

El Antígena



PUBLICACION OFICIAL DEL COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES - DISTRITO V

Alsina 1250 (6700) Luján - Año III - Septiembre de 2010

Palabras del Presidente del Colegio de Médicos Distrito Vº

Desde el mes de julio de este año me toca presidir la Mesa Directiva del Distrito V del Colegio de Médicos.

Asumo el cargo como un trabajo y una responsabilidad que debo cumplir junto a los demás miembros de la Mesa Directiva y con el conjunto de Delegados al Consejo Directivo por las diferentes localidades distritales. Esto supone una tarea participativa encaminada a lograr objetivos, algunos explicitados en la Ley 5413 que nos rige, y otros surgidos de las políticas que se instrumenten.

Hasta aquí el discurso políticamente correcto, pero... me hago preguntas:

¿Porqué muchos médicos desconocen qué es y para qué sirve el Colegio de Médicos? ¿Por qué confunden al Colegio con La Caja de Médicos y con la Femeba? ¿Les faltará información suficiente? ¿Por qué muchos colegas protestan contra estas Instituciones? ¿Será porque en todas ellas deben pagar algo como resultado de su trabajo?

Y las Instituciones: ¿Qué les dan a cambio? ¿Nos da el Colegio soluciones para todos nuestros problemas, la Caja buenas jubilaciones y la Femeba logra buenos pagos para las prestaciones que hacemos a las OOSS Federadas? ¿Existe correspondencia entre el valor de la Hora Médica que fija el Consejo Superior del Colegio de Médicos con lo que nos pagan por nuestro trabajo? ¿Por qué a muchos colegas les parece que los aportes jubilatorios son siempre muy altos en relación con el monto que cobran los jubilados? Si nuestra Caja es solidaria, ¿por qué los médicos aportantes no tenemos una Obra Social por la Caja?

Como no la tenemos, debemos recurrir a otra obra social para estar protegidos: ¿no sería justo que tuviéramos una mantenida con los recursos aportados por todos los médicos que trabajamos en la Pcia. de Buenos Aires? ¿Es justo que algunos jubilados por nuestra Caja (que no son muchos) no tengan, en estos momentos, cobertura por una obra social y estén en situación vulnerable? Las decenas de miles de médicos que aportamos a nuestra Caja ¿debemos olvidarnos de ellos? Para otros colegas que tienen el sistema de OSMEBA Salud ¿no merecen que las prestaciones de la prepaga sean satisfactorias?

El Colegio, por la Ley que lo rige, sus Códigos y Reglamentos, debe bregar por la dignidad y la defensa del trabajo profesional en cualquier ámbito donde se realice ¿Por qué entonces, muchas veces, debemos trabajar en lugares y en condiciones indignas y por un salario indigno? ¿Por qué en ocasiones (que no son pocas) somos administrativamente maltratados y humillados por burocracias oficiales o por agentes de las mismas designados muchas veces por cuestiones políticas y no por capacidades?

En diferentes lugares de la salud pública nos dicen que tenemos Leyes de Carrera Hospitalaria, ¿se cumplen? Existiendo esas carreras hospitalarias, ¿porqué se instauraron sistemas de trabajo precariza-

do llamados eufemísticamente becas o contratos de locación de obra? Ante estas irregulares situaciones, las deficiencias hospitalarias en recursos humanos y técnicos y todas las demás que conocemos, ¿Por qué dirigentes de Asociaciones Profesionales, democráticamente elegidos y voceros ante las autoridades en representación legítima de sus colegas son perseguidos y desplazados por reclamar y desempeñar el papel para el que fueron elegidos, como ha sucedido en algún lugar de nuestro Distrito?

¿Debemos soportar situaciones y condiciones de trabajo "conflictógenas" cargando sobre nuestras espaldas el riesgo al acoso legal infundado, o a veces (las menos), justificadas pero determinadas por esas mismas situaciones? ¿Quién nos quita las angustias, las horas de insomnio, la ansiedad, el temor, la desvalorización y las horas de trabajo perdidas, ocasionadas por las demandas, aunque tengamos cobertura legal? ¿Qué valor tiene todo eso?

Si se pregona que el Sistema de Salud debe estar integrado entre los servicios Públicos, los Privados, y las que proveen las entidades gremiales; ¿porqué razón debemos, esquizofrénicamente, correr de un lugar de trabajo a otro, para ganar nuestro sustento; cambiando de patrón en cada uno de los lugares? Y en nuestros consultorios, ¿no somos empleados indirectos de aquellas prepagas o entidades para las que trabajamos y que generalmente son las que fijan lo que nuestro trabajo vale? ¿Les interesa lo capaces que somos en nuestro trabajo, o cuánto más barato les costamos?

Se nos exige recertificar nuestros conocimientos periódicamente, ¿Disponemos de sistemas, lugares y horarios adecuados para cumplir con las actualizaciones necesarias? ¿No son muchas veces los horarios complicados por nuestro trabajo (el que nos permite vivir), los lugares alejados o sistemas exclusivamente o mayoritariamente presenciales dificultades que conspiran para que nuestra actualización sea más fácil? Si agregamos a esto el costo monetario la dificultad es aun mayor.

Las preguntas podrían ser muchas más; no es que no las tengamos pero, en honor a la brevedad, las dejamos en suspenso pero no en el olvido o falta de consideración. Las preguntas por sí solas, no tendrían significado y serían solo un regodeo masoquista si no tuviéramos la obligación de buscar las soluciones para los problemas que plantean. En eso estamos.

El trabajo en el Consejo Directivo es permanente en busca de éstas soluciones, muchas de ellas de difícil resolución porque escapan a las posibilidades fácticas de la Institución y dependen de otras Instituciones. Es por ello necesario, imprescindible digo yo, que exista un trabajo conjunto entre todas ellas porque, en última instancia, el sujeto al que deben servir es único y el mismo: EL MEDICO.

Debemos lograr que no existan "cajas cerradas" de espacios de poder y de actividades centradas sola-



Dr. Osvaldo Biondini

mente en su área específica de acción, pero que sin abandonar a éstas pueda integrarse a las demás en búsqueda de las soluciones a la problemática médica.

Por supuesto que las soluciones a éstos y otros problemas no son mágicas y requieren del esfuerzo mancomunado de todos; y cuando digo TODOS, me refiero a TODOS NOSOTROS, MEDICOS de la Provincia de Buenos Aires. Estas son NUESTRAS INSTITUCIONES, y en ellas y por ellas debemos trabajar; son lo que tenemos. Si no nos gusta cómo son o cómo trabajan no por eso nuestra responsabilidad será menor, al contrario, debe ser mayor para encauzarlas y para que cumplan mejor con los objetivos para los cuales fueron hechas. Pero la tarea no empieza ni termina en las Instituciones médicas: comienza en nosotros respetándonos y ocupando el lugar que nos corresponde contra aquellos que desvalorizan nuestro trabajo.

El respeto comienza en nosotros mismos. Nuestra profesión es noble, digna, vale mucho, está al servicio de la sociedad desde hace milenios. Dignifiquemos nuestro trabajo y hagámonos valer por lo que valemos, que no es poco.

Estimados colegas, un fuerte abrazo para todos.

Dr. Osvaldo Biondini

Pte. del Colegio de Médicos Dto. Vto.

Autoridades

MESA EJECUTIVA

PRESIDENTE	Dr. Osvaldo Biondini San Miguel
SECRETARIO GENERAL	Dr. Juan C. Elizalde Mercedes
TESORERO	Dr. Julio Dunogent Luján
VICEPRESIDENTE	Dr. Ernesto Meiraldi Campana
PRO-SECRETARIO	Dra. Alicia Malka Chivilcoy
PRO-TESORERO	Dr. Daniel Pérez Lagomarsino Escobar
SECRETARIO DE ACTAS	Dr. Carlos Donatti Zarate

CONSULTORIO LEGAL

Riesgos de la notificación a los médicos en su lugar de trabajo

Dr. Oscar A. Longhi

La tarea de participar en la defensa de los médicos adheridos al SIAS del Distrito V nos ha llevado a conocer una circunstancia muy particular de tales profesionales: la recepción de cartas documentales, cédulas o comunicaciones policiales y/o judiciales dirigidas al médico pero a su domicilio laboral.

