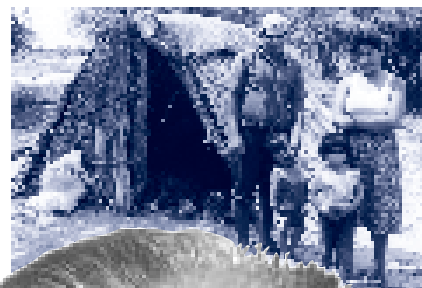
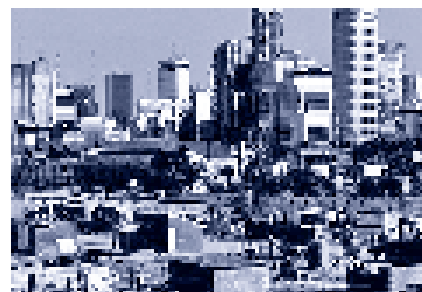


DISTRITO IV



Salud política de estado

"El Centro de Salud es la institución integrativa de la asistencia médica ambulatoria, médico sanitaria y médico social, que actúa sobre el individuo y la familia, su medio ambiente biológico, biofísico y social... El Centro de salud está más que en su sede, en la calle...". *Dr. Ramón Carrillo.*



► **Página 13: La Caja de Previsión y Seguro Médico aumentó la cuota mensual en forma desmedida**

Vigencia y alcances del sistema

Fondo de ayuda solidario

A continuación reiteramos una síntesis de los aspectos principales del F.A.S.

- a. Se dispone la creación del Fondo de Ayuda Solidario (F.A.S.), cuya financiación se efectuará con una parte de los aranceles de matrícula que determinará la Asamblea.
- b. El objetivo del F.A.S. consistirá en cubrir los riesgos que se generen o deriven directamente de la actividad médica en los ámbitos espaciales y temporales fijados en esta resolución, por demandas relacionadas con presunta mala práctica. El F.A.S. también deberá responder a las necesidades de implementar acciones de prevención y para la promoción de todo tipo de instrumento que tenga por objetivo el incremento de la seguridad en la realización del acto médico.
- c. Para acceder al beneficio, el médico deberá cumplir con todas las obligaciones y deberes emergentes de las leyes, los decretos y las reglamentaciones nacionales y provinciales, que regulen la actividad profesional.
- d. La magnitud de la cobertura del riesgo estará determinada por las posibilidades financieras del F.A.S.
- e. Quedarán incluidos dentro del beneficio los actos médicos ocurridos a partir de la cero hora del día 15 de junio de 1993, dentro del ámbito territorial del Distrito IV (incluirá los casos en tránsito por los traslados iniciados o concluidos en el Distrito IV). También comprende los actos médicos ocurridos a partir de la cero hora del día 15 de enero de 1994, dentro de la Capital Federal y, desde la cero hora del día 15 de junio de 1994, los actos médicos ocurridos en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires.
- f. El Sistema de Asistencia Jurídica, también denominado "Fondo de Ayuda Profesional" (F.A.P.), creado por la Resolución N° 001/92 del Consejo Directivo, continuará en vigencia y su ámbito espacial quedará extendido a la Capital Federal desde el 15/01/94 y, desde el 15/06/94, a todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires.
- g. En caso de demanda judicial civil contra el médico beneficiario, éste deberá dar aviso de la demanda promovida dentro de las cuarenta y ocho horas hábiles siguientes de su notificación y remitirá simultáneamente la cédula, copias y demás documentos objeto de esa notificación. Asimismo, deberá acompañar toda la documentación relacionada con el caso que obre en su poder. Las mismas obligaciones deberá cumplir el médico cuando recibiera una notificación para prestar declaración ante un Juzgado de competencia penal como imputado o procesado.



**Publicación del
Colegio de Médicos
de la Provincia
de Buenos Aires Distrito IV**

Avda. Pte. Perón 3938
1650 - Gral. San Martín
Tel./Fax: 4755-1970

E-mail:
colegio@colmed4.com.ar
Página web:
http://www.colmed4.com.ar

Año XVII - N° 64
Diciembre 2007

Tirada: 6000 ejemplares

EDITOR RESPONSABLE
Colegio de Médicos Distrito IV

DIRECTOR
Dr. Rubén H. Tucci

Comisión Directiva del Distrito IV

PRESIDENTE
Dr. Rubén H. Tucci

VICEPRESIDENTE
Dr. Alberto J. Combi

SECRETARIO GENERAL
Dr. Raúl A. Magariños

PROSECRETARIO
Dr. Carlos A. Quinn

TESORERO
Dr. Omar D. Maresca

PROTESORERO
Dr. Carlos Koroluk

SECRETARIO DE ACTAS
Dr. Pablo Morici

GERENTE GENERAL MÉDICO
Dr. Luis Mazzuocolo

Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual N° 233.599

Los artículos firmados son de exclusiva responsabilidad de su autor y no representan necesariamente el criterio de los editores.

Todo comunicado o resolución de este periódico tiene carácter de obligatorio y de cumplimiento estricto por parte de los médicos inscriptos en la matrícula en este Colegio de Distrito.

Editorial

Salud: Política de Estado

La problemática sanitaria en la Argentina es producto de la ausencia de decisiones políticas coherentes y armónicas que logren llegar a la comunidad con eficacia para alcanzar el bienestar social y la universalidad en la atención.

Salud, por definición, es el bienestar psíquico, físico y social, y no la mera ausencia de enfermedad. Hoy, ese objetivo no se está cumpliendo.

Si tuviéramos que comparar los sistemas de salud de nuestro país con una obra teatral, todos sus personajes estarían en el escenario y actuarían al mismo tiempo; los espectadores ansiosos, agresivos y con ganas de ir a cenar porque tienen hambre, no obtendrían ningún mensaje y se irían del teatro confundidos y decepcionados, mientras que los actores se quedarían en el escenario frustrados y deprimidos.

Tenemos un sistema de salud fragmentado en sectores sin ninguna coordinación: público, privado, de la seguridad social, obras sociales provinciales y hospitales de las fuerzas armadas y de la seguridad. A su vez, hay algunos hospitales nacionales, pero mayoritariamente son provinciales y municipales, mientras que los centros de atención primaria son, en gran medida, municipales. Además, hay médicos comunitarios, generalistas de cabecera, de familia, especialistas, con distintas subespecialidades que trabajan en un contexto sin un sistema de referencia y contrarreferencia.

Por otra parte, existen hospitales donde se utiliza la tecnología sin ningún tipo de ordenamiento sanitario (tomógrafos, resonadores, etc.) y, sin embargo, a las pocas cuadras no hay centros de atención primaria. Hay concentración de tecnología en algunas partes y/o de recursos humanos y significativa carencia en otros sectores fundamentalmente en los centros de atención primaria.

Existen programas nacionales, provinciales y municipales de entrega gratuita de medicamentos pero que en algunas oportunidades están superpuestos, con lo cual no llegan a los sectores de bajos recursos

que termina pagando estos fármacos. Con respecto a este tema, creemos firmemente en la prescripción del medicamento por su denominación común internacional (genéricos) como así también en la elaboración pública de los mismos en los lugares acreditados existentes en nuestro país.

Muchos médicos a la mañana están en hospitales públicos (becados, contratados, concurrentes) y de tarde en una ambulancia y/o consultorios de obras sociales y/o prepagas, con distintas características de atención y relación laboral. La hiperfragmentación del sistema genera desazón en todos los trabajadores de la salud, lo que provoca un problema cultural difícil de desarraigar.

Creemos en los grupos multidisciplinarios en salud pero debemos reconocer que gran parte de la responsabilidad profesional recae en el médico, esto lo demuestra la gran cantidad de demandas que recibimos a diario. El pluriempleo y los bajos honorarios de este sistema hiperfragmentado genera desazón y angustia en la tarea de todos los días que realizamos con gran esfuerzo y dedicación.

Esta situación es inviable, por lo tanto debemos reafirmarnos y trabajar fuertemente para que la salud sea una política de estado con alto contenido social y respeto de los derechos humanos. Porque si hoy tuviéramos todos los medicamentos y la tecnología no superaríamos el problema, puesto que las enfermedades sociales (drogadicción, violencia familiar, violaciones, exclusión, desnutrición etc.) son de una gravedad inusitada y tienden a incrementarse.

Esperamos que la plataforma electoral presentada por el Gobierno Nacional sobre una ley de salud pública, y que la salud debe ser política de estado sea una realidad. Si existe esta decisión. Nuestro Colegio actuará firme y solidariamente con el Estado Nacional para lograr este objetivo, el cual predicamos desde hace mucho tiempo.

La salud, que es un derecho de todos los argentinos, debe estar en un sistema Nacional con gratuidad y altamente solidario para lograr la equidad y dignidad de nuestros compatriotas.



Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud



Dr. Rubén Tucci, Presidente Colegio de Médicos Distrito IV.

El futuro de la atención primaria

Con la presencia de más de 60 países y autoridades sanitarias de todo el mundo, se realizó en nuestro país la **Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud "Buenos Aires 30/15: De Alma Ata a la Declaración del Milenio – Derechos, Hechos y Realidades"**.

Con sesiones en la Cancillería y en el Hotel Sheraton, las autoridades sanitarias asistieron al foro programado en dos escenarios, uno para las políticas de salud y otro de jornadas técnicas de expertos.

A 30 años de la primera conferencia realizada en 1978 en la entonces Alma Ata (ex República Soviética de Kazajistán), histórica para el sanitarismo mundial por haber sentado las bases de la estrategia de atención primaria de salud en el mundo, el objetivo de esta nueva convocatoria,

realizada por el Ministerio de Salud de la Nación fue reflexionar acerca de las lecciones aprendidas en aquella reunión.

También se apuntó a profundizar en "acciones en pos de una mejor salud mundial, con equidad y solidaridad, a fin de alcanzar los Objetivos del Milenio en el año 2015" planteados en la Cumbre de líderes mundiales en la ONU en el 2000.

Los ejes principales de las discusiones fueron Atención Primaria de la Salud y sistemas de Salud en el actual contexto global, Recursos Humanos en Salud para el nuevo milenio, y Equidad en Salud y Financiamiento.

Durante la inauguración del encuentro, el ministro de Salud de la Nación, **Ginés González García**, afirmó que hay que "reforzar y re-

tomar los conceptos de la Atención Primaria de la Salud como una herramienta destinada a lograr equidad e inclusión social", y sostuvo que "la Atención Primaria de la Salud no debe ser entendida sólo para los pobres sino que debemos crear conciencia de la importancia de lograr que esta forma de cuidar la salud llegue a toda la población".

