

LA FUNDACION MEDICA DE MAR DEL PLATA Y EL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD*

RICARDO A. PAZ

Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata

Algunos de los presentes conocen mejor que yo los orígenes del hospital porque participaron activamente en su organización o apoyaron la idea, cuando para la mayoría parecía un delirio destinado a un fracaso seguro. "Esto no va a andar..." dijeron hace 25 años y tal vez ese presagio agorero haya sido una suerte.

En la Argentina el "full time" para médicos casi no existía. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Alfredo Lanari era uno de los pocos profesores con dedicación exclusiva y el único en el ciclo clínico.

En abril de 1977, cuando ingresé al Hospital Privado de Comunidad, era una organización joven, que apenas llevaba 6 años de funcionamiento y, sin embargo, todo lo esencial de su estructura organizativa ya estaba hecho y poco ha cambiado desde entonces. En todo lo demás, podría decir que la transformación y el crecimiento han sido tan grandes que quien sólo hubiese conocido aquel hospital de hace 20 años, se perdería rápidamente en el actual y ni qué hablar de su complejidad. Baste decir que pasó de 4 500 a 22 000 m² cubiertos. Quiero enfatizar este aspecto porque muestra con bastante claridad que más importante que la dimensión inicial de una organización es que tenga una estructura adecuada. En esta materia, en la Argentina, en vez de empezar de a poco e ir creciendo o refaccionando y dotando de una buena estructura y modernizando lo que ya existe, hay tendencia a construir edificios para hospitales, cuanto más grandes mejor. Para peor, esta manía edificadora no siempre es bien intencionada y a veces su motor es la corrupción. Es difícil imaginar una asignación más torpe del dinero. Desgraciadamente, la piedra fundamental y las inauguraciones son instituciones, a diferencia de lo

que viene después que muchas veces es "ahora arréglate como puedas...".

Cuando se inauguró el actual Hospital Escuela de la Universidad de Buenos Aires, desde el punto de vista edilicio ya era obsoleto. El viejo Hospital de Clínicas, en vez de haber sido declarado monumento nacional y modernizado, algo que hubiese ocurrido con su equivalente, de haber estado en Londres, París o Boston, fue demolido después de una restauración parcial, ... que también fue demolida! Sólo quedó la capilla y algunas esculturas que cambiaron de lugar con poco sentido estético y, además, manoseadas. Recuerdo estas cosas porque ocurrieron nada menos que en una dependencia de la Universidad de Buenos Aires.

El sistema de atención que describiré, tuvo una estructura bien pensada desde el comienzo, porque los integrantes del grupo inicial, que ahora se conocen coloquialmente como "los del Mayflower", tuvieron el acierto de aplicar muchas ideas tanto propias como ajenas, particularmente muchas ideas de quienes se incorporaron o reincorporaron a la actividad universitaria y se preocuparon por la educación médica y la organización sanitaria después de septiembre de 1955. Esas personas, desde diferentes posiciones, también comenzaron por proponer "cambios en el cuidado de la salud".

Voy a tratar de describirles sintéticamente la realidad actual, sin tratar de ocultarles los problemas que me parece que existen, de acuerdo, por supuesto, a una visión personal que quizá otros no compartan. No pretendo conocer todos los aspectos de la organización pero el haber ocupado cargos en sus tres pilares que son: la Fundación Médica, la asociación de los médicos de planta (Medicina Integrada Sociedad Civil), y el Hospital, y haber sido Jefe del Departamento de Docencia e Investigación durante 4 años, me ha permitido formarme una opinión. Además, la especialidad de patólogo facilita una visión bastante global de la mayoría de las especialidades. En la medicina moderna, como me imagino que Uds. saben, los patólogos nos ocupamos mucho más de los vivos que de los muertos.

Entiendo que estas reuniones han sido planeadas para discutir alternativas al sistema actual de atención de la

Recibido: 1-XII-1997

Aceptado: 14-XII-1997

* Conferencia dictada el 29-5-97 en la reunión sobre "Cambios en el Cuidado de la Salud" organizada por *Medicina (Buenos Aires)* y llevada a cabo en la Cátedra de Ciencias de la Salud de la Universidad de Belgrano

Dirección postal: Dr. Ricardo A. Paz, Hospital Privado de Comunidad, Córdoba 4545, 7600 Mar del Plata, Argentina
Fax: 023-990099; E-mail: idd@argent.com.ar

salud en la Argentina, algo que a juicio de casi todo el mundo deja mucho que desear, y plantear cambios para los tiempos que vienen.

