



# El Colegio, Responsabilidad de todos



**T**al como sucede regularmente, cada dos años, nuestro Colegio de Médicos-Distrito II, ha renovado, mediante elecciones, la mitad de los Consejeros representantes que integran su Consejo Directivo.

Pareciera redundante resaltar la importancia del hecho porque hoy, en pleno ejercicio de derechos democráticos resulta natural lo que, en épocas no tan lejanas, era excepcional y casi exclusivo de Instituciones como la nuestra.

Pero, justamente por esa "naturalidad" con que ahora vemos esos actos, solemos no apreciarlos en toda su importancia y dimensión a punto tal, que desvalorizamos la trascendencia del voto.

En nuestra Institución, a imagen y semejanza del Estado, el Gobierno lo ejercen los Colegiados a través de sus representantes, los Consejeros.

Este sistema representativo es el que concreta en la realidad los principios básicos de la Democracia.

Si bien se legitima periódica-

mente en elecciones que reflejan proporcionalmente las distintas tendencias, proyectos o propuestas de los votantes, de ningún modo el solo acto electivo puede ser el único sustento o aval de esa representación.

La responsabilidad que implica representar como Consejero en el seno del Consejo Directivo a los colegas, es demasiado trascendente para que, como frecuentemente ocurre, terminada la elección, quienes ejercieron el derecho de elegir, se desentiendan y alejen de la vida institucional y no acompañen la gestión de sus elegidos.

La participación limitada al acto eleccionario, con ser muy importante, es efímera. El compromiso con el representante que se elige debe abarcar el seguimiento, control y aporte de ideas y/o propuestas que perfeccionen su tarea; lo cual conlleva una interiorización y conocimiento de las políticas y acciones institucionales, configurando una efectiva participación responsable.

No es tarea difícil. Todos los Consejeros son médicos en actividad. Fácilmente localizables y accesi-

bles en los distintos ámbitos laborales.

Son el vínculo y el vehículo natural entre el médico y su Institución para concretar una participación activa. No olvidemos que el Colegio es patrimonio y responsabilidad de todos.

## Consejo Directivo

### MATRICULA 2006-2007

El monto anual de la matrícula es de **\$ 400.-** pagadero en **8 cuotas** iguales y consecutivas de **\$ 50.-**

**Formas de pago:**  
TARJETA VISA COMAFI FOEA,  
hasta 12 CUOTAS SIN INTERES  
por DEBITO AUTOMATICO.

**Cheque personal,**  
**Tarjeta de Débito.**  
En Sede del Colegio.

**Lugares de pago:**  
Efectivo con chequera  
Banco Comafi,  
Banco HSBC,  
Entidades Primarias.

Su matrícula al día garantiza los beneficios del Fondo de Ayuda Solidario

# Salud ocupacional

## Recomendaciones de la Nueva Comisión

De acuerdo a la O.M.S., la salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de las enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo.

Procura además, generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo respaldando el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo, permitiendo el enriquecimiento humano y profesional en el trabajo.

De la misma manera que el enfermo de paciente fue convirtiéndose en usuario y actualmente cliente del sistema en el que nos encontramos desarrollando nuestra actividad médica, el profesional se ha convertido en un trabajador del sector salud, y como tal debe bregar por el cumplimiento de la legislación vigente en materia laboral en el ámbito de su trabajo.

Si bien se tiene una percepción de la necesidad de establecer mecanismos de protección, control y evaluación de los riesgos a los que se ve expuesto ese trabajador de la salud en cuanto a los antecedentes de trabajo y enfermedades profesionales que sufre, generalmente es la propia negación de ese profesional de la posibilidad de que ello ocurra, producto de una equivocada idealización del sistema, lo que impide llevar a cabo eficazmente tal labor.

En el entorno laboral el médico se ve expuesto a innumerables riesgos (últimamente también riesgos psicosociales), que no están siendo evaluados convenientemente.

La medicina ha tenido importantes pérdidas de vidas humanas trabajando para mejorar la vida del hombre, sólo como ejemplo podríamos citar:

Otto Obemeier (1873) Cólera  
Louis Thulier (1883) Cólera

J. Lazear - Fiebre Amarilla  
Ricketts (1910) Tifus

Es por todo ello que la Comisión de Salud Ocupacional se encontrará abocada en llevar adelante una tarea integradora, difundiendo toda la información disponible y asesorando convenientemente para que el médico que sufra un siniestro laboral reciba las prestaciones en tiempo y forma de acuerdo a la ley vigente; pero fundamentalmente trabajará en la identificación y evaluación de los riesgos que puedan afectar la salud del médico, para elaborar el proyecto de modificación de listado de enfermedades profesionales, solicitando con claro fundamento la inclusión de patologías que afectan nuestro trabajo profesional, y actualmente no figuran como tales.

Trataremos de cumplir, como justa pretensión, que estemos involucrados como trabajadores del sistema de salud en las generales de la ley, tratando de lograr para "nosotros" lo que hemos descripto tan minuciosamente, y los listados de enfermedades han recogido, para "todos" los demás trabajadores.

### RECOMENDACIONES

**Estimado colega:** En caso de sufrir un Accidente de Trabajo o padecer de una Enfermedad Profesional, la Comisión de Salud Ocupacional le recuerda:

1. Debe realizar la denuncia de accidente de Trabajo ante la oficina de personal de su lugar de trabajo dentro de las 48 hs. hábiles de producido el siniestro.
2. La Enfermedad Profesional se deberá denunciar al momento de tener la certeza de padecer alguna de las que se encuentran identificadas como tales en el Listado de Enfermedades Profesionales de la Ley 24557.
3. En dicha oficina se le debe entregar un formulario de atención, con el que debe concurrir al prestador de la ART

para iniciar la atención del Siniestro.

