

DISTRICTO 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 10 - Número 81 / Diciembre 2007

Ejemplar
Ley Nº 11.723

Adherido a ADEPA

Día del Médico



Torre Avicenna

Se llevó a cabo la adjudicación
de los departamentos



*Les deseamos
Muy Felices Fiestas*



Torre Avicenna

El 24 de noviembre cumplimos con una de las últimas etapas en el proceso de adjudicación de los departamentos de la Torre Avicenna. Estaban presentes los colegas calificados para la adjudicación de las primeras unidades y las autoridades del Colegio de Médicos.

El acto formal se desarrolló en un marco de entusiasmo y felicidad que no podía disimularse, inicialmente cada uno de los colegas presentes acreditó su representación y eligió la bolilla que lo representaría en el sorteo.

Posteriormente luego de responder las inquietudes que algunos colegas realizaron en el lugar y de completar la información referida a los plazos de pago de Reserva, Boletó y Escrituración se realizó el sorteo para la adjudicación de las unidades y luego entre aquellos que se beneficiaron con el sorteo, se procedió a sortear las unidades de cochera.

Afortunadamente estamos transitando las últimas etapas del proyecto que iniciamos hace un año y ahora sólo falta que establezcamos la fecha de su inauguración donde anunciaremos además de acuerdo con el éxito de la presente, la realización del segundo emprendimiento inmobiliario de nuestro Colegio.

Deseamos desde la Mesa Directiva y nuestro Consejo agradecerles la confianza que han depositado en nosotros para esta importante obra y el respaldo que hemos sentido permanentemente, tanto de aquellos colegas que estaban interesados en la adquisición de algún departamento, como de aquellos otros, obviamente mucho más numerosos que comprenden desde hace tiempo los objetivos que perseguimos en beneficio de nuestros colegas y nos acompañan en nuestras iniciativas con su apoyo incondicional.

A todos muchas gracias y Felices Fiestas, esperando tener un año algo mejor que el que dejamos.

Dr. Daniel Alonso

Tesorero

Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires

Distrito III



Guardia de 12 hs. semanales

Una reivindicación laboral impostergable

Nuestro Distrito III ha iniciado una cruzada en pos de eliminar ese verdadero desatino que significa la guardia médica de 24 hs. por considerarla una condición laboral perimida y extemporánea, proponiéndose 12 hs. semanales, distribuyendo las horas restantes en la atención de sala o consultorios en horario matutino o vespertino según posibilidades operativas.

Las nuevas alternativas sociales han rodificado sustancialmente el trabajo en los hospitales, provocando tareas catalogadas como insalubres, que inciden en la salud física y psíquica de los prestadores de salud.

Los fundamentos que avalan nuestra exigencia son decisivos. En primer lugar la referida insalubridad del trabajo médico en emergencias ya reconocidas por el Ministerio de Trabajo. El exceso laboral reduce el rendimiento, disminuyendo una percepción eficaz de signos patológicos detectables en el estado de alerta pleno; no resulta similar la atención de un cuadro complejo a las 10 de la mañana o a la madrugada, luego de 16 hs. de guardia continuada y permanente; en forma paralela se incrementan las posibilidades de error médico atribuibles al cansancio y la fatiga, quedando expuestos a casos de responsabilidad profesional.

A diario detectamos enfermedades profesionales concurrentes al stress, la presión demandante de paciente y familiares y la violencia propia derivada de la inseguridad tales como hipertensión arterial, infartos, depresiones reactivas, además del contagio de enfermedades infecciosas (neumonitis- tuberculosis- HIV, ETC.) debido a la sobre exposición a los agentes causales.

El Burn Out, es una noxa ya instalada en los médicos, sobre todo los que desarrollan su principal actividad en el área de emergencias, que ya ha provocado un sostenido aumento en las consultas de nuestro PASSME. En menor o mayor medida, algunos síntomas ya se perciben en los colegas.

El diálogo cotidiano nos permite tomar conocimiento de la realidad, los médicos ya no quieren realizar guardias, de 24 hs. y eso se demuestra en los hechos: cada vez resulta más difícil cubrir las guardias situación más dramática en algunas especialidades críticas (UTI- Neonatología- Anestesia- Traumatología).