Los Hospitales y Clínicas reciben esas comunicaciones dirigidas a algún profesional médico que concurre en diversos horarios, o efectúa alguna guardia. El motivo de esta irregularidad (dado que el médico no vive, no se domicilia en ese establecimiento) no resulta del todo comprensible, pero es un dato de la realidad que no puede negarse.

Es cierto que en muchos casos esas notificaciones le son entregadas al profesional, pero también lo es que en más de un caso el médico no se entera que alguien le ha notificado algo o se entera tarde.

La notificación la demanda es el principal acto procesal que involucra al médico cuando es demandado en razón de su obrar profesional.

¿Por qué?

Desde el momento en que un oficial de justicia anota en el reverso del original de la Cédula que "...el doctor XXX vive allí y procedí a notificarlo..." esa anotación es un instrumento público, y da comienzo un plazo (diez a quince días hábiles según el tipo de proceso) dentro del cual el médico debe contestar la demanda.

Siempre será poca la insistencia en la trascendental importancia que tiene toda notificación policial o judicial que sea recibida por el médico y de la necesidad de que éste reaccione con prontitud procurando asesoramiento para su defensa. Si esa notificación es el traslado de una demanda, a partir de la misma hay un reloj en marcha, hay una cuenta regresiva corriendo. Cada día que pasa disminuye la posibilidad de una buena defensa del médico demandado.

¿Qué pasa si el médico notificado nunca se entera de que una cédula a su nombre fue entregada en la Clínica o en el Hospital y el plazo transcurre sin que él conteste esa demanda en la que lo están responsabilizando por algún hecho?

El Juez lo tendrá rebelde, y la rebeldía implica consentir los hechos expuestos por la parte demandante.

Cuando se tome conocimiento de esa situación habrá que intentar rever-

tirla por los mecanismos de la nulidad de la notificación pero a esa altura la situación del profesional demandado será equivalente a la de alguien que ingresa a jugar un partido cuando ya pierde 1 a 0.

El Código Procesal dispone que la demanda debe ser notificada en el domicilio real del demandado.

Y el Código Civil establece que el domicilio real de las personas es "...el lugar donde tienen establecido el asiento principal de su residencia..."

Por lo tanto, el domicilio de la Clínica o del Hospital no es el domicilio real del médico, aunque éste trabaje allí, aunque esté mucho tiempo en ese establecimiento, o aunque allí tenga una secretaria que le recibe la correspondencia.

El domicilio real del médico es su casa. Solo allí debe aceptarse la notificación pues se supone que es donde reside que efectivamente una persona toma conocimiento de las comunicaciones que le son dirigidas.

Es muy importante la concientización de esta cuestión pues, en general, a los médicos no les parece inadecuado el hecho de ser notificados en el Hospital o en la Clínica.

Más aún: hay directores de Hospitales y Clínicas que equivocadamente consideran que es obligatorio que sus colegas reciban allí las notificaciones dirigidas a ellos.

Nos permitimos sugerir:

1. A todo profesional médico: prohíba en toda Clínica u Hospital en que trabaje que se reciban notificaciones dirigidas a su nombre.
2. A los Directores Médicos de Clínicas, Sanatorios, Hospitales, Salas Periféricas, etc., instruyan al personal administrativo para que no se acepten comunicaciones (y sobre todo notificaciones policiales o judiciales) que no sean dirigidas al establecimiento o al Director del establecimiento. Ante el requerimiento de un funcionario policial o judicial por determinado profesional la respuesta es sencilla: el doctor no vive aquí. Este no es su domicilio.

Esta cuestión que a primera vista puede parecer menor, es de sustancial importancia para que el médico, cada vez más acuciado por citaciones, denuncias, demandas, etc., (es decir, un territorio que no conoce) no sea indebidamente notificado y pueda quedar minusválido en su defensa.

La Menesunda Bioeticista

Mis inicios en el estudio de la bioética como disciplina no datan de muchos años atrás. Me impulsó la intuición que era un área del conocimiento que resultándome ajeno prometía ser muy interesante.

Y no me equivoqué.

Pero como corresponde a cualquier conocimiento que se adquiere de manera no académica o poco ortodoxa uno comienza avanzando a los tumbos sin terminar de comprender todo lo que se dice ni conocer los códigos de los que ya vienen transitando la huella.

Sabido es que la bioética es una actividad supradisciplinaria ya que si bien los puntos de vista no pueden dejar de estar condicionados por nuestra propia profesión, el resultado de esta reflexión supera holgadamente los conocimientos técnicos. Es así que un médico bioeticista deberá necesariamente interactuar con abogados, psicólogos, filósofos entre otros con la esperanza de llegar a conclusiones ampliamente superadoras de las partes que componen el todo.

Ya se que suena muy gestáltico, pero no puedo explicarlo mejor.

Lo que yo no sabía que estos otros profesionales, asistentes, simpatizantes o como deba mencionarlo, abominan tan profundamente la profesión médica y eso que la bioética es una disciplina creada por un bioquímico e investigador en oncohematología: el Dr. Van Rensselaer Potter o sea que el origen es netamente del área de la salud.

Pero no nos quieren. No les falta argumento. El paradigma tradicional del médico paternalista, absolutista, dueño de la verdad revelada, de conducta y procedimientos incuestionables hicieron lo suyo para semejante desprecio.

Pero los que estamos aquí casualmente queremos modificar ese paradigma.

En ocasión de inscribirme por primera vez en una de esas famosas jornadas multidisciplinaria la niña que oficiaba de escribiente me preguntó muy gentilmente mi nombre y apellido que escribí con cuidadosa caligrafía en la tarjeta de identificación.

Luego requirió mi profesión.

- Médico - dije con voz clara, argentina y no exenta de orgullo.

De pronto un silencio sepulcral de hizo a mi alrededor mientras pronunciaba las últimas sílabas. O sea que sonó algo como ..dico. ¿¿¿? ¿Cómo??!!

- Médico - repetí, pero en un tono más bajo. Noté miradas hostiles y luego de girar para retirarme escuché claramente a mis espaldas ¡¡ Fish!! Me di vuelta rápidamente, pero la núbil niña seguía escribiendo.

Me encaminé al auditorio y otra vez ¡¡ Fish!!

A medida que iba avanzando leía disimuladamente la tarjeta de los otros participantes: Abogado, Licenciada en Psicología, Licenciada en Filosofía, Docente, Periodista, Licenciado en Educación, pero médico... ¡¡Ni uno!!

Allá al fondo, escondido tras las cortinas me chistó un tipo petiso, canoso y a todas luces agobiado. "Venga Dr. por aquí, avancemos espalda con espalda y mirando hacia los costados que aún podemos sobrevivir." Me decía mientras se zambullía cuerpo a tierra detrás de la tercera fila de butacas. Me sentía como el Sgto. Sanders, de Combate.

Mientras salíamos del auditorio por claro instinto de autoconservación no podíamos dejar de escuchar:

- "Lo que pasan es que se creen dios"- vociferaba desde el estrado un viejo juez jubilado con cara de solo los jueves y con pijama.

- "Debemos derrotarlo en su propio territorio y así podrán modificar el sentido aptitudinal de la ambivalencia antropológica que trasciende mas allá de la conciencia de castas que obstruya el flujo longitudinal de la enajenación del desarrollo"- vociferaba una Licenciada en Filosofía con un suéter tres números mas grande, pantalón color indefinido y botas sin lustrar.

"Ocurre que los médicos (cara de oler caca) no comprenden que si dos individuos están siempre de acuerdo en todo, se puede asegurar que uno de los dos piensa por ambos porque el narcisismo de las pequeñas diferencias, es la obsesión por diferenciarse de aquello que resulta más familiar y parecido"- gritaba una Licenciada en Psicología pegando sin criterio citas famosas de Segismundo Freud.