**4.** Ante cada consulta deberá solicitar el certificado de atención para entregar a la oficina de personal de su lugar de trabajo (quedarse con una copia).

En el mismo debe constar: a) Día de atención. b) Diagnóstico. c) Si continúa trabajando, debe guardar reposo o día de inicio de las tareas habituales. d) En caso de tener que guardar reposo, fecha de la próxima consulta.

**5.** El accidentado tiene derecho de solicitar el cambio del prestador. Consúltenos.

**6. No concurra a trabajar si no se encuentra habilitado para ello.** En caso de necesitar concurrir a trabajar, consúltenos sobre la forma que debe guardar su certificado médico para quedar cubierto por la ART.

**7.** De estar siendo atendido por un accidente de trabajo con baja laboral, no debe concurrir a trabajar en otros lugares donde se encuentre en relación de dependencia.

**8.** En caso de Accidente "In Itinere" se debe realizar Denuncia Policial.

**9.** Cuando la ART lo cite, vía carta documento, para fijar el porcentaje de incapacidad anátomo funcional que le ha ocasionado su Accidente de Trabajo, en el Acta que deberá firmar en esa Audiencia figurará el porcentaje de incapacidad que Ud. aceptará. Puede firmar en disconformidad. De necesitarlo, puede consultarnos por los porcentajes de incapacidad antes de concurrir a la citación referida.

**10. Ante cualquier duda o de requerir asesoramiento por cualquier tema sobre la Ley de Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales comunicarse con los integrantes de la Comisión a través de los teléfonos del Colegio de Médicos: 4201-7563/3153.**

**La Comisión se reúne los días jueves de 9.30 a 11.30 hs.**

# Historia clínica informatizada

## Firma digital



La ley 25506 sancionada el 14 de Noviembre de 2001 reconoce validez y valor probatorio al documento digital y consecuente al uso de la firma digital.

Así en su art. 2 la define como el resultado de aplicar a un documento digital un procedimiento matemático que requiere información de exclusivo conocimiento del firmante encontrándose ésta bajo su exclusivo control. La firma digital debe ser susceptible de verificación por terceras partes, tal que dicha verificación simultáneamente permita identificar y detectar cualquier alteración del documento digital posterior a su firma. Es cierto que el documento de papel y la firma manuscrita que lo avalan están enraizados en las más entrañables tradiciones. El universo del derecho estuvo conectado durante siglos a la letra escrita sobre el papel. El enfrentarse a una realidad distinta es todo un desafío pues es universalmente reconocido y admitido por nuestros tribunales, que la historia clínica es esencial como elemento útil para juzgar la conducta de los profesionales de la medicina.

Obviamente debemos considerar aspectos y funciones de la Historia clínica informatizada.

La historia Clínica Informatizada es un documento electrónico representando y exteriorizando en esa forma un hecho de relevancias jurídicas y de naturaleza médica.

Se impone el cumplimiento de distintos requisitos.

Así, debe asegurar la fidelidad de la

información impidiendo la modificación o supresión de los datos ya incorporados, preservando eventuales accesos e ingresos extraños.

Debe ser autosuficiente y preservar la confidencialidad, indispensable para el paciente y para el médico.

Debe ser de fácil y rápido uso con datos legibles y entendibles.

Debe constar la firma electrónica del médico actuante en la Historia Clínica al concluir con la consulta, o cada transcripción de datos.

Cada profesional médico interviniente debe firmar el registro médico. La información escrita queda bloqueada una vez insertada la firma electrónica (firma digital).

Debe registrarse por el propio sistema, la fecha y la hora de la intervención en el registro electrónico.

Si las características que lo conforman demuestran inalterabilidad y autenticidad posee valor probatorio y jurídico y los Magistrados a cargo del proceso y ulterior juzgamiento, con los elementos actuales, pueden actuar y considerar el documento electrónico dentro del proceso judicial con suficiente grado de certeza, conforme a las reglas de la informática y con arreglo a las reglas de la sana crítica.

Es harto evidente que Historia Clínica Informatizada, ha alcanzado tal grado de desarrollo, que debe considerárselo como equiparable al documento privado reconocido o tenido por reconocido, en la medida en que se cumplan los presupuestos señalados de inalterabilidad y autenticidad.

Vinculado con ello, coincidimos con

el Dr. Oscar E. Garay que en un reciente trabajo expresó que "creemos que cada profesional interviniente en la H.C.I. deberá estar autorizado y quedar individualizado fehacientemente en la misma: lo que se puede hacer mediante la denominada ""firma digital"

Esta "es un proceso que permite asegurar la identidad del autor del documento y la inalterabilidad del contenido del documento y la fecha y hora de la firma".

Todo ello mediante métodos criptográficos. La criptografía es un proceso matemático, que convierte información -el texto plano- es un texto cifrado aparentemente ininteligible en base a una clave secreta (password).

También establece una presunción de integridad ya que se presume, salvo prueba en contrario, que el documento digital no ha sido modificado desde el momento de su firma (art. 8° Ley 25506).

Esto está ligado con la autenticidad, es decir, con el contenido de un documento. Un documento es auténtico cuando no ha sufrido alteraciones que varíen su contenido, con lo cual se considera verídico y prueba por sí mismo, como por ejemplo, un instrumento público, y para ser impugnado debe ser redarguido de falsedad.

