profesión.-

Abordada la mayoría de las veces desde consideraciones morales sobre la vocación y el deber profesional, consideraciones a veces ciertas y a veces formuladas desde apreciaciones personales con connotaciones de abstracción teórica, esta problemática raramente ha sido apreciada con objetividad y realismo respecto del profesional-persona, que aparte de su contenido vocacional de servicio, tiene otros de perfeccionamiento y elevación en la jerarquía de su ejercicio y necesidad de convivir con sus pares en un proceso activo de interacción científico cultural.-

Por carecer de esta imprescindible objetividad para apreciar la realidad, muchos críticos enrolados en la doctrina voluntarista del debe ser, han ensayado, desde inculpaciones al régimen universitario por su déficit educativo y ligeras apreciaciones sobre la forma en que los médicos asumen su obligación ética, hasta medidas compulsívas de la autoridad para forzar el enrolamiento en estas tareas.-

Sin dejar de desconocer la falta en que incurren nuestras universidades, en la formación de los alumnos respecto de los contenidos sociales y éticos de la profesión, creemos que el problema no va a solucionarse apelando a actitudes puramente ético humanistas si éstas implican desconocer de manera -- permanente las legítimas aspiraciones profesionales, personales e individuales del profesional-persona, a que acabamos de hacer referencia.-

Al respecto, nuestra posición es que, si bien debe desarrollarse - un intenso proceso educativo sobre la importancia médica de estas tareas desarrolladas por los centros de salud y crear conciencia de su contenido social, es necesario también contemplar el problema desde la perspectiva profesional - que venimos de resumir.-

Para ello es necesario estimular el desempeño de estas actividades estableciendo un reconocimiento específico en el régimen de concursos y en el de remuneraciones, y, además, romper el aislamiento descripto que es fuente de las principales frustaciones y resistencias de quienes deben desarrollarlas.-

Al tratar de las remuneraciones y concursos, haremos las especificaciones pertinentes.-

En este capítulo del régimen de trabajo, para terminar con el aislamiento, proponemos integrar los médicos de los centros de salud a los planteles hospitalarios a modo de lo indicado para los de guardia, es decir, como médicos de los hospitales que también, en virtud de una extensión y ordena--- miento horario, realizan tareas en los centros de salud.-

A ese efecto el régimen horario sería el siguiente: 5 horas 3 veces por semana en el hospital y 7 horas 3 veces por semana en la unidad periférica, computándose el resto de las horas como traslado.-

Por último, una breve reflexión sobre dos postulaciones sobre las que se ha insistido en el plano teórico, referida una a la concepción del hospital y la otra a un modo de ejercicio profesional que se juzga necesario promover.-

Nos referimos al llamado hospital abierto e inserto en la comunidad y al establecimiento de una relación médico-paciente continuada en el tiempo y extendida al grupo familiar que permita al profesional, no sólo tratar una enfermedad circunstancial, sino también, asumir la atención de pacientes en el marco formado por la totalidad de sus componentes biográficos, sociales y culturales.-

Ninguna de estas postulaciones ha sido fácil de concretar y por el contrario, por lo general han quedado, en el sector público, sólo como expresión de deseos.-

Sin ser tal vez una condición suficiente para lograrlo, que los profesionales actúen en los centros periféricos y en los de referencia simultáneamente, significaría un avance en ese sentido al complementar lo formulado en los organigramas con una labor integrada de los protagonistas de la atención del enfermo.-

Si el médico del hospital trabaja también en el centro de salud, a través de su extensión horaria, lleva el hospital a la comunidad, lo abre, y hace que éste no se limite sólo a aceptar una demanda espontánea de patologías, muchas veces en estado ya avanzado, sino que también detecte esta patología y trate de evitar su aparición.-

Si el médico que actúa en el centro de salud, cumple funciones en el hospital no limitará su acción a la atención de la patología ambulatoria de sus enfermos sino que también se hará cargo junto a otros colegas de la que requiere internación en virtud de su mayor complejidad, asumiendo y compenetrándose así, de la unidad biográfica en que consiste el paciente.-

REGIMEN DE 44 HORAS SEMANALES:

Al régimen de 44 horas con bloqueo de título se lo ha usado en muchas oportunidades como instrumento argumental en discusiones motivadas por concepciones antagónicas de la organización de la atención médica y el ejercicio profesional.-

Relación de dependencia, versus ejercicio liberal; estatismo versus privatismo; forman parte de esta antinomia que ha pretendido dirimirse a veces equivocadamente, defendiendo los méritos o señalando los déficits del régimen - full-time.-

Quienes creen ver en el ejercicio liberal y la actividad privada en el área de la atención médica, una medicina apartada de su esencia y fines y -- desvirtuada por el interés económico, se inclinan por un régimen estatizado que brinde atención a toda la población con una actividad privada sólo marginal y - sostienen la relación de dependencia con bloqueo de título como uno de los principales instrumentos de ordenamiento del sistema y de una mejor adecuación de - los recursos profesionales a las necesidades asistenciales, por medio de la planificación.-

Desde el punto de vista profesional, argumentan que el régimen full time crea la posibilidad de consolidar una estructura jerárquico-funcional con trabajo en equipo, desvincula el acto profesional de la remuneración directa y la ganancia, libera al médico de las fluctuaciones de la demanda, y la conse--- cuente angustia económica, llevándole la tranquilidad necesaria para su esfuerzo de perfeccionamiento y favoreciendo en suma, un encuadramiento de su ejercicio en el enfermo como responsabilidad y en la salud como objetivo fundamental.