Para entonces ya estábamos con mi solitario colega en la cafetería pensando que si los médicos no estamos para reformular nuestra propia actividad, hay cientos que sí creen estar preparados.

Y si en esa reunión se había cuestionado a los médicos porque se creen dios, que nos queda a los médicos por opinar de los abogados dispuestos a ¡¡ juzgar!! a dios. De los psicólogos dispuestos a ¡¡ analizar!! a dios. O de los filósofos que nos quieren ¡¡ explicar!! la trascendencia de la vida de dios. En fin, si algo claro pudiera surgir de semejante menesunda bioeticista sería sin duda un milagro, ... porque dios existe

(Y escribe artículos de bioética).

Dr. Pablo Vadori
Comisión de Bioética
Consejero por Pilar

"El Antígeno" es la publicación oficial del Distrito V del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires de distribución gratuita, y las comunicaciones oficiales que en él se publiquen se reputarán conocidas por todos los colegiados.

Propietario: Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito V

Director: Consejo Directivo

Secretario de Redacción: Comisión de Comunicaciones y Relaciones Institucionales

Cualquier artículo de "El Antígeno" puede ser reproducido con la sola condición de citar la fuente. "Las opiniones firmadas por su autor son responsabilidad del mismo y no reflejan necesariamente el pensamiento del Consejo Directivo"



Angel D'Elia 1355 - San Miguel - Tel. 4451-5781
graficapeña@speedy.com.ar

Buenos aires, 14 de julio de 2010.-



**SRES. MIEMBROS DE LA COMISION DIRECTIVA
SRES. MIEMBROS DEL CONSEJO DEL COLEGIO MEDICO DE LA PCIA. BS.AS. DISTRITO V**

PRESENTE

De mi mayor consideración :

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes y por su intermedio a todos los colegas que conformamos la Institución que presiden, con el fin de agradecerles la gestión realizada para solucionar el conflicto que se originó a partir de la medida tomada por las autoridades de los Sanatorios: BAZTERRICA, SANTA ISABEL Y CLINICA DEL SOL, al NO RECONOCER AL SEGURO MEDICO DE MALAPRAXIS, que expide nuestro Colegio, cuyos fundamentos equivocados impedían el ejercicio de la profesión a médicos que habían contratado la mencionada cobertura legal.

De lo expuesto se comprenderá la gravedad de la mencionada actitud por partes de las Autoridades de los mencionados sanatorios pertenecientes al grupo OMINT, las que impedían el ejercicio de la profesión a los matriculados en el Distrito V, como en mi caso, y el de muchos colegas que optaron por guardar silencio y aceptar dicha resolución.

Decidí consultar al Dr. Agustín Capello, quien me sugirió a exponer lo sucedido ante la Comisión Directiva, encontrando ante ella la respuesta que en esta carta estoy compartiendo con Ustedes.

Deseo señalar el error cometido por los colegas que no recurrieron al Colegio, para defender sus intereses y optaron por contratar otros seguros innecesariamente, generando un doble costo a su cobertura legal, avalando con su conducta la medida tomada por las autoridades de los mencionados sanatorios.

Antes de concluir, es mi deber destacar la tarea desarrollada para solucionar este conflicto por los colegas Agustín Capello, (Ex Presidente del Colegio Médico) y el actual Presidente, Dr. Carlos Urbizú, como mi reconocimiento a la labor realizada por la Comisión Directiva, el área Legal y administrativa del Colegio Médico.

Sin otro particular, esperando que se le dé publicidad a esta carta con el fin, que otros colegas tomen conocimiento del hecho comentado, para que recurran siempre al colegio en caso de discriminación como el caso comentado, un saludo cordial.

Dr. José Antonio Pellegrino - MP 28796

OPINION

Ante los permanentes avances que los poderosos lobbies farmacéuticos realizan para equiparar la preparación y expendio de medicamentos a la tarea de diagnóstico y tratamiento, uno de nuestros consejeros participa del debate que se va abriendo sobre el tema.

Cierto avance de la Farmacia Argentina

“... y ante cualquier duda, consulte a su médico y/o farmacéutico”.

Esta frase, divulgada por radio y televisión, no ha hecho más que borrar el difuso límite que ya existía entre dos profesiones.

Primero en la Facultad de Medicina y luego en la Residencia Médica, o en la concurrencia, o en los cursos de formación, nos han enseñado a estimular un criterio de síntesis para analizar el conjunto de signos y síntomas de nuestros pacientes, sumando los datos que aportan los exámenes complementarios, generando un pensamiento unicista para arribar a un diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y, por último, a un diagnóstico de certeza para, recién allí, decidir la conducta terapéutica más adecuada; siempre privilegiando el principio de primum non nocere.

El farmacéutico, por su parte, es quien ha aprendido la ciencia que estudia la preparación de los medicamentos y las propiedades de las sustancias

que se emplean en ellos. Por eso me sorprende cuando la Confederación Farmacéutica Argentina sostiene en su publicación de mayo del corriente año: “Nadie duda que la Farmacia en la Argentina es la puerta de entrada al Sistema de Salud para muchos argentinos, especialmente para los más humildes”.

Considero que esta afirmación predispone a avanzar sobre el arte y/o ciencia que permite arribar a un diagnóstico y la respectiva prescripción del medicamento para lograr el beneficio esperado a nuestro paciente. Por eso, cuando leo que pretenden que la Farmacia sea la puerta de entrada al Sistema de Salud, creo que se favorece la idea de fomentar un cortocircuito donde para obtener un medicamento se realice la consulta a quien no debiera darla, hecho que no redundará en beneficio de los pacientes, y menos aún en el de los más humildes

Dr. Eduardo LEVY
Consejero por Pilar

¿Cuánto es lo que realmente gastamos en la Matrícula Profesional del Colegio de Médicos?

VALOR Y PRECIO

Existe entre los colegas un viejo lugar común que se renueva en el mes de junio de cada año cuando la Asamblea del Colegio de Médicos fija los montos de la Matrícula Profesional que habrá de abonarse para el período anual; y que se trata de preguntarse qué hace el Colegio, por qué hay que pagar Matrícula, que en Capital no se paga nada, que el aumento es mucho mayor a la inflación, y cientos de etcéteras más, incluyendo la confusión entre Caja, Colegio y FEMEBA de la que hablaremos en otra oportunidad. Reconociendo desde ya el derecho a protestar y a opinar como cada uno crea más acertado, también es cierto que es necesario puntualizar y corregir algunos errores de información que, a fuerza de repetirse, amenazan con parecer ciertos.

En particular la cuestión de los montos de matrícula que afrontamos todos los colegas y que pareciera ser exorbitante y confiscatorio según lo ven muchos de los médicos con los que trabajamos a diario.

Sería prudente considerar por separado el VALOR de la Matrícula y el PRECIO que nos cuesta. De hecho, el PRECIO anual más caro a ser satisfecho (el de los matriculados con más de 10 años de ejercicio profesional) asciende a \$ 1.020.- Lo que significa la friolera de \$ 85.- por mes, o sea menos de tres consultas de IOMA, que suele ser una unidad de medida bastante utilizada por los colegas. Por supuesto, los colegas con menos años de recibidos abonon un precio aún menor (\$ 880.- ó \$ 73,33.- por mes); y los residentes todavía más bajo (\$ 480.- ó \$ 40.- por mes)

Ahora bien, ése es el PRECIO que se paga, pero no es el VALOR de la Matrícula. Incluido en ese precio que abonamos se encuentra lo que se abona en concepto de adhesión al Sistema Integrado de Ayuda Solidario (S.I.A.S.), un instrumento que nos ha permitido a los colegas del Distrito V una excelente contención ante los eventos desfavorables de nuestra profesión. Es importante señalar que por ser solidario los colegas que ejercen especialidades de mayor riesgo de eventos desfavorables no abonon mayor precio; y que los colegas jóvenes que abonon precios más bajos reciben iguales coberturas que el resto. También en ese PRECIO se encuentran incluidos los costos de gestión del Colegio que planifica y programa cursos de Educación Médica, controla y evalúa los antecedentes de los colegas para certificar y recertificar títulos de Especialista (lo que garantiza una competencia leal entre colegas), asegura la autenticidad de los títulos de grado, actúa como tribunal de los diferendos éticos entre los colegas, y los representa ante los poderes público y las entidades privadas.