Dignificar la actividad médica

Un panel de destacados sanitarios expuso sus ideas, reflexiones y conceptos acerca de la atención primaria en el sistema de salud pública. Entre ellos se destacó la presencia del **Dr. Rubén Tucci**, Presidente del **Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV**. Allí señaló que "desde el Colegio de Médicos

trabajamos en la defensa y jerarquización del Hospital Público como eje del sistema de salud, tendiendo a su integración con la actividad privada y con la seguridad social, para lograr un mejoramiento en la red de prestadores".

El Dr. Tucci destacó el papel de los recursos humanos y la importancia de dignificar el trabajo médico. "El Colegio de Médicos tiene una política de recursos humanos, que tiende a la dignificación de la actividad médica, privilegiando la capacitación y el resguardo de las condiciones laborales, defendiendo el trabajo del médico, la creación de fuentes de empleo y la estabilidad laboral en todos los ámbitos. En este sentido, reclamamos permanentemente y actuamos en favor del cumplimiento de la Carrera Profesional Hospitalaria, tanto en el ámbito provincial como municipal, solicitando los llamados a concurso según lo establecen las normas respectivas y exigiendo la regularización de los cargos (interinos prolongados, contratados, reemplazantes, etc.). Asimismo, defendemos y apoyamos la jerarquización de las residencias médicas".

Situación de las unidades sanitarias

Respecto al papel de los centros de atención primaria en el sistema de salud, dijo que "en la Provincia de Buenos Aires los hospitales públicos tienen su oferta de servicios constantemente desbordada, lo que nos lleva a plantear la necesidad de reorientar la oferta, dándole mayor importancia al Primer Nivel de Atención, hoy a cargo de las Unidades Sanitarias, la mayoría de dependencia municipal. Estas son, o deberían ser, pilares de la política sanitaria, por lo que sus falencias impactan sobre el sistema de Salud en su conjunto".

Sin embargo, las políticas implementadas en décadas pasadas afectaron seriamente a las unidades sani-

tarias. "La Provincia de Buenos Aires no tiene una normativa unificada que reglamente el sector; sino decenas de Leyes que fueron surgiendo como intentos esporádicos de regular distintos aspectos. La Ley 11.554 de marzo de 1995, transfirió la totalidad de los 500 Centros de Atención Primaria existentes en el Conurbano, a la órbita municipal. Si bien el fundamento de esta medida ha sido que la atención inmediata de la salud debe depender de la autoridad más próxima, lo cierto es que la transferencia de las Unidades Sanitarias se ha efectuado a municipios que tienen severos déficit de financiamiento (descentralizaron instituciones sin el acompañamiento respectivo de la descentralización de los recursos) y dificultades operativas, lo que ha redundado en el resentimiento de la calidad de la prestación de servicios, ya de por sí deteriorada a una población con crecientes necesidades insatisfechas".

La importancia de la capacitación

El Dr. Tucci destacó el papel del Médico de Atención Primaria. "Creemos que tiene un amplio campo de

trabajo tanto en el sector público como así también en la seguridad social y en el sector privado. Con frecuencia se denosta la actividad del Médico de Atención Primaria, como una medicina de segunda para pobres. Esta concepción solo puede responder a aquellos que piensan que la solución de los problemas pasan por la tecnología y la ultra especialización; por aquellos que tienen una visión mercantilista de la práctica médica, ya que no es fácil facturar sin utilizar la maquinaria tecnológica; por los que tienen una visión miope de la salud de las personas ya que creen que todo se reduce a atender los problemas de la población enferma que demanda".

También resaltó la importancia de la capacitación. "Desde nuestra Institución hemos privilegiado esta concepción de la organización del sistema sanitario y hemos hecho especial hincapié en la capacitación del recurso humano profesional, con la realización del Curso Superior de Atención Primaria por parte de nuestra ESEM, y consensuando dentro de las 63 especialidades reconocidas por el Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Pcia. de Buenos Aires y dentro de las



43 especialidades consensuadas en el CONFEMECO a la Medicina General como Especialidad. Esta tarea de jerarquización del Médico General pone en consonancia las palabras con las acciones, y reivindica a estos profesionales como pilares del Primer Nivel de Atención, dentro de una concepción global del estado de salud del individuo en particular, al que hay que preservar”.

Universalidad, Equidad y Solidaridad

Ante un auditorio colmado durante la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, abogó por un cambio conceptual hacia el abordaje de la salud pública. “Desde el Colegio de Médicos pensamos que ya es hora de abordar la problemática de la salud desde una visión más amplia e integradora. No hay dudas de las influencias y el impacto que tienen sobre la salud la organización social, el sistema económico productivo y las condiciones ambientales territoriales.

Debemos abandonar la idea, de la exclusiva especificidad sanitaria sobre la salud, y encuadrar la sanidad en un ámbito más amplio, dentro de un Sistema de Bienestar, que pone el acento en la calidad de la vida como objetivo a perseguir.

Los principios fundacionales para las futuras acciones tienen que ver, con la visión de la salud como un deber de promover y proteger la misma por par-

te del Estado hacia el individuo, y que la salud sea considerada como un bien del individuo no negociable.

Los principios rectores serán la Universalidad, Equidad y Solidaridad tanto en el funcionamiento como así también en la Financiación de los efectores públicos; y la Planificación, Programación y Racionalidad en los procesos, que generen mecanismos capaces de confluir en una pluralidad de acciones que enfrenten las cambiantes expectativas de los individuos, sus nuevas necesidades y exigencias, garantizando servicios asistenciales diferenciados de alto contenido profesional y personal”.

Hacia una real política de integración sanitaria

La exclusión social es uno de los factores que impactan fuertemente en la salud pública. Su relación es de causa y efecto, y por ello el Dr. Tucci destacó ante expertos sanitarios llegados de todo el mundo que “las principales patologías que sufren los pobres y marginados sociales tienen que ver con patologías gastroentéricas no infecciosas, por mala alimentación y stress social; patologías osteoarticulares en los jóvenes de origen traumático y alimentario; enfermedades laborales; patologías respiratorias e infecciosa por pésimas condiciones de vivienda; stress psíquico; interrupción de embarazos, embarazos en edad temprana muchas veces no deseados, escaso nivel de ama-

mantamiento y problemas del puerperio, etc., etc.

Hay personas que a su vulnerabilidad física se le agrega vulnerabilidad social, lo cual predispone, incrementa y agrava su precario estado de salud. Por ello es esencial colocar las causas de vulnerabilidad (discapacidad física, mental, dependencias patológicas, exclusión social por falta de trabajo, exclusión económica y/ déficit educativo, etc.) en el centro de las acciones de protección de la salud. El objetivo de una política de salud no es ofrecer iguales prestaciones para todos, sino prestaciones según necesidades que representen una igual posibilidad de gozar de buena salud. Esto en un sistema universal y solidario. Es necesario priorizar para los pobres el trabajo, vivienda, educación, alimentación, y servicios sanitarios accesibles; es decir realizar acciones de “discriminación positiva”. Es necesario correr el eje de la intervención sanitaria hacia una intervención capaz de movilizar recursos (públicos, privados, del tercer sector, voluntariado, etc) hacia una real política de integración sanitaria con las políticas sociales, ambientales, de vivienda, laborales, educacionales, etc.; en una acción compleja de promoción de la salud; para esto es necesario poner en funcionamiento un “Gabinete de Planificación Multisectorial” integrado por Salud, Educación, Trabajo, Economía y Medio Ambiente que se aboque a la tarea”.

Marcelo De Angelis

Consentimiento Informado

El consentimiento Informado (CI), propone una forma de relación médico-paciente, en la que este último tiene un mayor grado de participación en las decisiones médicas que se le proponen. Es una concreción de los Derechos Humanos, que tiende a mejorar la relación sanitaria, al hacerla más simétrica.

En esta nueva forma de relación médico-paciente la beneficencia que en principio se debe al enfermo, es modificada al incorporar el respeto de su autonomía. En la práctica, el médico, además de reconocer el derecho a la información, deberá reconocer las necesidades cambiantes de los pacientes, puesto que algunos querrán muchos detalles, otros pocos y habrá quienes prefieran delegar acciones.

El CI es el documento que cristaliza un proceso (y así se lo debe asumir), el Proceso de Información y se define como **acto de decisión voluntaria realizado por una persona competente, fundada en una información médica adecuada, donde el sujeto, habiendo comprendido la información, acepta o rechaza las ofertas efectuadas considerando que tales hechos lo afectan o pueden afectarlo.**

En cuanto a la estructura del CI, se deben cumplir con tres requerimientos:

Información adecuada, debe darse en términos suficientes, claros, comprensibles, adaptada al nivel cultural del paciente, basada en el conocimiento de los riesgos y beneficios de la práctica indicada, los tratamientos alternativos presentados de manera objetiva, sin manipular la opinión del paciente (si se trata de procedimientos con base científica firme) y cual sería la evolución previsible de la enfermedad si el enfermo decide no tratarse.

Debe reconocerse, también, el derecho a no ser informado, lo cual deberá quedar asentado en la historia clínica y no actuará en desmedro de la atención del paciente.

Ausencia de coacción externa o interna, lo cual implica una libertad en la decisión.

Competencia del paciente referida al grado de comprensión y valoración de la información como actividad intelectual. En casos de incompetencia en adultos, éste será subrogado por el familiar más cercano, y en menores que aún no tienen capacidad de discernimiento, por padres, tutores o encargados.

Aspectos legales del CI:

El Código Civil en sus art. 897, 917, 1144 y 1145 atribuye a la voluntad un papel preponderante en el derecho privado y en la celebración de contratos. El principio de libertad es trascendente respecto de la formación del contrato y admite consentimientos tácitos y explícitos. La **Ley Nacional 17132/68** (que rige la práctica médica), establece en su 19 la obligación de respetar la voluntad del paciente. La Ley Nacional 24193 (de trasplante de órganos) explicita en el artículo 15 la necesidad del CI. La Ley 11072 de la Provincia de Buenos Aires reconoce en el artículo 4 los derechos de los pacientes y la libertad de elección o negativa frente a las opciones diagnósticas o terapéuticas que se le ofrezcan.

A pesar de no existir consenso nacional respecto del CI, la jurisprudencia abona y progresivamente hace obligatoria su existencia tanto para el médico cuanto para quien autoriza la práctica, según observan C. Weingarten y C. Ghersi en *El Derecho a la información y decisión del paciente* (La Ley 1998, 196:1).

Recomendaciones generales:

- ▶ El CI es producto exclusivo de la relación médico – paciente. Siempre debe estar en manos de un profesional involucrado con la atención del paciente, para su firma, y nunca en las de un empleado administrativo.
- ▶ El equipo profesional debe estar dispuesto para una ampliación de la información y a evacuar dudas, si le son requeridas, así como a brindarle el tiempo y la intimidad para reflexionar, cuando esto es posible.
- ▶ Es deseable que un familiar o allegado esté presente, salvo negativa del paciente.
- ▶ Es conveniente que junto a la firma del paciente y la del médico, exista la de un testigo no relacionado con la atención de éste.
- ▶ Es conveniente que el modelo de CI a implementar tenga en su redacción una vinculación específica para cada práctica, respetando las pautas generales.
- ▶ El mejor CI no construye ningún paraguas legal ante la posibilidad eventual de demandas.
- ▶ El fundamento del CI responde a la satisfacción de mandatos éticos que contemplan la decisión autónoma del paciente y no a la mera cobertura de obligaciones legales.

