

revista argentina de CIRUGIA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

LXXIV CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA
XLVII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA TORACICA
XXVIII CONGRESO ARGENTINO DE COLOPROCTOLOGIA
XXX JORNADAS ARGENTINAS DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR
IV JORNADAS NACIONALES DE MEDICOS RESIDENTES DE CIRUGIA GENERAL
XI CONGRESO SUDAMERICANO DE CIRUGIA TORACICA

Nº EXTRAORDINARIO
RELATOS 2003
BUENOS AIRES

**ACTAS DE LA
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA**

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 687.145

Septuagésimo Cuarto Congreso Argentino de Cirugía

**Cuadragésimo Séptimo Congreso Argentino
de Cirugía Torácica**

**Vigésimo Octavo Congreso Argentino
de Coloproctología**

**Trigésimas Jornadas Argentinas
de Angiología y Cirugía Cardiovascular**

**Cuartas Jornadas Nacionales de Médicos Residentes
de Cirugía General**

**Décimo Primer Congreso Sudamericano
de Cirugía Torácica**

Buenos Aires, 2003

Publicado bajo la dirección del
COMITÉ DE PUBLICACIONES DE LA
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA
Marcelo T. de Alvear 2415
(1122) BUENOS AIRES

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

Comisión Directiva

Presidente: Luis Gramática
Vicepresidente 1º: Roberto N. Pradier
Vicepresidente 2º: Enrique A. Sívori
Secretario General: Oscar M. Mazza
Secretario de Actas: Eduardo Deluca
Tesorero: Mario L. Benali
Protesorero: Eduardo Bumaschny

VOCALES

Carlos Apestegui, Luis Chiappetta Porras, Jorge L. Manrique
y Jorge M. Merello Lardies

VOCALES SUPLENTE

Francisco Florez Nicolini, Marcelo F. Figari, Ricardo A. Bracco, Jorge A. Moscardi, Carlos G. Ocampo
y Leonardo F. Serrano

DIRECTOR

Martín E. Mihura

SECRETARIA EJECUTIVA

Victoria I. de Colset

COMITÉ DE ÉTICA

Luis V. Gutiérrez, Leonardo H. Mc Lean, Jorge R. Defelitto, H. Pablo Curutchet
y Eduardo N. Saad

COMITÉ COLEGIO

PRESIDENTE
Jorge L. Nazar

VICEPRESIDENTE
Roberto A. De Rosa

COMITÉ DE ASUNTOS LABORALES Y LEGALES

PRESIDENTE
Claudio Iribarren

VICEPRESIDENTE
Jorge L. Manrique

COMITÉ DE CIRUGÍA VIDEOENDOSCÓPICA Y MINIIVASIVA

PRESIDENTE
Pedro A. Ferraina

VICEPRESIDENTE
Juan Pekolj

COMITÉ DE ASUNTOS INSTITUCIONALES Y REGIONALES

PRESIDENTE
Jorge A. Defelitto

VICEPRESIDENTE
Mario J. Milano

Septuagésimo Cuarto Congreso Argentino de Cirugía

Cuadragésimo Séptimo Congreso Argentino
de Cirugía Torácica

Vigésimo Octavo Congreso Argentino
de Coloproctología

Trigésimas Jornadas Argentinas
de Angiología y Cirugía Cardiovascular

Cuartas Jornadas Nacionales de Médicos Residentes
de Cirugía General

Décimo Primer Congreso Sudamericano
de Cirugía Torácica

Buenos Aires, 9 al 12 de noviembre de 2003

COMITÉ EJECUTIVO

PRESIDENTE

Enrique A. Sívori

VICEPRESIDENTE

Hugo R. Amarillo

SECRETARIO GENERAL

Oscar M. Mazza

SECRETARIOS

Axel F. Beskow, Jorge P. Grondona, Nicolás Guerrini
y Sebastián Menvielle

CAPÍTULO SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA TORÁCICA

Comisión Directiva

PRESIDENTE

Roberto C. Cervio

VICEPRESIDENTE

Wilfrido A. Luciani

SECRETARIO GENERAL

Alfredo A. Bargnia

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL

PRESIDENTE

Mariano Tolino

SECRETARIO GENERAL

Pablo A. Zain El Din

SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

PRESIDENTE

Jorge Font Saravia

SECRETARIO GENERAL

Vicente Dezano

PRESIDENTE DEL COMITÉ CONGRESO

DE COLOPROCTOLOGÍA

Hugo R. Amarillo

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

PRESIDENTE

Juan C. Parodi

VICEPRESIDENTE

Julio Baldi

SECRETARIO GENERAL

Luis M. Ferreira

ASOCIACIÓN SUDAMERICANA DE CIRUGÍA TORÁCICA

PRESIDENTE

Carlos H. Spector

PRESIDENTE DEL 11º CONGRESO

Emilio A. Navarini

PRESIDENTES DE LOS CONGRESOS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGIA

Primero	(1928) R. Armando Marotta	Trigesimoctavo	(1967) Aníbal J. Introzzi
Segundo	(1930) Eduardo F. Beláustegui	Trigesimonoveno	(1968) Iván Goñi Moreno
Tercero	(1931) Ernesto Romagosa	Cuadragésimo	(1969) Adolfo M. Rey
Cuarto	(1932) Arturo Zabala	Cuadragésimoprimer	(1970) Andrés A. Santas
Quinto	(1933) Enrique Finochietto	Cuadragésimosegundo	(1971) Juan V. Gurruchaga
Sexto	(1934) José Arce	Cuadragésimotercero	(1972) Diego E. Zavaleta
Séptimo	(1935) Marcelo Viñas	Cuadragésimocuarto	(1973) Julio V. Uriburu
Octavo	(1936) Alejandro Ceballos	Cuadragésimoquinto	(1974) Jorge Sánchez Zinny
Noveno	(1937) Luis A. Tamini	Cuadragésimosexto	(1975) José M. Mainetti
Décimo	(1938) José M. Jorge	Cuadragésimoséptimo	(1976) José A. García Castellanos
Undécimo	(1939) Roberto Solé	Cuadragésimooctavo	(1977) Armando G. Russo
Duodécimo	(1940) Alberto Baraldi	Cuadragésimonoveno	(1978) Angel N. Bracco
Decimotercero	(1941) Arnaldo Caviglia	Quincuagésimo	(1979) Clemente J. Morel
Decimocuarto	(1942) Carlos Robertson Lavallo	Quincuagésimoprimer	(1980) Alberto E. Laurence
Decimoquinto	(1943) Oscar Copello	Quincuagésimosegundo	(1981) Juan J. Boretti
Decimosexto	(1944) Pablo E. Mirizzi	Quincuagésimotercero	(1982) Wolfgang G. Lange
Decimoséptimo	(1945) Rodolfo E. Pasman	Quincuagésimocuarto	(1983) Miguel A. Figueroa
Decimooctavo	(1947) Manuel Ruiz Moreno	Quincuagésimoquinto	(1984) Jorge Manrique
Decimonoveno	(1948) Oscar J. Carnes	Quincuagésimosexto	(1985) Arturo E. Wilks
Vigésimo	(1949) Adolfo E. Landivar	Quincuagésimoséptimo	(1986) Eduardo Schieppati
Vigésimoprimer	(1950) Delfor del Valle	Quincuagésimooctavo	(1987) H. P. P. J. Achával Ayerza
Vigésimosegundo	(1951) Vicente Gutiérrez	Quincuagésimonoveno	(1988) Enrique M. Beveraggi
Vigésimotercero	(1952) Juan M. Allende	Sexagésimo	(1989) Vicente P. Gutiérrez
Vigésimocuarto	(1953) Carlos J. Allende	Sexagesimoprimer	(1990) Jorge M. Moroni
Vigésimoquinto	(1954) Federico E. Christman	Sexagesimosegundo	(1991) Santiago G. Perera
Vigésimosexto	(1955) Alejandro J. Pavlovsky	Sexagesimotercero	(1992) Héctor D. Santángelo
Vigésimoséptimo	(1956) José A. Caeiro	Sexagesimocuarto	(1993) Alfredo Martínez Marull
Vigésimooctavo	(1957) Carlos E. Ottolenghi	Sexagesimoquinto	(1994) Claudio Barredo
Vigésimonoveno	(1958) Carlos E. Velasco Suárez	Sexagesimosexto	(1995) Frutos E. Ortiz
Trigésimo	(1959) Mario M. J. Brea	Sexagesimoséptimo	(1996) Luis V. Gutiérrez
Trigesimoprimer	(1960) Wenceslao Tejerina Fotheringham	Sexagesimooctavo	(1997) Leonardo H. Mc Lean
Trigesimosegundo	(1961) Angel F. San Martín	Sexagesimonoveno	(1998) Jorge R. Defelitto
Trigesimotercero	(1962) Juan R. Michans	Septuagésimo	(1999) H. Pablo Curutchet
Trigesimocuarto	(1963) Alfredo Liambías	Septuagesimoprimer	(2000) Eduardo N. Saad
Trigesimoquinto	(1964) José E. Rivarola	Septuagesimosegundo	(2001) Luis Gramática
Trigesimosexto	(1965) Alberto E. Baila	Septuagesimotercer	(2002) Roberto N. Pradler
Trigesimoséptimo	(1965) Guillermo Belleville	Septuagesimocuarto	(2003) Enrique A. Sivori

CONTENIDO

AÑO 2003

NÚMERO EXTRAORDINARIO

RELATO OFICIAL

EL CIRUJANO FRENTE A LA CRISIS FINANCIERA DE LA SALUD

PROFESOR DR. ALBERTO H. CARIELLO MAAC FACS

Buenos Aires
Noviembre 2003

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
I- INTRODUCCIÓN	9
II- La Crisis Argentina	10
III- Repercusión Social de la Crisis	15
IV- Actitud de los actores del sector frente a la Crisis	17
V- Historia del sector Salud	20
VI- Sector Salud de Argentina	23
VII- Recursos Humanos de la Salud	29
VIII- Economía y Enfermedad	40
IX- Encuesta a Cirujanos Argentinos ¿como estamos ahora?	49
X- Conclusiones	63
XI- Referencias bibliográficas	69

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer profundamente a la Asociación Argentina de Cirugía haberme honrado con la designación como Relator Oficial del 74º Congreso Argentino de Cirugía, que como todos sabemos significa participar de su muy reconocida historia. Le agradezco también a nuestra institución, haber sido a través de los años para todos nosotros la reserva de los más altos valores de la profesión, y la creadora de una "cultura" que nos cohesiona a los cirujanos argentinos, hecho que en cierto modo trasciende y justifica a los grandes de ayer y de hoy que lo hicieron posible, de los que desde luego nos enorgullecemos.

En segundo lugar quiero destacar que el tema elegido "El Cirujano frente a la crisis financiera de la Salud" cambia una posición ancestral de la Asociación frente al tema de la retribución del cirujano. La actual decisión forma parte de la larga y meritoria historia de una organización que ha logrado y mantenido en el tiempo su objetivo de "propender al desarrollo de la Ciencia y el Arte quirúrgico", debiendo interpretarse como una prueba fehaciente de su notable poder de adaptación al cambio, por acelerado y radical que este parezca.

Como es costumbre en estas ocasiones, quiero hacer un homenaje a mis Maestros, ya que nuestra formación en la profesión de Cirujanos, a pesar de lo que piensan algunos pocos que se sienten autodidactas, se fundamenta no sólo en la incorporación del conocimiento y la habilidad operatoria, sino de los valores, costumbres y actitudes necesarios para llegar a serlo; nadie llega a ser Cirujano sin haber compartido la práctica de uno o varios Maestros, que como los artesanos con sus aprendices en la Edad Media, nos han enseñado con la vivencia de su hacer, y todos construimos "sobre" esos Maestros nuestro propio "ser quirúrgico". En mi caso, mi primer agradecimiento será para con mi padre Hipólito Cariello, con quien no tuve la suerte de compartir la práctica, pero cuyo entusiasmo hacia su profesión quirúrgica logró encender el mío, y mi eterna gratitud para con mi maestro el Profesor Jorge Defelitto, quien me introdujo en el mundo apasionante e infinito del Cirujano Académico, me educó en su eterna iniciativa de conducir los cambios en lugar de rechazarlos y me permitió desde una antigua y estrecha amistad conocer los matices de su espíritu de excepción. Por su comprensión en la tarea cotidiana que permitió disimular mis variados defectos, pero mucho más por su ejemplo, mi más profundo agradecimiento.

No puedo olvidar a los excelentes Maestros de la Cirugía Argentina, en quienes encontramos un modelo de probidad, de actitud y de conducta desde nuestros inicios en la especialidad. Entre todos ellos, debo agradecer muy especialmente el apoyo y los consejos de los Profesores Enrique Beveraggi y Eduardo Saad.

Pero como la tarea encomendada fue inabarcable para un solo individuo, debí pedir ayuda, y hoy debo agradecer la dedicación y el compromiso de mis colaboradores que hicieron posible este relato:

- Licenciada Ercilia M. Olivera, Consultora de Aprendizaje Organizacional y Docente e Investigadora de la U.N.La Plata, quien no sólo ayudó en la planificación de la encuesta y en la tarea de campo, sino que fue asesora permanente en temas de su especialidad.
- Dr. Sebastián Menvielle docente auxiliar de la Cátedra "E" de Cirugía de la U.N.La Plata y Cirujano de Guardia del Hospital R. Rossi, quien hizo búsqueda bibliográfica, trabajó en el procesamiento electrónico de datos, y estuvo siempre listo a colaborar en lo que fuera necesario.
- Dra. Alicia De Falco, Profesora Titular Libre de la Cátedra de Postgrado de Alergia e Inmunología de la U.N.La Plata y Directora de Postgrado de la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología, quien trabajó en la encuesta, en la búsqueda bibliográfica, y en la construcción del manuscrito.
- Dr. Claudio Pérez Irigoyen, docente auxiliar de la Cátedra "E" de Cirugía de la U.N.La Plata, ex Director del Hospital Español de La Plata y experto en temas de Economía y Enfermedad, con quien, en largas conversaciones, perfilamos la orientación que iba a tener un tema con tantas aristas como el del presente relato
- Los encuestadores:
- *Médicos Residentes y Concurrentes de Cirugía del Hospital R. Rossi de la Plata:* Dres. Gastón Bacigalup Vertiz, Alejandro Cortes Bellomo, Guadalupe Del Poso, María Belén Di Ciano, Eisy Esper Valenzuela, Guillermo Martí, Silvina Ortiz, Pablo Puccl, Santiago Quelas, Germán Rubio Mongragón, Santiago Tur y Alejandro Viscarra.
- *Alumnos de la Cátedra "E" de Cirugía de U.N.La Plata:* Virginia Beorlegui, Luciana N. Brivido, Marina Cariello, Valeria D'Alessandro, Joaquín de Alba, Juliana de la Iglesia, Estanislao de Urraza, Mariano Massa, Pablo Román y la invitada Florencia Cariello

EL CIRUJANO FRENTE A LA CRISIS FINANCIERA DE LA SALUD

I. INTRODUCCIÓN

Recuerdo muy vívidamente aquel miércoles 7 de noviembre de 2001, pasadas las 2 de la tarde transcurría la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Argentina de Cirugía, y se pusieron a su consideración los temas para los Relatos al 74º Congreso a realizarse en 2003. Cuando debimos seleccionar uno entre los temas del grupo no directamente relacionado con el conocimiento técnico asistencial (tema B), 112 de los aproximadamente 170 asambleístas presentes eligieron "El Cirujano frente a la crisis financiera de la Salud", lo cual, según creo, estaba expresando claramente la magnitud de la preocupación de la mayoría por su futuro laboral.

Asimismo, me acuerdo que comenté con alguien que estaba cerca mío, que no me imaginaba quien podría dar respuesta a semejante expectativa, ya que percibía que era una tarea casi periódica describir algo que estaba cambiando tanto en ese mismo momento y una tarea extremadamente difícil establecer cuales serían los probables escenarios futuros en los que proyectar nuestros cursos de acción.

Tiempo después tuve la respuesta acerca de quien sería el encargado de hacerlo, y sentí entonces un gran halago y una enorme satisfacción por el reconocimiento, pero también un cierto pánico que me estimuló y que aún perdura.

Este Relato está dirigido en general a todos los Cirujanos del país, en particular a los socios de nuestra querida Asociación Argentina de Cirugía y muy especialmente a esos 112 asambleístas que expresaron de una forma tan contundente su necesidad de conocer qué estaba sucediendo. Nuestra intención es dar respuesta a esa demanda, mediante el análisis sistemático de los mejores datos disponibles, y expresar los resultados de la forma más comprensible.

Por ese motivo, hemos intentado seleccionar los contenidos y la forma de expresarlos, de modo

que no sea necesario tener demasiados conocimientos previos de economía y administración para que puedan ser placenteramente adquiridos por el Cirujano Argentino promedio.

Al tratar de definir el alcance de la propuesta, descubrimos que la clave estaba en el término Crisis, del cual el Diccionario de la Real Academia Española tiene 2 acepciones, que son las que más se adaptan: "situación de un asunto o proceso cuando está en duda su continuación, modificación o cese", y "momento decisivo de un negocio, grave y de consecuencias importantes"; ambas significan exactamente la endeble situación del Sector Salud y la desventajosa situación de los Cirujanos en ese momento, lo cual ha empeorado aún más con los sucesos políticos, económicos y sociales que comenzaron a precipitarse al mes siguiente, en diciembre de 2001.

La estructura del Relato consta de: 1- Descripción de la Crisis Argentina, 2- Repercusión social de la Crisis, 3- Los actores del Sector Salud frente a la Crisis, 4- Desarrollo Histórico del Sector Salud, 5- el Sector Salud de Argentina, 6- el Recurso Humano de la Salud en Argentina, 7- la Economía y la Enfermedad y 8- los resultados de la Encuesta propia realizada entre 834 Cirujanos de Argentina y 68 de Latinoamérica, que pretende revelarnos como respondemos a la Crisis y cuáles son nuestras potencialidades y debilidades. Creemos que éste último estudio es nuestro aporte al conocimiento del comportamiento de los Cirujanos como actores de los mercados de venta de servicios quirúrgicos en el país.

Para finalizar, y de acuerdo con la dificultad observada en la mayoría de nosotros para mantener la concentración y lograr la comprensión de temas tan engorrosos y alejados de aquellos a los que nos llevara nuestra vocación quirúrgica, es que les sugerimos una primera lectura en la que sólo miren y evalúen los abundantes gráficos del Relato, los que en general se explican perfectamente a sí mismos y les muestran momentos actua-

les o tendencias de comportamiento de la realidad en temas que, estamos seguros, van a llamar su atención. Una vez finalizada esta tarea comiencen a leer el texto del Relato por donde ustedes prefieran o se sientan más interesados, la secuencia de temas carece de importancia, pero es bueno que lean el breve texto que acompaña en cada caso a un grupo de gráficos, que en general dará mayor sentido a lo que ustedes ya habrán visto en ellos. De ser posible, dejen para el final las conclusiones y las recomendaciones, desde luego no vinculantes, de manera que teniendo todos los elementos para hacerlo, puedan corroborar o refutar con fundamento las nuestras.

II. LA CRISIS ARGENTINA

Argentina se encuentra sumida en una profunda crisis económica, social y política sin paralelo en su historia. Después de tres años de recesión ininterrumpida, la crisis económica y financiera se profundizó durante el año 2001. En el transcurso de dicho año, se hicieron varios intentos infructuosos para reactivar el crecimiento como preludio para mejorar las finanzas públicas y el perfil de la deuda. Los esfuerzos por proteger al sistema bancario frente al amplio retiro de los depósitos (el "corralito") tuvieron como resultado restringir la liquidez y la actividad económica y generaron descontento popular. El proceso culminó con la renuncia del Presidente De la Rúa en diciembre de 2001, una rápida sucesión de presidentes designados, el anuncio formal de la cesación de pagos sobre la deuda del sector público, y a principios de 2002, el abandono del Plan de Convertibilidad^{27, 22, 91}.

Con una recesión que ya lleva cuatro años, se proyectó para el 2002 una declinación de la economía de alrededor del 16 por ciento, lo que implica una caída del PBI de más del 25 por ciento desde su pico en 1998. Con una marcada depreciación del peso desde su flotación y una política monetaria indefinida, Argentina está experimentando una significativa inflación por primera vez desde 1991. Entre la declinación de la actividad económica y la depreciación de la moneda, el PBI "per cápita" se derrumbó abruptamente desde su pico registrado en 1998 de US\$ 8.210, hasta su nivel registrado en octubre pasado de menos de US\$ 1.000. (Gráfico II-1)²⁴.

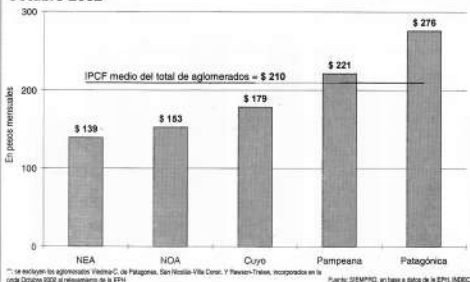
La caída de los últimos seis meses ha agravado severamente las difíciles condiciones sociales del país. Los niveles de desempleo, que eran elevados (18.3%) en octubre de 2001, saltaron al 20,5 por ciento en octubre de 2002, de acuerdo con los indicadores oficiales²⁶. (Gráfico II-2). La destrucción de puestos de trabajo ha sido importante, particularmente en relación con los empleos no calificados. Durante el primer trimestre de 2002, la industria de la construcción (que es clave para la mano de obra no calificada) cayó el 25 por ciento con respecto al último trimestre de 2001, y un 42% en comparación con el primer trimestre de 2001.

También la pobreza está en aumento, confirmando la asociación entre la crisis económica y el incremento de la pobreza. (Gráfico II-3). Las estimaciones oficiales para 28 centros urbanos indican que aumentó del 38,3% en octubre de 2001 a 53,0% en mayo de 2002, llegando a más del 70% en algunas regiones según determinaciones de octubre de 2002. Este contexto extremadamente negativo también ha tenido un fuerte impacto sobre los sectores de la salud y la educación, en los que existe una creciente evidencia de deterioro en la provisión de servicios. El efecto combinado de todos estos factores, y el aumento de la diferencia de ingresos entre los que más ganan y los que menos ganan, (Gráfico II-4 y Gráfico II-5) ha tenido como resultado producir una situación social crecientemente conflictiva, con altos niveles de delito, violencia y diversas formas de protesta.^{27, 24, 94, 93, 96}

En el primer cuatrimestre del año 2003, la economía pareciera haber tenido una mejoría considerable, probablemente debido al aumento de las exportaciones como consecuencia de la competitividad que nos ha dado la devaluación y al ingreso concomitante de algunos capitales para ser aplicados a la inversión productiva, pero no puede descartarse el factor político, debido a las recientes elecciones presidenciales como un "factor expectativa". En consecuencia han mejorado los índices de desocupación y subocupación; y con la ayuda de planes sociales ha bajado el índice pobreza e indigencia.

Sin embargo, el sistema financiero aún no provee crédito razonablemente aceptable y quedan pendientes las tareas más difíciles de la reconstrucción de las instituciones del País, como son

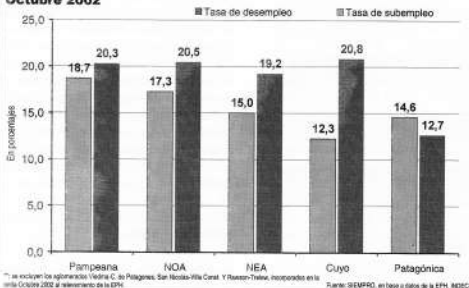
Ingreso per capita familiar (IPCF) medio, por región Octubre 2002



Secretaría de la Salud
Gobierno Nacional de la Provincia de Buenos Aires

GRÁFICO II 1

Tasas de desempleo y subempleo, por región Octubre 2002



Secretaría de la Salud
Gobierno Nacional de la Provincia de Buenos Aires

GRÁFICO II 2



GRÁFICO II 3

GRÁFICO II 4
 Inequidad del ingreso en Argentina
 Año 2002

QUINTILES	Ingreso "per Cápita"	
	Media	
I	\$ 32	3%
II	\$ 86	8%
III	\$ 146	14%
IV	\$ 241	22%
V	\$ 565	53%
Media	\$ 214	

Difer. D10/D1	28,4 veces
Coef. Gini	0.478

FUENTE: Banco Mundial - Doc. Trabajo N. 1/02 - Noviembre de 2002

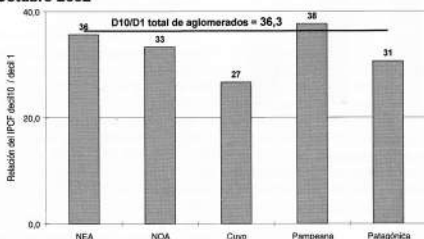
la renegociación de la deuda externa que asciende a más de US\$ 150.000 millones en cálculos optimistas (de los cuales más de un 30% está en

manos de ahorristas particulares que reclaman airadamente por el capital invertido), la reforma del sistema financiero y la puja por la "actualización" de las tarifas con las empresas de servicios y las petroleras privatizadas en la década anterior; todo lo cual se hará en el marco que provee el Fondo Monetario Internacional, ya que la mayor parte de los bancos y empresas privatizadas pertenecen a corporaciones multinacionales que están pujando fuertemente por sus intereses. Estas tareas quedan pendientes para un gobierno recientemente instalado, que está luchando por generar consenso político, y por lo tanto el poder necesario para acometerlas con probabilidad de éxito.

Nexos entre la Crisis General y el Sector Salud

Argentina es un país que ha sobresalido en América Latina por su alto índice de desarrollo humano. En salud, el país se ha distinguido por su avanzado grado de transición epidemiológica, su alto nivel de gasto que en el 2000 era del 8,5% del PBI y equivalía a US \$ 653 per cápita^{105, 110}, su extensa oferta prestacional y el alto desarrollo tecnológico en la provisión de servicios de salud.

Relación del ingreso per capita familiar del decil 10 y decil 1*, por región Octubre 2002



Nota: (*) Es la cantidad de veces en que el ingreso per capita familiar del 10% más rico supera al 10% más pobre.

** se excluyen los aglomerados Viedma-C, de Patagonia, San Nicolás-Villa Constitución y Rosario-Trelew, incorporados en la onda Octubre 2002 al relevamiento de la EPH.

Fuente: SEMPRO, en base a datos de la EPH, INDEC.



Presidencia de la Nación
Ministerio de Salud
Ministerio de Planificación y Políticas Económicas

GRÁFICO II 5

Al mismo tiempo, el sector salud argentino enfrenta desde tiempo atrás, importantes deficiencias como la inequidad en la asignación de recursos y en el estado de salud, la ineficiencia institucional (especialmente en la función aseguradora), la debilidad regulatoria y la fragmentación sectorial.

El pobre desempeño de la economía durante los últimos años, agudizado en meses recientes por la crisis política e institucional y sumado al rápido deterioro de las condiciones sociales, afecta los distintos subsistemas que integran el sector salud y amenaza a corto y largo plazo la salud y el bienestar de los ciudadanos, en especial de aquellos de menores recursos. La situación de crisis del sector salud es consecuencia inmediata de la caída de sus distintas fuentes de financiamiento y del creciente deterioro en las condiciones de vida de la población. A esto se suman condiciones de ineficiencia crónica y fallas estructurales que limitaban de antemano las reservas del sistema y debilitaron su capacidad de reacción ante un momento de mayor demanda.

El impacto de la actual crisis sobre el sector salud puede explicarse por cuatro factores principales:

- A- Existe un *deterioro progresivo en el financiamiento* de los diferentes subsistemas. En el caso de la seguridad social, este deterioro resulta de una disminución de la recaudación de aportes obrero patronales dada por mayores índices de desempleo. El Ministerio de Economía informó una disminución de 15.5% en la recaudación tributaria de los primeros 8 meses del 2002 destinada al Sistema Nacional de Seguro de Salud (SNSS) (Gráfico II-6), comparado con el mismo periodo del 2001, aunque en los últimos meses de 2002 se recuperó ligeramente. Esto provoca una caída de las coberturas de Obras Sociales y un aumento de la clientela del sector público (Gráfico II-7).
- B- *El incremento en la mora y evasión de dichos aportes.* Se estima que para los aportes al Sistema Nacional de Seguro de Salud, un 15% del empleo declarado (la mayor parte del empleo no está declarado) no está abonado en el año 2002*, a lo que se agrega una reducción del nivel de ingresos promedio en la población general, que reduce la capacidad de los propios usuarios para financiar directamente el sistema o una parte del mismo pagando de su bolsillo.

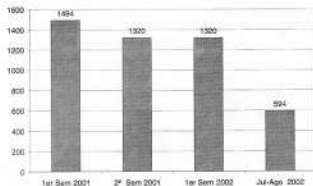


GRÁFICO II 6

Recaudación del SNSS

Fuente: Información de la Secretaría de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2002

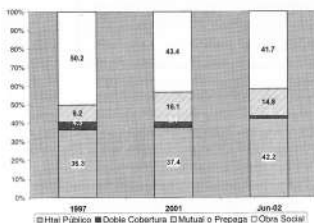


GRÁFICO II 7

Cobertura de Servicios de Salud

Fuente: Documento de Trabajo 2/02 Bco. Mundial, Nov. 2002 y CEDES 2002

blico debido a la fuerte caída del empleo con la consecuente pérdida de cobertura, y para aquellos que aún permanecen con cobertura, la caída de sus ingresos hace imposible cualquier gasto de bolsillo²².

A todo lo cual, cuando consideramos a los cirujanos como prestadores, se le debe agregar otro factor negativo, una notable disminución del trabajo médico en el sector privado, sobre todo aquello que es financiado por las Obras Sociales. Como un ejemplo, vemos una notable disminución de la cantidad de prestaciones financiadas por el convenio existente entre IOMA y FeCiLiBA (una caída del 12% de las internaciones quirúrgicas entre 2001 y 2002) que han sufrido los Sanatorios y por extensión los cirujanos de la Provincia de Buenos Aires como se aprecia en el Gráfico II-8, el fenómeno se aprecia como más grave, cuando se tiene en cuenta que en la mayoría de las instituciones de la Provincia de Buenos Aires dicho convenio financia más del 50% de las prestaciones y en ciertos lugares llega al 70%^{110, 119}.

La situación de una ciudad de la Región Metropolitana de Buenos Aires

Desde 2001 cerraron en el área de La Plata 15 efectores de Salud (Clínicas y Sanatorios), con lo que se perdieron 303 camas de internación y 600 puestos de trabajo, pero el retroceso no es nuevo, en los últimos 15 años se perdieron 95 efectores con 1717 camas de internación y 3400 puestos de trabajo; entonces el 70% de la población tenía cobertura de Obras Sociales y ahora sólo el 50% la tiene. Hoy el 90% de los estableci-

C- Aumento en los costos en medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación, con implicancias negativas en materia de abastecimiento y acceso a los mismos. Por ejemplo, en el primer trimestre del 2002 la Subsecretaría de Salud de Neuquén documenta un aumento promedio de 170% en el precio cotizado de 250 medicamentos¹¹⁰.

D- Mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socio-económicas de la población. Verificándose un aumento de la demanda de asistencia en el subsector pú-

Año	Nº Internaciones Quirúrgicas	Costo Sanatorial por Paciente
2000	43.944	\$ 710.96
dif 2000/01	-2.6%	0.4%
2001	42.789	\$ 713.80
dif 2001/02	-12.1%	11.7%
2002	37.608	\$ 796.99

GRÁFICO II 8

Caída del Trabajo Quirúrgico en la Provincia de Bs. As
Fuente: Administradora del Convenio IOMA-FeCiLiBA, Año 2003

mientos con internación tiene un atraso de un mes en los sueldos del personal y han incumplido con los aumentos remunerativos dispuestos por los decretos 1273 y 2641 del P.E.N.¹¹².

III. REPERCUSIÓN SOCIAL DE LA CRISIS ECONÓMICA

Las profundas transformaciones sufridas en la última década por el mercado laboral en Argentina, y muy especialmente las ocurridas a partir de la crisis económica y político-institucional de fines de 2001, han llevado a que en la actualidad aproximadamente el 37,3% de la fuerza laboral del país esté con graves problemas de empleo, lo que representa 2,5 millones de desocupados y 2,8 millones de subempleados⁹³.

Tal como puede apreciarse en el Gráfico 1 el fenómeno comienza a hacerse manifiesto desde el año 1992, año en que existió una gran caída de los ocupados plenos con el crecimiento concomitante de los desocupados y hasta de los subocupados, tendencia que se acentúa hasta fines del año 1996, luego de lo cual se revierte con un leve crecimiento de los ocupados plenos que dura hasta 1998, año en que comienza una fuerte recesión económica en el País, que nuevamente afecta al empleo, que cae abruptamente⁹⁴. Como si todo esto fuera poco, la convertibilidad de la moneda uno a uno con el dólar, que había sido en parte la causa de la falta de competitividad de la Economía Argentina tanto en el mercado internacional como en el interno, desaparece con una fuerte devaluación en enero de 2002, lo que se acompaña de un brote inflacionario como se aprecia en el Gráfico 2, que aunque de menor magnitud que el creciente valor del dólar "flotante" por la iliquidez acumulada, impactó aún más en la Tasa de Empleo pleno ya sumamente deteriorada, el resultado es una caída muy manifiesta del Capital Social (disminución de credibilidad, participación, etc.)⁹⁵.

Repercusión en la Clase Media Argentina

Los sectores medios en la Argentina fueron durante muchas décadas uno de los factores esenciales en un modelo de integración social único en Latinoamérica; sin embargo en los últimos años a causa de la crisis económica se ha

producido una fractura social en dichos sectores, debilitando los lazos culturales y sociales que unían a sus diferentes segmentos e instalando una profunda brecha entre los grupos de "ganadores", básicamente compuestos por personal altamente calificado, profesionales, gerentes y empresarios del ámbito privado, que se convierten en lo que algunos autores (Goldthorpe y Renner) llaman la "Clase de los Servicios"; y los grupos de "perdedores" del nuevo sistema, cuantitativamente más numerosos y representados principalmente por empleados y profesionales del ámbito público (administración, fuerzas de seguridad, salud, educación, etc), antes protegidos debido a su importancia para el "Estado de Bienestar" y hoy abandonados a la desocupación o la pobreza por un estado ausente o indigente. Esta desigualdad se produce en el seno de una Sociedad que ahora privilegia al "mercado" como regulador de la actividad económica y por lo tanto de la distribución de la renta. El resultado de su aplicación durante la década del '90 fue una alta concentración en el 10% más rico de la población, hoy la diferencia de los ingresos "per cápita" entre el 10% más rico y el 10% más pobre (D10 / D1) es de 28,4 veces.

