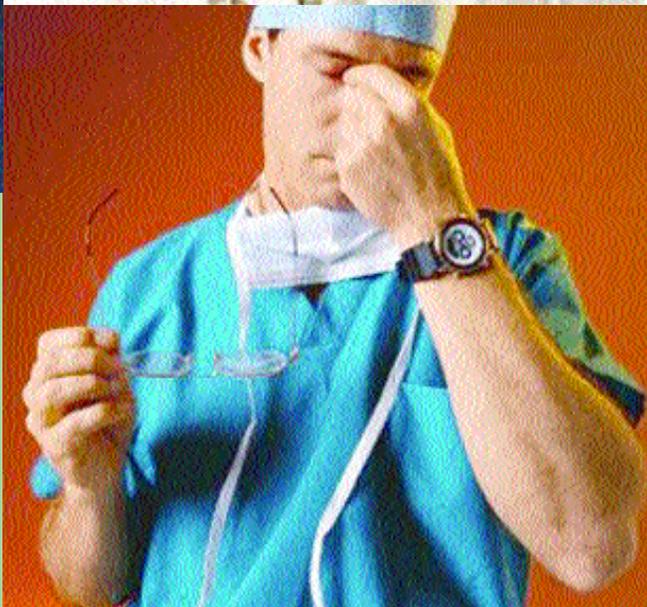


# DISTRITO IV



Órgano oficial de difusión del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV

*"En el fondo de este cambio que ahora presenciamos determinado por la ciencia y la técnica reside quizás la causa de casi toda la patología actual". Dr. Ramón Carrillo*



*Insalubridad y Burn Out en la práctica médica*

## La salud de los que curan



*Falsificación, venta libre, automedicación*

**Cuando los medicamentos representan un riesgo**



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

# **PREMIO ANUAL 2009**

## **DISCIPLINAS:**

**Clínica Médica                      Cirugía  
Tocoginecología                      Medicina Social  
Pediatría                                  Bioética  
Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes**

**Podrán presentarse trabajos inéditos  
y/o ya presentados en jornadas hospitalarias  
Recepción de trabajos hasta el 30/10/2009**

**Otras consultas y reglamento en  
[www.colmed4.com.ar](http://www.colmed4.com.ar)**

**PREMIO \$ 2.000.-**

**Por la gran cantidad  
de presentaciones la  
fecha de recepción  
se prolonga hasta el  
27 de Noviembre 2009**



# La salud de los que curan

## Insalubridad y burn out en la actividad médica

Los médicos dedicamos gran parte de nuestras vidas a mejorar la calidad de vida de las personas. En ello invertimos largas horas de nuestros días en la capacitación permanente de nuestra profesión asociado al pluriempleo, la mayor parte de las veces resignando el compartir más tiempo con nuestras familias, dejando de lado también otras actividades que, en suma, contribuyen enormemente a la felicidad y a la realización personal. Aún así sentimos orgullo de nuestra profesión a pesar de las dificultades laborales y de las precarias las condiciones de trabajo.

La naturaleza de nuestra actividad implica un enorme compromiso, en el que las cuestiones profesionales predominan sobre los intereses personales.

Los médicos que trabajamos en el sistema público, además, debemos enfrentar situaciones que están íntimamente relacionadas con diversas problemáticas sociales, como la desnutrición, el abandono, las adicciones y las diversas formas de violencia.

Siempre estamos ahí y le ponemos el cuerpo a circunstancias ante las cuales a veces no podemos dar respuesta y exceden nuestras posibilidades materia-

les, pero aún así asumimos el compromiso de atender la salud del necesitado, aunque terminemos siendo el blanco de sus frustraciones y desahogo para sus angustias. Pero, ¿quién cuida nuestra salud?

Son diversas las patologías que se derivan del ejercicio de la Medicina, y ante el cuadro actual muchos prefieren mirar para otro lado. "Médico, cúrate a ti mismo", señala una vieja frase que nos colocaba en situación de omnipotencia, como si estuviésemos inmunizados ante todos los males que afectan a cualquier mortal. Muy por el contrario, el altísimo nivel de exposición al que somos sometidos los médicos, nos pone en situación de particular vulnerabilidad, por lo cual debemos exigir condiciones diferentes de trabajo, ya que si nuestra salud se ve alterada esto puede repercutir en forma negativa en la salud de nuestros pacientes.

Esta situación no se da solamente en la Argentina, sino que es inherente a nuestra profesión en cualquier parte del mundo. Recientemente, la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel) resolvió declarar la actividad médica asistencial riesgosa e insalubre, y promover en cada Estado Nacional la



*Dr. Rubén Tucci, Presidente*

promulgación de una ley de protección considerando la insalubridad del acto médico asistencial.

En la Provincia de Buenos Aires, a iniciativa del Colegio de Médicos Distrito IV, se están promoviendo en el Congreso dos proyectos de ley que ya tienen tratamiento en comisiones parlamentarias. Uno de ellos apunta justamente a enmarcar la actividad médica en el régimen de insalubridad laboral, y el otro a que el síndrome de burn out sea reconocido como enfermedad profesional.

Se trata de dos marcos legales fundamentales para la salud de los profesionales y que no dudamos que todos los médicos apoyarán estas iniciativas.

# Conflicto laboral y salarial en Vicente López

**Desde principios del mes de septiembre se viene desarrollando un conflicto en el área de Salud de Vicente López, por incumplimientos salariales por parte del Departamento Ejecutivo, todo ello agravado por la llegada del Dr. Alfredo M. Stern como Secretario de Salud Pública del municipio.**

En el mes de mayo de 2007 el municipio de Vicente López adhirió a la Ley Provincial N° 10471 de Carrera Profesional Hospitalaria. En ese momento, en la Ordenanza de adhesión se estableció una retribución adicional equivalente a un 20% sobre el salario básico provincial, en concepto de jerarquización profesional.

En el transcurso del corriente año, durante el mes de mayo pero con retroactividad al mes de marzo, la Provincia incrementó los sueldos de la Carrera Hospitalaria en un 11% promedio de bolsillo. También se aumentaron las bonificaciones, los salarios de los residentes y los reemplazos de guardia. Al mismo tiempo, se abonaron \$ 600 por única vez en concepto de compensación por el trabajo realizado durante la epidemia de gripe A.

En el municipio de Vicente López, a pesar de estar adherido a la Ley 10.471, no se cumplió con los pagos de los aumentos otorgados en la Provincia. Tampoco se abonaron los \$ 600, sino que, con argumentos poco consistentes, pagaron solamente \$ 143,58 por ese concepto.

Por otra parte, se han conocido versiones que indican

que el nuevo Secretario de Salud, Dr. Alfredo Stern, habría ordenado la confección de listados con despidos encubiertos (cesantías en cargos inestables como reemplazos de guardia) y que estaría buscando consensos para su ejecución. La Asociación de Profesionales del Hospital y el Colegio de Médicos Distrito IV se oponen en forma terminante a cualquier tipo de ajuste en el área de Salud y exigen la confirmación inmediata de todos los profesionales que revisitan en esos cargos.

Como consecuencia de todo ello, se iniciaron una serie de acciones (reuniones, asambleas, reclamos laborales, envío de carta documento al Intendente, trabajo a reglamento), tendientes a exigir el cumplimiento de la ley y de los compromisos salariales por parte del Departamento Ejecutivo.

No obstante ello, al cierre de esta edición se mantenía el estado de alerta y de asamblea permanente, la exigencia del cumplimiento de los puntos aprobados por unanimidad en la Asamblea Extraordinaria realizada el día 20 de octubre de 2009 y los temas propuestos para el tratamiento en la Comisión de Carrera Profesional Hospitalaria.



