

# DiSTRITO III



Publicación del Distrito III del Colegio de Médicos de la  
Provincia de Buenos Aires (Buen Viaje 554 - Morón)  
Tel.: 4629-1611 / 4628-3035 / www.colmed3.com.ar

Año 14 - Número 99 | Mayo 2013  
Ejemplar Ley Nº 11.723 | Adherido a ADEPA

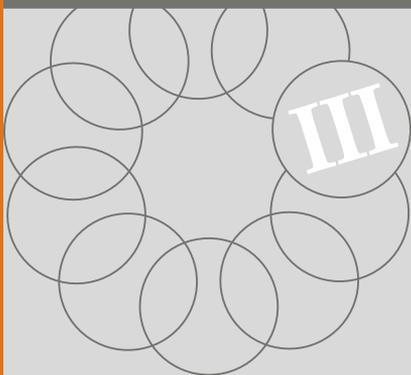
## ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA 2012 | 2013



En el Hospital Santamarina

### Nuevo caso de violencia institucional





# Convocatoria a la Asamblea General Ordinaria

De conformidad con el Decreto Ley 5413/58 y el Reglamento de Asamblea, el Consejo Directivo del Distrito III del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires convoca a la ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA para el día 27 de junio de 2013 a las 19:00 hs. en primera citación, en la sede de nuestro Colegio (Buen Viaje 554, Morón), para considerar el siguiente Orden del Día:

- 1) Consideración de la Memoria, Balance, y Cálculo del presupuesto de gastos presentados por el Consejo Directivo.
- 2) Fijación de la cuota anual de matriculación e inscripción.
- 3) Tomar conocimiento y adoptar resolución sobre el monto de los derechos que fije el Consejo Directivo para la inscripción de los contratos.
- 4) Tomar conocimiento y adoptar decisiones sobre el Fideicomiso Constutres.
- 5) Fijación de la retribución de gastos que corresponde en forma irrenunciable a cada uno de los miembros del Consejo Directivo del Distrito.
- 6) Designación de dos colegiados para firmar el Acta.



# Editorial

## Recetarios rosas de psicotrópicos

Resulta conveniente aclarar a nuestros matriculados que la instauración de este recetario, que en primera instancia era de color naranja, fue realizada mediante decreto del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires hace ya varios años. Dicho Ministerio se hace cargo de su confección en su imprenta a través de un convenio y el Colegio de Médicos se encarga de la distribución a los médicos. Para ello debemos retirarlo de La Plata a veces con nuestros vehículos particulares en ocasión de nuestra concurrencia a reuniones del Consejo Superior del Colegio, y en otras oportunidades debemos enviar un móvil a cargo del Colegio. O sea, de nuestra matrícula, para contar con los recetarios en nuestras oficinas y poder entregar a los colegas. Asumimos esta responsabilidad como un servicio gratuito para los médicos para que no tengan que retirarlos en sedes del Ministerio de Salud, acercando este elemento cerca de sus lugares de trabajo en los límites de nuestro Distrito. Cuando la existencia es periódica y permanente, procedemos a enviar a los Círculos Médicos para facilitar el acceso del material a los colegas. Ahora bien, una vez conocida esta situación se comprenderá que cuando el Ministerio no nos provee de los recetarios rosas, no podemos cumplir con los pedidos de los colegas. De más está decir que siempre estamos atentos a poseer un adecuado stock realizando los pedidos con la antelación que corresponde, pero aún así hay meses que no tenemos recetas en la institución. Se hacen los reclamos con la vehemencia que el caso amerita, pero por razones de variada índole como falta de papel, medidas de fuerza gremiales o desperfecto en la imprenta, entre otras, las recetas no aparecen. Hacemos la comunicación a los Colegios de Farmacéuticos del Distrito, dictamos resoluciones para autorizar a los colegas a recetar con recetarios propios a efectos de no perjudicar a los pacientes y al propio profesional, aspectos que son meramente paliativos ya que sabemos que muchas farmacias no quieren este proceder y rechazan las recetas culpando a los médicos ante los mismos pacientes de esta situación. Como ustedes comprenderán, cuando no tenemos existencias, no podemos distribuir lo que no poseemos, ya que como expresamos, los recetarios los provee solamente el Ministerio. Como Distrito III ya nos hemos dirigido al Consejo Superior para que se determine que en caso de no tener una provisión continuada y suficiente para los requerimientos de nuestros matriculados, se proceda a la denuncia del convenio ya que es imposible continuar recibiendo las quejas de una situación que excede nuestra posibilidad material de resolución. Mientras tanto, queremos transmitir a ustedes nuestro compromiso de continuar con la exigencia para la regularización en la confección y la distribución del recetario, solicitándoles comprensión ya que debemos responder a casi 7.000 colegiados que pueden solicitarlos, algunos con especialidades críticas como psiquiatría, neurología o actividades con gran afluencia de pacientes como los médicos que atienden el Pami. Por ello, no piensen que nuestro personal retacea recetarios, sino que debemos gestionar la distribución para que llegue a todos nuestros colegas. Al momento de escribir estas líneas contamos con material, pero dadas las condiciones políticas y económicas de nuestra provincia, no sabemos qué puede ocurrir en el futuro. Por ello recomendamos antes de concurrir al Colegio a retirar recetarios que se comuniquen con nuestra Institución a efectos de no molestarse en vano. Asimismo, cuando no haya existencia de recetas, queda vigente nuestra resolución de realizar las recetas de psicotrópicos en recetas personales de los médicos, aspecto que renovaremos en cada oportunidad que haya faltantes como las mencionadas. Continuaremos haciendo las gestiones para la completa regularización o en su defecto solicitar la derogación del decreto ministerial.

Dr. Mauricio Eskinazi -Presidente-



### Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito III

- **Presidente**  
*Dr. Mauricio Eskinazi*
- **Vicepresidente**  
*Dr. Enrique Laval*
- **Secretario General**  
*Dr. Luis de Innocentis*
- **Prosecretario**  
*Dr. Alejandro Verger*
- **Tesorero**  
*Dr. Daniel Alonso*
- **Protesorero**  
*Dr. Alberto Díaz*
- **Secretario de Actas**  
*Dr. Eduardo Cerratto*

**Publicación propiedad del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires - Distrito III**  
Reg. de la Prop. Intelectual N° 348633  
Tel.: 4629-1611 / 4628-3035  
[www.colmed3.com.ar](http://www.colmed3.com.ar)  
Horario de atención: lun. a vier. 9 a 15 hs.

#### Directores:

*Dr. Enrique E. Laval*  
*Dr. Alberto Díaz*

Las resoluciones, comunicados e informaciones que surjan del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires DISTRITO III y que se mencionen en esta publicación serán de conocimiento obligatorio para los colegiados. Estas informaciones son exclusivas para los señores Médicos, ya que las mismas no revisten carácter público y están reservadas y dirigidas a cada profesional matriculado. Los artículos firmados son de estricta responsabilidad de sus autores y de ninguna manera comprometen nuestra opinión institucional. El Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires DISTRITO III no se responsabilizará por el cumplimiento de los ofrecimientos y/o servicios que en esta edición se publiciten.



Mayo de 2013

D·III

Entrevista al Dr. Ricardo H. Fescina,  
Director del CLAP

# Treinta años del Sistema Informático Perinatal



El **Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)**, es una unidad técnica de la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** que brinda asesoría técnica a los países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva. Desde su creación en 1970, el **CLAP/SMR** ha trabajado para buscar la mejoría de la salud perinatal en la Región.

En 1983, publicó el **Sistema Informático Perinatal (SIP)**, un producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de la Región convocados periódicamente por el **CLAP/SMR** para su revisión, y que forma parte de las herramientas (tool kit) de la **OPS** para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. Los datos de cada mujer embarazada y de su hijo se recogen desde la primera visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto.

Desde el año 2006, el **Dr. Ricardo H. Fescina** es director del centro y continúa la tarea de su fundador e ideólogo, el **Dr. Ricardo Caldeyro Barcia**, con quien trabajó prácticamente desde su conformación.

## ¿Cuál es la órbita del CLAP?

El Centro Latinoamericano de Perinatología, que se llama además Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) es un centro técnico de la OPS –no es un centro asociado ni en colaboración– cuyo foco de atención es la salud de la mujer y del recién nacido. La coordinación del programa de salud sexual y reproductiva de la OPS para todas las Américas tiene su sede en este centro.