Otorga plena fe hasta que se demuestre lo contrario.

**Dr. Federico Moroni**

# Memoria del ejercicio 2005-2006

Durante el ejercicio que nos ocupa se desarrollaron 17 reuniones de Consejo Directivo integrado por 96 delegados electos, representando a los partidos de Presidente Perón, Almirante Brown, Lomas de Zamora, Lanús, Avellaneda, Quilmes, Berazategui y Florencio Varela.

Como otros años de actividad intensa y constante se presentaron dificultades que se intentaron solucionar de la mejor manera posible, en este estado crítico y complicado de nuestra actividad, donde como ya es casi un hábito, la variable de todos los ajustes, ya sea laborales o económicos, es el trabajador.

Aquí presentamos un resumen de lo más importante con respecto a lo actuado por la Mesa Directiva y las Comisiones.

## MESA DIRECTIVA

Entre otros temas evaluados cabe destacar los siguientes:

- Lomas de Zamora: Intensas negociaciones con las autoridades municipales, llevaron a mejorar la situación de tensión creada, primero en cuanto a los contratos con los neonatólogos y posteriormente la mejora salarial prometida por el intendente, quien ya cumplió la primera etapa y se aguarda para julio la equiparación con los salarios provinciales y el plus por función que ya se percibe.
- Avellaneda: Grandes conflictos se suscitaron entre los médicos del Hospital de Wilde y unidades sanitarias por diversos problemas relacionados con el salario y los concursos de función, al punto que durante tiempo prolongado se efectuó una retención de tareas que culminó con incremento salarial
- Quilmes: Conflictos salariales llevaron a participar en la Secretaría de Trabajo, intentando mejorar la situación planteada a través de una comisión la cual integra el Colegio y los gremios médicos locales.
- Florencio Varela: Como consecuencia del traspaso del hospital al ámbito provincial y las serias irregularidades observadas en el mismo, con desconocimiento de imputación de grados y funciones, el Colegio se encuentra en permanente contacto con autoridades y colegas, en vías de corregir las serias falencias.
- En los hospitales provinciales del distrito, se buscó un diálogo constante con las autoridades hospitalarias, ya sea médicas como provinciales.
- Medicina Legal: Larga insistencia y lucha para que se creen los servicios correspondientes en los hospitales o en los lugares de trabajo, esto es todavía hoy una esperanza, no se avizora voluntad política en el Ministerio de Salud.
- Consejo Superior: Como sucediera en años anteriores la conducción del Consejo Superior, quedó íntegramente a cargo de los distritos del interior y La Plata, esto motivó que por serias diferencias políticas y de necesidades se diera fuerza al Con-

sejo Zonal del Conurbano, integrado por los distritos II, III y IV. Esta falta de equidad llevó a presentar una modificación de la ley donde se contemple la representación proporcional, teniendo en cuenta que el 70 % de los médicos de la provincia se encuentran en nuestra región. A partir de ese momento, ya como Consejo Zonal integrado se tomaron múltiples actitudes a fin de lograr el reconocimiento en los distintos estamentos médicos y políticos con notable éxito logrando participación en la Comisión Permanente de Carrera y de Residencias Provinciales. También en CONFEMECO, integración de los Colegios Médicos del país, se logró el reconocimiento de Consejo Zonal, participando activamente con identidad propia.

· Estructuras hospitalarias: Mala recepción por parte de los trabajadores, de las estructuras elaboradas por el Ministerio con distintos hospitales, insistentes reclamos llevaron a que se revean casi todas las que se diagramaron oficialmente.

· Este reclamo permanece en estudio hasta la fecha y será un fuerte reclamo a continuar en el próximo ejercicio.

## COMISION DE PRENSA

Durante el período se editaron 4 números de Enfoque Médico manteniendo la cantidad de páginas y el apartado de actividad institucional. El envío postal se siguió efectuando por S. P. P. Correo Privado. Se concretó mediante un convenio un espacio televisivo en el canal local de cable en el cual se trataron temas de actualidad sanitaria, institucional y científica que lleva el nombre de Enfoque Médico TV. Se mantuvo la publicación de trabajos científicos y el apoyo logístico, gráfico, audiovisual, en la organización de los eventos desarrollados por la Institución.

## AREA DE INFORMATICA BIOMEDICA E INTERNET

Se mantuvieron los desarrollos y actualizaciones semanales de los portales del Colegio de Médicos Distrito II y de la Fundación Oscar Eduardo Alende en Internet y los servicios de búsqueda bibliográfica y de asesoramiento integral en informática médica. Se continuó brindando apoyo informático a las distintas comisiones, Prensa, Gremial, Comité del FAS y las que lo requirieron.

Se continuó incorporando al portal la versión on line de Enfoque Médico, en todos sus números, reproducida en un formato con óptima resolución de texto e imágenes.

## COMISION DE ACCION SOCIAL

Se trataron temas relacionados con las problemáticas laborales y sociales del Médico y su Familia y situaciones de desprotección por la que atraviesan colegas de distintos grupos étnicos y sus dificultades socio económicas.

Se desarrollaron acciones conjuntas con la Fundación Oscar Eduardo Alende, a los efectos de disminuir la crisis por la que atraviesa el Profesional y se elaboraron proyectos para la protección del Médico. Se continuó con la búsqueda de casas de

reposo que cubran necesidades de colegas en situación de desprotección.

