



DISTRICTO III

Año 11 - Número 85
Septiembre - Octubre 2008
Ejemplar Ley Nº 11.728
Adhirió a ADEPA

Publicación del Distrito III del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires (Buen Viaje 554 - Morón / Tel.: 4629-41611 / 4628-3035 / www.colmed3.com.ar)

XIV

Jornadas Médicas *Trabajo Médico* *Problemática y Consecuencia*

Matrícula 2008 / 2009

Prórroga hasta el 17 de octubre de 2008

Matrícula Anual 08/09 de \$ 650.-

VALOR DE LA MATRICULA:

Durante el período que va del 1º de julio al 30 de septiembre de 2008, los colegiados podrán optar por el pago en cuotas (hasta doce). Aceptando que de existir modificaciones oficiales en los salarios las cuotas pendientes de pago sufrirán el ajuste respectivo.

También serán ajustadas según ese parámetro las deudas de ejercicios anteriores y las deudas por cuotas vencidas de los cursos que pudieran mantener los matriculados.

- 1) Matrícula Ej. 2008 / 2009 **\$ 650.-** (hasta el 30/9/08)
- 2) Inscriptos Ej. 2008 / 2009 **\$ 250.-** (hasta el 30/9/08)
- 2.1) Inscriptos de Dtos. I -II y IV **(no abonar)**
- 3) Mayor de 65 años al 30/06/2008 Solo abonar servicios del FRP **\$ 400.-** (hasta el 30/9/08)

Formas de pago:

- a) En **efectivo** o **cheque** la totalidad ó 3 cuotas durante **Julio, Agosto y Septiembre**, manteniendo el **valor de contado**.
- b) En **forma telefónica** con **tarjeta de crédito VISA y/o AMERICAN** en **3 cuotas (sin recargo)** O en **12 cuotas de \$ 65.- (para el punto 1)** y / o **12 cuotas de \$ 40.- (para el punto 3)**. En este caso están incluidos los débitos con tarjetas, los que abonar a través de los círculos, y los que pagan en cuotas en Colegio.
- c) Para la adhesión al plan de cuotas (hasta doce) el límite será el 30 de septiembre de 2008, debiendo a la fecha de adhesión satisfacer en el colegio el pago de las cuotas que correspondería que estuvieran pagas a la fecha mencionada (V. Gr. si se adhiere en julio paga 1 cuota, si lo hace en agosto paga 2 cuotas, si es en septiembre paga 3 cuotas), continuando luego con el plan general de vencimientos.
- d) Aquellos profesionales que adhirieran posteriormente a esta fecha (30 de septiembre) al plan de pagos en cuotas, deberán abonar las correspondientes a los meses vencidos al valor que se establezca si se hubiera producido algún ajuste de las mismas por variaciones de salarios, y/o más los punitivos respectivos que deben aplicarse por la vigencia de la Ley 12.091/98.
- e) El cobro de punitivos determinado en la ley 12.091 y que establece el Banco de la Provincia de Buenos Aires, para las deudas financieras por descubierto, se aplicará también sobre las deudas de ejercicios vencidos hayan o no sido reclamadas por expediente administrativo. En los casos de haberse producido la cancelación de la matriculación por deudas acumuladas, se aplicará el mismo criterio.
- f) El índice de variación que se tomará para eventuales ajustes será el del índice general de salarios públicos.
- g) Aquellos profesionales que se hayan adherido al plan de financiación por débito automático (tarjetas de crédito) y deseen continuar con la misma modalidad, no es necesario que en nuestra institución realicen ningún nuevo trámite. Caso contrario, deberán comunicarlo por escrito a fin de suspenderlo.
- h) Los profesionales que se encuentren realizando los pagos a través de los Círculos Médicos deberán comunicarse con esa Institución a fin de confirmar la continuidad de los descuentos.

NUEVOS MATRICULADOS:

Todos los profesionales que se hayan registrados desde el: 01/03/2008 hasta el: 30/06/2008 deberán abonar la diferencia, entre el pago que realizó como "ANTICIPO MATRICULACION" y el valor definitivo de la matrícula.-

**No pague recargos por mora, abone su matrícula en término.
Recuerde que de no hacerlo, perderá los beneficios otorgados
por el Fondo de Resguardo Profesional.**

Lo que hay que saber

Las patéticas imágenes del presunto médico anesthesiólogo sorprendido por la cámara de un familiar de la joven que falleció en quirófano, aún nos impactan al recordarlas. Esa mirada turbada, desencajado, fumando nerviosamente ante la indagación de los padres de la paciente nos provocan una rara sensación de pena por un lado, de indignación por otro.

Ese médico no estaba registrado en nuestro distrito, a pesar de trabajar en una clínica de la localidad de Haedo. Tal vez si hubiere estado matriculado podría haber recurrido a nuestro servicio gratuito del PASMME que le hubiera proporcionado una solución a su problema.

Esta crítica situación provocó un cimbronazo a todo nivel producto del impacto mediático. De allí surge la convocatoria del Ministerio de Salud para la reconversión del Convenio de Cooperación para el contralor de la actividad profesional médica en la Provincia de Buenos Aires, dirigido a verificar la matriculación legal de los médicos que desarrollen su labor en la provincia: esto no solo tiene implicancias administrativas sino que también garantizan para el médico su condición laboral, su relación de dependencia contractual asegurando una continuidad de trabajo, un eficaz cobro de sus honorarios o salarios en tiempo, forma y calidad. ¿Por qué se revelan estas implicancias? Pues bien, el contralor de los inspectores del Colegio de la actividad médica en la práctica privada en condiciones no apropiadas derivaría en la denuncia al Ministerio de Salud para que opere las sanciones que correspondan a las anomalías detectadas. La clínica en cuestión ya fue clausurada preventivamente por contar en su plantel con médicos no matriculados en nuestro Distrito. A partir de estos hechos, los centros contratantes de trabajo médico, se pusieron a tono con la realidad enviando los listados de profesionales cumpliendo con los requisitos legales que el Ministerio de

Salud reconvino. Además es válido señalar las dificultades que tienen tanto los directores como los profesionales ante la justicia penal por no respetar las leyes cuando se instaura una causa por responsabilidad profesional.

Continuando con nuestro PASMME, es destacable la declaración de interés municipal por parte de la Intendencia de Morón, y la contribución de nuestros Círculos Médicos de La Matanza y Morón para el sostenimiento de este programa que ya ha dado sobradas muestras de efectividad, logrando recuperar y reinsertar a los colegas al trabajo y a su vida de relación social-familiar.-

Para finalizar quiero recordar a los médicos del distrito que este año - más precisamente el 13 de noviembre-, se vota en nuestra Caja de Previsión pudiendo realizar esta práctica democrática en la sede de la Caja el día antedicho o a través del correo con los elementos que se recibirán en su domicilio. Es trascendente destacar que nuestra posición es muy clara al respecto, en cuanto a no sobrecargar en las espaldas de nuestros colegas el sostenimiento de los jubilados, buscando otras formas de lograr recursos para incluso mejorar la retribución de los pasivos. Sin duda que dirigentes consustanciados con estos objetivos, que tengan experiencia y que se encuentran en actividad para comprender las necesidades de los activos y de los jubilados; son los indicados para el futuro de nuestra Caja de Previsión, la participación en el acto electoral es imprescindible. No permitamos que improvisados se hagan cargo de nuestros ahorros de tantos años, comprometiendo nuestra posibilidad de jubilación cuando decidamos nuestro retiro de la actividad.