Desde nuestra visión, el PRECIO establecido por la Asamblea es absolutamente adecuado y no debería ser difícil de satisfacer por cada segmento de la Matrícula. El VALOR de lo que pagamos, obviamente, no resulta fácil de mensurar pero, en vista a lo aquí enumerado pareciera que es muy superior al PRECIO que debemos pagar.

Dr. Horacio GARCIA DEL CORRO
Consejero por San Miguel

Autoridades del Colegio de Médicos de la Provincia Buenos Aires - Distrito Vº

CONSEJEROS DISTRITO V

Cafferata, Alfredo	Exaltación de la Cruz	García Ramis, Miguel	Mercedes
Santilli, Omar H.	Exaltación de la Cruz	Bacci, Gustavo C.	Moreno
Grieco, Miguel A.	Campana	Boni, Rosana Liliana	Moreno
Meiraldi, Ernesto	Campana	Di Rado, Ester	Moreno
Simioli, Antonio	Campana	Míguez, Ernesto	Moreno
Reynoso, Felix	Campana	Vacchiano, José	Moreno
Malka, Alicia	Chivilcoy	Rodríguez, Horacio	Navarro
Tenaglia, Daniel	Chivilcoy	Cappello, Agustín A.	Pilar
Vilalta, Eduardo D.	Chivilcoy	Butori, Eduardo	Pilar
Ferraro, Angel R.	Escobar	Gomez, Jose	Pilar
Larghi, María F.	Escobar	Fernandez, Silvia	Pilar
Mocoroa, Eduardo J.	Escobar	Gutierrez, Gustavo F.	Pilar
Pérez, Daniel L.	Escobar	Levy, Eduardo Isaac	Pilar
Resio, Jorge Luis	Escobar	Lombardi, Silvia E.	Pilar
Baudino, Raúl A.	Gral. Rodríguez	Riff, Liliana Marina	Pilar
Campos Carles, Alberto	Gral. Rodríguez	Rosso, Miguel A.	Pilar
Casot, Alfredo O.	Gral. Rodríguez	Vadori, Pablo A.	Pilar
Urbizú, Carlos A.	Gral. Rodríguez	Alonso, Raul A.	S. A. de Areco
Lega, Graciela Hurí	José C. Paz	Canovas Rojo, Marino	S. A. de Areco
Vidable, Omar H.	José C. Paz	Cava, Sandro	San A. de Giles
Pino, Horacio Héctor	José C. Paz	Rosso, Fernando Ariel	San A. de Giles
Rossi, Eleonora G	José C. Paz	Biondini, Osvaldo I.	San Miguel
Horta, Jorge L	Malvinas Argentinas	Castillo, Oscar E.	San Miguel
Lavanchy, Romeo Adolfo	Malvinas Argentinas	De Vedia y Romero, Federica	San Miguel
Trocki, Daniel	Malvinas Argentinas	Eugení, Gustavo Alberto	San Miguel
Piccolomini, Carlos	Malvinas Argentinas	García del Corro, Horacio J.	San Miguel
Blanco, Carlos A.	Malvinas Argentinas	Guevara, Miguel Alberto	San Miguel
Castro, Miguel A	Malvinas Argentinas	Larcade, Carlos M.	San Miguel
Dunogent, Julio Daniel	Luján	Oyola Callau, Carmelo	San Miguel
Faro, Sergio Fernando	Luján	Ramas, María Esther A.	San Miguel
Hernandez, Norberto O.	Luján	Marcoff, Mirta Silvia	Suipacha
Mosca, Hernán Hipólito	Luján	Donatti, Carlos M.	Zárate
Sanchez, Daniel	Luján	Ferraris, José M.	Zárate
Castro, Raul R.	Mercedes	Salcedo, Guillermo	Zárate
Elizalde, Juan C.	Mercedes	Taboada, Carlos A.	Zárate

AMRA**UNA PROPUESTA DE AMRA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES****TODOS LOS BECARIOS E INTERINOS A PLANTA****UN LOGRO PARA IR TERMINANDO CON LA PRECARIZACIÓN LABORAL****3000 PROFESIONALES HOY GOZAN DE ESTABILIDAD LABORAL**

Se aprobó en la legislatura Provincial, Senadores y Diputados, la Ley de titularización de Interinos y Becarios. AMRA en la Provincia de Buenos Aires realizó la propuesta para que esta Ley no sólo contemplara la titularización de interinatos prolongados, sino que incorporara el derecho de los becarios a gozar de estabilidad.

Debemos reconocer que esta propuesta fue receptada por el Colegio de Médicos, impulsándola y trabajando junto al Ministerio de Salud y a los Legisladores en la redacción que se termina de aprobar. Hoy es una realidad, Interinos y Becarios todos en planta, y con este paso se podrá comenzar la normalización y la aplicación de la Ley de Carrera 10471 (falta definir la situación de profesionales que se encuentran en comisión y/o cargos desvirtuados).

En la Provincia de Buenos Aires seguimos trabajando en el marco de las Paritarias y Comisiones Técnicas, seguimos impulsando el funcionamiento de la CoMI-SaSEP (Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público). En el marco del Ministerio de Trabajo, estamos formando delegados especializados para proteger la salud de los profesionales de todos los establecimientos asistenciales. Insistiremos en el ámbito estatal por el funcionamiento ágil y justo del sistema jubilatorio, para que a cada uno de nosotros, cuando cumplamos los requisitos de Ley, no nos castiguen con la jubilación, estando meses sin cobrar, y para que este derecho previsional se convierta en un beneficio.

La aprobación de esta ley de titularización es un hecho trascendente y de justicia. Falta mucho por hacer, sobre todo, en el ámbito privado de nuestro ejercicio

profesional (Clínicas, Sanatorios, empresas de Ambulancia, etc.), donde la precarización laboral hoy supera el 60%, donde los salarios y las condiciones laborales no son acordes a la actividad profesional que desarrollamos. Seguiremos luchando, organizando la actividad sindical en cada uno de los lugares de trabajo para defender los derechos de los médicos.

**Confederación Médica
Latinoamericana
y del Caribe****ASAMBLEA EXTRAORDINARIA CONFEMEL****“Dr. EDUARDO CACERES GRAZIANI”**

Los países integrantes de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), reunidos en Asamblea Extraordinaria en la ciudad de Lima – Perú, declaran:

a) Que es objetivo de la CONFEMEL propender a los más altos estándares de calidad en la práctica profesional, con el objetivo de brindar a los pacientes una atención digna y ofrecer a los colegas médicos las más amplias garantías en su proceder.

Por ello, entendemos que la Colegiación Médica universal y obligatoria brinda las máximas garantías para una práctica médica independiente, evaluada ética y deontológicamente por sus pares.

La Colegiación Médica es una necesidad de la práctica profesional, por lo que nuestra organización se alegra de la concreción de esta vieja aspiración en la República Oriental del Uruguay, con la sanción y promulgación de la Ley de creación del Colegio Médico del Uruguay.

Asimismo, apoya fervientemente las gestiones que han realizado y continúan realizando los colegas panameños, en procura de concretar la Colegiación Obligatoria en la República de Panamá. CONFEMEL realizará todas las gestiones a su alcance, en coordinación con la Asociación Médica Nacional de Panamá, para que este objetivo se concrete a la brevedad.

En contraste con estas situaciones, que significan un avance en la práctica profesional, en las condiciones de trabajo de los colegas y en la seguridad de los pacientes, el Gobierno de Nicaragua ha derogado la Ley de Colegiación Médica.