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](mailto:colegio@colmed4.com.ar)

Página web:  
<http://www.colmed4.com.ar>

Año XVII - N° 68  
OCTUBRE 2009

EDITOR RESPONSABLE  
Colegio de Médicos  
Distrito IV

**DIRECTOR**  
Dr. Rubén H. TUCCI

**COMISION 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.

# Conflicto laboral y salarial en Vicente López

**A.P.H.M.V.L.** Asociación de Profesionales del Hospital Municipal de Vicente López. Hipólito Yrigoyen 1757 - Florida - Personería Jurídica N° 10.306

Florida, 23 de octubre de 2009.

Al Sr. Secretario de Salud Pública de la  
Municipalidad de Vicente López  
Dr. Alfredo M. Stern  
S/D

Ref.: Proponer temas para la Comisión de Carrera.

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a Ud. con relación a la convocatoria a una reunión de la Comisión Permanente de Carrera Profesional Hospitalaria, para el jueves 29 de octubre de 2009, a fin de hacerle llegar las propuestas de asuntos a incluir en el temario a desarrollar.

Los temas propuestos son los siguientes:

- Marco regulatorio: compromiso de mantenimiento de la adhesión a la Ley 10.471 de Carrera Profesional Hospitalaria por parte del Departamento Ejecutivo y de todos los integrantes de la Comisión de Carrera.

- Salarios: aumentos aún no abonados y diferencias salariales: que se establezca el compromiso de pago por parte del Departamento Ejecutivo.

- Recursos humanos: que se establezca el cronograma de regularización de los cargos inestables. Que se rechace cualquier tipo de ajuste en el área de Salud.

- Condiciones de trabajo: que el Departamento Ejecutivo se comprometa a proveer todas las Historias Clínicas, los insumos hospitalarios, el equipamiento, el espacio físico apropiado y los recursos humanos necesarios para una adecuada atención de los pacientes. Que se rechace la tarjeta reloj para el control de la asistencia de los profesionales.

Sin otro particular, saludamos a Ud. atentamente.

**Klga. Ftra. Graciela J. Meroi, Secretario**  
**Dr. Raúl A. Magariños, Presidente**

## CARTA DOCUMENTO

**De: DR. RAÚL A. MAGARIÑOS**  
**AVENIDA PTE H YRIGOYEN 1757**  
**(B1602BPD) FLORIDA**

**A: SR. INTENDENTE DE LA**  
**MUNICIPALIDAD DE VICENTE LÓPEZ**  
**DON ENRIQUE GARCÍA**  
**AVENIDA MAIPU 2609**  
**(B1636AAG) OLIVOS**

**Florida, 31 de agosto de 2009.**

En mi carácter de Presidente de la Asociación de Profesionales del Hospital Municipal de Vicente López, con domicilio legal en H. Yrigoyen 1757 de la localidad de Florida, partido de Vicente López, con Personería Jurídica de la Provincia de Buenos Aires N° 10.306, me dirijo a Usted después de haber agotado las instancias de diálogo y de haber reclamado verbalmente y también por escrito que se abone el incremento salarial correspondiente al personal comprendido en el régimen de la Carrera Profesional Hospitalaria (Ordenanza N° 25.300 de adhesión a la Ley Provincial N° 10.471 y sus modificatorias).

Por ello, intimo a Usted para que ordene que en el término de cinco (5) días hábiles se liquiden los siguientes conceptos, de acuerdo con la grilla establecida por

la Provincia de Buenos Aires con retroactividad a marzo de 2009:

- Aumento salarial del 11%
- Aumento de las bonificaciones de la Ley 10.471
- Aumento de los montos de los reemplazos de guardia
- Aumento de los salarios de los Residentes
- Pago de la bonificación especial de \$ 600 por única vez

La presente intimación se realiza bajo apercibimiento de iniciar las acciones gremiales, administrativas y judiciales que pudieren corresponder.

Queda Usted notificado.

**Dr. Raúl A. Magariños**  
**DNI: 11.008.759**

# "Debemos reivindicar la tarea del médico"

***Dos importantes proyectos de ley fueron presentados en la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires por el diputado Dr. Horacio De Simone, Vicepresidente de la Comisión de Salud. Ambos proyectos apuntan a proteger la salud de los profesionales médicos.***

El Dr. Horacio De Simone, Diputado Provincial y Consejero del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV, impulsa en el Congreso provincial un proyecto de ley para que se establezca "que todas las tareas efectuadas por los profesionales médicos en el territorio de la Provincia de Buenos Aires sean afectadas al régimen de insalubridad laboral con los alcances que ello implica".

El Dr. H. De Simone fue entrevistado por Distrito IV y explicó los fundamentos de su proyecto de ley, que ya tiene tratamiento en las correspondientes comisiones parlamentarias:

"El proyecto de insalubridad no es sólo para beneficiar a los médicos, sino también a los pacientes. La cantidad de horas y de stress aportados a la profesión son muchas, lo cual no permite igualar esta carrera a ninguna otra, por lo cual estamos tratando de impulsar desde el Colegio de Médicos Distrito IV y otras instituciones, la Ley de Insalubridad, como sucede con los radiólogos, que tienen menor carga horaria, menor tiempo para jubilarse y un salario mayor por insalubridad".

El Dr. H. De Simone también ha presentado otro proyecto de ley para que el síndrome de burn out (o síndrome del trabajador quemado) en la actividad médica sea reconocida por las ART como enfermedad laboral. "Los dos proyectos ya tienen estado parlamentario y están aprobados por la Comisión de Salud, y estamos esperando el dictamen de la

Comisión de Legislación para bajarlos al recinto y conseguir la sanción de la Cámara de Diputados. Seguramente van a tener sanción favorable, tanto en Diputados como en Senadores, ya que no tiene peros ni contras".

¿Cuáles son las áreas críticas en las que se manifiesta este síndrome? "En general la actividad médica es una actividad crítica", destaca el legislador, "pero en particular la Guardia, porque uno nunca sabe



qué hay del otro lado de la puerta, desde un accidentado grave hasta un resfrío. El médico de guardia, además, es el receptor de toda la violencia social que hoy también se expresa en el hospital. Otra es Terapia Intensiva Neonatal, ya que la posibilidad de ver fallecer a un recién nacido es sumamente estresante, y también Terapia Intensiva tanto pediátrica como de adultos, Neurocirugía, entre otras. Pero sin dudas la Guardia es una fuente importante de burn out".

Para el Dr. H. De Simone "el médi-

co perdió hace mucho tiempo la capacidad de vivir dignamente con un solo trabajo, esto obliga a tener varios empleos para obtener un salario aceptable. Esto lleva a un gran desgaste, con el agravante de los juicios por responsabilidad profesional que permanentemente nos están acosando, lo que determina una situación de stress laboral altísima. Tenemos que cuidar a aquellos que atienden a las personas, que están con nosotros al principio y al final de nuestra vida. Tenemos que reivindicar la tarea del médico".

Sin embargo, el Dr. H. De Simone aclara que "los beneficios de estos proyectos son principalmente para la salud de los pacientes. Si no consideramos insalubre el ejercicio de la Medicina, dentro de poco tiempo nos vamos a quedar con muy pocos médicos jóvenes".

Ambos proyectos se enmarcan en una serie de propuestas legislativas para mejorar significativamente la situación laboral de los profesionales médicos. "Esto viene acompañado por una iniciativa que estamos llevando adelante con el Colegio de Médicos Distrito IV, que es el cambio de la Ley 10.471 por una ley de Carrera Médico Hospitalaria Pública exclusivamente, que contemple al médico de Guardia, al médico de planta, los distintos estamentos de la carrera médica. Hay toda una nueva perspectiva que estamos trabajando, y dentro de poco tendremos los primeros bocetos del proyecto de ley".