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

Año 11 - N° 85 - Septiembre - Octubre de 2008

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.

Elecciones 2009 - 2013

Caja de Previsión y Seguro Médico

Lista Unidad Hospitalaria

Entrevista al candidato a Director del Distrito III

Dr. José Alberto Ferreirós

M.P.: 36.862

El Dr. José Alberto Ferreirós es Médico Obstetra desde hace 25 años. Su profesión comenzó como residente en el Hospital Posadas y más tarde como médico de planta. Todo su trabajo se concentró en la zona oeste, tanto en el hospital como en el consultorio.

Hace 12 años -desde que es Asambleísta de la Caja- comenzó a interiorizarse por sus temas y por lo inherente a la Previsión Médica en sí. Tiene experiencia en la gestión y conoce al detalle las deficiencias actuales de la Caja y por ende, sus soluciones.

“En estos últimos 12 años -cuenta Ferreirós- la Caja cambió mucho ya que pudieron estabilizarse todas las cuentas. Se consiguieron en todos los períodos equilibrio económico-financiero y eso hay que destacarlo. Hoy la Caja es una institución médica administrada por un cuerpo médico que son los directores en cada uno de los distritos. Y está sana. Es una Caja económicamente fuerte. Eso es importante, no solo en este momento sino para nuestro futuro. Los médicos no estamos acostumbrados a pensar en previsión y nos acordamos de que nos vamos a jubilar quizás 5 años antes de jubilarnos y no desde el comienzo de nuestra actividad profesional”.

El Dr. Ferreirós cuenta que “la Caja es solventada por el aporte del médico activo. Hoy en la Caja de Previsión hay aproximadamente 47.000 médicos en toda la Provincia de Buenos Aires. En nuestro distrito tenemos aproximadamente 7.000. Hoy se están pagando beneficios en toda la provincia, de aproximadamente 8.300 beneficios, la mitad a jubilados y la otra mitad a pensionados”. Y agrega que no es lo único de lo que se encarga la Caja, sino



que también se ocupa del activo “otorgándole subsidios por enfermedad, que a veces uno no piensa hasta que no lo necesita. Este tipo de subsidios que la Caja otorga a los médicos son importantes porque es la única Caja a nivel profesional y a nivel privado (digámoslo de alguna forma, porque la Caja no recibe ningún subsidio del Estado), que otorga a sus afiliados un subsidio cuando están enfermos”. Este subsidio es el equivalente a una jubilación y en el último año se han otorgado 1.300 subsidios por enfermedad.

“Otro de los beneficios que otorga la Caja son subsidios por hijo discapacitado, subsidios por nacimiento o subsidios por maternidad -cuenta Ferreirós- que son importantes para el médico porque el profesional los recibe en momentos críticos”. Como también el subsidio por fallecimiento “que ayuda a los deudos o a sus familiares a sobrellevar este momento que no es muy grato para la familia. Es importante que en estos últimos años se consiguió que el aporte que el médico activo realiza en su 5% vuelva al médico”.

"Hay algo que es importante destacar, que en los últimos años el médico ha recuperado el 5%. Es decir, ¿cuál es el miedo del médico? Que ese 5% que está aportando por su trabajo médico en su consultorio o en la clínica se vea reflejado en su jubilación futura ya que ha sido un aporte importante. Esto el médico lo cobra, recibe todos los años, 2 veces por año, un resumen de sus Unidades de Cómputo Previsional, que se llaman UCP, que en este momento el valor es de \$7,35 por unidad. Lo importante es que esto, por más que el médico fallezca es un capital que lo heredan sus deudos. (...) Recibirlo a partir del primer sueldo jubilatorio. Esto lo puede recibir de distintas formas, pero este 5% vuelve al bolsillo del médico".

"Otro de los logros importantes es que en estos últimos 12 años se ha logrado la estabilidad económico-financiera de la Caja, pero lo importante también es no permitir el desfinanciamiento producto muchas veces de manejos demagógicos como podría llegar a significar el hecho de repartir indiscriminadamente los activos de la Caja".

"En los últimos años ha habido un aumento importante de la cuota que pagamos todos los meses. Eso fue debido a que durante algunos años no se incrementó el valor del Galeno y en este último año hubo un aumento significativo, que nosotros el Distrito- no votamos. El distrito votó otro tipo de aumento y no de este monto. Por eso lo que nosotros esperamos en esta próxima asamblea es que no recaiga en las espaldas de los médicos activos los aumentos de los jubilados y que por lo menos la Caja pueda manejar estos aumentos a los jubilados de otra forma y no sólo con el aporte del médico activo".

"Para poder gestionar una institución de la envergadura que tiene la Caja hay que tener experiencia. En previsión no tenemos que improvisar, sino que hay que conocer de la gestión. Creo que nuestra Lista está conformada por médicos activos y médicos pasivos en la proporción adecuada. Los médicos que conforman la lista son médicos que pertenecen a los distintos hospitales, clínicas, sanatorios y consultorios privados de la zona. Es decir: está representado todo el universo médico del distrito. Por eso les pedimos que en las próximas elecciones a realizarse el 13 de noviembre se acerquen a la Caja a votar o bien lo hagan desde la

comodidad de su domicilio ya que las boletas y los sobres van a llegar a los domicilios con el sobre y con el franqueo ya pago. Es decir que lo único que tiene que hacer el médico es firmar la tarjeta de voto, colocarla en sobre y luego enviarlo por el correo en cuanto reciban el sobre de voto, para que no haya problemas de distribución en el correo y problemas en la recepción de los mismos.

- ¿Cuál es el nombre de la Lista, Doctor?

- Unidad Hospitalaria.

- ¿Qué relación porcentual habría entre el activo y el pasivo para llegar a cobrar ese beneficio y el aporte del activo?

- La relación de aportantes reales, es decir el médico que aporta todos los meses su cuota previsional, respecto de la cantidad de beneficios que se otorgan es de 4 a 1, de ahí los costos del aporte que tiene que hacer el médico actualmente. En este momento el médico jubilado, recibe un aporte que está en consecuencia con el aporte que hace el activo. A la vez hay que destacar que este año el médico jubilado aparte de haber recibido sus 12 sueldos ordinarios y los 5 medios sueldos como un aporte complementario en ayuda al médico jubilado y al pensionado o a la pensionada. Es decir, ese fue el esfuerzo que puso la Caja hacia los jubilados para que pudieran mejorar la capacidad adquisitiva de su jubilación.

- Aparte del recurso genuino que tiene la Caja - que sería el aporte del activo- hay otro recurso que es el resultado de las inversiones. De todas las inversiones que realiza la Caja, que diversifica inversiones. Esta Lista, ¿qué opina sobre el uso de esas inversiones para aumentarle al jubilado, para que no recaiga como decía usted antes- el peso tanto sobre el activo?