El todo, constituye un esquema teórico seductor, con muchos adeptos entre los planificadores sanitarios.-

Por otro lado, existe un amplio espectro que abarca desde los privatistas dogmáticos, hasta los que quieren conciliar el ejercicio profesional libre privado, con una organización planificada y una financiación solidaria de - la atención médica.-

Ambos, con motivaciones muy diferentes, sinceramente unos y especulativamente los otros, esgrimen como virtudes de este ejercicio liberal, la espectativa abierta de ingresos en relación con el esfuerzo realizado y la capacidad adquirida, el estímulo que ésto implica a los efectos de la superación, la personalizaicón de la atención médica por el ámbito privado -personal e institucional- donde se realiza y una más correcta relación médico-paciente por la -- elección libre del médico por el enfermo.-

En nuestra opinión al régimen de dedicación exclusiva debe despojárselo de estas connotaciones y, evitando cometer con él el error de pretender usarlo para implementación de decisiones políticas sobre organización de la atención médica, encuadrarlo, en lo que estrictamente es: un régimen de -- trabajo necesario al empleador para la realización de determinadas tareas que no puede efectuar de otro modo, y por el cual otorga, como compensación por - esta necesidad suya, determinados beneficios a quien contrata para realizarlo

Tomando un caso típico, a los efectos de una mejor comprensión, - tal sería el caso de la necesidad de la cobertura asistencial en una zona donde no existiesen otras formas de desempeño ni otras posibilidades de ingreso (zonas rurales o inhóspitas en el caso del Estado, áreas de explotación alejadas para determinadas empresas).-

Esta posición excluye el criterio, muchas veces usado, de la dedicación exclusiva como una obligación impuesta al agente y basada en juicios - de valor sobre modos de ejercicio o formas de organización de la atención médica que están al margen de las necesidades que comentábamos.-

Tal criterio, bloquear el tiempo libre del agente por decisión -- del empleador, implica un avance inadmisible sobre su persona y libertad individual. En efecto, el contrato que significa el empleo, implica que el empleado compromete un lapso de su tiempo con el empleador a cambio de una determinada remuneración, en virtud de la cual éste, tiene la facultad de disponer - de ese tiempo para el cumplimiento de las tareas contratadas.-

Pretender disponer del resto, aunque sea con una prohibición de - otra actividad, constituye el avance inadmisible que acamabos de citar, a no ser que se decida, y el empleado acepte, comprometer ese resto de su tiempo mediante la percepción de una compensación extra, al margen de la que le corresponde por la jornada de labor.-

En ese caso cabrían formularse dos interrogantes:

a.- ¿Cuál sería el objeto de que el Estado hiciese esta erogación extra, si - ella no está determinada por la necesidad o imposibilidad de realizar las tareas de otro modo?.-

b.- ¿En qué situación quedan aquellos que no deseen someterse a esta obligatoriedad, dado que en razón de su condición de ciudadanos tienen derecho al acceso al cargo público sin otra condición que su idoneidad?.-

No existiendo un sistema único de atención médica a cargo del estado en que los profesionales están funcionarizados en relación de dependencia -en cuyo caso no existirían otras formas de ejercicio y por lo tanto tampoco existiría el "bloqueo de título" sino que se estaría ante una sóla posibilidad y forma de trabajo-, y no mediando igualmente las necesidades antedichas, la decisión de impedir trabajar en otra actividad fuera del horario contratado y erogar más por ello, sólo puede comprenderse por otra necesidad, no manifiesta, surgida del convencimiento de que esta forma de ejercicio es mejor y más apta que las otras, o, de una estrategia basada en ver los diferentes sectores como competitivos, a semejanza de lo que empresas del ámbito privado realizan cuando prohiben a algunos miembros calificados de su personal, realizar actividades en otras, por razones de competencia.-

Ni este convencimiento, ni esta estrategia, parecen tener serias razones que lo apoyen.- Por una parte la organización más apta de las tareas tiene que ver con la disponibilidad horaria y la suficiente dotación de infraestructura y en nada influye a ese efecto el bloqueo o no de título. Por la otra, el planteo de una estrategia competitiva con los otros sectores es erróneo en su concepción, y perjudicial en su intento de aplicación.-

Nosotros, según lo planteamos en el capítulo sobre organización de la atención médica y la carrera, hemos sostenido un sistema pluralista, abierto, con demanda intercambiable, en el que participen todos los posibles prestadores y en el cual toda la población tenga acceso a todas las alternativas de atención, pública o privada, de acuerdo a los requerimientos de su particular patología y las posibilidades que ofrezcan estas alternativas.-

Además, hemos sostenido que las acciones de estos prestadores deben integrarse funcionalmente por una planificación que los coordine de acuerdo a las políticas de salud adoptadas por el estado.-

En este esquema el sector público tiene roles indelegables que hacen imprescindible, por razones que ya hemos expuesto, la presencia de múltiples efectores bajo su dependencia.-

En ellos, así concebidos, la dedicación exclusiva deja de ser un instrumento del estatismo excluyente o cerrado y por lo tanto un modo de ejercicio obligado, para transformarse en un régimen de trabajo necesario, en determinadas circunstancias, para el desarrollo y cumplimiento de tareas específicas.-

Por último, la "dedicación exclusiva", puede plantearse como un régimen deseado por el médico como forma de ejercer su profesión.-

Pretender efectuar un análisis de estos deseos, es entrar en un terreno de apreciaciones y consideraciones sobre motivaciones subjetivas muy difícil de realizar y probar, dado que entrarían en él, desde juicios de valor sobre la profesión y su ejercicio, hasta aspiraciones de evitar la angustia que crean la incertidumbre de la demanda y la competencia en el desempeño "privado o liberal".-

Parece más útil ubicar el análisis, sobre las posibilidades del Estado de establecer este régimen como una opción para el profesional.-

Aquí cabe distinguir lo que es "tiempo completo" y "dedicación exclusiva", conceptos que se han manejado, en nuestra opinión erróneamente, como equivalentes.-

El tiempo completo es una jornada de ocho horas y no tiene por qué implicar bloqueo de título. Puede en cambio ser, para quien lo decida, su única forma de trabajo y se lo denomina así dado que ocho horas se estiman como jornada razonable de labor.-

La "dedicación exclusiva" lleva implícita por el contrario la imposibilidad de otro ejercicio y por lo tanto el "bloqueo de título" fáctico o por disposición.-