## ¿Por qué se constituye en Uruguay?

Porque aquí en Uruguay, antes de 1970, que es cuando se crea el centro, existía un servicio de Fisiología Obstétrica que dependía de la Universidad

de la República (Udelar), y que estaba dirigido por el Dr. Caldeyro Barcia. En realidad, el título completo era Servicio de Fisiología Obstétrica Bernardo Houssay, en honor al fisiólogo argentino que había obtenido el premio Nobel. El servicio tenía su financiamiento por la Udelar y por grant que conseguía de Estados Unidos y otros lugares, hasta que en el año 69 hay una crisis y se queda sin financiamiento. El profesor Caldeyro presenta un dossier al director de la OPS, que era el Dr. Abraham Horwitz, va con Houssay inclusive, y presentan la idea de crear un centro de OPS. La organización toma la idea con la condición de que Caldeyro ocupe la dirección. Así es que en 1970 se firma entre el gobierno a través de la Udelar, el Ministerio de Salud Pública y la OPS un convenio que se renueva cada cinco o seis años, en donde el gobierno cede el espacio físico y las instalaciones, pero todo el financiamiento es puesto por la Organización. Todos los funcionarios que trabajan acá, sean uruguayos o sean extranjeros, están financiados por la OPS.

## ¿Cuáles fueron concretamente sus funciones iniciales?

Este centro empieza dedicándose a varias tareas, y va evolucionando. Comienza como un centro de investigación fisiológica, de la fisiología del parto, de cómo

## CLAP

El Centro Latinoamericano de Perinatología fue creado en Montevideo, en 1970, por profesionales de la especialidad liderados por Roberto Caldeyro Barcia, mediante un acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, la Universidad de la República y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).



manejar el trabajo de parto; es decir, más a realizar una investigación muy limitada a pocos individuos. Por ejemplo, estudios de cómo es la dilatación cervical, bien acotada a cierto número de embarazadas. Por su parte, la OPS –que es la organización de la salud más vieja del mundo, previa a la OMS– fundamentalmente aborda los problemas de salud desde un concepto más amplio, no tan restringido a la fisiología de un trabajo de parto, sino de la salud de las mujeres. Por lo tanto, el centro va haciendo una transformación, si bien nunca deja de hacer investigaciones, hacia trabajar en salud en epidemiología, en salud comunitaria, en salud pública. Es así como partiendo de una línea fisiológica terminamos en políticas de salud y salud pública en lo que va de estos 43 años del centro. Entre esas líneas de trabajo se encuentra la de la Historia Clínica Perinatal (HCP), o todo el Sistema Informático Perinatal (SIP).

#### ¿La intención de Caldeyro Barcia era apuntar a atención primaria?

En realidad sí. Caldeyro Barcia era una persona muy inteligente. Era profesor de fisiología obstétrica, y menciono esto porque él no era ni obstetra ni salubrista, pero veía las cosas mucho más allá, como toda persona muy inteligente, no se limitaba a su campo sino que veía un panorama. En un principio, se continuó con los estudios fisiológicos, pero Caldeyro vio que los grandes impactos para mejorar la salud de la población eran tomando grandes grupos poblacionales. Entonces comienza esa transición Caldeyro, la continúa el Dr. Ricardo Schwartz, y después la seguimos nosotros –yo estoy aquí desde el año 77–. Uno de los temas que surgió en esa época era tener banco de datos con información que nos permitiera planificar la atención y la asistencia médica. No solamente que fuese un “a mí me parece que hay muchos diabéticos” o “a mí me parece que hay muchos niños con depresión al nacer”, sino realmente tener los valores. Por lo tanto todo lo que era sistemas de registros comienza a tener una preponderancia muy importante en el quehacer del centro.

#### ¿Cómo se llega al Sistema Informático Perinatal? ¿Qué problemas se presentaron?

A través de varios pasos. Primero hubo una hoja que

se llamaba de Nacidos Vivos, después hubo una Historia Clínica Perinatal que se hizo en conjunto con Argentina, que era una historia grande y de varias hojas. Tuvo penetración en varios lugares del país, aquí, en Argentina y en algunas otras zonas de América Latina, pero la gente y los médicos se quejaban de que era muy grande y era muy tedioso. Porque, hay algo interesante: la Historia Clínica es el primer acto médico. Ningún médico va a decir que la HC no es importante. Si hay una HC bien hecha, seguramente habrá una buena asistencia. Está muy ligado a la asistencia de las personas. Pero en el momento de tener que llenarla el profesional de la salud es reacio a anotar. Es un problema que suele darse. Cuando la historia El **Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)**, es una unidad técnica de la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** que brinda asesoría técnica a los países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva. Desde su creación en 1970, el **CLAP/SMR** ha trabajado para buscar la mejoría de la salud perinatal en la Región.

En 1983, publicó el **Sistema Informático Perinatal (SIP)**, un producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de la Región convocados periódicamente por el **CLAP/SMR** para su revisión, y que forma parte de las herramientas (tool kit) de la **OPS** para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. Los datos de cada mujer embarazada y de su hijo se recogen desde la primera visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto.

Desde el año 2006, el **Dr. Ricardo H. Fescina** es director del centro y continúa la tarea de su fundador e ideólogo, el **Dr. Ricardo Caldeyro Barcia**, con quien trabajó prácticamente desde su conformación.

#### ¿Cuál es la órbita del CLAP?

El Centro Latinoamericano de Perinatología, que se llama además Salud de la Mujer y Reproductiva

(Continúa en Pág. 6)



(CLAP/SMR) es un centro técnico de la OPS –no es un centro asociado ni en colaboración– cuyo foco de atención es la salud de la mujer y del recién nacido. La coordinación del programa de salud sexual y reproductiva de la OPS para todas las Américas tiene su sede en este centro.

#### ¿Por qué se constituye en Uruguay?

Porque aquí en Uruguay, antes de 1970, que es cuando se crea el centro, existía un servicio de Fisiología Obstétrica que dependía de la Universidad de la República (Udelar), y que estaba dirigido por el Dr. Caldeyro Barcia. En realidad, el título completo era Servicio de Fisiología Obstétrica Bernardo Houssay, en honor al fisiólogo argentino que había obtenido el premio Nobel. El servicio tenía su financiamiento por la Udelar y por grant que conseguía de Estados Unidos y otros lugares, hasta que en el año 69 hay una crisis y se queda sin financiamiento. El profesor Caldeyro presenta un dossier al director de la OPS, que era el Dr. Abraham Horwitz, va con Houssay inclusive, y presentan la idea de crear un centro de OPS. La organización toma la idea con la condición de que Caldeyro ocupe la dirección. Así es que en 1970 se firma entre el gobierno a través de la Udelar, el

## Caldeyro Barcia

Roberto Caldeyro Barcia, médico, escritor e investigador nacido el 26 de septiembre de 1921 en Montevideo, fue el impulsor y el Director del Centro Latinoamericano de Perinatología. Pionero en el mundo junto con el Dr. Hermógenes Álvarez en el desarrollo de la medicina perinatal, en 1947,



establecieron un sistema de trazado con el objetivo de monitorear la presión intrauterina durante el embarazo, labor que hizo posible analizar y definir la contractilidad uterina durante el embarazo y el nacimiento, midiendo la intensidad y la frecuencia de las contracciones y el tono uterino. Esta investigación condujo al establecimiento de las "Unidades Montevideo" para cuantificar la actividad uterina, que son utilizadas en todo el mundo. En 1955, desarrollaron un método para medir el efecto de las contracciones uterinas sobre el ritmo cardíaco fetal, que se convirtió luego en la base del monitoreo fetal, usado comúnmente para monitorear la respuesta del feto a las contracciones durante el trabajo de parto y para prevenir daños neurológicos resultantes de carencia de oxígeno.

Caldeyro fue miembro de 70 Sociedades Científicas y Academias de Medicina, postulado en tres oportunidades por la Academia de Ciencias de Suecia como candidato al Premio Nobel, recibió títulos honoríficos de 18 entidades científicas universitarias además del título de Doctor Honoris Causa de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, que ésta le confirió en 1994. Falleció el 2 de noviembre de 1996.

Ministerio de Salud Pública y la OPS un convenio que se renueva cada cinco o seis años, en donde el gobierno cede el espacio físico y las instalaciones, pero todo el financiamiento es puesto por la Organización. Todos los funcionarios que trabajan acá, sean uruguayos o sean extranjeros, están financiados por la OPS.