CONFEMEL rechaza esta posición y la de cualquier otro Gobierno que adopte la misma. Asimismo, se solidariza con los colegas nicaragüenses y su Colegio.

b) La necesidad de contar con una legislación clara e independiente a los efectos de evaluar la calidad de las instituciones formadoras.

c) La necesidad de contar con una legislación clara e independiente para revalidar títulos obtenidos en el extranjero.

d) La necesidad de que existan mecanismos de certificación y recertificación de la práctica médica en nuestros países, a cargo de las Instituciones Médicas.

e) La voluntad de definir criterios generales para la práctica profesional, que aceptados por los Colegios, Asociaciones y Sindicatos integrantes de CONFEMEL, se transformen en un sistema único y universal para la práctica de la medicina en nuestra región.

f) Su voluntad de avanzar en la discusión y análisis de las diferentes experiencias de Sistemas Únicos o integrados de salud, para desde CONFEMEL impulsar la modificación de antiguas formas de atención y financiamiento que existen en numerosos países de América Latina, las que no se adaptan a la nueva realidad de sus sociedades. El cambio de los paradigmas,

incluye la necesidad de contar con un nuevo modelo de trabajo médico que permita al profesional el desarrollo de su profesión, concentrando su actividad laboral, con niveles dignos de remuneración el que deberá incluir espacio para el desarrollo científico y la actualización profesional.

g) Su preocupación por las situaciones generadas con la judicialización de la práctica de la medicina, lo que genera el llamado “síndrome judicial” y la práctica “a la defensiva” de la profesión. Es deber de las asociaciones médicas explorar soluciones que superen esta realidad.

En la transición se debe proteger y contener al colega demandado. Las experiencias de instituciones gestionadas por las asociaciones médicas y Colegios Profesionales que brindan contención profesional, psicológica, asesoramiento jurídico y ofrecen Fondos Solidarios para cubrir determinadas responsabilidades, son experiencias que se pueden compartir e impulsar. Rechazamos la imposición de cualquier tipo de seguro obligatorio.

h) El rechazo a todo tipo de presión política a la libre práctica gremial de sus instituciones. Es derecho y obligación de las Asociaciones Profesionales de la región defender la correcta práctica profesional y la adecuada cobertura de salud de la población, sin que esto provoque ningún tipo de represalia por parte de las autoridades. CONFEMEL expresa su solidaridad con la Federación Médica Venezolana que por denunciar situaciones que a su criterio no se ajustan a la correcta práctica médica ha recibido presiones y amenazas por parte del gobierno de su país.

Lima, 7 de julio de 2010

DEPARTAMENTO LEYES
Y CONVENIOS
GOBERNACION

1275.

*El Senador y Cámara de Diputados
de la Provincia de Buenos Aires
sancionan con fuerza de
Ley 14153*

Art. 1º Incorporase, con carácter excepcional y por única vez, en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a la Planta Permanente de la Carrera Profesional Hospitalaria Ley 10471, al personal profesional que haya sido designado como interino en virtud del artículo 47º de la citada Ley y sus Normas modificatorias, por acto administrativo emanado de autoridad competente a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley; y a los profesionales becarios que al 1º de abril de 2010 cuanten con una antigüedad de dos (2) años en dicho carácter, desarrollando alguna de las actividades comprendidas en el artículo 3º de la mencionada Ley y sus normas modificatorias en el Ministerio de Salud, contando con la certificación emanada de autoridad competente y que cumplan todos los requisitos para la adscripción establecidos en la normativa precitada.

ARTICULO 2º: Autorízase al Poder Ejecutivo a realizar las adecuaciones presupuestarias que resulten necesarias a los fines de dar cumplimiento con lo dispuesto en la presente ley.

ARTICULO 3º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a los catorce días del mes de julio del año dos mil diez.

Dr. HORACIO RAMIRO GONZALEZ
Presidente
Honorable Cámara de Diputados
de la Provincia de Buenos Aires

Dr. MANUEL EDUARDO ISASI
Secretario Legislativo
Honorable Cámara de Diputados
de la Provincia de Buenos Aires

ROBERTO COSTA
VICEPRESIDENTE 2º
del Honorable Senado
de la Provincia de Buenos Aires

Dr. MAXIMO AUGUSTO RODRIGUEZ
SECRETARIO LEGISLATIVO
Honorable Senado de la
Provincia de Buenos Aires

Educación Médica Continua (EMC)

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es "la que se realiza luego de finalizada la instrucción curricular ó cursos adicionales de las especialidades, con el fin de mantener y mejorar la competencia profesional y, a través de ello, la calidad de atención médica brindada a la población"

Se debe asumir la Educación Médica como un proceso continuo, tan largo como sea el ejercicio profesional.

A partir de éste enunciado general podríamos definir algunas pautas que podrían implicar otra forma de encarar la Educación Médica Continua, por lo menos desde la perspectiva de nuestro Distrito.

1) El principal rasgo de nuestra población médica es su compleja heterogeneidad definidas por su edad cronológica, los años de graduación, los orígenes de su formación académica, la rigurosidad de sus estudios de post-grado inmediato, la ubicación geográfica y humana de su desempeño profesional, el conocimiento del medio sanitario en el que interactúa, su interés en la especialización temprana, la disponibilidad de recursos sanitarios (para diagnóstico y tratamiento) las aptitudes de incorporación de herramientas informáticas y sus habilidades para incorporar nuevos idiomas.

Todas éstas variables plantean pues diferentes estrategias educacionales.

Obtener éste cúmulo de información, permitirían estratificar la población médica con el fin de hallar comunes denominadores y factores de diferenciación en la tarea de educación. Este material no puede ser presumido debe ser científicamente recolectado. El censo sobre las necesidades de educación llevado adelante por el Colegio hace 3 años, debería ser revisado, corregido y actualizado.

En la actualidad nuestro Distrito ha modernizado su software administrativo con el cual es posible diferenciar claramente, según distintas variables a sus más de 6000 médicos matriculados.

2) No sobreentender en ninguna instancia cuales son las apetencias de educación ó las necesidades de aprendizaje individuales ó de pequeños colectivos prestacionales sin una consulta a los interesados.

El Distrito V ha incorporado un sistema de correo electrónico personalizado que permite en forma económica mantener un intercambio profesional y de consulta hasta ahora inédito.

3) Considerar que éstas necesidades de aprendizaje emergen de una amplia gama de fuerzas entre las que se incluyen las vivencias personales del colega, sus aspiraciones profesionales y por sobre todo el entorno social y cultural que rodean al quehacer profesional. La elección de temas deben ser relevantes para la práctica cotidiana, con contenidos que incluyan aspectos éticos, sociológicos y psicológicos de la problemática socioeconómica implícita en la relación del médico con el paciente.

4) Considerar que en el proceso de educación médica continua es imprescindible propender al autoaprendizaje. Pero los médicos también aprenden de su relación particular relación con los pacientes y de su relación con otros profesionales de su mismo entorno. Un aspecto interesante a considerar, ya profundamente estudiado es la percepción personal y aceptabilidad de las guías clínicas de diagnóstico y tratamiento por parte de los médicos. Las experiencias diarias van modelando la práctica clínica y los cambios que las guías proponen no necesariamente tienen que ser aceptados en forma acrítica, aún considerando que la evidencia científica avala las propuestas. Por ejemplo, se ha identificado que el médico mantiene una relación personal con los pacientes, conoce sus condiciones, sus probables respuestas y tiene una percepción muy particular acerca del potencial efecto que ciertas medidas terapéuticas puedan tener en ellos. Esta percepción es un punto importante que las guías clínicas no abordan y que tiene influencia en la decisión terapéutica.

Separar pues al profesional de éste entorno y pretender "universalizarlo" lo descontextualiza y aísla.

Crear pequeñas unidades educativas que sean capaces de recibir información, educación y autoevaluación en sus lugares de origen.

Esa tarea implica descentralizar el proceso educativo, estimulando la discusión de las casuísticas en éstas unidades educativas.

5) Incorporar al proceso educativo herramientas del conocimiento hasta ahora sólo tangencialmente e incompletamente utilizadas, a saber;

- Ateneos virtuales y/o presenciales sobre casuísticas propias descentralizando las actividades de la sede distrital, rotándola en los distintos partidos.