El modelo del Hospital Privado de Comunidad, aun existiendo la voluntad necesaria para tratar de aplicarlo, requiere que se den algunas condiciones y que se acepten algunos requisitos, sin los cuales parece inútil intentarlo. A ellos me referiré más adelante.

Para entender la organización actual, hay que referirse a la forma en que nació este emprendimiento que se inspiró en la ley de Reforma Hospitalaria¹ que se puso en marcha en el Hospital Regional de Mar del Plata (Planta Piloto N° 1), que funcionó durante 1 000 días entre los años 1961 y 1964 y que como dice el Dr. Carlos García Díaz² lo sorprendente de la conmemoración de los primeros 25 años exitosos del Hospital Privado de Comunidad es que fue la consecuencia del triste fin que tuvo el Hospital de Reforma en el año 1964. Todas las descripciones de los orígenes se refieren a esa experiencia que se inició en la Provincia de Buenos Aires durante el gobierno del Dr. Oscar Alende cuando Arturo Frondizi era el Presidente de la República. El fracaso no se debió a sus aspectos asistenciales porque en ese sentido el Hospital Regional tuvo mucho éxito y precisamente eso es lo que movilizó a los que lo destruyeron por ver amenazados sus intereses personales y no, por cierto, los de la sociedad. No fue la población marplatense la que hizo cerrar ese hospital. Por el contrario, fue la aceptación que tuvo su modalidad de atención la que impulsó al grupo médico y a la comunidad, a través de algunos de sus integrantes más representativos, generosos y entusiastas, para empezar a trabajar y poner en marcha el proceso por el cual se creó la Fundación Médica de Mar del Plata, que fue el primer paso³. Hay que recordar, también, que en ese tiempo, posterior a la que se llamó Revolución Libertadora, se habían repatriado o incorporado al gobierno o a la Universidad de Buenos Aires, muchos hombres que habían aprendido a apreciar cosas que no se aplicaban en la medicina de nuestro país. El "full time" con dedicación exclusiva o al menos con horario prolongado en el hospital, las residencias médicas, no sólo como el mejor método para la capacitación en el post-gradado sino también como mejoradoras de la calidad de la asistencia, la historia clínica única, la medicina en equipo en la que el enfermo no "pertenece" a un médico, la necesidad de fomentar la docencia para mejorar la calidad de la asistencia y en el mismo sentido la de tratar de inculcar el espíritu científico en el ámbito de la medicina mediante el estímulo de la investigación clínica. Asimismo, la enorme importancia que tenía jerarquizar la enfermería, las reuniones grupales para la presentación y discusión de casos, los ateneos anatomoclínicos, el funcionamiento de comités de historias clínicas, de tumores, de auditoría, de infec-

ciones hospitalarias, de farmacia, de ética, etc. y, sobre todo, la idea de un hospital para todo el mundo y no sólo para los pobres.

Todas las cosas mencionadas y muchas otras que habían caracterizado el sistema del Hospital de Reforma, se fueron incorporando en la nueva organización, algunas desde el comienzo, otras sobre la marcha, con idas y venidas, mediante prueba y error, pero con la diferencia esencial con respecto al liquidado Hospital Regional que en vez de ser una repartición pública era privada, lo que la hacía menos dependiente de los fondos del Estado y de los vaivenes políticos, tan es así que aquel hospital murió en el primer cambio de gobierno y, para peor, democrático. Lo hicieron los Radicales Intransigentes y lo deshicieron los Radicales del Pueblo. Sin embargo sería injusto no recordar que los fondos públicos le dieron un empujón decisivo al nuevo hospital en sus comienzos, a través de un crédito y posteriormente, cuando se firmó el convenio con el PAMI, gracias al pago de 2 cápitras por adelantado, es decir, una más que la inherente al sistema por capitación, que se basa, precisamente, en el pago adelantado.

El crédito y el adelanto mencionados fueron decisivos porque permitieron compensar los efectos que la inflación galopante tenía sobre el valor de los gastos fijos (sueldos, insumos, etc).