Dr. Alberto Combi - Vicepresidente Col. Méd. Distrito IV



San Martín, 19 de septiembre de 2007

Sr. Director Ejecutivo
C.I.M.A.R.A.
Dr. Federico Díaz Mathé

El Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV, a petición de sus colegiados, prestadores de distintos sistemas prepagos, se dirige a Ud. y por su intermedio a los integrantes de la Cámara a la cual Ud. representa, a los efectos de coordinar una reunión con carácter urgente proponiendo los siguientes puntos:

- 1) Cumplimiento de los honorarios mínimos: En la mayoría de los casos no se cumple con los honorarios mínimos propuestos por el Consejo Superior del Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires.
- 2) Observamos con preocupación, que los sistemas prepagos abonen diferentes honorarios por prestaciones similares. A tal extremo se ha llegado, que el valor de la consulta médica abonada por vuestras empresas, se encuentra por debajo de los honorarios que paga el Instituto de Obra Médica Asistencial (IOMA).
- 3) Pago de prestaciones en tiempo y forma: Existen diferencias en los plazos de pago entre las empresas que conforman vuestra Cámara, llegando en el caso de Swiss Medical a un atraso entre cuatro y cinco meses desde la fecha de presentación de la facturación.

Solicitamos a la brevedad una reunión con el objeto de subsanar estos problemas que aquejan a nuestros colegas.

Saludamos atentamente.

Dr. Omar D. Maresca
Tesorero

Dr. Rubén H. Tucci
Presidente

El Colegio de Médicos Distrito IV y las empresas de Medicina Prepaga

Honorarios Médicos

El Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV se encuentra en la obligación de poner en conocimiento de la comunidad, la grave situación por la que atraviesa el actual ejercicio profesional, consecuencia de una sumatoria de incumplimientos que afectan directamente al médico y por ende a la población.

Resulta ser de suma gravedad que, por falta de regulaciones de ciertas empresas que ejercen el comercio prestando servicios médicos, el honorario médico ha pasado a ser una variable de ajuste empresarial. El profesional ya no tiene ingerencia en las decisiones que afectan directamente la salud de los pacientes; se regulan e imponen los tipos y cantidades de prestaciones, se cancelan honorarios a noventa días o más, se efectúan débitos injustificados, no se registran los contratos y, lo peor, no se abona el honorario mínimo ético por consulta que, según Resolución N° 638/2007 del

Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, asciende hoy a \$ 35 (treinta y cinco pesos).

Tales cuestiones han llevado a la pauperización del ejercicio profesional, lo que resulta gravísimo e intolerable.

Este Colegio ha enviado con fecha 19 de septiembre de 2007 nota a CIMARA (Cámara que nuclea a Medicus S.A., Consolidar Salud, Galeno S.A., Swiss Medical S.A., entre otras), para iniciar un diálogo constructivo no obteniendo hasta la fecha ningún tipo de respuesta.

El Distrito IV reconoce a los colegas nucleados en la Cámara de Médicos de Zona Norte, por el trabajo y esfuerzo que realizan en conjunto con este Colegio, en la lucha tendiente a reivindicar el digno ejercicio de la profesión médica.

Dr. Ruben H. Tucci

Presidente Colegio de Médicos de la Prov. Bs. As. Distrito IV

Solicitada publicada en el Diario La Nación el 22/10/2007

3 de diciembre: Día del Médico



Carlos Finlay

Muchos países latinoamericanos celebran el Día del Médico en el aniversario del nacimiento del Dr. Finlay. El hecho de que su trabajo investigativo, llevado a cabo hace casi un siglo tenga vigencia hoy, pone a este científico en una categoría a la que pocos llegan: la categoría de aquellos reconocidos como modelo de futuras generaciones.

Carlos J. Finlay nació en Puerto Príncipe (hoy Camagüey), Cuba, el 3 de diciembre de 1833, en el "año del cólera", cuando la isla fue asolada por una de las peores epidemias de su historia sanitaria.

Finlay recibió su educación elemental en Le Havre y su entrenamiento médico en Rouen y más tarde en Filadelfia, en donde tuvo como maestro a Kearsly Mitchell, uno de los pioneros de la teoría de los gérmenes como agentes patógenos. En 1857, estableció su práctica médica en La Habana. Sus contemporáneos cuentan que ya desde entonces se mostraba preocupado por descubrir el origen de la fiebre amarilla, a pesar de haberse especializado en cirugía oftálmica. Dentro de la medicina abordó temas de lo más variados -anestesia, cáncer,

cataratas, cólera, corea, sarampión, septicemia, tétanos- y fuera de ella se comportó también como un espíritu apasionado, dedicándose a la filología, la cosmología y las matemáticas avanzadas.

Sin él, así como sin Patrick Manson, la teoría de la transmisión de enfermedades por insectos hubiera tardado años en desarrollarse. A principios de 1881, como delegado especial de Cuba ante la Conferencia Sanitaria Internacional que se celebró en Washington, D.C., habló sobre la fiebre amarilla. No dijo nada sobre el papel de los mosquitos en la transmisión de la enfermedad, pero sí de uno de los requisitos para su diseminación: "la presencia de un agente cuya existencia sea completamente independiente de la enfermedad y del enfermo". Eso fue en febrero de 1881. En agosto de ese mismo año, Finlay recibió autorización para experimentar con seres humanos y comenzó a exponer a personas susceptibles a mosquitos que habían picado a enfermos de fiebre amarilla, siempre teniendo el cuidado de exponerlos en fases del ciclo de la infección en el vector que él suponía darían origen a formas leves de la enferme-

dad. Los resultados fueron alentadores, y en agosto de 1881, frente a la Academia de Ciencias, presentó por vez primera su memorable teoría sobre la transmisión de la fiebre amarilla por un mosquito: el mosquito *Culex* o *Stegomyia*, como entonces se le llamaba al *Aedes aegypti*. Estudió el comportamiento del mosquito, su anatomía y sus hábitos de alimentación en diversas condiciones de temperatura y presión atmosférica, así como su distribución geográfica.

El trabajo de Carlos J. Finlay "El mosquito, hipotéticamente considerado como el agente transmisor de la fiebre amarilla", es un clásico de la salud pública y se publicó por vez primera en 1881 en los Anales de la Real Academia de Ciencias de La Habana.

Autor: Octavio Gómez-Dantés, M.C., M.S.P.

*Unidad de Estudios Internacionales en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Fuente: Medfinl

Después del conflicto, importante logro gremial:

Vicente López adhirió a la ley 10.471

Una antigua aspiración de muchas instituciones se concretó recientemente en el Municipio de Vicente López: la adhesión por Ordenanza a la Ley Provincial N° 10.471 de Carrera Profesional Hospitalaria. El Colegio de Médicos Distrito IV siempre propició la adhesión de los municipios, ya que se trata de un régimen legal que garantiza los derechos de los profesionales, por encima de decisiones locales.

La cronología de los hechos comenzó, como mencionamos en artículos anteriores, hacia fines de 2006, cuando las Asociaciones de Profesionales del Municipio de Vicente López inician acciones conjuntas con el Sindicato de Trabajadores Municipales, con el apoyo del Colegio de Médicos Distrito IV, reclamando estabilidad laboral y una recomposición salarial urgente.

A principios de 2007, se empiezan a desarrollar medidas de acción directa. El conflicto progresivamente se fue generalizando y dejó de ser exclusivamente del área de Salud, para abarcar a muchos otros sectores municipales.

Cabe recordar que en el mes de enero, a poco de iniciado el conflicto y en ocasión de realizarse una reunión de la Comisión de Carrera Profesional de Salud, se presentó una propuesta de modificación de la grilla salarial y de incorporación a la planta permanente de profesiones con cargos inestables, que fue tratada pero, en definitiva, no fue tenida en cuenta por las autoridades municipales.

Continuaron durante varios meses las medidas de fuerza decretadas por el Sindicato, con paros y movilizaciones. En abril y mayo el Hospital realizó paro por tiempo indeterminado, con gran cantidad de movilizaciones al Municipio y a Puente Saavedra.

En el mes de mayo, el Departamento Ejecutivo dispuso un aumento para todo el personal (con exclusión de la Carrera de Salud), de aproximadamente un 10% sobre los sueldos de bolsillo y otras mejoras para las categorías más bajas.

Hacia fines del mes de mayo, luego de varias asambleas multitudinarias, el Sindicato, en acuerdo con todas las demás instituciones que tomaron parte en el conflicto, levantó las medidas de fuerza que venía realizando.

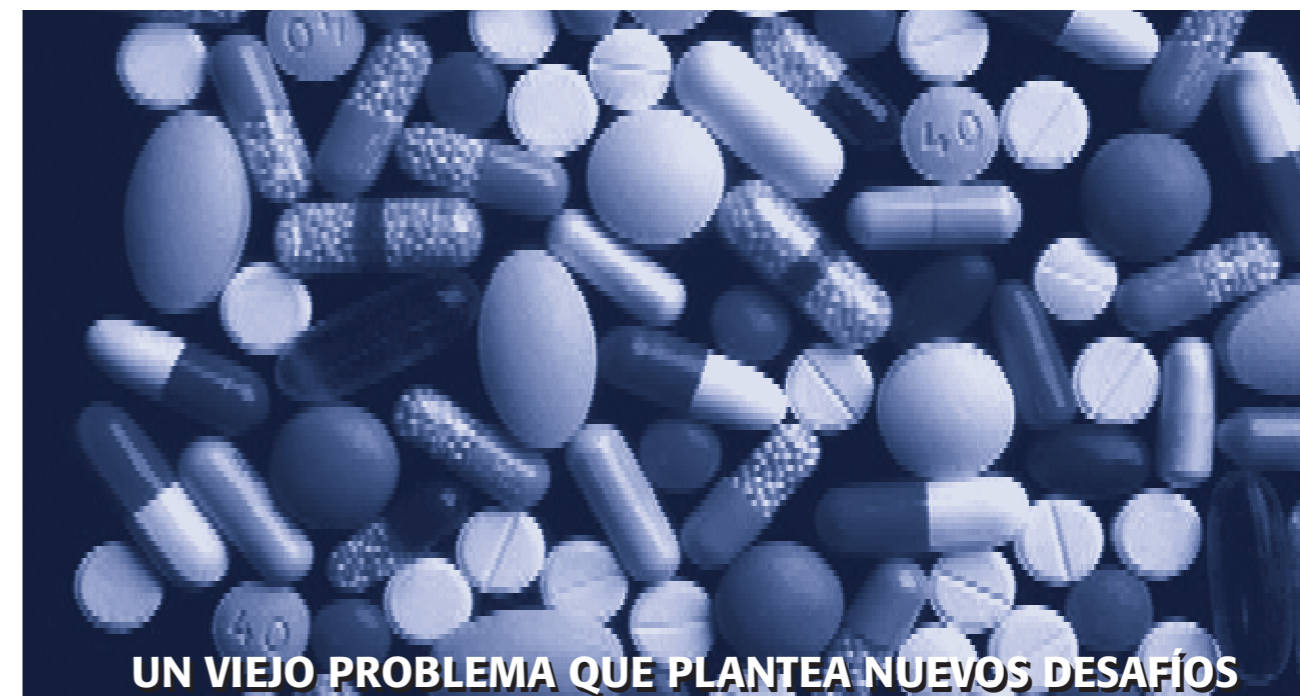
En cuanto a los profesionales de Salud, el Ejecutivo presentó un Proyecto de Ordenanza de adhesión a la Ley Provincial N° 10.471, de Carrera Profesional Hospitalaria, con mantenimiento de los beneficios de la Carrera vigente y un incremento por jerarquización de un 20% por encima de los sueldos de la Provincia de Buenos Aires.