- El hecho es el siguiente: todos los activos que tiene la Caja en este momento, es decir, todas las inversiones que la Caja tiene son para mantener también el valor adquisitivo del ingreso. Es decir nosotros, en este momento la Caja, le está asegurando al médico activo que con su aporte va a recibir esta jubilación y también el aporte del 5%. Y todas las inversiones que realiza la Caja, muchas de ellas también son volcadas, por ejemplo de lo que hablábamos antes, en estos 5 medios sueldos que recibió el médico o el pensionado son volcados a

partir de la Caja en los últimos años. Y estamos hablando de sumas importantes debido a la cantidad de jubilaciones que se están abonando durante todo el año.

- O sea que en realidad en el tema de las inversiones hay que entender que es un colchón financiero que la Caja va proyectando a futuro para que los nuevos médicos que se van jubilando tengan la seguridad de que van a cobrar. O sea que en realidad en esta Caja el médico sabe ya con anticipación cuánto va a ser en realidad su beneficio y está asegurado que lo va a recibir.

- Sí, está asegurado porque hoy la Caja tiene sus inversiones. Las inversiones de la Caja que son diversas, está asegurándole al médico activo que en el momento que necesite su jubilación la va a cobrar con lo que está pautado.

- ¿Cuál es la plataforma que tienen ustedes? ¿qué es lo que proponen a futuro en caso de que sean elegidos? ¿Qué es lo que la lista de ustedes propone para la Caja?

- La Caja es un ente económico-financiero en definitiva. Es una institución médica, manejada por médicos que maneja aportes que hacen los médicos activos. Es tratar de mantener esto, es decir tratar de que no haya dilapidación de estos fondos, mejorar la atención, el servicio que le brinda la Caja a sus afiliados ya que muchas veces el activo protesta o no recibe el servicio o la atención que merece de parte de la Caja. Tratar de no volcar sobre los ingresos de los activos todo el aporte. Que todo el aporte no salga del bolsillo del activo sino que también la Caja tenga la oportunidad de ayudar para poder aumentar las jubilaciones. Y todos los integrantes de la lista proponemos honestidad y transparencia en la gestión

que queremos realizar. Nosotros queremos hacer una Caja que tenga más impronta política, más presencia política. Que piense más en el médico en conjunto no tan técnico, no tan administrativo sino más político y que esa va a ser un poco nuestra tendencia.

- Claro, yo siempre escuché que a nivel de dirigentes predominaban muchas veces los técnicos y las decisiones que se tomaban eran a través de los técnicos, no a través de los médicos. Falta estrategia política. Todo esto ocurre por falta de comunicación. La Caja no comunica sus actos a los médicos. De la misma forma, como nadie sabía la relación entre aportantes reales y jubilados hay muchas otras cosas que el aportante no conoce de la Caja. ¿Y si conociera un poco más con profundidad, qué es lo que pasa en la Caja entendería porqué ocurre?

- Mejorar la información es un flanco débil de la Caja. La falla comunicacional que tiene la Caja, esta Lista pretende de a poco tratar de mejorar. Creo que es una de las cosas que tenemos que cambiar, por lo menos en el Distrito, cuando empiece la gestión. Es la forma de ir cambiando todos. Tenemos que empezar por algún lugar. Empecemos por nuestro Distrito. En la Caja están haciendo las normas de calidad 9001, ISO 9001, si las fallas comunicacionales que tiene son gravísimas. Y eso también tiene que ver con la política porque la política real que hace la Caja es una política muy condicionada por todo lo técnico, por los abogados, los contadores y nada más. En síntesis, nuestra lista propone más política en la Caja, cuidar los recursos de la institución, subsanar las fallas de comunicación y una gestión honesta y transparente para todos los colegas activos y pasivos.

**No se olviden: se vota
el 13 de noviembre de 2008
en la Caja
(Mitre y R.O. del Uruguay, Morón)**

SALARIOS MÍNIMOS DE REFERENCIA

COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES CONSEJO SUPERIOR

Visto

Que se han detectado diferencias salariales sustanciales en los distintos regímenes y/o modalidades de trabajo en la Provincia de Buenos Aires;

Y CONSIDERANDO

Que las circunstancias apuntadas se verifican claramente entre los salarios que perciben los profesionales médicos dependiente de la Provincia de Buenos Aires e incluidos en la Ley 10471, con aquellos dependientes de los distintos municipios de la misma jurisdicción

Que aún cuando en dichas comunas exista adhesión a la Carrera Profesional Hospitalaria prevista en la Ley 10471, ello no conlleva a la aplicación del régimen salarial vigente en esta última

Que la Constitución Nacional en su art. 14 bis garantiza el principio de igual remuneración por igual tarea.-

Que es atribución exclusiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires procurar la defensa y protección de los médicos en su trabajo y remuneraciones en toda clase de instituciones asistenciales o de previsión y para toda forma de prestación de servicios médicos públicos o privados como así también proceder a su defensa a petición del matriculado (conf. Art- 5 inc. 3, 4 y conc. del Dec. Ley 5413/58)

Que el art. 27 inc. 9 del cuerpo legal citado expresamente determina que es responsabilidad de este Consejo Superior el velar por el fiel cumplimiento de sus disposiciones

POR ELLO

EL CONSEJO SUPERIOR DEL
COLEGIO DE MÉDICOS DE
LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

RESUELVE:

Artículo 1: Determinar que el salario que perciben



los profesionales dependientes de la Provincia de Buenos Aires y que se encuentran amparados en el régimen de la Ley 10471, debe ser considerado como mínimo de referencia para todos los médicos que desempeñan sus actividades en el ámbito público, sin importar si el mismo es provincial, municipal o cualquier otra modalidad que pudiera asemejarse.-

Artículo 2: Dejar expresamente establecido que lo determinado en el artículo anterior es plenamente aplicable en aquellas jurisdicciones o Comunas que tengan establecido un régimen legal propio.

Artículo 3: De forma

RESOLUCION C.S. N° 686/08.-
LA PLATA, 27 de Septiembre 2008.-

Dr. Salvador Lo Grasso
Presidente

Dr. Rubén H. Tucci
Secretario General

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



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

Porque los problemas de caída
de cabello ya son historia...

Interesantes beneficios

Consulta y Diagnóstico
Microtransplante capilar
Tratamiento médico capilar



PERFECT HEAD

Centro de Recuperación Capilar

Contáctenos al 4483-2221 / 5290-1991

perfecthead@perfecthead.com.ar

www.perfecthead.com.ar



Antártida
RADIO / AM 670

"SALUD Y DEPORTE"
Sábados de 11 a 13 hs.

Conducción: **Dra. Fabiana Mandel Fiks, Dr. Alter Jaime Mandel**

www.radiorepublica.com.ar · Tel.: 4482-3393

noticolegio 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 financieras 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.

Talonario de Psicofármacos (Recetario naranja)

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: Se recuerda que es obligatoria la colocación del número de matrícula de la Provincia de Buenos Aires en el SELLO PROFESIONAL.