#### ¿Cuáles fueron concretamente sus funciones iniciales?

Este centro empieza dedicándose a varias tareas, y va evolucionando. Comienza como un centro de investigación fisiológica, de la fisiología del parto, de cómo manejar el trabajo de parto; es decir, más a realizar una investigación muy limitada a pocos individuos. Por ejemplo, estudios de cómo es la dilatación cervical, bien acotada a cierto número de embarazadas. Por su parte, la OPS –que es la organización de la salud más vieja del mundo, previa a la OMS– fundamentalmente aborda los problemas de salud desde un concepto más amplio, no tan restringido a la fisiología de un trabajo de parto, sino de la salud de las mujeres. Por lo tanto, el centro va haciendo una transformación, si bien nunca deja de hacer investigaciones, hacia trabajar en salud en epidemiología, en salud comunitaria, en salud pública. Es así como partiendo de una línea fisiológica terminamos en políticas de salud y salud pública en lo que va de estos 43 años del centro. Entre esas líneas de trabajo se encuentra la de la Historia Clínica Perinatal (HCP), o todo el Sistema Informático Perinatal (SIP).

#### ¿La intención de Caldeyro Barcia era apuntar a atención primaria?

En realidad sí. Caldeyro Barcia era una persona muy inteligente. Era profesor de fisiología obstétrica, y menciono esto porque él no era ni obstetra ni salubrista, pero veía las cosas mucho más allá, como toda persona muy inteligente, no se limitaba a su campo sino que veía un panorama. En un principio, se continuó con los estudios fisiológicos, pero Caldeyro vio que los grandes impactos para mejorar la salud de la población eran tomando grandes grupos poblacionales. Entonces comienza esa transición Caldeyro, la continúa el Dr. Ricardo Schwartz, y después la seguimos nosotros –yo estoy aquí desde el año 77–. Uno de los temas que surgió en esa época era tener banco de datos con información que nos permitiera planificar la atención y la asistencia médica. No solamente que fuese un "a mí me parece que hay muchos diabéticos" o "a mí me parece que hay muchos niños con depresión al nacer", sino realmente tener los valores. Por lo tanto todo lo que era sistemas de registros comienza a tener una preponderancia muy importante en el quehacer del centro.

#### ¿Cómo se llega al Sistema Informático Perinatal? ¿Qué problemas se presentaron?

A través de varios pasos. Primero hubo una hoja que se llamaba de Nacidos Vivos, después hubo una Historia Clínica Perinatal que se hizo en conjunto con Argentina, que era una historia grande y de varias hojas. Tuvo penetración en varios lugares del país, aquí, en Argentina y en algunas otras zonas de América Latina, pero la gente y los médicos se quejaban de que era muy grande y era muy tedioso. Porque, hay algo interesante: la Historia Clínica es el primer acto médico. Ningún médico va a decir que la HC no es importante. Si hay una HC bien hecha, seguramente habrá una buena asistencia. Está muy ligado a la asistencia de las personas. Pero en el momento



de tener que llenarla el profesional de la salud es reactivo a anotar. Es un problema que suele darse. Cuando la historia es muy extensa, dejan muchos huecos y espacios vacíos. Entonces se hizo un consenso, se trabajó mucho, ya más con el Dr. Schwartz porque Caldeyro había dejado ya la dirección, pero el proceso fue continuo. Recuerdo que Schwartz me llama a mí y a otro colega y nos dice que había que simplificar el sistema porque no tenía la penetración esperada. Había un rechazo, no por mala sino por extensa, por lo que va en contra de lo buscado que es tener información. Así conformamos una Historia Clínica Perinatal de prácticamente una hoja, donde se concentra la información mínima indispensable para una asistencia de calidad de la madre y el recién nacido.

#### **¿En qué se diferenciaba a cualquier otra HCP?**

La característica que la diferenciaba de todas en el mundo es que detrás de la historia tiene todo un sistema informático que permite el ingreso de datos y la elaboración de indicadores de salud en forma automática. Desde que se publicó –en 1983 es la primera publicación de esa historia, en la Revista Panamericana de Salud Pública– ha sufrido las modificaciones que sufrió la Medicina, estando a 30 años de ello. Por ejemplo, en ese entonces no existía el tamizaje para VIH, porque prácticamente no existía la problemática de VIH. Existía pero estaba muy limitada, encima no había tratamiento, y cuando no hay solución a un problema de salud no se puede obligar a la población a hacer un screening poblacional porque creas angustia. Esos problemas se van tratando de incorporar a los sistemas de registros más paulatinamente, cuando el consenso médico y la población lo aceptan. Actualmente se hace screening de VIH a todas las embarazadas, por supuesto, porque prácticamente pasó de ser una enfermedad mortal a una enfermedad crónica, como puede ser una diabetes o una hipertensión.

#### **¿Se modifica frecuentemente la HCP?**

A medida que van surgiendo nuevos conocimientos y problemáticas que se incorporan en el control prenatal, más o menos cada cuatro o cinco años por consenso se va modificando la historia. Pero manteniendo siempre dos principios básicos. El primero es que sirva de base para la atención a la mujer que se le está tomando la historia. Si la HCP no puede mejorar la calidad de la asistencia, no sirve. El segundo concepto es que la historia trate de responder a todos aquellos programas que los ministerios de salud tienen, y que entonces, en forma automática se puedan sacar los indicadores. Por ejemplo, si tenemos un programa que es “Eliminación de la transmisión vertical de la sífilis”, o sea, eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública, la historia te tiene que permitir sacar ese indicador. No es que se le deba pedir al profesional de la salud que llene otro papel para obtener la información. Tiene que salir de allí. Luego se modifica por consenso panamericano. Después, si hay algún gobierno en particular que quiere un indicador más, por ejemplo de violencia intrafamiliar, se intenta para ese país incorporar ese dato sin modificar la estructura básica de la historia, y se ofrece a los demás países si quieren agregar ese dato.

#### **¿Qué información aparece en la HCP? ¿Cómo se maneja para beneficiar a la población?**

La gran virtud que tiene es la versatilidad. Es de fácil utilización, es muy amigable y la versatilidad está en el

manejo de datos. Por ejemplo, si la historia está ingresada al sistema, uno puede con un clic sacar toda la estadística básica de un lugar, ya sea de cuántos nacidos vivos tiene, cuántas cesáreas, cuántos partos vaginales, cuántas muertes maternas, muertes neonatales, fetales, cuántas adolescentes, cuántas con enfermedades hipertensivas del embarazo, etcétera. Entonces, uno puede caracterizar a la población que asiste. Se puede decir de esa manera “yo tengo que poner más recursos en captación porque la mujer viene tardíamente a la consulta”, o “tengo que tener una consulta de adolescentes porque el 20 % de la población que viene a mi maternidad son mujeres muy jóvenes, menores de 19 años; y no tengo que dar tanta importancia a la diabetes en el embarazo porque es sólo el 1 % de mi población”, como ejemplos. Con esa información se refuerza el área más exigida. Para eso sirve. Así que no sólo aporta a la asistencia individual de la embarazada, sino que también para la asistencia colectiva en ese aspecto, para saber cómo reforzar el sistema de salud. El flujo de información es el siguiente: El dueño de la información es la mujer embarazada –y su niño–; al llegar al servicio de salud, éste toma la información. Se ingresan los datos y pueden ser procesados localmente. Luego, pueden viajar –y hay diferentes modalidades– a un servidor central, que puede estar en el ministerio de salud; así que a nivel nacional se tiene la información de las diferentes maternidades. Si son provincias, se puede recolectar primero a nivel de los ministerios provinciales. Eso depende de cómo organice el flujo de información cada país. De los ministerios nacionales, si quieren, mandan la información al CLAP, como reservorio regional de la información, donde se consolidan todas las bases de datos de la región y se hacen algunos análisis especiales para los que se necesita mucha cantidad de datos. Cuando los datos pasan al CLAP, toda la información personal se borra en el mismo acto de la transferencia de datos. O sea que acá no puedo reconocer individuos. Puedo reconocer países. Es hasta ahí donde llega. ¿Para qué se usa ese banco de datos? Nosotros lo actualizamos y lo “purificamos”, para decir de una manera fácil. Verificamos la compatibilidad interna –hay programas que validan esto–, hemos hecho validación externa del banco de datos, y eso se abre bajo protocolo para hacer investigaciones.

#### **¿Qué tipo de investigaciones, por ejemplo?**

En este momento, la Organización Mundial de la Salud, en su sede madre en Ginebra, está haciendo una investigación sobre intervalo intergenético, es decir en el intervalo entre el fin de un embarazo y el comienzo de otro, cuánto tiempo es mejor, si seis meses, un año, cuántos años. Para hacer esa investigación, ya se sabe que está el banco con, purificados, unos tres millones de casos. Son muchísimos más, pero el proceso de consolidación de la base es complicado. Si tomamos los casos desde el principio es mucho más grande, pero como alguna variable se incorpora, para estudios que requieren información incorporada más recientemente se emplean las más completas.