Una de las condiciones que se requieren para iniciar un sistema capitado es que hay que conseguir una financiación inicial, pero, una vez en marcha, la organización debe ser capaz de subsistir y crecer con los recursos que genera. No se debe pretender iniciarla con los fondos obtenidos por suscripción de adherentes. Ustedes se preguntarán, igual que yo ¿A quién se le ocurrió iniciar un proyecto como éste? Después de 30 años no es fácil conseguir una respuesta unánime y seguramente que no fueron una o dos personas solamente.

Ya he mencionado la Ley de Reforma Hospitalaria y la Planta Piloto N° 1, pero ellas no nacieron por generación espontánea. Los modelos anglosajones, particularmente americanos, comenzaron a tratar de ser imitados y a desplazar a los modelos franceses que prevalecían en la preguerra. El Dr. Samuel Bosch describió en diciembre de 1978, las características del sistema Kaiser de atención médica, que funcionaba en los EE.UU desde el año 1932⁴. Allí se reconocen similitudes con el modelo de Mar del Plata que no creo que sean una mera coincidencia. Los principios de la organización se parecen mucho y entre ellos están los pilares del sistema que son: la atención por capitación, una entidad sin fines de lucro (en nuestro caso la Fundación Médica) que contrata las prestaciones con un grupo médico independiente (en nuestro caso Medicina Integrada Sociedad Civil) y el Hospital que en el caso de Kaiser puede o no pertenecer a la entidad madre pero que en nuestro caso sí pertenece a la Fundación.

El *National Health Service* británico instaurado por el gobierno laborista, después de la Segunda Guerra Mundial también tiene, guardando las distancias, algunas semejanzas organizativas que veremos, aunque éstas se incorporaron mucho después. Es decir que había un sinnúmero de ideas más o menos nuevas que inspiraron el modelo y un grupo de médicos, que seguían en mar del Plata después del cierre del Hospital Regional, que a pesar de ese fracaso tuvieron la visión, el coraje y el tesón como para no desanimarse y reincidir.

A mí siempre me pareció notable, por ejemplo, la idea de la percepción de honorarios a partir de un fondo común -ya veremos cómo funciona- o la valoración igualitaria de las horas médicas que se oponía al mito de las especialidades "vedettes". Digo esto porque a los pacientes lo que les importa es su padecimiento y la medicina existe para ellos. Quiero mencionar algunos nombres de médicos porque casi todas las personas que consulté coinciden en que tuvieron un protagonismo indiscutible dentro de la organización en sus comienzos. Hubo otros que la apoyaron desde afuera, tanto desde la esfera oficial como por el aporte de las nuevas ideas sobre organización hospitalaria y sanitaria, que directa o indirectamente influyeron en los iniciadores. Del grupo de médicos organizadores que estaban en Mar del Plata mencionaré, por orden alfabético, los nombres de Omar Areta, Ernesto Brik, Julio Genoud, Horacio González Esquivel, Mario Statti y otros que no nombraré para evitar omisiones involuntarias. Algunos de los nombrados se relacionaron más con la faz organizativa y otros porque ingresaron al sistema con toda su clientela. No menos decisivo fue un grupo calificado de fundadores no médicos que colaboraron con esfuerzos y dinero en los comienzos y sin ellos tampoco hubiese podido llevarse a cabo la idea. También hubo médicos que aunque no estaban incorporados a la organización, la hicieron posible gracias a sus colaboraciones, tanto en el terreno de las ideas inspiradoras como por el apoyo que le brindaron desde diferentes posiciones jerárquicas, entre ellos, Ezequiel Holmberg, Alberto Mondet y Jorge Firmat, (como dijo Florencio Escardó, el agua y jabón de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires), Manuel Del Carril, Mario Brea, Carlos García Díaz, Jorge Manrique, Alfredo Lanari y muchos otros que no tuve el placer de conocer. Algunos de los nombrados pertenecían al comité de Residencias de la Asociación Médica Argentina, que inspeccionó y aprobó las residencias del Hospital Regional, predecesor.