# Asamblea Extraordinaria de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel)

## Declaración de Santa Cruz - Bolivia sobre la Actividad Médica Asistencial

Considerando los altos riesgos en el ejercicio de la actividad médica asistencial:

- *Estrés laboral.*
- *Manipulación de elementos contaminados.*
- *Mayor exposición a enfermedades infecto contagiosas.*
- *Acoso Legal, entre otros.*

La Asamblea extraordinaria de la Confederación de Médica Latino americana y del Caribe RESUELVE:

- *Declarar la actividad médica asistencial riesgosa e insalubre.*
- *Promover en cada Estado Nacional la promulgación de una ley protección considerando la insalubridad del acto médico asistencial.*

La Asamblea Extraordinaria de la **Confederación Médica latinoamericana y del Caribe "Dr. Marco A. Becker"**, reunida en la ciudad de Santa Cruz, con amplia participación.

### CONSIDERANDO

Que la Salud es y debe ser prioridad para todos nuestros pueblos, y que los médicos son los actores principales de la gestión en salud.

Que los profesionales médicos de la región en su generalidad no cuentan con los debidos medios necesarios para un efectivo servicio, tales como: insumos, equipos, infraestructura, personal ni bioseguridad como así también estabilidad laboral con renumeración justa.

Que las Instituciones integrantes de la CONFEMEL-COLEGIOS MÉDICOS, ASOCIACIONES MÉDICAS NACIONALES, que cumplen la función de garantizar en ejercicio legal y los deberes y derechos de los médicos, merecen por parte de los Estados, el respeto y las garantías necesarias para el cumplimiento de los fines.

La Asamblea Extraordinaria de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe. RESUELVE:

### ARTICULO PRIMERO

Otorgar todo el apoyo y respaldo para que la gestión de la salud cumpla con el rol prioritario a nivel latinoamericano y de Caribe, exhortando a los gobiernos para que cumplan este deber otorgando la máxima atención y recursos, debiendo los Médicos ser tratados con las con-

sideraciones, importancia y dignidad por su compromiso con la salud.

### ARTICULO SEGUNDO

Apoyar toda gestión tendiente al mantenimiento de nuestras instituciones colegiadas, debiendo los COLEGIOS MEDICOS, ser reivindicados y mantenidos dentro el status de verdaderos actores y ser parte de la comunidad como instituciones meritorias.

### ARTICULO TERCERO

La CONFEMEL exige a las autoridades de investigación Judicial del Brasil que se efectúe una revisión exhaustiva y objetiva del asesinato del Dr. Marco Antonio Becker por las implicaciones de su militancia gremial en el ámbito nacional e internacional.

### ARTICULO CUARTO

Rechazar todo intento de agresión contra los COLEGIOS MEDICOS y/o ASOCIACIONES MÉDICAS, considerando a estos como un atentado a la salud y la seguridad en el ejercicio de la profesión médica, por tanto contra la salud de nuestros pueblos.

## Declaración de Santa Cruz - Bolivia en relación a la Pandemia de Gripe A H1N1

Considerando que la CONFEMEL, establece la prioridad a la salud por encima de la propiedad intelectual, propicia liberar las patentes de producción de medicamentos para el tratamiento de la Influenza A H1 N1, permitiendo así que los laboratorios públicos de Universidades u Hospitales produzcan los mismos.

Por ello la CONFEMEL exige a los Estados, asuman este compromiso y así garantizar la provisión del tratamiento y la vacuna, a la vez se solidariza con los Presidentes Latinoamericanos que ya se expresaron en este sentido.

Así mismo, la CONFEMEL exhorta a la OPS y OMS a definir los criterios técnicos para los informes de los Gobiernos relacionados con los índices de movilidad y mortalidad de la A H1N1, para una mejor evaluación epidemiológica de la enfermedad, que permita informar y prevenir a la población oportunamente de los riesgos reales al no acatar la recomendaciones para su prevención.

# "Tenemos más de 800 mil niños susceptibles al sarampión"



**La Dra. Alejandra Gaiano, Coordinadora de la Campaña, trabaja en Inmunizaciones de la Dirección de Epidemiología, coordinando campañas de vacunación. Anteriormente coordinó la de Vacunación contra la Rubéola en Hombres. Además, es Directora del Curso Superior de Infectología Pediátrica en el Colegio de Médicos Distrito IV junto a la Dra. Angela Gentile.**

**¿Qué tal fue el resultado de la Campaña de Vacunación contra la Rubéola en Hombres?**

El resultado no fue el óptimo, porque hubo otras infecciones emergentes como inicialmente el dengue y después la Gripe A H1 N1, con lo cual todos los esfuerzos del sistema de salud se pusieron en mitigar estas dos infecciones. Por ello en esta campaña de sarampión polio, uno de los objetivos secundarios es vacunar a los hombres y mujeres entre 16 y 39 años que todavía no estén vacunados con la doble viral.

**¿Qué porcentaje llegaron a vacunar?**

Hasta ahora un 89% de la población masculina, que son 6.300.000 hombres, y el 98,8% de las mujeres en el 2006, o sea que quedan por vacunar muy pocas mujeres y casi un millón de hombres. Las provincias donde quedan más hombres son la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que es la que tiene peor cobertura de todo el país, Prov. de

Buenos Aires que es la que tiene mayor población objetivo, y después Córdoba y Rosario.

**¿A qué se debe que la Ciudad de Buenos Aires tenga la peor cobertura?**

En general se les dificultó mucho poder generar estrategias para captar a la población masculina, que en parte es más resistente a vacunarse que las mujeres y los niños, pero también depende cuánto se le explica por qué debe vacunarse. Si uno le explica bien por qué hay que prevenir el síndrome de rubéola congénita y qué produce, en general se los convence. Por el dengue y la Gripe A, la estrategia de difusión fue un poco pobre, no hubo difusión televisiva ni radial, hubo algo de folletería, y el sistema de salud entero estaba dedicado a otras infecciones, a disminuir la morbimortalidad por dengue y gripe, con lo cual no podríamos decir que fue una campaña, como esta que tiene difusión, comunicación social, las 24 jurisdicciones están comprometidas.

**Dr. Alejandra Gaiano, Coordinadora de la Campaña Nacional de Vacunación contra el Sarampión y la Poliomielitis.**

das.

### ¿Después de la epidemia de Gripe A se puede decir que hay un mayor nivel de conciencia en las instancias institucionales como para abordar una campaña de manera más comprometida?

Creo que sí. Tanto a nivel político como sanitario, y la comunidad en general perciben a las enfermedades infecciosas como una amenaza posible y, habiendo algo para prevenirlas, adhieren más a estas estrategias, en este caso la vacunación, o como en el caso del dengue la eliminación de los vectores.

### Había una idea de que tanto la polio como el sarampión estaban erradicados. ¿Esto no es así?

En realidad están eliminados en nuestro país. La poliomielitis está eliminada en todo el mundo, salvo en cuatro países donde continúa circulando la polio salvaje, Nigeria, Afganistán, Pakistán e India. Pero hay riesgo de introducir la polio salvaje desde esos países hacia el nuestro, porque si bien tenemos una cobertura global de vacunación aceptable para poliomielitis, hay 147 municipios en nuestro país que tienen bajas coberturas para polio, y esto hace que estemos en riesgo de brote. Desde 1985 que no tenemos ningún caso de polio salvaje, pero esta Campaña es una forma de prevenir que haya un brote. Otra causa por la que se hace la campaña es que hay un caso de poliomielitis sabin derivado. La vacuna Sabin es una vacuna atenuada, pero esta vacuna encontró tantos intestinos susceptibles en tantos niños que no estaban vacunados que se volvió a hacer virulenta. La vacuna Sabin es una vacuna muy buena que tiene inmunidad tanto general plasmática como intestinal, y ha sido uno de los pilares de

la erradicación de la polio en el mundo. Sin embargo, cuando las coberturas no son adecuadas la vacuna puede mutar y hacer un poliovirus Sabin derivado. Hay un caso que se diagnosticó en el 2009 en un chico de San Luis, y este virus es patógeno, con lo cual puede enfermar tanto a chicos sanos como enfermos. Con la vacuna Sabin que ahora se le va a dar a todos los chicos, se va a cortar la circulación del virus Sabin derivado, porque no va a encontrar intestinos susceptibles.