Los argumentos que reafirman nuestra posición son categóricos, por lo que hemos trasladado nuestra inquietud al Consejo Superior del Colegio Médicos de

la Pcia. de Bs.As., quien ha hecho propia la postura. Asimismo le presentaremos al Consejo Federal de Entidades Médicas colegiadas que agrupa a los Colegios y Consejo Médicos del país, para extender la propuesta el orden nacional, descontamos el apoyo y compromiso de las restantes provincias; en la lucha que aquí se inicia.

Las medidas que nos proponemos practicar comienzan con la inserción de la problemática en los médicos (aspecto que ya estamos realizando), la difusión mediática de nuestro requerimiento, la extensión al ámbito nacional a través de Confemeco y el acompañamiento de otras instituciones representativas del quehacer médico, la promoción de los cambios legislativos (carreras médicas, ordenanzas municipales, decretos del Poder Ejecutivo) y las acciones ante el Ministerio e Salud y el Ministerio de Trabajo tanto en el orden nacional como provincial.

Conocemos la idiosincrasia política, por la que no pretendemos una solución mágica o inmediata, tampoco caemos en la desesperanza de los que consideran estos reclamos como una simple utopía. Nos resulta patético escuchar algunas voces expresando que los presupuestos no van a alcanzar para cubrir los recursos humanos necesarios para el nuevo ordenamiento en los hospitales y sanatorios. ¿Acaso el Sr. Hugo Moyano se pregunta si los empresarios podrán pagar una recomposición salarial cuando obstruye con los camiones la entrada o salida de los supermercados? ¿Acaso los salarios médicos son los que inciden sobre los presupuestos de salud?, evidentemente no, lo que desequilibran las finanzas son los medicamentos, la tecnología y la infraestructura. Debemos dejar de autolimitarnos, por decisiones que exceden nuestro marco de acción, somos profesionales de la salud y nuestra preocupación son nuestros pacientes, el plan económico lo deben pergeñar los responsables de obtener el mejor beneficio para el enfermo y una excelencia en la calidad de la atención sin afectar la salud psicofísica de los dedicados a prestar un abnegado servicio.

Hoy como nunca precisamos de vuestro acompañamiento, la voluntad de los dirigentes no alcanza para que nuestro anhelo se haga realidad en el menor plazo posible. El 2008 será el año de la lucha por una reivindicación laboral impostergable. Con esa convicción, lo emprendemos.

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
- **Tesorero**
Dr. Daniel Alonso
- **Protesorero**
Dr. Alberto Díaz
- **Secretario de Actas**
Dr. Francisco Di Módica

**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

Horario de atención: lun. a vier. 9 a 15 hs.

Año 10 - N° 81 - Diciembre de 2007

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.

Día del Médico

El día 4 de diciembre, con motivo de celebrar el Día del Médico, se entregaron las plaquetas en reconocimiento a su trayectoria profesional a colegas del Distrito que cumplieron 43 y 44 años en su ejercicio profesional. En un emotivo acto, con la presencia de sus familiares, fue una hermosa oportunidad para el reencuentro con compañeros y amigos que transitaron épocas inolvidables de nuestra medicina. Para ellos, nuestro respetuoso homenaje.



Día del Médico



Los profesionales homenajeados

- 1) Dr. Raúl Ainstein
- 2) Dr. Guillermo Ajzenszloz
- 3) Dr. Laureano Alzualde
- 4) Dra. N. del Carmen Aro
- 5) Dr. Juan José Baione
- 6) Dr. Gustavo A. Bardauli
- 7) Dr. Héctor G. Botto
- 8) Dr. Nelson C. Caffaratti
- 9) Dr. Hugo Rodolfo Caffera
- 10) Dr. Eduardo R. Campaño
- 11) Dr. José Cios
- 12) Dr. Rodolfo A. Craviotto
- 13) Dr. Carlos A. Cupula
- 14) Dra. María Inés Custodio
- 15) Dr. Jorge Manuel Divito
- 16) Dr. Luis Raúl Duboscq
- 17) Dr. Ricardo E. Escobar
- 18) Dr. Juan A. Etcheverry
- 19) Dr. Augusto Flores
- 20) Dr. Gregorio Fraga
- 21) Dr. Eduardo I. Gelpi
- 22) Dr. Pedro Goldfarb
- 23) Dr. Néstor C. Gómez
- 24) Dr. Branko Huhn
- 25) Dr. Benito J. Janeiro