#### **TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES**

Se han estudiado 315 solicitudes para Títulos de Especialistas, otorgándose un total de 254 títulos, respetándose los Convenios de Reciprocidad en vigencia con CONFEMECO y con la Asociación de Ortopedia y Traumatología.

El Colegio de Médicos por intermedio de su Delegado en la Comisión de Especialidades del Consejo Superior del Colegio de Médicos consiguió que se restaurara la designación del médico afín a la especialidad en concurso para constituir las mesas de examen. Se continúa con las Juntas de Evaluación por Título de Especialista con un Docente Universitario de la Universidad de Buenos Aires, por lo tanto el mismo contará con la certificación Universitaria (UBA) y del Colegio de Médicos. Las recertificaciones cuentan también con la certificación universitaria (UBA) y del Colegio de Médicos. Se está realizando en esta sede el Curso de Docencia Universitario y el título a otorgar será Profesor Universitario.

A partir del 1° de Abril de 2006 se ha puesto en vigencia para obtener la Calificación Agregada en la Especialidad Básica o Dependiente, requisito indispensable para solicitarla tener la especialidad principal.

#### **COMISION DE MATRICULACION**

Se constata que los médicos en actividad están matriculados en el Distrito y tengan debidamente habilitados sus consultorios, como también se controlan los listados de profesionales actuantes en los diversos sanatorios, de acuerdo a lo enviado por los mismos y que estén debidamente en regla.

#### **COMISION DE SUMARIOS**

Las causas y naturaleza de los conflictos planteados sigue siendo la queja de particulares originada prevalentemente en claras fallas de la relación médico paciente que se interpretan como faltas éticas. La conflictividad entre colegas derivada de relaciones laborales muchas veces defectuosas e irregulares tanto en ámbitos públicos como privados, se ha vuelto a incrementar en detrimento del prestigio profesional.

#### **COMISION DE BIOETICA**

Durante el período continuó asesorando a la Mesa y Consejo Directivo sobre temas de su incumbencia. Representantes de la Comisión mantuvieron contactos institucionales en jornadas y eventos en orden Nacional, Provincial y Universitario.

#### **COMISION GREMIAL**

Se trabajó en el estudio de los contratos profesionales existentes, y las modificaciones que fueron necesarias efectuar al Contrato Ético de Trabajo Médico. Durante este período se llevaron a cabo reuniones con la Mesa Directiva, y con la Asesoría Letrada, trabajando en la práctica en forma complementaria y coordinada. Se recibieron nuevas presentaciones de conflicto y se realizaron entrevistas con Secretarios de Salud de los diferentes municipios de nuestro distrito. Se concurrió en distintas ocasiones a los lugares en conflicto. Se han em-

prendido trabajos conjuntos con la Fundación Alende, a fin de dar soluciones puntuales a casos de colegas sin sostén familiar.

#### **ESCUELA SUPERIOR DE EDUCACION MEDICA**

Durante el período 2005-2006 se presentaron 20 propuestas para Cursos de Especialización, 24 propuestas para Cursos de Perfeccionamiento y 3 cursos para Personal Paramédico y Otros. Se inició el curso de Docencia Universitaria, sobre la base de un convenio con la Universidad Maimónides, el mismo, otorgará título de Profesor Universitario en el orden Nacional. El premio Escuela Superior de Educación Médica, Distrito II, 2006, esta abierta la inscripción hasta el día 30 de Abril del 2007. El tema será: "Aborto en el Distrito II, Implicancias clínicas y Médico legales".

Para el Premio Colegio de Médicos 2004, permanecerá abierta la Inscripción hasta el 15 de Octubre del 2006, sobre el tema: "EPIDEMIOLOGIA, DIAGNOSTICO, CLINICA Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN EL DISTRITO II".

#### **COMISION DE LEGISLACION**

Durante el período 2005/2006, se consideraron los siguientes temas: Honorarios Médicos Éticos. Contrapropuesta reforma 5413 sobre representación proporcional. Plan Federal de Salud. Actividades críticas, tarea insalubre y riesgo profesional. Modificaciones Código de Ética. Reforma Estatuto Trabajo Médico. Condiciones irregulares de los Médicos reemplazantes de guardia. Estructuras orgánicas Hospitalarias. Modificación Reglamentos de médicos de guardia. Procreación responsable y Salud Sexual. Seguro Público de Salud en la Provincia de Bs. As. Sobre Concurrencia y Residencias. Protección de la Salud en ámbito laboral.

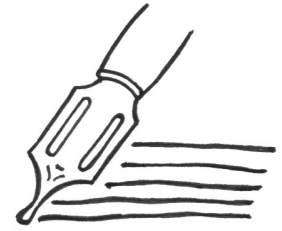
#### **ECOLOGIA Y SALUD**

La Comisión se abocó a los siguientes temas: Contaminación con uranio de napas de agua. Ondas Electromagnéticas. Recalentamiento global y efecto invernadero. Contaminación de los distintos partidos que corresponden a este Distrito II. Riachuelo y Polo Petroquímico de Dock Sud. Papeleras sobre el río Uruguay. Usinas de energía nuclear. Biocombustibles.

#### **COMISION DE SALUD OCUPACIONAL**

Desde el mes de febrero de 2006 se fija día y hora de reunión y atención los días Jueves de 9,30 a 11,30 Hs. Se recopila bibliografía y antecedentes sobre enfermedades y factores de riesgo a que se exponen los médicos en el ejercicio de su profesión. Se evalúa cuales deben ser incluidas en el listado de Enfermedades profesionales de la Ley 24.557. Se redacta nota de recomendaciones a seguir por los colegiados en caso de accidente de trabajo y/o enfermedades profesionales. Se establece comunicación con órganos de control y aplicación de PROVINCIA ART, ya que es la aseguradora que cuenta con mayor cobertura en el ámbito médico del Distrito II. Orientados a la protección de la salud y el mejoramiento de las condiciones laborales.