- Talleres mensuales presenciales y semipresenciales con material de lectura previa

Cursos on line sobre;

- * Bioestadística básica
- * Nociones de Epidemiología
- * Manejo básico de la informática
- * Algoritmos de búsqueda bibliográfica
- * Lectura crítica de la bibliografía médica
- * Como realizar estudios epidemiológicos básicos en sus lugares de trabajo.
- * Farmacología básica para médicos clínicos
- * Como confeccionar una base de datos
- * Como recibir información permanente de revistas internacionales
- * Introducción a la medicina basada en la evidencia
- * Nociones básicas de inglés médico
- * Como realizar trabajos de investigación en medicina

6) Revisar críticamente las formas de organización y participación de los colegas en los actuales Cursos de Especialistas organizados por el Colegio y proponer sucedáneos incorporando en todos ellos como parte curricular esencial Capítulos básicos de la bioética y los principios de resguardo legal en el quehacer profesional.

Es función asimismo del Colegio de Médicos la confección de la agenda de los cursos que imparte, en conjunto con el cuerpo de docentes, su adecuación a las características y desarrollo de nuestra población profesional así como el monitoreo permanente de la calidad de la educación impartida.

Las encuestas de satisfacción de los cursos por parte de los educandos son totalmente sesgadas y no

aportan luces sobre la calidad.

7) Revisar y Recrear nuevas formas del otorgamiento de créditos de las actividades de educación médica premiando la interactividad, la iniciativa y el aporte personal y no sólo el volumen del material, las horas asignadas a cada curso.

8) Creación de un sistema de asesoramiento multidisciplinario sanitario permanente en conjunto las autoridades municipales de cada partido organizado desde el propio Colegio Médico con la participación interactiva de los colegas.

9) Mejorar las relaciones del Colegio con los distintos hospitales del Distrito a fin de encarar actividades educativas conjuntas y estudios epidemiológicos de intervención en pequeña escala. Apoyar científica y con asesoramiento legal "in situ" a los médicos hospitalarios.

10) Invitación permanente a los médicos jóvenes recién colegiados sobre las actividades del Colegio, solicitando la opinión de éstos colegas sobre sus aspiraciones en materia educativa. Asesoramiento a los médicos jóvenes sobre las necesidades de especialidades por región.

11) Instauración de becas de perfeccionamiento y pasantías en servicios universitarios zonales como forma de estimular el proceso educativo personal.

12) Servicios de "segunda opinión" On line.

Los antiguos griegos evaluaban que la vanidad podría considerarse uno de los mayores pecados del hombre.

Vanidad, sería pues pretender enseñar a otros cómo se debe educar.

No quiero cometer ése pecado....

Lo que acaban de leer es quizás un aporte más a la confusión general ...

Sembramos dudas, nos hicimos preguntas, pretendimos contestar éstas preguntas con algunas reflexiones, por nuestros propios y exclusivos medios es imposible abarcar todos éstos temas de la educación médica. En ésta tarea de cambiar paradigmas todos somos imprescindibles.

Dr. Raúl Fernández Contreras
MP 47.036

Realice todos sus trámites
con el Colegio desde nuestra
página, es muy sencillo



Colegio: www.colmed5.org.ar

BIBLIOTECA DIGITAL

BUSQUE LOS ARTICULOS
QUE NECESITA



Colegio: www.colmed5.org.ar

INSALUBRIDAD PARA LOS PROFESIONALES DE GUARDIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En el año 2006 los médicos de guardia del HIGA Vicente López y Planes de Gral. Rodríguez presentaron, a través del expediente 2989-1747/06, una solicitud para que se considerara su actividad "insalubre", pero enfocaron esa solicitud, equivocadamente, "en el ámbito laboral", la cual fue rechazada teniendo en cuenta el dictamen final realizado por el Ministerio de Trabajo de la Provincia.

El Colegio de Médicos, Distrito V°, a través de su Comisión de Trabajo Médico analizó la problemática planteada por esos colegas, la legislación vigente, principalmente el contenido de los decretos 2198/01 y el 2868/02 del Poder Ejecutivo de la Provincia, y, a través de la Accesoría Letrada del Colegio, diferenció claramente dos puntos de vista, que enfocan por un lado la insalubridad en el derecho laboral y por el otro en el ámbito previsional.

Es así que a determinados profesionales (de Hospitales o Servicios Infectocontagiosos y de Salud Mental, así como Servicios de Terapia Intensiva, Neonatología, Unidad Coronaria de Hospitales Generales de Agudos) se les ha reconocido el derecho a estar incluidos en el régimen de "insalubridad" exclusivamente a los fines previsionales. Esta inclusión, exclusivamente a los fines previsionales, que acorta a 25 los años de aportes y a 50 la edad para acceder a la jubilación, con un aporte mayor de los agentes (16% en vez del 14% ordinario) y del Estado Provincial es la vía de acción que se les puede recomendar a los actuales colegas de los Servicios de Emergencia de los Hospitales Provinciales.

Los siguientes apuntes no son más que el diagrama de una argumentación (corregible y/o aumentable) que podría ser utilizada para ser presentada por los médicos (y otros profesionales de la ley 10471, como por ej. Obstétricas") interesados ante las autoridades del Ministerio de Salud, planteando la problemática del sector involucrado y fundamentando un nuevo pedido, que sería, se reitera: Exclusivamente a los fines previsionales, y cuya resolución positiva resultaría de estricta y legítima justicia.

"Los profesionales médicos y obstétricas abajo firmantes, miembros del Servicio de Emergencias del Hospital... afectados en nuestro trabajo a la guardia de los Servicios de Clínica Médica, Cirugía General, Neurocirugía (si lo hubiera), Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Emergentología (si lo hubiera), Anestesiología (si lo hubiera), solicitamos a las autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia, de Buenos Aires ser incluidos en la normativa del Decreto N° 2198/01, insalubridad para los profesionales de la ley 10471, exclusivamente a los fines previsionales, ampliando la aplicación de esta normativa, casi exclusiva hasta la actualidad para los Hospitales y Servicios Infectocontagiosos y de Salud Mental, al Servicio de Emergencias con actividades de guardia de todo el Hospital." "Decimos casi exclusiva pues los Servicios de Terapia Intensiva, adultos y

niños, Neonatología, Unidad Coronaria, cuentan con la insalubridad del decreto mencionado.

Motiva esta solicitud el hecho de que distintas actividades comprendidas en este Decreto y el ampliatorio Decreto 2868/02 no incluyen nuestra actividad abocada fundamentalmente a la emergencia hospitalaria durante las 24 horas de nuestra labor en cada Servicio, tanto externas como internas, emergencias médicas, quirúrgicas, traumatológicas u obstétricas."

"Ya el término emergencia invoca una tarea cuyo principio dominante constituye la imprevisibilidad. El estar disponible durante 24 horas para resolver médicamente las emergencias que se presenten, a veces en tiempo límite, creemos que constituye causal "...determinante de vejez o agotamiento prematuros..." como lo establece el inc. "d" del art. 5 de la ley de Seguridad e Higiene del Trabajo y el art. 26 del Decreto 9650/80.

Ya algunas legislaciones comparadas exoneran de realizar guardias en los Hospitales Públicos a los profesionales mayores de 50 años (República del Perú), y de acuerdo a ello, consideramos que si a los fines previsionales se nos reconoce la insalubridad, los profesionales de guardia, con 25 años de aportes y 50 años de edad, podremos estar en condiciones de acogernos a la jubilación ordinaria."