Una de las manifestaciones de ésta fractura, estaría representada por una dinámica social que incluye nuevas conductas de adaptación, como:

- 1- La "integración por arriba" de los ganadores con las clases altas, mediante una "segregación espacial" representada por los Barrios Cerrados (sin propuestas de socialización) y los "Countries" (con definidas propuestas de socialización: Club House, Golf Club, Gym, Colegios, etc). Esta conducta muy conocida en el pasado en otros países como Brasil (condominios), Venezuela y México (comunidades cercadas) llega a nuestro país con la exclusión de vastos sectores de la población, y su posterior consecuencia de inseguridad creciente. Así se pierden los espacios públicos de la ciudad para ciertos sectores y éstos son reemplazados por espacios privados que en última instancia funcionan como "ghettos" donde se hacen sentir las consecuencias sociológicas de la segregación.
- 2- La "integración por abajo" de los perdedores de las clase media con las clases bajas.

Abandonaron las conductas de "pobreza de puertas adentro", que usaron al comienzo para intentar diferenciarse de los pobres estructurales utilizando sus mayores recursos y competencias (conducta fue observada en los estudios de Minujin y Kesler de 1995), y se lanzaron a interactuar en las redes sociales, como por ejemplo las "redes de trueque", de las que hay más de 500 nodos en 15 provincias. Aquellos que habían abandonado sus antiguas relaciones

sociales que "quedaron" en el grupo de mayores recursos y ya habían adquirido costumbres inaccesibles para los "nuevos pobres", hicieron nuevas relaciones con otros "nuevos pobres" como ellos, y abandonando los prejuicios, sumaron a sus amistades a algunos pobres estructurales, ahora económica y culturalmente más parecidos a ellos¹.

La constatación de dichas conductas revelaría la consolidación de la fractura y la reducción de



GRÁFICO 1

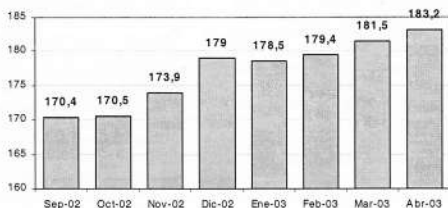


GRÁFICO 2

Inflación acumulativa (Nov. 2001 = 100)

Fuente: Consultora CCR, La Nación 11/5/03

Mercado de trabajo urbano

Extrapolando los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares al total de la población urbana se observa el siguiente balance del mercado de trabajo:

ENTRE OCTUBRE 2001 y MAYO 2002

- Se incorporaron **19.000** trabajadores a la población activa
- Se perdieron **433 000** puestos de trabajo
- Se destruyeron **723 000** empleos plenos
- Se adicionaron **289 000** nuevos empleos de corta duración
- Se sumaron **452 000** nuevos desocupados



*Ministerio de la Salud
Programa Nacional de Vigilancia de la Salud*

GRÁFICO 3

los sectores medios a grupos muy poco significativos, que no pueden actuar como motores socioeconómicos como lo hicieron en el pasado. La ventaja comparativa de nuestro país en este sentido pareciera haber desaparecido y la sociedad está intentando encontrar un nuevo cauce. Los médicos, en su mayoría integrantes y prestadores de servicios de esa clase media otrora mayoritaria, hemos seguido un camino similar en un sentido o en otro. En los casos de descenso social, éste se ha visto amortiguado unas veces y disimulado otras por el acceso al conocimiento simbólico técnico y cultural, y por las posibilidades, siempre finitas, de incrementar las unidades de producción individuales y mejorar nuestros ingresos, con un "costo" extra de desgaste, estrés y probabilidades de error. Como ocurrió con el resto de la clase media, sólo unos pocos han podido "ascender" con esfuerzo al grupo de altos recursos^{101, 21}.

IV. LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD FRENTE A LA CRISIS

El sector salud en Argentina además de las repercusiones de la enorme crisis económica de

finés de 2001, al igual que el sector salud de otros países, atraviesa una profunda crisis estructural que involucra tanto a prestadores como a financiadores. Los prestadores sumidos en una lucha continua por los recursos entre los médicos, los empresarios sanatoriales, los productores y distribuidores de insumos y los laboratorios generadores y productores de medicamentos, no pueden dedicarle sus mayores esfuerzos a mejorar la calidad, la equidad y la oportunidad de sus intervenciones sobre la Salud. Por otra parte en los financiadores, a las deficiencias enunciadas para los prestadores le suman la ineficiencia en la captación y uso de los recursos, burocracia administrativa, incapacidad de fiscalizar la calidad de atención en los servicios que contratan y en el caso de las Obras Sociales, frecuentes casos de corrupción a gran escala que desvían gran parte de los recursos a otros fines^{3, 53, 72, 73}.

Las características de la inadecuación estructural del sistema hacen presumir que la crisis es terminal y que una nueva forma de organización es el futuro del sector en nuestro país, hipótesis avalada además por una reforma a medio terminar y por algo que creemos es aún más importante, la "voluntad política" de cambiar en el sentido de la eficiencia y la transparencia que se está

proponiendo y comenzando a implementar desde el nuevo gobierno nacional asumido el 25 de mayo último¹⁹.

Actitudes de los Actores del Mercado de la Salud frente a la Crisis

La saturación relativa de la oferta en el mercado de servicios de la salud, evidenciada por el bajo número de habitantes por médico o de habitantes por los costosos equipos de diagnóstico (Tomógrafos, Resonadores, etc), sólo por tomar algunos de los indicadores, haría presuponer que su lógica consecuencia será una caída en el coeficiente de utilización de la capacidad instalada. A su vez, la caída de la utilización redundaría en una caída de la Tasa Interna de Retorno del capital invertido, ya sea que ése capital esté representado por equipos de diagnóstico y tratamiento o por profesionales. La pérdida de parte de la renta, inducirá en los prestadores una conducta compensadora, y como dicha pérdida se debe a una pérdida del valor unitario por caída de la Tasa Interna de Retorno (indicador de rentabilidad del capital invertido), la respuesta es "ajustar por cantidad" incrementando el número de prácticas realizadas. Esto es posible, pues habitualmente los proveedores del servicio (oferta), son los mismos que indican su realización (demanda). En el caso de los médicos esta conducta hace que trabajen más horas quitándole tiempo al descanso, tan necesario en una actividad de tanta responsabilidad, y a la educación médica continuada; con lo que habitualmente se resiente la calidad de la prestación.

Otras conductas compensadoras típicas son:

- 1- Diferenciación por medio de la especialización o subespecialización para transformarse en monopolísticos de ciertos "nichos" del mercado y así ejercer control sobre la utilidad de cada práctica realizada.
- 2- Acuerdos de "cartera cerrada" o "cápita" como se llama a los contratos para asistir a grupos de personas, sin importar la cantidad de prácticas que demanden. La ventaja de éste sistema es que elimina la competencia con otros prestadores, por lo que es la preferida de los más débiles o menos probos que se ven favorecidos por la competencia.

- 3- Intromisión territorial en áreas de menor competencia, viajes periódicos de los médicos a localidades más pequeñas en que no hay especialista, o la instalación de consultorios externos periféricos en localidades vecinas por parte de los sanatorios.
- 4- Nuevos mercados laborales no relacionados directamente con la asistencia de pacientes como perito de oficio o auditor médico, o bien relacionados con ella como médico del trabajo, del seguro o del deporte.
- 5- Cargos médicos rentados con salario en entes públicos o privados, o en instituciones médicas gremiales o de ley. Es interesante observar que la limitación de la rentabilidad genera un aumento de la agremiación, para lograr una unificación ("cartelización") de la oferta de servicios que permita condiciones más ventajosas al momento de negociar aranceles y condiciones con la demanda concentrada en los financiadores^{21, 65}.

Etapas Evolutivas del Sector Salud

Como todos los fenómenos descriptos no ocurren simultáneamente en todo el País, y son diferentes en las localidades más pobladas que en las menos pobladas o en áreas rurales, es conveniente describir etapas en función de la saturación del mercado tal como se aprecian el Gráfico 4.

Etapas 1: Hay baja saturación y el mercado está dominado por la libre elección y el pago por prácticas. El grado de agremiación es bajo, hay poco desarrollo de las instituciones intermedias y el marco regulatorio es sumamente sencillo. El médico trabaja en el Hospital por las mañanas y en privado por las tardes.

Etapas 2: Hay una expansión de la demanda al haber más población con cobertura debido al desarrollo de la seguridad social, y ello lleva a la expansión de la oferta prestadora de médicos y sanatorios, con gran aumento de la capacidad instalada, que finalmente provoca una mayor saturación del mercado. Se desarrollan las entidades intermedias profesionales y sanatorias que toman a su cargo la negociación de aranceles y condiciones prestacionales con los financiadores, y logran desarrollar una conducta adaptativa como se ha descrito.



GRÁFICO 4

Etapas Histórico-Evolutivas de los Mercados de Salud
Fuente: ³⁶Katz J. Y Arce H. Unidad 10 - El Sector Salud en la República Argentina: Crisis y re-Estructuración. Los Servicios de Salud en Argentina. Mera J. Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias" Editorial DOGENIA. 1994, 173-206

Etapas 3: Se producen fragmentaciones tanto en las entidades intermedias como en los mercados, y la puja distributiva por ingresos cada vez más escasos se traslada al interior de los mismos grupos de prestadores. Se debe abandonar la estrategia de la etapa anterior de crecimiento extensivo, más unidades de lo mismo; por otra de *crecimiento intensivo y creativo* con la que mejoren los costos por la optimización del uso de los recursos y sin menoscabo de la calidad de atención. La evaluación y el desarrollo de la Calidad de Atención junto a la contención racional de los costos es central en esta etapa, y es el elemento de mayor peso para predecir qué instituciones y cuales profesionales quedarán afuera del mercado. Esta situación genera entre los efectores una mayor concentración económica por fusiones y cierres, que resulta en menos instituciones, más fuertes y más competitivas, con cirujanos académicos muy efectivos. Ésta es la etapa que se está cursando actualmente en la mayor parte de la Región Metropolitana de Buenos Aires y de las grandes ciudades del País³⁷. En las poblaciones con menos

habitantes, todavía existe el cirujano general práctico que trata con mucha eficacia toda la urgencia y la patología prevalente de baja y mediana complejidad correspondiente a la Clínica Quirúrgica, como lo describía hace unos años el Prof. Beveraggi citando al Dr.G.Smith de Baltimore³⁸.

Gráfico 5 Gasto en Salud en el Área Metropolitana: En el la tabla obtenida de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud realizada en la Región Metropolitana de Buenos Aires en 2001, que el gasto promedio mensual por persona en consultas al médico es 4 veces inferior al gasto en medicamentos, y que debido a la menor frecuencia de utilización, el gasto en estudios, tratamientos e internación es 9 veces menor que el gasto en medicamentos³⁶.

Gráfico 6 Gasto según Subsectores: La distribución de la financiación de la Salud por subsectores nos revela que el gasto de bolsillo en 1998 era de más del 40% del gasto total y que el 50% de dicho gasto se hacía en medicamentos, situación que se ha mantenido o acrecentado en los años posteriores. En cuanto a los subsectores se puede decir que el subsector público se finan-

GASTO PROMEDIO MENSUAL y % por TIPO de GASTO Área Metropolitana - Año 2001		
TIPO de GASTO	Gasto Promedio Mensual	
Afiliación	\$ 5.39	16%
Consultas al Médico	\$ 2.97	9%
Consultas al Dentista	\$ 4.34	13%
Consultas al Psicólogo	\$ 2.77	8%
Consultas al Fonoaudiólogo	\$ 0.55	2%
Medicamentos	\$ 12.29	36%
Estudios, tratamientos e internación	\$ 1.41	4%
Otros ítems	\$ 4.54	13%
TOTAL	\$ 34.26	100%

FUENTE: Encuesta Utilización y Gasto en servicios de Salud, Área Metropolitana - Año 2001

GRÁFICO 5

Gasto Promedio Mensual "Per Cápita" en Salud
Región Metropolitana, Año 2001

Subsector Público	23.7%
M.S.Nación	3.3
M.S.Provincias	16.6
Municipios	3.8
Subsector Seguridad Social	32.80%
PAMI	8.2
O.S.Nacionales	16.3
O.S.Provinciales	8.3
Gasto de Bolsillo	43.50%
Medicamentos	20.4
Prepagas	17
Otros Gastos	6.1
Fuente: Transformaciones del S. Salud en Argentina, OPS 1998	

GRÁFICO 6
Gasto según Sectores de Financiamiento
Año 1999

cia en un 70% de los presupuestos provinciales, y que la seguridad social lo hace en un 50% a expensas de las Obras Sociales Nacionales (Sindicales, ex Institutos y de las Fuerzas Armadas)^{45, 64}.

V. DESARROLLO HISTÓRICO DEL SECTOR SALUD DE ARGENTINA EN EL SIGLO XX

Es clásico dividir al desarrollo histórico del Sector Salud en Argentina durante el siglo XX en cinco o seis grandes períodos, para lograr una mejor comprensión de su evolución:

- 1- **Período Previo a 1945:** modelo pluralista no planificado
- 2- **Período 1945-1955:** modelo de planificación estatal centralizada
- 3- **Período 1955-1970:** formación del modelo pluralista de planificación descentralizada
- 4- **Período 1970-1977:** Institucionalización del modelo pluralista descentralizado
- 5- **Período 1977-1992:** crisis y agotamiento del modelo pluralista descentralizado
- 6- **Período desde 1992:** inicio y desarrollo de la Reforma del Sistema de Salud^{65, 66, 102, 10}.

1- Modelo Pluralista no Planificado (anterior a 1945)

Durante éste período el Estado sólo cuidaba de la higiene pública, controlaba epidemias y vigilaba la sanidad de fronteras; sin intervenir en la organización de un sistema de atención de la salud, a la que la comunidad reconocía como de responsabilidad individual o de la caridad pública. Los servicios ofrecidos por *entidades públicas* (dependientes mayormente de instituciones de beneficencia), *mutuales de comunidades de inmigrantes* con capacidad asistencial propia (en los años '20 reunían aproximadamente unos 500.000 afiliados) o *instituciones privadas*, no estaban coordinados y cada uno actuaba y se financiaba libremente. El sistema de pago a los prestadores era por Honorarios (más vinculado a la fortuna del paciente que al tipo de práctica realizada) en algunos casos, y por Prácticas o Salarios en otros casos. Sin embargo todavía la mayor parte de la población se atendía en los Hospitales Públicos.

2- Modelo de Planificación Estatal Centralizada (1945-1955)

Aparte de los rasgos particulares de la política local durante ésta época, la mayoría de los cambios del Sector Salud obedecían a tendencias mundiales. En este período se constituyó la Organización Mundial de la Salud (WHO), el Servicio Nacional de Salud Británico (NHS) y se impuso el concepto de Salud Pública y del "derecho a la Salud" y la "universalización de la Cobertura". Se creó un Ministerio de Salud Pública y el estado centralizó la organización del sistema y hasta se hace "prestador" de servicios, duplicando la cantidad de camas de internación de 60.000 a 120.000 durante el período. La financiación de la atención no estaba desdoblada como una función diferente a la de prestador y las incipientes Obras Sociales crearon servicios asistenciales propios, pero cuando no pudieron lograrlo, ya comenzaron a contratar servicios con los sanatorios privados.

3- Formación del Modelo Pluralista de Planificación Descentralizada (1955-1970)

La ruptura política producida en nuestro País en 1955 sumada a tendencias en boga en los orga-

nismos sanitarios internacionales, permitió la implementación de la descentralización como estrategia de desarrollo para el Sector. Por una parte se transfirió la planificación centralizada y los hospitales a entes provinciales y por otra se favoreció el crecimiento de entidades no estatales que pasaron a regular las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios; si bien esta etapa tuvo contramarchas la tendencia se mantuvo en forma sostenida. La expansión de las Obras Sociales, se debió principalmente a la obligatoriedad de la afiliación para todos los trabajadores establecida mediante la promulgación de la Ley 18610/70.

4- Institucionalización del Modelo Pluralista Descentralizado (1970-1977)

En este período se acentuó la expansión de las Obras Sociales hasta cubrir al 75% de la población durante este tiempo y se produjo una expansión concomitante de la capacidad instalada de los efectores privados, ya que quienes dirigían las Obras Sociales prefirieron contratar la provisión de servicios asistenciales con ellos en lugar de hacerlo con el hospital público, que era percibido como dirigido sólo a los pobres e indigentes.

Se consolidaron los mecanismos de regulación del Sistema como:

- la unificación arancelaria mediante la consolidación de un *Nomenclador Nacional*, que al generar un listado de precios relativos ajustables para retribuir las acciones de recuperación de la salud facilita la planificación financiera. Esto estimulaba sólo la realización de prácticas de diagnóstico y tratamiento y la incorporación de nuevas tecnologías, en detrimento de las prestaciones médicas básicas como la consulta, lugar donde se produce y se cultiva la relación médico-paciente, y las acciones de prevención y promoción que quedaban fuera de los aranceles.
- La centralización de la planificación en el INOS mediante organismos paritarios de concertación que actualizaban los aranceles y establecían las normas operativas (Ley 19710)
- El PAMI, que incluye al 25% de los beneficiarios de Obras Sociales, se transformó en un regulador del mercado de la venta de servicios de salud.

- En algunas provincias se crearon o se consolidaron Obras Sociales de los empleados públicos provinciales, que debido a la gran masa de agentes y sus familiares directos, llegaron a tener gran importancia en sus lugares de influencia, de modo que se transformaron en verdaderos reguladores del mercado local de servicios de salud, tal como ocurrió en la provincia de Buenos Aires con el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) o en la provincia de Córdoba con el Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM).
- Comenzaron a consolidarse las organizaciones intermedias de prestadores, principalmente de profesionales (Médicos, Bioquímicos, Odontólogos, etc); los que ya no actúan sólo como representantes gremiales sino como intermediarios en el circuito de facturación y pago de las prestaciones, manejando sumas muy importantes de dinero. Esto terminó por cambiar las características de estas organizaciones acrecentando su poder gremial, y les permitió generar rentas financieras a partir de las grandes sumas que manejan, por lo que sus representantes adquirieron intereses propios, diferentes de los que les da la exclusiva representación gremial. De forma similar, bajo esta "lógica de las organizaciones intermedias", las clínicas y sanatorios privados también se unieron en organizaciones de carácter primero local o provincial (E). FeCLIBA en la Provincia de Buenos Aires) que sindicalizaban sus intereses para entrar en la "puja distributiva" por los recursos con los prestadores y con los financiadores, también sindicalizados.

5- La Crisis y el Agotamiento del Modelo Pluralista Descentralizado (1977-1990)

En 1977 se puso en vigencia un nuevo *Nomenclador Nacional* construido por las autoridades con apoyo de los prestadores, el cual debido a la falta de capacidad del Estado para regular el sistema, se transformó rápidamente en un regulador y ordenador del mismo. Por tanto, un simple instrumento creado para hacer previsible la relación entre prestadores y prestatarios de servicios, reemplazó a una política explícita para el sector, sobre todo en lo referente a las inversiones en bienes de capital que debían hacer los

efectores. Como simultáneamente se liberaban las barreras arancelarias, en el período 1977-1981 se incrementó drásticamente la importación de costosos equipos electrónicos de diagnóstico, equipamientos para salas de Terapia Intensiva y Neonatología, mientras se deterioraba el trabajo médico con el paciente. En la década que va desde 1970 a 1980 se incrementó la capacidad instalada privada en más de un 50% de las camas, y se produjo otro fenómeno digno de destacar, se diferenciaron nitidamente los financiadores de los efectores, y dentro de éstos últimos aquellos que explotaban la planta física sanatorial de los que explotaban el nuevo equipamiento, más rentable debido a la ventaja oligopólica que les daba la introducción en el mercado de la innovación. Simultáneamente se producía la masificación de la matrícula y por lo tanto del egreso de nuevos profesionales de las Facultades de Medicina, la mayoría de ellas estatales con ingreso irrestricto, lo que aumentó el recurso humano que ingresaba a la puja distributiva del mercado los de servicios de salud.

Los Hospitales de Mutuales se adaptaron rápidamente y lograron insertarse en éste nuevo orden, pero es el Hospital Público el que más se deterioró a causa de la limitación de los presupuestos que le impidieron equiparse con la nueva tecnología, hecho no pocas veces instigado por los tenedores privados de la tecnología, con quienes debía contratar servicios el hospital Público cuando los necesitaba. Asimismo, el sector público observaba pasivamente como se desarrollaban en el sector privado actividades de investigación y docencia, como las Residencias Médicas, muchas veces con los mismos recursos humanos muy calificados que ellos iban perdiendo.

El impacto de un desarrollo tecnológico fenomenal junto a un abundante recurso prestador calificado para su utilización, produjo un gran aumento en la facturación de prácticas de diagnóstico y tratamiento lo que encareció enormemente la atención de cada paciente. Ése fenómeno, sumado a la desfinanciación de las Obras Sociales sindicales por la desvalorización relativa del salario como su fuente de recursos, y la desfinanciación de las Obras Sociales Provinciales y del PAMI consecuentes al empobrecimiento de un Estado fuertemente endeudado y crónicamente "enfermo de corrupción", generaron una crisis financiera terminal, que nos llevó al poco feliz estado actual del sistema⁵⁷.

6- Inicio y desarrollo de la Reforma del Sistema de Salud (desde 1990 aprox.)

En el año 1988 se dictó la Ley 23660 de Obras Sociales que permite la libre elección entre Obras Sociales, por la cual los afiliados podrían cambiarse a otra según su preferencia o conveniencia, la finalidad fue la de igualar los servicios prestados por diferentes obras sociales mediante la libre competencia entre ellas, lo que produjo como un efecto colateral la concentración de los afiliados en menos instituciones, ya que varias desaparecieron o se fusionaron. En el mismo año se dictó otra Ley 23661 por la que se crea el Seguro Nacional de Salud administrado por un ente unificador, la Administración Nacional del Seguro de Salud (A.N.S.Sal), posteriormente la crisis económica de comienzos de 1989, que terminó con la asunción prematura del Presidente Electo, paralizó toda iniciativa en el sentido de la reforma.

Recién en 1992 se retomó la desregulación del sector financiador con el Decreto 9/92 que redujo los porcentajes de aportes patronales a las Obras Sociales, seguido por el Decreto 2609/93 de disolución de los Institutos Sociales (del Seguro, Bancario, etc) que contaban con el privilegio de aportes extraordinarios provenientes de su actividad de origen (porcentaje de transacciones bancarias o de primas de seguros), el Decreto 292/95 que hizo posible elegir al afiliado que se jubila entre el PAMI y su Obra Social de origen, con la consiguiente transferencia de recursos, el Decreto 372/95 que normatizó una cotización mínima para la atención de la Salud, garantizada por la

	Trabajador %	Empleador %	Total %
Ley 18.610/70	1 a 2	2	3 a 4
Ley 18.990/71	1 a 2	2	3 a 4
Decreto 189/74	1 a 2	2	3 a 4
Decreto 1684/74	1 a 2	2,5	3,5 a 4,5
Ley 21.216/75	2 a 3	4,5	6,5 a 7,5
Ley 22.269/80	3	4,5	7,5
Ley 23.660/88	3	6	9
Decreto 9/92	3	5	8
Ley 25565/02	3	6	9

GRÁFICO 7

Evolución de los Aportes a las Obras Sociales

existencia de un Fondo Solidario de Redistribución, financiado con el 10% de los aportes de las Obras Sociales comunes y el 15% de las Obras Sociales de Empresarios, el Decreto 492/95 que reguló un único aporte para aquellos afiliados al sistema que tienen pluriempleo, y el Decreto 247/96 que estableció un Plan Médico Obligatorio mínimo que tienen que brindar todas las Obras Sociales y Prepagas del País. (Gráfico 7).

La reforma ya está en marcha y a juzgar por lo ocurrido en otros países de occidente no se detendrá, seremos los actores del sector los que deberemos participar en el cambio y manejarlo en lugar de querer detenerlo^{102, 10, 76}.

VI. EL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

Hay tres dimensiones centrales para el análisis del Sector Salud en un país: a), la situación de salud de la población, b) sus políticas de salud y c) su sistema de salud.

a) *La situación de salud de la población:* constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud, durante los últimos 20 años los sistemas nos han parecido más enfermos que las personas y las políticas se han preocupado más por curarlos a ellos que a la gente¹⁰⁴. Es consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos, en la actualidad además de los indicadores clásicos existen otros que consideran la carga de la enfermedad, por ejemplo los que ajustan las tasas de mortalidad según los años perdidos por discapacidad (DALYs), etc.⁷⁶.

b) *Las políticas de salud:* constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público, en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir que rol desempeña el Estado en salud.

c) *El sistema de salud:* engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud, siendo función de éste último garantizar el acceso de la población a una cobertura de servicios sanitarios con equidad, calidad y eficiencia. El Sistema de Salud es la respuesta social organizada para los problemas de salud de la población, y por lo tanto nuestro motivo de análisis en particular^{107, 106}.

Debido a las características del presente trabajo, que tiene como objetivo describir las relaciones del sector con los Cirujanos, nos referiremos específicamente al Sistema de Salud, dejando de lado los otros dos aspectos.

Sistema de salud

En nuestro país, se han estado produciendo cambios desde hace dos décadas en los modelos organizacionales de los Servicios de Salud, pues como ha ocurrido con anterioridad en otros países, se produjo un "agotamiento" del modelo tradicional caracterizado por la falta de articulación entre sus componentes y por la autonomía de los actores en todas las decisiones, hasta en las decisiones organizacionales más complejas. Dicha declinación fue precipitada por una serie de fenómenos que se han ido produciendo con creciente intensidad con el correr del tiempo^{111, 34, 16, 42}:

- I. *Crecimiento de los Costos:* La introducción de nuevas tecnologías y procesos de atención de la salud progresivamente más complejos, han aumentado sensiblemente los costos de la asistencia por cada atención y también el número de ellas. La innovación tecnológica permanente, es el producto de una puja de la industria productora de tecnología contra los presupuestos de salud oficiales y de los seguros de atención médica, no pocas veces con la ayuda consciente o inconsciente del médico.
- II. *La complejidad creciente de la Atención Médica* que se ha desarrollado asimétricamente en diferentes unidades de producción de servicios de salud, ha contribuido a la "fragmentación" del Sistema y a su funcionamiento anárquico, como ocurre entre los prestadores de los subsectores público, de la Seguridad Social y privado; o dentro de un mismo prestador entre sus propios servicios de Guardia, Terapia Inten-

siva, Clínica, Cirugía, etc. La falta de "articulación" entre los subsistemas público y privado, entre los distintos niveles de atención y entre los propios servicios de una institución, genera una colosal duplicación de esfuerzos y de recursos, en un Sistema donde paradójicamente son siempre escasos.

III. *Cambio del perfil de Morbilidad*: como consecuencia de cambios en la estructura etárea de la población entre otras causas, que generan un aumento en la demanda de servicios médicos y la aparición de nuevas patologías, cuyo tratamiento consume gran cantidad de recursos como ocurre con el SIDA.

IV. *Horizontalización de la relación Médico-Comunidad*, con la consiguiente demanda permanente de los pacientes para satisfacer sus expectativas en la atención de su salud. Esta circunstancia finalmente provocó la desaparición del paradigma del Médico hegemónico con su gran autonomía profesional basada en la asimetría de la información, que le permitía al médico determinar tanto los tratamientos a realizar en un paciente individual, como la organización de los procesos de atención de la salud en todos los niveles del sistema. Hoy, es muy importante informar al paciente de forma que sea comprensible para él, para luego tomar las decisiones clínicas conjuntamente mediante el consenso.

V. *Noción de Calidad de la Atención de la Salud*: La base del acto médico, en relación con lo recientemente expresado, ha dejado de ser solamente el conocimiento del médico y la enfermedad del paciente. Existe una relación entre ellos basada en valores humanos compartidos y una práctica que incluye decisiones en común; además de estructuras, procesos y resultados prestacionales evaluables.

VI. *La aparición de la moderna tecnología de gestión*, necesaria para poder gerenciar las complejísticas estructuras físicas, administrativas, económicas y financieras en que se han convertido los centros de atención de la salud. Sin su conocimiento y práctica, las instituciones se exponen a debilidades comparativas que comprometen fuertemente su permanencia como prestadores de servicios de salud. Ya no es suficiente tener conocimientos de medicina y de algunos precios de los insumos para poder

manejar éstas complejas organizaciones, ya sean públicas o privadas^{23, 27, 30, 37, 8}.

Morfología del sistema de salud

Tradicionalmente el Sistema de Servicios de Salud en Argentina se ha descripto de acuerdo con sus fuentes de financiación en: 1- Subsector Público, 2- Subsector de la Seguridad Social y 3- Subsector Privado¹¹ (Gráfico 8).

1- **El Subsector Público**, desarrollado mayormente a fines de los años '40 en nuestro País, es el que garantiza el "derecho a la Salud" enunciado por la Constitución Nacional brindando una cobertura global y completa a toda la población, aunque en la práctica sólo brinda sus servicios al 40% de los habitantes aproximadamente (a un 33% que no tienen otra cobertura y a ciertos afiliados, principalmente de Obras Sociales pequeñas que prefieren utilizar el Hospital Público). El resto de la población que tiene algún otro tipo de cobertura, evita las desventajas típicas del sector: - largas listas de espera para los tratamientos electivos, - desorganización administrativa, - largas "colas" para ser atendidos en Consultorios y realizar estudios, - falta de insumos y la necesidad de ser provistos por el paciente, - mala "hotelería" en la internación, - la desactualización tecnológica, etc.

Desde hace unos años, la política de descentralización y autonomía de gestión trajo como consecuencia la transferencia de los hospitales y centros de atención al ámbito de las provincias y municipios con la finalidad de preservar para el Ministerio de Salud de la Nación básicamente la función reguladora de las políticas y del Sistema de salud. En 1995, sobre 84094 camas de internación disponibles en los efectores públicos del País, quedaron en dependencia Provincial el 65,7%, Municipal el 23,9%, de otros organismos el 7,6%, y sólo el 2,8% permanecía dependiendo del Ministerio de Salud de la Nación³⁸. La transferencia, sobre todo en ciertas comunas de la Provincia de Buenos Aires, generó un delicado déficit presupuestario al que se le encontró solución mediante la derivación del 2º y 3º Nivel de Atención (y en ocasiones el primero) a los Centros de Atención provinciales de los grandes centros urbanos, generando así como efecto indeseado el

SUBSISTEMAS del SISTEMA de SALUD

	Seguridad	Sector Público	Sector Privado	PAMI	
INTEGRANTES	Trabajadores en Relación de Dependencia y su Fila.	Toda la Población	Afiliados a Mutuales y Emp. Medicina Prepaga	Jubilados c/Aportes	
SERVICIOS MÉDICOS	Servicios Propios o Contratan Administradoras y/o Profesionales	Hospitales Públicos con y sin internación	Varios Planes Atención Servicios Propios y «Cartilla» de Prestadores	Contrato con pocos Prestadores y Profesionales	
CARACTERÍSTICAS	Afiliación Obligatoria puede cambiar a otra OS	Única Opción Gratuita	Afiliación Voluntaria	Afiliación Obligatoria puede cambiar a otra OS	
FINANCIAMIENTO (*)	1-Empleados (3%) 2-Empleado-Fila c/u (1,5%) 3-Empleadores (8%)	Rentas Generales	Cuotas de Afiliados y Pago Directo	1-Empleados (3%) 2-Empleadores (2%) 3-Autónomos (5%) 4- Jubilado (3%)	
ADMINISTRACIÓN	Obras Sociales	Autoridades de Salud Nacionales, Provinciales y Municipales	Mutuales y Administradoras de Prepagas	INSSJP	
POBLACIÓN AFECTADA	15.500.000 (43%)	14.500.000 (40%)	3.000.000 (8,5%)	3.100.000 (8,5)	Pobl. Argentina 36.100.000 hab.
GASTO/Año \$ (SIEMPRO'02)	5.495mill (36%)	5.043 mill (33%)	2.600 mill (17%)	2.100 mill (14%)	Gasto Parcial 15.238 mill
GASTO PROMEDIO / Año	\$ 354.50	\$ 347.80	\$ 928.50	\$ 636.00	Promedio Gasto \$ 422,1

No está considerado el 10% de las personas que tienen doble afiliación en nuestro País.

(*) Los porcentajes se aplican siempre a la remuneración básica

GASTO de BOLSILLO (aproximado): \$ 6.300 mill (30% del Gasto Total en Salud)

Elaboración Propia 2003 con datos de Gasto y Cobertura del Doc. 8/01. Vasallo y col. SIEMPRO. Diciembre 2001

GRÁFICO 8
Sistema de Salud de Argentina

subsidio indirecto de los Sistemas provinciales a los locales y una articulación disfuncional del Sistema con disminución de su accesibilidad.

Además, existió una marcada disminución de las camas de internación del subsector público y del de la Seguridad Social, con un incremento equivalente en el subsector privado (Gráfico 9).

En los años '90, de acuerdo con lo sugerido por el "Consenso de Washington", se crearon por Decreto del PEN 578/93 los Hospitales de Autogestión que pueden obtener recursos de la

Seguridad Social, cobrándole a las Obras Sociales por las prestaciones realizadas a sus afiliados, con lo que complementan a veces y sustituyen otras veces los recursos siempre escasos que reciben los hospitales y dispensarios de los ministerios de salud. No todos los Hospitales públicos adhirieron plenamente al sistema de autogestión y la cobrabilidad de las prestaciones descendió del 86% en el año 2000, al 48% en 2001 y al 44% en el primer semestre de 2002; sobre un total facturado de aproximadamente 80 millones al año¹⁰.