(continúa en pág. 6)

Día del Médico

Los profesionales homenajeados

- 26) Dr. Héctor Kogan
- 27) Dr. Abraham I. Kohan
- 28) Dra. Matilde López
- 29) Dr. Pedro E. Louge
- 30) Dr. Oscar Maizels
- 31) Dr. Humberto J. Mayorga
- 32) Dr. Rómulo H. Martola
- 33) Dr. David Pavolotzky
- 34) Dr. Vicente Raffaele
- 35) Dr. Juan Carlos Reboiras
- 36) Dr. Eduardo J. Rosso
- 37) Dr. Fernando P. Rosso
- 38) Dr. César S. San Martín
- 39) Dr. Ricardo H. Sandler
- 40) Dr. Eduardo Seltzer
- 41) Dr. José I. Shliapochnik
- 42) Dr. Carlos Emir Subilibia
- 43) Dr. Alejandro Tecles
- 44) Dr. Luis B. Valdivia Rivera
- 45) Dra. Mirta M. del C. Varela
- 46) Dr. Heriberto F. Wiegand



Comisión Laboral

Estimado Colega:

Le recomendamos 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 y Luis de Innocentis.

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



Centro de Ojos Ituzaingó s.a.

UD. SABE TODO LO QUE PUEDE DECIR UNA MIRADA?
NOSOTROS 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

noticocolegio para los matriculados

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.

Caja de Previsión: UD. PODRA ABONAR SU APOORTE JUBILATORIO EN ESTE COLEGIO DE MEDICOS, DE LUNES A VIERNES DE 10 A 15 HS. Este nuevo Servicio está dirigido exclusivamente a los profesionales que NO POSEEN CHEQUES. Conocemos las molestias que ocasiona abonar en el Banco Provincia, por este motivo es que hemos llegado a un acuerdo con las autoridades de la Caja de Previsión y

Seguro Médico, y se ha dispuesto que aquellos profesionales que no poseen cheques pueden abonar su aporte jubilatorio, en efectivo, en nuestra Institución con el primer vencimiento (es decir, del 1 al 10 de cada mes). SOLICITAMOS DE SU COLABORACION, TRAYENDO CAMBIO PARA EL MENCIONADO PAGO. NO SE TOMARAN LOS PAGOS CON CHEQUE.

Cambios de Domicilio: Colega: Recuerde informarnos su cambio de domicilio. Así podrá recibir toda la información pertinente de este Colegio.

Talonnario de Psicofármacos (Recetario naranja)
Por Resolución del Consejo Superior del Colegio de Médicos, los talonnarios 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: Se recuerda que es obligatoria la colocación del número de matrícula de la Provincia de Buenos Aires en el SELLO PROFESIONAL.

UNIVERSIDAD DE MORON

Facultad de Filosofía
Ciencias de la Educación y Humanidades

MASTER EN FILOSOFIA PARA MEDICOS

Duración: 2 años; 8 seminarios / **Inicio:** Abril de 2008

Clases presenciales: Sábados de 14 a 18 hs.

Coordinador: Dr. Juan Carlos Reboiras

Informes e Inscripción: Dpto. de Posgrados
Cabildo 134, Morón / Tel.: 5627-2000, Int. 266/282 / posgrados@unimoron.edu.ar

Fallo de la Corte Provincial que convalida la incumbencia de los médicos en Jefaturas de Salud Mental

El Colegio ha sostenido acalorados debates en las distintas comisiones de carrera, sean municipales o provinciales, acerca de la Jefatura de Salud Mental. Siempre sostuvimos que debía ser ejercida por profesionales médicos, no por capricho, no por un sentimiento corporativo ni discriminatorio sino por una cuestión curricular, que impide que los profesionales psicólogos puedan ejercer la función antedicha. Sí nos parece justo que los psicólogos tengan su propia Jefatura de Psicología.