Comisión de Cultura

Torneo de Ajedrez

Se realizó con éxito el **VI Torneo de Ajedrez** el día 23 de agosto en el Club Philidor de Morón, habiendo sido la convocatoria muy importante ya que participaron 16 ajedrecistas.

El clima que se vivió ese día fue de mucha camaradería compartiendo una tarde de mucha alegría y pasión por el ajedrez.

La clasificación fue la siguiente:

1. Alberto Patiño
2. Rodrigo Requena
3. Horacio Rubel
4. Daniel Brunsteins
5. Luis Azzarini
6. Héctor Farrancha
7. Jorge Bascher
8. José Libonatti
9. Sergio Butman
10. Roberto Rajmaliuk
11. Carlos Madani
12. Armando Catuogno
13. Martín Oraño
14. Marcelo Cetera
15. Jaime Mandel
16. Juan Alberto Echeverry

Organigrama Exposición Permanente de Artes Plásticas

Continuando con las exposiciones mensuales permanentes de artes plásticas, invitamos a los interesados a comunicarse con

la Comisión de Cultura los 2dos. y 4tos. jueves de cada mes de 13.00 a 14.00 hs., para su coordinación. El sitio de Exposiciones se encuentra en el primer piso siendo gratuito.



Concurso Literario

Al cierre de esta edición se han recepcionado los últimos trabajos que participarán en el Género Poesía este año, los cuales serán evaluados por el jurado presidido por el Sr. Panizzi. Agradecemos la participación de los colegas y familiares directos ya que el número de trabajos supera los recibidos en años anteriores, lo cual habla del interés suscitado por este concurso.



Agenda Cultural

Continuando con la agenda cultural damos a conocer direcciones de páginas web donde figuran actividades relacionadas con la cultura.

www.teatrocolon.org.ar
www.lanacion.com.ar/cultura
www.buenosaires.gov.ar/agenda
weblogs.clarin.com/agenda-n
www.jardinjapones.com/portada



Atención Colegas



El Círculo Médico de **Morón, Hurlingham e Itzaingó** informa al cuerpo médico en general que, coherente con su política de privilegiar el honorario médico por sobre cualquier otro concepto, continuará abonando el valor de la consulta para las prestaciones del IOMA según el convenio actual. Es decir, a \$ 28,75 respetando el convenio firmado con el IOMA que consideramos de principal importancia para los médicos.

La liquidación alcanza a toda prestación realizada a afiliados del IOMA con "EPO" Morón, Hurlingham e Itzaingó.

Además, aclara, que no es motivo de rechazo de facturación el cambio de tinta en los bonos de prestación.

Ante cualquier duda, rogamos comunicarse a nuestra entidad al tel.: 4629-6185 o personalmente a Rep. Oriental del Uruguay 327, Morón, que cordialmente será atendido por miembros de nuestra Comisión Directiva.



Mesa Directiva

Invitamos a Profesionales y
Entidades de la Salud a visitar:



Nuestro objetivo es que **Bioquímicos, Enfermeros, Farmacéuticos, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, Médicos, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos, Técnicos en Salud** se relacionen con **Ministerios, Hospitales, Clínicas, Sanatorios, Farmacias, Laboratorios**, para Modificar el estado laboral de los Profesionales y solucionar las necesidades de Recursos Humanos de las Entidades.

Brindamos también acceso a temas de interés relacionados

Los esperamos www.misguardias.com

XIV Jornadas Médicas

"Trabajo Médico: problemática y consecuencias"

15 y 16 de Octubre de 2008

Las **XIV Jornadas Médicas**, del **Colegio de Médicos Distrito III**, estarán exclusivamente enfocadas a la problemática de las condiciones actuales del trabajo médico y de las serias consecuencias que este acarrea.

Creemos que ante el desamparo de leyes que protejan nuestro trabajo con un recurso humano cada vez más crítico, y la aparición de graves complicaciones en la salud de los profesionales que conlleva el mismo, es necesario un cambio que permita revertir esta situación.

Por ello y haciendo eje en esta problemática proponemos herramientas para el cambio que dignifiquen nuestra labor diaria y que permitan abordar desde una posición de fortaleza toda negociación al respecto.

Miércoles 15 de Octubre

Dedicado a la problemática de las residencias

- ◆ Residencia actual, condiciones laborales, recurso humano
- ◆ Propuestas para el cambio consensuadas y elaboradas por los propios actores.
- ◆ Participación de todos los residentes de los hospitales del distrito

Presentación de Trabajos Libres,
fecha de cierre 9 de octubre de 2008.
Inscripción
Presentación trabajo
No arancelado

Jueves 16 de Octubre

"Trabajo Médico" *Mesa Redonda*

Estrés Laboral, Dra. Silvia Bentolila

Sindicalización, Realidad o Utopía Estatuto Médico. ¿Es posible?

Dr. Luis de Innocentis - Dr. Enrique Laval, Dr. Erick Mendoza y Dr. Pablo Pita (Abogado Laboralista). Comisión Laboral Col Med DIII

Dr. Ricardo Allegretti - AMRA

Dr. Néstor Feldman - FEMECA

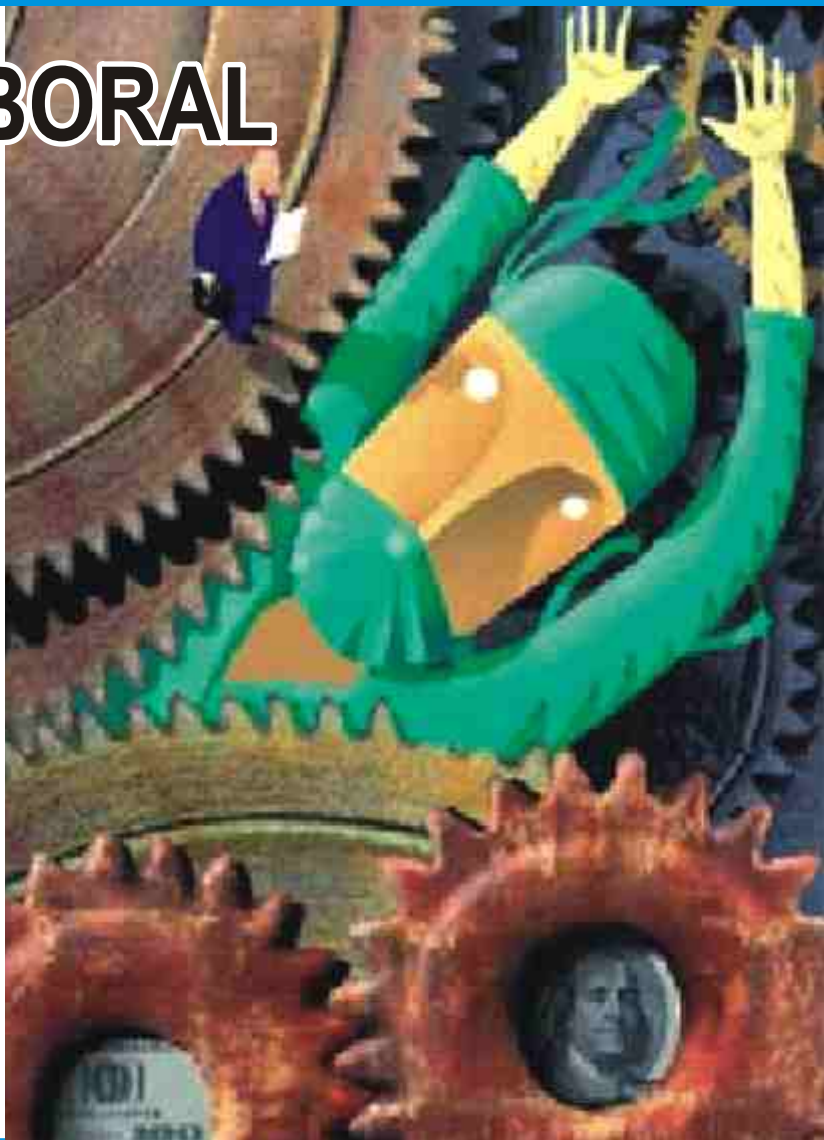
XIV Jornadas Médicas

"Trabajo Médico"