Los que conocieron el período que estoy describiendo se podrán estar preguntando ¿Qué tuvo que ver Lanari con el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata?, aparte de ser marplatense de nacimiento y campeón del Mar del Plata Golf Club en el año 1927. Lo nombro porque ¿Acaso no fue Lanari, allá por los años 1956 o 57, junto con Brea y Del Carril, uno de los impulsores

decisivos de las residencias médicas en la Argentina, del "full time" o de la dedicación al hospital con horario prolongado y de la investigación clínica hospitalaria? Dicho sea de paso tuvimos el honor de que nos viniera a visitar y a hablar en 1978 y a partir de esa vez siempre que nos veíamos se interesaba por la marcha de la organización que tanto le había gustado.

Estructura de la organización

Está basada en tres entidades fundamentales que paso a describir:

La Fundación Médica de Mar del Plata

Es la dueña del hospital, de su equipamiento, de los bienes muebles e inmuebles que constituyen el patrimonio institucional. Determina la política y marca el rumbo a seguir a través de diferentes programas de asistencia; como toda fundación, es una entidad sin fines de lucro. Es el ente recaudador de los fondos que se obtienen mediante contratos, con el PAMI y las obras sociales; diseña y vende los diferentes planes de salud propios de la Institución, realiza convenios de atención con otras instituciones de medicina pre-paga, distribuye cupos de pacientes jubilados a médicos descentralizados para la atención del primer nivel. Hay 29 de estos médicos descentralizados que tienen algunas semejanzas con los GP (*General Practitioners*) del sistema británico. Estos médicos no pertenecen a la sociedad civil de los profesionales "full time" con dedicación exclusiva. Se agrupan en consultorios externos en 5 zonas de la ciudad. Esos consultorios les pertenecen a ellos y no a la Fundación Médica. Durante el año 1996, atendieron aproximadamente el 80% de los pacientes del primer nivel de PAMI y 102 796 consultas. Este grupo representa un caso al que la Fundación está prestando especial atención en la actualidad y que comentaré más adelante.

Nombra al Director del Hospital, al Jefe del Departamento Médico, al Jefe del Departamento de Docencia e Investigación y, recientemente, ha creado el cargo de Jefe del Departamento de Atención Primaria.

El Estatuto de la Fundación establece que de cesar en su actividad sus bienes pasarían a la Escuela Nacional de Salud Pública.

A través del departamento de Docencia e Investigación, otorga becas de capacitación para 133 residentes que incluyen algunas becas de perfeccionamiento en especialidades para la post-residencia y, en menor medida, también otorga becas para profesionales de planta en relación con proyectos asistenciales que desea desarrollar. Está conducida por un Consejo de Administración integrado por un presidente y vice-presidente que son médicos, 3 vocales también médicos, 3 vocales y un secretario no médicos.

Las autoridades son elegidas en la asamblea anual.

Los auditores son dos contadores que, a su vez, son docentes en la Facultad de Economía de la Universidad de Mar del Plata y no forman parte del Consejo de Administración.

El hospital

Como ya mencioné, tiene actualmente una superficie cubierta de 22.000 m² con entradas por las calles Córdoba y su paralela San Luis lo cual da cierta idea de su dimensión. Sus autoridades principales son el director, el jefe del departamento médico asistido por un secretario técnico y comités técnicos integrados por los jefes de departamento, jefes de división, jefe del departamento de docencia e investigación y representantes de la asociación de los médicos. Funciona en un edificio principal y otros cercanos que ocupan buena parte de tres manzanas contiguas. Da cobertura a más del 20% de la población de Mar del Plata, es decir a más de 100 000 personas. La cobertura abarca los tres niveles de atención de un hospital general de agudos, con algunos agregados como un servicio de medicina preventiva y otro de atención de ancianos que incluye algunos aspectos de rehabilitación y asistencia familiar de pacientes con ciertas enfermedades discapacitantes crónicas tales como Alzheimer, hemipléjicos, etc. Tiene a su cargo la atención de 61 000 personas del PAMI más 27 000 de planes de salud propios. El resto corresponde a obras sociales y, en menor proporción, a pacientes privados. Esa constituye la población hospitalaria permanente a la que se agregan, durante la temporada, los jubilados en tránsito y los afiliados a otras instituciones de medicina pre-paga que tienen convenios con la Fundación. Esto obliga a hacer algunos ajustes para adecuarse al aumento de la demanda en el verano.