El 31 de agosto del corriente año la Corte Suprema de la Provincia de Buenos Aires nos dio la razón: los profesionales psicólogos no pueden ser Jefes del Servicio de Salud Mental.

A continuación se realiza un breve resumen del fallo:

En el mes de mayo de 1999 se realizó un llamado a

concurso destinado a cubrir el cargo de Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal de Agudos "Evita" de Lanús. Habiendo resultado ganadora la Licenciada Lidia Graciela Millán (Psicóloga), pero los médicos concursantes formularon la impugnación de dicho concurso, la que fue resuelta por la Comisión Permanente de Carrera Profesional, sosteniendo por mayoría que no le asistía razón a los impugnantes. (En esta comisión, el Colegio Médico es minoría). Pero el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires hizo lugar a la impugnación presentada por los profesionales médicos, con fundamento en que los profesionales psicólogos no reunían los requisitos habilitantes. La señora Millán, con patrocinio letrado, promueve demanda contencioso administrativa contra la provincia de Buenos Aires llegando hasta la Corte Suprema provincial.

La corte dice: "que el conflicto a dilucidar es si los profesionales

psicólogos se encuentran habilitados para desempeñarse en la función de Jefe de Servicio de Salud Mental". El voto por unanimidad resultó adverso a la parte actora. Algunos de los considerandos: a) si bien es cierto que la ley 10.471 de carrera médico hospitalaria establece que el ingreso al régimen escalafonario será "mediante concurso abierto de méritos, antecedentes y evaluación y la ley 11159, al modificar el art. 3º de la anteriormente citada, especifica las actividades profesionales involucradas en la misma entre las cuales incluye a los psicólogos, ello debe compatibilizarse con el resto de la normativa que rige la materia bajo análisis. Así el artículo 8 de la presente ley establece que "el personal tendrá un escalafón vertical denominado Funciones con Jerarquía cuya denominación es la siguiente: 1) Jefe de Unidad de Diagnóstico y

C.U.M.

Avda. Argentina 1095 - Merlo / Telefax: 0220-4850767 / 4862804
E-mail: suodeloeste@yahoo.com.ar

Centro Urológico de Merlo

Urología General - Uro-Ginecología

Asociado al I.U.U.G.A.

INSTITUTO DE UROLOGÍA Y URO-GINECOLOGÍA

Director: Prof. Dr. Omar Grossi

C.U.M.

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA INCONTINENCIA DE ORINA FEMENINA Y MASCULINA

Video - Urodinamia
Ecografías Urológicas

Video - Endoscopías Urológicas
Penoscopías

I.U.U.G.A.

I.U.U.G.A.

Colón 1345 - Luján / Telefax: 02323-424437 / 440994
E-mail: marossi@s6.coopenet.com.ar

Tratamiento; 2) Jefe de Unidad de Internación o de Consulta; 3) Jefe de Unidad Sanitaria; 4) Jefe de Sala o Subjefe de Servicio; 5) Jefe de Guardia; 6) Jefe de Servicio; 7) Director Asociado; 8) Director. A su vez el art. 14 expresa “entiéndese por función de nivel de servicio aquella que resulta de organizar y administrar las actividades que se cumplen en el agrupamiento de salas, consultorios y otras acciones profesionales que concurren al diagnóstico y tratamiento”, previendo, a su turno, el art. 16 que “los deberes y atribuciones correspondientes a las funciones establecidas en el art. 8 de la presente ley, serán determinados por el reglamento de Servicios de salud los establecimientos asistenciales”.

El art. 14 del Anexo I del decreto 3589/1991 reglamentario de la ley 10471- establece que la “función nivel de servicio comprenderá, del régimen laboral asignado a la misma, un veinticinco (25) por ciento de actividad asistencial y un setenta y cinco (75) por ciento de actividad administrativo docente, que será determinada por el director del establecimiento”.

b) Conforme a ello corresponde analizar, tal lo planteado por la accionada, lo establecido por la reglamentación en relación a las funciones a cargo del jefe de servicio y las obligaciones y responsabilidades en cabeza del mismo.