## ¿Deberíamos hablar de una filosofía del médico clínico?



Pienso que sí, y os pido sólo cinco minutos de lectura para explicároslo. Pensaréis que estoy hablando de una filosofía "de estar por casa", nada serio, pero me referiré a unos valores y a una manera de razonar que el espíritu de una profesión nos transmite, y al que nosotros a la vez nos adaptamos y o enriquecemos o empobrecemos.

### Permanente contacto con el sufrimiento

Ser médico es estar en permanente contacto con el sufrimiento, y una de las cosas que aprendes rápido es que nuestra actividad, aunque muy valiosa, es una gota de agua en un océano. Hay tanto sufrimiento que no nos lo acabaremos. Así que poco a poco el médico clínico va desarrollando una clase de alergia -o al menos de escepticismo- a las utopías que describen mundos maravillosos. Poco a poco también aprendes que tus propios pacientes deberán convivir con el dolor físico y psíquico, y que los maravillosos medicamentos y otras técnicas ayudan, a veces mucho, pero generalmente no evitan que las personas deban afrontar y asumir este dolor. Poco a poco el médico aprende a decir: "esto no lo curaré, pero procuramos aliviarlo". ¡Caramba!, cuando dices esto con sinceridad has dado un gran paso adelante!

### Pragmatismo

Prosigamos... El médico clínico aprende con agrado o a la fuerza la esencia de la filosofía pragmática.

Pongamos por caso que debe hacerse una exploración de neuroimagen. ¿Esta prueba aportará algo al paciente? Supongamos que se propongan dos estrategias terapéuticas, ¿que aporta en relación con la otra? Todo esto, ¿no es pragmatismo en estado puro?. William James decía justamente que el pragmático no es quien busca oportunidades, sino aquel que sabe averiguar la diferencia entre dos caminos, dos maneras de interpretar la realidad, o de actuar sobre la realidad. El médico clínico debe convertirse en experto.

### Independencia de criterio

Un tercer aspecto del médico clínico es una independencia de criterio que a veces le hace parecer antipático. Recibe un informe del radiólogo y no se conforma: debe mirar el escáner, debe meter baza. Supongamos que descubre algo que no había visto el radiólogo, ¿podéis imaginar mayor felicidad? Seguramente lo comentará a sus compañeros como una pequeña proeza. Lo mismo sucede cuando recibe a un paciente con muchos diagnósticos pero nota que algo no acaba de "encajar". ¡Ah, sí! El médico clínico tiene unos dibujos en la cabeza de cómo debe ser la realidad, de cómo hablan y se expresan la gran mayoría de sus pacientes, y cuando algo no acaba de "encajar" se le despierta una inquietud a lo Sherlock Holmes que sólo la pereza o la carencia de tiempo pueden detener. En este aspecto podemos decir que es popperiano: -no cree en el inductivismo-, sino que práctica básicamente el procedimiento deductivo.

Y estos dibujos o modelos de la realidad los irá perfeccionando. A esto lo llamaré "experiencia clínica".

### Permanente reinención de la realidad

Decíamos que esta independencia de criterio le hace parecer antipático. Esta podría ser la cuarta característica, más filosófica que emocional. Digamos que tiene, ya sea hombre o mujer, cierta brusquedad en la emisión de sus opiniones. Sus maestros le han acostumbrado, (mal acostumbrado), a que en general tiene razón, y no se da cuenta de las consecuencias de lo que dice. En este sentido diría que el médico clínico es algo -nietzschiano-, encara las cosas sin mano izquierda, sin florituras ni ganas de llegar a acuerdos, porque las cosas son o no son. Por eso estudia, (en parte), para tener razón en las sesiones clínicas, y además también, para ayudar al paciente. Digamos que basa mucho su autoestima, (¿demasiado?), en un saber rotundo, y en ser "alguien" en la tribu de los médicos. Alguien ha oído alguna vez decir a un jefe clínico: "estoy muy perplejo!". Todo el mundo pensaría que no sabe lo suficiente. Alguien ha oído alguna vez decir: "éste paciente me ha enseñado mucho!"... Pero os aseguro que más de uno lo ha pensado. El médico de cabecera/familia demuestra en este punto cierta diferencia con el hospitalario. Pronto aprende que su especialidad es valorada con una risita, pronto se da cuenta que el paciente puede tener en mayor aprecio una opinión de la vecina que la suya, y sobre todo pronto

## ¿Deberíamos hablar de una filosofía del médico clínico?

se impone una realidad compleja e imprevisible que desmiente y empequeñece su valía. A pesar de acumular 20 o 30 años de práctica clínica, algunos diagnósticos se le escapan, y también algunos pacientes... Trágico! Claro que también le ocurre al médico hospitalario, pero no se da cuenta. Puede vivir en una torre de marfil. El médico de cabecera, por otra parte, está en contacto estrecho con la comunidad. Es objeto constante de conversaciones en las peluquerías, en el mercado.