CAMAS	1980 n° CAMAS	Camas x 1000 hab.	%	1995 n° CAMAS	Camas x 1000 hab.	%	% difer. 1980 - 1995
Estatales	91.034	3.25	62%	84.094	2.46	54%	-8%
O.Sociales	8.045	0.29	6%	4.375	0.13	3%	-3%
Privadas	46.611	1.67	32%	67.198	1.96	43%	11%
TOTAL	145.690	5.21	100%	155.667	4.55	100%	

Fuente: Ahuad A, Paganelli A y Palmeyro A - Medicina Prepaga. Editorial ISALUD - Bs As 1999

GRÁFICO 9
Camas de Internación 1980 - 1995

Otro fenómeno registrable es que en los últimos 4 o 5 años la crisis económica ha ido desplazado a sectores de la clase media desempleados o con empleos informales que han perdido su Obra Social, hacia la atención en los Hospitales. Esta situación de aumento de la demanda de servicios hospitalarios, sin un aumento proporcional en sus presupuestos para funcionamiento ha generando falta de insumos y demoras en la atención, con un resentimiento de la calidad de atención y una fuerte exposición del médico a situaciones extremas, que en ocasiones lindan con lo inaceptable científica, legal y éticamente^{65, 67, 62}. Ésta es una circunstancia particularmente importante, porque hay grupos de profesionales que padecen por un tiempo prolongado dicho estrés laboral, lo que los lleva a padecer lo que H. Freudenberger llamó Síndrome de "Burn-Out" (parangonándolo con la "destrucción" psicofísica que se produce en los adictos a ciertas drogas),

caracterizado por agotamiento extremo y despersonalización que se traducen en trastornos conductuales y de relaciones interpersonales en el trabajo, todo lo cual empeora el pronóstico individual y por supuesto también el grupal¹¹⁷.

A lo dicho se suma un desplazamiento de los pobres e indigentes que ven limitada su accesibilidad al Hospital Público ya que no tiene recursos para trasladarse desde su domicilio al Hospital, como puede apreciarse en los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires con la disminución de las internaciones provenientes del Gran Buenos Aires. Gráfico 10^{51, 31, 38, 50, 35}.

2a- El **Subsector de la Seguridad Social** o de la Obras Sociales se creó durante los años '50 y '60, y en general no desarrolló una red propia de prestadores por lo que promovió un gran desarrollo de la red de prestadores privados a quienes contrata, una excepción son los Ferroviarios

RESIDENCIA HABITUAL	1995		EGRESOS 2000		2001	
Total	185.319	-3.641	181.678	-459	181.219	
		%		%		%
Capital Federal	84.892	45.8	90.452	49.8	92.276	50.9
Conurbano	92.722	50.0	80.135	44.1	78.806	43.5

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud de la Secretaría de Salud.

GRÁFICO 10
Pacientes egresados de los hospitales del G.C.B.A. por año según residencia habitual.

y Metalúrgicos que generan su propia red. Sus características salientes son la *obligatoriedad* de realizar los aportes por parte de todos los trabajadores establecida por la Ley 18610 en los años '70, y su *heterogeneidad*. Si bien su importancia ha mermado en los últimos tiempos, todavía sigue siendo un pilar esencial del Sistema. En 1997 las Obras Sociales cubrían aproximadamente al 54% de la población, cobertura que se redujo a un 43% en 2002¹⁰, principalmente por la creciente tasa de desocupación, que llegó a más del 20% en mayo de 2002¹¹, además del crecimiento del empleo informal que no hace aportes. Gráfico 11 y Gráfico 12.

A los problemas de falta de financiación por pérdida de afiliados, se agregaron los problemas inherentes al encarecimiento de los insumos y la tecnología importada, mayoritaria en la atención de la salud, que ha triplicado el costo su pesos debido a la devaluación.

Históricamente hubo 4 tipos de Obras Sociales¹²:

Las Obras Sociales Sindicales: son las más numerosas, llegó a haber unas 300 de ellas. Son asociaciones sin fines de lucro, creadas por los sindicatos y reguladas por la Ley 23660/89 y sus modificaciones, que se financian sólo con el aporte por parte del Trabajador (3% de su salario básico

	Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual		
		Tiene	%	No tiene
Capital	2.776.138	2.049.399	74	726.739
Santa Cruz	196.958	139.958	71	57.575
La Rioja	289.983	171.571	59	118.412
Catamarca	334.568	183.860	55	150.708
Córdoba	3.066.801	1.663.311	54	1.403.490
Entre Ríos	1.158.147	594.626	51	563.521
Mendoza	1.579.651	780.595	49	563.521
Jujuy	611.888	280.480	46	331.408
Corrientes	930.991	352.750	38	578.241
Sgo Estero	804.457	292.310	36	512.147
Chaco	984.446	339.531	34	644.915
Formosa	486.104	166.005	34	320.099

Fuente: Censo 2001. Cifras definitivas

GRÁFICO 11
Diferencia de Cobertura según Provincias de Argentina
Año 2001

Cobertura	Quintil de Ingreso per Cápita del Hogar					Total
	1	2	3	4	5	
Obra Social	16.7	36.5	48.6	55.8	60.3	40.1
PAMI	6.6	3	6.8	10.9	9.9	5.8
Mutual o Prepaga	2.7	5.8	8.8	11.4	23.3	10
Sector Público	77.5	50.8	31.6	22.9	10.6	43.2

Fuente: Encuesta Condiciones de Vida, SIEMPRO 2001

GRÁFICO 12
Diferencias de Cobertura de Salud por Quintiles de Ingresos
Año 2001

por su cobertura y 1,5% por cada familiar a cargo) y del Empleador (6% del salario básico del empleado). De dicho monto un 90% va a una cuenta de la Obra Social con libre disponibilidad para financiar la Salud de sus afiliados y un 10% del mismo, en la actualidad, va a un Fondo Solidario en una cuenta del Ministerio de Salud [áreas de la Superintendencia de Servicios de Salud (S.S.S.) y de la Administración de Programas Especiales (A.P.E.)], para ser aplicado a garantizar que todas las Obras Sociales alcancen el valor mínimo por afiliado (Cápita = \$20) que fija la Ley, y que todas accedan a la financiación de prácticas de alta complejidad (Trasplantes, Cirugía de Revascularización Cardíaca, etc.). Esto no siempre ha sido así, ya que hasta hace unos pocos años los fondos eran manejados discrecionalmente por los Sindicatos.

Las **Obras Sociales Provinciales** que existen en la mayoría de las provincias y brindan cobertura a los empleados públicos de cada una de ellas son el segundo grupo en cantidad, con más de 5 millones de afiliados. Se financian por el aporte de los empleados y del Estado como empleador, aunque también tienen afiliados "voluntarios" que no son empleados ni familiares de ellos, funcionando en este caso como una empresa de Medicina Prepaga. Además, en algunos casos el Estado hace aportes extra de rentas generales cuando no alcanzan los fondos regulares para cubrir las prestaciones, como ocurre en el IOMA de la Provincia de Buenos Aires. El tener un presupuesto "elástico" y enorme a costa del erario público se presta a innumerables abusos y hace posibles tantas "fugas" de recursos como se han producido hasta ahora.

Las **Obras Sociales del Personal de Dirección** que cubren el personal jerárquico de las empresas que no entran en el régimen de Institutos. Se organizan por actividad específica, por ejemplo Luis Pasteur de los directivos de la Sanidad o en forma multisectorial cubriendo a afiliados de diferentes actividades como por ejemplo Acción Social Empresaria (ASE) y Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE). Éstas Obras Sociales financian sus prestaciones con un 85% de lo aportado por empleados y patrones (a diferencia de las sindicales en que es el 90%) y el 15% es aportado al Fondo Solidario. Además, es común que ofrezcan planes con mejores coberturas a los que pueden optar los afiliados en for-

ma voluntaria pagando una cuota extra, en algunos casos esa diferencia de cobertura es pagada por las empresas como un beneficio extra para sus directivos. También tienen planes de afiliación voluntaria.

Finalmente, las **Obras Sociales del Poder Judicial y de la Fuerzas Armadas**, que no pueden ser incluidas en ninguno de los grupos anteriores, pero que no revisten gran importancia ni por el número de afiliados ni por el gasto que realizan.

2b- El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados más conocido con la sigla que identifica a su Plan de Atención Médica Integral (PAMI) fue creado por Ley 19032/71 (modificada por Ley 25615/02) y cubre a un 10 a 12% de la población. Pueden afiliarse al PAMI: 1- Titulares de un beneficio de Jubilación o Pensión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y/o del Régimen Nacional de Previsión, 2- Copartícipes de un beneficio de Pensión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Ley 24.241) y/o del Régimen Nacional de Previsión (Ley 18.037 y 18.038), 3- Veteranos de Guerra, 4- Personas mayores de 70 años (solamente tendrán acceso a las prestaciones médico-asistenciales), 5- Beneficiarios de jubilación, pensión o renta otorgada por la República de Italia (Instituto Nacional de la Providencia Social) residentes en la República Argentina o que se encuentren en tránsito en la misma, y 6- sus familiares a cargo: Grupo familiar Primario - Grupo familiar no primario.

Su financiación se hace mediante recursos específicos aportados por: empleados (3%) y empleadores (2%) en actividad, retenciones sobre las jubilaciones y pensiones (3%) y trabajadores autónomos (5%). Sin embargo, en la actualidad se ha modificado por Ley 25508/01 y se financia con un presupuesto fijo que proviene del Ministerio de Economía de la Nación, no quedando claro si los aportes ingresados al Tesoro cubren ese presupuesto fijo o no.

3- El Subsector Privado o de seguros de salud propiamente dichos, desarrollado a fines de los '70 apuntando a un sector social de altos recursos, está constituido por la Mutuales (sin fines de lucro) o empresas privadas o "Prepagas" (con fines de lucro), a las que *voluntariamente* los afiliados pagan un monto mensual por un "Plan de

Salud", que es una especificación precisa de cuáles son las prestaciones de atención de la salud de las que se hará cargo la Prepaga en caso de ocurrir el evento de la enfermedad. Las Prepagas en los comienzos aseguraban grupos familiares a un costo uniforme, con lo cual los individuos con mayor riesgo de enfermar eran subvencionados por los más jóvenes, que con el tiempo entrarían en esa zona de riesgo y serían "protegidos" por la generación siguiente, configurando el último bastión de solidaridad del subsector. Luego, como todo seguro que se precie de tal, comenzó a calcular el costo de la "prima" tomando en cuenta la "siniestralidad potencial" o sea la probabilidad de enfermar de cada sujeto o grupo asegurable. La composición del cálculo de un seguro es compleja y requiere tener buena información propia y del mercado en que la empresa está actuando; el mismo podría ser expresado en la siguiente fórmula, que nos da una idea de los factores que intervienen y sus interrelaciones:

COSTO ACTUARIAL O TÉCNICO	COSTO de COMERCIALIZACIÓN
COSTO = $= (POE + PrU + q) + Va + CAD + CFn + CMk + Tx$	

- | | |
|--|------------------------|
| <p>POE = Probabilidad de ocurrencia del Evento (demanda)</p> <p>PrU = Precio unitario promedio de atención del evento</p> <p>q = Cantidad de atenciones a brindar por evento</p> <p>Va = Varianza (diferencia proyectada entre gasto real y esperado)</p> <p>CAD = Costo de Administrar el Sistema (Empleados, Inmuebles, etc)</p> <p>CFn = Costo Financiero del Sistema (Cuentas, renta del dinero)</p> <p>CMk = Costo de Marketing (En Salud Marketing y Difusión)</p> <p>Tx = Impuestos varios (Cheques, Dinero, Póliza, etc)</p> | Costo Actuarial |
|--|------------------------|

Reforma del Sistema de Salud

Se han intentado reformas desde la propia creación y consolidación de las Obras Sociales, debido a las grandes diferencias existente entre las ellas: pequeñas, grandes, de regímenes especiales (Seguro y Bancaria en que la actividad hacía

un aporte, ahora derogado), de personal de dirección, etc. Y a la falta de articulación con el resto de los subsectores público y privado en la atención de la salud, acompañada durante mucho tiempo por una falta de regulación del Estado en la materia, lo que ha hecho decir a algunos autores que no es necesaria una reforma, sino hacer un Sistema de Salud⁶³.

VII. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN ARGENTINA

A pesar de los muchos intentos realizados y de algunos pocos y apreciados logros de los últimos tiempos, nuestro País carece de sistemas permanentes de información confiables para la mayoría de sus actividades. Los datos referidos a los Recursos Humanos que trabajan en el Sector Salud no son una excepción, y si bien los profesionales universitarios (Médicos, Odontólogos, Bioquímicos, Farmacéuticos, etc) deben matricularse una vez graduados, dicha matriculación se otorga automáticamente y su registro está descentralizado, en muchas provincias la matriculación profesional está delegada en organizaciones no gubernamentales (ONG) de "pares", como son los Colegios de Médicos, Bioquímicos, Farmacéuticos, etc. Si bien éstas organizaciones funcionan en forma adecuada, no existe un registro oficial permanente y centralizado de los datos actualizados, lo que dificulta la recolección de datos en tiempo real y crea a veces discordancia con el mismo dato proveniente de fuentes diferentes.

Sin embargo es posible realizar una aproximación bastante certera, haciendo el esfuerzo de recolectar los datos directamente desde sus fuentes de producción, o mediante la utilización de datos producidos por informes serios y recientes, como los del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Argentina: "Recursos Humanos en Salud 2001" coordinado por la Lic. Mónica Abramzón, que ya hiciera un informe similar en 1992¹.

El Gráfico 13 de distribución de los Profesionales de la Salud en diversos países confeccionada por la Organización Mundial de la Salud, nos muestra que Argentina tiene 309 Médicos por cada 100.000 habitantes, dato que es similar al que se

Países	Médicos cada 100.000 h	Fecha de Datos	Razón Enfermeros / Médicos	Enfermeros cada 100.000 h	Odontólogos cada 100.000 h	Farmacéuticos cada 100.000 h
Angola	8	97	14.25	114	,0	0
Burkina Faso	3	95	6.67	20	,3	0
Camerún	7	96	5.29	37	,4	0
Noruega	413	98	4.46	1840	118.0	57.1
Iraq	55	98	4.29	236	5.7	11.8
Canada	229	95	3.92	897	58.6	0
EEUU	279	95	3.48	972	59.8	0
Australia	240	98	3.46	830	40.0	0
Iran	85	96	3.05	259	16.0	11.0
Reino Unido	164	93	3.03	497	39.8	58.2
Suecia	311	97	2.64	821	152.0	67.3
Suiza	323	90	2.41	779	48.8	61.5
Rusia	421	98	1.95	821	32.2	6.2
Austria	302	98	1.76	532	47.2	52.8
Cuba	530	97	1.28	678	84.5	0
España	424	97	1.08	458	38.5	113.0
Bolivia	130	97	0.53	69	21.1	0
México	186	90	0.46	88	65.9	0
Colombia	116	97	0.41	48	40.3	0
Brasil	127	96	0.32	41	85.1	0
Argentina	309	96	0.26	80	79	0
Uruguay	370	96	0.19	70	126.3	0

Fuente: Org.Mundial de la Salud - <http://www.who.int> (2003)

Datos de Argentina: Rec.Humanos en Salud Argentina 2001 - OPS en Arg.

GRÁFICO 13
Profesionales de la Salud por 100.000 h y Razón Enf / Médicos

registra en los países desarrollados como Estados Unidos, Austria, Suiza, Suecia, etc. Sin embargo cuando empezamos a considerar la disponibilidad del "equipo de salud" y en especial el de las enfermeras, responsables de la relación más continuada con los pacientes y cuya importancia no desconocemos los cirujanos, encontramos que Argentina tiene un "patrón" de datos similar al del resto de América Latina con 0, 26 enfermeros por médico o lo que es lo mismo 1 enfermero cada 4 médicos, tal como ocurre en Bolivia, México, Colombia y Uruguay. Este dato debe completarse además con una descripción de la capacitación de las enfermeras en Argentina, donde según la Federación Argentina de Enfermeros habría sólo unos 25.000 a 29.000 Enfermeros Universitarios o Licenciados en Enfermería y otros 57.000 Auxiliares de Enfermería, cuyo grado de instrucción también es variable según las regiones y las ins-

tituciones^{46, 60}. En la actualidad existe un gran esfuerzo del Ministerio de Salud de la Nación a través del Programa Nacional de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería realizado conjuntamente por el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud (MSAOPS), así como los programas de articulación de escuelas de enfermería no universitarias con la Universidad y las licenciaturas semipresenciales a distancia, aunque desgraciadamente no se cuenten con datos acerca de la magnitud de los emprendimientos ni de los resultados de los mismos.

Debido a que los Médicos son tradicionalmente el eje del Sistema de Salud y a la temática del presente relato, pasaré a detallar las características Demográficas de la población médica del País, haciendo algunas consideraciones acerca de la distribución de los especialistas, en especial aque-

llos que practican especialidades quirúrgicas, con especial atención a la Clínica Quirúrgica.

El Gráfico 14 nos permite apreciar la evolución del Índice de Médicos por Habitante en nuestro país durante la última década. Para el cálculo de los Médicos de cada provincia utilizamos la proyección de datos censales previos mediante una técnica de cálculo anualizado, por medio de la cual se descuenta a los médicos del período anterior: 1-La Tasa de Mortalidad estimada para la franja etárea modal de la categoría ponderada por sexo (14,0 / 10.000 por cada año) y 2-La Tasa de Reti-

ro por Migración y Baja calculada en 0,5 % por año, al número obtenido se le adiciona una Tasa de Crecimiento estimada, que es igual a la cantidad de Médicos graduados durante el período en las Escuelas de Medicina reconocidas del País^(a). Éste dato, si bien es muy importante, nada nos informa acerca de la distribución geográfica de los Médicos detallada por ciudades y zonas rurales, lo que dificulta el conocimiento acerca de la accesibilidad de la población o de las características locales de los mercados de trabajo profesional; sin embargo es un dato accesible, suficientemente fiel

Provincia	1992 (a) Hab/ Méd	1998 (b) Hab/ Méd	Habitantes (d)	%	2001 (c) Médicos (e)	%	Hab/ Méd
Capital Federal	113	95	2.768.772	7,6	32.237	27,5	86
Buenos Aires	574	516	13.818.677	38,1	31.886	27,2	433
Córdoba	291	260	3.061.611	8,5	11.957	10,2	256
Catamarca	499	469	333.661	0,9	704	0,6	474
Chaco	629	570	983.087	2,7	1.756	1,5	560
Chubut	502	492	413.240	1,1	937	0,8	441
Corrientes	559	515	929.236	2,6	1.875	1,6	496
Entre Ríos	480	420	1.156.799	3,2	2.812	2,4	411
Formosa	911	884	485.700	1,3	585	0,5	830
Jujuy	482	447	611.484	1,7	1.407	1,2	435
La Pampa	488	454	298.460	0,8	704	0,6	424
La Rioja	497	491	289.820	0,8	586	0,5	495
Mendoza	388	352	1.576.585	4,4	4.805	4,1	328
Misiones	808	749	963.869	2,7	1.290	1,1	747
Neuquén	487	532	473.315	1,3	1.055	0,9	449
Río Negro	475	455	552.677	1,5	1.407	1,2	393
Salta	534	553	1.079.422	3,0	1.992	1,7	542
San Juan	426	374	622.094	1,7	1.639	1,4	380
San Luis	460	455	366.900	1,0	821	0,7	447
Santa Cruz	601	603	197.191	0,5	351	0,3	562
Santa Fe	335	297	2.997.376	8,3	11.018	9,4	272
Sgo. del Estero	688	598	806.347	2,2	1.290	1,1	625
T. del Fuego	780	962	100.960	0,3	117	0,1	863
Tucumán	478	341	1.336.664	3,7	3.987	3,4	335
Total del País	367	342	36.223.947		117.218		309

(a) Abramsón M, «Rec.Humanos em Saúde» OPS, Rio Janeiro 1995

(b) Abramsón M «RRHH en Salud, Argentina 2001» OPS, Bs.As. 2001

(c) Tabla de Elaboración Propia

(d) INDEC Censo 2001

(e) Consultor de Salud 234-Dic1999 [+ Méd.Graduados 99-01 - Mortalidad Estimada (0,14%/año)

- Tasa de Retiro (0,5 % por año)), con correcciones para CF, PBA y Cba según datos

GRÁFICO 14

Evolución del Índice Médicos por Habitante por provincias de Argentina

y demostrativo del crecimiento y distribución geográfica de los médicos en el País. De su análisis surge que globalmente la entrada al mercado de trabajo de los Médicos crece más rápidamente que el crecimiento de la población en casi todas las provincias del país y muy especialmente en aquellas en que se encuentra más de la mitad del recurso como son Capital y Provincia de Buenos Aires, en las que los habitantes por cada Médico han caído un 10 y 16% respectivamente. Esta situación sugiere una distorsión progresiva del mercado laboral que tiene consecuencias, tanto para la población que utiliza sus servicios, como para los médicos que obtienen recursos de ese mercado de trabajo. Sin embargo, como hemos dicho, el dato "habitantes por médico" tiene importancia cuando se conoce la dispersión demográfica, la prevalencia epidemiológica de cada región y las características del Sistema de Salud donde se registra. El Gráfico 15 muestra una evidente tendencia distorsiva en el mercado laboral del área geográfica correspondiente al Distrito I del Colegio de Médicos de la PBA.

Cuando analizamos datos crudos más detallados acerca de la distribución geográfica en un territorio acotado, como los obtenidos del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires en el Gráfico 16 vemos que casi el 80% de los médicos brindan sus servicios en los Distritos I, II, III, IV y V; cuya distribución geográfica se corresponde aproximadamente con la Región Metropolitana de Buenos Aires; y que sólo poco más del 20% de ellos trabajan en lo que se conoce como la

"Provincia Interior", en su mayoría concentrados en las grandes ciudades como Mar del Plata o Bahía Blanca. Si bien esta distribución se corresponde aproximadamente con la distribución de la población, la acumulación de profesionales en una región limitada genera otros fenómenos como: sobreoferta de servicios médicos, sobrepoblación médica, especialización y subespecialización excesiva, lugares de trabajo "cerrados", disminución de ingresos por unidad de prestación, etc.

La *Sobreoferta de Servicios Médicos* es la situación en que la oferta de servicios es mayor que la demanda, se refleja en desempleo o lo que es más común subempleo de los médicos, lo que debiera llevar en el mediano plazo a una reacomodación con algunos actores saliendo del mercado de trabajo, y una limitación para la formación de nuevos profesionales o para su entrada al mercado laboral. Pero esta situación no ocurre con frecuencia en nuestro país, y en su lugar ocurre la *Superpoblación Médica* que es el fenómeno por el cual la sobreoferta se acompaña de un crecimiento inducido de la demanda de servicios, que no se corresponde con las necesidades de salud de la población en cuestión; esto es posible debido a que los médicos tenemos capacidad de autoregular nuestra demanda de servicios, en parte debido a la asimetría de información entre el paciente y el médico, lo que termina haciendo cierta la Ley de Say de la economía, que afirma que "toda oferta genera su propia demanda". Sin embargo, el médico en esta situación "padece" el multiempleo, manteniendo varios vínculos profesio-

	1997	1998	1999	2000	2001
HABITANTES Distrito I	796.296	806.396	816.633	827.005	837.680
Nuevos Habitantes	nd	10.100	10.237	10.372	10.675
INCREMENTO		1.25%	1.25%	1.25%	1.27%
MÉDICOS Distrito I	5511	5805	6125	6465	6546
Nuevos Matriculados	168	294	320	340	287
INCREMENTO		5.06%	5.22%	5.26%	4.38%

Fuente: INDEC y Distrito I del Colegio de Médicos de PBA

GRÁFICO 15

Incremento de los habitantes y los médicos

Distrito I Colegio de Médicos PBA (La Plata, Ensenada, Berisso, Magdalena, Brandsen, Punta de Indio, S. Vicente)

PARTIDOS		2002	%
DISTRITO 1	La Plata, Berisso, Ensenada, Brandsen, Magdalena, S.Vicente y Punta de Indio	6308	16.0
DISTRITO 2	Avellaneda, Lanús, Quilmes, Alte.Brown, Pte.Perón, Lomas, Berazategui y F.Varela	8000	20.3
DISTRITO 3	Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Merlo, M.Paz, Matanza, Las Heras, Cañuelas, E.Echeverría y Ezeiza	6350	16.1
DISTRITO 4	S.Martín, S.Fernando, S.Isidro, V.López, Tigre y 3 de Febrero	7500	19.0
DISTRITO 5	Luján, Zárate, S.A.Areco, Ex.de la Cruz, Suipacha, Chivilcoy, Navarro, Mercedes, Pilar, Campana, Gral.Rodríguez, Moreno, S.Miguel, J.C.Paz, Malvinas A.,Escobar y S.A.Giles	2948	7.5
DISTRITO 6	Pergamino, Chacabuco, S.Nicolás, C.de Areco, Ramallo, S.Pedro, Baradero, Salto, Junín, Colón, Arenales, L.N.Alem, B.Mitre, Cap. Sarmiento y Rojas	1609	4.1
DISTRITO 7	Bragado, 9 Julio, Alberti, Pellegrini, T.Lauquen, Gral.Villegas, Rivadavia, Pehuajó, 25 Mayo, C.Casares, Gral.Pintos, Gral.Viamonte, Lincoln, C.Tejedor, H.Irigoyen, 3 Lomas, Daireaux, Salliquelí y Ameghino	1008	2.6
DISTRITO 8	Azul, Olavarría, Tapalqué, Gral.Alvear, Las Flores, Monte, Saladillo, R. Pérez, Lobos, Gral.Belgrano, Gral.Paz, Bolívar, Rauch, Tandil, Juárez y Laprida	1149	2.9
DISTRITO 9	Gral.Pueyrredón, Gral.Alvarado, Pila, Chascomús, Castelli, Gral.Guido, Dolores, Tordillo, Gral.Lavalle, Maipú, Gral.Madariaga, M.Urb.Costa, Pinamar, V.Gesell, M.Chiquita.Ayacucho, Necochea, Lobería, Balcarce y S.Cayetano	2800	7.1
DISTRITO 10	B.Blanca, Patagones, Villariño, Puan, Tornquist, 3 Arroyos, A.Alsina, Saavedra, Guaminí, Cnel.Suarez, Gral.Lamadrid, Cnel.Rosales, G. Chaves, Cnel.Dorrego, Cnel.Frings, M.U.Mte.Hermoso	1791	4.5
TOTAL		39463	100.0

78.90%

GRÁFICO 16
Colegio de médicos de la provincia de Buenos Aires
Colegiados por Distritos

nales simultáneos en detrimento de la calidad de la atención, sobre todo en perjuicio de aquellas cohortes cuyos sistemas tienen una escasa o casi nula posibilidad de fiscalización, como ocurre en el sector público⁶⁴. El multiempleo genera en el Médico un gran esfuerzo físico, psíquico y social, no exento de consecuencias en el largo plazo.

En éste escenario superpoblado, la *Especialización* y la *Subespecialización* son percibidas como una estrategia de diferenciación positiva a la hora de competir por los ingresos⁶⁴ y por el prestigio en el mercado de trabajo, de modo que resulta en un exceso de especialistas con su contrapartida de carencia de médicos generales, como se puede apreciar claramente en el donde se ve que algunos Distritos tienen porcentajes de Especialistas que en algunos casos llegan a su-

perar el 74% de los matriculados. El problema se ve aumentado debido a que las Especialidades se "autonomizan", generando grupos cerrados competitivos de trabajo asistencial y académico con formas particulares de trabajo y hasta un lenguaje propio, lo que termina "tribalizando" a la profesión. Además, aparece la competencia por las incumbencias con otros grupos de especialistas y rivalidades que trascienden largamente lo que podría considerarse como verdadero o falso desde el conocimiento científico vigente; generando estándares inadecuados de diagnóstico y tratamiento, con el consiguiente aumento de los costos de la atención. Son ejemplos: la Medicina de la Emergencia, los procedimientos endoscópicos del Aparato Digestivo, los procedimientos Mínimamente Invasivos, etc. En este punto es muy im-

portante la acción de las sociedades científicas como guía ordenador¹.

Otro de los fenómenos observados como un intento no planificado de adecuar la oferta a la demanda, es el impedimento para el ingreso de los graduados ya formados a Círculos o Agremiaciones Médicas locales, que actúan como entidades intermedias para el cobro de las prestaciones ante los financiadores, este "cerco o alambrado" se produce en algunos casos para aquellos que no sean originarios del área en cuestión ("Nacidos y Criados"). En otros casos la condición para el ingreso es la integración de un capital equivalente a la parte proporcional de los activos institucionales que correspondan a cada uno de los miembros en ese momento, y dado que los montos son habitualmente inalcanzables para un recién graduado sin fortuna personal, se produce una selección que no depende de las aptitudes del candidato sino de otras circunstancias que no ayudan a predecir el desempeño profesional en el futuro. En otras circunstancias se producen "cercos" institucionales, cuando determinadas entidades prestadoras, generalmente de alta complejidad, forman su propio recurso y luego eligen entre ellos los más adecuados para realizar una política institucional de generación de demanda especializada con la incorporación de tecnología de reciente desarrollo.

El Gráfico 16 nos muestra sobre el universo de la Provincia de Buenos Aires, que el número de Especialistas en Clínica Quirúrgica certificados son 1573, aproximadamente el 4,4% del total de los matriculados; si incluimos a todas las Subespecialidades Quirúrgicas: Cirugía Cardio-

vascular, Cirugía Cardiovascular Pediátrica, Cirugía Gastroenterológica, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva., Cirugía de Tórax, Cirugía Vascular Periférica, Neurocirugía, Cirugía Colorrectal y Cirugía de Cabeza y Cuello, llegan a totalizar 2600 certificados, lo que representa el 6,6% de todos los matriculados en la Provincia de Buenos Aires. Aquí es conveniente aclarar que los especialistas que realizan prácticas, son habitualmente menos numerosos que los que no las realizan en todas las poblaciones de prestadores médicos consideradas, tal vez porque tratan con mayor frecuencia con pacientes agudos, en los que la resolución del problema no genera nuevas consultas al especialista, como ocurre con los médicos que tratan pacientes con patologías crónicas (Asmáticos, Hipertensos, Diabéticos, etc).

Al analizar los datos, observamos un fenómeno que contradice las especulaciones previas, y nos muestra que en las regiones de los Distritos I al V correspondientes a la Región Metropolitana de Buenos Aires, muy densamente poblada, el porcentaje de especialistas en Clínica Quirúrgica en promedio es 3,9% de los médicos, y en el resto de la provincia, Distritos VI al X de 6,5%, la diferencia entre ambos es estadísticamente significativa (χ^2 94,1 - $p < 0,001$). Un fenómeno similar ocurre con los Especialistas en general y con los Especialistas de especialidades quirúrgicas tal como se observa en el Gráfico 17.

Esto podría explicarse por la migración "centrífuga" de especialistas formados en los centros asistenciales de la Región Metropolitana de Buenos Aires superpoblados de profesionales, suma-

ESPECIALIDADES	D I	D II	D III	D IV	D V	D VI	D VII	D VIII	D IX	D X	TOTAL
TOTAL COLEGIADOS	6308	8000	6350	7500	2948	1609	1008	1149	2800	1791	39463
ESPECIALISTAS	3290	5935	3169	4932	1445	957	439	713	2045	1202	24127
% ESPECIALISTAS	52.2	74.2	49.9	65.8	49.0	59.5	43.6	62.1	73.0	67.1	61.1
ESPECIAL. QUIRÚRGICAS	370	570	353	469	168	123	66	75	256	150	2600
% ESPEC. QUIRÚRGICAS	5.9	7.1	5.6	6.3	5.7	7.6	6.5	6.5	9.1	8.4	6.6
CLÍNICA QUIRÚRGICA	234	381	241	230	125	86	56	62	223	115	1753
% CLÍNICA QUIRÚRGICA	3.7	4.8	3.8	3.1	4.2	5.3	5.6	5.4	8.0	6.4	4.4

Esp. Quirúrgicas: Cí. Quirúrgica, C. Cardiovascular, C. CV. Ped., C. Gastroenterológica, C. Pediátrica, C. Plástica y R., C. Tórax, C. Vasc. Periférica, Neurocirugía, C. Colorrectal, C. Cab. y Cuello.

Fuente: Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Bs. As.

GRÁFICO 16
Especialistas en Cirugía por Distritos del Colegio de Médicos de PBA

MATRICULADOS	DIST. I-V		DIST. VI-X		x ²	SIGNIF.
	31106	%	8357	%		
ESPECIALISTAS	18771	60.3	5356	64.1	9.25	P<0.01
ESPECIAL. QUIRÚRGICAS	1930	6.2	670	8.0	30.50	p<0.001
ESP.CLÍNICA QUIRÚRGICA	1211	3.9	542	6.5	94.09	p<0,001

FUENTE: Colegio de Médicos de la PBA

GRÁFICO 17
Cirujanos y Especialistas de RMBA vs.Provincia Interior

dos a los muchos que desde hace ya un tiempo forman los excelentes centros asistenciales de la Provincia Interior; por la necesidad de certificarse para poder facturar a las Obras Sociales o para ocupar un lugar en los mercados regionales de trabajo (estamos contabilizando especialistas certificados por el Colegio de Médicos de la PBA), por la posibilidad que tienen los no certificados de trabajar como médico general en algunas de las áreas más superpobladas de la Región Metropolitana de Buenos Aires, o lo que sería más probable, debido a que en la Provincia Interior los Cirujanos tienen ingresos más altos que en la Región Metropolitana como queda demostrado en el Gráfico 18, construida con datos de ingresos tomados de nuestra propia encuesta. Lo cierto es que el fenómeno existe, puede medirse y estadísticamente no se debe al azar.