La diferencia no es semántica porque trae aparejada consecuencias en las remuneraciones que importa dejar bien aclaradas: en el tiempo completo lo que se paga son solamente las ocho horas de labor y en la dedicación exclusiva estas mismas ocho horas, más una compensación por el bloqueo de título, compensación a nuestro juicio muy difícil de estimar y que se presta a variaciones según que la decisión política sea promover o desalentar el régimen.-

Hechas estas aclaraciones, y desechando la dedicación exclusiva, excepto cuando surge como una necesidad del empleador, cabe precisar si el - Estado establecerá como posibilidad el régimen de tiempo completo como opción para quien lo desee.-

Al tomar esta decisión deben tenerse en cuenta el monto de las -- erogaciones extras que puede significar, las posibilidades de uso alternativo de estos recursos, la necesidad de crear cargos de menor horario que puedan - significar fuentes de trabajo para otros profesionales (importante en una circunstancia de plétora como la actual) y, por sobre todo, la posibilidad de armonizar en la organización de las tareas, este régimen horario con los otros existentes en los hospitales.-

Solamente una evaluación cuidadosa de todos estos factores permitirá encarar esta alternativa como factible.-

REMUNERACIONES

El régimen de remuneraciones en la carrera médica es uno de los principales y más conflictivos, dadas las implicancias que tiene para los agentes y el Estado.-

Para uno constituye la satisfacción de su necesidad económica y para el otro una erogación que debe armonizar con recursos disponibles y otras prioridades de inversión.-

Para lograr el equilibrio necesario, debe atenderse al cumplimiento de algunas premisas y condiciones de orden general, y normatizar algunas regulaciones que permitan instrumentarlas.-

CONDICIONES Y PREMISAS GENERALES:

1.- La retribución debe ser justa y brindar un grado de satisfacción económica que promueva la identificación del profesional con la institución.-

Para ello debe constituírse una contraprestación que contemple:

-. que la capacitación requerida para las tareas exige estudios superiores complejos y esfuerzos permanentes de actualización y perfeccionamiento;

-. que el ejercicio de la profesión médica conlleva una particular responsabilidad por la naturaleza del bien sobre el que actúa.-

2.- Debe guardarse una proporcionalidad retributiva entre los diferentes grados y funciones del escalafón, que refleje la carga de tareas exigidas, la capacitación exigida para cada una de ellas, la antiguedad y la responsabilidad asumida.-

La equidad así buscada en la retribución de los diferentes roles de la estructura jerárquica, tiene por objeto, por la proporcionalidad de las retribuciones de las distintas funciones, lograr el consenso y la aceptación de los integrantes del equipo con vistas a armonizar su funcionamiento.-

Al respecto es necesario evitar que mayores responsabilidades y capacitación sean retribuídas de manera casi similar por el achatamiento de la escala, dado que esto crea una sensación de injusticia que conspira contra un -- buen desempeño.-

Además una adecuada diferenciación es necesaria para abrir las posibilidades de progreso que estimulen la actualización, el perfeccionamiento y el cumplimiento de las tareas.-

El saber que el esfuerzo será recompensado es uno de los motivos - para realizarlo.-

3.- Las retribuciones de los profesionales deben guardar una relación equilibrada con el resto de los agentes de la administración.-

Al respecto es útil una reflexión que contribuya a ubicar esta relación equilibrada en su justo término.-

En la administración, como en general en cualquier organización, - la escala jerárquica se corresponde con acciones, decisiones, responsabilida-- des y conocimientos que van descendiendo desde los niveles superiores de dirección y gremiales, hasta los actos productivos más simples del empleado u obrero.-

La retribución de esta escala jerárquica se relaciona así bastante claramente con la jerarquía de las acciones y de los conocimientos requeridos.

En medicina el acto deproducción, el acto médico, homologable desde el punto de vista del proceso de la organización, al acto productivo del -- obrero o empleado, es, por el contrario una acción que implica conocimientos,- decisiones y responsabilidades de nivel superior, en muchos casos, a los que - son necesarios para las funciones superiores de la pura administración.-

Su retribución por lo tanto debe hacerse, teniendo en cuenta, más que el puesto ocupado en la estructura administrativa organizacional, su peculiar naturaleza.-

Esta consideración contribuirá a aventar algunos recelos cuando se relacionan las retribuciones a los médicos con los de otras escalas de la administración.-

Aceptado esto, se deduce que la relación equilibrada postulada debe buscarse en retribuciones similares a las correspondientes a funciones administrativas de la estructura jerárquica que exijan conocimientos y responsabilidades homologables con el objeto de lograr una adecuada equidad retributiva.

4.- Una correcta compatibilización de los recursos disponibles -- con otras necesidades y prioridades de inversión en el sector público.-

Obviamente, los recursos de que dispone el Estado para las retribuciones de sus agentes en general y de los profesionales en particular deben -- distribuírse con los requeridos para otras necesidades y prioridades de inversión dado su carácter limitado. Los montos asignados a las remuneraciones su-- fren pues de esta limitación y es necesario reconocerlo en su determinación.-

Pero obviamente también, este monto está en relación con la prioridad que se le asigne a la atención de la salud y al rol que se le confiera al sector público en esta atención.-

Al respecto hay que señalar que si se pretende hacer cumplir a los efectores públicos un papel importante en la organización de la atención médica, a parte de la dotación de infraestructura, equipos y organización, es necesario lograr que su protagonista, el médico, se encuentre identificado y satisfecho con la institución en que se desempeña.-

REGULACIONES NORMATIVAS:

Al respecto importa definir el monto básico, su modo de constitución y sus relaciones con el escalafón y los adicionales que se establezcan -- por circunstancias determinadas.-

En virtud de la naturaleza de las tareas y su organización en diferentes regímenes horarios y grados, la unidad de la que se parte para constituír el monto básico del sueldo, es la retribución de la hora médica semanal, a la que se le asigna un valor para el primer grado del escalafón y variaciones porcentuales determinadas para cada uno de los otros grados.-

A los efectos de determinar su valor se pueden considerar dos alternativas:

a.- Fijar un monto específico a la hora médica semanal por convenio colectivo de trabajo con la E.M.G.,

b.- Establecer un porcentaje del valor de la retribución de un funcionario de la administración que sirva para determinar el valor de la hora médica semanal.-

La primera modalidad implica la posibilidad de independencia de las retribuciones de los profesionales del resto de la administración pública.