En tal aspecto el reglamento de hospitales oficiales decreto 12751/1948- al establecer las responsabilidades y obligaciones de los jefes de sala o servicio art. 100- prevee que tienen a su cargo el servicio técnico correspondiente, siendo responsables de su buen funcionamiento. Entre las funciones que tienen asignadas figura la de velar por la ética



profesional del personal médico perteneciente al servicio, disponer que las historias clínicas de los internados sean actualizadas cada 48 horas, respecto de la evolución y tratamiento, haciendo el estudio descriptivo de los medicamentos y las diferentes vías de administración. A su vez, entre las obligaciones previstas en los incisos a) a n) figura la de prescribir en el libro recetario los medicamentos necesarios, indicando al margen de cada fórmula el número de cama.

c) La ley 10306 que regula la actividad profesional de los psicólogos en la provincia de Buenos Aires, prescribe en su artículo 2 que “... se considera ejercicio de la profesión de psicólogo toda actividad de enseñanza, aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas específicas en: a) la investigación y explicación de la estructura psicológica humana a nivel individual y grupal, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad, para la recuperación, conservación y prevención de la salud mental, mediante métodos y técnicas específicamente psicológicas...”.

A su vez el art. 9 de la citada ley expresa que “queda prohibido a los profesionales que ejerzan la psicología... f) prescribir, aplicar o administrar medicamentos o

elementos químicos destinados a la investigación, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la personalidad.

d) De la reseña normativa precedente se desprende que, tal como lo sostiene la accionada, el ejercicio de las funciones concursadas excede el ámbito profesional de los psicólogos, por ende mal pueden ejercer en plenitud este tipo de profesionales la función de jefe de servicio cuando no se encuentran habilitados para desarrollar la totalidad de las tareas que, por expresa disposición de la reglamentación vigente tienen a su cargo.

Dicha interpretación no implica efectuar una injusta discriminación entre los profesionales abarcados por la ley 10.471, sino simplemente respetar lo normado por su art. 16. No significa que este tipo de profesionales no integre la carrera hospitalaria sino que, por las propias limitaciones que emergen de la ley que establece sus incumbencias profesionales, no reúnen los requisitos necesarios que los habilite para desempeñar las funciones de jefe de servicio de salud mental.

Dra. Nora Pagliarini
Coordinadora
Comisión Carrera

Cerraron las *XIII Jornadas Médicas*

A finales del mes de octubre dieron por finalizadas las **XIII Jornadas Médicas**, este año, bajo el título: “**Obesidad: una asignatura pendiente**”.

Los encuentros contaron con un total de 510 asistentes de los cuales, 23 participaron de la presentación de temas libres y pósters.

Además, participaron 94 alumnos de Educación Media en la actividad con la comunidad donde se proyectó el film “**Super Size**”, que trata sobre los efectos y consecuencias de la comida chatarra como desencadenante de la problemática de obesidad. Sobre el cierre de dicho encuentro, el equipo multidisciplinario analizó, en

conjunto con los alumnos, el tipo y la calidad de alimentación que se consume habitualmente, sobre todo, en el segmento adolescente.

Durante los 4 días de duración de las Jornadas, se discutieron e intercambiaron opiniones entre las distintas especialidades,



sobre el impacto de la obesidad en el ser humano, tratando de analizar a la obesidad como una patología que puede conllevar a muy graves trastornos en la salud.

Sumado a estas jornadas, se llevó a cabo el **Tercer Encuentro con la Comunidad y el Medio Ambiente** sobre el tema

“Alimentación Conciente”

donde además, se realizó una degustación de productos de diversas huertas de nuestra región.

Por último, se realizó para el cierre, una conferencia bajo el tema de la obesidad como epidemia en la que concurrieron varias autoridades legislativas que

se encargaron de hablar, sobre todo, sobre la **Ley de Obesidad**.

Con el fin de seguir difundiendo el resultado de tales encuentros que fueron documentados-, se evaluó la posibilidad de dar a conocer, en los próximos boletines de nuestro Colegio de Médicos.



Caja de Previsión y Seguro Médico

"No esperábamos esto"

Como integrantes de la Comisión Laboral y de la Mesa Directiva, recibimos numerosas consultas referidas al incremento del aporte a la Caja de Seguro y Previsión Médica de la Provincia de Buenos Aires.

Nos preguntan si es ilegal el aumento, si se puede pedir un amparo judicial, si se puede dejar de pagar.