El proyecto fue aprobado por el Honorable Concejo Deliberante, sin el debate necesario por parte de todos los interesados. Más allá de esta metodología inadecuada, las instituciones coincidían filosóficamente en los beneficios para los profesionales de la adhesión a la Ley 10.471.

Finalmente la aplicación de la Ley significó la incorporación a un régimen uniforme para toda la Provincia y un incremento salarial de un 25% a un 40% según las categorías. Al mismo tiempo, cada aumento que otorgue la Provincia, se aplicará también en el Municipio.

Este, sin lugar a dudas, es otro logro importantísimo en beneficio de los profesionales de la Salud, que marcará un camino diferente para los próximos años.

*Dr. Raúl Magariños
Secretario Colegio Médicos Distrito IV*



UN VIEJO PROBLEMA QUE PLANTEA NUEVOS DESAFÍOS

El Acceso a los Medicamentos

La importancia de los medicamentos se sustenta en el valor de mercado de éstos sobre la economía de un país y en su indiscutible valor sanitario, cuando se trata de medicamentos eficaces, que lleguen de manera eficiente, oportuna y de la manera más económica a la población que los necesita. El acceso a los medicamentos, representa sin duda alguna, un tema inherente a los Derechos Humanos, en el contexto del Derecho a la Salud.

Tienen una significativa participación en el gasto en salud: 8 al 12% (no más del 20%), en los países desarrollados y 30 al 40% del mismo en los países pobres. En la Argentina se estima que es superior al 30%.

El impacto social, cultural y económico asociado a la utilización de medicamentos, los coloca en un lugar estratégico a la hora de diseñar una política en salud que tenga en cuenta la accesibilidad a medicamentos necesarios, seguros y eficaces.

Su valor sanitario está dado por constituirse en la práctica médica más difundida (90% de las consultas terminan en la prescripción de medicamentos), su poder curativo o paliativo sobre muchas enfermedades, y el mejoramiento de la calidad de vida, cuando su uso es racional.

Sin embargo, el uso consuetudinario de los medicamentos nos hace ver que no siempre se utilizan en forma racional y pone de manifiesto la necesidad de conocer el valor del medicamento y su costo. El valor de éstos en cuanto a la efectividad, eficiencia y eficacia, y su costo, se relaciona con los criterios de selección tales como el terapéutico, farmacodinámico y farmacocinético.

Con relación a lo que es la utilización de los medicamentos, existe además, la influencia de múltiples factores en la prescripción, la dispensación y el consumo de los mismos, determinado por la investigación y desarrollo, el sistema de registro, la

fabricación, el control de calidad, la distribución, los precios, la financiación, la prescripción, la influencia del marketing farmacéutico, la cultura de los pueblos y la tendencia a la automedicación.

Con la llamada Reforma del Sector Salud, iniciada en las últimas dos décadas del Siglo XX y consolidada en el comienzo del actual milenio, se han presentado nuevos actores en el escenario de la salud. La OMS se halla en un proceso de notoria desfinanciación y los fondos para la salud son canalizados a través de programas solventados por el Banco Mundial y otros organismos financieros multilaterales, como verdaderos regentes de las políticas en salud.

Con la propuesta de minimización del Estado fueron dejadas de lado las cuestiones éticas de las políticas sociales, que sostienen que la salud no debe ser ámbito de lucro sino espacio de realización de derechos.



En los últimos 30 años ha existido una fuerte presión de los intereses económicos representados por la Industria Farmacéutica, que con la complicidad de distintos sectores de poder, han favorecido el predominio del valor de mercado de los medicamentos sobre su valor sanitario, desdibujando el valor de éstos como un bien social esencial.

La decisiva intervención de los holdings multinacionales en los procesos de globalización, sostienen la tendencia mundial en la liberalización de los mercados, con libre flujo del comercio, finanzas e información. Estos cambios han influido notoriamente en el mercado farmacéutico con consecuencias dramáticas en los precios de los medicamentos.

Cifras millonarias

El gasto en medicamentos a nivel mundial se ha incrementado de u\$s 164.5 mil millones en 1989 a u\$s 350 mil millones en el año 2000, correspondiendo el 33% a América del Norte, 31,9% a Europa Occidental y sólo el 3,9% a América Latina. En 36 países subdesarrollados, menos del 50% de la población tiene un acceso real al sistema de salud y a los medicamentos.

En el área de la salud se ha desarrollado un principio pragmático, orientado al mercado, denominado "carga global de la enfermedad", donde el mundo está dividido en áreas de acuerdo a indicadores tales como expectativa de vida, enfermedades transmisibles y no transmisibles y sus proyecciones hasta el 2020 expresados en términos de costos. Estos costos son sólo afrontables para los países ricos y sectores minoritarios de los países pobres, mostrando una de las inequidades más significativas.

Con la creación de la Organización Mundial de Comercio, sus

estados miembros suscribieron en 1997 el tratado denominado Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual con el Comercio, donde los medicamentos son equiparados a cualquier otra tecnología, con la protección de patentes durante 20 años. Esto tiene enorme implicancia en el aumento de los precios y en el acceso a los medicamentos, y no permite que parte de las ganancias obtenidas en países subdesarrollados se reinviertan en la investigación de los problemas de salud propios.

Ha dado lugar, además, a conflictos entre las decisiones soberanas de los estados y los intereses de los laboratorios. Basta como ejemplo la batalla legal entablada por 39 laboratorios contra Sudáfrica para eliminar la ley de importación y elaboración de genéricos bajo patente de antirretrovirales para el SIDA, que es causa de muerte de millones de personas por no acceder a estos medicamentos. Finalmente la ONU mediante una resolución permitió la fabricación de medicamentos bajo patente como genéricos en casos de emergencia nacional.

Paradójicamente, el gobierno de Estados Unidos luego del ataque terrorista sufrido a las torres gemelas y las amenazas de desatarse una guerra bacteriológica, observó cómo el precio del medicamento Ciprofloxacina (antibiótico contra el antrax) se elevó a cifras exorbitantes, provocando una dura advertencia del gobierno contra los fabricantes (Bayer, de Alemania), que de mantenerse esa tendencia no se respetaría la patente y el propio estado lo fabricaría como genérico.

Paul Hunt, experto independiente en Derecho a la Salud de la ONU, manifestó en septiembre de 2007 que sólo el 15% de la población mundial consume más del 90% de los fármacos disponibles y 2.000 millones de personas no pueden acceder a medicamentos esenciales. La

escasez de drogas básicas es causa de muertes innecesarias de millones de niños y adultos anualmente, en su mayoría como consecuencia de unas pocas enfermedades prevenibles que se evitarían con el desarrollo y provisión, y la mejora de la distribución de fármacos para enfermedades como el paludismo VIH/SIDA, TBC, etc. Esto podría evitarse asegurando la disponibilidad de medicamentos Esenciales y Huérfanos (medicamentos no incluidos por la OMS dentro de los 350 esenciales, que no son tomados por la Industria porque no les reditúa, y muchas veces son esenciales para la terapéutica de un país.)

La OMS dice que el 70% de lo que se consume no es usado como corresponde, es decir no cumple una función terapéutica benéfica, ya sea por la prescripción irracional o por la falta de cumplimiento del paciente. Existen las llamadas derivaciones iatrogénicas del consumo de medicamentos, que son las nuevas enfermedades generadas por el uso indebido.

Los medicamentos en la Argentina

En el mercado farmacéutico argentino circulan alrededor de 6.000 medicamentos, cuando según reza la OMS con sólo 300 a 350 se cubre el espectro total de drogas necesarias. Y ese no es el único dato irracional de un sistema que gasta entre el 30% y el 40% de su presupuesto de salud en esta área. La desregulación de precios ha hecho que se pueda pagar en plaza por un mismo producto hasta el 500% más, según datos oficiales. En este contexto, la industria farmacéutica factura alrededor de 2.900 millones de dólares anuales. Sin embargo, la devaluación de 2002 cambió el rumbo del negocio y varias multinacionales vendieron sus activos a manos de empresas de

origen local. Según datos privados, en Argentina hay 109 laboratorios, de los cuales 90 son nacionales y 19 corresponden a multinacionales.

El lobby de los nacionales trabaja por una ley similar a la que rige en Brasil, que obliga a los laboratorios extranjeros a fabricar en el país o, en todo caso, a otorgarles licencias a los locales para que las marcas globales sean producidas con el sello nacional. Los argentinos destinamos aproximadamente 6.000 millones de dólares anuales a la financiación de medicamentos, (según datos del Programa de Investigación Aplicada de Isalud). Sobre un gasto total en salud de, aproximadamente, 24.000 millones, su financiamiento está solventado entre un 60 a 70% por el costo que asumen los pacientes (que incluye los coseguros, el gasto directo a través de las compras masivas de clínicas y sanatorios privados y la compra directa en farmacias); mientras que los seguros privados sólo intervienen en su financiamiento en un 3%.

Según el INDEC, que brinda información trimestral desde el 2003, incluyendo 75 empresas que cubren más del 90% de facturación de la Industria y a los Laboratorios Públicos, que sólo proveen a instituciones, la facturación total (sin IVA) fue en ese año de 4.750 millones de pesos y la del 2006 de 6.320 millones de pesos. El primer trimestre de 2007 se incrementó en un 39,5%, con respecto al mismo período del año anterior. Con respecto a los valores de nuestros medicamentos, éstos se hallan entre dos y cuatro veces por encima del valor promedio internacional. La cadena de intermediación suma un 70% al precio de producción (droguerías: 16%, farmacias: 36%, impuestos al consumo: 18%).