# Comisión Laboral

Estimado Colega: le recordamos que si su trabajo es por cobro de honorarios, documente en forma mensual su actividad conformando una factura que debe ser recibida y firmada por autoridades responsables de la clínica, sanatorio y/u obra social.

## ASESORAMIENTO GRATUITO SOBRE CONFLICTOS LABORALES

**Miembros de la Comisión:**

**Dres. Enrique Laval, Luis de Innocentis y Erick Mendoza**

**Asesoramiento legal:**

**Dr. Pablo Pita (Estudio: Perón 1333 3º of. 38 Capital Federal  
Tel.: 4372-3257 / 4373-5169)**

**Días y horarios de atención:**

**Martes de 14 a 16 hs. Colegio de Médicos Distrito III  
(Buen Viaje 554, Morón). Pedir Turno.**

## Nuevo Servicio del Colegio Asesoramiento Previsional

**Dra. Zulema Maciel**

**Atiende: Viernes por medio de 12:00 a 14:00**

**Turnos al tel.: 4629-1611 (Sra. Alejandra)**



*Centro de Ojos Ituzaingó s.a.*

**U**D. SABE TODO LO QUE PUEDE DECIR UNA MIRADA?

**N**OSOTROS TRABAJAMOS PARA MEJORAR  
SU CALIDAD DE VISTA

- Campo Visual Computarizado
- Estrabismo
- Retinofluoresceinografía
- Rayo Láser / Yag Láser
- Cirugía de Miopía con Excimer Láser
- Topografía Corneal
- Cirugía de Miopía con Bisturí Diamante
- Diabetología
- Tratamiento del Glaucoma
- Cirugía de Astigmatismo
- Cirugía de Hipermetropía
- Oftalmopediatría
- Cirugía de Estrabismo con suturas ajustables
- Electrorretinograma

**Directores**



Dr. Jorge O. Pasquinelli



Dr. Raúl R. Mutilva

Central: Juncal 258 - (1714) Ituzaingó - Tel.: 4623-9212 / 9225 Fax: 4623-9222  
Moreno: Intendente Pagano 2672 - (1744) - Tel.: 0237-4661770 / 4661771 Fax: 0237-4661770  
E-mail: [centrojosit@inea.net.ar](mailto:centrojosit@inea.net.ar)



## Recordamos que el Colegio de Médicos del Distrito III lleva adelante distintos servicios gratuitos destinados a los colegas matriculados: ASESORIA LETRADA Y GREMIAL

### ESPECIALIDADES:

Estimado colega: recuerde que todo título de Especialista emitido a partir del 27 de septiembre de 1994 obligatoriamente debe ser recertificado cada cinco años. Art. 33 - Reglamento de Especialidades.

### RECERTIFICACIÓN

Si Usted aún no procedió a la recertificación de su título de especialista, lo invitamos a hacerlo a la brevedad. Recordamos que la recertificación será probablemente uno de los parámetros que exigirán las financiadoras del sector salud para seleccionar a los prestadores profesionales. EL COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ES LA UNICA ENTIDAD RECONOCIDA Y FACULTADA PARA EFECTUAR EL RECONOCIMIENTO DE LOS CREDITOS QUE POSIBILITAN LA RECERTIFICACION EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. COLEGA: NO ESPERE HASTA EL MOMENTO EN QUE LE EXIJAN LA RECERTIFICACION. EFECTUE EL TRAMITE CON TIEMPO.

### FRP

Recuerde, colega, que si no tiene paga la Matrícula no estará cubierto en el Fondo de Resguardo Profesional.

### CAMBIO DE DOMICILIO

Colega: Recuerde que para poder recibir toda la información inherente a nuestro Colegio de Médicos será conveniente que tenga actualizada su información en nuestros registros: Dirección, Teléfono y Mail.

### TALONARO DE PSICOFÁRMACOS

(Recetario rosa)

Por Resolución del Consejo Superior del Colegio de Médicos, los talonarios para la prescripción de sicotrópicos de las listas III y IV serán entregados solamente a COLEGIADOS (no inscriptos) en forma personal y que se encuentren al día con la Tesorería del Distrito.

### SELLO PROFESIONAL

Es obligatoria la colocación del número de matrícula de la Pcia. de Bs. As. en el SELLO PROFESIONAL.

# PASMME

Programa de Atención en Salud Mental al Médico Enfermo

*En el marco de los objetivos que nos hemos propuesto, reiteramos que la totalidad de nuestros matriculados cuentan con un servicio de consulta, orientación y asistencia en salud mental.*

**Llamar al 4599-9275**

**Garantizamos absoluta confidencialidad**



En el Hospital Santamarina, de Esteban Echeverría



# Un nuevo caso de VIOLENCIA INSTITUCIONAL

“El título sobre un nuevo caso de violencia institucional es perfecto” coincidieron los Doctores **Miguel Ángel Molinas Justo**, ex Jefe de Terapias Intensivas del Hospital Santamarina de Esteban Echeverría y **Carlos Eduardo Gracia Costa**, actual Presidente de la Asociación de Profesionales del mismo nosocomio. Y justamente, el **Dr. Molinas Justo** es el eje de la problemática en la que, repentinamente, se vieron envueltos los empleados del hospital.

Para la mayoría de los seres humanos, el 29 de diciembre se vive con la ilusión y la expectativa de las fiestas de fin de año. En el caso del **Dr. Molinas Justo**, el 29 de diciembre del año pasado no fue un día más. Ese sábado recibió en su casa el telegrama en el que se le informaba que quedaría cesante de su labor en el **Santamarina**. El

telegrama venía directamente de parte del Departamento Ejecutivo Municipal de **Esteban Echeverría**. “Ese sábado recibí el telegrama y no lo podía creer”, recuerda el Doctor **Molinas Justo**, y agrega: “Encima después venían **lunes 31 y martes 1º de enero** con lo que faltaban varios días para que pueda hablar con alguien”. Pero el hecho puntual de su cesantía tiene una historia previa y un futuro incierto en manos de la justicia.

“Hace 6 años, a mí me hicieron un sumario por supuesta incompatibilidad horaria. Y demostré que había un error” explica el ahora ex Jefe de Terapias Intensivas. “Yo había solicitado un cambio de horarios en las guardias entre mi trabajo en el Santamarina y en el Grierson de Guernica. Tenía que pasar por toda una burocracia y yo necesitaba urgente ese cambio de horario. Incluso





hablé con la Jefa de Personal y ella me lo autorizó aunque me dijo que tenía que esperar los tiempos administrativos y mientras tanto, firmar y figurar en la planilla donde trabaje hasta que quede asentado el cambio. Si yo no firmaba, quedaría cesante. Firmé y también me cesantearon. Me hicieron una cama. Firmé y me hicieron un sumario por incompatibilidad horaria. Yo estaba autorizado para ésto por todas las autoridades excepto por el entonces Secretario de Salud, el Dr. Sergio Saldutto quien tiene algo contra mí”, sostuvo **Molinas Justo**.

El Doctor **Gracia Costa** explica: “Nosotros veníamos de un conflicto constante con el municipio desde la Asociación de Profesionales pidiéndoles las cosas básicas que necesitamos para trabajar en el hospital. Hablamos con el Director del Hospital, con el Secretario de Salud e incluso con el Secretario de Gobierno. Fueron muchas reuniones infructuosas y no recibimos ninguna respuesta. Hasta

pedimos una reunión con el intendente Fernando Gray. No pasó nada y decidimos avanzar con medidas de fuerza”.

En dicho sumario se le toman declaración al Director del Hospital, a la Jefa de Personal y al Jefe de Terapia Intensiva “y los tres dicen que no existía ningún motivo para llevar adelante ese sumario. Que se avisó en tiempo y forma”. Y agrega: “Lo que se tratan de hacer es distraer nuestra fuerza en el reingreso de Molinas en lugar de seguir reclamando por las cuestiones básicas del hospital”.

Consultados, ambos doctores, en relación a qué fue lo que motivó esta extrema y equivocada medida, coinciden: “Estamos cada vez más desamparados, bajo una metodología fascista que nos señala todo el tiempo con la amenaza del descuento o de la cesantía”.

El caso ya lo tomó la justicia y actuará como deba actuar. Mientras, tanto el doctor **Molinas Justo** como el doctor **Gracia Costa** piden que se siga adelante en el reclamo por los elementos básicos y necesarios para el **Santamarina**.

*Este Colegio apoya y acompaña en forma incondicional todos los reclamos y pedidos de justicia que realizan los Colegas del Hospital Santamarina de Esteban Echeverría.*

## Fallecimiento del Dr. Eduardo Alvarez

El 2 de febrero de 2013 lamentablemente nos enteramos del deceso de nuestro Consejero Eduardo Horacio Alvarez, representante por el partido de Ezeiza. Sabíamos que en estos últimos meses venía sufriendo de una patología vascular que no pudo superar. Simplemente, era un buen profesional y un buen compañero. En pocas palabras, un excelente ser humano. Nuestro homenaje es seguir trabajando como él lo hacía en la defensa de los derechos del trabajador médico. “Hasta siempre, Alvarito”.