Tiene unas 220 camas de internación con 20 habitaciones de una cama con acompañante. Del resto, la gran mayoría son de 2 camas. Hay 10 de 3 camas y en las 220 camas mencionadas están incluidas las de terapia intensiva, unidad coronaria, terapia intermedia para post-operatorios inmediatos y neonatología.

Se desarrollan la mayoría de las especialidades médicas con 145 profesionales de planta que tienen dedicación exclusiva y tiempo completo en casi todos los casos. La división de diagnóstico por imágenes incluye radiología convencional, ecografía, tomografía axial computada, resonancia nuclear magnética, densitometría ósea y medicina nuclear. Cuenta con servicios centrales de análisis clínicos y laboratorio de patología, dotados de equipos modernos con los que se realizan estudios de mediana a alta complejidad. Es una de las pocas entidades privadas, y para el caso también públicas del país, en la que se realizan autopsias que brindan enseñanza y sirven, también, como control de la calidad.

El servicio de radioterapia atiende pacientes con tumores, de la población propia y también recibe derivaciones de otras partes. El servicio de nefrología tiene un centro de diálisis con 15 riñones artificiales separados en dos salas, una de ellas para pacientes infectados.

El hospital es el único centro asistencial del interior de la Provincia de Buenos Aires donde se realizan trasplantes renales y de córnea.

Hay servicios tales como el de hemodinamia y cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea y neurocirugía, que menciono porque requieren apoyo y equipamiento más complejo que otras especialidades. Existe una farmacia que provee medicamentos a las salas de internación, recetados de acuerdo a un vademecum recomendado por el comité de farmacia. No se elaboran recetas ni se expenden productos medicinales a pacientes ambulatorios excepto algunos, como medios de contraste radiológico, etc. El total de egresos en el año 1996 fue de 13 826 con un promedio de estada de 4.3 días y una tasa de mortalidad de 7.6%. La edad promedio de la población hospitalaria de adultos, ronda los 68 años.

Hay un centro de cómputos con pantallas en los servicios centrales, las unidades de internación, el archivo central de historias clínicas y los consultorios descentralizados, de modo que el resultado de los análisis y biopsias puede ser consultado en cualquier terminal. Esto disminuyó mucho las llamadas telefónicas y el constante ir y venir de residentes por los laboratorios en busca de resultados, lo cual hacía perder tanto tiempo a todo el mundo. El archivo almacena más de 357 000 historias clínicas con sus respectivas radiografías y moviliza diariamente más de 3.000 que se trasladan dentro del hospital y salen a los consultorios descentralizados. Debo destacar que es sumamente ágil y eficiente.

Los diagnósticos están codificados por el CIE 9 de la OMS y todos los diagnósticos histológicos y citológicos están codificados por el SNOMED⁵.

Una idea del movimiento quirúrgico y endoscópico lo da que el año pasado se informaron 5 352 biopsias y se hicieron 565 estudios citológicos de punciones de lesiones profundas con aguja fina, un método que ahorra muchísimos padecimientos, además de tiempo y dinero en intervenciones quirúrgicas. El laboratorio de análisis clínicos realizó 616 722 determinaciones, entre ellas, muchas de alta complejidad. Se efectúan estudios genéticos, de compatibilidad para trasplantes, dosajes hormonales por radioinmunoensayo, etc.

Gracias a que los diagnósticos están codificados -a que gran parte de la población es cautiva- y a que existe un servicio social eficiente, los enfermos se pierden poco del seguimiento y se pueden hacer análisis retrospectivos los cuales son invaluable para potenciar la propia experiencia, calcular costos y posibilitar la investigación clínica cuya producción y calidad mejora poco a poco.

La modalidad de pago de la atención es por capitación en aproximadamente el 80%. Se cobran por prestación las prácticas no nomencladas, prácticas a pacientes privados o de otras pre-pagas, y las que no están específicamente cubiertas por los diferentes tipos de planes.

El Hospital dispone, en la planta principal, de un servicio de emergencia atendido por médicos asignados en forma fija al mismo y de 80 consultorios externos para consultas que en su mayor parte son para especialistas y en menor medida para consultas programadas o de demanda espontánea, atendidas por clínicos generales. Se completa la atención ambulatoria con los 5 grupos de consultorios externos atendidos por médicos descentralizados, que como ya mencioné, no pertenecen a la Fundación, más dos que sí le pertenecen, uno de ellos para enfermedades crónicas y prácticas de rehabilitación, ya mencionado más arriba, y otra para el grupo de ensayo de medicina familiar con consultorios externos descentralizados, médicos de dedicación exclusiva y residentes, que concurren a los domicilio y atienden a 10 000 personas capitadas.