El resultado de la desregulación fue contundente: en 1988 se consumían por habitante casi 15 unidades

de remedios, lo que significaba en dinero alrededor de \$39 per cápita. En 1998, cada argentino compró cerca de 12 unidades pero pagó más de \$114. El precio promedio por medicamento hace diez años era de \$ 2,71, hoy es de \$9,86.

"En EE.UU. y Francia, por ejemplo, existen los medicamentos genéricos que representan el 50% de las ventas; y los mismos laboratorios que fabrican en esos países los genéricos dicen que en la Argentina son medicamentos de segunda. La Argentina es uno de los pocos países del mundo donde los laboratorios fijan los precios. Después de Japón y Alemania, somos el país con precios más altos. Aquí los remedios cuestan el doble que en Brasil, México, Paraguay, Chile, Uruguay y Bolivia, y eso es porque ellos hacen control de precios". (Dr. Antonio Somaini, presidente del Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal).

En cuanto a la legislación vigente, existe una permanente violación sobre la publicidad de los medicamentos. La Ley Nacional 16.463/64, que en su Art.19. Inc. c) expresa: "Queda prohibido: Inducir en los anuncios de los productos de expendio libre a la automedicación", y en su Art. 37, establece: "Queda prohibida toda forma de anuncios al público para los productos que hayan sido autorizados a la condición de venta bajo receta. Para los productos de venta libre, sus titulares deberán limitar estrictamente la propaganda pública a la acción farmacológica, expresada en forma tal que no induzca ni a la automedicación ni a cometer excesos, y que no vulnere los intereses de la salud pública o la moral profesional" y la Ley provincial de medicamentos (Bs. As.) 11.405/93, modificada por las leyes 11.854/96, 12.895/2002 y 13.292/2004, que en su Art. 23. Inc. d) menciona "Queda prohibido in-

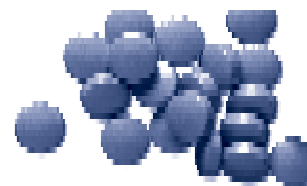
ducir en anuncios dirigidos al público, el consumo de medicamentos".

Sin embargo en artículos que la prensa dedica a temas de salud, se promueven medicamentos, aún de venta bajo receta, en forma encubierta, para el público en general. De esta manera dos tercios de los medicamentos vendidos en nuestro medio sin receta, son de venta bajo receta.

La promoción de medicamentos por los medios se ha vuelto constante y abrumadora, casi obscena, incitando a la automedicación con productos de venta libre (VL). Aparece en los espacios de publicidad y durante los programas, hecha por los propios conductores, como la de cualquier otro artículo de consumo masivo. Se ensalzan las bondades del producto, no mencionando los posibles perjuicios que pueden causar. Habitualmente sólo se suele alertar, sobre el final del mensaje, "ante cualquier duda, consulte a su médico". "Siguiendo una tendencia mundial, muchos medicamentos han pasado de la calificación de "venta bajo receta" (VBR) a la de VL, facilitando la comercialización y haciendo lícita la publicidad por los medios" (Dr. Jorge Manzini, Mesa Redonda Comité de Bioética H.I.G.A "Eva Perón" 16/08/05 "Los medicamentos y los medios de comunicación").

Un nuevo movimiento social

En el marco de una política de concentración económica que generó una marcada exclusión social, la ausencia del Estado como garante del Derecho a la Salud, el creciente desempleo y subempleo con la consecuente carencia de cobertura social y el vertiginoso aumento de la pobreza, han determinado graves dificultades en el acceso a medicamentos esenciales por parte de vastos sectores de la sociedad.



A pesar de las mejoras socioeconómicas de los últimos años y de acciones concretas desde el Estado, este problema no está totalmente resuelto y queda mucho por hacer. En este sentido la legislación referida a la prescripción por la DCI y la posibilidad de elección de los pacientes entre distintas marcas con igual principio activo elaborados según las prácticas de buena manufactura (GMP) establecidas por el Estado, y el Plan Remediar (como política de coyuntura) constituyen un comienzo importante para combatir las inequidades señaladas y favorecer el acceso al medicamento.

Investigadores del Conicet, Inti y técnicos que trabajan en Unidades Productoras de Medicamentos junto a docentes universitarios fueron diseñando una Propuesta de Producción Pública de Medicamentos. Estos señalan: "...que la industria farmacéutica tenga un alto porcentaje de ventas en la industria local (52 por ciento) no significa que atiendan la demanda de quienes lo necesitan. Sino que esta función que debe ser asumida por el Estado" y agregan que la producción pública de medicamentos "es estratégica para sostener políticas soberanas, pero estas políticas se asegurarían con la gestión y control de gestión de quienes hace años vienen trabajando en estas Unidades Productoras de Medicamentos (...) Por último pensamos que ninguna política debe ser ajena a la distribución de la riqueza, y eso implica un conflicto que el Estado debe afrontar".

La deuda histórica que los países latinoamericanos tienen respecto a la prestación de servicios y a la atención de la salud, plantea un imperativo ético que debe establecer algunas definiciones en las fundamentaciones teóricas, la delimitación de los campos de su competencia, la metodología a emplear para la toma de decisiones y las acciones prácticas que se han de emprender. Se debe constituir, así, un "nuevo movimiento social" que, como una obligación moral, debe asumir acciones concretas tendientes a transformar la realidad, frente a la injusticia, a la inequidad y a la violación de los DDHH.



Propuestas para una política de medicamentos

Ante esta situación, Las acciones propuestas son:

- Política de medicamentos como Política de Estado, privilegiando la prescripción por nombre genérico o denominación común internacional (DCI).
- El medicamento esencial debe ser sinónimo de Bien Social.
- Redefinir el rol del Estado como regulador y controlador (equilibrio entre los precios, abastecimiento, acceso a los medicamentos esenciales, evitando abusos y conductas inmorales)
- Actuar sobre los costos (sobrepeso de la industria) y el consumo (mercado asimétrico, estímulo a la prescripción y dispensación acrítica)
- Permitir sólo el registro de nuevos productos seguros, con eficacia probada, que superen a los preexistentes en costo/beneficio.
- Formulario Terapéutico con exclusiva inclusión del nombre genérico, de actualización periódica, con fundamentación epidemiológica y de morbilidad, de uso obligatorio en el sector público. Convocar para su elaboración a instituciones profesionales no comprometidas con la Industria.
- Revisar los mecanismos de compras, ajustándolos a las necesidades reales de consumo, que deben sustentarse en la realidad sanitaria.
- Capacitación adecuada en el pregrado y permanente en el posgrado de los equipos de salud (médicos, odontólogos y farmacéuticos) para modificar hábitos de prescripción y de dispensación.
- Programas de difusión general para modificar hábitos de consumo no responsables.
- Control estricto y aplicación de sanciones sobre la venta indiscriminada de medicación no prescrita y sobre estímulos no éticos en la prescripción.
- Ajuste de la publicidad a la legislación vigente.
- Dispensación e información sólo en mano de los farmacéuticos (intercambio de similares, diferencias de precios, etc.)
- Restricción de los de "venta libre" a aquellos de probada inocuidad y sólo de venta en farmacias.
- La ANMAT controlará la habilitación, acreditación, y fiscalización de las plantas industriales, además de la tarea que ya desarrolla, separando la registración de nuevos productos de su financiamiento.
- Control estatal efectivo sobre la cobertura de la seguridad social (medicamentos generales y los correspondientes a patologías de alto impacto, como aquellas de trascendencia epidemiológica).
- Transformación de las farmacias hospitalarias, afianzando su rol como farmacias clínicas, de tiempo completo, funcionando de manera interdisciplinaria en la elaboración de normas de diagnóstico y tratamiento que apunten al uso racional del medicamento y avance en la fabricación y fraccionamiento.
- El Programa Remediar, en la coyuntura, que permite el acceso a medicamentos esenciales de importantes sectores de la Comunidad, debe necesariamente dar paso a la Producción Pública de Medicamentos genéricos esenciales, en el marco de una Ley Nacional de Medicamentos.

Nota: Dr. Alberto Combi
Vicepresidente Colegio Médicos IV

Ante el desmedido aumento del aporte mensual de la Caja de Previsión y Seguro Médicos de la Pcia. de Bs. As., el Colegio de Médicos de la Pcia. de Bs. As. Distrito IV informa:

- 1) El valor de la cuota mensual y el beneficio jubilatorio lo fija exclusivamente la Caja de Previsión y Seguro Médico.**
- 2) La posición de los representantes de la Caja, Delegación IV, fue terminantemente opuesta a la decisión que aprobó el valor vigente.**
- 3) Este Colegio y su Consejo Directivo en pleno respaldaron la propuesta de los asambleístas del Distrito IV.**

Tras el fallecimiento del Dr. Vicente Federico

“Debemos atender al ser humano”

“En este país saqueado, la salud está en un estado calamitoso y el hambre ya es un mal endémico. La salud depende de las necesidades básicas. Los presupuestos se arman para devolver los intereses de la deuda y no para atender la salud de los ciudadanos. Los pacientes no pueden comprar los remedios y sacrifican el futuro y años de vida. Debemos atender al ser humano”.