### ¿Por qué se produce la mutación del virus Sabin derivado?

Este virus, si encuentra a todos los chicos vacunados, no puede mutar.

***“Hay 147 municipios en nuestro país que tienen bajas coberturas para polio, y esto hace que estemos en riesgo de brote. Desde 1985 que no tenemos ningún caso de polio salvaje, pero esta Campaña es una forma de prevenir que haya un brote”.***

Va mutando porque encuentra chicos que tienen baja cobertura con Sabin, o también porque fueron vacunados con Salk, que es otra vacuna, que no genera inmunidad intestinal por lo cual el virus puede mutar y hacerse virulento.

### ¿En que casos se consideran bajas coberturas?

Cuando fue vacunado menos del 80%. En ese caso es muy baja cobertura. Entre 80 y 95% son coberturas bajas aunque aceptables. Las coberturas óptimas que tenemos que tener en todos nuestros municipios son de más del

95%. Con ese nivel de cobertura no tendríamos que hacer una campaña como esta.

### ¿Qué factores inciden para que haya mayor o menor cobertura?

Lo que más incide son las oportunidades de vacunación perdidas por falsas contraindicaciones. Las contraindicaciones son infecciones graves, fiebre de más de 39 °C o, para algunas vacunas, inmunosupresiones, trasplantados. Pero, salvo estos casos, todos los chicos se tienen que vacunar, aunque no tengan carnet. Sí o sí cuando un chico se acerca a un sistema de salud y tiene su esquema de vacunaciones completo, hay que vacunarlo. Pero a veces pasa que terminan sin vacunarse, en el primer año de vida por lo general tienen infecciones virales, catarrros, y esta es una falsa contraindicación muy común.

### ¿Las campañas nacionales son las que garantizan una alta cobertura?

Las campañas se hacen por alguna cuestión específica y para alguna enfermedad específica, en general para enfermedades que están en fase de erradicación, si no hay que hacer un trabajo diario durante todo el año para mejorar el nivel de cobertura, que es lo que está haciendo ahora el Programa de Inmunizaciones de la Dirección de Epidemiología. Se está haciendo un trabajo con las 24 jurisdicciones de nuestro país para realizar estrategias que mejoren las coberturas, tanto al año de vida como al ingreso escolar, trabajando fuertemente con el Ministerio de Educación de la Nación para poder hacer un trabajo interdisciplinario en escuelas y jardines maternales. El Ministerio de Educación va a reparar dos millones de dípticos explicando el por qué de la campaña, y

los directores de escuelas de todo el país van a explicarles a los padres la importancia de la vacunación, y en algunas provincias van a ir directamente a vacunar a los jardines de niños.

### ¿Cuáles son las características del virus salvaje?

Hay tres tipos, que en el 99% de los casos no da síntomas, pero un 1% tiene parálisis, la cual puede ser autolimitada, pero la mayoría de las veces es permanente, y en algunos casos puede llegar a la muerte. No hay ningún caso de polio salvaje en el país, y la campaña se hace para que no vuelva a haberlo. La expectativa de esta campaña es llegar al 95% de cobertura en la totalidad de los municipios del país.

### En el caso del sarampión, ¿cuáles son las poblaciones afectadas?

La mayoría de las veces, tanto la polio como el sarampión afecta niños menores de 5 años, aunque puede afectar a adultos que aún no tienen los anticuerpos. El sarampión es también una enfermedad viral, que produce una erupción, catarro, conjuntivitis, mocos y tos. Muchas veces es autolimitado, pero un porcentaje grande tiene neumonía, que es lo que mayoritariamente lleva a la internación, puede producir ceguera, una infección del sistema nervioso central llamada encefalomielitis. También puede producir panencefalitis esclerosante subaguda, que es una enfermedad degenerativa del cerebro que se produce aproximadamente a los cinco años de la infección aguda. Es evolutiva, y va produciendo retraso mental hasta que los chicos quedan con secuelas neurológicas graves. El sarampión tiene entre 3 y 6 % de mortalidad, sobre todo en chicos menores de 3 años o desnutridos. En Argentina

tenemos más de 800 mil niños susceptibles al sarampión. La OPS recomienda que cuando la población susceptible al sarampión es igual a una cohorte de nacidos vivos, hay que hacer una campaña como la que estamos haciendo, ya que ahí es cuando se producen los brotes de sarampión. En la Argentina tuvimos brote de sarampión entre 1997 y el 2000, cuando se presentó el último caso en la provincia de Córdoba, y desde ese momento no tenemos ningún sarampión autóctono. Este año hubo dos casos de niños que tuvieron sarampión importado, que se contagiaron de una turista europea, y otro caso de un inglés que entró al país con sarampión.

### ¿Cómo se llegan a detectar estos casos?

Hay un sistema de vigilancia epidemiológica por el cual todos los médicos pediatras que atienden chicos con erupción o fiebre tienen que hacerles serología para sarampión y rubéola, dos enfermedades que están en fase de eliminación, que son de notificación obligatoria. Se ingresan a un sistema de vigilancia en todas las provincias, y después las analiza la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Esto se tiene que hacer lo más rápido posible.

### ¿Qué va a pasar en esta campaña con los niños que tiene una enfermedad en curso o están inmunodeprimidos?

La campaña dura cinco semanas, con lo cual los pacientes que está con una enfermedad en curso se espera que se curen y luego se vacunan. Los pacientes que tienen enfermedades crónicas, como celiacía, EPOC, cardiopatías y demás, pueden y deben recibir las dos vacunas, la Sabin y la doble viral, no hay ningún inconvenien-

te. Los que no pueden recibir estas vacunas son los pacientes trasplantados de médula ósea, trasplantados de órganos sólidos como riñón o hígado, y los pacientes con inmunodeficiencias congénitas. Con respecto a los pacientes con inmunodeficiencia adquirida, en vez de recibir la Sabin van a recibir la Salk, otra vacuna para poliomielitis pero inactivada.

### ¿Cómo se diagramó esta campaña?

Tenemos mucho apoyo de sociedades científicas como la Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica, la Organización Panamericana de la Salud, de Unicef. Todas fueron convocadas antes del inicio de la campaña para que formen parte del Comité Técnico Nacional, que es el que toma las decisiones con respecto a la edad de vacunación, a los cuidados de la población inmunosuprimida, entre otras, con lo cual apoyan fuertemente la campaña. Ante cualquier duda técnica se encuentran los lineamientos y los fundamentos de la campaña en las páginas web de estas sociedades científicas. También se va a publicar en el sitio web del Ministerio de Salud el desarrollo de la campaña respecto a las dosis aplicadas en las 24 jurisdicciones, para que cualquiera pueda verlo.

### ¿Alguna recomendación a los profesionales del sistema de salud?

Es importante que todos los profesionales de salud, especialmente los pediatras, los médicos de familia, los médicos generalistas y los enfermeros adhieran a la campaña, entiendan el por qué de la misma, y sepan que el equipo de campaña del Ministerio de Salud está disponible ante cualquier duda y sugerencia.

# "La disfunción eréctil puede avisarnos acerca de otras enfermedades presentes"

*Entrevistamos en nuestro programa Médicos y Comunidad al Dr. Miguel Alfredo Rivero, urólogo, ex Presidente de la Sociedad Americana de Medicina Sexual y Director del Curso de Medicina Sexual del Colegio de Médicos Distrito IV.*

### ¿Qué es medicina sexual?

Es una denominación relativamente reciente que trata de abarcar todos los aspectos relacionados con la sexualidad. Es una especialización multidisciplinaria, que comprende los aspectos asistenciales, educacionales, de investigación, en función de la sexualidad. Este nombre lo han adoptado sociedades científicas como la Sociedad Internacional de Medicina Sexual, y sus regionales como la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual, y la publicación más importante de nuestra especialidad es el Journal of Sexual Medicine.

