

Gremialismo en Ortopedia y Traumatología

Dr. CESAR DALMIRO PEREZ LABORDA*

Agradezco la deferencia de las autoridades de estas Jornadas de invitarme a participar en esta Mesa Redonda con un tema de carácter médico gremial.

Expondré nuestra experiencia en un marco de situación particularmente grave en nuestro país, cual es la quiebra del Sistema de Seguridad Social, tal cual lo conocemos o lo fuimos desarrollando a través de los últimos años.

Llegamos a esta instancia no sin nuestra parte de culpa y sin tener clara conciencia en nuestros dirigentes políticos, como en el conjunto de la sociedad, de la gravedad que ello implica. Ningún país que pretenda seriamente desarrollarse descuida la prevención de la salud de su población, la atención en la enfermedad y su rehabilitación. Tenemos así un amplio espectro por donde han pasado las experiencias de las naciones concomitantemente con sus sistemas políticos: desde el estatismo a ultranza hasta las formas más conspicuamente liberales. Como en otros temas, nuestro país no definió claramente sus líneas y la Seguridad Social se creó, desarrolló y por último entró en crisis sin un perfil definido: tomando de los programas estatizantes los principios de la solidaridad social y desvirtuándolos en la práctica hasta parecer un mal sistema liberal, esencialmente por

intentar socializar un sector, los médicos, en el marco de una sociedad de corte capitalista. La tarea hoy es reformular un Sistema de Seguridad Social en base a la experiencia adquirida, la sincera autocrítica de los prestadores, el conocimiento de la distorsión que la aplicación de los sistemas anteriores provocó en la atención médica, su influencia para empobrecer científica y económicamente a los médicos y las particularidades geográficas y socio-económicas dispares de la Argentina que hacen fracasar programas que no contemplan las situaciones regionales. Tenemos la obligación de definir con estas bases un proyecto del gremio médico que cubra las necesidades de atención universal de la salud de nuestra población y, lo más importante, que sea aplicable con el consenso de los distintos sectores. En este contexto voy a enumerar algunos puntos que considero importantes y que podemos discutir:

1º) **La libre elección profesional:** En ella incluimos la libertad de elección por parte del paciente de su médico, equipo profesional, lugar de asistencia, consultorio, clínica, sanatorios, hospitales, etc. Esta es y fue siempre una bandera del gremio médico, sostenida en el mayor idealismo y desvirtuada en la práctica en casi toda la geografía del país, porque en la realidad los que la defendemos a ultranza no la acompañamos de otras medidas que la hicieran posible. Conspira contra la libre elección la plétora médica que se

* Pedernera 830, (5700) San Luis.

establece rápidamente en el país, la falta de definición en el vapuleado acceso a la universidad con el resultado de una producción de médicos en cantidad y calidad no acorde con las necesidades del país. Sin duda las publicaciones del decano de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Jaim Etcheverry, en "La Nación" la semana pasada son suficientemente elocuentes. La otra cara de la moneda son los contratos cerrados de las obras sociales, la proliferación de los efectores propios, los hados, y en los últimos días las contrataciones con clínicas pequeñas de dudosa calidad en las prestaciones. Si los médicos perdemos la posibilidad de la libre elección, perdemos una parte esencial del acto médico, la fina trama espiritual que liga al médico con el paciente y cura tanto como los antibióticos de última generación. Debe por lo tanto estar presente en todo proyecto de salud que pongamos en marcha.

2°) **El libre acceso de todos los profesionales a la Seguridad Social:** Así fue hasta ahora, con diferencias regionales, con dificultades crecientes en las grandes ciudades y con el mismo enemigo declarado: los sistemas cerrados. También debemos en este punto hacer nuestra autocrítica: muchos médicos ingresaron al Sistema de Seguridad Social sin el menor análisis de por qué lo hacían, simplemente tomándolo como una posibilidad meramente económica. Fueron ellos los que, en la medida que se achicaba la economía del sistema, más trataron de sacar del mismo, sobrefacturando, sobredimensionando cada uno de los actos médicos, en fin, realizando todas las desviaciones que conocemos. Con estos argumentos se manejan quienes hoy, en la otra cara de la moneda, nos dicen que no puede existir el libre acceso al sistema porque no hay Sistema de Seguridad Social en ningún país que pueda soportar los 90.000 médicos y su desproporcionalidad con el índice de población de la Argentina. Son las razones de los que quieren hoy cerrar la Seguridad Social. Nosotros decimos: el ingreso debe ser sin ninguna duda libre e igualitario para todos. El cumplir las reglas de juego que el propio sistema

imponga fijará las limitaciones. Libre acceso entonces, con la sola limitación de cumplir las normas impuestas por el Sistema de Seguridad Social.

3°) **La financiación de la Seguridad Social:** Este tema, sin duda eje de las más dispares políticas en este país, ha sido tratado de acuerdo con la conveniencia de quien lo exponía. Tampoco escapamos los médicos a la culpa de su fracaso. Desde su creación hasta la fecha el crecimiento de la burocracia interna de las obras sociales no tiene nivel de comparación en ningún país del mundo. Las expresiones del responsable actual del INOS la semana anterior confirman cifras que hacen llegar en algunos casos al 50% de las recaudaciones los gastos internos de las obras sociales. Esto, en el contexto de la crisis que vivimos y la quiebra económica del sistema, es por lo menos trágico. La artroplastia de cadera no se puede hacer porque los encargados de recaudar el dinero para pagarla se quedan con el 50%.