Formación de recursos humanos médicos

La formación de Médicos en el pregrado en Argentina ha estado hasta el año 1990 limitada a 7 Facultades de Medicina, las correspondientes a

las Universidades Nacionales de Buenos Aires, Córdoba, Rosario, La Plata, Tucumán, Cuyo (en Mendoza) y Nordeste (en Corrientes), y a 2 Universidades Privadas, la Universidad del Salvador (en Buenos Aires) y la Universidad Católica de Córdoba.

El currículo en casi todas ellas era el clásico, con varias materias distribuidas en dos ciclos, uno Básico y otro Clínico, dictadas por Cátedras con gran autonomía, con escasa articulación entre sí y con ausencia casi total de materias optativas. La metodología de enseñanza, consistía en dictar por separado una gran cantidad de clases teóricas con una enorme y creciente carga de conocimientos, y unas pocas clases prácticas, lo que con frecuencia disociaba aún más los conocimientos que fundamentan la práctica de la Medicina, del "arte" de utilizar esos conocimientos en la atención de los pacientes. El resultado, a menudo, era la desmotivación de los alumnos durante la carrera, y una tendencia a la "erudición impotente", puesta de manifiesto cuando en los comienzos de su práctica se encontraba frente a los problemas de salud del paciente. El fenómeno se evidenciar-

\$ / Mes	Distr. I - V		Distr. VI - X		CF	
	RMBA - CF	%	Resto PBA	%		%
< 2000	81	42	21	21.2	p<0.02	67
2000 a 4000	57	30	43	43.4		71
4000 a 6000	30	16	26	26.3		40
más 6000	17	9	9	9.1		26
ND	7	4	0	0.0		12
TOTAL	192		99			216

FUENTE: Encuesta propia realizada en Octubre 2002

GRÁFICO 18
Ingresos en la RMBA y en la Provincia Interior

ba más claramente, cuando los recién graduados elegían capacitarse en especialidades cuya práctica obliga a la resolución de situaciones "en tiempo real", tal como ocurre en las especialidades quirúrgicas.

Desde mediados de los '80, y siguiendo al movimiento mundial liderado por las Escuelas de Medicina de los países centrales, las Facultades de Medicina del País empezaron a considerar como prioritario, y a generar la discusión interna acerca de un cambio curricular, que no se pone en marcha inmediatamente, tal vez por la intrincada burocracia y la complicada estructura para la toma de decisiones que soportan nuestras Facultades de Medicina y nuestras Universidades "tradicionales".

Lo cierto es que durante 33 años, entre 1957 y 1990, no se creó ninguna Escuela o Facultad de Medicina en nuestro País, y desde entonces en sólo 10 años, las 9 Facultades tradicionales existentes se transformaron en las 28 que hay en la actualidad autorizadas para funcionar. Una característica de las "nuevas" Universidades Privadas es una menor cantidad de alumnos con una relación profesores / alumnos también significativamente más baja, el dato podría estar fuertemente influido por un concepto de "Profesor", que podría definirse clásicamente como Titulares y Adjuntos en las tradicionales y como Tutores del aprendizaje por resolución de problemas en las nuevas.

Además, debe destacarse una característica saliente del Sistema Universitario Público Argentino, el "ingreso irrestricto", que ha condicionado a dichas Facultades a brindar educación médica a cantidades crecientes de estudiantes con recursos e instalaciones que no acompañaron para nada la elasticidad de la demanda, con la sola excepción de la de Cuyo que actualmente tiene un cupo de 120 ingresos por año y la del Comahue que también tiene un cupo limitado desde su fundación. El resto ha ido encontrando en un lícito resquicio estatutario, la posibilidad de tomar una rigurosa prueba de conocimientos mínimos necesarios para ser admitido, logrando de ese modo una cierta limitación de facto al ingreso masivo, pero sin poner un cupo explícito (Gráfico 19).

Sólo tres de las nuevas Facultades de Medicina creadas a partir de 1990 pertenecen al ámbito público en las Universidades Nacionales del Comahue, de La Rioja y del Sur, ésta última de creación reciente. El resto, pertenecen al ámbito

privado que se ha desarrollado mayormente a partir de la sanción y posterior reglamentación de la Ley de Educación Superior Nro. 24.521 sancionada el 20 de Julio de 1995 (Promulgada el 7/8/95 por Decreto 268/95, y Publicada el 10/8/95 en el Boletín Oficial Nro 28.204), cuya discusión generó en su oportunidad, fuertes críticas y amplios debates en ambientes parlamentarios y académicos. Dicha Ley respeta la "autonomía universitaria" de tradición reformista y afirma que sólo el Congreso de la Nación tiene potestad para intervenirla, pero también introduce: - una articulación del Sistema Universitario con los Institutos Terciarios no Universitarios con la finalidad de crear un Sistema de Educación Superior único, y genera la figura de Contenidos Curriculares Mínimos y de Acreditación Periódicas de las Carreras "de interés público". En su Artículo 43 dice: "cuando los títulos a expedir correspondan a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes: a- los planes de estudio deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades, y b- Las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas".

Dado el corto tiempo transcurrido y las características de la actividad universitaria, no se pueden ver aún los efectos del cambio educativo sobre el comportamiento de la sociedad y de los ambientes profesionales, pero sí se pueden estudiar los fenómenos mensurables de la actividad educativa en sí misma en éste corto lapso.

En la actualidad, se puede estimar que se gradúan más de 3600 nuevos Médicos cada año en las Universidades de Argentina¹ Gráfico 20.

En la comparación de la Facultades de Medicina "tradicionales" con las "nuevas" durante el período en estudio 1999-2000, Gráfico 21 podemos observar que: 1- el promedio de Alumnos por Facultad fue más de 10 veces menor en las "nuevas", 2- la Razón Alumno / Profesor (Titulares, Asociados y Adjuntos) fue 4 veces mayor (20/5) en las "Tradicionales", 3- en el período observa-

FACULTAD de MEDICINA	Año Fundación	Nº Alumnos	Tasa Alum/Prof.	Nº Profesores	Acred. CONEAU	Hs. Duración
U.Nacional de Buenos Aires (UBA)	1852	13730	11	1267	ND	ND
U.Nacional de Córdoba	1878	11976	52	232	3	6350
U.Nacional de Rosario	1920	7160	46	156	3	5711
U.Nacional de La Plata	1934	4401	26	168	3	4956
U.Nacional del Tucumán	1949	3814	32	121	6	6858
U.Nacional de Cuyo	1951	956	8	124	6	5600
U.Nacional del Nordeste	1953	5860	52	113	3	6028
U.Católica de Córdoba	1956	433			3	
U.del Salvador	1957	704	3	278	3	7784
Entre 1957 y 1990 no se creó ninguna Facultad de Medicina en el País						
U.Adventista del Plata	1990	324	5	70	3	6656
U.Maimónides	1990	310	2	143	3	7705
Int.U.Cs.Salud (Barceló) Bs As	1992	1334	4	342	3	6817
U.Favaloro	1992	233	2	125	3	7547
Int.U.Cs.Salud (Barceló) La Rioja	1994	0	0	98	ND	6817
U.Austral	1996	378	1	288	3	8800
U.Abierta Interamericana Bs As	1997	1975	12	170	3	1080
U.Abierta Interamericana Rosario	1997	1450	25	57	No y 3	1080
Inst.U.CEMIC	1997	68	3	22	3	8606
U.Aconcagua	1997	59	2	26	3	7619
U.de Morón	1997	132	2	58	3	8648
U.Nacional del Comahue	1998	331	4	75	3	7300
U.de Mendoza	1998	518	15	34	3	5776
U.Nacional de La Rioja	1999	460	38	12	No y 3	
U.Católica de Cuyo	1999	96	3	38	No Acr	7216
U.Cs.Empresariales y Sociales	1999	65	3	20	3	7300
Inst.U.Esc.Med.H.Italiano Bs As	1999	ND		ND	ND	ND
Inst.U.Italiano de Rosario	1999	ND		ND	ND	ND
U.Nacional del Sur	2000	ND		ND	ND	ND
Total Alum =		56.767			Media Hs	6.403

FUENTE: - Documentos de Evaluación Universitaria de al CONEAU 1999-2001

- Secretaría de Planificación de la UBA

- Documento de Autoevaluación Fac. Cs. Médicas - U.N La Plata

GRÁFICO 19
Facultades de Medicina de la R. Argentina - 1999-2001

do, el 86% de los alumnos estudió en las Facultades "tradicionales", y 4- en las "tradicionales", dictaron clases el 61% del total de los Profesores Universitarios pertenecientes a todas las Facultades de Medicina del país.

En la actualidad y con la finalidad de adecuarse a las exigencias de la Ley de Educación Superior la mayoría de las facultades de Medicina han realizado o están realizando un cambio en su Currículo y sus Planes de Estudio, siguiendo las tendencias actuales del Modelo Educativo centrado en el estudiante, con pequeños grupos y la prác-

tica de evaluaciones formativas, basado en la resolución de problemas médicos concretos en los lugares en que éstos acontecen, orientado hacia la comunidad con acciones de promoción, de prevención y de atención primaria de la Salud. Se intenta hacerlos más flexibles, dotarlos de evaluaciones continuas, generar protagonismo del estudiante en el aprendizaje y favorecer el desarrollo de liderazgos en la comunidad académica. Entre ellos cabe destacar, por innovadores los desarrollados por las Universidades de Cuyo, Rosario, Comahue y del Sur, entre otros^{48, 109, 87, 25, 26, 76}.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL
Buenos Aires	1624	1438	925	958	1113	1280	7338
Córdoba	792	986	1006	989	621	604	4998
Cuyo	60	125	176	144	168	192	885
La Plata	516	557	568	523	560	597	3321
Nordeste	337	302	365	335	335	343	2017
Rosario	330	349	389	411	422	433	2334
Tucumán	287	333	248	276	231	203	1578
Salvador	270	132	121	109	106	94	832
Católica Cba	77	69	52	78	62	43	381
Favaloro	0	0	0	0	31	0	31
Maimónides	0	0	0	30	0	0	30
IUF.Barceló	0	0	0	17	0	0	17
TOTAL	4313	4291	3850	3870	3649	3789	23762

Fuente: M. Abramsón. Observatorio de Recursos Humanos OPS/OMS 2001

GRÁFICO 20

Médicos Graduados en Argentina entre 1993 y 1998
Promedio Anual = 3.690 nuevos Médicos / Año

FACULTADES de MEDICINA	U. Nacionales	U. Privadas	Media Alum / Facu	Alumnos	%	Profesores	%	Hs. Promedio Carrera Medicina
Tradicionales	7	2	5448	49.034	86	2.459	61	6.184
Creadas > 1990	3	16	407	7.733	14	1.578	39	6.512
TOTAL	10	18		56.767		4.037		6.403

FUENTE: Docum.Evaluación de CONEAU 1999-2001y Secr.Planificación UBA

GRÁFICO 21

Facultades de Medicina Tradicionales vs. Nuevas

Formación de cirujanos (Postgrados, Residencia)

Desde mucho antes en otros países del mundo^{22, 23, 26}, y desde mediados del siglo pasado en nuestro país, la Residencia en Cirugía ha pasado a ser la mejor forma de lograr la especialización mediante un programa intensivo de capacitación en terreno, con exposición a actividades de dificultad creciente bajo la supervisión de los Médicos de la planta de la institución. Más tarde las subespecialidades siguieron el mismo camino^{26, 27}. Como es costumbre, la Asociación Argentina de Cirugía participó tempranamente de su desarrollo y tuvo desde principios de la década del 60 el

Subcomité de Residencias Hospitalarias presidido por el Dr. Mario Brea, quien luego fuera el primer presidente de Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), secundado por el Dr. Jorge Manrique como su vicepresidente y el Dr. Oscar Aguilar como secretario²; sin embargo, todavía hoy las vacantes para acceder a las Residencias de Cirugía son insuficientes para la demanda de los recién graduados que quieren realizar la especialización. Para acceder a las Residencias de Cirugía dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) se presentaron en el año 2002 más de 15 postulantes para cada vacante, tal como se aprecia en el Gráfico 22, en el que también podemos ver que las vacantes para

ESPECIALIDAD	Postulantes	POSTU / VACAN	Vacantes	% TOTAL
ANESTESIOLOGIA	100	14.3	7	2.4%
CIRUGIA GENERAL	333	15.1	22	7.6%
CLÍNICA MÉDICA	632	11.5	55	19.1%
CLÍNICA PEDIÁTRICA	688	5.8	119	41.3%
FISIATRIA	11	5.5	2	0.7%
MEDICINA GRAL Y FAMIL.	96	12.0	8	2.8%
OFTALMOLOGÍA	149	21.3	7	2.4%
PATOLOGÍA	57	5.2	11	3.8%
PATOLOGÍA PEDIÁTRICA	7	3.5	2	0.7%
SALUD MENTAL PSIQ.	190	7.3	26	9.0%
TOCÓGINECOLOGÍA	332	11.4	29	10.1%
TOTAL	2595	9.0	288	100.0%

Fuente: Dirección de Capacitación y Desarrollo, S. de Salud, G.C. Buenos Aires 2002

GRÁFICO VII 22
Ciudad de Buenos Aires. Postulantes y Vacantes para Residencias Médicas
Año 2002

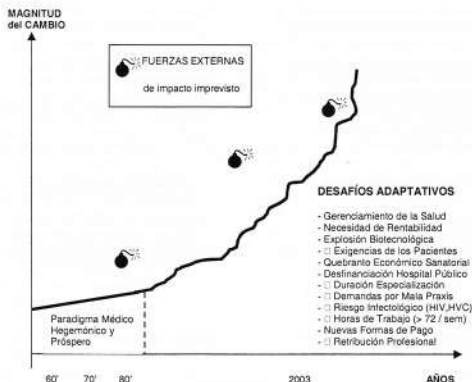
las Residencias de Cirugía son sólo el 7,6% del total del total.

Sin duda, habrá que valorar las necesidades y es preciso promover la creación de nuevas residencias, pero mientras tanto la Asociación Argentina de Cirugía ha vuelto a tomar la iniciativa y ha implementado un curso teórico anual, dictado por las más prominentes cirujanas del país, que se complementa con la concurrencia del cursillista a un servicio de cirugía reconocido trabajando bajo la supervisión de sus jefes, para luego rendir un riguroso examen final teórico. Esta modalidad ha sido multiplicada desde el año 2001 con la difusión al interior del país mediante filmaciones de las clases del curso dictado en Buenos Aires, que son proyectadas en las Filiales locales de la Asociación Argentina de Cirugía en presencia de tutores, los alumnos pueden así concurrir a sus servicios para realizar las prácticas, el examen final es el mismo para todo el país y se toma en forma simultánea^{99, 100, 101}.

La misma Asociación, mediante su actual Comisión de Residencias trabaja incansablemente desde hace más 15 años para evaluar, acreditar y mejorar la calidad de la enseñanza de las mismas. En un informe publicado por el Dr. Héctor Vidal en 1998 nos describe el enorme esfuerzo de la Comisión que por entonces había realizado 96 evaluaciones en 54 programas. Sobre los 67 pro-

gramas registrados, 26 (38%) estaban en Capital, 18 (27%) en la Provincia de Buenos Aires y no hubo ninguno al sur del Río Colorado. Las acreditaciones están dirigidas al cumplimiento estándares en cuanto a acreditación del servicio, normativas de diagnóstico y tratamiento escritas, calificación del director del programa, casuística suficiente para permitir el entrenamiento en el lapso de 4 o 5 años (unas 300 cirugías como cirujano por residente), reuniones bibliográficas, anatomías, de morbilidad, sistemas de evaluación interna sistemático, etc; con éstas pautas de 67 programas registrados, 14 (21%) recibieron la acreditación completa, 37 (55%) una acreditación parcial y 16 (24%) quedaron sin acreditar.¹¹⁵

Para finalizar es interesante analizar algunos resultados de la encuesta realizada por nosotros a fines de 2002, en la cual sobre un total de 834 encuestados argentinos, 520 (62%) habían hecho residencia, y otros 152 (18,5%) la están haciendo actualmente. Es un dato de interés el crecimiento de la participación femenina en la Cirugía, en grupo que ya había terminado su residencia, las mujeres eran sólo el 5,2%; en cambio entre los que aún son Médicos Residentes, la proporción se triplica al 15%. Seguramente éste rasgo modificará en algo la "cultura" quirúrgica, dominada hasta ahora sólo por los hombres.



Adaptado a los desafíos locales por el autor, de la publicación de:

SOUBA W.W. - The New Leader: New Demands in a Changing, Turbulent Environment
J. Am. Coll. Surg. July 2003, 197:79-87

GRÁFICO 24

Cambios y Turbulencias en el Mercado de la Salud en los Últimos 20 años

liderazgos profesionales de un nuevo tipo Gráfico 25, capaces de conducir a los Cirujanos en pos de satisfacer la demanda de un mercado de servicios de Salud muy cambiante y extremadamente turbulento²⁰.

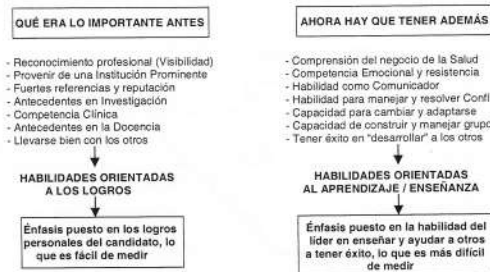
Conceptos básicos de economía útiles para el cirujano

La Economía es la ciencia que se encarga de las cuestiones relacionadas con la satisfacción de las *necesidades* de los individuos y de las comunidades de individuos; esas necesidades pueden

ser de bienes (necesidad material); o de servicios (no materiales), pero en ambos casos los bienes y servicios tienen que ser producidos y distribuidos para poder ser consumidos.

Podría definirse entonces a la Economía como "la Ciencia que estudia la asignación más conveniente de los recursos escasos de una sociedad, para producir los bienes y servicios que permitan satisfacer las necesidades individuales y colectivas de la misma".

La Economía al igual que otras ciencias, como la biología por ejemplo, tiene una fuerte tendencia a desarrollar modelos que explican los fenó-



Adaptado de:

SOUBA W.W. – The New Leader: New Demands in a Changing, Turbulent Environment
J.Am.Coll.Surg, July 2003, 197:79-87

GRÁFICO 25

¿Qué se espera de los nuevos cirujanos líderes?

menos que estudian, siendo ellos una simplificación por abstracción de la realidad, nos permiten predecir con algún grado de aproximación el comportamiento racional de una cohorte en el futuro, e introducir intervenciones que regulen dicho comportamiento. En ambos casos, ello es posible debido a que la Ley de los Grandes Números hace relativamente estables a éstos modelos, pues al promediar los efectos de las acciones fortuitas de grupos de personas, éstas tienden a eliminarse mutuamente con las de otros grupos que hacen lo contrario. Éste fenómeno es objetivable mediante la Curva de Distribución Normal, que no nos es desconocida a los Médicos, ya que en él se basa el concepto de Normalidad y de su contrapartida la Anormalidad, tan importante en el andamiaje conceptual de la Biología.

Es importante destacar que **la Economía es una ciencia social**, que utiliza el estudio del comportamiento humano para planificar la asignación de los recursos, y que sólo para objetivar ése estudio se sirve de las matemáticas, con las que grafica y hace más comprensibles los fenómenos que se producen en los modelos conceptuales.

El más difundido de dichos modelos es el concepto del **mercado**, que toma su nombre del lugar físico o virtual donde se realizaban las transacciones comerciales desde la más remota antigüedad. Es impulsado por la fuerza de la competencia, a la cual la economía clásica ve como un mecanismo organizador de la producción y de la determinación de precios y rentas, y no tan sólo en su acepción vulgar de simple rivalidad u oposición entre individuos para el logro de un objetivo.

La **competencia** es lo que impulsa a una empresa a reducir el precio manteniendo la calidad de su producto, con la finalidad de incrementar su participación en el mercado, pero para que ello funcione con la fuerza deseada, es necesario que existan vendedores y compradores con igualdad de posibilidades, lo que se dice un mercado en condiciones de "**competencia perfecta**": 1- **que no sean únicos**, ya que un vendedor único (Monopolio), o un comprador único (Monopsonio) regularían su precio sin competencia, ni que sean tan pocos que puedan sindicalizarse y actuar como si fueran uno sólo anulando la competencia (Oligopolio o Oligopsonio), 2- **que los productos**

sean de **calidad uniforme** para que realmente sea indiferente comprar uno u otro, 3- que la **información** acerca de los productos y de las transacciones **circule libremente** entre todos los integrantes del mercado y 4- que todos tengan la **libertad de participar** o salirse de las transacciones cuando a cada uno le convenga o así lo desee¹².

El **mercado de la Salud** (en adelante utilizaremos el término Salud, para referirnos a la venta de servicios para la recuperación de la Salud y en menor medida para evitar la enfermedad), presenta importantes diferencias con el funcionamiento detallado, por lo que las teorías económicas ortodoxas no son totalmente aplicables, y deben utilizarse algunas teorías y técnicas económicas específicas para abordar su manejo y la propuesta de soluciones⁹.

La relación entre las personas afectadas de una enfermedad o en riesgo de padecerla y los proveedores de Salud, ya sean éstos prestadores médicos, efectores sanatoriales o financiadores, tiene ciertas características particulares que pasamos a detallar:

1- **la Asimetría de la Información:** En la relación entre el médico y el paciente, es el médico el que conoce la severidad del episodio y el valor de los estudios diagnósticos y tratamientos alternativos para solucionarlo, mientras el paciente ignora casi todo acerca de la calidad y cantidad de recursos sanitarios necesarios, por lo que delega en el profesional la toma de decisiones, quien actúa como "agente" del paciente. De éste modo el médico no sólo es el proveedor del servicio, sino que, en gran medida, es el generador de su propia demanda. Tampoco son frecuentes los informes públicos acerca de la efectividad de los proveedores ni de las diferencias de "calidad" entre ellos, por lo que los pacientes se enfrentan no sólo a un producto de gran complejidad, sino que las más de las veces carecen de la información mínima necesaria para la toma de decisiones racionales acerca de qué demandar, y queda a merced de la oferta.

2- **el Riesgo de Imprevisibilidad de la Enfermedad y de la Efectividad del Tratamiento:** La enfermedad es un fenómeno aleatorio en lo concerniente a su aparición y a su intensidad, que además suma a su imprevisibilidad, el riesgo inherente a la falibilidad de los cada vez más complejos tratamientos implementados sobre pacientes individua-

les que tienen cada uno sus propia características biológicas y comorbilidades. Todo éste azar es lo que pretenden aprehender las muy desarrolladas técnicas de aseguramiento que utilizan las compañías de seguro privadas.

3- **la dificultad de lograr Eficiencia en la Producción de Servicios:** En un medio de muy alta complejidad tecnológica y administrativa aún en constante crecimiento, resulta difícil planificar e implementar formas de producir servicios de Salud de buena calidad al menor costo posible, sobre todo si se toma en cuenta que los estándares de calidad de atención de la Salud están variando constantemente, en función del impacto tecnológico que produce un sistema de investigaciones científicas en Biología en constante expansión, que además se nutre de su propio desarrollo tecnológico para acelerar y acrecentar su tarea, haciendo que la actividad sanitaria pague un altísimo costo de innovación. La solución parecería estar encaminada hacia la promoción de la Medicina Basada en Evidencias y las Revisiones Sistemáticas, como una manera de unificar criterios acerca de cuales son los procesos más adecuados y por lo tanto hacer previsible el gasto.

4- **los Incentivos para modular el consumo de servicios de Salud.** La posibilidad de los proveedores de regular la demanda, las enormes variaciones entre diferentes servicios de Salud, las formas de pago convenidas con el financiador, y las deficiencias intrínsecas del Sistema; llevan a que aparezcan en ciertos casos incentivos para subprestar y en otros casos sobreprestar servicios de Salud, excediendo los estándares que emanan del conocimiento científico (Evidencias Científicas) de la mejor calidad disponible en cada lugar y en cada momento. Esto es producido generalmente por empresas ineficientes e ineficaces que atienden contra la calidad en la producción de servicios, y porqué no decirlo, contra la salud de la población.

5- **la Falta de Competencia entre los Proveedores,** los que asociados en cámaras de efectores (Clínicas y Sanatorios) u organizaciones colegiadas de prestadores (Médicos, Bioquímicos, Odontólogos, etc), habitualmente regulan las condiciones producción de los servicios y del ejercicio profesional, y en ocasiones hasta los aranceles mínimos a cobrar por sus miembros, con lo que logran un cierto poder de monopolio en el establecimiento de precios. Es justo destacar que dichas

organizaciones desde hace algún tiempo se están encargando de promover la calidad de las prestaciones.

6- La Necesidad de atención de la Salud tiene connotaciones particulares, que la diferencian claramente de cualquier otra prestación de servicios. En primer lugar, la prestación de Servicios de Salud se asocia con el Derecho Constitucional a ser asistido en la enfermedad, que el gobierno garantiza a través del Sistema Público de Atención de la Salud, y que nada tiene que ver con la previsión obligatoria (Obras Sociales y Mutuales) o voluntaria (Prepagas y Seguros de Enfermedad) que los individuos tienen contratadas para financiar determinadas prácticas de su asistencia de la Salud. Y en segundo lugar, existe un pleno desconocimiento de los pacientes acerca del elevado costo de la atención de la Salud, que algunas veces se complementa con el desconocimiento concurrente del Médico, cuya conducta como "agente" del paciente está orientada únicamente hacia la eficacia terapéutica, y no tiene en cuenta la necesidad de eficiencia (racionalidad en el uso de los recursos) por parte de las entidades financiadoras como "terceros pagadores" que hacen posible la prestación^{3, 20, 29}.

Costos: Nociones elementales para las Prestaciones Quirúrgicas

La evaluación y el manejo de costos es uno de los conceptos económicos que es conveniente tener para poder instalarse y desenvolverse en la práctica quirúrgica en un escenario como el que hemos enunciado.

La primera distinción que debemos hacer es entre gasto, costo y pago; y lo mejor para hacerlo es dar un ejemplo: frente a la compra de un insumo, incurrimos en un **Gasto** para la organización cuando lo adquirimos, en un **Costo** imputado a una práctica cuando utilizamos dicho insumo, y finalmente un **Pago** cuando debemos abonarlo a los 30, 60 o 90 días de haber hecho el gasto.

La contabilidad distingue varios tipos de costos:

- **Costo Histórico** es el recurso monetario sacrificado por algo en el pasado
- **Costo de Reposición** es el recurso a sacrificar para conseguir un objetivo en el futuro.
- **Costos Directos** son los que están claramente asignados a un solo producto o actividad

- **Costos Indirectos** o imputados, están asignados a varias actividades y luego deben ser imputados parcialmente a cada una de ellas
- **Costo de Oportunidad** es el sacrificio de recursos monetarios en que incurrimos por no elegir otra opción. En el análisis económico, la mejor alternativa es la que tiene un menor costo de oportunidad)

Sin embargo, la distinción más significativa para el análisis es la que se hace entre Costos Fijos y Variables:

- **Costo Fijo** es el que no varía con el volumen de actividad de producción (Ejemplo: alquileres, salarios, etc)
- **Costo Variable** es el que depende directamente del volumen de actividad (Ejemplo: insumos, electricidad, etc).

Porque, la suma de ambos es igual al Costo Total, que sirve para determinar el **punto de equilibrio o umbral de rentabilidad** cuando se iguala con los Ingresos. Éste es un concepto de suma importancia en la teoría económica, ya que nos muestra el volumen de actividad en la que ambos se equilibran, y nos permite conocer con cierta aproximación nuestra posibilidad de lograr una renta a partir de ése umbral en que he recuperado los costos, Gráfico 26.

Al analizar el gráfico es interesante notar que, cuando hemos realizado 250 operaciones, el por-

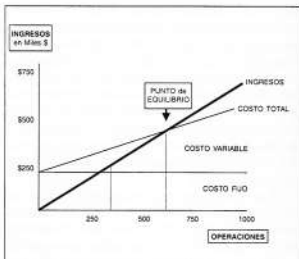


GRÁFICO 26
Costos Fijo y Variable, Punto de Equilibrio

centaje de Costo Fijo en el Costo Total es de aproximadamente el 80%, en cambio cuando hayamos realizado 600, ese porcentaje se reduce a 50%. Esto es particularmente importante en los efectores de salud (hospitales, Clínicas, etc) en los que los Costos Fijos globales (edificios, equipos, salarios, gasto administrativo, etc) llegan a ser el más del 80% de los Costos Totales, y justifica plenamente tender a un cambio de escala, aumentando la producción de servicios como una estrategia para aumentar la eficiencia (lograr la mayor eficacia con el menor costo) del servicio en cuestión^{71, 72, 74, 75, 76}. Estudiando los costos por servicios se vio que la composición de Costos Fijos es bastante constante para los diferentes servicios de un hospital considerados en un nivel de actividad óptimo, y esta característica debe ser tomada en cuenta para el gerenciamiento de cada área Gráfico 27, lo que ocurre también en cierto modo con la distribución de los costos relativos a cada intervención en una práctica compleja¹² Gráfico 28. En las salas de internación y de operaciones, a pesar de lo que pudiera suponerse por la gran cantidad de insumos que usan, el costo fijo supera al variable, lo que hace imprescindible mantener un nivel de actividad quirúrgica plena para lograr la mejor eficiencia en las prestaciones. En otras áreas donde predominan los costos variables (Farmacia, Banco de Sangre, etc), el nivel de actividad carece de importancia, siempre que supere un mínimo necesario para mantener el entrenamiento que garantice la eficacia de la práctica.

Cuando lo que está en análisis, en lugar de los costos sanatoriales, son los costos en que incu-

Quirófano	38%
UCI-Cardiovasc.	25%
Internación en Sala	8%
Anestesia	6%
Hemoterapia	4%
Resto de los Servicios	19%

FUENTE: Citado por Borracci R, Arribalzaga E. e Insúa J en "Análisis de Costes en Cirugía" (de Cheng D et al - *Anesthesiology* 1996; 85:1300)

GRÁFICO 28
Distribución de costes en la cirugía
coronaria separados por áreas

re un Cirujano para llevar adelante su práctica profesional, se pueden analizar los costos fijos: - Actualización (cuota societaria, revistas, libros, Internet, etc), - Consultorio (secretaría, teléfono, etc), - Vehículo (amortización, seguro, patente, etc), etc. y los costos variables (combustible, papelería, insumos de consultorio, etc.), entre los cuales hay uno extremadamente importante por su escasez, el tiempo del cirujano¹⁸.

Es interesante analizar el cálculo del tiempo necesario para hacer una práctica tan frecuente como una colecistectomía abierta, calculada por un autor argentino Carlos Sereday en un informe publicado en nuestra Revista Argentina de Cirugía en 1985³¹ Gráfico 29.

La regionalización de una práctica quirúrgica compleja determinada, entendida como la concentración de un número elevado de dicha práctica en un solo centro regional, permite la formación y desarrollo de equipos multidisciplinarios que adquieren experiencia por acumulación de casos y repetición de procedimientos complejos, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mejorar el uso de recursos asistenciales. (mejora la eficacia y la eficiencia del procedimiento)⁷⁷.

Evaluación económica

El propósito de la evaluación económica es contar con información lo más objetiva posible, que nos permita tomar decisiones valorando las probabilidades de éxito de cada opción, con la menor incertidumbre posible⁶⁵.

Sin embargo, no es ocioso recordar que la Economía es una ciencia social, en la cual lo que

DEPARTAMENTO	Costo Fijo
Imágenes	68%
U. Recuperación Anestésica	67%
Sector de Internación	62%
Laboratorio	62%
Sala de Operaciones	62%
U. Terapia Intensiva	52%
Farmacia	39%
Banco de Sangre	27%

Bernstein CN et al - *Am. J. Gastroenterology* 2000 Mar; 95(3):677-83

GRÁFICO 27
Costo Fijo por Departamentos de un Efecto

	MINUTOS
Consulta en consultorio	20
Cirugía	
Traslado al Sanatorio	23
Visita Preoperatoria	4
Traslado del paciente al quirófano	10
Inducción anestésica y preparación para operación	12
Colecistectomía abierta con Colangiografía I.O.	70
Parte quirúrgico, Indicaciones, cambio ropa	14
Reunión con la familia del operado	5
Traslado a domicilio o a consultorio	18
Visitas Postoperatorias (si no hay complicaciones)	
Traslado de ida y vuelta	33
Visita, curación, retiro de puntos o drenajes	8
Indicaciones, receta y evolución H.Clinica	7
TOTAL	224
TIEMPO TOTAL	3 hs 44 min

Fuente: Sereday C y Cols. Rev. Argent. Cirug. 1985; 49: 297

GRÁFICO 29

*Tiempo Invertido en una Colecistectomía
Base de Datos para hacer Costos*

determina el comportamiento económico futuro, es la suma de la conducta individual de cada uno de los ciudadanos generando una tendencia grupal de comportamiento. La observación de esos fenómenos producidos durante algún tiempo, nos permiten prever algunos patrones de comportamiento y construir con ellos modelos que podemos expresar matemáticamente³².

Las técnicas de evaluación económica tienen en común comparar los recursos utilizados con los resultados obtenidos, pero difieren en la forma en que miden éstos últimos, que pueden ser expresados en términos de eficiencia como sigue:

- 1- **Eficacia:** es el resultado "puro" de la intervención realizada, habitualmente se expresa en Riesgo Relativo (RR), Odds Ratio (OR) o Número Necesario a Tratar (NNT), etc
- 2- **Efectividad:** es el resultado de la intervención en la práctica habitual y sus resultados se ex-

presan como supervivencia, aumento de expectativa de vida, muertes o complicaciones.

- 3- **Utilidad:** es el resultado obtenido en duración y sobre todo en calidad de vida y se expresa generalmente en Años de Vida Ajustados por Calidad (QALYs)

- 4- **Beneficio:** es el resultado expresado en unidades monetarias, asignando un valor a la discapacidad, al daño, al sufrimiento, etc. Es el menos usado por la dificultad de poner precios a los resultados referentes a la salud

De modo que, en Economía de la Salud para medir los resultados de una intervención expresados en términos de eficiencia usamos el Análisis de Costo/Efectividad, que sirve para comparar los costos de dos o más alternativas con su efectividad relativa para el logro de un objetivo. Se basa en el concepto económico de *Costo de Oportunidad*, que intenta comparar el efecto que lograría utilizándolo para la opción A (elegida), con el efecto que podríamos lograr utilizándolo para otra opción B (rechazada), de no haberlo utilizado para la opción A. Sirve para decidir que hacer para lograr un objetivo con recursos escasos. Puede expresarse gráficamente como el clásico cuadrante de BLACK. Gráfico 30¹⁵.