La segunda, si bien establece remuneraciones diferentes a las del resto de la administración, una vez establecido el módulo, por la relación que establece, vincula a éstas de manera constante a las del funcionario que se establezca y por intermedio de ella al resto de la escala administrativa.-

Si bien la primera permite a priori, una mayor adecuación entre la especificidad de las tareas y la remuneración en virtud de su independencia de otras tareas disímiles, la segunda facilita un mayor equilibrio retributivo entre los profesionales y el resto de los agentes, en el marco de una relación global con las disponibilidades presupuestarias.-

Por otra parte, al estar ligada a las remuneraciones generales se crea un mecanismo de actualización automático que evita la permanente discusión salarial.-

En atención a estas características somos partidarios de esta última modalidad, haciendo la advertencia que en algunas carreras se recurrió al artificio de vincular el valor del sueldo médico al del empleado de menor jerarquía con el objeto de que, congelando esta categoría, se congelaba la retribución del profesional.-

En consecuencia, en el sistema que se propone, debe entenderse como monto básico del sueldo, al que resulta de múltiplicar el valor de la hora médica semanal correspondiente a cada uno de los grados por el número de horas semanales de cada uno de los tres regímenes horarios propuestos (30-40-44 h/s.).-

Así, si asignáramos un valor 10 a la hora semanal del primer grado del escalafón y un 20% de aumento por grado, tendríamos:

Monto Básico del Régimen de 30 h.:

-. Grado 1	10 x 30	= 300
-. Grado 2	10 + 20% x 30	= 360
-. Grado 3	10 + 40% x 30	= 420
-. Grado 4	10 + 60% x 30	= 480
-. Grado 5	10 + 80% x 30	= 540

Si se quiere una mayor diferenciación, hacer el 20% acumulado.-

Monto Básico del Régimen de 40 h.:

-. Grado 1	10 x 40	= 400
-. Grado 2	12 x 40	= 480
-. Grado 3	14 x 40	= 560
-. Grado 4	16 x 40	= 640
-. Grado 5	18 x 40	= 720

Monto Básico del Régimen de 44 h.:

-. Grado 1	10 x 44	= 440
-. Grado 2	12 x 44	= 528
-. Grado 3	14 x 44	= 616
-. Grado 4	16 x 44	= 724
-. Grado 5	18 x 44	= 792

A este monto debe sumársele un adicional por bloqueo de título, de acuerdo a pautas que se establecen más adelante.-

Comparación entre los distintos regímenes horarios según el grado:

	3 0	4 0	4 4
Grado 1	300	400	440
Grado 2	360	480	528
Grado 3	420	560	616
Grado 4	480	640	724
Grado 5	540	720	792

A este monto básico debe sumársele un porcentual por la función desempeñada en la escala jerárquica de cargos concursados y además, en los casos que correspondiere, el porcentual adicional por bloqueo de título, zona desfavorable, trabajo insaluble, etc.-

El porcentual por función puede ser por ejemplo:

F. 1 básico 3 + 15%
F. 2 básico 4 + 25%
F. 3 básico 4 + 35% ó básico 5 + 35%
F. 4 básico 5 + 50%
F. 5 básico 3 + 50% ó básico 4 + 50% ó básico 5 + 50%
F. 6 básico 4 + 70% ó básico 5 + 70%

Ejemplo:

F.1 Régimen 30h.: básico 3 + 15% = 10 x 30 + 45 = 345

F.1 Régimen 40h.: básico 3 + 15% = 10 x 40 + 60 = 460

F.1 Régimen 44h.: básico 3 + 15% = 10 x 44 + 66 = 506

F.3 Régimen 30h.: básico 4 + 35% = 10 + 60% x 30 + 35%

F.3 Régimen 30h.: básico 5 + 35% = 10 x 30 + 80% + 35%

F.3 Régimen 40h.: básico 4 + 35% = 10 x 40 + 60% + 35%

" " " básico 5 + 35% = 10 x 40 + 80% + 35%

F.3 Régimen 44h.: básico 4 + adicional bloqueo título + 35%

Al estructurarse en base a un módulo (la hora semanal) el sistema de remuneraciones guarda como se puede observar, una proporcionalidad equitativa dentro de los diversos parámetros que se usan para diferenciar los sueldos: Grado, régimen horario y funciones.-

Así:

a) El mismo grado recibe distinta remuneración de acuerdo al régimen horario.

b) La misma función recibe diferente remuneración según se desempeñe con uno u otro grado y según el régimen horario.-

Los grados se diferencian por la variación porcentual del valor -- de la hora semanal, actuando esta diferencia como reconocimiento de la antiguedad y capacidad. En este sentido el ejemplo del 20% entre grado, puede variarse con el objeto de pronunciar más las distancias entre grados y efectuar un - mayor reconocimiento a estas calificaciones.-

La diferencia de remuneración, entre los regímenes horarios en los distintos grados está dado por el número de horas laboradas, manteniéndose así el criterio de la misma retribución para similar capacidad y antiguedad y ac-- tuando como variable el tiempo de dedicación.-

Los porcentuales por funciones se aplican sobre los básicos surgidos del grado y el régimen horario con lo que se logra una diferenciación por capacitación adicional y responsabilidad, al tiempo que se mantiene la proporcionalidad de este incremento de acuerdo al grado alcanzado y al tiempo de dedicación.-

En consecuencia de acuerdo al sistema adoptado:

1.- Puede establecerse una diferenciación adecuada entre grados que reconozca la antiguedad y la capacitación.-