### ¿Cuál es la causa más frecuente de consulta?

En la década anterior predominaban las consultas por disfunciones eyaculatorias. En 1998 aparece el primer tratamiento oral -citrate de sildenafil-, el primer comprimido destinado al tratamiento de la disfunción eréctil, que ha sido un verdadero impacto mucho más allá de la medicina, y eso generó expectativas por todos conocidas, lo cual hace que hoy en día prácticamente la disfunción eréctil y las disfunciones eyaculatorias ocupen los lugares de mayor predominancia en las consultas.

### Desde que apareció la pastilla en el mercado, ¿disminuyeron las consultas?

No al contrario, se incrementaron.

### ¿Pero los hombres van en búsqueda de una receta mágica?

Con relación a lo que se llama el ciclo sexual masculino, se han establecido fases, que son los componentes de ese ciclo: el deseo, la erección, el orgasmo y la eyaculación. Cada una de esas fases puede tener una disfunción. ¿Qué entendemos por disfunción eréctil? Es la incapacidad del hombre, temporaria o permanente, para alcanzar y/o mantener una erección con suficiente rigidez que le permita una relación sexual satisfactoria.

En general, los pacientes no tienen conocimiento minucioso de la biología de la erección, y van a la consulta en busca de una respuesta simple. El profesional que está actuando tiene dos posibilidades: puede prescribir un comprimido y nada más, o realizar un abordaje integral, es decir, ver qué hay detrás de esa consulta. Muchas veces la disfunción eréctil nos está avisando acerca de algo que está pasando en ese organismo. En uno de cada tres pacientes que consulta por disfunción eréctil se puede diagnosticar, en el momento, una enfermedad o factor de riesgo que desconocía hasta entonces y que puede provocar total o parcialmente la disfunción, por ejemplo, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia.

### ¿Con la pastilla se termina el problema de la disfunción eréctil?

Hay que transmitir que el citrato de sildenafil es un medicamento y debe ser considerado como tal, no se lo debe minimizar, y debe estar bajo la prescripción médica. El hombre que tiene una disfunción eréctil debe acudir a una consulta profesional, y en nuestro país hay excelentes profesionales, tanto en la práctica privada como en la pública, a los que pueden consultar los pacientes, y evitar en todo





*“Hay veces que en realidad se trata de una disfunción del deseo, o una disfunción situacional de la pareja, y es por eso que hay que hacer un buen interrogatorio para saber si realmente lo que está consultando el paciente es una disfunción eréctil”.*

concepto la automedicación, que a veces se utiliza para esconder otras disfunciones. Hay que tener en cuenta que lo que precede al ciclo sexual es la autoestima, y luego del ciclo viene el período refractario, que es el tiempo que transcurre hasta que el hombre está en capacidad de reiniciar otro ciclo.

**Muchas veces la disfunción eréctil impacta en la autoestima, lo cual a su vez provoca disfunción, generando un círculo vicioso. ¿Cómo trabajan en estos casos?**

En primer lugar, haciendo una muy buena historia clínica, lo que permite identificar si lo que realmente tiene el paciente es una disfunción eréctil. Hay veces que en realidad se trata de una disfunción del deseo, o una disfunción situacional de la pareja, y es por eso que hay que hacer un buen interrogatorio para saber si realmente lo que está consultando el paciente es una disfunción eréctil. Cuando está especificada la situación de disfunción eréctil hay que hacer un buen examen físico, porque muchas veces en el pene hay alteraciones que el paciente desconoce y que pueden modificar la respuesta terapéutica. Por ejemplo, la fibrosis peneana difusa, que acompaña a algunas afecciones crónicas, y que hay que

evaluar con exámenes complementarios. En algunos casos, por la edad de consulta de los pacientes, está indicada la evaluación de la salud prostática.

**¿Se puede estimar qué prevalencia tiene la disfunción eréctil?**

Hay un estudio epidemiológico clásico en la medicina sexual, que se hizo en la década pasada en EEUU, que arrojó como resultado que el 52% de los hombres de entre 40 y 70 años tienen algún grado de disfunción eréctil.

**¿Cuáles son las diferencias con las disfunciones eyaculatorias?**

Hay varios tipos de disfunciones eyaculatorias. La más conocida y la más frecuente en la consulta hasta la aparición del citrato de sildenafil, es la eyaculación precoz o prematura, pero desde entonces está en plano de igualdad con las demás. Cuando se habla de eyaculación precoz tenemos que precisar con respecto a qué se define esa precocidad, ¿precoz con respecto a la voluntad de eyacular, con respecto a la penetración o con respecto al orgasmo de la mujer? En cualquiera de los tres casos es precoz. Dentro de los elementos de juicio que intervienen en la eyaculación precoz, debemos

mencionar el tiempo hasta alcanzar la eyaculación, el control del hombre sobre la misma, y la satisfacción que recibe el hombre a través de ella. Ese es un triángulo básico sobre el cual se basa la eyaculación. Al igual que con la disfunción eréctil, tenemos que hacer un minucioso interrogatorio, para saber si ese es el problema primario o es un problema secundario. Hay hombres que cuando empiezan a tener alguna dificultad en la erección, esto se acompaña de una eyaculación precoz. En este caso sería secundaria a una disfunción eréctil. Con el interrogatorio comienza a desmenuzarse el problema, mientras que si se instituye un tratamiento para la eyaculación prematura, se está perdiendo de vista aquello que la origina. Una de las prácticas habituales de hombres con eyaculación precoz desde sus inicios sexuales, es la llamada segunda relación sexual, y cuando hay dificultad en alcanzar la segunda erección, también se manifiesta la eyaculación precoz.

**¿Esta disfunción no tiene que ver con la edad?**

Los estudios acerca de las prevalencias poblacionales de la eyaculación prematura muestran que se mantiene más o menos constante a lo largo de los años, mientras que

se ve un incremento en la disfunción eréctil a partir de los 40 años. En los más jóvenes predomina la consulta por eyaculación prematura, mientras que en los adultos por disfunción eréctil.

### ¿Qué importancia tiene la testosterona?

La testosterona es la hormona masculina por excelencia, que se produce en los testículos. Cuando no había herramientas terapéuticas, se utilizaba la testosterona en forma empírica para tratar la disfunción eréctil. En los últimos años, se ha visto la importancia que tiene esta hormona en el desarrollo y la función sexual masculina., pero hay que diferenciar dos procesos. Uno es el envejecimiento fisiológico, al cual estamos todos expuestos con una lenta declinación de nuestras funciones y de los órganos, pero entre el 20 y 25% de los hombres a partir de los 40 años, presenta una disminución más significativa de sus niveles de testosterona, y esto viene acompañado de un cuadro clínico. Cuando el nivel de testosterona está por debajo de los considerados normales, estamos en presencia de una entidad conocida como andropausia. Sobre esta, un investigador ha dicho que es "un mal nombre para una verdadera entidad clínica", y es un mal nombre porque se lo quiso hacer equivalente a la menopausia, pero no hay una "pausa", no hay un cese de la función sexual masculina, sino que hay una declinación progresiva y paulatina. El nombre adecuado sería "hipogonadismo del adulto", y cuando están presentes el cuadro clínico y el de laboratorio, hay que considerar la posibilidad de suplementar la testosterona del paciente para que alcance los niveles normales. Esta situación de normalidad se llama eugonadismo, el verdadero estado de niveles de testosterona.

### ¿Esto disminuye el deseo?

La testosterona está en todo el cuerpo. Muchos órganos manifiestan estos niveles de testosterona, pero quizás los mayores niveles de consulta están relacionados con la actividad sexual, fundamentalmente el deseo, y se acompaña de la disfunción eréctil, así como también un estado de decaimiento general. También puede haber otros órganos afectados, que tienen manifestaciones, y deben ser evaluados, como por ejemplo alteración en el estado de los huesos, de la fuerza muscular. Hay pacientes que pueden parecer depresivos, cuando en realidad lo que tienen es una falta de testosterona. Si los niveles de la hormona no son los adecuados, el tratamiento oral, con el comprimido en cualquiera de las tres moléculas que están presentes en el mercado argentino, no tiene la eficacia terapéutica que tendría si los niveles de testosterona son los óptimos.