## CURSO SUPERIOR BIANUAL de DIABETOLOGÍA

Declarado de Interés Municipal - Decreto 383/08

Teórico - Práctico de 630 hs. de duración

Modulado

Inicia el 15 de abril de 2013 en el Colegio de Médicos de Morón - Distrito III

(Ntra. Sra. del Buen Viaje 554 - (1708) Morón)

Dirección: Dra. Ana Kulczycki

### Ejes Temáticos

#### Módulos:

- Epidemiológico, Fisiopatológico, Histopatológico.
- Bioquímico.
- Clínico del niño, adolescente, adulto y anciano.
- Diabetes gestacional.
- Farmacológico y de capacitación en el diseño terapéutico (hipoglucemiantes orales, tratamiento insulínico convencional e intensificado. Interacciones farmacológicas con otros medicamentos utilizados para patologías concomitantes).
- Programación de los Microinfusores de insulina (Bombas).
- Complicaciones a nivel cardiovascular, renal, neurológico, oftalmológico, sexual, dermatológico, odontológico, etc.
- Síndrome Metabólico y sus patologías asociadas.
- Cuidados pre y postoperatorios.
- Emergencias metabólicas. Tratamiento de los comas, acidosis, intercurrencias.
- Manejo psicoterapéutico de la relación médico-paciente-familia-instituciones.
- Legislación, Bioética, Trasplantes de órganos e Investigación.

#### Talleres:

- Capacitación en la utilización de los insumos: Automonitoreo, Lapiceras para aplicar insulina, Bombas de insulina).
- Adiestramiento en la realización de: Fondo de ojo, Métodos para evaluación de la neuropatía y arteriopatía periférica,
- Curación de las lesiones del pie diabético.
- Técnicas de educación diabetológica

### Inscripción

Tel.: 4483-1228 / 4629-1611 / 4628-3035 / 462 | (15)6141-5362

info@colmed3.com.ar

## Cursos de Actualización programados para 2013

### Ecografía Pediátrica y Neonatal (Teórico-Práctico) - Prácticas en Htal. Carrillo de Ciudadela

**Inicio:** 04/04 | **Duración:** 7 meses | **Finaliza:** 31/10 | **Días:** Jueves | **Horario:** 19:00 a 21:00 hs.

**Directores:** Dra. María Cristina Sperperato | **Lugar:** Distrito III

### El Educador Diabetológico

**Inicio:** Agosto | **Duración:** 4 meses | **Finaliza:** Nov. (aprox.) | **Días:** Martes | **Horario:** 18 a 22 hs.

**Directores:** Dra. Ana Kulczycki | **Lugar:** Distrito III

### Infectología

**Inicio:** 09/04 | **Duración:** 2 años | **Finaliza:** 03/12 | **Días:** Martes | **Horario:** 20:00 a 22:00 hs.

**Directores:** Dr. Héctor Laplume | **Lugar:** Distrito III

### Medicina Interna

**Inicio:** 19/03 | **Duración:** 1 año | **Finaliza:** Diciembre | **Días:** Martes | **Horario:** 18:30 a 21:30 hs.

**Directores:** Dr. Norberto Cardozo | **Lugar:** Distrito III

### Sexología - 1er. Nivel

**Inicio:** 22/04 | **Duración:** 1 año | **Finaliza:** Diciembre | **Días:** Lunes por medio | **Horario:** 18 a 21 hs.

**Directores:** Dra. Liliana Burgariotti | **Lugar:** Distrito III



# Cursos Superiores programados para 2013

## Administración Hospitalaria (20 mínimo para comenzar)

**Inicio:** 03/04 | **Duración:** 1 año | **Días:** Miércoles | **Horario:** 8:30 a 13:30 hs.  
**Directores:** Dr. Mario Borini | **Horas:** 400 | **Lugar:** Distrito III

## Cirugía e Intervencionismo Vascular Periférico

**Inicio:** 10/04 | **Duración:** 2 años | **Días:** Miércoles | **Horario:** 9:00 a 12:00 hs.  
**Directores:** Dr. Orlando D. Sarti | **Horas:** 1056 | **Lugar:** Hospital Paroissien

## Dermatología

**Inicio:** 22/03 | **Duración:** 3 años | **Días:** 1er., 2do. y 4to. Viernes de c/mes | **Horario:** 15 a 18 hs.  
**Directores:** Dra. Lidia E. Valle | **Horas:** 2334 | **Lugar:** Distrito III

## Diagnóstico por Imágenes

**Inicio:** 11/04 | **Duración:** 3 años | **Días:** Jueves | **Horario:** 19:00 a 21:00 hs.  
**Directores:** Dr. Juan Mato González | **Horas:** 2250 | **Lugar:** Distrito III

## Ecodopler Vascular Arterial y Venoso Periférico e Interv. Ecorrigidos en Flebología y Linfología

**Inicio:** 12/03 | **Dur.:** 10 meses | **Días:** 2do mar. y jue de c/mes | **Hor.:** 16:30 a 20:45 hs. | **Prácticas:** Mar. 14 a 16:15 hs. y Jue. 8:30 a 12:45 y 14 a 16:15 hs. | **Directores:** Dr. Juan A. Nigro | **Horas:** 208 | **Lugar:** Htal. Eva Perón Merlo

## Flebología y Linfología

**Inicio:** 21 y 22/03 | **Duración:** 2 años | **Días:** Jue. y Vier. de cada unidad temática | **Horario:** 14:30 a 20 hs.  
**Directores:** Dres. Juan Nigro y Carlos E. Goldenstein | **Horas:** 504 | **Lugar:** Distrito III

## Geriatría y Gerontología 2do. año 11/05/12

**Inicio:** 05/04 | **Duración:** 2 años | **Días:** Viernes | **Horario:** 19:00 a 22:00 hs.  
**Directores:** Dres. Margarita Murgieri y Héctor Kogan | **Horas:** 500 | **Lugar:** Distrito III

## Ginecología

**Inicio:** 09/04 | **Duración:** 2 años | **Días:** Martes | **Horario:** 13:00 a 15:00 hs.  
**Directores:** Dr. Marcelo Inglesi | **Horas:** 500 | **Lugar:** Distrito III

## Infectología

**Inicio:** 09/04 | **Duración:** 2 años | **Días:** Martes | **Horario:** 20:00 a 22:00 hs.  
**Directores:** Dr. Héctor Laplume | **Horas:** 339 | **Lugar:** Distrito III

## Medicina Interna

**Inicio:** 19/03 | **Duración:** 3 años | **Días:** Martes | **Horario:** 18:30 a 21:30 hs.  
**Directores:** Norberto Cardozo | **Horas:** 1.200 | **Lugar:** Distrito III

## Neonatología

**Inicio:** 09/04 | **Duración:** 2 años | **Días:** Martes | **Horario:** 14:00 a 16:00 hs.  
**Directores:** Jorge Martínez | **Horas:** 500 | **Lugar:** Distrito III

## Neurología

**Duración:** 2 años | **Días:** Mar., Miér. y Juev. | **Horario:** 8:00 a 12:00 hs.  
**Directores:** Dr. Horacio Gori | **Horas:** 760 | **Lugar:** Distrito III

## Obstetricia

**Inicio:** 09/04 | **Duración:** 2 años | **Días:** Martes | **Horario:** 17:00 a 19:00 hs.  
**Directores:** Dr. Carlos Ortega Soler | **Horas:** 1.250 | **Lugar:** Distrito III

## Oftalmología

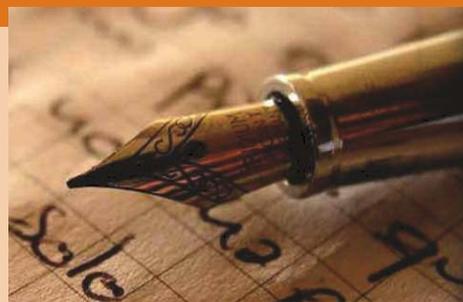
**Inicio:** 25/03 | **Duración:** 2 años | **Días:** Lunes | **Horario:** 19:00 a 22:00 hs.  
**Directores:** Dres. Jorge Pasquinelli y Raúl Mutilva | **Horas:** 500 | **Lugar:** Distrito III

**Cardiología, Pediatría y Medicina Legal cursan 2do. año. No hay nuevos inscriptos en 2013.**

**A los interesados en sumarse a estos cursos, comunicarse con los directores correspondientes.**



# Comisión de Cultura



Esta Comisión los invita a participar este año del **Concurso Literario** (Poemas), **Concurso Fotográfico** (Tema Libre) y **Torneo de Ajedrez**.