2.- Se reconoce una proporción uniforme al tiempo de dedicación.-

3.- Puede diferenciarse adecuadamente las remuneraciones de las distintas funciones respetando equitativamente la capacitación adicional exigida por -- concurso y las responsabilidades asumidas en cada una de ellas.-

Además se posibilita:

1.- Que el mismo grado reciba distinta remuneración según el régimen horario.-

2.- Que la misma función reciba distinta remuneración de acuerdo al grado requerido y al tiempo que se la desempeña.-

3.- Que los distintos grados, y funciones puedan desempeñarse en distintos regímenes horarios.-

En conjunto el sistema es, a nuestro juicio, unitario, simple, adecuado a las específicas particularidades de la naturaleza del ejercicio profesional y adaptable, guardando una equitativa proporcionalidad, a los diferentes regímenes horarios requeridos por la organización de tareas (guardias, desempeño en efectores descentralizados, servicios especiales como terapia intensiva, etc.).-

Además permite establecer una adecuada diferenciación retributiva entre los distintos grados y funciones que sirva de estímulo al perfeccionamiento, al tiempo que asegura posibilidades de progreso dentro de una estructura jerárquica apta para promover la identificación del profesional con la institución.-

LA PRESTACION DE SERVICIOS ARANCELADOS POR EL SECTOR PUBLICO Y LA RETRIBUCION PROFESIONAL:

1.- Caracterización del sistema

2.- Principios de la retribución

3.- Problemas surgidos

1.- En general el sector público puede decidir arancelar sus servicios a población con cobertura social, a población con cobertura privada (seguros privados) o para riesgos con cobertura específica (accidentes de trabajo).- Desechamos el arancelamiento con cargo directo al usuario porque constituye una barrera económica manifiesta para la atención de la enfermedad y en consecuencia una aberración técnica y social. Aunque válidas para todos estos arancelamientos, las consideraciones que siguen se particularizan para la población con cobertura por el sistema de la Seguridad Social, dada su significación en la financiación de la salud.-

Si se opta, como se propone, por la prestación de servicios por el sector público a la Seguridad Social, dentro de un sistema abierto con demanda intercambiable, quedan excluídas las posibilidades de convenios cerrados entre ambos del tipo de las carteras capitadas y carteras fijas, y las relaciones deben establecerse por contrataciones que establezcan el pago por servicio realizado de acuerdo a arancel o pago por prestación.-

En ese caso, el valor del arancel y su composición debe ser similar al pactado con la Seguridad Social con otros prestadores a los efectos de una integración armónica de éstos y el sector público en una red de prestadores de la Seguridad Social. En estas condiciones el arancel debe incluír los honorarios profesionales correspondientes a la prestación realizada.-

2.- Si el sector público cobra estos honorarios pueden adoptarse respecto de ellos dos criterios diferentes:

a.- Que los mismos sean considerados como una venta de servicios que incluye el recurso profesional que el Estado contrata y retribuye por el régimen de sueldo.-

b.- Que los mismos sean considerados como un ingreso generado por el profesional al margen de las otras tareas por las cuales está contratado por el régimen de la relación de dependencia, y que en consecuencia le pertenecen.-

Respecto de uno y otro criterio pueden hacerse diversas y disímiles apreciaciones de orden legal o doctrinario que en nuestra opinión no contribuirán al análisis de las soluciones posibles y necesarias del problema.-

Estas soluciones deben orientarse, por el contrario, a partir de los objetivos establecidos como prioritarios: integración del sector público en el marco de la organización total de la atención médica, elevación de su rol en este marco, aumento de sus niveles de calidad y eficiencia.-

Si se parte de la concepción que toda la organización y toda dotación de infraestructura tecnológica en una institución de atención médica está destinada a posibilitar en las mejores condiciones los actos médicos que constituye su esencia y la definen, se comprende la necesidad de la colaboración -

de su protagonista para el cumplimiento de los objetivos que se vienen enunciando y el consecuente imperativo de lograr los estímulos necesarios a ese efecto.

Para ello es necesario asegurar: que la prestación de los servicios que estamos comentando, signifique un incremento real de sus ingresos, que este incremento tenga relación con las tareas realizadas y que, por último, tenga -- una equivalencia similar a las percibidas en el ámbito de la Seguridad Social - en el ejercicio privado de modo tal que se logre neutralidad económica para el profesional en la realización de las prestaciones para la Seguridad Social en - uno u otro sector, público o privado.-

El no cumplimiento de estos requisitos y sobre todo del último llevaría al profesional, no sólo a considerar la tarea como no recompensada, sino a competir contra sí mismo, al obligarlo a atender por el mismo sueldo enfermos que podrían generarle ingresos en su actividad independiente.-

Debe pues concluírse que el cuerpo profesional debe percibir los honorarios que genera por estas prestaciones aranceladas.-

Al respecto es útil recordar que el escaso desarrollo en el sector público de algunos servicios como cirugía cardio vascular, transplante de órganos, hemodinamia, etc., reconocen esta causa como lo prueban equipos médicos -- que comenzaron en él y terminaron creando servicios privados.-

3.- La percepción de estos honorarios, por el cuerpo profesional plantea algunos problemas respecto de su distribución en relación a quien realiza la tarea y al puesto ocupado en la estructura jerárquica.-

El modo más adecuado de solucionarlo es dejar en los propios profesionales, a través de sus organizaciones hospitalarias, disponer estos mecanismos de distribución para que estas tengan así el necesario consenso dejando, -- para cuando no haya acuerdo, la posibilidad de arbitrar a las autoridades.-

ADICIONALES:

Sin entrar a considerar en este trabajo los adicionales obvios y que existen en todas las legislaciones, tales como por ejemplo: los que corresponden por zona desfavorable, tareas insalubres, etc., importa definir por el contrario por la importancia del régimen, el que corresponde por bloqueo de título en el de 44 horas con dedicación exclusiva.-

En el análisis que sobre el tema se realizó en el capítulo sobre régimen de trabajo se estableció que la dedicación exclusiva debe implantarse sólo a los efectos del cumplimiento de tareas que por su naturaleza y características requieren una determinada organización para su realización.-