Tal vez esta humildad forzosa del médico de cabecera lo lleva a emplear términos como por ejemplo "principio de pulmonía", o "de algo de diabetes", o "tiene el pecho algo cargado". Me gustaría pensar, pero no nos engañemos, que estos términos no se originan tanto de un esfuerzo empático como de una permanente reinención de la realidad. El médico de cabecera con el paso del tiempo funciona más y más por intuición, (¿otra diferencia con el médico hospitalario?). Digamos que hace teorías de cómo funciona la realidad, pero son teorías poco razonadas. Ante la típica paciente fibromiálgica el médico de cabecera ya sospechaba que aquello "no podía ser artrosis", "que los antiinflamatorios no solucionarían nada", y que en cambio, "algo de Diazepam quizás", pero le faltaba la valentía para contradecir "a los entendidos".

Tenía una teoría, pero no tenía discurso.

Eso ha cambiado. Ahora tenemos a una nueva generación de médicos de familia que son algo más "caraduras", en el buen sentido de la palabra. Creo que con unos cuantos años más veremos que estos médicos son

capaces de vestir teorías, pero no será fácil. No es fácil para ningún médico clínico, porque el día a día no le deja ver el gran valor de las teorías que nacen en un rincón mortecino de su conciencia. El médico clínico siempre debe luchar por desarraigarse de su cotidianidad y "repensarse". Esto cuesta un enorme sobreesfuerzo en medio de tanta guardia o tanta atención continuada ¡que gran beneficio sería algún año sabático estratégicamente concedido". Pero esto no sería suficiente para salvar una abundancia de ideas y teorías magníficas que cada día pasan fugazmente por las mentes de los clínicos, y que a veces los iluminan, pero otras muchas quedan despreciadas. Y es que el clínico no se hace mucho caso así mismo por el miedo a que sus ideas sean ridiculizadas por sus colegas, y en este clima es difícil que ningún reumatólogo o internista hubiera definido, pongamos por caso, en los años 70 lo que era la fibromialgia.

### Automatización del esfuerzo mental y clínico

Finalmente la gestión que el médico clínico hace de su esfuerzo corporal. Sí, sí, también esto es filosofía, tal y como yo lo entiendo. El clínico aprende a automatizar el esfuerzo mental y físico. Aprende a trabajar con fiebre, (no quiere "cargar" al resto de compañeros). Aprende a no quejarse del propio cuerpo, (sería patético un médico hipocondríaco), a no visitar a otros médicos, (no quiere ser pesado y mucho menos mostrarse débil), a no tener tiempo para él mismo. Resultado: hay pocos hedonistas. He visto que algunos colegas en una conmovedora reivindi-

cación hedonista se han apuntado últimamente a la cata de vinos o a cursos de cocina a distancia, etc. Pero todo queda como un postizo. En el fondo cuando rascas algo sale una abundancia de estoicismo que sobrecoge. Recuerdo una memorable sesión de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos donde, incautamente, insinué que las guardias de 24 horas seguidas a la jornada laboral "normal" no podían ser éticas. ¡Qué dije!. Quedé como un auténtico perezoso. Claro está que eran otras épocas, pero demuestra el talento del colectivo. ¡Carpe diem! es una expresión que no está en el diccionario. Se debe estar al pie del cañón. Esto sería muy loable pero también puede ser un punto débil en la conformación ideológica del médico clínico, pues de tanto esforzarse sin complacencias puede llegar a "quemarse". Por esto se han inventado los congresos, unos encuentros donde se ensayan "formas nuevas y viejas de psicoterapia grupal". He puesto mi grano de arena haciendo algunas piezas teatrales donde la gente puede reírse de sí misma. Teatro médico para médicos, para congresos de médicos. Risoterapia. El resultado ha sido magnífico porque no hay nada más sano que reírse de uno mismo. Y también demuestra que los médicos clínicos conservamos algo de salud mental. A pesar de-o ¿a costa de?- nuestra pobre mal pensada filosofía.

**Francesc Borrell Carrió**

Médico de Familia. EAP Gavarra. ICS.  
Prof. del Dept. de Ciencias Clínicas  
Universidad de Barcelona.

*Bioética & Debat. Enero - Marzo 2006*



## Los dos países, la pobreza y la salud



La relación entre la pobreza, salud y ética en medicina es insoslayable en las condiciones en que desarrolla nuestro pueblo su cotidiano vivir. Para llegar a inteligir lo que nos está sucediendo ahora, es necesario discurrir en el contenido entre los dos países que ha sido Argentina, el de nuestros abuelos y el actual.

El país de mis abuelos, español uno de ellos, inglés el otro y el de mis abuelas, hija de inmigrantes italianos una, bien criolla la otra, basaba su confort social en la idea de progreso que, al menos, se integraba en dos metas próximas: la educación de los hijos y la vivienda propia. El mundo del trabajo era pues, el elemento aglutinador de la sociedad y la razón para el progreso, mentalidad llamada por algunos autores calvinista por su parecido al esquema económico protestante que diera origen, con algunos matices, al capitalismo. La meta de mis abuelos era, entonces, la posesión de la vivienda y la educación de sus hijos. y lo fue a tal punto que, casi iletrados muchos de ellos, dejaron para la posteridad familias de profesionales que en estos momentos ya van por la tercera generación y dieron nombres ilustres a la historia argentina.

Un tercer elemento de progreso era la manutención de la salud y el desarrollo de planes destinados a preservar al ser humano de padecimientos y enfermedades.

El modelo cultural y, por ende, económico vigente para mis abuelos, era el acumulativo, traducido en la siguiente secuencia: trabajo, movilidad social, inversión. Y el progreso estaba asentado sobre los valores de

la salud, la educación y la estabilidad.