Tanto el **Concurso Fotográfico** como el **Literario** tendrán como fecha límite de presentación el 30 de setiembre. Las bases y los premios de los mismos serán publicados en el próximo Boletín.

El **Torneo de Ajedrez** se realizará a fines de agosto en el **Club Philidor** de Morón.

Esperamos una participación numerosa y entusiasta para este año.

## Vayan preparando los trabajos!!!!

Cualquier inquietud o duda pueden comunicarse con nosotros el 1er y 3er jueves de cada mes a las 13.00 hs. en el Colegio de Médicos.

## CORO

Las clases se dictan los días miércoles 18.00 hs en el **Círculo Médico de La Matanza** (Av. De Mayo 743 - Ramos Mejía) estando a cargo el Maestro **Salvador Sued**. Se necesitan voces masculinas. Interesados, concurrir esos días y horarios. Los esperamos!!!

## Se presentó "María quiere salir"

El 8 de diciembre de 2012 se presentó el espectáculo teatral "**María quiere salir**" con el auspicio del **Colegio de Médicos Distrito III** conjuntamente con la Asociación APEBI (Espina Bífida), la **Asociación de Padres de Adentro para el Mundo** y la **Escuela de Música, Tecnología y Arte del Partido de Vicente López**. La conjunción entre la Expresión Teatral y las Acciones de Salud resulta una herramienta importante para la difusión de esta problemática.

La frase "**Haz lo que**

**puedas con lo que tengas, estés don de estés**" resume la idea de la Obra.

Agradecemos a todo el equipo que intervino en forma totalmente gratuita para la realización de este evento.



# Fallecimiento del Dr. Eduardo F. Caraballo



Falleció el 10 de enero de 2013.

Miembro del Consejo Directivo de este Colegio de Médicos.

Especialista en Cirugía Gral.

Médico Legista.

Ex Jefe del cuerpo médico forense distrital de la Policía de la Pcia. de Buenos Aires.

Ex jefe de Cirugía del Htal. Privado Ntra. Sra. de La Merced.

Perito y miembro asesor permanente de la Comisión del Fondo de Resguardo Profesional.

Director del Curso Superior de Medicina Legal .

A lo largo de nuestra vida hemos aprendido, nos han enseñado, como comportarnos frente a los hitos fundamentales de la existencia.

Sonreímos en los nacimientos. Lloramos las muertes.

Sin embargo debemos decir que no siempre estamos preparados para ser tan solo formales frente a dichos hechos.

La muerte, en especial, cobra un significado diferente según nuestra perspectiva del fallecido.

De la indiferencia frente a la muerte del desconocido, hasta el dolor irreparable de la pérdida del ser querido, los hombres podemos sentir, o padecer, cualquiera de los sentimientos que el final de la vida de una persona es capaz de despertar en nosotros.

Despedir a un amigo es siempre doloroso, con su desaparición física se encienden en nosotros sensaciones de tristeza, angustia, soledad. La ausencia cobra especial significado en los hechos cotidianos, el lugar de trabajo vacío, la pérdida de los pequeños rituales de la cotidianidad, en fin ... la ausencia en toda su dimensión, la misma que se sabe final y definitiva.

Despedir al Dr. Eduardo F. Caraballo, Chiche para nosotros, es todo eso, pero sobre todo es ausencia. Es ese vacío que provoca el evocar lo que ya no será.

Desde lo institucional podemos decir que hemos perdido a uno de los profesionales mas comprometidos en la defensa del trabajo medico y de cada uno de los colegas en especial.

Sin embargo toda descripción ha de ser necesariamente insuficiente e incompleta. Resulta tan difícil hablar de quien fuera excelente profesional, compañero, maestro..., toda historia nos parece parcial y no logra describir la imagen del amigo.

Tal vez, y a modo de apretada síntesis se podría decir que Caraballo era ante todo un convencido de la necesidad de respaldar el acto medico a ultranza, sabedor de que la "mala praxis" es, en la infinita mayoría de los casos, solo un argumento falaz de la corporación judicial, y parte de un negocio fabuloso.

Este convencimiento era el que trasuntaba su labor como asesor, perito especializado y miembro permanente de la Comisión del Fondo de Resguardo Profesional del Colegio de Médicos Distrito III. Su capacidad técnica, sustentada en décadas de trabajo como Medico Legista, solo se veía superada por su capacidad humana para asistir a cada uno de los colegas que arribaban a nuestra mesa con un proceso judicial en ciernes.

Su muerte nos deja a todos quienes tuvimos el placer de trabajar junto a él, un profundo pesar,...el de la ausencia.

Ojala fuera como canta Ricardo Arjona "...uno no esta donde el cuerpo, sino donde mas se extraña..." de ser así,... nos vemos en la oficina, amigo.

Comisión Permanente del Fondo de Resguardo Profesional



Para esta publicación del FRP en el presente boletín hemos querido reflatar una de las geniales notas escritas por nuestro compañero y amigo Eduardo Caraballo, el tema es siempre vigente y a pesar de nuestro esfuerzo en trabajar en prevención de la “mala praxis” hay hechos que se repiten asiduamente. Por eso nada más oportuno que insistir que en medicina existen realidades con las que hay que saber convivir, sobrellevar y resolver, con el solo requisito de aceptarlas como tal, y tomar las previsiones necesarias para evitar males mayores.

## “Crónica de una muerte anunciada” (Fantasía de García Márquez, o realidad...?)

En una publicación anterior y para referirnos al tema “Oblitos” intitulamos el artículo haciendo un paralelo con aquella película que en 1993 protagonizaran Marcello Mastroiani y Luisina Brando: “De eso no se habla”; el guión se desarrollaba en la década del 30 y mostraba la realidad de una viuda que teniendo una hija enana ocultaba el hecho haciendo llevar a la menor una vida “normal” como si nada pasara con la triste realidad de la niña; tratamos entonces de transmitir que, al igual que en el film, el oblito conformaba una suerte de oprobio o mancha, en este caso para el cirujano, que lo ignora como posible y real hasta que la complicación se hace incuestionable y llega la sentencia judicial.

Y el mensaje intentó ser que, aunque triste o desafortunado, en medicina existen realidades con las que hay que saber convivir, sobrellevar y resolver, con el solo requisito de aceptarlas como tal, y tomar las previsiones necesarias para evitar males mayores.

Siguiendo una línea similar hoy decidimos para darle un nombre a este artículo, tomar como referencia aquella obra literaria que en 1981 publicara el genial Gabriel García Márquez: “Crónica de una muerte anunciada”. Quienes hayan

leído la obra recordarán que se trataba de lo que le tocó vivir al personaje, el joven Santiago Nasar: los gemelos Vicario anunciaron que habrían de matarlo para vengar la deshonra de su hermana; todo el pueblo sabía que se estaba gestando su muerte, y nadie hizo nada para evitarlo; lo sabían los vecinos, lo sabía el policía del pueblo, se conocía a los potenciales homicidas quienes además divulgaban sus intenciones, y aún así el asesinato de Santiago se consumó.

Salvando las distancias, toda vez que un acto médico disvalioso casi nunca es consecuencia un accionar doloso ni realizado en el marco de una complicidad voluntaria, algo asimilable ocurre con extremada frecuencia en ciertos centros asistenciales (públicos y privados) con la tan mentada “...conducta expectante...” o bien con el clásico “...compensar el estado general para decidir conducta...”

No existe duda alguna que en muchas ocasiones se hace necesario compensar a un enfermo, cuando el tiempo lo permita, para ponerlo en mejores condiciones de enfrentar, por ejemplo, una contingencia quirúrgica. A nadie se le ocurriría operar una hernia no complicada a quién el día anterior padeciera un infarto.

En igual sentido tampoco se discute que





# “Crónica de una muerte anunciada”

(Fantasía de García Márquez, o realidad...?)

otras tantas veces un diagnóstico incierto obliga a adoptar una conducta expectante hasta tanto la aparición de determinados signos, síntomas o exámenes complementarios diluciden la duda, y de este modo se propenda a un mejor proveer con el paciente.

Pero el enigma es: ¿qué sucede con el paciente crítico cuya única solución es una intervención quirúrgica de urgencia, al margen de que exista una posibilidad en cien mil de sacarlo adelante...?, ¿se puede perder tiempo en aras de “ponerlo en condiciones quirúrgicas”...?