Para realizar un Análisis de Costo/Efectividad se deben dar cumplimiento a los siguientes requisitos:

- 1- Debe definirse claramente un Objetivo, que además, debe ser cuantificable.
- 2- Deben identificarse por lo menos dos alternativas para el logro del Objetivo
- 3- Las alternativas deben ser comparables entre sí.
- 4- Se deben: a- evaluar la efectividad de cada alternativa
b- evaluar los costos de cada alternativa
c- generar un coeficiente que exprese la relación entre ambos.

Utilizaremos un ejemplo para ver como se hace dicho análisis, para lo cual imaginaremos que debemos evaluar métodos de diagnóstico por imágenes para realizar diagnóstico etiológico en el Abdomen Agudo Inflamatorio, que constituye una buena parte de nuestra práctica quirúrgica cotidiana.



Fuente: Borracci R., Arribalzaga E. e Insúa J., *Análisis de Costes en Cirugía*

GRÁFICO 30
Cuartantes de Relación Costo-Eficiencia de BLACK W.C.



A- CÁLCULO de la EFECTIVIDAD CLÍNICA

$$V. \text{ Clínico del Diagnóstico Ecográfico} = (0,77 \times 100) + (0,23 \times 50) = \mathbf{88,5}$$

$$V. \text{ Clínico del Diagnóstico por T.A.C.} = (0,85 \times 100) + (0,15 \times 50) = \mathbf{92,5}$$

$$\text{Diferencia V.Clinico TAC / Ecografía} = 92,5 - 88,5 = \mathbf{4 \text{ Unidades de Diagnóstico}}$$

GRÁFICO 31

B- CÁLCULO de COSTO PROMEDIO por UNIDAD de DIAGNÓSTICO**C- CÁLCULO del INCREMENTO de COSTO por UNIDAD de DIAGNÓSTICO**

$$\text{Incremento de Costo x Unidad de Diagnóstico} = \frac{\text{Costo Adicional}}{\text{Beneficio Adicional}}$$

$$\text{Incr.Costo x UD} = \frac{\text{Costo TAC} - \text{Costo Ecografía}}{\text{V.Clinico TAC} - \text{V.Clinico Ecografía}} = \frac{\$300 - \$60}{92,5 - 88,5} = \$60$$

GRÁFICO 32

Una opción es intentar realizarlo por imágenes mediante una Ecotomografía (ECT), y una segunda opción es hacerlo por Tomografía Axial Computarizada (TAC). En ambos casos el proveedor de los estudios será el Servicio de Diagnóstico por Imágenes tercerizado del Sanatorio donde actuó, cuyos resultados indican que la sensibilidad del diagnóstico por ECT es de 0,77 y la sensibilidad del diagnóstico por TAC es de 0,85. Para proceder a la evaluación de la efectividad clínica, además, debemos tener en cuenta qué valor tiene no llegar al diagnóstico etiológico preoperatorio por imágenes en el resultado del tratamiento de los Abdomenes Agudos Inflamatorios, en este caso lo podemos estimar en un 50% (el diagnóstico se hará correctamente en el 50% de los casos clínicamente o mediante la laparotomía, en el resto se hará incorrectamente o en forma incompleta). Con estos datos podremos realizar una operación para establecer el Valor Clínico, y además calcular la Diferencia de Valor o Efec-

tividad Clínica entre las opciones, diferencia que fue calculada en 4 unidades de diagnóstico a favor de la TAC. Una vez determinada la diferencia de efectividad clínica para el diagnóstico Gráfico 31.

Quien administre la prestación del servicio asistencial o el propio cirujano gerenciando su práctica, deberá considerar ahora el costo de cada una de las alternativas. Según el cálculo del Costo Promedio por Unidad de Resultado, la TAC es casi 5 veces más onerosa que la ECT. Pero todavía nos queda averiguar algo muy importante, que es cuanto más estoy dispuesto, como administrador de recursos escasos, a pagar por cada unidad de resultado en caso de elegir la alternativa más onerosa. En nuestro ejemplo, el diagnóstico por TAC resultó ser \$ 60 más caro por cada unidad de resultado, que hacerlo por ECT. Ahora sí, tengo información suficiente para decidir y para evaluar ("ex post") el resultado de mis decisiones, reuniendo así más información Gráfico 32.

IX. ENCUESTA A CIRUJANOS ARGENTINOS

Objetivos generales

- Obtener información directa de una muestra de Cirujanos, significativa del universo de los cirujanos de Argentina, acerca de su formación de Grado y Postgrado, su lugar y modo de trabajo, y las formas de retribución.
- Obtener información indirecta de dicha muestra acerca de satisfacción, estima, visión profesional, estrés laboral, retribución, etc
- Realizar los cruces de información por grupos regionales, de género, de afiliación a la docencia, etc necesarios para sacar conclusiones que nos expliquen cómo estamos reaccionando los cirujanos ante la crisis financiera de la Salud y que nos permita construir escenarios futuros.

Objetivos específicos

- Conocer datos personales y académicos de los cirujanos argentinos
- Conocer datos de su ingreso, permanencia y salida del Mercado Laboral
- Conocer datos de la satisfacción en el lugar de trabajo quirúrgico y su visión del futuro personal y colectivo.
- Construir escenarios futuros optimistas, pesimistas y medios, con los datos obtenidos de la realidad económica y de la cohorte de cirujanos encuestados

Definiciones

1- *Región Metropolitana de Buenos Aires* (RMBA): Siguiendo el criterio de S. Kralich, basados en los movimientos de la población por medio de transporte, consideramos una RMBA, que en lugar de los 24 partidos clásicos del Conurbano rodeando a la Capital, está conformada por la Ciudad de Buenos Aires, y 44 partidos de la Provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, E. Echeverría, Ezeiza, Exaltación de la Cruz, Florencio Varela, Gral. Las Heras, Gral. Rodríguez, Gral. San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, La Plata, Lanús, Lobos, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Mercedes, Merlo,

Moreno, Morón, Navarro, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López y Zárate⁵⁸.

En nuestro trabajo hemos separado la Ciudad de Buenos Aires del resto, debido a las características muy diferentes de su Sistema de Salud, lo que nos hizo suponer y luego comprobar, que los cirujanos que allí trabajan se comportarían de un modo diferente. Por lo que en nuestro trabajo, al referirnos a la RMBA nos referimos sólo a los 44 partidos que rodean a la Capital.

2- *Actividad Quirúrgica*: a- *Exclusiva*: cuando sólo ejerce como cirujano asistiendo pacientes, incluye actividades de jefatura técnica con influencia directa en la atención de pacientes (Jefe de Sala, Jefe de Servicio), b- *Gerenciamiento*: Dispone la estrategia, y decide en temas económicos y financieros de la organización. Cobra por ese trabajo, y c- *Otra actividad*: Cualquier otra no incluida en las anteriores.

3- *Tipo de Práctica*: a- *Cirujano General* trata con probidad la patología prevalente de incumbencia de la Clínica Quirúrgica hasta un nivel medio de complejidad. b- *Subespecialista*: trata un grupo restringido de afecciones y está capacitado para realizar prácticas de alta complejidad, c- *Ambos*: es el caso de algunos subespecialistas que no abandonen la práctica de la cirugía general, lo que ocurre con cierta frecuencia en nuestro medio.

4- *Forma de Trabajo*: a- *Individual*: Recluta sus propios pacientes, indica el tratamiento y lo realiza. Convoca colaboradores, pero es el único responsable ante el paciente y su familia, b- *Equipo con Honorarios Comunes*: Es una modalidad donde se actúa como un equipo en las decisiones y en los tratamientos, los honorarios se reparten según porcentajes preestablecidos, c- *Guardias*: Cirujanos convocados por un efector de Salud para tratar la patología quirúrgica de urgencia, generalmente retribuido con salario, y d- *Otra*: Cualquiera que no sea una de las anteriores

5- *Forma de Pago*: a- *Salario*: Pago mensual independiente de lo que deba hacer, b- *por Prácticas*: Pago por cada intervención, generalmente con un acuerdo previo de precios relativos (E.): Nomenclador Nacional), c- *por Módulos o Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)*: Pago por diagnóstico y tratamiento de una determinada afección o un grupo de ellas (GRD) sin conside-

rar que prácticas deban hacerse, y *d- por Cápitas* es el pago que se hace por la atención de una cohorte, sin considerar cuantos se enfermen y que procedimientos haya que hacerle

Universo

Los cirujanos de Argentina. Su número puede estimarse aplicando la tasa del 6,5%, que verifica el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires para los Especialistas de todas las ramas de la Cirugía, al total de los Médicos en actividad del País, calculados en unos 117.000. El resultado sería de unos 7.600 cirujanos en total.

Muestra

Teniendo en cuenta las cifras calculadas para el universo, y la homogeneidad de una muestra de personas con la misma ocupación específica, que condiciona la varianza, se calculó el tamaño muestral mínimo para un nivel de confianza del 95% y un error del 5%, en unos 400 entrevistados. Naturalmente, un mayor reclutamiento bajaría la probabilidad de error. La muestra obtenida remeda en su distribución a la población del país y a los socios de la Asociación Argentina de Cirugía Gráfico 33.

Unidad de análisis

Un Cirujano (Especialista en Cirugía o no)

Técnica e instrumentos

Se diseñó un cuestionario "ad hoc", de tipo semiestructurado con preguntas cerradas, abiertas y mixtas; que fuera validado en grupos de cirujanos de la región. Gráfico 34. La primera parte del mismo, pretende definir datos personales y de actividad quirúrgica, en la segunda parte, se busca mediante 21 preguntas investigar: satisfacción, adaptación, integración, profesionalismo, visión, apego al rol, etc.; y para finalizar, se les solicitó a los encuestados que nos brindaran una dirección electrónica, si ellos querían recibir los resultados de la encuesta y para que pudiéramos requerir nueva información en caso de creerlo necesario, lo que nos permitió contar con un listado de 524 direcciones electrónicas.

Para el Trabajo de Campo Reclutamos y entrevistamos 25 encuestadores, escogidos entre los médicos residentes del Hospital Rossi de La Plata y los alumnos de la Cátedra "E" de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

En trabajo grupal elaboramos una cartilla de instrucciones Gráfico 35, tratando que fueran muy claras y precisas, entre las que figuraban: - aclararle al encuestado que la encuesta era anónima y voluntaria, - brindarle una hoja con el cuestionario para que vaya siguiendo la entrevista, - no sugerirle nunca una respuesta, - anotar "textualmente" la respuesta en las preguntas abiertas, etc.

Además, se realizó un consenso entre los investigadores acerca del significado de cada respuesta, y se hizo un listado de las variables antes de iniciar la tarea de campo. Gráfico 36^{88, 89, 90, 92, 14, 94}.

Resultados

La percepción de los entrevistados acerca de su práctica se ve reflejada en las respuestas a la encuesta, y se halla suficientemente explicitada en los gráficos descriptivos de cada una de ellas. Gráfico 37.

En cuanto a la parte analítica, describiremos sólo aquellas situaciones en las que la diferencia ha resultado estadísticamente significativa, o aquellas otras en las que la falta de diferencia significativa es sorprendente.

Un ejemplo de ésta última circunstancia, se manifiesta en que la satisfacción o comodidad con su lugar de trabajo no depende de la remuneración que los cirujanos perciban Gráfico 38, lo que estaría indicando que la motivación depende casi exclusivamente de su trabajo y poco de la remuneración, lo que se transforma en una debilidad al momento de la distribución de la renta entre los actores del mercado; en comparación con la actitud de otros especialistas, con los que solemos compararnos, cuyos integrantes están más motivados por la remuneración que por su trabajo.

Al analizar las correlaciones, vemos que se perfilan características diferentes entre los cirujanos de tres regiones bien delimitadas del País: 1- Capital Federal, 2- Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA), y 3- Interior.

	INDEC2001	%	Soc.AAC	%	ENCUESTA	%
CAPITAL FEDERAL						
Ciudad de Buenos Aires (1)	2.768.772	7.6	1416	38.3	218	26.1
Región Pampeana		39		30.6		35.1
Reg.Metropolitana sin C.Bs As	8.684.953	24.0	777	21.0	192	23.0
Resto Provincia de Buenos Aires (3)	5.133.724	14.2	341	9.2	100	12.0
La Pampa	298.460	0.8	15	0.4	1	0.1
Región Centro Oeste		9.3		5.4		8
Córdoba	3.061.611	8.5	185	5.0	60	7.2
La Rioja	289.820	0.8	16	0.4	7	0.8
Región Cuyo		9.1		3.9		2.8
Mendoza	1.576.585	4.4	94	2.5	15	1.8
San Juan	822.094	1.7	18	0.5	4	0.5
San Luis	366.900	1.0	32	0.9	4	0.5
Región Litoral		20.7		11.7		16.1
Santa Fe	2.997.376	8.3	184	5.0	53	6.4
Entre Ríos	1.156.799	3.2	94	2.5	36	4.3
Chaco	983.087	2.7	41	1.1	13	1.6
Corrientes	929.236	2.6	62	1.7	18	2.2
Misiones	963.869	2.7	36	1.0	6	0.7
Formosa	485.700	1.3	16	0.4	8	1.0
Región Noroeste		11.5		5.5		7.0
Tucumán	1.336.664	3.7	81	2.2	33	4.0
Salta	1.079.422	3.0	48	1.3	11	1.3
Santiago del Estero	806.347	2.2	38	1.0	4	0.5
Jujuy	611.484	1.7	16	0.4	4	0.5
Catamarca	333.661	0.9	19	0.5	6	0.7
Patagonia		4.8		4.6		4.9
Chubut	413.240	1.1	31	0.8	6	0.7
Neuquén	473.315	1.3	53	1.4	23	2.8
Río Negro	552.677	1.5	53	1.4	6	0.7
Santa Cruz	197.191	0.5	20	0.5	6	0.7
T.del Fuego, Antártida e Islas AS	100.960	0.3	13	0.4	0	0.0
Total ARGENTINA	36.223.947		3699		834	
Extranjeros			125		68	

Fuente: 1. INDEC 2001, 2. Socios AAC y 3. ENCUESTA Propia

GRÁFICO 33
Encuesta: Distribución de la Muestra

- en cuanto al lugar de graduación, en Capital Federal predominan los graduados de la Universidad de Buenos Aires (UBA), en la RMBA los de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y de la UBA, y en el Interior los de las Universidades Nacionales de Córdoba, La Plata y Rosario. Gráfico 39.
- hay más cirujanos de la Capital que prefieren revistas especializadas internacionales para su educación médica continuada, y más cirujanos

ENCUESTA para el Relato Oficial al 74º Congreso Argentino de Cirugía de 2003

"EL CIRUJANO FRENTE A LA CRISIS FINANCIERA DE LA SALUD" - Prof. Dr-Alberto H. Cariello

Encuestador: _____

Encuesta Nº _____

Fecha: __/__/2002

Edad: _____ años Sexo: M – F Socio AAC: MAAC ☐ MAT ☐ ADH ☐ No ☐

Universidad donde se graduó: _____ Año de Graduación: _____

Postgrado: Residencia ☐ Concurrencia ☐ Otros Institución: _____ Año Fin.: _____

Lugar de Ejercicio Profesional : Localidad _____ Prov. _____

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Convive ☐ Viudo ☐Activ. Quirúrgica: Exclusiva ☐ , + Gerenciamiento ☐ , + Otra Activ. ☐ Cuál ☐ _____Tipo de Práctica: Cirujano Gral ☐ - Subespecialista ☐ (Cuál: _____) - Ambos ☐Lugar Actividad Quirúrgica: -H.Público ☐ -H.Comunidad ☐ -H.Priv. (Sanatorio/Clinica) ☐Forma de Trabajo: Individual ☐ Equipo c/Honor. Comunes ☐ Guardias ☐ Otra _____Forma de Pago: Salario ☐ x Práctica ☐ x Módulos o GRD ☐ x Cápitales ☐ otro _____

1- ¿Se siente cómodo en su lugar habitual de trabajo?

Casi Siempre ☐ - Con frecuencia ☐ - A veces ☐

2- ¿Cómo es su relación con los cirujanos de su edad?

Muy Buena ☐ - Buena ☐ - Regular ☐

3- ¿Cumple Ud tareas de entrenamiento de Cirujanos jóvenes?

Habitualmente ☐ - Esporádicamente ☐ - Nunca ☐4- ¿Cómo evalúa Ud la colaboración del personal no profesional con su tarea?Muy Buena ☐ - Buena ☐ - Regular ☐ - Mala ☐

5- ¿A través de que medios actualiza periódicamente sus conocimientos médicos?

Publicaciones ☐ - Congresos ☐ - Cursos ☐ - Otros ☐ _____

6- ¿Qué tipo de publicación lee Ud con mayor frecuencia ?

Journal Internacional ☐ - Rev.Arg de Cirugía ☐ - Libros ☐ - Otro ☐ _____

7- ¿Se siente seguro al tomar decisiones clínicas que comprometen al paciente?

Casi Siempre ☐ - Con Frecuencia ☐ - A veces ☐

8- ¿Cómo son sus prevenciones contra la Mala Praxis?

Extremas ☐ - Importantes ☐ - Moderadas ☐ - Pocas ☐

9- ¿Cómo describiría Ud. su prestigio como profesional en el mercado laboral ?

Muy Bueno ☐ - Bueno ☐ - Regular ☐

- 10- Su ingreso al mercado de trabajo quirúrgico luego de su graduación fue:
Inmediata ☐ - 2 a 4 años ☐ - 4 a 6 años ☐ - + de 6 años ☐
- 11- ¿Cuál es su carga horaria semanal real de trabajo? (no computar la programada y no cumplida)
< 24 hs. ☐ - e/ 24 y 48 hs. ☐ - e/ 48 y 72 hs. ☐ - + 72 hs. ☐
- 12- ¿Cómo considera a su retribución profesional en relación con su desempeño y carga horaria?
Superior ☐ - Acorde ☐ - Inferior ☐ - Insuficiente ☐
- 13- ¿A qué edad piensa Ud. que estará en condiciones de jubilarse?
60-65 años ☐ - 65-70 años ☐ - >70 años ☐
- 14- ¿Ha analizado cambiar de especialidad?
Con frecuencia ☐ - Alguna vez ☐ - Nunca ☐
- 15- ¿Realiza algún hobby o actividad de esparcimiento en sus tiempos libre?
Frecuentemente ☐ - Esporádicamente ☐ - Pocas veces ☐
- 16- ¿Con qué frecuencia tomó vacaciones en los últimos cinco años?
> 2 veces/año ☐ - 1 vez/año ☐ - 1 a 3 veces ☐ - Nunca ☐
- 17- ¿Cuando cambió su automóvil por última vez?
Año 2002 ☐ - Año 2001 ☐ - Año 2000 ☐ - Antes 2000 ☐
- 18- En los últimos cinco años, ¿cuántas veces asistió al Congreso Arg. de Cirugía? _____
- 19- ¿Desarrolla otro tipo de actividad?: (si no está nombrada abajo: ¿Cuál? _____)
Docente ☐ - Investigación ☐ - Gerenciamiento ☐ - Auditoría ☐ - Otra ☐
- 20- ¿Desearía que su hijo fuera cirujano? SI ☐ NO ☐
- 21- ¿En qué rango están sus ingresos totales mensuales (en pesos)?
<2000 ☐ - 2000-4000 ☐ - 4000-6000 ☐ - >6000 ☐
- 22- ¿Desearía recibir los resultados de la encuesta? SI ☐ NO ☐

VOLUNTARIO

Domicilio Postal: calle _____ Localidad _____ CP _____

Provincia _____ e-mail: _____ @ _____

GRÁFICO 34

del Interior que prefieren la Revista Argentina de Cirugía y los libros para tal fin. Los cirujanos de la RMBA se ubican puntos intermedios entre ambos. Gráfico 40.

- hay más cirujanos encuestados de la RMBA y del Interior del País con un exceso de horas de trabajo (43% con más de 72 hs a la semana) que en la Capital (33%). Gráfico 41.

INDICACIONES para el ENCUESTADOR

- 1- Presentarse como ENCUESTADOR para el Relato al 74º Congreso Argentino de Cirugía a realizarse en el 2003, preguntarle si es Cirujano y decirle que es Estudiante de Medicina ó Médico Residente de la U.N. La Plata que está haciendo la encuesta y que la misma es **ANÓNIMA y VOLUNTARIA**
- 2- Es conveniente darle **UNA COPIA** al encuestado para que él lea las preguntas, mientras se las hacemos nosotros.
- 3- Escribir las respuestas con **LETRA de IMPRENTA** legible, con las mismas palabras usadas por el encuestado
- 4- **NO SUGERIR NUNCA UNA RESPUESTA**, si es válido aclarar lo que no entienda
- 5- Tildar claramente con una cruz la selección elegida por el encuestado
- 6- En caso de cometer un error, colocar un **NQ** (con mayúsculas) sobre el cuadrado erróneo. Si el error estuviera en algo escrito, tacharlo con un solo trazo y colocar lo correcto arriba.
Ejemplo: MUCHO PGGG
- 7- En algunos casos, la respuesta permite **SELECCIONES DOBLES**, tildar todas las seleccionadas

GRÁFICO 35

- la presunción de un retiro a edades tempranas (entre 60 a 65 años), está más arraigada en el Interior y la RMBA que en la Capital. Gráfico 42.
 - en lo referente a la realización de otras actividades médicas no asistenciales, el gerenciamiento es más frecuente en el Interior del País, la práctica de varias de ellas es más común la Capital, y no tener actividades no asistenciales es más frecuente en la RMBA. Gráfico 43.
 - Los ingresos si bien se distribuyen en forma similar en todas las regiones, muestran una mayor incidencia de altos ingresos, de más de \$6000 por mes, en la Capital que en el Interior del País. Gráfico 44.
 - Sin embargo, el deseo que su hijo fuese cirujano como indicador de satisfacción personal con su "status", resultó más alto en el interior del País que en la capital Federal Gráfico 45.
 - Se encontró diferencia en la concurrencia al Congreso Argentino de Cirugía en los últimos 5 años, en los cirujanos del interior concurrieron menos que los de la RMBA y éstos menos que los de la Capital. Gráfico 46.
 - Para finalizar con las diferencias regionales, la cantidad de Miembros Titulares de la Asociación Argentina de Cirugía es mayor entre los cirujanos encuestados de Capital, que entre aquellos de la RMBA y del Interior, los no socios, a la inversa son más frecuentes entre los cirujanos del interior y RMBA. Gráfico 47.
- Asimismo, se exploraron otras diferencias halladas
- Existe una diferencia en cuanto a la experiencia de entrenar a cirujanos jóvenes entre los cirujanos que ejercen en lugares de trabajo públicos y privados, siendo significativamente más frecuente en el Hospital Público. Gráfico 48.
 - La relación con el personal no profesional demostró ser mejor en los lugares de trabajo de administración pública, que en los de uso privado. Gráfico 49. El tipo de actividad no asistencial con que se complementaron los ingresos tuvo incidencia en el monto total remunerativo. Los cirujanos que practicaron docencia o investigación tuvieron menores remuneraciones que

¿QUE ESPERAMOS QUE MIDA CADA PREGUNTA? y ¿CUÁLES SE CORRELACIONAN?

- 1- Desajuste o disarmonía Institucional
- 2- Status, Competencia Profesional, Nivel de Adaptación y de Integración con sus Pares
- 3- Seguridad del Status Profesional (*Se vincula con las preguntas 2 y 4*)
- 4- Sentimiento Hegemónico Vs. Integración (*Se vincula con las preguntas 2 y 3*)
- 5- Capacitación como Valor y como inversión (*INDICADOR = Capacitación / Ingresos*)
- 6- Perfil Académico vs Asistencialista – Medicina Basada en Evidencias vs. creencias (*sería conveniente que eligieran el que usan con mayor frecuencia*)
- 7- Eficacia Clínica como percepción – Repercusión en la Eficiencia *Eficacia es alcanzar los objetivos, eficiencia asignación de recursos*
- 8- Irracionalidad (*extremas*) - Profesionalismo (*imp / mode*) - Tolerancia al riesgo (*bajas*)
- 9- La Imagen como Valor – Sesgo (*se puede revelar cruzándolo con metas cumplidas*)
- 10- Mide Desempleo Encubierto (*latencia inicial*)
- 11- Carga laboral y estrés– Subsidios entre pares (*Ej. horarios no cumplidos en el Hospital donde cobra salario*) *Se relaciona con E. Civil, forma pago, 1,2,4,7, 14, 15, 16 y 21.*
- 12- Mide Satisfacción (*se cruza con la 5, 6, 11, 14, 17, 20 y 21*)
- 13- Salida del Mercado Laboral – Cómo encara la Pérdida del Rol – Subempleo progresivo
- 14- Grado de Subempleo – Insatisfacción – Frustración. *Se relaciona 1,2,4,7, 11, 15, 16 y 21.*
- 15- Grado de fusión del Rol y el individuo – Otros Roles
- 16- Apego al Rol – Falta de Perspectiva (ver desde fuera) – Descanso
- 17- Ingresos – Indicador de Clase – Necesidad de Marcadores Sociales
- 18- Útil para la Asoc.Arg.Cirugía – Marcador de Interés Académico
- 19- Pluriempleo (*sostén de una Práctica Quirúrgica insuficiente?*) - Profesionalismo
- 20- Identificación – Refuerzo del Rol – (*si es negativa*) Frustración
- 21- Información (*corelacionarrr con preuntas. 20, 19, 17, 16, 15, 14, 11, 9, 6, 5, 2, y 1*)
- 22- Satisfacción (*necesidad de ser identificado*) - compromiso

GRÁFICO 36

aquellos que hicieron gerenciamiento o varias de ellas. Gráfico 50.

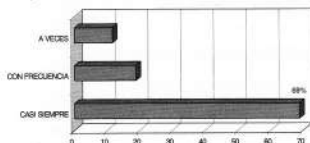
- Cuando analizamos la Provincia de Buenos Aires, vemos que en los distritos que pertenecen a la RMBA los ingresos son menores que los

que se perciben en lo que se conoce como la Provincia Interior. Gráfico 51.

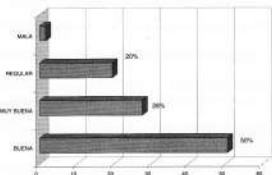
- Hay una diferencia numérica importante entre géneros, pero la Tasa de Masculinidad en la muestra de 7,8, tiene una franca tendencia de-

Gráfico 37
ENCUESTA: Gráficos Descriptivos

1- ¿Se siente cómodo en su lugar habitual de trabajo?

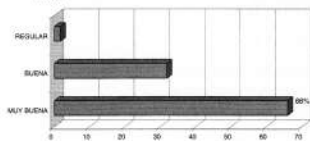


4- ¿Cómo evalúa Ud la colaboración del personal no profesional con su tarea?

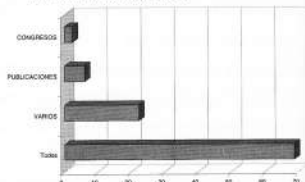


El 50% define la relación sólo como BUENA, otro 20% la define REGULAR

2- ¿Cómo es su relación con los cirujanos de su edad?

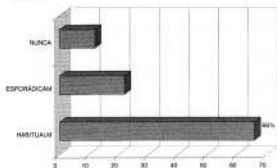


5- ¿A través de que medios actualiza periódicamente sus conocimientos médicos?

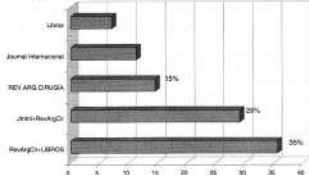


Probablemente esté mal formulada la pregunta o mal agrupadas las opciones

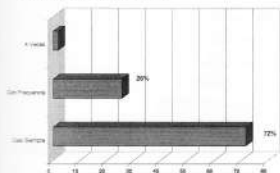
3- ¿Cumple Ud tareas de entrenamiento de Cirujanos jóvenes?



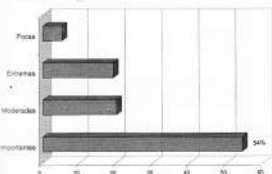
6- ¿Qué tipo de publicación lee Ud con mayor frecuencia ?



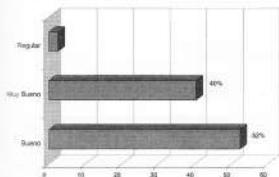
7- ¿Se siente seguro al tomar decisiones clínicas que comprometen al paciente?



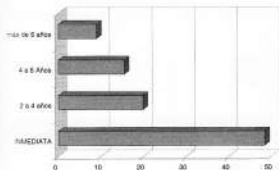
8- ¿Cómo son sus prevenciones contra la Mala Práxis?



9- ¿Cómo describiría Ud. su prestigio como profesional en el mercado laboral?

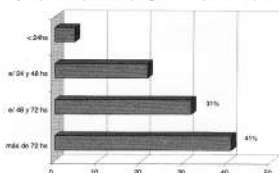


10- Su ingreso al mercado de trabajo quirúrgico luego de su graduación fue:



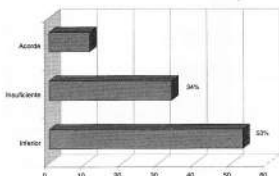
Aquí se han excluido los que hicieron Residencia y el N° total es 582

11- ¿Cuál es su carga horaria semanal real de trabajo? (no computar la programada y no cumplida)

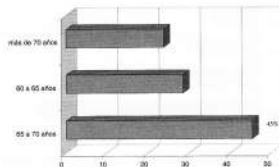


El 72% de los encuestados trabajan más de 48 hs a la semana

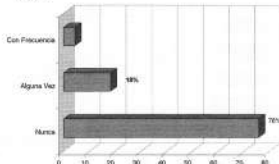
12- ¿Cómo considera a su retribución profesional en relación con su desempeño y carga horaria?



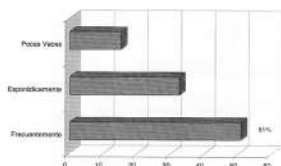
13- ¿A qué edad piensa Ud. que estará en condiciones de jubilarse?



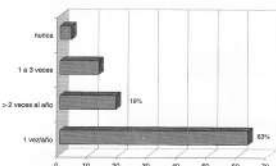
14- ¿Ha analizado cambiar de especialidad alguna vez?



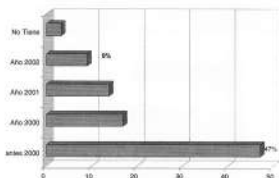
15- ¿Realiza algún hobby o actividad de esparcimiento en sus tiempos libre?



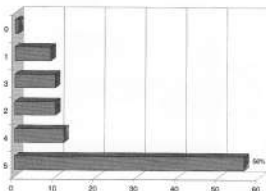
16- ¿Con qué frecuencia tomó vacaciones en los últimos cinco años?



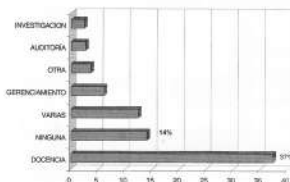
17- ¿Cuándo cambió su automóvil por última vez?



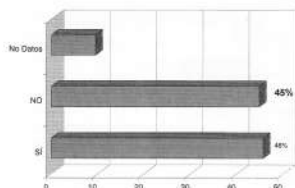
18- En los últimos cinco años, ¿cuántas veces asistió al Congreso Argentino de Cirugía?



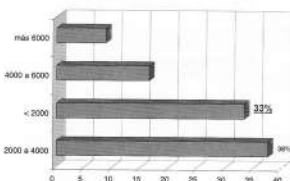
19- ¿Desarrolla otro tipo de actividad?



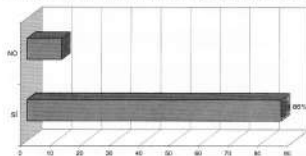
20- ¿Desearía que su hijo fuera cirujano?



21- ¿En qué rango están sus ingresos totales mensuales (en pesos)?



22- ¿Desearía recibir los resultados de la encuesta?