"Problemática y Consecuencias"
15 y 16 de Octubre de 2008

ESTRÉS LABORAL

- ◆ Estrés Laboral
- ◆ "Sindicalización"
Realidad o Utopía
- ◆ "Estatuto Médico",
¿es posible?
- ◆ Residencia Médica
¿Seguimos Igual?
- ◆ Recurso Humano
- ◆ Condiciones Laborales,
propuestas de cambio.



El Sindicato de los Médicos

Muchos fueron los intentos para consolidar una herramienta apropiada para ejercer la representatividad de los colegas médicos en relación de dependencia.

La idea de un Sindicato de Médicos Nacional venía madurándose en los últimos treinta años. Cuando existió la posibilidad de iniciar el camino se interrumpió bruscamente por el proceso militar.

Desde distintas provincias, pero fundamentalmente desde Buenos Aires y Santa Fe, se siguió acunando el proyecto.

No fue casualidad entonces, que recuperada la democracia desde la Asociación Médica de Avellaneda recomenzara la construcción de la organización.

Vicente Federico invitó a la Asociación Médica de Rosario a sumarse y en los últimos once años el proyecto comenzó a tomar forma.

Las dificultades burocráticas, el desconocimiento del nuevo medio en donde desenvolverse no impidieron que los viejos y noveles dirigentes siguiesen apuntalando el objetivo.

A la fecha se encuentran en plena actividad de la Seccional Conurbano Sur, la Seccional Conurbano norte y la Delegación sur en Provincia de Buenos Aires.

Desde diciembre se sumó la Seccional Conurbano norte con sede temporal en el Colegio del Distrito IV demostrándose en esta decisión la idea de que las instituciones tradicionales han evaluado positivamente el desarrollo de la



Dr. Ricardo Allegretti

representación gremial formal dentro del marco de la Ley de Asociaciones Sindicales.

La Seccional Santa Fe persiste junto a la Asociación Médica de Rosario en apuntalar el crecimiento nacional de Asociación de Médicos de la República Argentina.

Los esforzados colegas de Formosa y Neuquén, diariamente dignifican con su accionar la defensa de los derechos gremiales. Estas dos seccionales históricas se suman a la nueva que surgirá en noviembre en La Rioja.

Mendoza, Misiones, Entre Ríos y Río Negro fueron activadas a partir del último

año viéndose reflejado en el interés y la afiliación conseguidas.

En la reunión de CONFEMECO realizada durante el mes de julio en Foz de Iguazú presentamos formalmente al sindicato, también nuestro deseo y compromiso de establecer líneas de trabajo compartidas.

Ratificamos que como el médico está **colegiado** en el presente, el futuro lo verá también **sindicalizado**.

La participación en Paritarias Provinciales (Buenos Aires, Santa Fe y La Rioja), la posibilidad en marcha de lograr Convenios Colectivos con las empresas de emergencias en Provincia de Santa Fe y con la Asociación de Clínicas y Sanatorios justifican nuestro entusiasmo.

Hoy el trabajo médico, asociado a las condiciones de medio ambiente laboral, es tema recurrente en muchas actividades institucionales. Esta concepción sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) son estudiados profundamente desde las organizaciones laborales desde el año 1998 en nuestro país bajo las recomendaciones sugeridas de la OIT.

Por todo esto me parece

sumamente auspicioso el interés de los médicos por aumentar su conocimiento.

La calidad de vida laboral y su incidencia en la salud de los profesionales está al tope de nuestros desvelos como organización sindical.

Estabilidad laboral, salarios, ambientes seguros, derechos de la mujer embarazada, son todos temas conexos y que al no resolverse conducen a patologías somáticas y psíquicas de nuestros representados.

Los cuadros de hipertensión arterial e infarto, gastritis y hemorragias digestivas, abortos espontáneos y contagios de infecciosas por falta de bioseguridad son comunes.

El burnout, la depresión, los cambios de humor y el aislamiento comprometen la vida del trabajador médico.

Entonces, no resulta difícil concluir que la atención de los pacientes se resienta y el sistema termine absolutamente afectado porque olvidamos proteger al recurso humano fundamental en salud, los trabajadores profesionales.

Dr. Ricardo Allegratti
Secretario General
AMRA

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

Comisión de Medio Ambiente

Residuos patogénicos o infecciosos

Dr. Enrique Laplumé (*)
MP: 34.903

La Ley N° 11.347 y su decreto reglamentario 450, de la **Provincia de Buenos Aires** define como elementos materiales en estado sólido, semisólido, líquido o gaseoso, que presenten características de toxicidad y/o actividad biológica, que puedan afectar directa o indirectamente a los seres vivos y/o causar contaminación del suelo, agua o atmósfera. Serán considerados en particular residuos de este tipo los que se incluyen a título enunciativo a continuación: vendas usadas, residuos orgánicos de partos y quirófanos, necropsias, morgue, cuerpos y restos de animales de experimentación y sus excrementos, restos alimenticios de enfermedades infectocontagiosas, piezas anatómicas, residuos farmacéuticos, materiales descartables con y/o sin contaminación sanguínea, anatomía patológica, material de vidrio y descartable de laboratorio de análisis, hemoterapia, farmacia, etc.

El **Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación** incorporó al **Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica** las **Normas Técnicas Nacionales** sobre el manejo de residuos biopatológicos de **Unidades de Atención de la Salud** por resolución 0349/94. Allí define residuos sólidos biopatogénicos a todos aquellos desechos o elementos materiales orgánicos o inorgánicos en estado sólido y/o semisólido, que presenten cualquier característica de actividad biológica que pueda afectar directa o indirectamente a los seres vivos o causar contaminación del suelo, del agua o la atmósfera, que sean generados con motivo de brindar servicios de atención de salud humana o animal con fines de prevención, control, atención de patologías, diagnóstico y/o tratamiento y rehabilitación, así como también en la investigación y/o producción comercial de elementos biológicos. Categoriza como residuos biopatogénicos tipo B a aquellos residuos con actividad biológica que provengan de áreas de internación, de emergencia, de tratamientos quirúrgicos u obstétricos y traumatológicos, laboratorios clínicos de investigación y farmacológicos, de hemoterapia, consultorios odontológicos y cuerpos de animales de

experimentación y sus excrementos, anatomía patológica, morgue, autopsias, farmacia, etc. Incluyendo desechos alimentarios de áreas de infectocontagiosos.