### ¿Se están buscando formas alternativas al uso del citrato de sildenafil?

Este fue el primer fármaco que se aprobó para el tratamiento de la disfunción eréctil, y su marca comercial Viagra se ha popularizado en todo el mundo. Posteriormente salieron otras moléculas, el vardenafilo y el

tadalafilo, con sus nombres comerciales, y en la actualidad tienen la posibilidad de ser utilizados en nuestra práctica.

### ¿Por qué a veces el deseo disminuye si no está relacionado con la testosterona?

Con respecto al deseo, hay que analizar la situación de la pareja que puede influir en el deseo de uno o de ambos, ya que hay factores emocionales y biológicos. Por ello la importancia del interrogatorio para desmenuzar todos los elementos que nos puede aportar el paciente y, cuando es posible, hacerlo con la pareja.

### ¿Hay tratamientos alternativos, más allá de los farmacológicos?

El concepto vigente es que la disfunción eréctil es predominantemente biogénica, acompañado de una constelación de factores de riesgo o enfermedades, como hipertensión, dislipidemia, diabetes, edad, falta de testosterona, que están vinculados entre sí, y se desarrollan en un individuo en su universo psicosocial. Por eso debemos tener presente que esa situación biogénica se da acompañada por factores emocionales con mayor o menor repercusión.



# Cuando los medicamentos representan un riesgo

***Falsificación, venta libre, automedicación, son algunos de los riesgos para la salud pública que encierra la problemática de los medicamentos en la Argentina.***

A partir de las denuncias realizadas por la ex Ministra de Salud Graciela Ocaña acerca de la existencia de una presunta mafia farmacéutica, y la investigación judicial sobre el suministro de medicamentos adulterados a una obra social, tomó estado público esta preocupante problemática acerca de un vil negocio que amenaza seriamente la salud pública.

Cada año, millones de cajas de medicamentos falsificados, adulterados o robados circulan a través de un mercado ilegal y llegan a ser consumidos, vulnerando todos los circuitos de trazabilidad que garantizan la procedencia y calidad de los mismos, lo cual además pone en evidencia una serie de cuestiones que deberían ser abordadas de manera urgente.

Una de ellas es el tema de la venta libre. Con las desregulaciones producidas en los años '90, las farmacias perdieron la exclusividad en la venta de medicamentos, los cuales comenzaron a ser comercializados en kioscos, almacenes, transportes públicos y hasta en la calle, sin ninguna garantía de que estos no provengan justamente de ese mercado ilegal.

Si bien según el Programa de pesquisa de medicamentos ilegítimos de la ANMAT, en los últimos años ha disminuido el expendio de esos medicamentos, esta práctica sigue estando muy difundida, y el Estado ha demostrado tener un escaso poder de fiscalización al respecto.

Paralelamente, se lanzaron intensas campañas publicitarias promoviendo el consumo de medicamentos, revistiéndolos de un carácter casi inofensivo a los ojos del público, induciendo así a la automedicación, y generando una cultura de consumo y despojando a los fármacos de sus características de drogas que necesariamente deben ser prescritas por el médico. En su Estudio sobre Anuncios Televisivos de Alimentos y Medicamentos, de abril 2009, el COMFER (Comité Federal de Radiodifusión) destaca que en términos sencillos puede decirse que actualmente asistimos a un discurso televisivo en el cual las recomendaciones que promueven acciones y hábitos saludables se encuentran, en su mayoría, en manos de empresas comerciales que ligan dichas recomendaciones a la venta de sus productos, y que cuando se aborda la temática de la salud son generalmente periodistas, conductores, presentadores e invitados de progra-

mas quienes parecieran erigirse, por sí mismos, como fuente autorizada de la información que se difunde.

Las estadísticas al respecto son por demás preocupantes, no sólo en la Argentina, sino también a nivel mundial. En algunos países, entre 30 y 50% de los casos de falla hepática aguda se asocian con el uso de un fármaco de venta libre. En los Estados Unidos, el mal uso de fármacos constituye la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En nuestro país, según estimaciones de la Confederación Farmacéutica Argentina, el 35% de las ventas se hace sin prescripción médica, y como consecuencia el 15% de las consultas son por esta causa y el 5% termina en internación hospitalaria. El ranking de la automedicación lo encabeza una amplia gama de antibióticos, seguidos por analgésicos y ansiolíticos.

Sin embargo, hay avances en materia legislativa que se están intentando dar en el Congreso de la Nación, a través del proyecto de ley de trazabilidad de medicamentos, y de establecer una normativa que determine la venta de medicamentos exclusivamente en farmacias y prohíba su venta libre.

El proyecto de ley de Trazabilidad de Medicamentos, señala que "la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), alerta sobre "la existencia actual de numerosas irregularidades que afectan directamente la cadena de comercialización de medicamentos y que ponen en serio riesgo la salud de la población", y agrega que "las irregularidades denunciadas comprenden medicamentos de origen ilegítimo, facturas apócrifas, etiquetas y estuches adulterados, vencimientos adulterados, desviación de medicamentos de programas de salud, etc.", y por ello propone un método de trazabilidad "adecuado para encarar un verdadero y completo control en la cadena de comercialización de medicamentos, susceptible de verificación en cada etapa, desde la introducción del producto al mercado hasta su adquisición por parte del consumidor final".

El seguimiento se realizaría por medio de la incorporación de una etiqueta en el envase, que incluye un



chip con los datos fundamentales del medicamento más una firma digital, elementos que permiten chequear el origen de cada caja por el sujeto que la adquiere. Si se produce un robo "se informa al sistema, el cual inmediatamente "derrama" a todos los actores de la cadena la denuncia, estos últimos, por medio de un lector que controla el envase adquirido, sin mayor dificultad, pueden conocer el origen ilícito del producto que le es ofrecido".

Además, la mayor ventaja que aporta esta tecnología es la posibilidad que tiene el consumidor, vital interesado en muchos casos, de controlar recurriendo a Internet, para verificar la trazabilidad de lo comprado, por medio de un número de identificación que acompaña al ticket de pago. Esta tecnología es accesible y el sistema ya fue propuesto, años atrás, por la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital.

La dificultad para detectar las drogas apócrifas hace de la falsificación de medicamentos una actividad delictiva sumamente tentadora. Pero no se trata de una problemática local. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que los productos falsificados o adulterados representan entre el 5% y el 8% de los 550 mil millones de dólares que mueven por año los medicamentos. No existen datos precisos sobre el porcentaje de medicamentos que en Argentina se comercializan por fuera del circuito legítimo, las estimaciones varían desde un 10 a un 20 %. Unas 30

millones de cajas de medicamentos falsificados, adulterados o robados, ingresarían cada año a un "mercado negro" que mueve unos mil millones de pesos. Esto, sumado a los peligros de la automedicación y la compra de medicamentos por vías informales, causa 700 muertes y unas 100 mil internaciones al año, aunque según el Programa de pesquisa de medicamentos ilegítimos, del ANMAT, en los últimos años ha disminuido el expendio de medicamentos truchos en todo el país.

Por otro lado es imperioso establecer una política de medicamentos que termine con la cultura mercantilista de la venta libre, y que haga que la difusión de los medicamentos quede fuera del "libre juego del mercado", reemplazando la publicidad comercial por la educación de la población para un manejo responsable de los medicamentos, enfatizando los riesgos propios de su prescripción y consumo inadecuados.

La Cámara de Diputados de la Nación ya dio media sanción a un proyecto de ley que establece la venta de todo tipo de medicamentos en forma exclusiva en las farmacias habilitadas para ese fin, calificando como "ejercicio ilegal de la farmacia" su comercialización en otro tipo de establecimientos.