Surgiendo estos cargos como una necesidad organizacional, implican para el agente un bloqueo obligatorio del título y por consiguiente su remuneración el único ingreso a percibir por él.-

La asignación por este concepto debe tener en cuenta esta circunstancia, a efecto de compensar debidamente la exigencia.-

A su vez, al determinar el monto de esta asignación, importa consignar que la retribución global debe guardar una debida relación con la carga de tareas de los otros regímenes horarios.-

Dada que la proporción entre las cargas de tareas en el sistema de retribución por h/m/s, surge del número de horas de cada régimen horario, al plus asignado al régimen de dedicación exclusiva, es útil vincularlo también al módulo horario.-

Al respecto es difícil efectuar una cuantificación adecuada porque si bien el régimen anula la posibilidad de otros ingresos no exige la continuación de tareas y esfuerzos fuera de ese horario y asegura una retribución independiente de las fluctuaciones de la demanda y la competencia.-

Sólo a título de hipótesis, sugerimos que podría formarse su básico asignándole el monto que correspondería a 56 horas semanales. De esta forma el

bloqueo de título recibiría una compensación equivalente a 12 horas semanales de labor, lo que significa un incremento del 36% sobre las horas reales trabajadas.-

Se reconocen estas 12 h/s porque equivalen a 2 diarias más de trabajo posible en otro sector si no existiese dicho bloqueo.-

REGIMEN DE CONCURSOS

En términos generales, desde el punto de vista institucional todo concurso es un procedimiento de selección que tiene como objetivo prioritario, proveer la mejor capacidad para una determinada función mediante un mecanismo de evaluación.-

Desde el punto de vista del concursante a su vez, el concurso es un reconocimiento de los esfuerzos realizados para lograr la capacitación, mantener una conducta ética, altos niveles de eficiencia y permanente actualización.-

Limitado al ingreso y la promoción, se transforma para el postulante en igualdad de oportunidades para el acceso a determinada fuente de trabajo.-

Para el cumplimiento pleno de estos objetivos el régimen de concursos debe garantizar equidad en el procedimiento e igualdad en el tratamiento de los postulantes así como también disponer de una normativa apta para la evaluación.-

A este efecto la Ley debe:

1.- Preservar la independencia del jurado impidiendo toda influencia ajena a su específico quehacer. En consecuencia, debe establecerse su independencia en el área que le compete de toda otra instancia o jerarquía institucional.-

2.- Asegurar que los requisitos exigidos sólo deben avalar las capacidades específicas para el cargo y no deben instituírse discriminaciones o prohibiciones que no sean fundadas en la Ley.-

3.- Establecer exclusivamente el juicio de pares ya que se trata de una evaluación estrictamente técnico-científica y ética.-

4.- Asegurar, en igualdad de condiciones, la participación en los jurados de todos los interesados: Estado, profesionales escalafonados elegidos por los propios profesionales entre los grados superiores del escalafón y entidades profesionales.-

5.- Establecer una normativa específica y clara de evaluación.-

6.- Establecer las condiciones del concurso.-

7.- Establecer un Tribunal de Apelación como única instancia administrativa.

A tal efecto transcribimos las pautas formuladas por la COMRA para poner en vigencia estos principios:

A.- Todo llamado a concurso deberá ser hecho públicamente mediante comunicación a las Entidades Profesionales y difusión en periódicos de la jurisdicción a que corresponda, explicitándose la denominación del cargo, régimen y lugar de trabajo, características técnicas requeridas y demás condiciones que hagan a las bases del concurso.-

B.- Para el ingreso a la Carrera:

1.- Se llamará a concurso dentro de los 30 días de producida la vacante o la creación del cargo.-

2.- En estos casos, el concurso será abierto a todo el ámbito de la provincia.

C.- Para los cargos jerarquizados (Asistencial y Técnico Sanitario):

1.- Se llamará a concurso con 60 días de antelación al vencimiento del período al que corresponda el llamado a concurso.-

D.- En los casos de paridad o igualdad de condiciones, se adjudicará el concurso en el siguiente orden de preferencia:

1.- A los profesionales del establecimiento.-

2.- A los profesionales de la localidad (Ciudad, Departamento o Distrito).-

E.- Los concursos serán de antecedentes y oposición, este último a juicio del Jurado.-

F.- En caso de paridad (hasta un 5% del puntaje) e igualdad de condiciones de preferencia aludidas, la oposición será obligatoria.-

G.- Se establecerán, en forma taxativa, clara y cuantificada, las pautas de evaluación que aplicarán los jurados en la consideración de los aspirantes que concursan:

a) Para el ingreso a la carrera se contemplará:
   1.- Titulos
   2.- Trabajos científicos
   3.- Premios
   4.- Concepto ético profesional
   5.- Residencia
   6.- Docencia
   7.- Concurrencia
   8.- Zona desfavorable
   9.- Capacitación (becas, etc.)

b) Para los cargos jerarquizados se contemplará:
   1.- Antiguedad
   2.- Actividad científica y de capacitación desarrollada con posterioridad a su ingreso
   3.- Foja de servicios
   4.- Docencia
   5.- Concepto ético profesional

H.- El dictámen o pronunciamiento del Jurado atribuyendo el concurso a un profesional postulante, dará a éste derecho al cargo o empleo, con facultad para reclamar administrativamente ante la autoridad sanitaria máxima de la jurisdicción la designación correspondiente, cuando ésta no se llevare a cabo dentro de los treinta días del pronunciamiento del Jurado. Para estos supuestos, en caso de denegación del reclamo se considerará agotada la vía administrativa, dando al profesional derecho a deducir directamente recurso o acción contencioso-administrativa para ante el máximo órgano jurisdiccional competente en la materia (Suprema Corte o Superior Tribunal de Provincia, según corresponda).