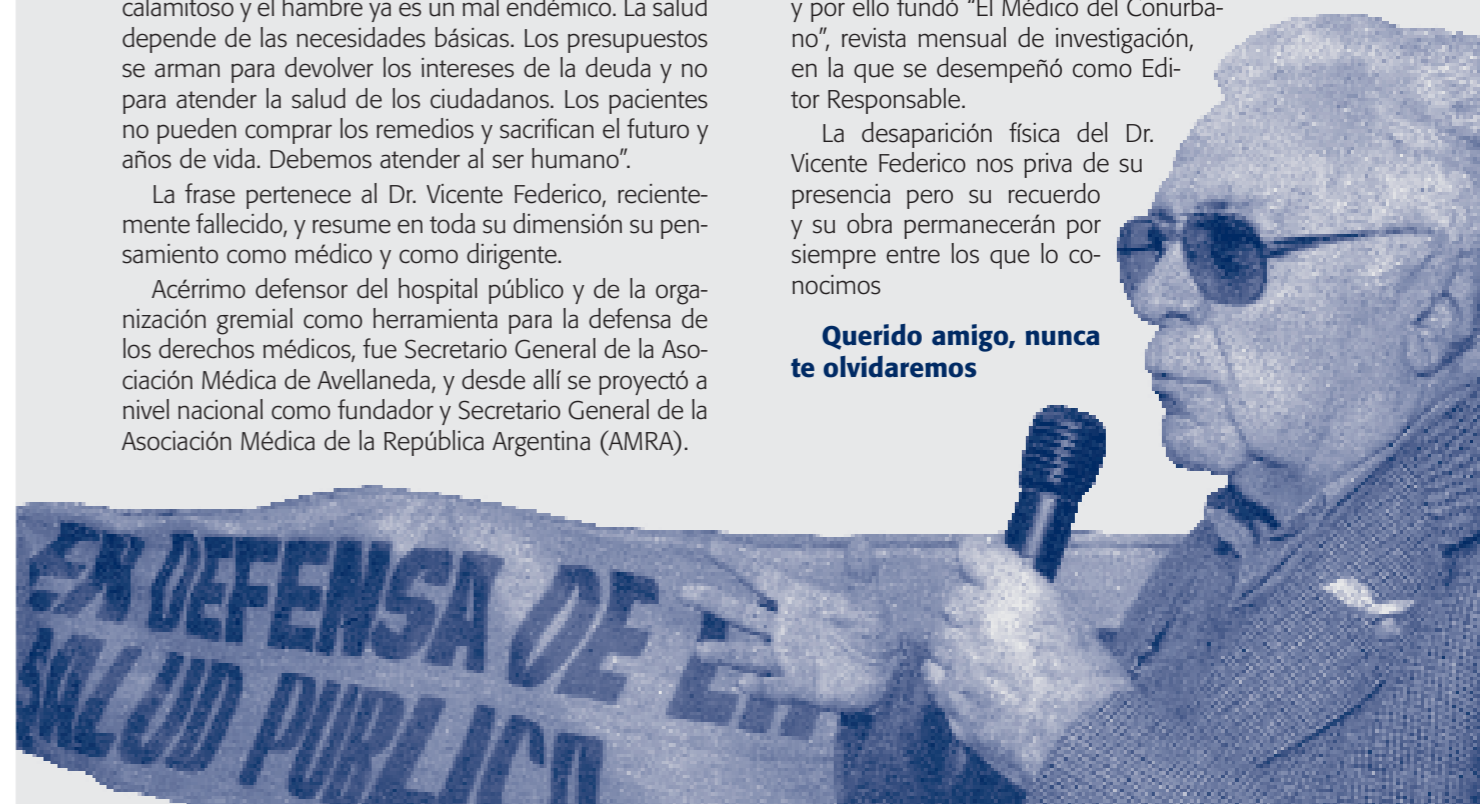
La frase pertenece al Dr. Vicente Federico, recientemente fallecido, y resume en toda su dimensión su pensamiento como médico y como dirigente.

Acérrimo defensor del hospital público y de la organización gremial como herramienta para la defensa de los derechos médicos, fue Secretario General de la Asociación Médica de Avellaneda, y desde allí se proyectó a nivel nacional como fundador y Secretario General de la Asociación Médica de la República Argentina (AMRA).

También conocía el valor de la prensa y la difusión, y por ello fundó “El Médico del Conurbano”, revista mensual de investigación, en la que se desempeñó como Editor Responsable.

La desaparición física del Dr. Vicente Federico nos priva de su presencia pero su recuerdo y su obra permanecerán por siempre entre los que lo conocimos

Querido amigo, nunca te olvidaremos



CURSOS SUPERIORES 2008

CURSOS	DIAS	HORARIO	DURACIÓN	IMPORTE	LUGAR	DIRECTOR	SECRETARIO / COORDINA	CONDICIONES
SUP. ANATOMIA PATOLOGICA * COMIENZA 2008	MIERCOLES	13 a 16 HS	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. GUMAN NATALIO	DRA. KESTELBOIM SARA DR. BERRITTELLA ANTONIO	
SUP. ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA * COMIENZA 2008	LUNES Y MIERCOLES	19 a 22	1 AÑO	\$ 60.-	COLEGIO	DR. SCHWARCZ ALBERTO	DR. ORTIZ CLAUDIO	
SUP. CARDIOLOGIA INFORMES: 1540265872 O 8 A 16HS SERV. CARDIOLOGIA 4724-3036 DRA. LOIS SUSANA O DR. SAIED 155-025-7103	HOSP EVA PERON		2 AÑOS		HTAL EVA PERON	DR. SINISI VICTOR SUBDIRECTOR: DR. GADALETA FRANCISCO	DRA. LLOIS SUSANA DR. SAIED ALEJANDRO	
SUP. CARDIOLOGIA * COMIENZA 2008 4790-3521 / 155-719-1443 / 154-435-5160	LUNES Y MIERCOLES	20 a 23 hs				PROF. DR. FORTUNATO MARIO		
SUP. CIRUGIA GRAL. *COMIENZA: 2009	LUNES	19 a 22	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	PROF. DR. FAZZINI ROMEO	DR. CHIKIAR DARIO	
SUP. CLINICA MEDICA * COMIENZA 2008	MARTES	13 a 16 HS	3 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. CAPPARELLI EDUARDO DRA. FERNANDEZ LENI DE CAPPARELLI MARIA OFELIA		2 AÑOS EN LA ESP. O ESTAR EN RESIDENCIA MAS CONCURRIR A UN SERVICIO DURANTE LOS 3 AÑOS DEL CURSO CON 36HS SEMANALES
SUP. DERMATOLOGIA * COMIENZA AGOSTO 2008	JUEVES MARTES	20,30 a 22,30 9 a 11 HS	3 AÑOS	\$ 60.-	HOSP. HOUSSAY	DR. MAGARIÑOS RAUL	DRA. LUNA M. GABRIELA DR. MAGARIÑOS GABRIEL	
SUP. DIAGNOSTICO POR IMÁGENES EN PEDIATRIA * COMIENZA 2009	VIERNES	12,30 a 15,30	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. PEREZ OSVALDO	DR. REGNER MARCELO	
SUP. GASTROENTEROLOGIA INFANTIL * COMIENZA 2008	JUEVES	11 a 13 HS	2 AÑOS	\$ 50.-	COLEGIO	PROF. DR. CEDRATO ANGEL	DRA. ALDAZABAL MARTA	
SUP. GINECOLOGIA * COMIENZA 2008	MARTES	18 a 21 HS	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. MORMANDI JUAN	DRA. SOTO MARIA LUISA DR. TILLI MIGUEL	
SUP. INFECTOLOGIA *COMIENZA 2009	LUNES	18 a 22 HS	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. BENCHETRIT GUILLERMO	DR. LOPARDO GUSTAVO DR. LAYNA ALFREDO	
SUP. MEDICINA GRAL. Y/O FLIAR. * COMIENZA 2008	LUNES JUEVES	19 a 22 19 a 22	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DRA. GUARDIA IRENE	DRA. OESTREICHER ASTRID KARINA	
MEDICINA LEGAL * COMIENZA 2009	VIERNES SABADO	19 a 22 9 a 13	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	PROF. DR. MALDONADO MIGUEL	DR. MAGARIÑOS RAUL	
SUP. NEUMONOLOGIA (adulto) * COMIENZA 2008	JUEVES	18 a 22 hs	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. FULGENZI AUGUSTO	DR. LOPEZ JOVE ORLANDO	
SUP. NEUMONOLOGIA E INMUNOALERGIA INF. * COMIENZA 2008	MIERCOLES	11 a 14	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. BODAS ADOLFO	DR. AGUERRE PEDRO	
SUP. OBSTETRICIA * COMIENZA 2008	JUEVES	19 a 22 HS	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	PROF. DR. ALBERTO D'ANGELO DR. OSCAR CASALE	DRA. CRISTINA FRERS DR. EDUARDO IPPOLITO	
SUP. DE OFTALMOLOGIA * COMIENZA 2008	SABADOS	8,30 A 12,30HS	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. HIDALGO DANIEL	DRA. RIMINI SUSANA DRA. FREZZA NOEMI	
SUP. DE ONCOLOGIA * COMIENZA 2008	VIERNES	13,30 a 16,30	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. HANNOIS ADRIAN DR. CUTULI DANIEL	DRA. MARIA DEL VALLE GEIST	
SUP. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA * COMIENZA 2008	LUNES	20 a 22	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. DELLE DONNE JOSE DR. QUINN CARLOS		
SUP. PEDIATRIA * COMIENZA 2008	MARTES JUEVES	12,30 a 16 8,30 a 12,30	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	PROF. DR. CEDRATO ANGEL	DRA. GLAS CLARA DRA. LUIS MIRTA	
SUP. PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA PEDIATRICA * COMIENZA 2009	VIERNES	9 a 15 HS	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DRA. TURTELA MONICA		
SUP. PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA * COMIENZA 2009	VIERNES SABADO	19 a 22 9 a 13	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. BRUSCO IGNACIO	DR. LEONARDO GHIOLDI DR. RICARDO ARRAGA LIC. SANDRA GEMMANI	
SUP. SALUD PUBLICA * COMIENZA 2009	JUEVES	12 a 16 HS	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. FLOREAL FERRARA	LIC. CLAVERO DANIEL	
SUP. TERAPIA INTENSIVA * COMIENZA 2008	JUEVES	13 a 16 HS	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. CAPPARELLI EDUARDO	DR. BOSCHINI PABLO DRA. CASTRO PATRICIA	CONCURRENCIA A UN SERVICIO CON 36 HS SEMANALES
SUP. UROLOGIA *COMIENZA 2009	MARTES	13 a 16 HS	2 AÑOS	\$ 60.-	COLEGIO	DR. KOROLUK CARLOS	DR. VENTO ROBERTO DR. SERGIO MORALES	

Cursos de actualización 2008

CURSOS	DÍAS	HORARIO	DURACIÓN	IMPORTE	DIRECTOR	SECRETARIO / COORDINA
AUDITORIA MEDICA *COMIENZA 2008	MIÉRCOLES	19 A 21	1 AÑO	\$ 60.-	DR. BUSCARONS EDIS DRA. LOPEZ LILIANA	DRA. CABALEARO CRISTINA
CLINICA Y TERAPEUTICA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS	QUINCENAL	12,30 A 14,30	13 CLASES		DR. LAMELA CARLOS	DRA. TURTELA MONICA
EMERGENTOLOGIA *COMIENZA 2008	JUEVES 1ER. SABADO DE C/MES	19 A 22 8,30 A 13 HS	1 1/2	\$ 60.- MAS 3 CUOTAS DE MODULOS DE LA SAC	DR. CARDÚ VALERIO	DRA. VERONICA MILITELLO
GESTION Y ADMINISTRACION DE CENTROS APS- PUBLICOS *COMIENZA 2008	MARTES	9 A 12 HS	1 AÑO	\$ 50- \$ 45- SOCIOS SOC. MED. GRAL.	DR. STEIN ENRIQUE	LIC. PERESIN SEBASTIAN
GINECOINFANTO JUVENIL *COMIENZA 2008	JUEVES	13 A 16 HS	1 AÑO	\$ 60.-	DRA. ESCOBAR MARIA EUGENIA	DRA. LUCIA KATABIAN
PRACTICA PROCESAL *COMIENZA 5 MARZO 2008	MIÉRCOLES	18 A 22 HS	12 CLASES	MATRICULADOS: \$ 60- OTROS: \$ 120.-	DR. MACARIÑOS RAUL	
PSIQUIATRIA FORENSE *COMIENZA 2008	MIÉRCOLES	16 A 19 HS	1 AÑO	\$ 60.-	PROF. DR. HUMBERTO LUCERO	
CARRERA DOCENTE (UBA) INSCRIPCION DEL 1 AL 15 SETIEMBRE 2008	MIÉRCOLES	13 A 16		MATRICULADOS SIN CARGO	DR. RAUL MACARIÑOS	
CURSO DE LA ESCUELA GENERADORA DE CONDUCTASSALUDABLES	JUEVES	18 A 22 HS	3 MESES	SIN CARGO DIRIGIDO A MAESTRAS	DRA. MARIA CRISTINA GODOY DRA. DORA PAGLIUCA	