	Total	%	>6000	%	<2000	%	
CASI SIEMPRE	574	69	60	82	181	65	ns
CON FRECUENCIA	157	19	8	11	58	21	ns
A VECES	97	12	5	7	35	13	ns
ND	6	1	0	0	4	1	
TOTAL	834		73		278		

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 38
Satisfacción en Lugar de Trabajo por Grupos de Ingresos

GRADUADO	CF	%	INT	%	RMBA	%
ND	1	0.5	4	0.9	3	1.6
Otra	9	4.1	5	1.2	5	2.6
UBA	155	71.1	52	12.3	80	41.7
UCatón.Cba	0	0.0	3	0.7	0	0.0
UNCórdoba	12	5.5	116	27.4	2	1.0
UNCuyo	0	0.0	11	2.6	0	0.0
UNLP	11	5.0	79	18.6	100	52.1
UNNeste	8	3.7	46	10.8	0	0.0
UNRosario	7	3.2	69	16.3	0	0.0
UNTucumán	6	2.8	39	9.2	2	1.0
Usalvador	9	4.1	0	0.0	0	0.0
TOTAL	218		424		192	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 39
Relación entre Lugar de Trabajo y Lugar de Graduación

	CAPITAL n = 218		RMBA n = 192		INTERIOR n = 424		
J.Intern.+ RevArgCir.	67	31%	61	32%	114	27%	p<0.01
Journal Internacional	54	25%	20	10%	20	5%	
Libros	9	4%	14	7%	36	8%	
Rev. Arg.de Cirugía	27	12%	34	18%	60	14%	p<0.01
RevArgCir.+ Libros	55	25%	61	32%	180	42%	
Otros y ND	6	3%	2	1%	14	3%	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 40
Educación Médica Continuada por Regiones

	n = 218		n = 192		n = 424	
Menos 24 hs	16	7%	5	3%	17	4%
24 a 48 hs	46	21%	41	21%	91	21%
48 a 72 hs	79	36%	59	31%	124	29%
Más 72 hs	72	33%	83	43%	184	43%
ND	5	2%	4	2%	8	2%

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 41
Horas de Trabajo Semanales por Regiones

	CAPITAL n = 218		RMBA n = 192		INTERIOR n = 424		
60 a 65 AÑOS	45	21%	57	30%	135	32%	p<0.01
65 a 70 AÑOS	110	50%	81	42%	186	44%	
Más DE 70 AÑOS	56	26%	48	25%	94	22%	
ND	7	3%	6	3%	9	2%	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 42
Retiro Proyectado por Regiones

	CAPITAL n = 218		RMBA n = 192		INTERIOR n = 424		
AUDITORÍA	10	5%	6	3%	6	1%	p<0,001
DOCENCIA	92	42%	89	46%	131	31%	
GERENCIAMIENTO	4	2%	8	4%	39	9%	
INVESTIGACIÓN	5	2%	3	2%	12	3%	
NINGUNA	12	6%	49	26%	56	13%	p<0,05
OTRAS	5	2%	0	0%	24	6%	p<0,01
VARIAS	42	19%	22	11%	40	9%	p<0,01
ND	48	22%	14	7%	116	27%	p<0,01

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 43
Otras Actividades no Asistenciales por Regiones

	CAPITAL n = 218		RMBA n = 192		INTERIOR n = 424		
< 2000	67	31%	81	42%	130	31%	P<0,05
2000-4000	72	33%	57	30%	184	43%	
4000-6000	40	18%	30	16%	67	16%	
>6000	27	12%	17	9%	29	7%	
ND	12	6%	7	4%	14	3%	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 44
Ingresos por Regiones

	CAPITAL n = 218		RMBA n = 192		INTERIOR n = 424		
Hijo Cirujano SÍ	80	37%	79	41%	222	52%	p<0.05
Hijo Cirujano NO	112	51%	92	48%	170	40%	
ND	26	12%	21	11%	32	8%	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 45
Indicador de Satisfacción por Regiones

	CAPITAL n = 218		RMBA n = 192		INTERIOR n = 424		
0	0	0%	0	0%	6	1%	
1	16	7%	11	6%	46	11%	
2	10	5%	20	10%	53	13%	
3	9	4%	22	11%	51	12%	
4	25	11%	16	8%	59	14%	
5	153	70%	119	62%	197	46%	p<0,01
ND	4	2%	4	2%	12	3%	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 46
Concurrencia al Congreso por Regiones

	MAAC	%	MAT	%	ADH	%	NO	%	TOTAL
CAPITAL	155	71.1	6	2.8	5	2.3	52	23.9	218
		p<0.001						p<0.05	
INTERIOR	242	57.1	13	3.1	19	4.5	150	35.4	424
R.M.B.A.	105	54.7	13	6.8	9	4.7	65	33.9	192
TOTAL	502		32		33		267		834

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 47
Relación entre Lugar de Trabajo y Asociación
(En asistentes al 73º Congreso Argentino de Cirugía)

	H.Públ	%	H.Priv	%		H.Com	Púb & Pri		
HABITUALMENTE	205	70	98	47	p=<0,01	49	82	195	71
ESPORÁDICAMENTE	52	18	72	35	p=<0,001	5	8	53	19
NUNCA	34	12	35	17		5	8	26	9
ND	0	0	2	1		1	2	2	1
TOTAL	291		207			60		276	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 48
Entrenamiento de Residentes por Lugar de Trabajo

	H.Públ	%	H.Priv	%	
MUY BUENA	54	19	70	34	p=0,01
BUENA	144	50	105	51	
REGULAR	81	28	29	14	p=0,01
MALA	11	4	2	1	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 49
Relación con Enfermeras por Tipo de Institución

Ingresos	Docencia	Gerenciam.	Auditoría	Investigac.	Otra	Ninguna	Varias
	%	%	%	%	%	%	%
< 2000	33	4	p<0.001	14	84	41	45
2000 a 4000	40	48	ns	57	16	28	35
4000 a 6000	18	30	ns	19	0	21	14
más 6000	8	18	p<0.05	10	0	10	17
							p<0.05

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 50
Relación entre Tipo de Actividad y Remuneración

S / Mes	Distr. I - V RMBA	%	Distr. VI - X Resto PBA	%	CF	%
< 2000	81	42	21	21.2	p<0.02	67
2000 a 4000	57	30	43	43.4		71
4000 a 6000	30	16	26	26.3		40
más 6000	17	9	9	9.1		26
ND	7	4	0	0.0		12
TOTAL	192		99			216

FUENTE: Encuesta propia realizada en Octubre 2002

GRÁFICO 51
Ingresos en la RMBA y en la Provincia Interior

Años Graduación	MUJERES	VARONES	Razón Var / Muj
Menos 10 años	37	228	6.2
10 a 20 años	9	182	20.2
20 a 30 años	11	189	17.2
30 a 40 años	5	110	22.0
Más de 40 años	2	51	25.5
ND	1	9	
TOTAL	65	769	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 52
Cirujanos y Cirujanas por Año de Graduación

	MUJERES		VARONES		
casado	29	45%	548	71%	p<0.05
soltero	31	48%	132	17%	p<0.001
convive	2	3%	21	3%	
viudo	0	0%	6	1%	
divorciado	3	5%	62	8%	
TOTAL	65		769		

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 53
Estado Civil de Cirujanos Varones y Mujeres

Años Graduación	MUJERES		VARONES		
Menos 10 años	37	55%	228	30%	p<0.01
10 a 20 años	9	13%	182	24%	
20 a 30 años	11	16%	189	25%	
30 a 40 años	5	7%	110	14%	
Más de 40 años	2	3%	51	7%	
ND	1		9		
TOTAL	65		769		

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 54
Cirujanos y Cirujanas por Año de Graduación

S / mes	MUJERES		VARONES		
Menos de 2000	42	65%	236	31%	p<0.001
2000 a 4000	17	26%	296	38%	
4000 a 6000	3	5%	134	17%	p<0.02
Más de 6000	0	0%	73	9%	
ND	3		30		
TOTAL	65		769		

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 55
Ingresos de los Cirujanos Varones y Mujeres

	GER	OTRA	EXCL	
< 2000	9%	24%	37%	P<0.001
2000 a 4000	48%	49%	35%	
4000 a 6000	24%	14%	16%	P<0.05
más 6000	16%	10%	8%	

Fuente: Encuesta Propia 2002

GRÁFICO 56
Cirujanos con Actividad Quirúrgica Exclusiva vs. Actividades Complementarias

creciente Gráfico 52, por lo que no debe extrañar que haya más solteras Gráfico 53, que sean más jóvenes Gráfico 54, o que ganen menos Gráfico 55.

Los ingresos son diferentes para las diferentes actividades quirúrgicas, con un porcentaje mayor de aquellos ganan más de \$ 6000 por mes entre los que hacen gerenciamiento, y un mayor porcentaje de quienes tiene actividad asistencial exclusiva entre los que ganan menos de \$ 2000 por mes Gráfico 56.

X. CONCLUSIONES

...El hilo se ha perdido; el laberinto se ha perdido también.

Ahora ni siquiera sabemos si nos rodea un laberinto, un secreto cosmos, o un caos azaroso.

Nuestro hermoso deber es imaginar que hay un laberinto y un hilo. Nunca daremos con el hilo; acaso lo encontramos y lo perdemos en un acto de fe, en una cadencia, en el sueño, en las palabras que se llaman filosofía o en la mera y sencilla felicidad.

Estrategia para mejorar

El concepto de planeamiento estratégico o de situaciones es lo contrario de la improvisación, es una metodología de razonamiento de tipo analítico y creativo que nos permite transformar los problemas en esquemas conceptuales y elaborar con ellos las soluciones más adecuadas para lograr el objetivo deseado, de una forma bastante similar a como utilizamos el método científico en las ciencias duras.

Es la actitud de pensar en un futuro deseado (objetivo) antes de actuar, describir los posibles escenarios en que se deberá actuar y evaluar nuestras posibilidades como una interacción de fortalezas y debilidades; con la finalidad de acotar el riesgo a correr y limitar la incertidumbre.

De los Cirujanos depende que mientras ocurren grandes cambios en el sistema de salud en que trabajamos, nosotros:

- Provoquemos que sucedan cosas, o
- Nos quedemos observando lo que sucede, o
- Nos asombremos por lo que acaba de suceder.

No tengo dudas de que ninguno de nosotros eligió ser Cirujano porque desdeña la acción, así que manos a la obra, la acción comienza cuando comenzamos a pensar en ella, o más precisamente cuando empezamos a planificar. Sin embargo, a pesar de ser posible establecer algunos parámetros generales para todos los cirujanos, la planificación hacia objetivos debe adecuarse a cada caso en particular, pues es bien diferente la actividad y el conjunto de problemas que enfrenta un cirujano en la ciudad de Buenos Aires, de los que viven en el resto de la Región Metropolitana o los que ejercen en el interior del País, y aún dentro de cada territorio hay fuertes diferencias entre una institución y otra. Entonces, cada cirujano o grupo de cirujanos unidos por su trabajo, debemos comenzar a ejercitarnos en la tarea de manejar nuestra práctica y negociar las formas de trabajo y las remuneraciones con los administradores^{28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35}, para lo cual:

A- Lo primero es **definir nuestros objetivos**, plantearnos lo más precisamente que podamos, qué queremos lograr como resultado de nuestra intervención. En ese sentido creo que debemos evitar aferrarnos a los modelos del pasado como lo hemos hecho hasta ahora, sobre todo los que

tenemos más edad y alcanzamos a vivir épocas "mejores", en las que el cirujano, un referente social respetado por los colegas y por los pacientes, manejaba el más potente elemento de la terapéutica y a veces el único, y generalmente lideraba las organizaciones de salud en el sector público y privado. Parece inevitable para nosotros querer volver a la antigua autarquía, sin considerar la existencia de los nuevos actores que nos ha depurado la mayor complejidad actual de los Sistemas de Salud, los que también tienen demandas que satisfacer y con los que deberemos aprender a "negociar" nuestro rol en los escenarios futuros. Entendiendo por negociar, a todas las acciones tendientes a compatibilizar los intereses de las partes, en las que todos ceden algo y toman algo, hasta lograr un consenso que de satisfacción a todos.

Los Cirujanos en particular y los profesionales de la Salud en general, debemos abandonar el prejuicio negativo que hemos tenido hasta ahora acerca de la negociación con los financiadores, con los efectores y con los otros prestadores; como una parte integrante esencial de nuestra práctica, de modo de hacer valer nuestros intereses pero considerando los intereses de los otros, cediendo algo para poder obtener lo que necesitamos, logrando que nos lo ceda voluntariamente el otro a cambio.

Podríamos expresar nuestros objetivos generales para la actual coyuntura de la siguiente forma:

- 1- **Liderar la organización y el manejo de la atención, la investigación y la enseñanza académica** en el área de incumbencia correspondiente a la Clínica Quirúrgica junto a la sociedad, representada en este caso por los administradores médicos y no médicos del Sistema de Salud. (pretender hacerlo sólo nosotros como portadores del conocimiento, nos enfrentaría con los intereses de los otros actores y ya ha demostrado ser ineficaz en el pasado).
- 2- **Diseñar una relación de cooperación de los cirujanos con el resto de los médicos y con las instituciones asistenciales en que ejercemos nuestra profesión**, que nos fortalezca para la obtención de objetivos comunes. Para lograrlo deberemos privilegiar las coincidencias sobre ancestrales disidencias.

- 3- **Lograr una retribución adecuada**, que le permita al Cirujano ejercer su tarea sin preocupaciones económicas que interfieran en su ánimo y afecten su rendimiento

B- El segundo paso es detectar hechos o circunstancias que se interponen entre la situación presente y el objetivo propuesto, para ello es habitual el ejercicio de identificar **Fortalezas y Debilidades** (Análisis Interno) de éste presente nuestro, junto a las **Oportunidades y Amenazas** (Análisis Externo) que se interponen para el logro del objetivo deseado. Así podemos enumerar:

Fortalezas:

- alta motivación en una parte de nuestra actividad (operar, operar y operar!!)⁸²
- orgullo por nuestro pasado reciente como inspiración y respaldo
- entrenados para liderar y tomar decisiones en un equipo
- acostumbrados a trabajar "por proyectos" y evaluar sus resultados
- habituados a una actividad que una vez comenzada debe ser resuelta.
- equilibrio permanente de nuestra actividad entre lo teórico y lo pragmático
- fuerte compromiso con la realidad de la Sociedad

Debilidades:

- gran número de Cirujanos en ciertas áreas (oferta excesiva)
- pérdida de valores y costumbres debido a la masificación
- pérdida de liderazgo dentro y fuera de la profesión
- alta motivación sólo en una parte de nuestra actividad (operar y operar!!)
- consideración despectiva del área del saber económico y administrativo.
- "carreras" muy prolongadas antes de acceder a la actividad plena
- jerarquías con gran influencia en la carrera de sus subordinados (patrón)
- celos profesionales entre "pares" cirujanos
- alta permeabilidad para la introducción de "cualquier" nueva tecnología
- entusiasmo excesivo por lo técnico, en detrimento de todo lo demás

- preferencia por el desarrollo de destrezas sobre la adquisición de conocimiento
- trabajo en instituciones muy complejas y habitualmente "cerradas"
- dependencia de otros profesionales para la "derivación" de pacientes

Oportunidades:

- la "crisis" de los sistemas de salud permitirían un reordenamiento del trabajo
- la "crisis" del sistema educativo permite rediseñar la formación de Cirujanos
- la reactivación del País ofrecería posibilidades para nuevos emprendimientos
- podrían incorporarse nuevas prácticas invasivas a la incumbencia del cirujano

Amenazas:

- el reordenamiento de los sistemas de salud podría dejar Cirujanos sin trabajo.
- el trabajo quirúrgico podría limitar su desarrollo tecnológico por la crisis.
- otros especialistas podrían realizar prácticas que suplantaran procedimientos quirúrgicos como tratamiento de un número creciente de afecciones.
- la cirugía podría ser reemplazada por tratamientos no invasivos
- podrían limitarse drásticamente los procedimientos especializados complejos que consumen muchos recursos

C- Para finalizar este análisis sistemático desarrollaremos los escenarios futuros de una manera dinámica, colocándolos en un eje de coordenadas. Sin desconocer los detalles que se pierden al intentar generar una representación conceptual tan abarcativa, creemos que vale la pena imaginar a los escenarios futuros "desplazándose" entre el Ambiente Externo Político y Económico, y el Ambiente Interno de Cambios Adaptativos^{83, 118, 20, 83, 84}. Gráfico 57.

1- Escenario actual

Con variables macroeconómicas (Endeudamiento, Reservas, Balanza Comercial, PBI, etc) y microeconómicas (Consumo, Ahorro, Demanda Agregada, etc) desfavorables, un Sector Salud fragmentado, desfinanciado y sobredemandado, y

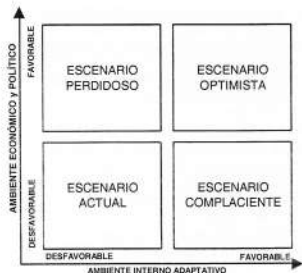


GRÁFICO 57

Representación Dinámica de Escenarios Futuros

por otra parte un grupo de médicos especializados, los Cirujanos, que mantenemos aún los valores, costumbres y creencias de mediados del siglo pasado, cuando nuestra situación social, política y económica era claramente hegemónica y diferente de la actual. Esta actitud nuestra resulta profundamente disfuncional al desenvolvimiento de los mercados de venta de servicios quirúrgicos, en el complejo sistema de salud actual. De manera que, si todo esto se proyectara a un escenario futuro, probablemente se debería a que hemos fracasado en nuestro intento declarado de cambiar, y estaríamos en una situación aún más desfavorable que la actual, por lo que nosotros lo consideramos el peor de los escenarios.

2- Escenario optimista

Es el mejor escenario futuro posible, en el se conjuga la expansión de la economía argentina con estabilidad política y jurídica, con una racionalización del Sector Salud tendiente a mejorar la calidad de los servicios y una actitud proactiva de los Cirujanos para insertarse en las nuevas estructuras. Se espera que haya nuevas regulaciones en temas como la responsabilidad civil profesional (Mala Praxis), con acortamiento del tiempo de prescripción de las acciones, limitación de la posibilidad de litigar sin gastos solamente a los casos en que es necesario, y cam-

bios en la legislación penal; una legislación para el funcionamiento de los Hospitales Públicos, que permita el gerenciamiento por proyectos de sus servicios, cualquiera sea su dependencia; un sistema de educación médica de grado y postgrado que produzca médicos y especialistas en cantidad y calidad adecuadas para nuestra realidad. En cuanto a la economía, su expansión mediante un ingreso de capitales por el aumento de la exportación, tal como está planteado en la actualidad, hace pensar que la paridad entre el peso y el dólar seguirá como hasta ahora o ligeramente más favorable a la moneda extranjera. Esta circunstancia que favorece el ingreso de divisas, desfavorece el reequipamiento y la entrada al país de insumos importados, de modo que un escenario favorable debiera incluir algún tipo de subsidio que equipare la desventaja. Además, siendo nosotros los usuarios de la tecnología, deberíamos ser los encargados de decidir cuales pueden ser eficazmente sustituidas, cuales otras son insustituibles, y que nuevas tecnologías debieran ser introducidas, pues si no lo hacemos, alguien lo hará por nosotros. Es parte de nuestra "misión" generar normas de estudio y tratamiento de la patología prevalente, para que los procedimientos sean más eficaces y para que su costo pueda ser predecible.

En cuanto a los cambios adaptativos en este escenario favorable, la mayoría de nosotros debiera haber logrado una nueva "visión" de la práctica quirúrgica mediante la adquisición de unos pocos conocimientos de administración y economía de la Salud, que se adecue más al funcionamiento real de las instituciones y los mercados. Una vez adquiridos los mínimos conocimientos para entender la realidad del sector, comenzar a consensuar con los administradores del hospital o del sanatorio, tanto el justo precio como las condiciones de nuestro trabajo quirúrgico, entendiendo y respetando las limitaciones y oportunidades que nos brinda nuestro lugar de trabajo, que por supuesto no son iguales para los diferentes efectores, ni siquiera para aquellos pertenecientes a la misma área geográfica, y que iremos conociendo en la práctica diaria.

3- Escenario perdidoso

Se trata de un escenario en el que el ambiente externo político y económico es favorable, pero los Cirujanos seguimos pensando como lo hacíamos

mos en el pasado, que debemos competir entre nosotros por el paciente "cliente", sin advertir que ese paciente ha subrogado la financiación de su salud en un tercer pagador, y con ello gran parte de su capacidad de "cliente" de poder elegir al prestador. Es probable que esa visión provenga de una sobreoferta crónica de servicios quirúrgicos en los centros urbanos más poblados, pero también a causa de nuestra incapacidad para regular los mercados existentes y/o generar nuevos mercados con características que le permitan operar en ciertos lugares donde antes no podían, un ejemplo de esto son las unidades de cirugía ambulatoria de bajo costo fijo en zonas no muy densa-

...en resumen, donde casi todos los químicos permanecerían amenazados por su práctica.

3. Escenario complaciente

Es un escenario inverso al presentado anteriormente, no ha habido un repunte de la economía o el crecimiento del PBI es más lento que lo necesario para reparar 5 o 6 años de recesión ininterrumpida, o no se puede pagar deuda externa según plazos y montos convenidos, o no se pudo para el déficit fiscal, etc. Sin embargo los Cirujanos hemos realizado una sustitución eficaz de las prácticas que usan insumos importados logrando un buen costo-efectividad tanto en los diagnósticos como en los tratamientos, hemos armonizado la entrada de nuevos Cirujanos en cantidad y calidad con las necesidades del mercado, utilizando racionalmente el "control entre pares", de manera de evitar la sobreoferta de servicios, que de otro modo generaría sobreproducción y sobreprestación, regulamos la incorporación de nuevas tecnologías negociando corporativamente, y no individualmente, con una de las industrias más poderosas del mundo tanto en el capital que involucra, como en sus posibilidades de marketing agresivo. Sin embargo, el ambiente externo desfavorable hace que todo nuestro crecimiento no se vea reflejado en nada más que una práctica acotada a las circunstancias, no obstante lo cual sólo bastará que despegue la economía para despegar definitivamente.^{17, 109, 114, 41, 7, 48}

Palabras finales

De cuanto hemos dicho surgen algunas propuestas que nos gustaría expresar, no las imagi-

namos como un curso de acción sino como una base para empezar una profunda discusión entre todos acerca del futuro inmediato:

- Promover una estrategia consensuada de desarrollo que sea común para todos los cirujanos del país, incluyendo en ella la capacitación necesaria para que cada uno tenga "independencia táctica" en el manejo local de la modalidad de su práctica quirúrgica y en la negociación de su retribución, acorde con las costumbres y posibilidades de cada región y de cada institución (evitar normativas para todo el país).
- *Crear una consultoría legal y contable permanente*, herramienta a la que se pueda acceder en tiempo real a través de telemática con la finalidad de realimentar a los cirujanos sobre los aspectos legales, contables, fiscales, laborales, etc. necesarios para el ejercicio de su actividad profesional.
- Generar un curso a distancia de administración de la práctica del cirujano y de economía de la Salud, con sus contenidos conceptuales adaptados a quienes no poseen conocimientos previos y con abundantes ejercicios prácticos vía telemática, cuyo objetivo sea capacitar al cirujano activo para negociar su práctica con los administradores y financiadores.
- Promover la creación de un Comité de Estandarización de Procedimientos y de Evaluación de Nuevas Tecnologías, que nos permita no solo sistematizar la práctica sino desarrollar nuevas aplicaciones de la moderna tecnología de gestión a la misma, el control de la calidad de los servicios, la evaluación y prevención del error humano en Cirugía, etc. La acelerada introducción de tecnologías provenientes de la investigación básica en los últimos años, ha impactado la práctica pero no se ha acompañado de cambios en el pensamiento médico de similar complejidad, tendemos a hacer lo mismo con aparatos más potentes. El desarrollo y la evolución de ese pensamiento están pendientes, así como las nuevas tecnologías de gestión aplicadas al sector, ya probadas en la industria.
- Generar una biblioteca quirúrgica virtual o apoyar su funcionamiento en alguna de las bibliotecas existentes, con la finalidad de permitir a

- *Crear una consultoría legal y contable permanente*, herramienta a la que se pueda acceder en tiempo real a través de telemática con la finalidad de analizar contratos o situaciones de

tación de equipos e impuestos, temas de mala praxis, etc. Es preferible que esté "tercerizada" y que su costo accesible esté a cargo de los asociados usuarios.

- Generar un curso a distancia de administración de la práctica del cirujano y de economía de la Salud, con sus contenidos conceptuales adaptados a quienes no poseen conocimientos previos y con abundantes ejercicios prácticos vía telemática, cuyo objetivo sea capacitar al cirujano activo para negociar su práctica con los administradores y financiadores.
- Promover la creación de un Comité de Estandarización de Procedimientos y de Evaluación de Nuevas Tecnologías, que nos permita no solo sistematizar la práctica sino desarrollar nuevas aplicaciones de la moderna tecnología de gestión a la misma, el control de la calidad de los servicios, la evaluación y prevención del error humano en Cirugía, etc. La acelerada introducción de tecnologías provenientes de la investigación básica en los últimos años, ha impactado la práctica pero no se ha acompañado de cambios en el pensamiento médico de similar complejidad, tendemos a hacer lo mismo con aparatos más potentes. El desarrollo y la evolución de ese pensamiento están pendientes, así como las nuevas tecnologías de gestión aplicadas al sector, ya probadas en la industria.
- Generar una biblioteca quirúrgica virtual o apoyar su funcionamiento en alguna de las bibliotecas existentes, con la finalidad de permitir a

Promover la creación de un Comité de Estandarización de Procedimientos y de Evaluación de Nuevas Tecnologías, que nos permita no solo sistematizar la práctica sino desarrollar nuevas aplicaciones de la moderna tecnología de gestión a la misma, el control de la calidad de los servicios, la evaluación y prevención del error humano en Cirugía, etc. La acelerada introducción de tecnologías provenientes de la investigación básica en los últimos años, ha impactado la práctica pero no se ha acompañado de cambios en el pensamiento médico de similar complejidad, tendemos a hacer lo mismo con aparatos más potentes. El desarrollo y la evolución de ese pensamiento están pendientes, así como las nuevas tecnologías de gestión aplicadas al sector, ya probadas en la industria.

- Generar una biblioteca quirúrgica virtual o apoyar su funcionamiento en alguna de las bibliotecas existentes, con la finalidad de permitir a

mos en el pasado, que debemos competir entre nosotros por el paciente "cliente", sin advertir que ese paciente ha subrogado la financiación de su salud en un tercer pagador, y con ello gran parte de su capacidad de "cliente" de poder elegir al prestador. Es probable que esa visión provenga de una sobreoferta crónica de servicios quirúrgicos en los centros urbanos más poblados, pero también a causa de nuestra incapacidad para regular los mercados existentes y/o generar nuevos mercados con características que le permitan operar en ciertos lugares donde antes no podían, un ejemplo de esto son las unidades de cirugía ambulatoria de bajo costo fijo en zonas no muy densamente pobladas. En resumen, donde casi todos ganan los Cirujanos permanecerían amenazados y sin poder manejar su práctica.

3- Escenario complaciente

Es un escenario inverso al presentado anteriormente, no ha habido un repunte de la economía o el crecimiento del PBI es más lento que lo necesario para reparar 5 o 6 años de recesión ininterrumpida, o no se puede pagar deuda externa según plazos y montos convenidos, o no se pudo para el déficit fiscal, etc. Sin embargo los Cirujanos hemos realizado una sustitución eficaz de las prácticas que usan insumos importados logrando un buen costo-efectividad tanto en los diagnósticos como en los tratamientos, hemos armonizado la entrada de nuevos Cirujanos en cantidad y calidad con las necesidades del mercado, utilizando racionalmente el "control entre pares", de manera de evitar la sobreoferta de servicios, que de otro modo generaría sobre población y sobreprestación, regulamos la incorporación de nuevas tecnologías negociando corporativamente, y no individualmente, con una de las industrias más poderosas del mundo tanto en el capital que involucra, como en sus posibilidades de marketing agresivo. Sin embargo, el ambiente externo desfavorable hace que todo nuestro crecimiento no se vea reflejado en nada más que una práctica acotada a las circunstancias, no obstante lo cual sólo bastará que despegue la economía para despegar definitivamente^{17, 109, 114, 41, 7, 49,}

Palabras finales

De cuanto hemos dicho surgen algunas propuestas que nos gustaría expresar, no las imagi-

namos como un curso de acción sino como una base para empezar una profunda discusión entre todos acerca del futuro inmediato:

- Promover una estrategia consensuada de desarrollo que sea común para todos los cirujanos del país, incluyendo en ella la capacitación necesaria para que cada uno tenga "independencia táctica" en el manejo local de la modalidad de su práctica quirúrgica y en la negociación de su retribución, acorde con las costumbres y posibilidades de cada región y de cada institución (evitar normativas para todo el país).
- Crear una consultoría legal y contable permanente, herramienta a la que se pueda acceder en tiempo real a través de telemática con la finalidad de analizar contratos o situaciones de trabajo, formación de equipos de trabajo, importación de equipos e impuestos, temas de mala praxis, etc. Es preferible que esté "tercerizada" y que su costo accesible esté a cargo de los asociados usuarios.
- Generar un curso a distancia de administración de la práctica del cirujano y de economía de la Salud, con sus contenidos conceptuales adaptados a quienes no poseen conocimientos previos y con abundantes ejercicios prácticos vía telemática, cuyo objetivo sea capacitar al cirujano activo para negociar su práctica con los administradores y financiadores.
- Promover la creación de un Comité de Estandarización de Procedimientos y de Evaluación de Nuevas Tecnologías, que nos permita no solo sistematizar la práctica sino desarrollar nuevas aplicaciones de la moderna tecnología de gestión a la misma, el control de la calidad de los servicios, la evaluación y prevención del error humano en Cirugía, etc. La acelerada introducción de tecnologías provenientes de la investigación básica en los últimos años, ha impactado la práctica pero no se ha acompañado de cambios en el pensamiento médico de similar complejidad, tendemos a hacer lo mismo con aparatos más potentes. El desarrollo y la evolución de ese pensamiento están pendientes, así como las nuevas tecnologías de gestión aplicadas al sector, ya probadas en la industria.
- Generar una biblioteca quirúrgica virtual o apoyar su funcionamiento en alguna de las bibliotecas existentes, con la finalidad de permitir a

los cirujanos argentinos el acceso telemático a un costo accesible a los trabajos completos de investigación clínica y básica. Es un elemento imprescindible para desarrollar la estrategia de Medicina Basada en la Evidencia, considerada en la actualidad la más adecuada tanto para la buena atención de los pacientes, como para la introducción de nuevas tecnologías.

- Comenzar a regular la entrada y la permanencia de los cirujanos en el mercado de venta de servicios de la Salud, pues evitar la saturación del mercado es esencial para normalizar nuestra actividad. Si se destinan los recursos necesarios, en el marco político actual, el primer paso sería conocer la verdadera dimensión nacional del trabajo quirúrgico y su potencialidad económica, utilizando las bases de datos existentes de las Obras Sociales Nacionales, de los Ministerios de Salud de las provincias, etc; lo que nos permitirá determinar cuáles son las necesidades reales de cirujanos, tanto en cantidad como en calidad. El peor enemigo del cirujano académico, en cuanto a la retribución, es aquél médico que opera sin haberse entrenado porque compite por los tratamientos quirúrgicos a cualquier precio y genera expectativas falsas en el mercado.
- Promover la formación profesional y la organización de las actividades no asistenciales de los Cirujanos, como Peritos, Auditores, Investigadores, etc. La formación procesal de Peritos en Clínica Quirúrgica entre los cirujanos académicos es una muy buena forma de protegerlos de las arbitrariedades e impericias en la justicia, además de una fuente de ingresos para ellos. Algo similar ocurre con los Auditores, que podrían capacitarse y participar en los consensos de los estándares académicos para el estudio y tratamiento de la patología quirúrgica, para dejar de ser en el futuro solamente "debitadores compulsivos".
- Los Investigadores Clínicos en Cirugía constituyen un capítulo que debe considerarse aparte, porque la baja intensidad de la relación entre los Cirujanos y la industria farmacéutica nos mantuvo al margen de los estudios de Fase III de las propias drogas que nosotros usaremos con nuestros pacientes. Las ventajas de participar en éste tipo de estudios para los Servi-

cios de Cirugía es evidente, todos los integrantes se capacitan primero y se entrenan luego en las rigurosas técnicas de la Investigación Clínica, a la vez que obtienen una buena renta en moneda "dura" por la actividad. Actualmente hay un aumento importante en la cantidad de protocolos que se realizan en el país, debido a que se han organizado las estructuras necesarias de control en el ANMAT y también, a lo favorable que les resulta el "costo laboral" de los investigadores a los laboratorios multinacionales.