De las definiciones precedentes se concluye que todo material que ha tenido contacto con pacientes es residuo patogénico, con lo cual tendrá que entrar en el circuito de descarte en bolsas rojas, no pudiéndose disponer como residuo domiciliario.

Para cumplir con estas disposiciones se han colocado en el hospital carteles que orientan cómo desechar los diferentes residuos, destacando que en bolsas negras se tiren los restos de comidas, envases y envoltorios. Estas disposiciones generan una gran cantidad de basura que debe ser enviada a los lugares de disposición final, generalmente hornos habilitados a tal efecto, con un costo aproximado de \$ 0,80 por Kg.

Gram. A. J. Ayliffe en **"Clinical waste: how dangerous is it?"**, publicado en **Current Opinion in Infectious Diseases vol. 7, N° 4, 1994**, plantea que el residuo hospitalario tiene un contenido de microorganismos similar o posiblemente menor que el residuo domiciliario. Expresa que no hay evidencia de transmisión de infecciones por residuo hospitalario fuera de los accidentes con materiales punzo-cortantes en los trabajadores de la salud, donde el riesgo de adquirir una infección por HIV es bajo. Diferentes estudios en Europa han demostrado que hay menos cantidad de microorganismos en los residuos hospitalarios que en los domiciliarios y que los potenciales patógenos son iguales en ambos casos. Se han demostrado menos microorganismos en residuos provenientes de pacientes en salas de aislamiento, que en los producidos en otras salas. Por consiguiente, no existe evidencia que el residuo hospitalario sea más peligrosos que el domiciliario o que el residuo hospitalario sea responsable de enfermedades en la comunidad o en el personal hospitalario, fuera de las agujas u otros elementos punzo-cortantes.

En dicho artículo el autor recuerda que para que una infección ocurra son requeridos los siguientes eslabones para armar una cadena

epidemiológica:

1. Presencia de un patógeno con suficiente virulencia y en número suficiente para producir una infección.

2. Una puerta de entrada para que el patógeno entre en el nuevo huésped y,

3. Un huésped susceptible.

Hay muy pocas situaciones en que se cumplen todos estos requerimientos, y la transmisión de la infección será más improbable si la cadena es rota colocando los residuos en envases plásticos sellados o en otros envases impermeables.

El autor hace mención a que las agujas de jeringas y otros instrumentos cortantes son los únicos residuos conocidos que pueden transmitir una infección al personal de salud pero no a otro personal que maneje estos residuos en la comunidad. En las playas de Nueva York el riesgo de infección de este tipo de accidentes se estima entre 1 en 15 billones y 1 en 390 trillones.

De acuerdo a lo propuesto en un documento colaborativo realizado por 13 relevantes organizaciones en USA que coincide con lo aconsejado por la Sociedad de Epidemiólogos Hospitalarios de América, se sugieren 4 categorías de residuo infeccioso:

1. Instrumentos cortantes (usados y no usados).

2. Cultivos de laboratorio y otros residuos microbiológicos.

3. Residuos seleccionados como residuos biológicos de individuos humanos aislados para proteger a otros individuos de ciertas enfermedades muy virulentas (clase 4 de agentes etiológicos) o animales con estas enfermedades y

4. Residuos animales, materiales descartables originados de animales inoculados con agentes infecciosos, incluidos los cadáveres y los restos de los lugares utilizados por éstos para dormir.

En dicho artículo se sintetiza diciendo que "del residuo patológico, como tejidos y sangre humana, productos sanguíneos y fluidos corporales, son usualmente incluidos como residuos bajo control por una cuestión estética concerniente al público más que por constituir un real peligro infeccioso. Los productos de sangre y fluidos corporales pueden ser descargados en los sistemas cloacales tomando las precauciones para evitar exposiciones en el momento de volcar los fluidos en los sistemas de drenaje. Excrementos humanos, como orina y heces, están especialmente excluidos, porque es la forma



habitual aceptada para desecharlos.

Al comparar las leyes y disposiciones de nuestro país con lo expresado en el artículo mencionado, es difícil de entender en dónde han buscado asesoramiento nuestros legisladores. De aceptarse los criterios mencionados en el artículo, cuánto dinero se podría ahorrar, destinándolo a salud pública o educación. No hay razón para tener que descartar un algodón con sangre de un paciente como residuo patogénico cuando diariamente se generan incalculables cantidades de apósitos femeninos en una ciudad, que se disponen como residuo domiciliario. Igual consideración se puede aplicar a los pañales descartables generados en cualquier centro urbano. Impresiona que se ha legislado en beneficio de los propietarios de empresas de procesamiento de residuos hospitalarios, hacia donde son derivados los considerados residuos hospitalarios, hacia donde son derivados los considerados residuos biopatogénicos.

La disposición de los residuos hospitalarios, por lo expuesto anteriormente, deberá ser un tema a revisarse, ya que de lograr una legislación acorde a los conocimientos científicos, los hospitales podrán dejar de "quemar" dinero en la disposición de un residuo que hemos visto, no sería más peligroso que el domiciliario. No obstante, al estar vigentes las normas locales, hasta que no se modifiquen, hay que cumplirlas.

(*) Coordinador del Comité Central de Infecciones Htal. Nacional Posadas.

Producción Ejecutiva y Realización:

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

Diseño Gráfico:  **prophicgrafica@yahoo.com.ar**



Traumatología

Juicios de mala praxis, Realidad o mito

Cuando hablamos de juicios, genéricamente mal llamados de mala praxis, es frecuente que digamos, en forma simplista que los mismos son consecuencia tan solo de una "industria del juicio". Reflexionando sobre esto, decidimos efectuar un análisis sobre los últimos 100 casos de la especialidad traumatología, que estamos llevando en el FONDO de RESGUARDO PROFESIONAL. Sin pretender ser dueños de la verdad absoluta en este tema, y tan solo basados en nuestra experiencia, hemos discriminado aquellos casos traumatológicos en que el juicio por responsabilidad profesional era una consecuencia casi inevitable, de aquellos otros que podrían considerarse consecuencia de oportunistas.

Independientemente del grado de responsabilidad que le pueda corresponder a cada profesional, el análisis objetivo de las demandas recibidas nos permite presuponer, que el 75% de las mismas, ya sea por la gravedad de las complicaciones, o por las circunstancias que se presentaron, eran "juicios razonablemente esperables".

Para aclarar el concepto de "juicio razonablemente esperable", en el que ubicamos al 75% de las demandas de la especialidad traumatología, a continuación mencionamos algunos ejemplos, reiterando que en modo alguno esta

"división" fue hecha asumiendo una probable responsabilidad del profesional en el hecho:

CASO 1: Un menor de 12 años de edad consulta a la guardia de un hospital por dolor en tobillo, refiriendo un antecedente traumático deportivo, jugando fútbol. En guardia es atendido por un traumatólogo, que le solicita radiografías en las que no se observaban lesiones óseas. Por el "dolor" es inmovilizado con una bota de yeso. Consulta a la misma guardia los tres días subsiguientes por intenso dolor, indicándosele en las citadas oportunidades analgésicos. Al cuarto día concurre con el dolor ya referido y desmejoramiento general y fiebre. Se decide su internación y se le retira el yeso, observándose una importante flogosis con cuadro compatible con artritis de tobillo. Se efectúa el drenaje quirúrgico, es internado en terapia intensiva por presentar una complicación infecciosa respiratoria y en menos de 24 horas fallece.

