

En el devenir del acontecer institucional, lo cotidiano deja su sello de inmediatez en cada una de nuestras actividades. Las urgencias exigen nuestra atención permanente y las modificaciones de la realidad provocadas por el cambio socio-económico y el desafío tecnológico, desnudan las carencias en materia de programación de servicios y en la asignación de recursos. La información que disponemos es fragmentaria y tendenciosa, está originada en un modelo distorsionado por las presiones económicas y culturales resultantes de las mismas, y es altamente ineficiente en términos económicos y en la producción de salud.

Cuando hablamos en primera persona del plural, nos referimos a todos los que tenemos algo que ver con el tema. En lo que concierne a los médicos, somos protagonistas centrales, a veces por omisión, del debate respectivo; que interesa también al ciudadano común por la trascendencia que en el plano individual tiene la salud y que abarca aspectos comunes a una amplia gama de interesados en disciplinas sociales, políticas, económicas y científicas.

En nuestro medio, los recursos están dedicados casi exclusivamente a su recuperación, siendo escasa o nula la financiación destinada a otras acciones tanto o más eficaces sanitariamente. El traslado a las municipalidades de las obligaciones en promoción y prevención de salud no siempre trae aparejada una descentralización efectiva y una expansión de los servicios. La disminución de los presupuestos hace que muchos hospitales públicos busquen en la Seguridad Social lo que el estado no puede proveer; lo que da lugar al desarrollo de aquellos procedimientos que están cubiertos por los convenios en vigencia: medicamentos y tecnología. Los profesionales nos convertimos de esta manera en consumidores pasivos de los recursos que el mercado mundial ofrece indiscriminadamente. Los laboratorios los saben muy bien y por tal motivo nos convierten en el blanco de su publicidad, desprovistos como estamos de información científica consolidada y veraz acerca de los verdaderos méritos de los

procedimientos que utilizamos rutinariamente. No hemos adquirido ni generado conocimientos suficientes como para desarrollar las políticas correspondientes y es por ello que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos imprescindibles para el desarrollo de una medicina moderna, se han hipertrofiado de tal forma que impiden la financiación y el desarrollo del resto del universo prestacional. El sector correspondiente se ve obligado a competir ferozmente por un mercado cada vez más reducido, dificultando la lucha por un salario médico digno y una calidad de atención más elevada.

El Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas regulaba el sistema y al decir de algunos era el único plan de salud del país. Es un aliado del modelo y tiene cierta armonía entre sus componentes y obedecen sus códigos a algún ordenamiento lógico. Paralelamente a los aires de "desregulación", está perdiendo vigencia como norma y es actualmente apenas un "indicador" que puede o no respetarse, para bien o para mal. Las innovaciones que localmente le hemos producido son un ejemplo de la manera que se puede tomar a la crisis como oportunidad.

El modelo actual origina una estructura en la que la financiación genera prestación. Si realmente deseamos protagonizar un cambio que satisfaga a los beneficiarios y que sea coherente con los postulados universales de nuestra profesión, hemos de inducir el desarrollo de otro esquema, en el que se produzca salud. Debemos de reclamar a cada uno la cuota de responsabilidad que su jerarquía le asigne, pero nosotros nos haremos cargo de la nuestra, especialmente en este momento de crisis y cambio, en el que las instituciones médicas gremiales adquieren compromisos cada vez más estrechos con los sistemas asistenciales. Debemos hacer que la calidad médica y la medicina social dejen de ser términos contradictorios y abandonar la alienación que significa promover procedimientos que sabemos innecesarios, cruentos o caros para sobrevivir y seguir utilizando a las Sociedades Científicas

EDITORIAL

de las Especialidades para ello.

Cualquier política asistencial que margine a la mayoría de la población y de los médicos, está condenada al fracaso. Las propuestas sólo pueden ser viables en el marco de un sistema que les brinden una razonable respuesta asistencial. Por ello debemos profundizar las acciones que acerquen al profesional a su medio. Hemos desechado al mercado como mágico asignador de recursos y hemos de privilegiar a la gente, respetando su libertad de elegir y al trabajador de la salud, su derecho de trabajar por un salario digno. Pero serán reguladas la oferta de servicios de capital, su categorización y acreditación, orientando las habilitaciones según las necesidades del sistema.

Las alternativas prestacionales no deberían agotarse en el estudio y desarrollo de una oferta de servicios. Si deseamos progresar hacia la concreción de un modelo centrado en las necesidades sanitarias de la población, debemos adquirir un conocimiento adecuado de los componentes de la demanda, para convertirla en un elemento primordial en la organización de los servicios de salud; pues es ella que debe condicionar la oferta. Este es un camino aún inexplorado en nuestro país. Debemos estudiar las patologías prevalentes y las pautas culturales que la orientan; desde la ecología hasta los medios de comunicación que permiten el acceso de los pacientes a los centros hospitalarios. La concreción de convenios por capitación por parte de la Asociación Médica de Bahía Blanca, no sólo ha incrementado el riesgo económico de la institución, sino que le ha brindado la oportunidad de dar una respuesta orgánica a lo que la población exige cotidianamente de sus dirigentes.

En el marco de la estrategia descripta, hemos de expresar nuestra satisfacción por la publicación, en este Número Especial de la Revista, de un trabajo elaborado por el Tec. Pedro Manuel Saint Pierre, acerca de "Defunciones registradas en Bahía Blanca, Años 1988-92"; culminación de un largo esfuerzo dedicado al conocimiento de nuestra realidad sanitaria y

epidemiológica. Sin lugar a dudas, esta invaluable información no hubiera sido posible recopilar si no fuera por la colaboración activa y permanente de los Dres. Marcilese E. y Laspiur J. M.; como así también a los Directores de Coordinación de la Región Sanitaria I, Dr. Roberto Santos y al Lic. en Bioquímica Dr. Carlos Zunini. Al Registro Provincial de las Personas y a los Agentes de Archivos de Historias Clínicas de los hospitales locales, a quienes les expresamos nuestro más sincero agradecimiento.

FELIPE GLASMAN