La disponibilidad de camas está incrementada por la existencia de un servicio de internación domiciliaria de pacientes crónicos con médicos, enfermeras, auxiliares y asistentes sociales, con capacidad operativa para 380 camas y de 1.500 pacientes crónicos que requieren prestaciones domiciliarias aisladas a demanda.

Una experiencia relativamente nueva que lleva dos años de funcionamiento es la de atención domiciliaria diferenciada con capacidad operativa para 20 camas en la que cada paciente es visto diariamente de acuerdo a las necesidades. Lo integran tres médicos generalistas de dedicación exclusiva, 3 enfermeras y 1 secretaria administrativa, con telefonía celular, movilidad, instrumental, etc. Atiende pacientes seleccionados, aptos para esa modalidad y permite altas relativamente precoces de pacientes agudos.

El personal no profesional percibe sus sueldos de fondos que surgen de la parte que el hospital recauda por la proporción que le corresponde de acuerdo al Nomenclador Nacional (gastos sanatoriales) y la Fundación cubre los faltantes que pudieran existir.

Relación contractual de la Fundación con el cuerpo profesional de planta. Medicina Integrada Sociedad Civil

La relación contractual del cuerpo profesional con la Fundación se establece a través de una sociedad civil con personería jurídica que agrupa a los 145 profesionales de planta que incluyen a 9 bioquímicos; el resto son médicos y, excepto 2, los demás trabajan en un régimen de dedicación exclusiva por el que no perciben un sueldo sino que perciben honorarios que varían de acuerdo a los ingresos globales.

Con Medicina Integrada, la Fundación contrata la provisión de los servicios del segundo nivel, la docencia y algunos otros programas.

El cumplimiento de la relación contractual de los aspectos profesionales se establece a través del Director y del Jefe del Departamento Médico, de quién, a su vez, dependen los coordinadores o jefes de cada servicio.

Medicina Integrada transfiere a un fondo común la totalidad de los honorarios profesionales que recibe de la Fundación por pacientes capitados (aproximadamente el 80% de la población) de acuerdo al contrato que mantiene con ella. A su vez, lo recaudado en las cajas del Hospital por consultas o tratamientos diversos pasa al fondo común de acuerdo a las proporciones establecidas por el Nomenclador Nacional en concepto de honorarios médicos. La Fundación debita los costos de algunas prestaciones que la sociedad civil de los médicos no provee, como ser el de los profesionales descentralizados; el de los que integran el proyecto de medicina familiar que está poniendo a prueba al igual que el de internación domiciliaria diferenciada, los rechazos conformados, etc. Hechos estos débitos, el resto pasa a la sociedad de los profesionales que lo reparte en su totalidad, previa deducción de los gastos administrativos que son pequeños, una reserva para imprevistos y el pago de las retenciones obligatorias correspondientes a los impuestos que gravan individualmente la actividad profesional. Los datos que provee la administración de Medicina Integrada a cada socio, facilitan mucho la tarea de efectuar sus declaraciones personales a la DGI.

Los profesionales perciben sus honorarios de acuerdo a un básico que, como les mencioné, es igual para todos, más incrementos por antigüedad profesional (hasta 15 años), antigüedad hospitalaria (también hasta 15 años), guardias activas o pasivas (variable según los servicios), y un 28% se reparte de acuerdo a la calificación por rendimiento que cada uno obtiene mensualmente y que no significa rendimiento económico sino a un puntaje otorgado por un comité de calificación constituido por el jefe del departamento médico, jefe del departamento de docencia e investigación, jefes de división, dos representantes de Medicina Integrada y el jefe o coordinador del servicio del profesional que se está calificando. Hay derecho de apelación.

El comité se reúne anualmente y toma en cuenta, entre otras cosas, la disponibilidad, la calidad, el compromiso con los pacientes y con la institución, la actitud docente, la producción académica, lo que el médico es requerido por los pacientes y por sus colegas etc., siguiendo un esquema que intenta ser lo más objetivo y uniforme posible. Como se imaginarán este es un tema espinoso, causante de malestares periódicos y sin visos de una solución definitiva y satisfactoria para todos.