O, ¿cuál es la real dimensión de una actitud médica absolutamente lícita, tal cual la conducta expectante, ante cuadros de diagnóstico incierto...?

O, ¿qué procedimiento se adoptó ante un frustrado pedido de derivación en un paciente con potencial peligro de vida..?

En la experiencia de nuestro FRP existen sobrados ejemplos al respecto:

a) Paciente séptico con claro foco abdominal, en pésimo estado general y en el que se decidió “compensarlo” en terapia antes de operarlo. A las tres horas falleció.

b) Paciente con hemorragia intraabdominal lenta y progresiva a consecuencia de una herida de arma blanca, al que como única medida activa se trató de “compensar hemodinámicamente” con transfusiones y expansores mientras el hematocrito continuaba descendiendo, y se gestionaban estudios por imágenes (TAC) a pedido del cirujano, en centros asistenciales de

vecindad. A las quince horas de su ingreso al hospital falleció.

c) Menor de edad que recibiera una lesión contuso punzante en el precordio y sobre el que alguien decidió adoptar una “conducta expectante” de la que en definitiva nadie se hizo cargo, hasta que el taponamiento cardíaco terminó con su vida a las cinco horas de ingresar al hospital.

d) Pedido de traslado a una unidad de Terapia Intensiva con resultado negativo, obrando tan solo en la historia clínica un asiento a las 19.00 hs. de un día en el que se consigna: “Paciente en mal estado general. Se pide cama en Terapia a todos los centros de la localidad...”, y a renglón seguido el asiento de otro profesional a las 08.00 hs. del día siguiente, y con el enfermo aún en piso: “...Paciente en pésimo estado general...se constata óbito...”

e) Pedido de interconsulta a cirugía general en formulario “ad hoc” por diagnóstico presuntivo de abdomen agudo quirúrgico y bache documental de 48 horas hasta la evaluación del cirujano.

Y así, decenas de casos. Independientemente de los ejemplos que por cierto son muchos, todos los pacientes fallecieron y todos los médicos actuantes son juzgados por no haber adoptado la o las conductas adecuadas.

Debemos entonces reflexionar: quién va a juzgar nuestro desempeño no es médico y razona con la lógica que lo haría cualquier lego; cuando ante el estrado





## “Crónica de una muerte anunciada”

(Fantasía de García Márquez, o realidad...?)

judicial tratamos de brindar explicaciones al respecto diciendo que el enfermo estaba grave y que en tales condiciones no “habría” soportado una operación, la pregunta que surge desde la convicción del juzgador es: ¿Dr., si el paciente “habría de morir” de cualquier modo y no existía otra forma de resolver la patología, por qué no intentó la operación aún a expensas de las remotísimas posibilidades de éxito...?. ¿Por qué le restó esa, aunque infinitesimal, pero posible chance...? Y aunque nos cueste aceptarlo, la pregunta es más que razonable para quién no sabe de estados hemodinámicos, de shock irreversibles, de utilidad o no de exámenes complementarios, etc.

En igual sentido ¿qué le diremos a un juez si asentamos conducta expectante y luego no observamos la evolución de nuestro enfermo, y éste se complica o fallece?.

O, ¿qué explicación podremos dar si ante los frustrados intentos de conseguir una cama en terapia, lo único que asentamos en la historia clínica es que no la pudimos conseguir?

O, ¿cuál será nuestra respuesta si pedimos interconsulta a un especialista y no nos aseguramos que la misma se concrete en tiempo y forma?

No pretendemos con este artículo establecer pauta de conducta diagnóstica, algoritmos o terapéutica alguna. Los tratados especializados sobreabundan al respecto. Intentamos tan solo apelar a la

reflexión de los colegas; y por ello, volviendo a los ejemplos, planteamos los siguientes interrogantes:

Si sabemos que la causa por la cual nuestro enfermo se está descompensando progresivamente es una hemorragia intraabdominal por herida de arma blanca al punto de necesitar transfusiones y expansores, ¿modificará nuestra conducta el resultado de una TAC?; o esta última lo único que aportará es un indicio de eventual colección y cualquiera sea el resultado lo tendremos que explorar, antes o después.

Si tenemos acabada conciencia que el paciente presenta un foco abdominal responsable de la sepsis en instancias en que el shock se está tornando irreversible, ¿tenemos la capacidad divina de acertar con certeza absoluta de que en terapia se logrará mejorar su estado general y diferir en consecuencia el drenaje del foco?.

¿No resultará en estos casos más razonable llevar el paciente a cirugía, y que en este ámbito tanto el anestesiólogo como el terapeuta implementen mínimas medidas de sostén con el equipo quirúrgico presente y listo para actuar, para llevar adelante la operación o práctica que mejor se adecue al caso en cuestión y en el momento oportuno?.

Hace no muchos años cuando no existían tantas terapias, laboratorios sofisticados, tomógrafos y resonadores, en una palabra cuando la “clínica era soberana” porque no había otra posibilidad, existían viejos aforismos en cirugía que decían: “..efectuar cuanto antes la semiología del abdomen





# “Crónica de una muerte anunciada”

(Fantasía de García Márquez, o realidad...?)

abierto...” o bien “...es preferible sacar un apéndice sano que dejar uno enfermo...”. Eso decían los viejos maestros. Y cuando se trataba de un enfermo extremadamente grave se le pedía al anestesiólogo que realizara aunque más no sea un procedimiento superficial, que nos permitiera rápidamente cohibir una hemorragia o remover un foco séptico. Y los resultados por entonces no eran tan malos....

Nadie puede dudar, y sería por demás arcaico hacerlo, que la tecnología aportó grandes adelantos, lo que por un lado facilita enormemente la tarea médica y por otro aporta grandes beneficios al enfermo. Tampoco se discute que en nuestros días el trabajo médico es multidisciplinario y los especialistas en terapia intensiva son quizá los destinatarios ideales para la compensación de los enfermos críticos.

Pero, ¿hasta que punto sabemos que un paciente descompensado se podrá mejorar en la terapia?; ¿cuál es el parámetro para establecer el punto de no retorno?.

En nuestra experiencia como peritos médicos y letrados del FRP hemos visto que los casos de responsabilidad profesional en que se plantearon estos interrogantes el paciente siempre falleció, a las pocas horas o peor aún a los pocos días en que se decidió “compensarlo” antes de operarlo.

Y ¿qué reflejan la mayoría de las historias clínicas?: que a una determinada hora se hizo la indicación de “...trasladar a terapia y compensar para decidir conducta...”. Pero la subsiguiente evaluación (de existir) fue en el

mejor de los casos quizá a las tres o cuatro horas (tal vez luego de atender el consultorio, tal vez luego de hacer la recorrida de sala, tal vez luego de intervenir a otro enfermo); y en el momento de llegar para “decidir la conducta” la cama del paciente problema ya se encontraba vacía.

Esto nos lleva inexorablemente entonces a una nueva reflexión: o decidimos de entrada que el paciente está fuera de toda posibilidad quirúrgica, asentando y fundamentando en la historia clínica todo aquello que nos lleve a esa conclusión a la par de notificar fehacientemente a los familiares en tal sentido, o nos quedamos junto al enfermo a constatar personalmente la evolución de la “compensación” que indicáramos, y anotamos en la historia minuto a minuto los resultados que se van obteniendo para que “la conducta que se vaya a decidir” lo sea sobre bases sólidas. Caso contrario el hiato documental entre la indicación y el fallecimiento nos comprometerá incuestionablemente a la hora del juicio por responsabilidad profesional.

Y un apartado especial merece la llamada “conducta expectante”. ¿Qué se entiende por conducta expectante?, o ¿quién es el que debe “expectar”?.

Si apelamos al diccionario de la lengua veremos que el término “expectante” proviene del latín “exspectans, -antis, part. act. de exspectare, observar”; y en su primera acepción significa: “..que está





## “Crónica de una muerte anunciada”

(Fantasía de García Márquez, o realidad...?)

observando, o está a la mira de algo..”; y en referencia especial a nuestra profesión: “Actitud, medicina expectante”

De modo que, atento al significado del término, cuando ante un enfermo decidimos una conducta expectante no estamos diciendo otra cosa que adoptaremos la actitud de observarlo a la espera o a la mira de algo. Ello es muy lícito y puede suceder a diario ante determinadas patologías; pero esa “observación a la espera de algo” ¿la hacemos como corresponde?; conforme al cuadro clínico ¿“observamos” con la frecuencia que corresponde?; ¿o lo asentamos hoy en la historia y volvemos a “observar” mañana...?; ¿y si el “algo” que esperamos sucedió cuando dejamos el nosocomio y nadie nos avisó?. Por la historia clínica resultará a las claras que asumimos el compromiso de adoptar la actitud de observar, sucedió el “algo” sobre cuya mira estábamos, no hicimos nada al respecto y el paciente falleció o se complicó. Y en forma categórica podemos afirmar desde nuestra experiencia, que en modo alguno podremos convencer al juzgador que la “expectación” habría quedado eventualmente en manos de terceros (llámese médico de guardia, de UTI, etc.) si así no lo hicimos constar debidamente en la historia clínica.