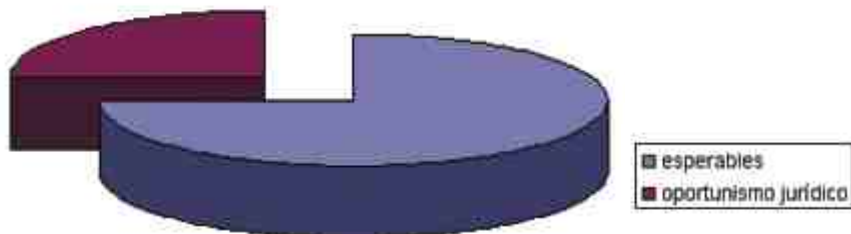
CASO 2: Paciente de 32 años que concurre a guardia de un hospital por haber sufrido un traumatismo deportivo con dolor en muñeca, se le realizan radiografías, diagnosticándose una fractura de escafoides sin desplazamiento, como tratamiento es inmovilizado con un yeso. Consulta en varias oportunidades en los días subsiguientes a la guardia del mismo

nosocomio por "dolor" y "edema en dedos", siendo medicado en esas ocasiones con analgésicos. Al no presentar mejoría luego de varios días se le retira el yeso, comprobándose una vez retirado el mismo una importante necrosis con infección del antebrazo. Es intervenido quirúrgicamente, realizándosele toilette quirúrgica, presentando como complicación una bronconeumonía, síndrome de inmunodeficiencia que le provoca la muerte.

CASO 3: Paciente de 26 años de edad que presenta una fractura de pierna como consecuencia de una herida de bala. Es atendido en guardia por traumatólogo, que le realiza toilette periorificial e inmovilización con bota de yeso, indicándosele control ambulatorio.

Consulta en varias oportunidades en los días posteriores a la guardia por "dolor", siendo atendido por otros profesionales que le indican analgésicos y reposo. A los 12 días y por continuar con la misma sintomatología (dolor), concurre nuevamente a guardia, y en esa oportunidad se le retira el yeso, comprobándose necrosis de partes blandas, con infección sobreagregada, que luego de varias toilettes y ante el desmejoramiento del estado general se decidió la amputación a nivel supracondíleo.

En los casos mencionados, (ejemplos reales), por el desenlace final de los mismos, era razonablemente esperable que pudieran desembocar en un juicio, (como en realidad ocurrió). Sin que ello obligatoriamente presuponga responsabilidad de los profesionales demandados. Reiteramos que no estamos haciendo un análisis de la





actuación profesional, (el análisis fue hecho en cada caso en particular para la contestación de la demanda), simplemente consideramos que los hechos relatados, por el desenlace de los mismos, hacían "esperable", un reclamo judicial.

Entonces, por nuestra experiencia en el FRP, consideramos que el 75% de las demandas se iniciaron por causas que objetivamente hacían presumir como altamente probable que existiera un reclamo tanto en fuero civil como en penal.

Como infinidad de veces decimos, no existe "la vacuna" contra el juicio por responsabilidad profesional, pero estamos seguros, y la estadística así lo demuestra, que hay una serie de medidas que se pueden tomar para al menos disminuir de manera sustancial la posibilidad del inicio de litigios.

Es cierto, pero menos frecuente, que a pesar de haber tomado todos los recaudos, haber hecho las cosas de manera adecuada, y agotado las medidas de precaución, el resultado final pudo no ser el esperado.

Ante una evolución desfavorable al tratamiento realizado, es posible que nos inicien una demanda, pero la realidad es que si ello ocurre, las armas con las que contamos para nuestra defensa, si se hicieron las cosas de manera adecuada y ajustadas a bibliografía, son muy importantes y es altamente probable que salgamos airosos del litigio.

De nuestro análisis se puede inferir que las causas que llevaron a los litigios "razonablemente esperados", fueron las siguientes:

-33,33% POR FALTA DE DIAGNÓSTICO OPORTUNO

-13,33% POR INFECCIONES, POCO PROBABLES O PREVISIBLES PARA LA PRÁCTICA EN CUESTIÓN.

-15% POR ACCIDENTE QUIRÚRGICO CONSIDERADO COMO COMPLICACIÓN NO HABITUAL DEL MÉTODO.

-33,33% POR SECUELA NO ESPERABLE, DEBIDO A PRÁCTICA INADECUADA Y/O DÉFICIT DE SEGUIMIENTO.

-5% POR DÉFICIT DE INFORMACIÓN A POSIBLES COMPLICACIONES.

Es importante aclarar que las causas arriba descriptas no siempre presentan una clara distinción del motivo que llevó a la litis, al contrario en muchos casos hay más de un factor, por ejemplo una secuela no esperable, generalmente esta acompañada de un déficit de información previa. A los fines de este análisis se ponderó el que consideramos más importante en la génesis del reclamo.

Atento a las cifras precedentes e insistiendo en las medidas de prevención (única alternativa para evitar un juicio o revertir sus consecuencias), creemos oportuno una vez más reiterar algunos conceptos que a nuestro criterio y basado en nuestra experiencia demuestran a las claras que son los únicos factores favorecedores a la hora de enfrentar al tribunal.

1-En el porcentual que nuestra estadística engloba a los casos de "falta de diagnóstico oportuno", (33,33%), un alto porcentaje se debió a fracturas inadvertidas, generalmente por no agotar los estudios complementarios necesarios. Quizá las perversas condiciones de trabajo a que la mayoría de nosotros estamos sometidos, (demanda excesiva, contratos paupérrimos, etc.), sean algunos de los factores responsables de tal situación. Independientemente de esto, las mismas no serán excusa ante el juez.

Es por ello que consideramos de utilidad, ante discordancia entre la sintomatología referida y los hallazgos semiológicos y/o radiográficos hallados, aún a expensas de una "pérdida de tiempo", solicitar los estudios de mayor complejidad tendientes a arribar a un correcto diagnóstico.

Esta situación derivó incuestionablemente en un reclamo judicial, cuando a posteriori (días o meses después) se efectuó el diagnóstico adecuado, que obviamente no era el mismo al que se había arribado en un primer momento.

En el segundo lugar de las demandas que agrupamos en este ítem, están las motivadas por la falta de diagnóstico oportuno de un síndrome compartimental. Por todos nosotros conocidas son las temidas complicaciones que sobrevienen ante la isquemia, en el diagnóstico y tratamiento de esta complicación. Por lo tanto reiteramos que debemos pensar en la posibilidad de esta contingencia en la evolución de una fractura tratada con yeso, y/o en traumatismos compresivos, ya que la única manera de diagnosticarlo precozmente es cuando buscamos los signos y síntomas, ya que cuando estos son muy evidentes generalmente es tarde.