Nuestra aclaración es que nosotros respetamos las instituciones y sus decisiones. Que el incremento del aporte de alrededor del 50% se debe a que en la última Asamblea Anual Ordinaria del 27 de

octubre de este año se resolvió aumentar el galeno Caja de \$ 7,70 a \$ 10.- y aumentar la escapa de aportes en 15%. Este fue el resultado de la moción que ganó por mayoría.

Aclaremos, además, que el aumento en los aportes se traslada a los jubilados y pensionados, que ven incrementado su ingreso en un 30%. Y que como assembleístas de Caja no estábamos de acuerdo en que se impactara con este aumento al activo.

"Aclaremos, además, que el aumento en los aportes se traslada a los jubilados y pensionados, que ven incrementado su ingreso en un 30%. Y que como assembleístas de Caja no estábamos de acuerdo en que se impactara con este aumento al activo".

Queremos dejar en claro que nuestra posición no es extremista en ningún sentido. No estamos de acuerdo en dejar de pagar la Caja como algunos lo piden y tampoco compartimos la visión de algunos otros de "acá no pasa nada".

Estamos convencidos que la propuesta de nuestro Distrito, de incrementar a \$ 9,50 el galeno Caja y la escala de aportes en un 10% era la más equitativa tanto para el activo como para el pasivo.

Dr. Luis De Innocentis
-Secretario General-
Colegio de Médicos
de la Provincia de Buenos Aires
Distrito III



Dr. Enrique Laval
-Vicepresidente-
Colegio de Médicos
de la Provincia de Buenos Aires
Distrito III



En nuestro 6to. año, una hora al aire



El Consultorio

Televisión Saludable

Conducción: **Dr. Mauricio Eskinazi - Raúl Héctor Martínez**



Domingos y Lunes 20:30 hs.
Canal 20 - Cablevisión
e-mail: mvtv@ciudad.com.ar

EL CEAMSE SIGUE SORDO

Al momento de cierre de esta edición, se lleva a cabo un nuevo corte de ruta de los autoconvocados de González Catán.

Todo sigue igual.

¿Cuál es la situación actual del CEAMSE?

La situación actual, la situación original, no varió. En principio, las enfermedades siguen en aumento,

las denuncias aumentan día a día porque las respuestas de las autoridades todavía no se cumplieron. No se cumplió nada de lo que prometió el Gobernador.

¿Qué fue lo que se prometió, específicamente?

Prometieron el cierre gradual, por mes, durante todo este año. La basura la iban llevando a otros distritos. El único que retiró los residuos y que los lleva a San Martín es Morón. Con el resto, todo sigue igual. La frecuencia de camiones es la misma. Sobre todo en esto no se varió en nada.

Y eso que cuando fuimos al CEAMSE, el Gerente dijo justamente que iba a cerrar gradualmente la planta.

Sí, pero no se cumplió. Merlo, por ejemplo, ya no debería entrar y lo sigue haciendo. Estamos en diciembre y dijeron que el cierre gradual se iba a llevar a cabo durante todo el 2007. No pasó nada todavía y los municipios siguen trayendo su basura.

Producción Ejecutiva y Realización:

Raúl Héctor Martínez
(15) 4998-8390 / mvtv@ciudad.com.ar

Diseño Gráfico:

José Luis Chammah jlcdisenio@yahoo.com.ar

Impresión:

PrintCastel

Paunero 751 - Morón / 4489-0871

Concurso literario

Al cierre de esta edición aún el jurado no se ha expedido con los resultados del concurso literario debido a la gran cantidad de los trabajos recibidos y a la calidad de los mismos.

Felíz Día Colega!!!

Esta Comisión saluda a todos los colegas, esperando que el nuevo año sea mejor para todos no sólo desde el punto de vista profesional sino también desde lo personal.

Artes plásticas

Se están realizando exposiciones de artes plásticas en el primer piso de este Colegio de Médicos. Todos los interesados deben comunicarse con la Comisión de cultura los 2dos. y 4tos. jueves de cada mes de 13 a 14 hs. Para así poder realizar el organigrama anual.