Dicho de otra forma, si un determinado proceso amerita fundamentadamente que se adopte una conducta expectante, esta última lo es a título exclusivamente

personal y queda a cargo de quién la decidió, a menos que en la historia clínica quede claramente asentado que la actitud de observar al enfermo es transferida a otro profesional, quién deberá consolidar con su rúbrica que asume el compromiso de continuar la observación, o si se prefiere la “expectación”.

Si queremos ahondar aún más y conforme a nuestro diccionario “estar a la expectativa” significa “mantenerse sin actuar ni tomar una determinación hasta ver que sucede”. Por lo tanto resultará más que claro que para “ver que sucede” a efectos de tomar una determinación, hay que estar presente cuando suceda lo que se espera y actuar en consecuencia. De no hacer así no tendremos explicación alguna que brindar a quién nos juzgue.

Nunca olvidemos lo que tantas veces decimos: nuestro desempeño tiene un solo modo de ser medido: las constancias de la historia clínica. Y ello sucede la mayoría de las veces años después del evento que nos llevó al estrado judicial; posiblemente para entonces no estarán muchos de aquellos que pudieran atestiguar que nuestra conducta fue irreprochable.

Tan solo quedará el documento frío y seguramente olvidado. Y será analizado por uno de nuestros pares: el perito médico designado por el Juez. Independientemente de las cualidades de este último, si es idóneo o no, si es imparcial o tendencioso, en su condición de experto no tendrá otra posibilidad que atenerse a lo que está escrito





# “Crónica de una muerte anunciada”

(Fantasía de García Márquez, o realidad...?)

para expedirse con veracidad. Así lo exige la actividad pericial. No importará si en su condición de médico es conocedor o no de la realidad en la que nos desempeñamos; su función es informar a tenor de lo que tiene a la vista.

Y lamentablemente, volviendo al parangón de lo que fuera la introducción de este artículo, muchas historias clínicas no reflejan otra cosa que la crónica de una muerte anunciada: un progresivo deterioro muchas veces consignado como tal en el documento, sin que nadie haga nada; o si se prefiere sin que nadie de los que intervinieron en el acto asistencial surja como participante activo en el intento de salvar al paciente; conductas expectantes de las que resulta que los que tenían que “espectar” no lo hicieron, y demás.

No podemos afirmar a ciencia cierta cuáles son los motivos que llevan a situaciones como esta; quizá sea un problema multifactorial: despersonalización de la medicina, remuneraciones despreciables que quitan incentivo y obligan a desempeños múltiples, cúmulo de trabajo que impide una adecuada valoración de casos críticos, pedidos innecesarios de exámenes complementarios que en nada cambiarán el rumbo de los acontecimientos y como contrapartida, a la luz de la “industria del juicio”, temor a ser demandados por no pedir tales estudios, etc., etc.

Lo que resulta seguro es que en la mayoría de los casos de esta índole en la que nos tocó asistir al colega, se trató de profesionales de incuestionable idoneidad que por una u otra

razón hoy están involucrados judicialmente en situaciones en las que el deceso del paciente se vislumbra paso a paso en cada renglón de la historia clínica sin que nada se hiciera (al menos documentalmente) para evitarlo.

Y para que no suceda lo que al personaje de García Márquez debemos extremar las precauciones:

a) Asumir como propia la conducta expectante si así lo decidimos.

b) Si las razones contractuales impiden al que decidió “expectar” llevar a cabo la observación personalmente, delegar la responsabilidad en un tercero adecuado (esto significa alguien idóneo para el caso en cuestión) haciéndolo constar fehacientemente en la historia clínica con un asiento tal como: “... xxHs. La observación del paciente queda a cargo del Dr. XXX quién suscribe al pie de conformidad...”.

c) Estar seguros que una demora para compensar un paciente obrará en su beneficio y no en su contra.

d) Asistir personalmente a los resultados de la compensación pretendida “para decidir conducta”.

e) Agotar las instancias si es necesaria una derivación; en caso de no concretarse esta última hacer constar los motivos, consignando en la historia sitios a los que se llamó, nombre y apellido de quienes rechazaron la derivación, etc.

e) De ser necesario improvisar una “terapia” personalizada junto al enfermo.





## “Crónica de una muerte anunciada”

(Fantasía de García Márquez, o realidad...?)

f) Y básicamente todos y cada uno de los pasos adoptados volcarlos claramente en la historia clínica, a la par de informar fehacientemente a la familia de todos y cada uno de los procedimientos realizados o por realizar.

Estimados colegas, como conclusión: no permitamos que nuestro enfermo se transforme en el personaje literario que encarnaba a Santiago Nasar; no permitamos que se piense que los médicos somos una suerte de gemelos Vicario; no permitamos que se crea que somos parte de aquel pueblo caribeño en el que todos

sabían lo que iba a suceder y nadie actuó para evitarlo; en una palabra no hagamos que nuestra historia clínica sea un émulo de la obra del genial colombiano; desterremos de la historia clínica la fatalidad como contenido del relato.

Definitivamente no permitamos jamás que un juez o un perito nos diga algún día: “Dr., lo escrito en su historia clínica no fue más que la Crónica de una muerte anunciada y Ud. no hizo nada para evitarlo...”.

**Dr. Eduardo Caraballo**  
Fondo de Resguardo Profesional

### RECOMENDACIONES

Sr. Colegiado: a los fines de otorgarle una eficiente cobertura legal es importante para nosotros contar con su cooperación, por lo que le transmitimos algunos datos útiles que deberá siempre tener en cuenta:

- Confección de una historia clínica completa y actualizada, con citas por consultorio externo. Aclarar si el paciente cumple o no las indicaciones adecuadamente.
- Adecuada confección de HC de consultorio externo.
- Adecuar la complejidad de las prácticas a las posibilidades y recursos del centro asistencial donde éstas vayan a realizarse.
- Al realizar prescripciones y recetas, hacerlo con letra clara y legible, aclarando bien las indicaciones.

- Dar cumplimiento a las normas sobre Consentimiento Informado.

### ATENCIÓN

En caso de tomar conocimiento de haberse producido algunos de los hechos que mencionamos a continuación, comunicarse telefónicamente a la sede del Colegio, consultar directamente a la Comisión de FRP:

- Secuestro de Historia Clínica.

- Citación a sede policial o sede judicial.

- Notificación de demanda.
- Pedido de informe de integrantes de una Guardia o Servicio.
- Pedido de copias de partes quirúrgicos, partes policiales, libro de guardia u otro documento.
- Pedido de informes o de descargo por instancia administrativa de Obra Social o Prepaga.

## CONSULTAS MEDICO-LEGALES: ASESORAMIENTO PREVENTIVO

*Dr. Alejandro Verger - Dr. Eduardo Caraballo*

*Dr. Adrián Toronchik - Dr. Luis Tammaro*

*Dra. Graciela Calligo*

Solicitar turno Sra. Alejandra - Tel.: 4628-3035 / 4629-1611  
4483-1228 / 4483-1297 / 4627-8834 (int. 104)  
Radio Mje. Abogados 4909-1111 - Cód.: 15157 / (Colegio)



# Escuela Superior de Enseñanza Médica



## Llamado a Concurso para la selección de Cursos Virtuales de Posgrado para integrar la grilla de nuestra plataforma.

**Objetivo:** Ofrecer alternativas en la educación médica continua en las disciplinas de la medicina asistencial, la investigación médica, la gestión de los sistemas de salud, la docencia y toda inquietud que depare interés directo o indirecto del médico y los equipos de salud.

Se recibirán todas las propuestas ofrecidas para dictar cursos en la modalidad virtual integral o semipresencial, las cuales serán evaluadas por los integrantes de la ESEM.

Se deberá elevar programa analítico, carga horaria, modalidad, nombre y curriculum del o los directores, nómina de los docentes y/o tutores, calidad del mismo: Superior o de Actualización y sistema de evaluación.

Los responsables de las propuestas seleccionadas serán entrevistados en la Sede del Colegio de Médicos Distrito III.

Se recibirán las propuestas en Buen Viaje 554, Morón, de 9:00 a 15:00 hs. o por correo electrónico.

**PLATAFORMA DE APRENDIZAJE Y CAMPUS VIRTUAL PROPIO**