Los medicamentos y sus implicancias político-económicas hacen inviable, así como están las cosas, cualquier plan posible de Seguridad Social en el país. El gasto crece de manera que ninguna nación lo podría soportar y su incidencia en la economía total del sistema llega al 60%. Una de las pocas soluciones requiere la decisión política del Ejecutivo Nacional apoyada por los médicos con sus recetarios, un listado terapéutico nacional, y para ello el de la COMRA es bueno, y el compromiso de las obras sociales. Los médicos debemos estar por lo menos concientizados para cuando los otros sectores se decidan a terminar con este vil despojo a nuestra población enferma realizado por los laboratorios nacionales y extranjeros. Durante muchos años discutimos en nuestras entidades gremiales qué formas de contratación y pago eran éticas, justas o no para nuestras prestaciones. Los distintos tipos de contratos se fueron aceptando, por acto médico, por capitación, los prepagos gremiales, etc. Lo que no podemos permitir, en cualquier sistema que aceptemos llevar adelante entre todos, es que la apar-

tología médica desfinancie el sistema en detrimento de la esencia del acto médico; la consulta, la cirugía en fin, el acto intelectual. En los últimos años, por una perversión del sistema que pagaba mal y a destiempo, todos tratamos de salvarnos buscando, a favor de circunstanciales rebajas de aranceles o dólares baratos, comprar algún aparato que mejorara la alicaída consulta. Hoy casi ningún paciente se va de una consulta médica sin el agregado del plus económico encubierto por la utilización de algún aparato. Debemos jerarquizar la consulta en el Sistema de Seguridad Social en tal magnitud que incluya todos los exámenes complementarios requeridos para el diagnóstico. Nuestra experiencia en San Luis es que, cuando la consulta se establece en valores aceptados por el médico y pagados en el momento, desaparece gran cantidad de desviaciones del sistema.

¿Es poco el aporte económico de los distintos sectores, beneficiarios, patronales o estatales al sistema?... Quién lo sabe. Podemos decir que es menor que el que se realiza en otros países desarrollados y que, por un problema de educación y demagogia política histórica, un argentino paga sin discutir tres o cuatro veces más por el seguro de su automóvil que por la salud de su familia. Pero decimos que no sabemos si el dinero alcanza o no para financiar el sistema, porque ha sido tan grande la malversación de fondos y la desviación de los dineros de la Seguridad Social que realmente con honestidad nadie puede asegurar que eliminando estas perversiones, la burocracia, racionalizando el gasto de medicamentos y sincerando el pago de las prestaciones no alcance y aun sobre para una medicina mejor.

4º) De los muchos otros puntos que deberíamos analizar para un Sistema de Salud rescato lo que discutimos incesantemente en la COMRA en los últimos años: una carrera médica en la Seguridad Social, es decir, la acreditación por antigüedad y por capacitación profesional. No puede existir un sistema que no permita progresar dentro del mismo, sin que su propio estancamiento lleve al fracaso, y al

médico, a renunciar y alejarse en cuanto adquiere un nivel científico y económico mayor. La carrera debe permitir y contemplar todos los grados de capacitación, no debe limitar la permanencia por razones económicas de aquellos que más alto nivel han logrado, los aranceles deben ser realmente acordes con los niveles alcanzados en la carrera. Esto es posible si racionalizamos los gastos, pero además si las reglas de juego de ascenso en la pirámide de la carrera son igualitarias y transparentes. La realidad de hoy nos dice que muchos de los más capacitados médicos del país no tienen en sus consultorios la cantidad de pacientes que desearían y no reniegan de la Seguridad Social sino porque no cubre sus justificadas expectativas económicas. Los valores de la consulta en la Seguridad Social en distintos momentos nos relevan de cualquier comentario: enero de 1960: 0,97 de dólar; enero del 80: 6,89 de dólar. El pico más alto en enero del 81: 11,64 de dólar. Enero del 85: 2,26 de dólar. Octubre del 89: 1 dólar.

He querido exponer estos puntos en estas Jornadas no caprichosamente, dado que de proyectos, planes de salud, alternativas de otros países, podríamos hablar largamente, pero se acercan tiempos especialmente difíciles para el gremio médico, así lo hemos compartido con la Mesa Directiva de COMRA la semana pasada y toda la información de que disponemos así lo indica. Tomemos como ejemplo solamente la expresión del gremialista Barrionuevo, Interventor del INOS, manifestada a la Confederación de Clínicas y Sanatorios: "Ahora que tenemos el poder, que tenemos los afiliados, que tenemos el dinero, los prestadores que vengan al pie. Así como hay desocupados en muchos gremios, también los puede haber médicos y las clínicas que no puedan trabajar que cierren y se conviertan en hoteles alojamientos". A esta concepción de la mejor atención de la salud de nuestra población sólo la podemos enfrentar con inteligencia y unidad, a través de nuestras organizaciones gremiales, limando asperezas entre los distintos sectores prestadores, clínicas y sanatorios y gre-

mio médico en el acuerdo de que ningún sector se salvará solo y de que aun reconociendo errores que cometimos, en estos principios que he tratado de exponer está la posibilidad de unión, que haga fracasar los planes de cerrar el sistema o, como ocurre en Córdoba en este momento, trasladar el convenio de PAMI a pequeñas clínicas mercantilistas, excluyendo al gremio médico. En poco tiempo más se

jugará una instancia decisiva para nuestra profesión en el país. Debemos tener plena conciencia de ello, y repito, en esta instancia nadie se salvará solo y el que obtenga de ello alguna ventaja sólo será circunstancial y de corto alcance. Hoy más que nunca debemos acercarnos a nuestras instituciones gremiales, apoyándolas y participando.