La prioridad del estado estaba centrada en el gasto en educación, vivienda y salud, que apuntalaban el progreso obtenido por la actividad privada, la que a su vez estaba asegurada por las redes de seguridad social, representadas en el vértice del sistema por la familia, el barrio, la circunscripción, la provincia y la nación. A su vez, la red social, hoy llamada solidaria por muchos, se alimentaba de tres elementos: la concurrencia viable al mercado laboral, el apoyo del estado como proveedor de consumos colectivos y la acción comunitaria, suplementaria en muchos casos en los casos de falla de las funciones del estado. ¿Quién no ha oído hablar de sociedades de fomento, de socorros mutuos, vecinales o barriales, por ejemplo?. las categorías y denominaciones restantes, hoy también obsoletas, persisten hasta nuestros días y forman parte del ideario popular, como obreros, clase trabajadora, justicia social, asociaciones libres, sindicatos, cultura popular, raigambre nacional, cajas de ahorro, montepíos, etc.

Los valores vigentes en el viejo país, estaban representados por el esfuerzo personal, el sacrificio, la posibilidad de opción, la meta cuentapropista, la acumulación de recursos. Paralelamente a este esquema economista, la presencia de la **solidaridad** como elemento aglutinante de la sociedad, representada por múltiples asociaciones del ámbito privado que ayudaban cuando no suplían al estado en ese cometido. Me refiero a los aportes personales, mutuales y barriales,

redes de contención social traducidos en las acciones colectivas de sociedades de fomento, parroquias, comisiones barriales, jardines de infantes, etc. Todo ello era expresión de un mundo autoasistido y suficiente de una sociedad homogénea y útil al prójimo, una sociedad de iguales en un imaginario colectivo de un mundo mejor logrado por esfuerzo personal y perseverancia.

Este mundo ideal, por así decirlo, transitaba ya muy herido durante la época de los noventa y murió con los sucesos de Diciembre de 2001, fecha trágica para nuestro país y que no debe ser olvidada porque marca un importante hito de nuestra historia nacional.

Ya a partir de mediados de la década de los setenta se va produciendo un cambio radical en nuestro país. A mi entender, el nuevo paradigma a partir de esos años ha sido el ajuste como principio organizativo normativo. En ese marco, la transformación del estado argentino, patentizado en la frase gubernamental hay que achicar el estado..., a lo que se agregó la apertura de la economía, el ingreso de capitales foráneos, la desnaturalización de la producción y la mano de obra argentinas, más la institucionalización de la deuda interna y externa, son los factores determinantes del crecimiento de la pobreza, el desempleo, la destrucción de fuentes genuinas de ingresos y el deterioro cada vez más acentuado de la salud de nuestro pueblo.

De la homogeneidad social se ha pasado a la heterogeneidad, a la disociación, de la integración a la exclusión, del bienestar al malestar de la

**Los dos países, la pobreza y la salud**

pobreza a veces extrema de nuestros habitantes, hoy llamada indigencia, de la solidaridad comunitaria y personal a la insolidaridad individualista, de la justicia social a la injusticia excluyente, de la diferencia a la desigualdad insalvable.

Estas notas constituyen un cambio radical en nuestra condición de argentinos y un viaje sin regreso al pauperismo de grandes sectores de la sociedad o, al menos, una travesía muy larga y extenuante hacia un horizonte muy lejano de prosperidad parecido al que conocieron nuestros abuelos. El tiempo transcurrido desde la transición democrática hasta hoy, demuestra que los índices de pobreza e insalubridad poblacional han ido en aumento progresivo, salvo algunos chispazos de esperanza aún no muy intensos. La nueva configuración de Argentina está dada por los siguientes factores: empobrecimiento, pauperización, creciente desigualdad so-

cial, heterogeneidad, desigualdad social, concentración de ingresos en pocas manos, reconversión de la legislación laboral, fragmentación de la red de contención social espontánea, sociedad de exclusión y darwinización social, dualismo interconectado y victimización generalizada de la población (Feijoo). Consecuencia de estos factores es el empobrecimiento de los pobres y el enriquecimiento de los ricos. Los primeros llegaron a constituir alrededor del 50% de la población de nuestro país y hoy lo son menos por los planes de ayuda social, un pequeño paliativo que ayuda a vivir un poco mejor y a obtener salud en cuotas módicas.

El ideal del trabajo único a la vivienda, la salud y la inversión mínima han desaparecido por falta de oferta. La seguridad social no garantiza la vejez digna y los brotes solidarios son eruptivos, aislados, inconexos la gran mayoría de las veces.

Del valor esfuerzo personal queda un remedo destinado al logro de una supervivencia más o menos esforzada y decorosa en un ambiente hostil. De la solidaridad ha desaparecido el concepto de vecindad o barrio, para ser reemplazado por individualismo estéril e insolidaridad. Existe una actitud escapista, una cultura del **sálvese quien pueda** que afectan a toda la comunidad, basados en un marcado individualismo del mundo y los ideales globalizados, que promueve el éxito a toda costa. ¿Existe solución a estos problemas de la Argentina actual?. Creo que sí y más adelante habré de seguir analizando el problema y proponiendo soluciones que no son fáciles ni de corto plazo, pero sí posibles en un mundo signado por la imposibilidad.