- Adecuar las políticas de especialización y educación médica continuada a la "construcción" de un mercado laboral sustentable, logrando el mejor nivel profesional posible y estimulando a los asociados a mantenerlo. Es el mejor argumento del cirujano frente a los administradores y financiadores, porque calidad es aprovechar mejor los recursos para obtener el mejor resultado y en ese punto nuestros intereses y los de ellos convergen.
- Crear y financiar un Comité de Relaciones Legislativas, compuesto por 3 o 4 cirujanos que desarrollen relaciones institucionales permanentes y duraderas con funcionarios de los tres Poderes de la Constitución (Lobby). Es necesario abandonar la práctica actual de buscar relaciones sólo en los momentos en que tenemos problemas o necesitamos defender nuestros intereses, con resultados no del todo previsibles. El Comité deberá encargarse de trazar un plan de metas a cumplir y establecer sus prioridades, y sería conveniente preparar su continuidad institucional conformándolo con 2 cirujanos muy experimentados (senior) y 2 cirujanos jóvenes (junior).
- Profesionalizar la comunicación institucional para: 1- informar a la comunidad a través de los medios masivos de difusión, 2- incluir a nuestros Asociados en las decisiones institucionales a través de Internet, 3- promover la relación activa entre los asociados de las Regiones. En lo institucional, un mayor flujo de información produce un aumento de la participación, y más participación es igual a mayor motivación, precisamente lo que nos está faltando. Lo ideal sería contar con asesoramiento profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramzón M y Cols. 1:15-60 y 2:61-82 y Borrell Bentz R 3: 83-143 *Recursos Humanos en Salud en Argentina* 2007. Observatorio de Recursos Humanos en Salud OPS/OMS en Buenos Aires, Argentina 2001.
- Aguilar O. *La Residencia Hospitalaria: pasado, presente y futuro*. Pren Méd Argent 1996; 83: 286-289.
- Ahuad A, Paganelli A y Palmeyro A. *Medicina Prepara: Historia y Futuro* Ediciones Isalud, Buenos Aires 1999.
- American College of Surgeons *Statement on scope of practice* Bulletin of the ACS. 87; 11: 28 Nov 2002.
- Ander-Egg E. *Cómo organizar el Trabajo de Investigación Métodos y técnicas de investigación social*. Grupo Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina. 2000.
- Arce H. *El territorio de las Decisiones Sanitarias* - Ed. Macchi - Bs As, 1994. Cap. 1.
- Arce H. *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en Argentina*. Editado por Unidad de Financiamiento Proyecto CEPAL/GTZ. NACIONES UNIDAS. Santiago de Chile 1997.
- Arredondo A. *Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios*. Salud Pública de México 1999; 41(1): 18-26.
- Ateneos, Ciclo Iectivo 2002. Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina. Editado por la representación Argentina de la Oficina Sanitaria Panamericana/OPS. Buenos Aires 2002.
- Barragán H. Evolución histórica de la Atención Médica en Argentina. *Quirón* 1993; 24 (4): 11-68.
- Bernstein CN et al - *Direct Hospital Cost for Pts with IBD in Canadian Tertiary care University Hospital* - Am J Gastroenterology 2000; 95: 677.
- Bernstein CN et al - *Direct hospital cost for patients with IBD in a Canadian tertiary university hospital* Am J Gastroenterology 2000; 95 (3): 677-83.
- Beveraggi E. *Unidad 5 Futuro de la Cirugía Los Servicios de Salud en Argentina*. Mera J. Fundación Univ. a Distancia "Hernandarias" Editorial DOCECIA. 1994, 93-105.
- Blalock H. *Introducción a la Investigación Social*. Amorrotu Edit. Bs. As. 1998.
- Borracci R., Arribalza E e Insúa J. *Análisis de Costes en Cirugía*. Rev. Argent. Cirug, 2003; 84 (5-6): 197-210.
- Buyatti O. *Administración aplicada a Organizaciones de Salud*. Ediciones Librería Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- Campion F. and Rossembla M. *Control de calidad y resultados médicos en una época de abatimiento de costos*. Clin Quir Norteamér 1995; 139-158.
- Canales M, Macario A. And Krummel T. *The Surgical Suite Meets the New Health Economy*. J Am Coll Surg. Vol 192 (6), June 2001, 769-776.
- Cassola D. *Reclamos de los prestadores de salud frente a las elecciones*. Consultor de Salud 2003; 11 (313) 7-8.
- Cerdeiro O. *Costos médicos en el ámbito privado*. Centro Editor Argentino. Buenos Aires Argentina. 1996.
- Cimillo E. *La condición de indigencia en las crisis de 1989 y 2002* - Documento de Trabajo del SIEMPRO Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. Presidencia de la Nación Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales Octubre 2002.
- Corkett A, Crow, J, Rojo L.A., Tietmeyer H. (Independent Advisor's Committee) *Economic and Financial Issues facing Argentina - Report to the Government of Argentina and the Internat. Monetary Found.* News Brief N° 02/80 I.M.F. July 29, 2002.
- Davies K and Newstrom J. *Comportamiento Humano en el Trabajo*. Editor MC GRAW-HILL México 1999.
- de la Torre A, Yoyati E and Schmukler S. World Bank. Policy Research Working Paper 2980. *Living and Dying with Hard Pegs, The Rise and Fall of Argentina's Currency Board*. Noviembre 2002.
- de Moura Castro C y Levy D. *La educación superior en América Latina y el Caribe. Documento de estrategia*. BID, Washington 1997; N° EDU-101.
- de Moura Castro C. *Capacitación profesional y técnica: una estrategia del BID*. BID, Washington 2001; N° EDU-116.
- Del Prete S. *Evaluación Económica de la política sanitaria en América Latina. ¿Es posible Medir eficiencia y equidad?* Gestión en Salud 2002; 4: 46-61.
- Detmer D. *To Err is Human: Will We Cross the Quality Chasm?* The Institute of Medicine Perspective American College of Surgeons 30th Spring Meeting. Assembly for General Surgeon. 2002.
- Díaz C. *Gestionando en tiempos de caos: escenarios, perspectivas y desafíos*. Gestión en Salud 2002; 4: 6-25.
- Díaz C. *La Empresa Sanitaria Moderna*. Ediciones ISALUD. Buenos Aires Argentina 2001.
- Díaz C.A. *La gestión de Hospitales. Cómo terminar con el amateurismo en la dirección del Hospital Público* Gestión en Salud abril 2003; 5.
- Drucker P. *La Sociedad Postcapitalista* Cuarta Edición. Editorial Sudamericana Buenos Aires. Argentina. 1994.
- Encuesta Provincial de Salud. *Conurbano Bonaerense*. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Impreso en el Departamento Imprenta y servicios Auxiliares. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 1998.
- Errasti F. *Principios de Gestión Sanitaria*. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 1997.
- Feller J, Barleta A, Marchetti R y Gomez de Antonini L. Subcomisión de Salud Distrito I - Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. *Documento: Bases de un modelo de Atención de Salud para la Provincia de Buenos Aires*. Febrero 2000.
- Ferranti D y col. *Cerrando la brecha en educación y tecnología*. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. Cp1. 1-23 (62).
- Fiszbein A, Giovagnoli P y Ardúriz I. *La crisis argentina y su impacto en el bienestar de los hogares*. Documento de trabajo No 1/02. Producido por la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile Paraguay y Uruguay. Noviembre 2002.
- Foro Nacional de Instituciones Médicas y la crisis del Sistema de Salud. Documento. Salta, Mayo 1999.
- Fraser S and Greenhalgh T. *Coping with complexity: educating for capability*. BMJ oct 2001; 323: 799803.
- Gisbert Gelonch R. *La toma de decisiones en el sector sanitario: el Budget Impact Analysis*. Salud para todos 2003; 11 (112): 6-7.
- Gómez Lera G. y Pin Arboledas J. *Dirigir es Educar*. Ediciones MCGRAW-HILL/INTER AMERICANA. Madrid 1998.
- González García G. (Editor) *Los hospitales argentinos del siglo XXI*. III Encuentro Nacional de Hospitales Santa Rosa, La Pampa. Ediciones ISALUD. Buenos Aires 1999.
- González García G., Tobar F. *Más salud por el mismo dinero. La reforma del Sistema de Salud en la Argentina*. Ediciones ISALUD. Grupo Editor Latinoamericano 1997.
- Guaragna B. y Fridman A. *Investigación de Mercado en el Siglo XXI* Editorial de las Ciencias Buenos Aires 2003; 27-45.
- Guerrero Espinel E. *Transformaciones del sector salud en la Argentina: estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997*. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires 1998.

46. Hamilton G, Gastaldi N y di Luca F. *Análisis de la oferta de Servicios Médicos en la Argentina*. Programa de Investigación Aplicada, Documento de Investigación Fundación Isalud 2000.
47. Hay J. *Hospital Cost Drivers: an Evaluation of State-Level Data*. Ed University of Southern California. Los Angeles 2002.
48. Hesselbein F. Y col. *La organización del futuro*. Ediciones Granica. Buenos Aires Argentina. 1998.
49. Hyman H. *Diseño y análisis de encuestas sociales*. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina. 1984.
50. Informe de Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe. *Trabajo médico: cambios y consecuencias*. Consultor de Salud 2003; 1(7): 3.
51. Informe Rendimientos Hospitalarios de Establecimientos de Dependencia Provincial. *Evolución de indicadores 1990-1997*. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Impreso en el Departamento Imprenta y servicios Auxiliares. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires 1998.
52. Irribarren C, Lange W. *Evaluación de la Educación Médica de Posgrado (Informe de la V Jornada de Educación Médica de Posgrado, organizada por el Comité Coordinador de Residencias Quirúrgicas)* Rev Argent Cirug 1997; 73: 54-63.
53. Isuani A y Filmus D. *La Argentina que viene. Análisis y propuestas para una sociedad en transición*. UNICEF/FLACSO. Grupo Editorial La Norma. Buenos Aires Argentina 1998 (16).
54. *Jornadas de Recertificación. 1a Jornada de Estrategia en la Formación del Recurso Humano de Salud del MERCOSUR*. Ediciones La Prensa Médica Argentina Buenos Aires, Argentina 1998.
55. Kanich D and Byrd J. *Formas para mejorar la eficiencia en el quirófano* Clin Quirúrg Noream 1995; 159-171.
56. Katz I. *Al gran pueblo argentino SALUD!* Editorial Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires Argentina. 1998.
57. Katz J. y Aroe H. *Unidad 10 - El Sector Salud en la República Argentina: Crisis y re-Estructuración*. Los Servicios de Salud en Argentina. Mera J. Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias" Editorial DOCENCIA. 1994. 173-206.
58. KRALICH Susana - *Delimitación Metropolitana según los bordes de la Red de Transporte Urbano* (citado por SABATÉ A. en *Economía y Sociedad en la Región Metropolitana de Buenos Aires* Editorial Al Margen (U.N. Gral. Sarmiento) Nov. 2002).
59. Lange W. *El Perfil de las Residencias Quirúrgicas del Siglo XXI* Pren. Méd. Argent. 1995; 92: 993-996.
60. Lange W. *La Formación del Médico*. Pren Méd Argent 1998; 85: 932-994.
61. Lederman D *Income, wealth and Socialization in Argentina*: provocative responses from individuals Word Bank Document April 2002.
62. López Avellaneda E. *Implicancias Médico-Legales de la práctica quirúrgica*. Relato Oficial LXXIII Congreso Argentino de Cirugía. Rev. Argent. Cirug. Número Extraordinario 2002, pag 5-48.
63. Madies C. *Desregulación de Obras Sociales y Regulación de la Medicina Prepaga. Marco Regulatorio, Antecedentes y Proyectos*. Enfoque Salud. Sept. 2000.
64. Madies C. Y Tórmansen I. *Tendencias recientes en el Mercado de Salud en Argentina*. Programa de Investigación Aplicada- Documento de Investigación Fundación Isalud 2000.
65. Madies C., Grünhut Y. *El posicionamiento de actores sectoriales frente a las medidas dispuestas por el Decreto 446/00*. Programa de Investigación Aplicada - Documento de Investigación Fundación Isalud 2000.
66. Manrique J.L. *Justicia y derecho a la salud: lo verdadero es lo hecho. Obligaciones derivadas a los cirujanos por la justicia: principio y quintaesencia de la Bioética*. Presentado en la Academia Argentina de Cirugía en Agosto de 2002 - En prensa en Rev Argent Cirug.
67. Manrique J.L. *La Ética del Cirujano*. Rev Argent Cirug 1995; 68: 226-231.
68. Mera J. *Los Servicios de Salud en Argentina*. Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias" Editorial DOCENCIA. 1994.
69. Meyer A. *Quality Surveillance and Outcome Reporting*. American College of Surgeons 30th Spring Meeting. Assembly for General Surgeon. 2002.
70. Ministerio de Salud de la Nación *Guía de Establecimientos*. Año 1997.
71. Ministerio de Salud de la Nación *Guía de establecimientos*. 1997.
72. Ministerio de Salud de la Nación y OPS-OMS *Situación de Salud Argentina 1998*.
73. Ministerio de Salud de la Nación y OPS-OMS *Situación de Salud Argentina 2003*
74. Mochón F y Beker V. *Economía. Principios y Aplicaciones*. Editorial Mc Graw-Hill/ Interamericana. 1996.
75. Morera M y Brison M. A.F.A.C.I.M.E.R.A. Editores *La Prensa Médica Argentina*. 19 "Carreras de Riesgo". El caso Medicina.
76. Murray Ch. And López A. *Global Mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study*. The Lancet may 1997; 349: 1436-1442.
77. Oria A. *Regionalización de la patología quirúrgica*. Bol Inform Asoc Arg Cirugía (Ed) 1999; 78: 2-3.
78. Ortiz F. *Análisis e importancia del Costo Beneficio en Cirugía*. Relato Oficial LXI Congreso Argentino de Cirugía. Rev. Argent. Cirug. N° Extraordinario 1990, pag 1-41.
79. Parandekar S, España S y Saventi P. *El impacto de la crisis en el proceso educativo en Argentina*. Documento de trabajo N° 3/02. Producido por la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile Paraguay y Uruguay. Febrero 2003.
80. Perry G., Servén L. Argentina: *What went wrong*. World Bank. Office Latin America and Caribbean Region. May 2002.
81. Pisoni M. y col. *Presente y futuro del Cirujano General en la Argentina. Resultados de una Encuesta Hospitalaria*. Rev. Argent. Cirug. 1995; 68: 121-219.
82. Plsek P and Greenhalgh T. *The challenge of complexity in health care*. BML sep 2001; 323: 625-628.
83. Plsek P and Wilson T. *Complexity, leadership, and management in healthcare organisations*. BMJ. sep 2001; 323: 746-749.
84. Robbins S. *Comportamiento Organizacional. Concepto, controversias y aplicaciones*. 6ta Edición. Editor PRENTICE-HALL, México 1994.
85. Romano Yalur M, Alvarez D, Grünhut Y. *Estado del arte de las encuestas de satisfacción*. Programa de Investigación Aplicada- Documento de Investigación Fundación Isalud 2000.
86. Rosselot Jaramillo E. *Cantidad, Perfil y Calidad en la formación de profesionales para la salud en Chile. La adecuación de las aptitudes a los objetivos*. Cuad. Méd Soc. 1999; XL (3-4): 5-15.
87. Rovere M. *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 1993.
88. Santángelo H. *Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la práctica quirúrgica*. Relato Oficial LXX Congreso Argentino de Cirugía. Rev Argent Cirug. Número

- Extraordinario 1999, pag 9-42.
90. Satcher D. *The U.S. Health Care System*, American College of Surgeons, 30th Spring Meeting. Assembly for General Surgeon. 2002.
 91. Sereyday C y cols. *Estudio comparativo de remuneraciones profesionales*. Rev Argent Cirug 1985; 49: 297-303.
 92. Sheldon G. *Evolving Health Workforce Shortage- Failed Expectations?*, Eastman A. *Professionalism in Clinical Practice*. Debas H *Professionalism in student and resident education*. American College of Surgeons, 30th Spring Meeting. Assembly for General Surgeon. 2002.
 93. SIEMPRO. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. *Base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares, INDEC*, Octubre 2002.
 94. SIEMPRO. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. Presidencia de la Nación Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. *Encuesta de Condiciones de Vida-2001*. Salud. Res Prov 28/2/2003.
 95. SIEMPRO. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. Presidencia de la Nación Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. *Informe de Situación Laboral*. Enero de 2003.
 96. SIEMPRO. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. *Utilización y Gasto en Servicios de salud - Área Metropolitana*. Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación 2001.
 97. Sir Jackson B. *The National Health System: Directions and Lessons*. American College of Surgeons, 30th Spring Meeting. Assembly for General Surgeon. 2002.
 98. SOUBA W.W. *The new leader: New demands in a changing turbulent environment*. J Am Coll Surg. July 2003; 197: 79-87.
 99. Spencer F. *Human Error in Hospitals and Industrial Accidents: Current Concepts*. J Am Coll Surg 2000; 191 (4): 410-418.
 100. Stone M. and Doyle J. *Influencia de la enseñanza en la práctica quirúrgica*. Clín Quirúrg Norteam 1995; 1-10.
 101. Svampa M y González Bombal I. *Movilidad social ascendente y descendente en las clases medias argentinas: un estudio comparativo*. SIEMPRO. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. N° 3 Serie Doc. de Trabajo Agosto 2001.
 102. Tobar F. *Breve Historia de la prestación de Servicios de Salud en Argentina*. Documento de Investigación Fundación Isalud Agosto 2001.
 103. Tobar F. *Atención Primaria de la Salud: una alternativa para salir de la emergencia*. Salud para todos. 2002; 10 (110) 4-5.
 104. Tobar F. *El Futuro de la Salud en Argentina*. Documento de Investigación Fundación Isalud 2000.
 105. Tobar F. *El Gasto de Salud en Argentina*. PIA-Isalud 2002.
 106. Tobar F. *Herramientas para el análisis del sector salud*. Medicina y Sociedad. Vol. 23 (2) julio 2000. 83-93.
 107. Tobar. F. *Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina 2001*. Enfoque Salud Set 2000; 1-24.
 108. Traferri A. y Laje C. *La función de producción en las universidades formadoras de Médicos*. Gestión en Salud abril 2003; 5.
 109. Traverso W. *Tecnología y Cirugía*. Clín Quirúrg Norteam 1995; 129-138.
 110. Uribe J.P. y Schwab N. *El sector Salud argentino en medio de la crisis*. Documento de trabajo N° 2/02. Producido por la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile Paraguay y Uruguay. Noviembre 2002.
 111. Vasallo C y Bascolo E. *De la fragmentación a la integración del Sector Salud: una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista*. SIEMPRO, Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. Serie Documentos de Trabajo N° 8 Diciembre 2001.
 112. Vazzano H (Pte FECLIBA) y Villacorta A (Secr. Asoc. Trabaj. Sanidad La Plata) *Las clínicas de la región golpeadas por una dura crisis*. Diario El Día de La Plata, 19/5/03.
 113. Velazquez G. *Medicamentos: ¿derecho o mercancía?*. Le Monde Diplomatique Julio 2003; 32-33.
 114. Veninga R. *La administración de Conflictos 8: 84-100 Análisis de las organizaciones de Salud*. OPS, Washington DC. 1989.
 115. Vidal H. *Fisiopatología de los Programas de Residencia en Cirugía General*. Rev. Argent. Cirug. 1996; 75: 87-93.
 116. Wilson T and Holt T. *Complexity and clinical care*. BMJ sep 2001; 323: 685-688.
 117. Zaldúa G y Lodieu M. *El síndrome de burnout*. En La Salud en crisis Domínguez Mon F Pag. 379-395.

ÍNDICE DE LOS CONGRESOS ARGENTINOS DE CIRUGÍA

TEMAS

A

Tema	Relator	Congreso
Abdomen agudo en el anciano	Humberto Faraoni	LII-1981
Absceso subfrénico	Oscar J. Carnes	XIII-1941
Acción hormonal sobre el desarrollo de la glándula mamaria y la lactancia	E.B. del Castillo	XXV-1954
Actitud del cirujano frente al enfermo crítico	Octavio A. Gil	LXXII-2001
Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática		
Biliar benigna	Juan J. Fontana	LX-1989
Pancreática benigna	Alejandro S. Oría	LX-1989
Biliopancreática maligna	Julio A. Diez	LX-1989
Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología del esófago	José Nallar	LX-1989
Adelantos en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del cáncer del recto y del ano	Mario Benati	LXII-1991
Afecciones valvulares del corazón. Tratamiento quirúrgico	F.E. Tricent	XXV-1954
Alimentación enteral y parenteral en cirugía	José M. Basaluzzo	LIV-1983
Amputaciones	Juan A. De Paula	
	Enos P. Cornelli	XXXIII-1962
	Francisco Nocito	
	Henry H. Kessler*	
Análisis e importancia del costo beneficio en cirugía	Frutos E. Ortiz	LXI-1990
Anestesia endovenosa	José C. Delorme	XIX-1948
Anestesia peridural	Alberto Gutiérrez	X-1938
Aorta abdominal. Cirugía de la	Hugo R. Mercado	XLI-1970
Aorta torácica. Cirugía de la	Mario M. J. Brea	XLI-1970
Apendicitis. Complicaciones posoperatorias	Pedro Chuto	II-1930
Ateropatías obstructivas crónicas de los miembros. Tratamiento	Horacio A. Ferrando	XXXIV-1963
Ateropatías periféricas no oclusivas. Tratamiento	Jorge Teme	XXXIV-1963
	Eduardo C. Palma*	
	E. Stanley Crawford*	
Artropatías crónicas no tuberculosas de la cadera	Julio Diez	XII-1940
Artroplastias de cadera. Indicaciones técnica y resultados	L. Petracchi	XXIV-1953
Atención inicial del traumatizado grave	Fortunato Benain	LXI-1990
	Jorge Neira	
Avances en el tratamiento del «shock»	Julio Baldi	LIII-1982
	Miguel A. Jorge	

* Por invitación.

B

Balance hidroelectrolítico en cirugía	J. Nomaksteinsky	XXIX-1958
Bocio exoftálmico	Alfonso Ruiz Guinazú	
	J. Arce	I-1928
Bronquiectasias en el adulto	Manuel Balado	
Bronquiectasias en el niño	Lázaro Langer	XX-1949
	J.M. Pelliza	XX-1949

C

Cáncer avanzado. Tratamiento quirúrgico	Federico R. Pilheu	XL-1969
Cáncer avanzado. Radiaciones	Oriel Alva	XL-1969
Cáncer avanzado. Drogas antineoplásicas	Roberto A. Estévez	XL-1969
Cáncer de esófago	Juan Gil Mariño	XXXV-1964
	Julio C. Sánchez Pons	
Cáncer de estómago	P. Hülskamp	LXVI-1995

Cáncer de laringe	C. Sylvestre Bagnis	XXVI-1955
Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	Luis M. Pons	XXVI-1955
	José Cataldo*	
	Jaime del Sol*	
	Pablo Haickel*	
Cáncer de la mama. Estado actual del tratamiento	A. Caviglia	II-1930
	J.C. Ahumada	
Cáncer de mama. Roentgenterapia	E. P. Viacava	XXV-1954
Cáncer de la mama. Estado actual del tratamiento	Félix Laborgne	XXV-1954
Cáncer del colon sigmoideo y del recto. Tratamiento quirúrgico	R. Varela Chilense	XXXVII-1968
Cáncer del intestino grueso (colon derecho y colon transversal)	Alberto E. Laurence	XXXVI-1965
Cáncer del intestino grueso con exclusión del recto	Oscar Copello	III-1931
Cáncer del pulmón. Diagnóstico precoz y resultados operatorios	A. Ceballos	III-1931
Cáncer de tiroides	Mario E. Brea	XXVIII-1947
Cáncer gástrico. Diagnóstico y tratamiento	Osvaldo González Aguilar	LXVII-1997
Cáncer oral	José M. Mainetti	XXXVIII-1967
Cáncer rectal inoperable. Tratamiento	Héctor Jorge	XXXII-1961
Cirugía abdominal en el paciente crítico	Felipe Carranza	VIII-1936
Cirugía ambulatoria	Egon A. Mettler	LVII-1987
Cirugía colorrectal de urgencia	Pedro A. Ferraina	LXII-1991
Cirugía hepatobiliar: Cuidados pre y posoperatorios	Juan C. Milanese	LVI-1985
Cirugía oncológica en el paciente anciano	C. Velasco Suárez	XVI-1944
	Juan C. Rodríguez Otero	LXI-2000
	Gustavo A. Sylvestre Bagnis	
Cirugía videoscópica	Carlos A. Pellegrini	LXV-1994
Colecistitis litásica y alitásica. Elección del tratamiento	R. E. Donovan	XII-1940
Colitis ulcerosa crónica. Tratamiento	A. G. Russo	XXX-1959
Colitis ulcerosa inespecífica	Norberto Quirno	XXX-1959
	Seymour J. Gray*	
Compresiones medulares no traumáticas	R. J. Babini	XIV-1942
Condiciones que debe reunir una institución donde se practique cirugía	Juan V. Guruchaga	XLVII-1976
Coxa vara del adolescente	Domingo Múscolo	XXI-1950
D		
Diabetes en cirugía	R. Rodríguez Villegas	V-1933
Diverticulosis colosigmoidea y complicaciones. Tratamiento	A. N. Canónico	XXIII-1952
E		
Educación médica continuada y recertificación	Luis V. Gutiérrez	LVII-1985
Emplema del adulto	V. Arnand Ugón	VII-1935
Emplema en el niño	M. Ruiz Moreno	VII-1935
Endoarteritis obliterante de los miembros	Pedro O. Bolo	VI-1934
Endocrinopatías quirúrgicas	J. Reforzo Membrives	XLVIII-1977
	J. Yoel	
	T.J. Oñate	
	E. P. Bagnati	
	E. M. Quesada	
Enfermedad tromboembólica venosa (cirugía)	Rubén Siano Quirós	XLII-1971
Enfermedades precancerosas del tubo digestivo	Manuel R. Baro	LV-1984
Enseñanza de la cirugía en el pregrado	Jorge L. Berra	XLIII-1972
Enseñanza de la cirugía en el graduado. Su educación continua	Oscar L. Aguilar	XLIII-1972
Enseñanza de la cirugía para graduados. Residencias	José Spátola	XLIII-1972
Enteró y colopatías vasculares	Arturo Heidenreich	L-1979
Escoliosis	L. A. González	XXVIII-1957
	Ignacio Ponselli*	
Esplenopatías quirúrgicas (con exclusión de lesiones traumáticas y quistes hidatídicos)	Alejandro J. Pavlovsky	XXI-1950
	Alfredo Pavlovsky	
Estenosis mitral. Fisiopatología y clínica desde el punto de vista clínico-quirúrgico	A.C. Taquini	XXV-1954
Estenosis aórtica y mitral. Tratamiento quirúrgico	Roberto P. Globor	XXV-1954
Evolución del riesgo quirúrgico	Daniel A. Allende	L-1979
	Domingo S. Babini	
Eventración posoperatoria. Tratamiento	Vicente Gutiérrez	XII-1940

F

Fallas orgánicas múltiples por patología quirúrgica	Eduardo Bumaschny	LXIII-1992
Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo	Jorge A. Sívori	LXXI-2000
	Pablo F. Argibay	
	Demetrio Cavadas	
	Guillermo Oyá Quintana	
Fistulas digestivas externas abdominales	J.B. Carpanelli	XLVI-1975
Flebotrombosis y tromboflebitis	W. Sulfiat	XX-1949
	J. Alfredo Ferreira	
Fractura de codo en el niño	Rezende Puech	V-1933
Fractura de la diáfisis femoral en el adulto. Tratamiento	E. Finochietto	IV-1932
	R. Finochietto	
Fractura de la diáfisis femoral en el niño	M. Gamboa	IV-1932
Fractura del antebrazo en el adulto	A. F. Landívar	III-1931
Fractura del antebrazo en los niños. Tratamiento	M. Ruiz Moreno	III-1931
Fractura de la pierna. Tratamiento	E. H. Lagomarsino	XV-1943
	Antonio Caio de Amaral	
	Alberto Croquevielle	
	Conrado J. Rolando	
Fractura del cuello del fémur	Lelio Zeno	VI-1934
Fracturas articulares. Tratamiento operatorio	José M. Jorge	I-1928
Fracturas de la garganta del pie y su tratamiento inmediato	E. Cornejo Saravia	XI-1939
Fracturas de codo en el adulto. Tratamiento	N. Tagliavacche	V-1933
Fracturas diafisarias. Tratamiento operatorio	Artemio Zeno	I-1928
Fracturas expuestas. Tratamiento	Carlos E. Ottolenghi	XVII-1945
Futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía	Juan J. Moirano	LXV-1994

H

Hemorragias digestivas altas graves	Conrado R. Cimino	LXVII-1996
Hemorragias digestivas altas graves	Vicente P. Gutiérrez	XLIV-1973
Hemorragia digestiva grave por hipertensión portal	César A. de la Vega	XLIV-1973
Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento	Iván Gofí Moreno	XXII-1951
Hepatectomías	Juan A. Viaggio	LIV-1983
Hernias diafragmáticas	Jorge R. Defelitto	
	J.J. Boretti	XXIX-1958
	A.J.F. Cesanelli	
Hernias hiatales	Manuel A. Casal	LI-1980
	Juan J. Naveiro	
Hernias recidivadas inguinales y crurales	Carlos I. Allende	XIII-1941
Hernias umbilicales recidivadas	H. Taubenschlang	XIII-1941
Hidatidosis Abdominal	Martin J. Odriozola	
	Ricardo L. Pettinari	LXIX-1998
Hipertensión arterial. Fundamentos fisiopatológicos	E. Braun Menéndez	XIX-1948
Hipertensión arterial. Tratamiento quirúrgico	Anibal Introzzi	XIX-1948
Hipertiroidismo. Tratamiento y resultados	José A. Caeiro	XV-1943
	José Gutiérrez	
	Sebastián Hermeto	
	Alberto Covarrubias	
	Carlos Piquérez	
Hipertiroidismo. Tratamiento	H. Perinetti	XXXIX-1968
Hipertiroidismo. Tratamiento por radioyodo	Manuel Gliner	XXXIX-1968
Hombro paralítico (excluidas parálisis obstétricas)	A. Didier	XXIX-1956
	O. Malvarez	

I

Ileus posoperatorio	D. del Valle	V-1933
Implicancias médico-legales de la práctica quirúrgica	Enrique M. López Avellaneda	LXXIII-2002
Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica		
	Héctor D. Santángelo	
	Daniel L. Debonis	
	Emilio J. Pollastri	
	Jorge A. Rodríguez Martín	LXX-1999
Intestinos de la mano. Tratamiento	Alberto Baraldi	IV-1932
	Bartolomé Calcagno	
Injuria quirúrgica de la vía biliar	Eduardo Cassone	LXX-1999
	Pablo Sonzini Astudillo	

<i>Invaginación intestinal en el niño. Diagnóstico y tratamiento</i>	Alberto Lagos García	XVIII-1947
<i>Infección quirúrgica</i>	Wolfgang Lange	XXXII-1961
	Marcelo J. Frigerio	
	Estéban M. Pérez	
	Ignacio Pirotski	

L

<i>Lesiones accidentales operatorias de las vías biliares y de los elementos del pedículo hepático</i>	Alfredo Negri	XXI-1950
<i>Lesiones quirúrgicas de las vías biliares</i>	Arturo E. Wilks	XLIX-1978
	Ricardo A. Berri	
<i>Litiasis biliar. Complicaciones biliares posoperatorias alejadas</i>	A. Althabe	IV-1932
<i>Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias en las operaciones sobre las vías biliares</i>	E. Romagosa	IV-1932
<i>Litiasis de la vía biliar principal</i>	J. M. Allende	LII-1951
	Santiago G. Perera	
	Fernando Magnanini	
	Rodolfo Mazzariello	
	E. Blanco Acevedo	XI-1939
	P.L. Mirizzi	
	B. Maraini	VIII-1938
	Alberto H. Cariello	LXXIV-2003
	G. H. Dickman	XX-1949
	Agustín A. Salvati	XIX-1948
<i>Litiasis del colédoco. Tratamiento</i>	José A. Rivarola	XIX-1948
	José A. Piqué*	

M

<i>Mal de Pott en el niño. Estado actual del tratamiento quirúrgico</i>	A. Rodríguez Egaña	II-1930
<i>Mal de Pott en el adulto. Estado actual del tratamiento quirúrgico</i>	R.E. Pasman	II-1930
<i>Mama. Recientes avances en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de la</i>		
<i>Manejo de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal</i>	Edgardo T. L. Bernardello	LV-1954
<i>Mano. Cirugía reparadora de las secuelas de algunas lesiones de tendones y nervios</i>	Juan Pekoij	LXXIV-2003
<i>Megacolon. Tratamiento quirúrgico</i>	Eduardo Zancoli	XLI-1970
	R.C. Ferrari	XXIII-1952
	P. de Mattos Barretto	
	A. J. Bengolea	III-1931
	S. Marino	III-1931
	E. J. Chamboleyron	XXXVII-1966
	Horacio Aja Espil	XXXVII-1966

O

<i>Oclusión intestinal aguda. Tratamiento</i>	Domingo Prat	V-1933
<i>Osteomielitis aguda y crónica en el niño. Tratamiento</i>	Guillermo Allende	VII-1935
<i>Osteomielitis aguda y crónica en el adulto. Tratamiento</i>	P. Jáuregui	VII-1935
<i>Obstrucción intestinal aguda</i>	Julio V. Uribe	XXXI-1960
<i>Obstrucción intestinal en el niño</i>	José E. Rivarola*	XXXI-1960
<i>Organización y funcionamiento de un Departamento de Cirugía</i>	Eduardo R. Trigo	XLV-1974

P

<i>Pancreatitis aguda. Etiopatogenia y fisiopatología</i>	C.A. Sosa Gallardo	XLVI-1975
<i>Pancreatitis aguda. Consideraciones clínicas y terapéuticas</i>	O. F. Longo	XLVI-1975
<i>Pancreatitis aguda. Etiología. Patogenia</i>	W. Tejerina Fotheringham	XIV-1942
<i>Pancreatitis aguda. Diagnóstico y tratamiento</i>	A. J. Pavlovsky	XIV-1942
<i>Pancreatitis crónica</i>	Clemente J. Morel	XXXIII-1962
	L. Leger*	
	G. L. Nardi*	
<i>Parálisis infantil. Secuelas en miembros inferiores</i>	Rodolfo A. Rivarola	I-1925
<i>Parálisis obstétrica</i>	O. Malvárez	XXIX-1958

Patología anorrectal quirúrgica no maligna en el adulto	Roberto A. Garriz	XL-1969
Patología anorrectal quirúrgica no maligna en el niño	Sebastián A. Rosasco Palau	XL-1969
Peritonitis	Narciso Hernández	XLVIII-1977
Peritonitis	Luis Gramática	LIX-1988
Pie plano (en el niño)	Victor Ruiz Moreno	XXVI-1955
Pie plano (en el adulto)	José Manuel del Sel	XXVI-1955
Pie varo equino congénito. Tratamiento	M. R. Llambías	XXVII-1956
Precáncer del recto y tratamiento quirúrgico del cáncer de recto	G. Zorraquin	VIII-1936
Prolapso genital en la mujer. Tratamiento	E. Nicholson	XVI-1944
Procedimientos invasivos no quirúrgicos en patología abdominal aguda	Juan E. Alvarez Rodríguez	XLVI-1995

Q

Quemaduras. Secuelas	Lelio Zeno	XVII-1945
Quemaduras. Tratamiento	José M. Delrio	XVII-1945
Quimioterapia en cirugía	A. A. Covaro	XV-1943
Quiste hidatídico del hígado y sus complicaciones. Tratamiento	J.C. Casiraghi	XXX-1959
Quistes hidatídicos del pulmón. Tratamiento	J.E. Cendan Alfonso*	
	O. Ivanisovich	X-1938

R

Raquiánestesia	A. V. Sacco	X-1938
	L. Vargas Salcedo	
Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal		
Complicaciones mecánicas	Francisco Loyúdice	XXXV-1964
Complicaciones inflamatorias	Jorge Sánchez Zinny	XXXV-1964
Complicaciones hemorrágicas	Juan A. Sugasti	XXXV-1964
Resecciones oncológicas. Magnitud de las		
Introducción	Manuel Riveros	XLV-1974
Cabeza y cuello	Victor E. Argonz	XLV-1974
Tórax	Eduardo Schiapatti	XLV-1974
Tubo digestivo abdominal	Jorge A. Ferreira	XLV-1974
Ginecología	Leoncio A. Arrighi	XLV-1974
Mama	Enrique N. Centeno	XLV-1974
Sarcomas de las partes blandas del tronco y extremidades en el adulto		
Responsabilidad ética y jurídica del cirujano	José J. Terz y	
Responsabilidad ética y jurídica de las instituciones	H. Pablo Curutchet	XLV-1974
	Florentino A. Sanguinetti	LIX-1988
	Alfredo Martínez Marull	LIX-1988

S

Secuelas de fracturas de la epifisis femoral superior.		
Tratamiento	José A. Piqué	XXXII-1961
Secuelas de la cirugía gastroduodenal	Jorge H. Deschamps	LIII-1962
Seguridad en el quirófano	Aldo O. F. de Paula	
Sepsis y cirugía	Juan C. Cafasso	LXIII-1992
	Enrique J. Libonatti	XLIX-1978
	Enrique M. Beveraggi	
	Roberto Padrón	
Seudoartrosis. Tratamiento	Oscar R. Marótti	XVII-1947
-Shock- quirúrgico	Jorge Manrique	XXXIII-1962
	Enrique Acevedo Davenport*	
	Roberto Padrón	
SIDA y cirugía	Dardo M. Chiesa	LXIV-1993
Síndrome cervicobraquial	G.F. Cottini	XXVIII-1957
	J. C. Christensen	
Síndrome poscolecistectomía	Miguel A. Figueroa	XXXVI-1965
Suficiencia hepática en la cirugía de las vías biliares e hígado	O.F. Mazzini	IX-1937
Sulfamidoterapia. Conceptos biológicos	Carlos A. Correias	IX-1937
Supuraciones no tuberculosas del pulmón	H. García Lagos	VI-1934

* Por invitación.