2-Un apartado especial merecen las infecciones operatorias poco probables para la práctica (13,33% de nuestra serie); en este grupo la mayoría se debió a infecciones en artroscopias; resulta muy difícil que los pacientes acepten que una artroscopia de rodilla o de hombro se complique con una infección operatoria.

Reiteramos que no decimos que las mismas no pueden ocurrir, porque de hecho hemos tenido muchas demandas por esta complicación; solamente entendemos que la comprensión por parte del paciente que la padece es al menos difícil, y aún más difícil es si en el preoperatorio no le fue explicada esta posible complicación, y sobre todo si no fue consignada en el consentimiento informado. Es frecuente ver que en la práctica diaria muchos médicos minimizan esta cirugía, o crean expectativas desmesuradas en los pacientes. En tal sentido consideramos oportuno que los profesionales que realizan artroscopias, independientemente de extremar las medidas de profilaxis, expliquen a los pacientes de manera clara las posibles complicaciones de esta intervención quirúrgica, dejándolo consignado en un consentimiento informado específico.

3-En el rango porcentual en el que ubicamos a los accidentes quirúrgicos, (15%), no hemos tomado en cuenta los que pueden ser propios de la práctica, considerando tan solo los casos en que la

(continúa en pág. 21)





contingencia adversa se produjo por accionar imprudente, cuyas consecuencias pudieron haberse evitado extremando las precauciones de rigor; en este punto consideramos que la educación médica continua juega un rol importantísimo en la prevención de complicaciones.

Además es muy importante el reconocimiento de las limitaciones, tanto de los profesionales como de los nosocomios en donde se desarrollan las prácticas, ya que en muchas ocasiones en los centros asistenciales donde realizamos las mismas, no se cuenta con las condiciones que nos habrán de exigir, en el supuesto de tener que explicar ante un tribunal las contingencias que motivaron la

complicación; como ejemplos podemos citar la falta de un buen intensificador de imágenes, de mesa ortopédica, de personal de quirófano, o instrumental adecuado para la cirugía que debemos realizar, etc., etc.

También hemos visto que en muchas ocasiones los colegas nos han manifestado que una eventual práctica inadecuada se llevó a cabo bajo directivas o presiones de terceros. Recordemos en este punto que la autonomía científica que nos otorga nuestra especialidad, nos permite tomar decisiones autónomas, por lo que en estas circunstancias debemos desterrar el concepto de obediencia debida. Recordemos que un juez jamás tolerará de buen grado una explicación de esta naturaleza, la que en última instancia será considerada por el juzgador como una excusa o un eximente sin sustento.

Otro factor a tener en cuenta es que a veces nos vemos tentados por la irrupción en el mercado de "protesis, y/o materiales de osteosíntesis novedosos", y

presuntamente "muy prometedores"; esto lleva a que muchas cirugías se lleven a cabo sin la debida preparación y/o experiencia adecuada en la técnica a desarrollar, sin contar con un verdadero respaldo académico en nuestro medio, sobre los que no existe experiencia suficiente para acreditar su real utilidad. Lamentablemente el entusiasmo por la utilización de estos novedosos materiales muchas veces lleva al médico a no meditar y/o evaluar de una manera adecuada su precisa necesidad.

4- Otro factor de litigiosidad fue el debido a "las secuelas por déficit de seguimiento", (33,33%), en donde la mayoría de estas demandas se debieron a fracturas que consolidaron en mala alineación. En nuestra casuística la mayoría de ellas fueron secundarias a tratamiento incruento, y en muchas se había obtenido una buena reducción inmediata, y por falta o deficiente seguimiento, se produjo el posterior desplazamiento de la fractura dentro del yeso, siendo detectado el mismo cuando aquella ya estaba consolidada.

(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

Solicitar turno Srta. Gabriela - Tel.: 4628-3035 / 4629-1611
4483-1228 / 4483-1297 / 4627-8834 (int. 104)

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



Muchas veces resulta difícil acreditar si ese inadecuado seguimiento se debió a la falta de concurrencia a los controles por parte del paciente, a pesar de haberse dado la indicación médica, y en este punto vuelve a ser fundamental la "historia clínica", ya que de contar con anotaciones adecuadas en la misma, la defensa nos habría resultado más sencilla y efectiva. No está de más remarcar que nuestras complicaciones especialmente por mala alineación en la consolidación de fracturas son visibles a simple vista tanto por el paciente como por terceros, sin dejar de mencionar que pueden ser apreciadas por otros colegas, que en muchos casos no ahorran comentarios al respecto.

5-Otro factor que generó demandas que en nuestra casuística consideramos "esperables", ya sea como causa principal, o en la mayoría de las veces como factor agregado, es el déficit de información de la práctica

a desarrollar (5%). Al respecto consideramos que es muy importante que "perdamos el tiempo" necesario en hablar y explicar el procedimiento que vamos a realizar, y si bien no es necesario ser apocalípticos, es fundamental que expliquemos de manera comprensible para el paciente, los riesgos del procedimiento; tengan en cuenta los colegas, que el tiempo que puedan perder "antes" de llevar a cabo una práctica, predispone de otra manera al paciente, pero lo más importante es que ese tiempo es mucho menor del que vamos a perder en el caso de tener que contestar un reclamo judicial.

Esas explicaciones deben quedar consignadas en un verdadero consentimiento informado, en el que debe quedar claramente especificada la práctica que se llevará a cabo, con las complicaciones no solo generales sino las propias del procedimiento.

En anteriores publicaciones se comentó el proyecto de ley que está en tratamiento en diputados de CONSENTIMIENTO INFORMADO OBLIGATORIO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, que en caso de sancionarse cada indicación médica deberá quedar consignada y firmada por el paciente a modo de consentimiento.

Del análisis realizado a las demandas traumatológicas en proceso de defensa en el FRP, podemos concluir que si bien existen "oportunistas jurídicos", en nuestra casuística de la especialidad,

solamente un 25% de las mismas podríamos encuadrarlas dentro de esta categoría; pero el 75%, ya sea por la evolución desfavorable o las circunstancias que rodearon al hecho, hacían presuponer que la instancia judicial era ineludible; reiteramos que ello no significa en modo alguno que haya "responsabilidad" del profesional demandado, pero del análisis de los hechos, a nuestro entender consideramos que si bien en algunos de ellos la evolución final probablemente hubiera sido la misma, en la mayoría de los casos, con medidas preventivas como las que fueran arriba comentadas, tales como: informar claramente al paciente de las posibles complicaciones de la práctica a desarrollar, agotar los métodos diagnósticos ante cuadros no muy claros, seguimiento acorde a la patología, técnicas quirúrgicas adecuadas, prácticas ajustadas a bibliografía reconocida, sospecha y búsqueda de complicaciones en cuadros donde razonablemente se puedan presentar (síndrome compartimental), etc., la evolución final podría haber sido distinta, o en el caso de no haber sido así, los elementos de defensa con los que contaríamos ante el reclamo judicial serían mucho más efectivos.

Dr. Luis Tamarro
Traumatólogo
Médico Legista
Asesor del FRP

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