Los ingresos profesionales se complementan mediante un seguro médico extendido al grupo familiar, ausen-

cia de lucro cesante por vacaciones ni por enfermedad, licencias por capacitación hasta 10 días para poder asistir a congresos y también por lo que significa desentenderse de muchas necesidades administrativas.

Departamento de docencia e investigación

De este departamento dependen, actualmente, 133 residentes y diversos programas de capacitación médica continua mediante conferencias, ateneos, seminarios, promoción de proyectos de investigación clínica, etc. También de él depende la escuela de enfermería. La biblioteca posee buenos libros y 92 suscripciones a revistas de las diferentes especialidades. Tiene acceso a diversas bases de datos y servicio de consulta bibliográfica como el Medline y el Internet.

Colabora y asesora a quienes proponen proyectos de trabajos, organiza o auspicia jornadas, cursos y demás actividades académicas.

Asesora y supervisa los diferentes trabajos que salen del hospital cuando sus autores lo requieren. Es decir que organiza la actividad académica y, al mismo tiempo, supervisa, atiende y coordina las necesidades de los programas de residentes, la escuela de enfermería, y las relaciones con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires con la que la Fundación ha suscripto un convenio que habilita el hospital para un internado rotatorio de pre-grado. Si bien existe el convenio, todavía no ha recibido alumnos rotantes.

Podemos ver de tanto en tanto que la revista *Medicina (Buenos Aires)* y también revistas extranjeras publican trabajos del Hospital Privado de Comunidad. Han sido seleccionados dos trabajos por las series *Year Book*. Quiero decir con esto que pese a ser una institución netamente asistencial (el promedio de 4.3 días promedio de internación lo señala claramente), sin una activa vinculación universitaria, ni énfasis prioritario en los aspectos académicos, ni dotada de un cuerpo profesional especialmente formado en temas de investigación, está logrando cierta producción científica aceptable para su publicación en buenas revistas.

La experiencia asistencial en geriatría es realmente muy destacada.

- - -

Antes de finalizar me gustaría hacer un breve comentario sobre algunos de los aspectos que caracterizan al sistema que he descripto.

1) Se suele decir que el pago por capacitación induce a la subprestación. Sin embargo, esa crítica razonable se ve contrarrestada por la presencia de más de 130 médicos residentes, al igual que por las discusiones grupales en recorridas de sala, ateneos, etc. y por el fondo común en el que se diluyen los posibles intereses personales.

2) La organización a partir de una entidad sin fines de lucro es fundamental para que los excedentes que pudieran existir, en vez de ser retirados por particulares sean aplicados al progreso institucional. El tema del costo/beneficio y de la medicina basada en la evidencia^{6,7}, que se refiere a la asignación racional que se debe dar a los recursos disponibles, es conflictivo porque contrapone los intereses individuales de los pacientes con los de las instituciones, los médicos y la sociedad. Si bien escapa a los fines de este relato lo menciono porque conviene tenerlo presente cuando se fijan los objetivos institucionales.

3) La percepción de honorarios médicos a través de un fondo común y no por percepción directa evita prestaciones innecesarias y también que los profesionales compitan entre sí por los honorarios.

4) La dedicación exclusiva y tiempo completo son esenciales para la aplicación de este modelo en la parte hospitalaria. Pueden existir excepciones en contados casos. Es la condición más difícil de aplicar porque quedó muy desprestigiada y desvirtuada durante la prolongada inflación que padeció el país. Los honorarios que perciben los profesionales, permiten, en general, un desarrollo personal y familiar adecuado. Son muy convenientes para la gente joven que no ha pasado muchos años de post-residencia en el país ni se han abierto camino en otros sistemas. Sin embargo pueden limitar las posibilidades de incorporar profesionales de gran prestigio.

Ha sido más fácil incorporar profesionales deseosos de regresar al país luego de pasar períodos de formación en el exterior. Los hospitales públicos, en general no se han caracterizado por su generosidad para reconocer los antecedentes de los que carecen de antigüedad en la Argentina. Esta limitación no tiene por qué existir en un sistema privado y esa ventaja debe ser aprovechada para tratar de elegir muy bien a los que se incorporan dado que la calidad médica, por buena que sea la estructura organizativa de una institución, siempre estará en directa relación con la calidad humana y profesional de sus integrantes y de la creatividad de los que la conducen.