En Memoria Dr. Guillermo Díaz Zahn

Abogado defensor de médicos demandados
Compañero de ruta en el Colegio Médico

Tal vez no supimos expresarte nuestro reconocimiento por tu dedicación y trabajo
Tal vez no sea tarde para transmitirte nuestro afecto
Tal vez no hablamos lo suficiente acerca de otros asuntos que no sea la defensa de los colegas

Seguramente muchos médicos se encuentran agradecidos y aliviados por tu labor

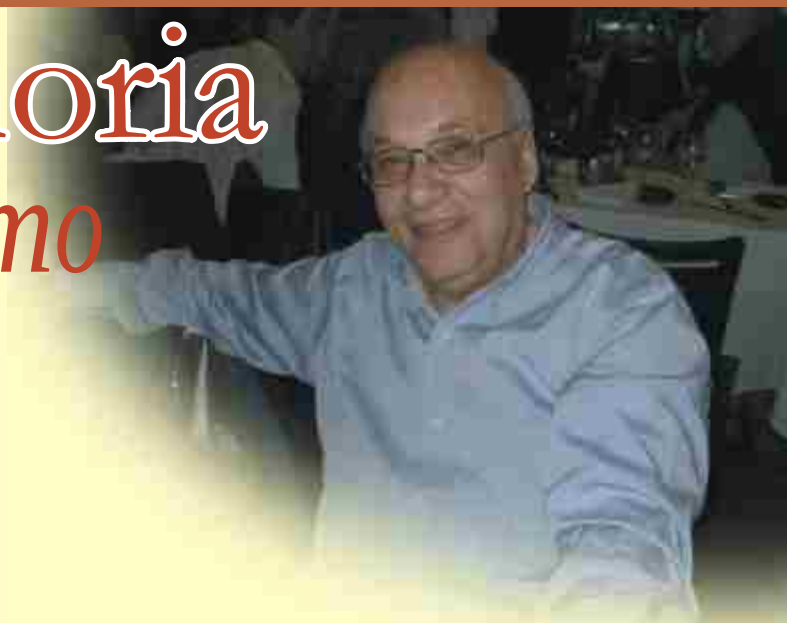
Seguramente propios y extraños valoran tu compromiso y esfuerzo

Seguramente tu familia llora tu ausencia como nosotros extrañamos tu presencia

Seguramente tu esposa Graciela continuará tu derrotero

Seguramente nos seguirás acompañando desde el lugar donde Dios lo decidió

Dr. Mauricio D. Eskinazi



Los alumnos del Curso de Medicina Legal del Colegio de Médicos Distrito III, queremos expresar nuestro pesar por el fallecimiento del Dr. Díaz Zahn. Nuestras sinceras condolencias a su esposa, hijas y familiares.



A través de este medio, queremos hacer público nuestro agradecimiento a todos los profesionales médicos, técnicos y enfermeros de la Clínica Constituyentes de Morón, como así también a sus compañeros de Healtly, Medisol, SIPAS, Facultad de Turismo de la Universidad de Morón, Dr. Heinze y Dr. Sholochof; y muy especialmente al Dr. Jorge López, ; por la encomiable labor puesta de manifiesto en la atención y acompañamiento que recibiera en su corta enfermedad el Dr. Alfredo Gregorio Luna.

Saluda atentamente su esposa e hijos.



"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 oblitto 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 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 propende 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..."

(continúa en pág. 20)



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 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 anesthesiólogo 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?.

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

(continúa en pág. 21)



“exspectans, -antis, part. act. de exspectare, observar”; y en su primera acepción significa: “..que está 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.

iii No olvidar que siempre nos juzgan a la luz de un resultado conocido.!!!

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:

(continúa en pág. 22)

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 citaciones 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 - Dr. Guillermo Díaz Zahn

Solicitar turno Srta. Gabriela - Tel.: 4628-3035 / 4629-1611
4483-1228 / 4483-1297 / 4627-8834

Radio Mje. Abogados 4909-1111 - Cód.: 15157 / 1417 (Colegio)



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 irreproachable.

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 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. No obstante ello la realidad es que cuando somos llevados ante la justicia, ninguno de estos eventuales argumentos tiene peso para decidir nuestra suerte.

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.

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; desterramos 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...”.

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