"Demostrar que el trabajo de guardia en los Servicios de Emergencia de los Hospitales de la Provincia es "causal determinante de vejez o agotamiento prematuros" no debería necesitar que agotemos páginas de minuciosas descripciones con casuística fidedigna elaborada y firmada por autoridades incuestionables en la materia. Desde el síndrome de burn out, que motiva las abundantes y prolongadas licencias psiquiátricas, cuando no renuncias, agregando los imprevisibles actos de agresión que sufrimos cada tanto los profesionales de guardia, sumado al hecho de no poder dejar la actividad luego de 24 horas si no ha llegado el reemplazo, son razones de público conocimiento que deberían eximirnos de abundar en una más amplia argumentación. Pero intentaremos hacerlo. La mayor bonificación para los profesionales de guardia en relación a los de planta, ha sido un justo pero parcial reconocimiento por parte de las autoridades en el momento de evaluar las diferencias esenciales de las tareas y obligaciones entre el personal de guardia y planta de un Hospital. Falta ahora el reconocimiento y la aplicación de la insalubridad exclusivamente a los fines previsionales. Considerar, por ejemplo, que las tareas en los Servicios de Terapia Intensiva, Neonatología o Unidad Coronaria son ciertamente mayores causales "...determinantes de vejez o agotamiento prematuros..." que las tareas en el Servicio de Emergencias, sería arbitrario e injusto. Neumonología y Dermatología si son "causales determinantes de vejez o agotamiento prematuros", y las tareas de los pediatras de guardia no lo son, a pesar de que el 80 % de las consultas de estos profesionales son neumonológicas y

dermatológicas, cuando no infectocontagiosas. Y no de 9 a 12 horas. Durante 24 horas seguidas deben evacuar cuantos casos se les presenten, no importando ni el número ni la gravedad de los mismos. Y esto lo decimos sin desmerecer para nada la actividad y conquistas de los colegas neumonólogos y dermatólogos."

"Creemos que las autoridades del Ministerio de Salud no están ajenas ni son indiferentes ante el trabajo de los Servicios de Emergencia y sus planteles profesionales de guardia de distintos Servicios de los Hospitales de la Provincia. La anual aparición de las epidemias virales invernales son fiel exponente de las exigencias que se les imponen a los médicos de guardia, sobre todo clínicos y pediatras, que deben enfrentar y resolver hasta el agotamiento y más allá, todo lo que se les presente en sus largas 24 horas de trabajo, quizá más si no hay relevo. Porque en la guardia uno sabe cuándo entra pero no cuándo sale. Otro problema irresuelto en el área administrativa, aún sin normatizar y que suma otra causal "... determinante de vejez o agotamiento prematuros..." para los profesionales de los Servicios de Emergencia de los Hospitales de la Provincia."

"El desarrollo científico ha incorporado desde mediados del siglo pasado el término "stress", traducido como el "Síndrome General de Adaptación" por Hans Selye en el año 1956, según lo describe en su libro (*), y consta de tres fases: la reacción de alarma, el estado de resistencia y el estado de agotamiento. La comprensión científica y luego social de esta realidad inauguró una época en la cual quedó marcada la impronta de su significado en las diversas actividades del hombre moderno, hasta el punto en que en la actualidad se lo considera al stress como una referencia que integra inevitablemente la vida actual. Considerando con Selye al stress como el precio del desgaste del organismo, habría una estrecha relación entre éste y el envejecimiento. Sería una especie de velocímetro de la vida, donde el envejecimiento no es determinado por el tiempo transcurrido desde el nacimiento, sino la cantidad total de desgaste al cual el organismo ha estado expuesto. La verdadera edad depende del precio del desgaste. Y el desgaste depende fundamentalmente de la tercera etapa: el agotamiento, que en algunos casos agudos puede desembocar en la muerte. Después de haberse expuesto a actividades muy "stressantes", mucha gente cree que el reposo puede restaurarlos hasta el punto en el que estaban antes. Esto no es así. Cada exposición deja una cicatriz indeleble, en la que se consumen reservas de adaptabilidad que no pueden ser reemplazadas. Decimos que vivimos "estresados" debido a las múltiples situaciones competitivas, conflictivas y riesgosas que debemos enfrentar para estar insertos en la sociedad moderna, pero no tenemos en cuenta los grados de stress sufridos en cada situación, ni las consecuencias que tiene y tendrá esa tercera fase sobre nuestros organismos y su futuro, y ya tenemos especialistas que, debido a esta inevitable

alternativa de la vida, que hoy se reconoce científica y socialmente, alientan diversas disyuntivas u opciones, llamémoslas "saludables", para morigerar o suprimir los efectos nocivos (tercera fase) del stress, que resulta sin lugar a dudas "...causal de envejecimiento o agotamiento prematuros..." Las consecuencias del stress son graves cuando las fases de alarma y de resistencia han sido de alta intensidad, y su sostenimiento en el tiempo, agrava aún más sus efectos en la tercera fase. Y éste es un marco condicionante conocido e inevitable para los profesionales de los Servicios de Emergencia de los Hospitales Públicos, donde se les exige mantenerse en disponibilidad 24 horas continuas bajo la consigna o mandato de actuación inmediata e ineludible ante la emergencia, que pone a prueba sistemáticamente y en tiempo record, destreza, conocimientos, y disposición sin claudicaciones."

"Veamos un ejemplo: ¿Adónde concurren las ambulancias de Emergencias o de los Bomberos ante un accidente de tránsito, tan comunes como graves en la actualidad?

A la guardia del Hospital público más cercano, tenga o no los elementos para resolver tal emergencia. Y los heridos llegan al denominado "shock room", donde los médicos de guardia deberán en los primeros minutos, en la primera hora, estabilizar, diagnosticar y aplicar las primeras e imprescindibles medidas terapéuticas al paciente. Este ámbito de la Guardia constituye en realidad una pre-terapia intensiva, donde a veces concurren los terapeutas para colaborar, pero cuya responsabilidad le compete exclusivamente al médico de guardia, el cual, si no cuenta con la cama adecuada en su Hospital, deberá tratar de derivar al paciente a otro Hospital de mayor complejidad (haciendo las gestiones y el traslado correspondientes. A veces lleva días obtener resultado positivo.) o compensarlo, controlarlo y tratarlo allí. ¿Cuántas veces los médicos de guardia han debido ejercer de intensivistas, sin serlo, ante la necesidad que plantea una situación límite determinada?"

"Ante todo lo expuesto, razonamiento que por supuesto no agota la extensa argumentación que se puede elaborar en esta temática, tan amplia, rica, variada, con tantas aristas y carriles divergentes y complejos, muchas veces contradictorios y conflictivos, que no desconocemos ni ignoramos, en síntesis, creemos justo, válido y legítimo nuestro reclamo de que se incluya, a través de un nuevo decreto, a nuestra actividad en el decreto 2198/01, incorporando definitivamente la condición de insalubridad exclusivamente a los fines previsionales a las actividades de guardia en los Servicios de Emergencia arriba mencionadas de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires."

Dr. Alberto Campos Carlés
Médico pediatra
Delegado del Col. Med. V°
por Gral. Rodríguez

(*) Hans Selye, The stress of life, NY, 1956. Trad. Compañía Gral. Fabril Editora S.A.Bs.As.1960.

Vº JORNADAS DISTRITALES DE BIOÉTICA

“El Buen Morir” Ética Biomédica ante el Final de la Vida

El día sábado 11 de Septiembre, en nuestra Sede de Alsina 1250 (Luján), con los Consejeros por Pilar Dr. Pablo A. Vadori y Dra. Silvia I. Fernández como Coordinador y Secretaria, respectivamente, se llevaron a cabo las Vº Jornadas Distritales de Bioética que, año a año van concitando mayor atención e interés por parte de los colegas, de otros miembros del equipo de Salud y de la comunidad. En esta oportunidad, justificado por los temas a desarrollar y la calidad de los expositores, se contó con un Auditorio de más de sesenta personas, lo cual superó largamente las expectativas de los organizadores.

En primer lugar, expuso el Dr. Carlos Gherardi (Médico. Doctor en Medicina. Profesor Regular de Medicina Interna de la Facultad de Medicina (UBA). Ex Jefe del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Clínicas, Ex Director Asociado del Hospital de Clínicas. Consultor Honorario de la División Terapia Intensiva del Hospital de Clínicas. Miembro del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Miembro del Consejo Académico de Ética en Medicina. Miembro Fundador de la Asociación Argentina de Bioética. Autor del libro “Vida y muerte en Terapia Intensiva”), sobre el tema Conflictos Éticos en el Paciente Crítico.