El proyecto, cuyo autor es el presidente de la Comisión de Salud Juan Sylvestre Begnis, determina que "la preparación de recetas, dispensa de drogas, medicamentos incluidos los de dispensa sin receta o denominados de venta libre, especialidades farmacéuticas cualquiera sea su condición de expendio, solo podrán ser efectuadas en farmacias habilitadas", especificando que deben ser dispensados personalmente en mostrador por farmacéuticos o personas autorizadas para el expendio.

En el caso de contar con la media sanción de Senadores, este proyecto va a derogar los artículos 14 y 15 del decreto 2.284/91, ratificado por ley 24.307, que en los noventa permitió abrir al mercado la venta de medicamentos.

Al respecto, señala en sus fundamentos que "a partir de la sanción del mencionado decreto sobre desregulación económica se pretendió generalizar la venta de medicamentos de venta libre, permitiéndose que se comercialicen los mismos en otros locales comerciales aunque no fueran las farmacias habilitadas argumentando para ello su baja toxicidad y supuesta disminución de los precios por exacerbación de la oferta", pasando el medicamento de ser un bien social a ser un bien de mercado.

Sin embargo, aclara que los "pretendidos resultados no se lograron, ya que los medicamentos aumentaron de precio en más de un 140% en 10 años, a pesar de la convertibilidad, registrándose en los referidos establecimientos la existencia de medicamentos robados, adulterados y falsificados".

Por lo antes mencionado nuestro Colegio de Médicos Distrito IV trabaja en la concientización de la consulta con su médico para evitar daños irreparables en la salud de las personas.

# CURSOS SUPERIORES

- *Anatomía Patológica*
- *Administración Hospitalaria*
- *Cardiología*
- *Clínica Médica*
- *Dermatología*
- *Gastroenterología Infantil*
- *Ginecología*
- *Medicina General y/o Familiar*
- *Neumonología e Inmunoalergia Infantil*
- *Obstetricia*
- *Oftalmología*
- *Oncología*
- *Ortopedia y Traumatología*
- *Pediatría*
- *Salud Pública*
- *Terapia Intensiva*

COMIENZAN  
EN 2010

Abierta la  
inscripción

# CURSOS DE ACTUALIZACIÓN y CAPACITACIÓN

- *Auditoria Médica*
- *Multidisciplinario Sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida*
- *Medicina de Urgencia y Trauma*
- *Medicina Sexual*
- *Práctica Procesal, para actuar como Peritos en la Justicia*
- *Psiquiatría Forense*

COMIENZAN  
EN 2010

Abierta la  
inscripción



## Informes e Inscripción

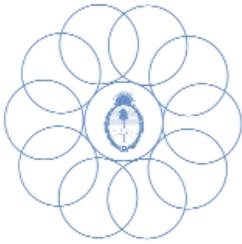
**COLEGIO DE MÉDICOS DE LA  
PROV. BS.AS. DISTRITO IV**

Pte.Perón 3938 SAN MARTÍN

Tel/Fax 4755-1970

[colegio@colmed4.com.ar](mailto:colegio@colmed4.com.ar)

[www.colmed4.com.ar](http://www.colmed4.com.ar)



# COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Consejo Superior

## Valor de la Consulta Mínima Ética y Guardia de 24 horas

### VISTO:

Las disposiciones del Decreto Ley 5413/58

### Y CONSIDERANDO:

Que por resolución 715/09, se ha actualizado el valor de la Hora Médica Colegio, y que en función de ello corresponde proceder a la actualización del valor mínimo ético para la consulta médica y guardia médica de 24 horas;

### POR ELLO

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

### RESUELVE

Artículo 1º: Fijar para consulta mínima ética a partir del día de la fecha, la suma de PESOS SETENTA (\$ 70).-----

Artículo 2º: Fijar para la Guardia de 24 horas en establecimientos públicos o privados el valor mínimo ético de PESOS MIL DOSCIENTOS SESENTA (\$ 1.260).-----

En todos aquellos casos que la guardia sean de una Especialidad, y el médico de guardia se encuentre certificado por el Colegio de Médicos en la misma, tiene derecho y se le deberá reconocer su Jerarquización Profesional con un 20 % por encima del valor establecido como mínimo ético.-

De la misma manera, en todos aquellos casos en que la guardia sea de sábado, domingo o feriados, corresponderá el pago de una 20% por encima del valor estipulado como mínimo ético.-

También corresponde en los casos que el médico desempeñe funciones de Jefatura el reconocimiento de un 20% sobre el valor estipulado como mínimo ético.-

Fijar un mínimo ético para los Sistemas Capitados de PESOS DIECISEIS (\$ 16).-

Artículo 3º: De forma.-

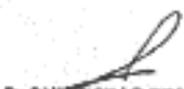
Artículo 4º: Comuníquese a los Colegios Distritales, y a las Instituciones Públicas y Privadas de la Provincia de Buenos Aires. Cumpido archívese.-

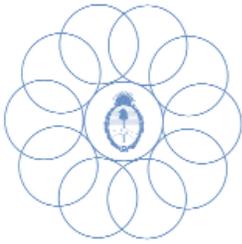
RESOLUCION C.S. Nº 716/09

LA PLATA, 29 de Agosto de 2009.-

  
DR. RUBÉN H. TUCCI  
SECRETARIO GENERAL



  
Dr. GASPAR LO GRASSO  
Presidente



# COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Consejo Superior

## Valor de la Hora Médica Colegio



DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
CONSEJO SUPERIOR

VISTO:

Las disposiciones del Decreto Ley 5413/58

Y CONSIDERANDO:

- Que la Mesa Directiva ha presentado una propuesta tendiente a la actualización del valor de la Hora Médica Colegio;
- Que dicha iniciativa, aprobada por unanimidad por todos los Distritos que componen este Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, tiene por objeto recuperar el deterioro que sufre el honorario médico en defensa de la dignidad y el decoro profesional.-

POR ELLO

EL CONSEJO SUPERIOR DEL COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
RESUELVE

Artículo 1º: Fijar a partir del día de la fecha el valor de la HORA MEDICA COLEGIO en la suma de PESOS DOSCIENTOS DIEZ (\$ 210).-----

Artículo 2º: Elevar la presente al Poder Ejecutivo a los fines que correspondan.-

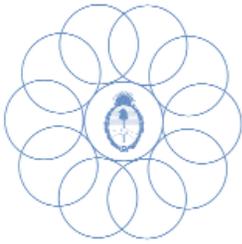
Artículo 3º: Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial, a las Instituciones y Colegios Distritales.  
Cumplido archívese.-

RESOLUCION C.S. Nº 715/09

LA PLATA, 29 de Agosto de 2009



Dr. SALVADOR LO ANTONI



# COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Consejo Superior

## Llamado a Selecciones Internas Ley 10.471

### VISTO:

Las diferentes metodologías utilizadas en los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires para llevar a cabo selecciones internas de profesionales que revistan en el régimen de la Ley N° 10.471 y sus modificatorias; y

### CONSIDERANDO:

Que la Ley de Carrera Profesional Hospitalaria (N° 10.471 y modificatorias) establece en su articulado los distintos tipos de concursos para acceder a los cargos y funciones;

Que, oportunamente, se dictaron los Decretos Reglamentarios para cada uno de los concursos, los que mantienen su vigencia;

Que, cuando la Dirección de un establecimiento público de la Provincia realice un llamado a selección interna para la cobertura de un cargo o función, resulta conveniente recomendar que se utilice el marco normativo vigente, ya que contempla todos los aspectos necesarios y establece criterios objetivos de igualdad para todos los postulantes;

### POR ELLO:

EL CONSEJO SUPERIOR DEL

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

### RESUELVE

**Artículo 1°.** Exigir a los Directores de los establecimientos públicos de la Provincia de Buenos Aires que utilicen la Ley N° 10.471, sus modificatorias y sus reglamentaciones, cuando realicen llamados a selecciones internas para la cobertura de vacantes de cargos o funciones.

**Artículo 2°.** El Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires reconocerá únicamente la metodología mencionada en el artículo anterior para la realización de selecciones internas.