Colegio de Médicos de la Prov. Bs. As. Distrito IV
Pte. Perón 3938 - San Martín
Tel./fax 4755-1970
E-mail: colegio@colmed4.com.ar
web: www.colmed4.com.ar

Salud Ambiental

Luces y sombras de Kyoto

Las emisiones de gases invernadero de 40 países industrializados se ubicaron cerca del máximo histórico en 2005, pero al mismo tiempo se van superando las metas de reducción del Protocolo de Kyoto, según un informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Las emisiones de gases invernadero, que según los científicos son parcialmente responsables del calentamiento global, "disminuyeron entre 1990 y 2000, pero volvieron a incrementarse 2,6 por ciento entre ese año y 2005", señaló Yvo de Boer, secretario ejecutivo de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático (Cmnucc).

Se estima que los países que firmaron el Protocolo de Kyoto habrán reducido 11 por ciento sus emisiones para 2012, respecto de los niveles de 1990, si sus esfuerzos retribuyen los resultados esperados, destacó el estudio del Cmnucc. Esto representaría un logro significativo, y más que duplicaría la meta de cinco por ciento adoptada en Kyoto en 1997. "Para la totalidad de los firmantes del Protocolo de Kyoto, reducciones de 15 por ciento son posibles si se planifican y ponen en práctica nuevas políticas", afirmó De Boer. "Pero no debemos ocultar que en varias naciones las emisiones continúan en aumento y que deben hacer más para controlarlas."

Aunque las medidas adoptadas en Kyoto parecen un gran éxito, la causa de gran parte del total de las reducciones fue el colapso de las economías de los países ex comunistas de Europa central y oriental. En Eslovenia, Eslovaquia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa, Rumania y Rusia, las emisiones cayeron entre 20 y 25 por ciento respecto de los niveles de 1990. Pero con el inicio de la recuperación económica volvieron a aumentar, lo que contribuyó a elevar los niveles en 2005. En Alemania se verificó un descenso de 19 por ciento respecto de 1990, en buena parte a causa de la severa recesión en la ex República Democrática luego de la unificación.

El estudio señala entre los pocos casos exitosos a Gran Bretaña (que redujo 15 por ciento sus emisiones), Dinamarca y Suecia (alrededor de ocho por ciento en ambos casos). Los totales se dispararon en los países de Europa meridional que debieron afrontar prolongadas olas de calor e incendios forestales.



Las emisiones aumentaron 53 por ciento en España, 43 por ciento en Portugal y 26 por ciento en Grecia respecto de 1990. El panorama seguramente empeorará cuando se computen los datos de 2006 y 2007, a causa del récord de incendios que se produjeron en el verano de esos años. Estados Unidos contaminó 16 por ciento más que en 1990, mientras que el incremento llegó a 25 por ciento en los casos de Australia y Canadá, el único entre esos tres países que es firmante del Protocolo de Kyoto.

Ese acuerdo ha recibido numerosas críticas, muchas de ellas alimentadas por el incesante cuestionamiento de la industria del carbón y del petróleo a los fundamentos científicos del cambio climático. Los cuestionamientos incluyen acusaciones sobre el potencial del Protocolo para llevar a las economías nacionales a la bancarrota.

Pero sus defensores afirman que, aunque lejos de ser perfecto, el Protocolo continúa siendo la mejor y única herramienta para limitar las emisiones de gases invernadero. "Kyoto no produjo reducciones que puedan demostrarse", escribieron los economistas británicos Gwyn Prins y Steve Rayner en la revista Nature.

"No tenemos tiempo para comenzar de nuevo", dijo Jonathan Pershing, director del programa de clima y energía del Instituto de Recursos Mundiales, centro de estudios ambientalista de Estados Unidos. Adoptar el Protocolo de Kyoto demandó una década de negociaciones. Aunque Prins y Rayner reclamaron a la comunidad internacional el coraje para deshacerse de ese acuerdo, Pershing consideró que "simplemente no es posible iniciar un nuevo proceso desde cero".

El presidente del Grupo Intergubernamental sobre Cambio Climático, Rajendra Pachauri, señaló que el mundo sólo tiene dos o tres años para llegar a un consenso sobre cómo reducir sustancialmente las emisiones.

Según Pershing, el Protocolo de Kyoto está lejos de ser lo ideal, pero se ha invertido mucho en él. Sin embargo, son necesarias mejoras y agregados, entre ellos incentivos a la inversión en nuevas tecnologías, agregó. "Estamos trabajando contra reloj. Tenemos mucho menos tiempo del que pensamos", advirtió Pershing.

Fuente: www.proyectogeo.com



Mente, alma y corazón

Vivimos en un mundo de especialidades, donde muchas veces el ser humano es abordado en sus múltiples aspectos como piezas separadas de un rompecabezas. Sin embargo hay quienes entienden que todas las actividades de la Ciencia y la Cultura tienen como objetivo último alcanzar una plena integración del sujeto.

Este es el caso de la Dra. Mirta Noemí Cameán, quien ha elegido dedicarse a especialidades tan diversas como la Cardiología, la Psiquiatría y las Artes Plásticas. Lejos de dispersarse, y contrariamente a lo que sentencia aquel refrán que dice “el que mucho abarca poco aprieta”, su búsqueda permanente ha sido alcanzar una comprensión más integradora del ser humano, logrando importantes reconocimientos en cada uno de esos campos.

Ella es Médica Cardióloga, Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica, Miembro de la Sociedad

de Psiquiatras Argentinos, Miembro del Consejo Asesor y ex Directora Científica del “Consejo de Aspectos Psicosociales” de la Sociedad Argentina de Cardiología, y actualmente está a cargo de la sección de Psicocardiología del Hospital Eva Perón (Ex Castex).

También es una destacada artista plástica. En las paredes de su departamento de Villa Ballester se encuentran varias de sus obras, muchas de las cuales han recibido elogiosas críticas en muestras y publicaciones. ¿Cómo nace, entonces, esta conjunción de pasiones y vocaciones en una misma persona?

Una mirada integradora

“Vengo de una familia de artistas plásticos, amante de la literatura y la música. Yo fui la primera en incursionar en la Medicina, y ya terminando la carrera tenía la disyuntiva

de seguir Cardiología ó Psiquiatría. Tres años antes de recibirme ya estaba haciendo guardias en el Hospital Castex (hoy Eva Perón), donde sigo hasta la actualidad. Me interesó mucho el trabajo en Unidad Coronaria, así que seguí la especialidad de Cardiología, pero siempre con una mirada integral hacia el paciente. En mis primeros años hice un trabajo retrospectivo de investigación para el Congreso Mundial de Cardiología que se realizaba en Tucumán, sobre un caudal importante de pacientes coronarios jóvenes y evoluciones de infarto, y pacientes mayores. De esa investigación surgió que, más allá de los factores de riesgo habituales, lo que marcaba la diferencia era el tipo de personalidad. A partir de ahí hice un curso de posgrado de Psicología Médica en la UBA, terminé la Residencia y gané un concurso abierto en el Hospital Castex como Jefa de Guardia de la Unidad Coronaria en

Cardiología. Ya entonces me interesaba hacer el posgrado en Psiquiatría, y lo hice en el Hospital Estévez, el Neuropsiquiátrico de Lomas de Zamora. A partir de ahí empecé, casi como prueba piloto, a trabajar en la Unidad Coronaria con los pacientes graves, pero desde lo psiquiátrico”.

Tiempo después, el Jefe del Servicio de Cardiología, Dr. Rubén Posse, la contacta con el Dr. Carlos Nijensohn, ambos fundadores y presidentes de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). Con él y la psicóloga Lic. Clara Vicchi terminaría conformando el Consejo de Aspectos Psicosociales en Cardiología, una iniciativa revolucionaria en ese entonces.

Este abordaje psicológico de los pacientes coronarios ha sido una constante en toda su carrera. “Hay que ver al paciente como ser humano, y el paciente coronario, más allá de que le cueste manifestar su angustia, su preocupación por lo que le está pasando, es un ser humano que está sufriendo. El cardiólogo tiene que contenerlo y entender que está pasando por un momento difícil. Si se llega a lograr esa relación, el paciente empieza a tener confianza, porque el paciente coronario suele ser muy desconfiado. Hay muchas características, desde la estructura de personalidad y de la dinámica psicosocial, que pueden facilitar la aparición de un infarto. El paciente coronario tiene rasgos característicos de personalidad, fundamentalmente dificultad de expresar sensaciones y sentimientos. Tienen muchísima dificultad para soñar, por lo que en esos pacientes no se puede trabajar con el sueño como en una terapia freudiana. También tienen como característica que son muy omnipotentes, justamente porque son muy inseguros, lo cual los hace muy resistentes a hacer una terapia. Es un paciente hipersensible que le cuesta demostrarlo, que le resulta muy difícil compartir sus



intimidades, y se permite sentir a través del dolor del infarto”.

Nace una artista

En el campo de las Artes Plásticas, estudió pintura con el Profesor Ernesto Manilli y participó en varias muestras colectivas, recibiendo su Primer Premio en 1990 por una obra con técnica mixta. Sin embargo, fue recién en el 2006 cuando comprendió que sus obras podían trascender los límites de su propia vocación y llegar a un público capaz de apreciarlas. “Siempre me gustó el arte y vengo de una familia en la que el arte también era importante. Para mí pintar era algo natural, así que nunca le había dado mayor trascendencia”. El punto de inflexión fue una invitación a publicar algunas de sus pinturas en la Revista Argentina de Cardiología del SAC, donde recibió elogiosas críticas.

El 2007 ha sido un año muy importante para Mirta Cameán, la artista. “A principios de año me contacté con Elena Olivera, Doctora en Filosofía, Estética y Arte, muy prestigiada a nivel internacional. Me hizo una crítica muy buena de mis obras, ahora tenemos una excelente relación”, destaca con orgullo y emoción, reconociendo además que a partir de entonces se le abre un mundo de posibilidades para dar a conocer su obra en el ámbito de las galerías y las exposiciones.