5) La atención primaria de pacientes en consultorios externos es uno de los aspectos que más preocupa en la actualidad a la Fundación Médica. Se procura evitar la aparición de cierto desdén por las enfermedades comunes y, por consiguiente, el descuido consciente o inconsciente de la calidad de su atención. Nuestras escuelas de medicina no han sido inocentes por este mal que puede deteriorar las relaciones entre médicos y pacientes y causar perjuicios de todo tipo.

A ese respecto es mucho lo que podemos aprender del sistema británico que tiene objetivos claros y explícitos y recomendaciones expresas para lograrlos^{8,9}.

De esa manera el *National Health Service* ha conseguido que los GP deriven a los pacientes para la consulta especializada con un resumen bien explícito del motivo de la consulta y lo que se espera de ella. A su vez, los especialistas se los devuelven con la información que corresponde. El respeto es mutuo y la educación de pre y de post-grado es la que se ocupa de que sea así. El resultado que han obtenido es que los GP tengan, en general, un manejo muy adecuado de las enfermedades más frecuentes.

Bibliografía

1. García Díaz C. La Reforma Hospitalaria Argentina. A propósito del 25 aniversario del Hospital Privado de Comunidad. *Medicina y Sociedad* 1996; 19: 25-9.
2. Pavón SJ, Montenegro J, Alvarez M, Giraudi H. El Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. Una experiencia en administración y financiación de la salud. *Medicina y Sociedad* 1984; 7: 147-57.
3. Bosch SJ. El Plan de Salud Kaiser. *La Prensa (Buenos Aires)* Sección Primera, página 6, 17 de diciembre de 1978.
4. La Reforma Hospitalaria Ley N° 6462 sancionada por el Senado y la Cámara de Diputados de la provincia de Buenos Aires el 27-12-60.
5. SNOMED (*systematized nomenclature of medicine*). College of American Pathologists, 28 Ed, 1979.
6. Maynard A. Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet* 1997; 349: 126.
7. Roncoroni AJ. Medicina de Consenso. *Página 12 (Buenos Aires)* Contratapa 11 de junio de 1997.
8. Glynn JJ, Perkins DA. Managing Health Care. Challengers for the 90s. London: W.B. Saunders 1995.
9. Bottomley V. The Health of the Nation. A Strategy for Health in England. London. HMSO, 1992. *Reimpresión con correcciones, 1993. Presentación al Parlamento por la Secretaría de Estado de Salud.*

*All Faith is false, all Faith is true
Truth is the shattered mirror strown
in myriad bits; while each believes
his little bit the whole to own*

Todo credo es falso, todo credo es cierto
Es la verdad un espejo que se ha roto
en mil añicos; pero cada cual se cree
que poseer un fragmento es poseerlo todo

Richard Francis Burton (1821-1890)

"The Kasidah" (1880). Citados en: Day RA. How to write and publish a scientific paper. Philadelphia: ISI Press, 1979, p 35; la traducción al castellano es de Manuel Sáenz en: Day RA. Cómo escribir y publicar un trabajo científico. 2da. edición en español. Publicación Científica N° 558 Washington DC: OPS/OMS, 1996, p 46

[Richard Francis Burton, autor prolífico, fue soldado, explorador, simultáneo médico, mago y prestidigitador derviche, antropólogo, políglota, corresponsal de la guerra del Paraguay y una de las personalidades más extravagantes de su época. Tradujo "Las mil y una noches", el "Kama Sutra" y otras obras eróticas. Dice Borges de las "Casidas": "es una rapsodia evolucionista que lady Burton juzgó muy superior a las "Rubayát" de FitzGerald. . .". A la muerte de sir Richard, lady Isabel quemó el manuscrito de una traducción del árabe al inglés de un libro erótico, "El jardín perfumado", en el cual Burton había estado trabajando 14 años y también quemó todos sus diarios y papeles [Borges JL. Los traductores de las mil y una noches (1935). En: Historia de la eternidad. Buenos Aires: Emecé, 1953, pp 99-133 y Drabble M (ed). The Oxford Companion to English Literature, 5th ed. Oxford: Oxford University Press, 1985, p 150].