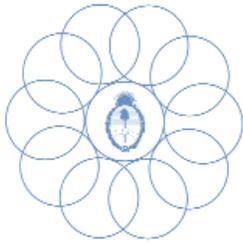
**Artículo 3°.** Regístrese, publíquese, notifíquese a quien corresponda y, oportunamente, archívese.

RESOLUCIÓN C.S. N° 720/09  
LA PLATA, 26 de Septiembre de 2009.

DR. RUBEN TUCCI  
SECRETARIO GENERAL



Dr. SANDOR LO GRASSO  
Presidente



# COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Consejo Superior

## Recepción de los Llamados de Emergencia

### VISTO:

La repetición de casos en los cuales ha habido denuncias y demandas judiciales en las cuales se cuestiona la clasificación sobre el grado de urgencia con que habrían debido responder los reclamos y pedidos de asistencia dirigido a organizaciones que prestan servicios médicos móviles, así como también la naturaleza del equipo asistente.

Y la inquietud que esa situación ha despertado en los profesionales médicos que concurren para el auxilio o visita domiciliaria, ya que muchas veces la realidad encontrada difiere de las condiciones descriptas en el pedido; y

### CONSIDERANDO:

Que ese cuadro de situación aumenta los reclamos judiciales por la imputación injusta contra médicos que no participan en la recepción y clasificación de los pedidos de asistencia, creando un clima de estrés y temor en los trabajadores de la salud;

Que, se ha observado que el personal receptor de los pedidos, en la mayoría de los casos, no son profesionales médicos y que muchos de ellos carecen de la supervisión médica que debieran tener;

Que el procedimiento de recepción de datos sobre el estado de salud del paciente, el interrogatorio pertinente sobre signos y síntomas, la clasificación del grado de urgencia y la determinación del tipo de equipo móvil que concurrirá al domicilio deben ser realizados por un profesional médico;

Que, ante la presencia de numerosos casos de delegación indebida de esas acciones a favor de personas que no poseen título profesional, corresponde señalar que la responsabilidad recae en los directores y los coordinadores médicos de esas organizaciones asistenciales;

Que, en uso de las atribuciones emergentes del arto 27, incisos 9º y 20º, del Decreto Ley 5413/58, corresponde definir las responsabilidades de los sujetos pasivos de esos deberes y la tipificación de la conducta a los fines disciplinarios;

POR ELLO:

**EL CONSEJO SUPERIOR DEL  
COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUE-**

### NOS AIRES RESUELVE

**Artículo 1º.** Todas las organizaciones asistenciales, públicas o privadas, que presten servicios médicos móviles para atender pacientes en su domicilio y/o para trasladarlos a un establecimiento para su asistencia terapéutica o diagnóstica, deberán contar, al menos, con un profesional médico de asistencia permanente en su oficina de recepción de llamados telefónicos y centro de comunicación.

**Artículo 2º.** El profesional mencionado en el artículo anterior deberá suscribir, con su firma y sello aclaratorio, las planillas o libros en los cuales se registran los llamados telefónicos y en que se efectúe la clasificación del pedido en cuanto al grado de urgencia requerido, al tipo de vehículo y al equipo que concurrirá como respuesta al llamado.

**Artículo 3º.** La clasificación del pedido con la determinación de la modalidad en la respuesta, no son delegables en personas carentes de la correspondiente formación profesional.

**Artículo 4º.** Los directores y los coordinadores médicos de las organizaciones asistenciales que presten servicios médicos móviles que deleguen o toleren la delegación para que el personal no médico realice la clasificación del llamado y/o defina la modalidad de respuesta según fueran caracterizadas en esta resolución, serán considerados incursos en una falta ética sancionable a través del procedimiento disciplinario correspondiente según se dispone en el Capítulo XII del Decreto Ley 5413/58. Ello sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales que puedan afectar al caso.

**Artículo 5º.** Esta resolución tendrá la calidad de complementaria del Código de Ética.

**Artículo 6º.** Los Colegios de Médicos Distritales podrán implementar la presente Resolución, en función de sus respectivas situaciones regionales.

**Artículo 7º.** Regístrese, publíquese, notifíquese a quien corresponda y, oportunamente, archívese.

RESOLUCIÓN C.S. Nº 719/09  
LA PLATA, 26 de Septiembre de 2009

**Dr. Rubén H. Tucci - Secretario General  
Dr. Salvador Lo Grasso - Presidente**

Reunión del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires  
Distrito IV y el Intendente Municipal

## San Isidro: preocupación por la evolución de la Gripe A H1 N1

Se efectuó una reunión en el despacho del Sr. Intendente Municipal de San Isidro, Dr. Gustavo Posse y el Sr. Presidente del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV Dr. Rubén Tucci. Se abordaron distintos temas referentes a la salud en general, y en particular el Dr. Rubén Tucci manifestó su preocupación por la evolución de la Gripe A H1 N1 y la situación de los consultorios que se descentralizaron de Diabetes, Medicina Preventiva y Oncología.

Ante dicho requerimiento el Intendente Municipal acordó reiterar la Resolución N° 5 de la Secretaría de Salud Pública del 14 de septiembre de 2009, que de mantenerse la evolución de la actual Epidemia, los mismos serán reintegrados al Hospital Central "Dr. Melchor A. Posse", el día 1° de noviembre del corriente año, por cuanto entendía que se habría logrado el objetivo de preservar a la mencionada población de riesgo, que asiste a dichas especialidades.

### A todos los colegiados

Informamos que la sede de Presidente Perón 3938 cuenta con un amplio salón climatizado y con estacionamiento propio, que puede ser utilizado por los colegas para eventos sociales y/o particulares, consultando disponibilidad de fechas y servicios al Tel. 4755-1970.

### AMRA en nuestra sede

Se encuentra funcionando en la sede de nuestro Colegio de Distrito la seccional conurbano norte de AMRA (Asociación de Médicos de la República Argentina)

### Nuestro Coro

Le recordamos además a nuestros matriculados que quienes deseen integrar el **Coro del Colegio de Médicos Distrito IV**, pueden dirigirse a nuestro Colegio en Pte. Perón 3938, San Martín, Tel/Fax 4755-1970.

### A los colegas con inquietudes artísticas

que se expresen a través de la música, plástica, literatura, fotografía y demás expresiones artísticas, los convocamos a contactarse con nosotros para difundir su actividad, ya sea a través de un reportaje en alguno de nuestros medios, o la exposición de sus trabajos en nuestra sede.

Enviar un e mail con actividad desarrollada, y un teléfono de contacto [colegio@colmed4.com.ar](mailto:colegio@colmed4.com.ar)



Colegio de Médicos de la  
Provincia de Buenos Aires · Distrito IV

aten  
online

**Ingresando a [www.colmed4.com.ar](http://www.colmed4.com.ar)**

**y haciendo click aquí**

**nuestros matriculados reciben todo el asesoramiento  
que necesitan de manera inmediata**



# Médicos y Comunidad

Un programa del Colegio de Médicos  
de la Provincia de Buenos Aires Distrito IV



*Salud*

*Ecología*

*Medio ambiente*

**Conducción:**

**Dr. Omar Maresca,  
Gabriela Vizental**

**Producción:**

**Marcelo De Angelis**

**Miércoles 17.30 hs. en**

**Somos Zona Norte**

**Canal 20 Cablevisión Multicanal  
Frecuencia 701 del sisema digital**



por Internet en [www.conurbano.tv](http://www.conurbano.tv)



***Seguimos  
construyendo  
el futuro***

*Nueva sede del Colegio de Médicos Distrito IV en plena construcción.  
Cinco pisos que serán destinados principalmente a los  
Cursos Superiores y de Actualización de la ESEM.*

Rte.: Colegio de Médicos de la Prov. de Bs. As. Distrito IV  
Pte. Perón 3938 (1650) San Martín, Pcia. Bs. As. - Tel.: 4755-1970