**Armando M. Pérez de Nucci**

*\*Doctor en Medicina. Miembro de las Academias Nacionales de Medicina, de Ética y de Historia. Especialista en Bioética.*

**SOLICITADA**

Dada la importancia adquirida por las enfermedades respiratorias en época invernal y los inconvenientes planteados por la sobredemanda en los servicios de atención médica. El Consejo Zonal del Conurbano Bonaerense publicó con fecha 11 de julio de 2006 el siguiente comunicado:

**COMUNICADO A LA POBLACIÓN**

Ante la epidemia de bronquiolitis, enfermedad respiratoria que afecta a los niños menores de 2 años, reconocida por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Consejo Zonal del Conurbano Bonaerense quiere expresar el reconocimiento a la ímproba labor de los pediatras de los hospitales bonaerenses en procura de salvaguardar la salud de nuestros hijos.

Asimismo recomienda la integración del recurso humano médico y de enfermería imprescindibles para paliar esta crítica situación.

Advierte a la población la necesidad de la consulta temprana para evitar complicaciones, solicitando su tolerancia y comprensión ante el incremento de la demanda en las guardias pediátricas hospitalarias.

COLEGIO DE MEDICOS DISTRITOS II, III, IV.  
CONSEJO ZONAL DEL CONURBANO BONAERENSE

*Toda información presente en este medio es de conocimiento obligatorio.*

**GRUPO DE AFINIDAD VISA COMAFI - FOEA**

*Tarjeta VISA internacional, sin costo de emisión ni de renovación, adicionales sin cargo. Tarjeta de débito y Caja de ahorros sin costo. Único requisito: estar matriculado en el Distrito II.*

**INSTRUCTIVO PARA OBTENERLA**

Si no le ha llegado a su domicilio llame al 4222-7847 (sede de la FOEA) o comuníquese o concurra a la sucursal de Banco Comafi más cercana a su domicilio.

**INSTRUCTIVO PARA HABILITARLA**

Si desea habilitarla llame al número que aparece en el sticker de la tarjeta.

**BENEFICIOS OFRECIDOS POR BANCO COMAFI**

Adelanto de efectivo con tasa preferencial del 15 % al 21 % en 6, 12, 18 y 24 meses.

Línea de créditos de 1.000 a 30.000 pesos en hasta 24 meses sistema americano (paga solo intereses).

Los servicios de Banco Comafi con costo diferencial (banca electrónica y otros).

Planes de pago para colegiados que mantienen deuda con el Colegio y deseen cancelarla (crédito bancario de hasta 1.500 pesos sin interés).

**BENEFICIOS OFRECIDOS POR LA FUNDACION**

Pago de matrícula anual de 1 a 12 cuotas con débito automático sin interés.

Planes de pago para colegiados que mantienen deuda con el Colegio y deseen cancelarla (crédito bancario a través de la FOEA de hasta 1.500 pesos sin interés).

**INSTRUCTIVO PARA REALIZAR DEBITO AUTOMATICO DE LA MATRICULA**

Concurra personalmente a la sede de FOEA sita en Monseñor Piaggio 198, 6° A, de 10 a 15 hs. Puede realizarla por vía telefónica comunicándose con el 4222-7847.

**BECAS PARA CURSOS DE LA ESEM**

El Consejo de Administración junto con la Escuela Superior de Educación Médica, acordaron el otorgamiento de becas para los cursos de perfeccionamiento que se realizan en la misma. Para mayor información comunicarse al 4222-7487, de lunes a viernes de 9.00 a 16.00 hs.

**FOEA:**  
**Monseñor Piaggio 198 6° A. Avellaneda**  
**Telefax: 4222-7847 - E-mail: foea@speedy.com.ar**

**CONVENIOS**

A los convenios celebrados por la institución tiene acceso todo médico matriculado en el Distrito II, en el caso de pertenecer al grupo de afinidad Visa-Comafi-FOEA (poseer la tarjeta de crédito) o ser miembro protector (con cuota al día), goza de beneficios extras y especiales (descuentos, facilidades de pago y otros).



**Meridional**  
**SEGUROS**

**LA MERIDIONAL SEGUROS**

La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A., una de las más importantes aseguradoras del mercado, (calificada "AAA" por Standard & Poor's). A través de este convenio podrá contratar:

- \*Seguros de automotor.
- \*Propiedades (vivienda, consultorio).
- \*Accidentes personales.

Con acceso a los siguientes beneficios:

Condiciones de contratación especiales en cuanto a costos y coberturas (con beneficios extras en el caso de poseedores de tarjeta Visa-Comafi-FOEA y miembros protectores).

**Si contrata un seguro a través nuestro por las condiciones especiales del convenio y sus beneficios, puede ahorrarse el valor de la matrícula anual.**

**NUEVO SERVICIO:**

Seguro de accidentes personales en el trabajo para profesionales de la salud. Cobertura: Muerte e invalidez total o parcial permanente por accidente durante la jornada laboral e "In itinere".

**SUBSIDIOS PARA PENSIONADAS DEL DISTRITO**

El Consejo de Administración decidió por unanimidad continuar este año 2006, con la entrega de subsidios para la adquisición de material escolar a las pensionadas que tengan hijos en edad escolar, cursando estudios primarios y secundarios en forma regular. También se decidió aumentar el monto de los mismos en un 50%. Así se continúa con esta política de ayuda por tercer año consecutivo.

**CONVENIO CON RESIDENCIAS GERIATRICAS**

El Consejo de Administración decidió realizar convenios con residencias geriátricas ubicadas en los partidos del distrito. El perfil requerido por la institución es que los propietarios sean colegas y cuenten con personal especializado.

Se ha celebrado convenio con **Residencia Geriátrica Los Abuelos**. Para comunicarse con esta institución ubicada en la **calle Irala N° 1926, Quilmes** llame al **4280-5501** (Dra Gloria Girge o Sr. Norberto Sanguineti).