Locura y genialidad

Recientemente también fue convocada en su aspecto multifacético e integrador. La oportunidad no podía ser más propicia, ya que se trataba de la exposición “Dalí y el Surrealismo”, en el Museo de Artes Plásticas “Casa Carnacini”, de Villa Ballester, una muestra con 100 obras originales abarcando todos los períodos de la producción del gran artista catalán.

“Estaban buscando un psicoanalista, ya que el surrealismo tenía relación con el psicoanálisis, volcando en lo artístico el mundo de los sueños y el inconsciente”. En esa ocasión, la Dra. Cameán tomó la dicotomía “Locura o Genialidad” como punto de partida para abordar la vida de uno de los artistas más influyentes del siglo XX.

En dicha disertación desarrolló temas como la historia familiar y entorno psicosocial del artista, antecedentes de enfermedad psíquica familiar, elementos simbólicos en su obra y su obra en distintos períodos, desde una mirada “psi”, con el doble objetivo de que el observador se permita reconocer su sensación frente a la obra, y comience a reconocer y analizar los elementos simbólicos. La disertación tuvo tanto éxito que debió repetirla en varias oportunidades. “Fue muy gratificante. Se llenó el salón, quedó mucha gente afuera, y quedó la propuesta de hacer una nueva charla sobre otro artista plástico”.

Pero Mirta Cameán también es doctora, y por ello también proyecta cómo llevar esta mirada integradora al ámbito de la salud pública. “Estoy proyectando empezar a trabajar entre los médicos para facilitar también esta integración, la cual es posible. Entre los profesionales médicos hay muchos que se dedican al arte, principalmente a la música. Esa interdisciplina, sin dudas, enriquece lo profesional y la relación médico-paciente”.

Marcelo De Angelis

A todos los colegiados



Comunicamos el cierre transitorio del Centro Recreativo "3 de Diciembre" sito en la Ruta 8 N° 3.800 del partido de Gral. San Martín.

Informamos que: la sede de Presidente Perón 3939, integrada por un amplio salón climatizado y con estacionamiento propio; puede ser utilizado por los colegas para eventos sociales y/o particulares, consultando disponibilidad de fechas y servicios al Tel. 4755- 1970



Dr. Floreal Ferrara, Ciudadano Ilustre

“Sin participación popular no hay salud, hay sólo negocios”

“Por dedicar su vida al avance científico en el campo de la salud y al compromiso político y social para que ello se plasme en un sistema público que garantice el bienestar de toda la población.”

Con ese fundamento, la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires sancionaba a fines del 2006 la ley N° 2208, mediante la cual se declaraba Ciudadano Ilustre de ese distrito al Dr. Floreal Antonio Ferrara.

La distinción se concretó recientemente en una ceremonia realizada en el Salón San Martín de la Legislatura porteña, donde Ferrara, discípulo de Ramón Carrillo, recibió una medalla y un diploma ante una numerosa concurrencia que colmó el salón, y con la presencia de varios legisladores y funcionarios del gobierno local. Entre ellos se destacaron los autores del proyecto de ley donde se reconoce la trayectoria de Ferrara en el campo de la salud nacional e internacional, los diputados Susana Etchegoyen y Miguel Talento.

Este último señaló que “Ferrara es homenajeado principalmente por su condición de militante político del campo nacional y popular”, destacándolo como “uno de los discípulos más brillantes” de Carrillo.



El acto comenzó con la proyección de un video sobre la trayectoria de Carrillo, primer Ministro de Salud argentino, quien murió exiliado en Brasil en 1956, en condiciones miserables, luego de ser perseguido por la Revolución Libertadora.

Durante el acto, Ferrara recordó diversas anécdotas del primer gobierno peronista, y analizó el presente señalando que “estamos en un momento inaugural en el mundo, de una situación absolutamente nueva de la participación popular, ya que sin participación popular no hay salud, hay

sólo negocios”.

Ferrara fue designado Ministro de Salud Pública y Acción Social bonaerense en 1973 y en 1987, pero sus pergaminos son innumerables. Médico Cardiólogo, Experto en Salud y Desarrollo Económico Social, Consultor e Investigador de la Oficina Panamericana de la Salud, prolífico investigador, ha publicado unos diez libros y aproximadamente trescientos trabajos científicos en revistas nacionales y extranjeras.

El Colegio de Médicos Distrito IV tiene el orgullo de contarle como Director del Curso Superior de Salud Pública, que dicta a través de su Escuela Superior de Educación Médica.

El enfermo solitario

Las bruñidas rocas reverberaban los rayos del intenso sol de Junio. Los hombres uno a uno iban cruzando el puente, que se balanceaba peligrosamente sobre el precipicio. Hacía más de cinco horas que la caravana había iniciado el cruce y John Smith aún no se decidía atravesarlo, este puente era más extenso que los anteriores y el miedo lo paralizaba. Esos antiguos puentes hechos con sogas y tablas, sin baranda, suspendidos sobre profundos precipicios, típicos del Turkestan, son aún los únicos medios de atravesar algunas zonas montañosas del Asia Central.

De una vida cómoda en Boston, rico, joven, bien parecido, ahora estaba atrapado en una aventura en tierras inhóspitas, en busca de una cura de su enfermedad. No encontrando solución en su país ni en Europa, había aceptado una invitación de Serguei Nizayán, un azerí petrolero de Bakú, ex compañero en Harvard, con el que hacía diez años había recorrido Bukhara, Karsi y Samarkanda en viaje de placer, comprando alfombras. Serguei lo había convencido de integrar una caravana con gente que también buscaba cura de sus males. Se encontraron en Tachkent, de ahí en tren viajaron hacia el sur, luego con diversos medios, caballos, camellos, burritos, hasta un punto cercano a la frontera entre Tadzikistán y Afganistán, para integrarse a una enorme caravana que se dirigía al Este, hacía un monasterio en lo alto de la montaña, donde un monje realizaba curas milagrosas.

Estaba como hipnotizado mirando hacia abajo, no podía medir la profundidad del abismo que se abría a sus pies, allá abajo el río serpenteaba como un hilo de plata. A sus espaldas alguien dijo “dsch” (John en turco), era un deviche danzador que había conocido en Konia, se le acercó y le dijo: “Quien tiene miedo a morir, muere mil veces”.

Como un autómatas cruzó el puente y se unió a los más rezagados, la marcha se hizo lenta y fatigosa, por desfiladeros y estrechas gargantas en la montaña. Cuando al llegar a una meseta decidieron acampar, se encontraron con otra caravana que volvía del monasterio con malas noticias, el santo había muerto.

Ahora ya nada tenía sentido, maldecía haber nacido en este siglo, su abuelo le había contado que hasta mediados del Siglo XXI, existían médicos que curaban las enfermedades, pero fueron maltratados por la sociedad

y acosados con juicios de mala praxis que los desalentaron de seguir ejerciendo la profesión. Uno a uno fueron abandonando la profesión, ya nadie estudiaba la carrera de Medicina, por lo que terminó desapareciendo. Al principio ese vacío fue llenado por otros profesionales de la salud, pero también los mismos fueron agobiados por juicios y terminaron dedicándose a otra cosa. Entonces los laboratorios disfrutaron de un buen momento, todos los productos eran de venta libre y se compraban en cualquier comercio, pero un aluvión de juicios por efectos indeseables de los fármacos determinó que se abandonara la producción de medicamentos y se pasara a la de biodiesel que era más rentable. Por un tiempo quedaron sólo los curanderos para dar cura a los enfermos, pero también les llegó el turno a ellos de pagar por sus equivocaciones y desaparecieron. Entonces se llegó a una situación límite en la que ni un amigo se animaba a dar un consejo sobre salud, la enfermedad se volvió tema tabú en las conversaciones. Cada uno trataba de curarse con lo que se le ocurría. La gente adinerada hacía largas peregrinaciones en busca de santos o magos. Los hospitales se transformaron en museos.

Mientras la caravana hacía aprestos para partir al día siguiente, John reflexionaba qué hacer, no tenía valor para volver por el mismo camino. Parte de la caravana seguiría hacia el Este, siguiendo la antigua ruta de la seda y a través de la puerta de Dzungaria entrar en China. Otros se dirigirían al Sur para subir al Indu Kush donde la gente vivía muchos años. Mientras le transmitía sus dudas a Serguei un hombre con aspecto de trappa alejado de su lamasterio le ofreció un cuenco con té mantecado y le propuso atravesar el Karakorum y, a través de un paso secreto que él conocía, entrar en el Tíbet.

Sintió que no tenía fuerzas para seguir ningún camino. Alrededor el paisaje de inefable belleza, con las montañas del Tien Shan elevándose majestuosamente hacia el cielo, producía un estado de exaltación mística. Un grupo de tadjikos y kirghises elevaban sus plegarias, un beluche repetía mantras, los prolongados AUM... hacían vibrar el aire, algunos occidentales rezaban siguiendo las cuentas de sus rosarios. Se arrodilló y mirando al cielo imploró “Señor alivia el sufrimiento de los enfermos, adelanta la venida del SALVADOR, si eso aún no es posible, haz que vuelvan los médicos”.

Dr. Mario Salvador Bisaccio

Lo nuevo en especialidades

A partir del año pasado son reconocidas por el Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires además de las especialidades Básicas y Dependientes, las Calificaciones Agregadas, que se refieren a dedicaciones a áreas dentro de la Especialidad Básica o Dependiente.

Para la obtención de la Calificación Agregada se requiere:

Tener la Especialidad Básica y/o Dependiente;

Antecedentes certificados no menores a dos años en la Calificación Agregada solicitada, contados a partir de la obtención de la Especialidad Básicas y/o Dependiente;

Reunir veinte puntos en la evaluación de los antecedentes en la Calificación Agregada solicitada;

Presentar, de ser inherente a la Calificación Agregada solicitada, el listado de prácticas realizadas en los últimos dos años.

Listado de Calificaciones Agregadas:

- Citología
- Tratamiento del dolor
- Cirugía Translaparoscópica
- Tratamiento del Quemado
- Flebología - Linfología Eco - Doppler - Vascular
- Taracoscopía
- Hemodinamia
- Videoartroscopía
- Diabetología
- Hepatología
- Micología
- Virología
- Fibrobroncoscopia
- Hemodinamia Eco - Doppler
- Ecografía - TAC - RMN
- Densitometría
- Radiología Intervencionista
- Informática Médica
- Auditoría
- Epidemiología
- Braquiterapia
- Cirugía Translaparoscópica
- Ecografía Ginecológica
- Fertilidad
- Mastología
- Ecografía Obstétrica