Posteriormente, el Dr. Luís Fernando Niño (Abogado. Egresado de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires con Diploma de Honor. Doctor en Derecho (“cum laude”, por unanimidad) en la Universidad de Salamanca, España; Licenciado en Criminología en la UBA, Miembro del Tribunal Oral en lo Criminal de la Capital Federal N° 20; Profesor del Departamento de Posgrado en la Universidad de Buenos Aires en la Carrera de Especialización en Derecho Penal, Derecho de Familia y en la Maestría en Derecho Penal. Co-Director de la Maestría en Criminología de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Profesor de posgrado en la Universidad de Belgrano, Salamanca y del Zulia {Venezuela}. Es miembro de número de la Academia Argentina de Ética en Medicina. Autor de numerosas publicaciones en nuestro país y en el exterior), se abocó al tema Retiro de Soporte Vital y Muerte Asistida en el Derecho Comparado.

De más está decir que ambas exposiciones estuvieron a la altura de las expectativas, y al finalizar ambas se pudo participar de un rico intercambio de opiniones con ambos actuando como moderador el Consejero por Zárate, José María Ferraris.



Palabras del Dr. Gherardi



Dr. Luís Fernando Niño (Abogado)

Apertura de las Jornadas

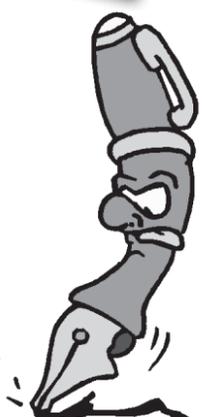


Concurrencia a las Jornadas



Escribanos a
El Antígeno
nos interesa

elantigeno@colmed5.org.ar



Alerta de Sarampión

Ante la información de 3 casos confirmados de Sarampión ocurridos en la localidad de San Isidro (Pcia. de Buenos Aires) con antecedente de viaje a Sudáfrica así como casos en país vecino (Brasil) y teniendo en cuenta que esta patología se encuentra en Etapa de Eliminación en las Américas y no se registra transmisión autóctona desde hace 10 años; se requiere extremar las medidas para impedir un nuevo brote.

Por lo tanto se solicita: comunicar de manera urgente este alerta a todos los profesionales de la salud para:

- ✓ Detectar y notificar todo caso sospechoso.
- ✓ Efectuar estudio virológico y epidemiológico del caso y los contactos.
- ✓ Revisar y mejorar las coberturas vacunales.

Poema autojustificable.

Si te va bien, te roban.
Si te va muy bien, te secuestran.
Si te vas del país, extrañas.
Así que yo opté por quedarme...
Y fracasar con tranquilidad...

Pablo Vadari
Poeta autojustificado.

Solicite sus recetarios para
Psicotrópicos desde
la página del Colegio



Colegio: www.colmed5.org.ar

DOCTOR: Baje los formularios para solicitar
recetarios de psicotrópicos
de la página de Colegio:

www.colmed5.org.ar

Siga las instrucciones, es muy sencillo

Escribanos a
El Antígeno
nos interesa

elantigeno@colmed5.org.ar



VIGILANCIA Y CONTROL

1.- Definiciones de casos

Caso sospechoso de Enfermedad Febril Eruptiva (EFE):

- Toda persona de cualquier edad que presente fiebre de 38°C o más y exantema.
- Toda persona en que un profesional de la salud sospeche sarampión ó rubéola

Caso Confirmado de sarampión:

Confirmado por laboratorio
• Todo caso sospechoso con serología positiva (IgM por ELISA) o aislamiento viral positivo para Sarampión en laboratorio de referencia.

Confirmado por nexo epidemiológico:

- Todo caso sospechoso con nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Caso compatible de sarampión:

Son los casos sospechosos SIN MUESTRAS. Se debe lograr tomar muestras en TODOS LOS CASOS. Esta categoría representa un fracaso de la vigilancia

2.- Modalidad de Vigilancia

Todo profesional de la salud (del ámbito público o privado) que asista un caso sospechoso de enfermedad febril eruptiva, deberá:

- Notificar dentro de las 24 hs. de asistido con datos completos (Apellido y Nombre, edad, Domicilio completo, fecha de inicio, antecedente vacunal, viajes o visitas recibidas en los últimos 3 semanas)
- Tomar muestras : Sangre e hisopado respiratorio y orina en el momento de la consulta.

3.- Medidas preventivas

Control del paciente

- Aislamiento respiratorio del caso índice tanto en domicilio (paciente ambulatorio), como aislamiento estricto durante la internación hasta 4 días del inicio del exantema.
- Evitar la circulación de enfermos por distintos servicios o salas de espera
- Evaluar la posible fuente de infección del caso (averiguando la presencia de fiebre y exantema) desde 4 semanas previas al inicio del exantema en el caso índice.

Control de contactos

- Identificación de todos los contactos directos del enfermo.
- Efectuar búsqueda activa de otros casos en contactos familiares, en el vecindario e institucionales, y evaluar la posible fuente de infección.
- Indagar sobre visitas recibidas o viajes realizados o ausentismo escolar/laboral en las últimas 4 semanas.
- Efectuar seguimiento para detectar casos secundarios que puedan haber sido contagiados por el caso índice hasta 4 semanas posteriores al inicio del exantema en el mismo.
- Evaluar el estado de vacunación en los contactos, familiares e institucionales (escuelas, guarderías, hospitales, comunidades cerradas, lugar de trabajo, etc.).
- Efectuar vacunación de bloqueo en los contactos del caso sospechoso, con vacuna con componente sarampión (Doble o Triple Viral), a todo aquella persona de 6 meses a 50 años que no acredite vacunación con 2 dosis para el componente Sarampión.

En contactos convivientes: indicar hasta 6 días después de la exposición gammaglobulina polivalente IM a: menores de 1 Año (independientemente si recibió vacuna), embarazadas (0.25 ml/kg dosis), y a pacientes inmuno comprometidos, (0.5 ml/Kg. dosis, máxima 15ml). Deben transcurrir 5 meses en inmunocompetentes y 6 meses en inmunocomprometidos para recibir vacuna DV ó TV

A nivel comunitario:

- Recordar el esquema regular de vacunación: con TV, 1ª dosis al año, 2ª a los 5-6 años. Se complementará en preadolescentes (11años) con TV, o en mujeres en el postparto o post aborto inmediato con DV, cuando hayan recibido sólo una dosis
- Solicitar en todas las consultas los carnets de vacunas y evaluar esquemas del programa Regular.
- Todo el personal de salud debe estar adecuadamente vacunado según norma Nacional
- Realizar Monitoreo rápido de coberturas en áreas de riesgo (ocurrencia de casos sospechosos, sospecha de bajas coberturas, otros).
- Vacunación en áreas de riesgo con bajas coberturas o esquemas incompletos
- Informar por diferentes medios a profesionales y a la comunidad en Gral. e instituciones.

ANTE LA SITUACIÓN ACTUAL EN CABA Y PCIA DE BS. AS.:

- Los niños de 6 - 12 meses deben recibir una dosis de vacuna triple viral (TV). No se debe tener en cuenta la dosis aplicada antes del año para el esquema regular, el que se complementará a partir del año de vida
- Los niños de 13 meses a 15 años que no cuenten con dos dosis, deben recibir una dosis extra de vacuna con componente sarampión .
- Las mujeres y varones de 16 a 50 años que no recibieron la vacuna en las campañas del año 2006 y 2008 respectivamente o que no acrediten el esquema regular, deberán ser vacunados con vacuna con componente sarampión (Doble o Triple Viral)

Sabe de un trabajo para
médicos?

Publíquelo en la
Bolsa del
Colegio



elantigeno@colmed5.org.ar

Autoridades

Tribunal disciplinario TITULARES SUPLENTES

Dr. Castilha Liberto
Dr. Mendoza Manuel G.
Dr. Bueno Carlos
Dr. Battaglia Osvaldo E.
Dr. Batalla Antonio

Dra. Gomory Maria L.
Dr. Rufinelli Hector
Dr. Cergneux Alcides
Dr. Ayoub Jorge
Dr. Franco Francisco