I.- En los supuestos de cuestionamiento o reclamación con referencia a uno o más de los pronunciamientos o cargos concursados, no será causa de impedimento para que se dicten las designaciones correspondientes a los demás cargos que se hubieren concursado y adjudicado sin objeciones.-

J.- Los fallos del Jurado podrán ser apelados mediante recurso que se interpondrá ante un Tribunal de Apelación que se constituirá y expedirá dentro de los sesenta días corridos de deducido el recurso.-

K.- Los Jurados de Concurso se integrarán en la siguiente forma:

1.- Representantes de la autoridad local sanitaria de la jurisdicción.-

2.- Representantes de los profesionales de la jurisdicción correspondientes a la Carrera, de igual o superior jerarquía al cargo concursado y elegidos por sorteo de entre los mismos.-

3.- Representantes del Colegio Profesional correspondiente a la jurisdicción.-

4.- Representantes de la Entidad de Profesionales no colegiada más representativa de la jurisdicción.-

Todos los integrantes del jurado tendrán voz y voto.-

L.- Tribunal de Apelación. Se integrará de la siguiente forma:

1.- La máxima autoridad sanitaria local de la jurisdicción

2.- El Director del Establecimiento correspondiente

3.- La máxima autoridad del Colegio Profesional correspondiente de la jurisdicción.-

4.- La máxima autoridad de la Entidad de Profesionales no colegiada más representativa de la jurisdicción correspondiente.-

M.- El fallo que dicte el Tribunal de Apelación agota la vía administrativa, dando al recurrente derecho a deducir directamente acción o recurso contencioso-administrativo para ante el máximo órgano jurisdiccional con competencia sobre la materia (Suprema Corte o Superior Tribunal en las provincias y Cámara Nacional en lo Contencioso Administrativo de la Capital Federal, en su caso).-

INCOMPATIBILIDADES

Debe establecerse el régimen de cargo único dentro de la carrera y la incompatibilidad con otro cargo en la administración provincial.-

Los de la actividad privada o los desempeñados en las Obras Sociales serán compatibles con los de la carrera salvo superposición horaria.-

El régimen de incompatibilidades, ha sido motivo de polémica en las legislaciones sobre carrera, existiendo desde las que no limitan el número de cargos aún dentro de la propia jurisdicción del Estado, hasta las que establecen incompatibilidad con cualquier otra relación de dependencia pública o privada.-

Es difícil fundamentar una u otra posición y al respecto parecen entrar en juego los siguientes criterios y problemas:

1.- Accesibilidad a la fuente de trabajo: Quenes sostienen la posibilidad de múltiples cargos se basan en que el individuo tiene el derecho de acceder a todas aquellas oportunidades de desempeño para las cuales esté capacitado.- Los que por el contrario sostienen el régimen de cargo único plantean este criterio de accesibilidad desde el punto de vista del conjunto de profesionales y establecen la incompatibilidad para permitir una mejor y más equitativa distribución de posibilidades laborales entre todos los profesionales.

2.- Problema de remuneraciones e ingreso: La posibilidad del ejercicio de más de un cargo está ligada a la necesidad o deseo de un incremento de los ingresos y/o a la oportunidad de otras formas de ejercicio profesional complementarios.-
Respecto de los ingresos, siempre se ha sostenido en el plano teórico que las remuneraciones deben ser justas y suficientes, en cuyo caso no existiría la necesidad de compensarlos con otra relación de dependencia, dado que esta complementación se lograría con los obtenidos en el ejercicio libre "o privado" de la profesión.-
Sin embargo, es necesario señalar que las retribuciones en el área estatal han sido históricamente bajas y que es bastante problemática su actualización en virtud de las limitaciones presupuestarias del Estado.-

Por otra parte, el ejercicio profesional puede darse en otras áreas que no sean las tareas asistenciales tal cual se organizan en los efectores del Estado, debiendo preveerse la posibilidad de su desarrollo.-

3.- Las situaciones de competencia: Las concepciones que han planteado los roles de los diferentes subsectores de atención médica (estatal - privado - de obras sociales) como competitivos entre sí, han arguido la necesidad de desempeño en uno y otro sector de manera excluyente y han utilizado el régimen de incompatibilidades con cargo único a los efectos de lograrlo.- En un sistema pluralista, como el que hemos propuesto en el transcurso de este trabajo, tal criterio aparece como inadecuado.-

La propuesta de pauta establecida al comienzo de este capítulo, incompatibilidad sólo dentro del Estado provincial, apunta a una solución de equilibrio en las actuales circunstancias de posibilidades retributivas del Estado, pluralismo de ejrcicio y relación entre oferta y demanda de trabajo profesional en la provincia.-

Sin duda que de variar estas circunstancias, fundamentalmente de producirse una distorción en esta relación, oferta-demanda, por una neta predominancia de la primera, deberá primar el criterio de una distribución equitativa de las posibilidades laborales y en ese caso extender la incompatibilidad a cualuier otra forma de relación de dependencia.-

Una consideración particular merece la incompatibilidad con los cargos docentes universitarios de las facultades de medicina cuando estos se realizan, por razones de su naturaleza, dentro de los hospitales y conjuntamente con las tareas asistenciales.-

La posibilidad, y a nuestro juicio la conveniencia, de que los hospitales del área del Gran Resistencia sean utilizados a los efectos docentes por la Facultad de Medicina de la Univer-idad del Nordeste con asiento en Corrientes, hace necesario, que la futura ley de carrera médica provincial contemple a la situación ya que ella ha sido motivo de conflictos en otros lugares del país.-

En efecto partiendo del argumento de que las horas ocupadas en docencia, se restan a la tarea asistencial y que es injusto o incorrecto retribuir por dos vías en el mismo horario se ha llegado a plantear la incompatibilidad horaria del cargo asistencial y el cargo docente.-

En nuestra opinión, el argumento constituye un extremo purista que no contempla la simultaneidad y el intrincamiento de ambas funciones, su imposibilidad de separarlos y los beneficios que el desarrollo de la actividad docente intra-hospitalaria trae a los efectos de la elevación del nivel científico asistencial tanto para la institución como para los agentes que la desarrollan.-