Supuraciones pulmonares no tuberculosas. Tratamiento quirúrgico...

A. Ceballos

VI-1934

T

Terapia intensiva. Organización y funcionamiento

Gerardo A. Lorenzino

XLIV-1973

Tórax agudo quirúrgico no traumático

Carlos E. Rubianes

XXXVIII-1967

Tórax agudo quirúrgico no traumático. Fisiopatología

Oscar A. Vaccarezza

XXXVIII-1967

Tórax agudo traumático

Aguilón J. Roncoroni

LIII-1962

Tratamiento multidisciplinario del dolor.

Miguel A. Gómez

Edgardo E. Rhodius

Oreste L. Ceraso

LVIII-1967

Indicaciones y resultados

Eduardo de Santibañes

LXIV-1993

Tratamiento de las metástasis hepáticas

Luis A. Chiappetta Porras

LXXII-2001

Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la pancreatitis aguda

Juan C. Olaciregui

XLIII-1972

Tratamiento quirúrgico de las esofagopatías benignas

Tratamiento quirúrgico paliativo del cáncer de tubo

digestivo abdominal

Tratamientos craneanos y sus secuelas. Tratamiento

Traumatismos del abdomen

Traumatismos de abdomen y pelvis

Traumatismos de abdomen y pelvis

Traumatismos de la mano. Tratamiento

Traumatismos de las manos y de los dedos.

Secuelas

Traumatismos de meniscos, ligamentos cruzados y

laterales de la rodilla

Traumatismo en la columna vertebral

Traumatismo en la columna vertebral.

Lesiones medulocerebrales

Traumatismos del codo. Tratamiento

Traumatismos del hombro. Secuelas

Traumatismos del hígado

Traumatismos graves combinados en los accidentes

de carretera

Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera.

Lesiones torácicas y abdominales

Traumatismos graves combinados en los accidentes de

carretera. Quemaduras

Traumatismos graves combinados en los accidentes

de carretera. Sistema nervioso

Traumatismos torácicos

Tuberculosis genital. Fisiopatología

Tuberculosis genital en la mujer. Tratamiento

Tuberculosis genital en el hombre. Tratamiento

Tuberculosis osteoarticular en el niño

Tuberculosis osteoarticular en el adulto

Tuberculosis pulmonar. Tratamiento quirúrgico

Tumores de parótida

Tumores del intestino delgado y del mesenterio

Tumores del intestino delgado y del mesenterio.

Anatomía patológica

Tumores del intestino delgado y del mesenterio.

Radiología

Tumores del mediastino

Tumores del páncreas

Tumores endocrinos del aparato digestivo

Tumores malignos de los huesos. Anatomía patológica

Tumores malignos de los huesos. Cirugía

Luis A. Chiappetta Porras

Juan C. Olaciregui

Osvaldo H. Mammoni

LVII-1996

M. Balado

VII-1935

J. Arce

Osvaldo Loudet

Antonio Couceiro

XLVII-1978

Ernesto Katz

Francisco Florez Nicolini

LXVII-1996

Eduardo A. Casaretto

J.E. Valls

XXIII-1952

I. Gebauer W.

XXIII-1952

Guy Pulvertaft*

José Valls

XIII-1941

Marcelo Fitte

IX-1937

A. F. Camañer

IX-1937

J. A. Sgroso

XVI-1944

Rodolfo Ferré

XXII-1951

Jorge Briones

Ricardo Caritat

Enrique Castaño

XVII-1945

A. Trabucco

Héctor Del Lago

XXXI-1960

Raúl Velasco

XXXI-1960

Fortunato Benain

XXXI-1960

Salvador Viale

XXXI-1960

O. Vaccarezza

XIV-1942

J. L. Molinari*

VIII-1936

B. Galindez

VIII-1936

L.A. Surrao

VIII-1936

Guillermo Allende

XXV-1954

I. Castillo Odena

XXV-1954

A. N. Bracco

XXVII-1956

A. A. Santas

K. Herrero Ducloux

XXVII-1956

S. Gorostiaque

XXVIII-1957

Andrés Bianchi

XXVIII-1957

Jorge Lavisse

XXVIII-1957

José L. Martínez

XXXI-1960

Luis D. Podestá

J. Moroni

XXXIX-1968

Enrique A. Sivori

XVI-1985

F. Schajowicz

XXX-1959

F. Oleaga Alarcón

XXX-1959

Tumores malignos de los huesos. Radioterapia	A. Lemos Ibáñez	XXX-1959
Tumores malignos de tiroides	F.J. Manfredi	XXIV-1953
	Warren H. Cole*	
Tumores malignos primitivos de los huesos.		
Clasificación y diagnóstico anatomopatológico	Brachetto Brian	X-1938
Tumores malignos primitivos de los huesos.		
Diagnóstico	Oscar Copello	X-1938
Tumores malignos primitivos de los huesos.		
Diagnóstico radiológico	José Guardado	X-1938
Tumores retroperitoneales	Carlos A. Apestegui	LXIX-1998
Tumores retroperitoneales con exclusión de los renales	J. Michans	XXIV-1953

* Por invitación.

U

Úlcera de duodeno. Tratamiento	Benedicto Montenegro	IX-1937
	Oscar Gómez	
Úlcera gástrica. Tratamiento	Roberto Solé	II-1930
Úlcera gástrica. Estado actual del tratamiento quirúrgico	Adolfo M. Rey	XXXIV-1963
Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento médico	M. M. Ramos Mejía	XXXIV-1963
	Eliseo Otaiza Molina *	
Úlcera péptica posoperatoria	F. E. Christmann	XXII-1951
	Emico Branco Ribeiro	
	Manuel Martínez M.	
	N. Foster Montgomery	
	Juan Carlos de Chiara	

V

Vagotomía en el tratamiento de la úlcera duodenal	Horacio Achával Ayerza	XLII-1971
Valor del mapeo linfático en la cirugía oncológica	Jorge E. Falco	LXXIII-2002
	Norberto A. Mezzadri	
	Manuel A. Montesinos	
Várices del miembro inferior. Tratamiento	Eduardo L. Vila	XI-1939
Várices de los miembros inferiores. Complejo cutáneo	J. J. Puente	XI-1939
Vías de abordaje al abdomen superior	Diego E. Zavaleta	XXVI-1955
Videolaparoscopia en el abdomen agudo	Jorge A. Ortiz	LXVIII-1997

* Por invitación

RELATORES

A

Acevedo Davenport* E.- Shock quirúrgico	XXXIII-1962
Acraval Ayerza H. - Vagotomía en el tratamiento de la úlcera duodenal	XLII-1971
Aguilar O.L. - Enseñanza de la cirugía en el graduado. Su educación continua	XLIII-1972
Ahumada J. C.- Cáncer de mama	II-1930
Aja Espil H.-Megacolon del niño	XXVII-1966
Alva Oriol.- Cáncer avanzado. Radiaciones	XL-1969
Alvarez Rodríguez Juan E.- Procedimientos invasivos no quirúrgicos en patología abdominal aguda	LXVI-1995
Altube A.- Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias alejadas	IV-1932
Allende C.J.- Hernias recidivadas inguinales y crurales	XIII-1941
Allende D.A.- Evaluación del riesgo quirúrgico. Parte general	L-1979
Allende G.- Osteomielitis agudas y crónicas	VII-1935
Allende G.- Tuberculosis osteoarticular en el niño	XXV-1954
Allende J.M.- Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias	IV-1932
Apestegui C.A.- Tumores Retroperitoneales	LXIX-1998
Armand A.C. de- Fractura de la pierna. Tratamiento	XV-1943
Arce J.- Bocio exoftálmico	I-1928
Arce J.- Traumatismos craneales y sus secuelas. Tratamiento	VII-1935
Argüey P.F.- Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo	LXXI-2000
Argonz V.E.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Cabeza y cuello	XLV-1974
Armand Ugon V.- Empiema del adulto	VII-1935
Arrighi L.A.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Ginecología	XLV-1974

* Por invitación

B

Babini D.S.- Evaluación del riesgo quirúrgico. Cirugía Torácica	L-1979
Babini R.J.- Compresiones medulares no traumáticas	XIV-1942
Bagnati E.P.- Endocrinopatías quirúrgicas	XLVII-1977
Salado M.- Bocio exoftálmico. Cáncer de esófago	I-1928
Salado M.- Traumatismos craneales y sus secuelas. Tratamiento	VII-1935
Saldi J.- Avances en el tratamiento del Shock	LIII-1982
Saraldi A.- Infecciones de la mano	IV-1932
Saro M.R.- Enfermedades precancerosas del tubo digestivo	LV-1984
Sasaluzzo J.M.- Alimentación enteral y parenteral en cirugía	LIV-1983
Sensin F.- Atención inicial del traumatizado grave	LXI-1990
Sensin F.- Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Quemaduras	XXXI-1960
Sensin F.- Adelantos en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del cáncer del recto y ano	XLII-1991
Bengolea A.J.- Mioma uterino	III-1931
Bermúdez O.- Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento	XXII-1951
Bernardello E.T.L.- Recientes avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mama	LV-1984
Berre J.L.- Enseñanza de la cirugía en el pregrado	XLIII-1972
Berre R.A.- Lesiones quirúrgicas de las vías biliares	XLIX-1978
Beveraggi E.M.- Sepsis y cirugía - Aspectos clínicos	XLIX-1978
Bianchi A.- Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Anatomía patológica	XXVIII-1957
Bianco Acevedo E.- Litiasis del colédoco	XI-1939
Bolo P.D.- Endoenteritis obliterante de los miembros	VI-1934
Boretti J.J.- Hernias diafragmáticas	XXIX-1958
Bracco A.N.- Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar	XXVII-1956
Brachetto Brian D.- Tumores malignos primitivos de los huesos. Clasificación y diagnóstico anatomopatológico	X-1938
Branco Ribeiro Enrico.- Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1951
Braun Menéndez E.- Hipertensión arterial. Fundamentos fisiopatológicos	XIX-1948
Brea Mario M.- Cáncer de pulmón. Diagnóstico precoz y resultados operatorios	XVII-1947
Brea Mario M.- Aorta torácica cirugía de la	XXI-1970
Briones J.- Traumatismos del hombro. Secuelas	XXII-1951
Bumaschny E.- Fallas orgánicas múltiples por patología quirúrgica	LXIII-1992

C

Caeiro J.A.- Hipertiroidismo	XV-1943
Calasso J.C.- Seguridad en el quirófano	LXII-1992
Calcagno B.- Infecciones de la mano	IV-1932
Camañer A.- Traumatismos de columna vertebral. Lesiones medulocelulares	IX-1937

Carnes O.- Absceso subfrénico	XIII-1947
Canónico A.N.- Diverticulosis colosigmoidea y complicaciones. Tratamiento	XXIII-1982
Carlat R.- Traumatismo del hombro. Secuelas	XXII-1981
Carpanelli J.B.- Fístulas digestivas externas abdominales	XLV-1978
Carriello A.H.- El cirujano frente a la crisis financiera de la salud	LXXIV-2002
Carrazza F.- Cáncer del recto inoperable	VIII-1936
Casal M.A.- Hernias hiliales	LI-1980
Casaretto E.A.- Traumatismos de Abdomen y Pelvis	LXVII-1996
Casiraghi J.C.- Quiste hidatídico y sus complicaciones. Tratamiento	XXX-1969
Cassone E.- Injurias quirúrgicas de la vía biliar	LXX-1969
Castañó E.- Traumatismos del riñón	XVII-1948
Castillo Odena I.- Tuberculosis osteoarticular en el adulto	XXV-1954
Cavadas D.- Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo	LXX-2000
Cataldo J.- Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	XXVI-1965
Caviglia A.- Cáncer de mama	II-1930
Ceballos A.- Cáncer de intestino grueso (recto excluido)	III-1931
Ceballos A.- Supuraciones pulmonares no tuberculosas	VI-1934
Centeno E.N.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Mama	XLV-1974
Cendan Alfonso J.E.- Quiste Hidatídico del Hígado y sus complicaciones. Tratamiento	XXX-1969
Ceraso O.L.- Tratamiento multidisciplinario del dolor. Indicaciones y resultados	LVIII-1987
Cesaneli A.J.- Hernias diafragmáticas	XXIX-1958
Cimino C.- Hemorragias digestivas altas graves	LXVII-1996
Comoli E.P.- Amputaciones	XXXIII-1982
Copello O.- Cáncer de colon derecho y transversal	III-1931
Copello O.- Tumores malignos primitivos de los huesos. Diagnóstico clínico	X-1938
Cornejo Saravia E.- Fracturas de la garganta del pie	XI-1939
Correas C.A.- Sulfamidoterapia. Concepto biológico	XXVIII-1957
Cottini G.F.- Síndrome cervicobraquial	XV-1937
Couceiro A.- Traumatismos del abdomen	XLVII-1978
Covaro A. A.- Quimioterapia en cirugía	XV-1943
Covarrubias A.- Hipertiroidismo. Tratamiento	XV-1943
Croquesvielle A.- Fractura de la pierna	XV-1943
Curutchet H.P.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Sarcomas de las partes blandas del tronco y extremidades en el adulto	XLV-1974

* Por invitación

CH

Chambouleyron E.J.- Megacolon en el adulto	XXXVII-1966
Chiappetta Porras L.A.- Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la pancreatitis aguda	LXXII-2001
Chiara Juan C. de - Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1951
Chiesa D. M.- Sida y cirugía	LXIV-1993
Christensen J.C.- Síndrome cervicobraquial	XXVIII-1957
Christmann F.E.- Úlcera péptica posoperatoria. Tratamiento	XXII-1951
Chutro P.- Apendicitis. Complicaciones posoperatorias	II-1930

D

Dal Lago H.- Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera	XXXII-1960
Debonis D.L.- Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica	LXX-1969
De la Vega C.A.- Hemorragia digestiva grave por hipertensión portal	XLIV-1973
Defelitto J.R.- Hepatectomías	LIV-1983
Del Castillo E.B.- Acción hormonal sobre el desarrollo de la glándula mamaria y la lactancia	XXV-1954
Delma J.C.- Anestesia endovenosa	XIX-1948
Delrio J.M.- Quemaduras. Tratamiento	XVII-1945
Del Sel J.- Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	XXVI-1955
Del Sel J. M.- Pie plano en el adulto	XXVI-1955
Del Valle D.- Íleus posoperatorio	V-1933
De Paula A.O.F.- Secuelas de la cirugía gastroduodenal	LIII-1982
De Paula J.A.- Alimentación enteral y parenteral en cirugía	LIV-1983
De Sanbarrés E.- Tratamiento de las metástasis hepáticas	LXIV-1993
Deschamps J.H.- Secuelas de la cirugía gastroduodenal	LIII-1982
Dickman G.H.- Lumbociáticas rebeldes	XX-1949
Dider A.- Hombro paralítico (excluidas parálisis obstétricas)	XXIX-1958
Díez J.- Artropatías crónicas no tuberculosas de la cadera	XII-1940
Díez J.A.- Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología bilopancreática maligna	LX-1989
Donovan R.- Colectitis: Iliásica y altílica	XII-1940

E

Estévez R.A. - Cáncer avanzado. <i>Drogas antineoplásicas</i>	XL-1969
---	---------

F

Facco J.E. - Valor del mapeo linfático en la cirugía oncológica	LXXIII-2002
Falconi H. - Abdomen agudo en el anciano	LII-1981
Feliana P.A. - Cirugía ambulatoria	LXII-1991
Fernando H.A. - Arteriopatías obstructivas crónicas de los miembros. <i>Tratamiento</i>	XXXIV-1963
Ferrari, R.C. - Megaesófago. <i>Tratamiento quirúrgico</i>	XXIII-1952
Ferré R.L. - Traumatismo del hombro. <i>Secuelas</i>	XXII-1951
Ferreira J.A. - Flebotrombosis y tromboflebitis	XX-1949
Ferreira Nicolini F. - Traumatismos de Abdomen y Pelvis	XLV-1974
Figueroa M.A. - Síndrome poscolecistectomía	XXXVI-1965
Finochietto E. - Fractura de diáfisis femoral (adultos)	IV-1932
Finochietto R. - Fractura de diáfisis femoral (adultos)	IV-1932
Fite M. - Traumatismos de columna vertebral	IX-1937
Flores Nicolini F. - Traumatismos de Abdomen y Pelvis	LXVII-1996
Fomans J.J. - Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática. <i>Bílar benigna</i>	LX-1989
Forster Montgomery W. - Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1952
Frigero M.J. - Infección quirúrgica	XXXII-1961

G

Gálvez B. - Tuberculosis genital de la mujer	VIII-1936
Gemboa M. - Fractura de diáfisis femoral en el niño	IV-1932
García Lagos H. - Supuraciones no tuberculosas del pulmón	VI-1934
García R.A. - Patología anorrectal quirúrgica no maligna en el adulto	XL-1969
Gebauer W.T. - Traumatismos de la mano y de los dedos. <i>Secuelas</i>	XXIII-1952
Gil O.A. - Actitud del cirujano frente al enfermo crítico	LXXII-2001
Gil Mariño J. - Cáncer de esófago	XXXV-1964
Giner M. - Hipertiroidismo. <i>Tratamiento por radioyodo</i>	XXXIX-1968
Gómez M.A. - Tórax agudo traumático	LIII-1982
Gómez O. - Úlcera de duodeno. <i>Tratamiento</i>	IX-1937
González L.A. - Escoliosis	XXVIII-1957
González Aguilar O. - Cáncer de Tiroides	LXVIII-1997
Gotti Moreno I. - Hemorragias masivas gastroduodenales. <i>Tratamiento</i>	XXII-1951
Gorostague S. - Tumores del Intestino delgado y mesenterio	XXVIII-1957
Gramatica L. - Peritonitis	LIX-1988
Gray Seymour J. - Colitis ulcerosa	XXX-1959
Guardado J. - Tumores malignos primitivos de los huesos. <i>Radioterapia</i>	X-1938
Guruchaga J.V. - Condiciones que debe reunir una institución donde se practica cirugía	XLVII-1976
Gutiérrez A. - Anestesia peridural	X-1938
Gutiérrez J. - Hipertiroidismo. <i>Radioterapia</i>	XV-1943
Gutiérrez L.V. - Educación médica continuada y recertificación	LVII-1986
Gutiérrez V. - Eventración posoperatoria. <i>Tratamiento</i>	XII-1940
Gutiérrez V.P. - Hemorragias digestivas altas graves	XLIV-1973

H

Hickel P. - Cáncer de laringe (<i>Roentgenterapia</i>)	XXVI-1955
Heidenreich A. - Enteró y colopatías vasculares	L-1979
Hermato S. - Hipertiroidismo. <i>Tratamiento</i>	XV-1943
Hernández N. - Peritonitis	XLVIII-1977
Herrero Ducloux K. - Tumores de parótida	XXVII-1956
Hülkamp P. - Cáncer de estómago	LXVI-1995

* Por invitación

I

Introzzi A.S. - Hipertensión arterial. <i>Tratamiento quirúrgico</i>	XIX-1948
Ivanissevich O. - Quistes hidatídicos de pulmón. <i>Tratamiento</i>	X-1938

J

Jáuregui P. - Osteomielitis aguda y crónica en el adulto. <i>Tratamiento</i>	VII-1935
Jorge H. - Cáncer oral	XXXII-1961
Jorge J.M. - Fracturas articulares. <i>Tratamiento operatorio</i>	I-1928

Jorge M.A.- Avances en el tratamiento del «shock»	LII-1982
---	----------

K

Katz E.- Traumatismos del abdomen	XLVII-1976
Kessler Henry H.*- Amputaciones	XXXIII-1962

L

Lagomarsino E.H.- Fractura de la pierna	XV-1943
Lagos García A.- Invaginación intestinal en el niño. Diagnóstico y tratamiento	XVIII-1947
Landivar A.- Fractura del antebrazo en el adulto	III-1931
Lange W.G.- Infección quirúrgica	XXXII-1961
Langer L.- Bronquiectasias en el adulto	XX-1949
Laurence A.E.- Cáncer de colon sigmoideo y del recto. Tratamiento quirúrgico	XXXVI-1965
Levisse J.- Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Radiología	XVIII-1957
Leborgne F.*- Cáncer de mama. Radioterapia	XXV-1954
Leger L.*- Pancreatitis Crónica	XXXII-1962
Lemos Ibañez A.- Tumores malignos de los huesos. Radioterapia	XXX-1959
Libonatti E.J.- Sepsis y cirugía. Bacteriología y parte general	XLIX-1978
Longo O.F.- Pancreatitis aguda	XLVI-1975
López Avellaneda E.M.- Implicancias médico-legales de la práctica quirúrgica	LXXII-2002
Lorenzo C.A.- Terapia intensiva. Organización y funcionamiento	XLIV-1973
Loudet O.- Traumatismos craneales secuelas psíquicas y problemas médico-legales	VII-1935
Loydice F.- Reintervenciones de urgencias en cirugía abdominal. Complicaciones mecánicas	XXXV-1964

LL

Liambias M.R.- Pie varo equino congénito	XXVII-1956
--	------------

M

Magnanini F.- Litiasis de la vía biliar principal	LII-1991
Mainetti J.M.- Cáncer gástrico. Diagnóstico y tratamiento	XXXVIII-1967
Malvarez O.- Parálisis obstétrica	XXIX-1956
Mammoni O.H.- Tratamiento quirúrgico paliativo del cáncer del tubo digestivo	LVII-1986
Manfredi F.J.- Tumores malignos de tiroides	XXIV-1953
Manrique J.- «Shock» quirúrgico	XXXIII-1962
Maraini B.- Litiasis reno-ureteral	VIII-1936
Marino S.- Mioma uterino. Complicaciones	III-1931
Marótti O.R.- Seudoparrosis. Tratamiento	XVIII-1947
Martínez J.L.- Tumores del mediastino	XXXI-1960
Martínez Marull A.- Responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones	LIX-1988
Martínez M.M.- Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1951
Maturana G.- Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento	XXII-1951
Mattos Barreto P. de- Megaesófago. Tratamiento	XXIII-1952
Mazzariello R.- Litiasis de la vía biliar principal	LII-1981
Mazzini O.- Suficiencia hepática en la cirugía del hígado y vías biliares	IX-1937
Mercado H.R.- Aorta abdominal cirugía de la	XLI-1970
Mettler E.- Cirugía abdominal en el paciente crítico	LVIII-1987
Mezzadri N.A.- Valor del mapeo linfático en la cirugía oncológica	LXXIII-2002
Michaels J.- Tumores retroperitoneales, con exclusión de los renales	XXIV-1953
Milanese J.C.- Cirugía colorrectal de urgencia	LVI-1985
Minzi P.L.- Litiasis del colédoco. Tratamiento	XI-1939
Molirano J.J.- Futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía	LXV-1994
Molinari J.L.*- Tuberculosis genital. Fisioterapia	VIII-1936
Montenegro B.- Úlcera de duodeno. Tratamiento	IX-1937
Montesinos M.R.- Valor del mapeo linfático en la cirugía oncológica	LXXIII-2002
Morel C.- Pancreatitis crónica	XXXIII-1962
Moroni J.- Tumores del páncreas	XXXIX-1968
Múscolo D.- Coxa-vara del adolescente	XXI-1950

N

Nardi G.L.*- Pancreatitis crónica	XXXIII-1962
Nallar J.- Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología del esófago	LX-1989

Naveiro J.J.- Hernias hiaales	LI-1980
Negri A.- Lesiones accidentales operatorias de las vías biliares y de los elementos del pedículo hepático	XXI-1950
Neira J.- Atención inicial del traumatizado grave	LXI-1990
Nicholson E.- Prolapso genital de la mujer	XVI-1944
Noallo F.J.- Amputaciones	XXXIII-1962
Nomaksteinsky J.- Balance hidroelectrolítico en cirugía	XXIX-1956

* Por invitación

O

Odriozola M.J.- Hidatidosis Abdominal	LXIX-1998
Ojea Quintana G.M.- Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo	LXXI-2000
Olaciregui J.C.- Tratamiento quirúrgico de las esofagopatías benignas	XLIII-1972
Olaga Alarcón F.- Tumores malignos de los huesos	XXX-1959
Onate T.J.- Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
Oria A.S.- Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática. Pancreática benigna	LX-1989
Ortiz F.E.- Análisis e importancia del costo beneficio en cirugía	LXI-1990
Ortiz J.A.- Videolaparoscopia en el abdomen agudo	LXVIII-1997
Otaize Molina E.* - Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento	XXXIV-1963
Ottolenghi C.E.- Fracturas expuestas. Tratamiento	XVII-1945

P

Padrón R.A.- Sepsis y cirugía. Características en un área de cuidados intensivos	XLIX-1978
Páez E.M.- Infección quirúrgica	XXXII-1961
Palma E.C.*- Arteriopatías periféricas. Tratamiento	XXXIV-1963
Pasman R.E.- Mal de Pott. Tratamiento quirúrgico	II-1930
Pavlovsky A.- Esplenopatías quirúrgicas con exclusión de lesiones traumáticas y quistes hidatídicos	XXI-1950
Pavlovsky A.J.- Esplenopatías quirúrgicas con exclusión de lesiones traumáticas y quistes hidatídicos	XXI-1950
Pekolj J.- Manejo de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal	LXXIV-2003
Pellegrini C.A.- Cirugía videoscópica	LXV-1994
Pelliza J.M.- Bronquiectasias en el niño	XX-1949
Perera S.G.- Litiasis de la vía biliar principal	LII-1981
Perinetti H.- Hipertiroidismo. Tratamiento	XXXIX-1968
Pertinari R.L.- Hidatidosis Abdominal	LXIX-1998
Petracchi L.- Artroplastias de cadera. Indicaciones técnicas y resultados	XXIV-1953
Pitueu F.R.- Cáncer avanzado. Tratamiento quirúrgico	XL-1989
Piqué J.A.*- Luxación congénita de la cadera	XIX-1948
Piqué J.A.- Secuelas de fracturas de la epifisis femoral superior. Tratamiento	XXXII-1961
Piquerez C.- Hipertiroidismo. Tratamiento	XV-1943
Pirosky Y.- Infección quirúrgica	XXVI-1955
Podestá D.- Tumores del mediastino	XXXI-1960
Pollastri E.J.- Incubencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica	LXX-1999
Pons L.M.- Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	XXVI-1955
Ponselli L.*- Escoliosis	XXVIII-1957
Prat D.- Oclusión intestinal aguda. Tratamiento	V-1933
Puente J.J.- Várices de los miembros inferiores. Complejo cutáneo	XI-1939
Pulvertaft G.*- Traumatismos de las manos y de los dedos. Secuelas	XXXII-1952

*Por invitación

Q

Quesada E.M.- Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
Quirno N.*- Colitis ulcerosa inespecífica. Tratamiento	XXX-1959

*Por invitación

R

Ramos Mejía M.M.- Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento médico	XXXIV-1963
Reforzo Membrives J.- Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
Rey A.M.- Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento quirúrgico	XXXIV-1963
Razende Puech- Fractura del codo en el niño	V-1933

Rhodus E.E.- Tórax agudo traumático	LIII-1982
Rivarola J.A.- Luxación congénita de la cadera 2ª infancia adolescencia y adultos	XIX-1948
Rivarola J.E.- Obstrucción intestinal aguda en el niño	XXXI-1962
Rivarola R.A.- Parálisis infantil. Secuelas en miembros inferiores	I-1928
Riveros M.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Introducción	XLV-1974
Rodríguez Egaña A.- Mal de Pott en el niño. Tratamiento Quirúrgico	II-1930
Rodríguez Martín J.A.- Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica	LXX-1999
Rodríguez Otero J.C.- Cirugía oncológica en el paciente adulto	LXXX-2000
Rodríguez Villegas R.- Diabetes en cirugía	V-1932
Rolando Conrado J.- Fractura de la pierna	X-1943
Romagnola E.- Urticaria biliar. Complicaciones posoperatorias	IV-1932
Roncoroni A.J.- Tórax agudo quirúrgico no traumático fisiopatología	XXXVIII-1967
Rosasco Plau S.A.- Patología anorrectal no maligna en el niño	XL-1969
Rubianes C.E.- Terapia intensiva. Organización y funcionamiento	XLIV-1973
Ruiz Guirazú A.- Balance hidroelectrolítico en cirugía	XXIX-1958
Ruiz Moreno M.- Fractura en antebrazo en el niño	III-1931
Ruiz Moreno M.- Emplena en el niño	VII-1935
Ruiz Moreno V.- Pie Plano (en el niño)	XXVI-1965
Russo A.G.- Colitis ulcerosa crónica. Tratamiento	XXX-1959

S

Sacco A.V.- Raquiánestesia	X-1938
Salvati A.A.- Luxación congénita de la cadera 1ª infancia	XXX-1948
Sánchez Pons J.C.- Cáncer de esófago	XXXV-1964
Sánchez Zinny J.- Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal. Complicaciones inflamatorias	XXXV-1964
Sanguinetti F.A.- Responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones	LIX-1968
Santángelo H.D.- Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica	LXX-1999
Santas A.A.- Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar	XXXVII-1956
Schajlowicz F.- Tumores malignos de los huesos. Anatomía Patológica	XXX-1958
Schieppati E.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Tórax	XLV-1974
Sgroso J.A.- Traumatismos del capo. Tratamiento	XVI-1944
Siano Quirós R.- Enfermedad tromboembólica venosa (cirugía)	XLIII-1971
Sivori E.A.- Tumores endocrinos del aparato digestivo	LVI-1965
Sivori J.A.- Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo	LXXI-2000
Sonzini Astudillo P.- Injurias quirúrgicas de la vía biliar	LXX-1999
Solé R.- Úlcera gástrica. Tratamiento	II-1930
Sosa Gallardo C.A.- Pancreatitis aguda	XLVI-1975
Spatola J.- Enseñanza de la cirugía para graduados. Residencias	XLIII-1972
Supastl J.A.- Reintervenciones de urgencias en cirugía abdominal. Complicaciones hemorrágicas	XXXV-1964
Swiffet W.- Flebotrombosis y tromboflebitis	XX-1946
Surraco L.A.- Tuberculosis genital en el hombre	VIII-1936
Sylvestre Begnis C.- Cáncer de laringe	XXXVI-1955
Sylvestre Begnis G.A.- Cirugía oncológica en el paciente adulto	LXXXI-2000

T

Tagliavacche N.- Fractura del codo en el adulto	V-1933
Tagliani A.C.- Fisiopatología y clínica de la estenosis mitral desde el punto de vista clínico-quirúrgico	XXV-1954
Taubenschlag H.- Hernias umbilicales recidivadas	XIII-1941
Tejerna Fotheringham W.- Pancreatitis aguda. Etiología y patogenia	XIV-1942
Teme J.- Arteriopatías periféricas no oclusivas. Tratamiento	XXXIV-1963
Terz J.J.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Sarcomas de las partes blandas del tronco y extremidades en el adulto	XLV-1974
Trabucco A.- Traumatismos del niño	XVII-1945
Tricerri F.E.- Afecciones valvulares del corazón	XXV-1954
Trigo E.R.- Organización y funcionamiento de un departamento de cirugía	XLV-1974

U

Uriburu J.V.- Obstrucción intestinal aguda	XXXI-1980
--	-----------

V

Vaccarezza O.A.- Traumatismos Torácicos	XIV-1942
Vaccarezza O.A.- Tórax agudo quirúrgico no traumático	XXXVIII-1967
Yañis J.E.- Traumatismos de meniscos ligamentos cruzados y laterales de rodilla. Tratamiento	XXIII-1941
Varela Chilense R.- Cáncer de la mama. Estado actual del tratamiento	XXXVII-1966
Vargas Saucedo L.- Raquiánestesia	X-1938
Velasco R.- Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Lesiones torácicas y abdominales	XXXI-1960
Velasco Suárez C.- Cirugía hepatobiliar. Cuidados pre y posoperatorios	XVI-1944
Vernengo M.J.- Traumatismos craneanos	XVI-1944
Vicaya E.P.- Cáncer de mama	XXV-1954
Vieggio J.A.- Alepectomías	LIV-1983
Viale S.- Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Sistema nervioso	XXXI-1960
Vila E.- Várices del miembro inferior. Tratamiento	XI-1939

W

Wilks A.E.- Lesiones quirúrgicas de las vías biliares	XLIX-1978
---	-----------

Y

Yoel J.- Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
--	-------------

Z

Zancoll E.- Mano. Cirugía reparadora de las secuelas de algunas lesiones de tendones y nervios	XLI-1970
Zavaleta D.E.- Vías de abordaje al abdomen superior	XXVI-1955
Zeno A.- Fracturas diafisarias. Tratamiento operativo	I-1928
Zeno L.- Fracturas del cuello de fémur	VI-1934
Zeno L.- Quemaduras. Secuelas	XVII-1945
Zorraquín G.- Precáncer y cáncer de recto	VIII-1936

El placer de Viajar

Mar del Plata
Bahía Blanca
Tres Arroyos
Necochea
Balcarce
Miramar
La Plata
Bolívar
Tandil
Junín



EL RAPIDO