Es evidente que la tarea docente implica también un acto asistencial, ya que el ejercicio intelectual,diagnóstico y terapéutico, son una parte esencial de ella. Por eso y por lo señalado en el párrafo anterior no deben plantearse incompatibilidades horarias entre ambas actividades.-

ORGANISMOS QUE DEBE CREAR LA CARRERA

Ya habíamos adelantado que no nos ocuparíamos en este trabajo de los regímenes de licencia y de previsión por considerar que existe sobre ello numerosos antecedentes en las diferentes carreras y por juzgar que ambos deben ser encuadrados en la legislación provincial y discutidos con las entidades representativas de los profesionales.-

Estimamos por el contrario significativo a los efectos de esta presentación, proponer la creación de dos organismos habitualmente no contemplados en la mayoría de las carreras y que tienen sin embargo, en nuestra opinión, una gran importancia desde el punto de vista de una correcta política de personal profesional.-

Ellos son:

-. Comité de Docencia e Investigación

-. Comisión permanente de carrera

COMITE DE DOCENCIA E INVESTIGACION:

Ya hemos señalado la necesidad que los efectores del Estado cumplan un papel protagónico en la formación de postgrado a través de la capacitación en servicio, como un medio de elevar la calidad de la oferta de atención médica, no sólo dentro del propio sector estatal sino también en los otros sectores.-

Hasta aquí, esta actividad, con grandes diferencias respecto de un lugar a otro del país y de una institución a otra dentro de la misma jurisdicción, se ha desarrollado de manera inorgánica, sin planificación unitaria ni organización formal institucionalizada, generándose, más a partir de iniciativas de individuos o grupos, que como consecuencia de una política deliberada.-

La propuesta de incluír un organismo en la carrera que tenga a su cargo las tareas de docencia e investigación, tiene por objeto promover, mediante su institucionalización, la formulación orgánica de esta política y asegurar su ejecución continuada en el tiempo.-

A ese efecto el Comité de Docencia e investigación debería estructurarse de acuerdo al siguiente esquema:

-. Funciones:

Serán funciones del Comité:

1.- Elaborar, proponer y asesorar sobre los programas de capacitación en servicio. Con ese fin deberá:

1.1. Fijar su contenido curricular.-

1.2. Establecer normas de evaluación.-

1.3. Acreditar su cumplimiento.-

1.4. Evaluar los resultados de los programas.-

1.5. Elevar la información y documentación a las autoridades sanitarias.-

2.- Establecer los temas y prioridades para la investigación de acuerdo a las necesidades regionales.-

3.- Programar cursos, seminarios, etc., y fijar sus obligaciones curriculares y mecanismos de evaluación.-

4.- Crear, normatizar y controlar la sección de biblioteca, hemeroteca y métodos de enseñanza audiovisual.-

5.- Elaborar Plan de Becas:

5.1. A ser desarrolladas en los hospitales de la jurisdicción de la carrera por profesionales del interior o no pertenecientes a ella.-

5.2. A ser desarrollada por médicos escalafonados en otras instituciones nacionales o extranjeras.-

Lo expuesto no tiene otra pretensión que una formulación esquemática y merecería una explicación más detallada a los efectos de su implementación.-

Con todo, creemos que el esquema es válido y que su inclusión en la Ley constituirá una sólida base para ordenar una actividad prioritaria.-

El criterio de encarar el tema como un problema de la organización o administración hospitalaria,no nos parece adecuado porque deja librada su implementación y estructuración a la iniciativa de las autoridades del hospital, con lo que se pierde la calidad de organismo institucionalizado por ley, la posibilidad de una política global y el caracter de la capacitación como un derecho del profesional.-

COMISION PERMANENTE DE CARRERA:

Las necesidades asistenciales y la ciencia médica destinada a cubrirlas son esencialmente dinámicas, así como también lo son las circunstancias económicas y sociales donde ellas se manifiestan y las condiciones del ejercicio profesional.-

El todo constituye el marco global determinante de las tareas y funciones que la carrera norma. Es pues, imprescindible la existencia de un organismo de ajuste, adecuación y evaluación permanente que adecúe esta carrera a las diferentes circunstancias producto de este dinamismo.-

Además, así como en la formulación de la carrera debe darse una adecuada participación a los interesados a través de quienes legítimamente los representen, en el organismo de ajuste y evaluación debe consolidarse también esta representación.-

Su finalidad, más allá de la defensa de los intereses profesionales, estriba en lograr el concenso necesario que surge como consecuencia de compartir la información, contribuir en los análisis y participar en las decisiones.-

Evaluación y ajuste participado son pues requisitos insoslayables para un correcto funcionamiento de estas normativas y requieren la existencia de un organismo que los lleve a cabo.-

A ese efecto se propone la creación de una Comisión Permanente de Carrera con las siguientes características:

-. Integración:

-. 3 miembros designados por la Secretaría de Salud Pública.-
-. 1 miembro designado por la entidad profesional mayoritaria.-
-. 3 miembros elegidos por los médicos escalafonados.-

-. Funciones:

1.- Evaluar los resultados de la aplicación de la carrera.-

2.- Proponer las normas reglamentarias que la experiencia aconseje.-

3.- Proponer modificaciones a las normas generales de carrera.-

4.- Asesorar sobre los aspectos atinentes a la conducción y administración del personal comprendido en la Ley de Carrera Médica.-

5.- Estudiar y proponer las disposiciones tendientes a normatizar los distintos niveles de complejidad de los establecimientos sanitarios y proponer los planteles profesionales en orden a su número y estructura jerárquica de acuerdo a esos niveles de complejidad.-

6.- Estudiar y proponer la incorporación de nuevas actividades y especialidades y su integración en el organigrama de servicios y departamentos.-

7.- Elaborar y proponer las pautas y acuerdos con las Universidades a los efectos de la utilización por éstas con fines de docencia e investigación, de los establecimientos hospitalarios.-

8.- Requerir informes, estudios y asesoramiento tendientes al mejor cumplimiento de sus funciones.-