

Publicación Informativa del Colegio Año 3 - N°5 - 2003

- ❑ Editorial

- ❑ El Colegio ante el conflicto laboral. La ley ordena actuar y resolver

- ❑ Proteger al profesional. Tarea imprescindible en tiempo de crisis

- ❑ El abandono del hospital público

- ❑ ESEM - Una realidad con visión de futuro

- ❑ Médicos. Litigiosidad indebida

- ❑ Asumir la responsabilidad ética en la vida privada

- ❑ Bioética. Lograr el desarrollo tecnológico en un mundo más humano

- ❑ Seguridad Social. El naufragio

- ❑ Origen y evolución de la palabra "stent"

Editorial

Una situación jamás pensada

Cuando cursábamos en la Facultad de Medicina, muchos de nosotros teníamos la ilusión de recibimos, capacitarnos, ser especialistas destacados y desarrollar la profesión en un ámbito de excelencia, donde se priorizara y se respetara al paciente poniendo todo el avance tecnológico a su alcance, se estimulara la capacitación profesional, y donde el médico sería respetado tanto a nivel social como profesional.

Hoy abrimos los ojos y descubrimos que aquel sueño estudiantil, no solamente se encuentra a distancias abismales de esta realidad, sino que además, el rumbo que han decidido tomar nos distancia cada día un poco más de aquella ilusión incuestionable.

A pesar de que la mayoría de los actores de la salud estamos cansados de diagnósticos y necesitamos empezar a ver signos aliviadores a la penosa y angustiante situación que nos toca atravesar, no está de más recordar algunas circunstancias, para tenerlas presentes y contribuir a que sean resueltas en forma prioritaria. Algunas son la falta de posibilidades de capacitación que presentan algunos médicos de reciente graduación, que no pueden ingresar a una residencia; los presupuestos magros de salud que conduce a

colapsar al hospital público; el sector de atención privado sumergido en el quebranto, cerrando sus puertas, innumerables establecimientos que aumentan las cifras ya alarmantes de desocupación; la seguridad social que en muchos casos no cubre las necesidades de sus afiliados, con aranceles prestacionales desactualizados que nos llevan a no poder realizar el mantenimiento adecuado de la tecnología, y la capacitación profesional de los médicos, condenando la futura calidad de atención. Y, como si todo esto fuera poco, estamos sometidos en forma constante al asedio judicial de la llamada "Industria del juicio"

El reclamo público por parte de este colegio de soluciones es constante. En campañas electorales todos los candidatos a cargos públicos prometen y juran que encontrarán soluciones a esta situación planteada, pero no se observa una voluntad enérgica de cambiar el rumbo.

Desde ésta institución hemos propuesto aumentar el presupuesto provincial de salud lo necesario para que se pueda compensar la devaluación monetaria que con dureza castigó este sector. Solo así se podrá abastecer los insumos hospitalarios, muchos de ellos importados, cubrir los cargos vacantes a través del llamado a concurso, todo esto con el fin de garantizarla salud pública.

Así mismo, creemos conveniente implementar una serie de medidas económicas como la disminución de cargas impositivas, a fin de aliviar la situación del sector privado, que es uno de los mayores generadores de empleos en el país; darle una importancia preponderante a la atención primaria, pilar fundamental de un sistema de salud serio. Y asumir la necesidad urgente de modificar la legislación vigente en lo que se refiere a la responsabilidad profesional, disminuyendo el tiempo de prescripción de las demandas, reglamentando el beneficio de litigar sin gastos y colocando topes indemnizatorios.

Es probable que las autoridades de turno sigan con apatía e indiferencia las peticiones que formulamos. Por eso creo que se impone concretar a la brevedad una gran asamblea sanitaria, donde participen todos los actores de la salud que, renunciando a intereses sectoriales y haciendo prevalecer un principio desde hace bastante tiempo olvidado que es la solidaridad, exijan un sistema de salud de excelencia, previsible y solidario.

Dr. Jorge Alberto Mazzone > Presidente del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito I

El Colegio ante el conflicto laboral

La ley ordena actuar y resolver

El fundamento de la actuación del Colegio de Médicos en la defensa y protección de los médicos que trabajan en relación de dependencia, está claramente expuesto en el texto del Decreto Ley 5413/58, de Colegiación Médica. Su cumplimiento no se agota en la denuncia, la institución debe actuar.

El Estado moderno, realizando un proceso de descentralización. administrativa, delega y concede a determinados sectores representativos de la comunidad, como son los colegios profesionales, determinadas facultades y funciones de carácter público, desprendiéndose de algunos aspectos del poder de policía, sin perjuicio de su dominio inminente.

De esta manera se procedió en el ámbito de la provincia de Buenos Aires con la creación del Colegio de Médicos, entidad esta que, al conferirle el Estado facultades y potestades de derecho público lo ha erigido en órgano descentralizado con imperio para el logro efectivo de la función y cometido que se le impone.

La intervención del Colegio de Médicos en situaciones que afecten derechos de los médicos que trabajan en relación de dependencia, forma parte de sus funciones y resulta un deber impuesto por el Decreto Ley 5413/58 en diversas disposiciones (ver recuadro). Deviene sin hesitar de la norma referida, que la intervención y actuación del Colegio de Médicos ante la violación de disposiciones que regulen las relaciones laborales y que afecten a un médico en el ejercicio profesional es, como se señaló, no sólo una atribución o facultad, sino también un deber.

Y para cumplir con este deber es que el Colegio tiene la facultad, por pedido de parte o por propia iniciativa, de realizar las acciones y dictar las normas que sean necesarias y conducentes para lograr el objetivo impuesto. Normas que, obviamente, deben respetar los criterios de razonabilidad y legalidad que impone el orden jurídico.

Esto es así por que el cumplimiento de su obligación legal no se agota con un acto de denuncia o de protesta. Se le impone al Colegio "asegurar", "procurar", "defender", es decir: actuar para el "beneficio de los profesionales que ejercen la medicina y por el bienestar de un gremio tan numeroso como el de los profesionales médicos, lo que a su vez redundará en beneficio de quienes requieren sus servicios, tal como se mencionó en los considerandos que fundamentaron la sanción del proyecto de Colegiación Médica, plasmado en el DL 5413/58.

En este marco de competencia (atribución y deber) se encuentra la posibilidad de actuar y regular tanto procedimientos como atribución de responsabilidades en el ejercicio de la profesión.

Procedimientos y responsabilidades

El Colegio puede, por ejemplo:

a) Convocar a las partes en conflicto laboral para procurar que arriben a una solución conciliatoria del diferendo en cuestión, que puede incluir -para el caso que no se logre un acuerdo-, la invitación a suscribir un compromiso arbitral, ya que la de "aceptar arbitrajes" también es una facultad atribuida en la ley de creación, tanto al Colegio Provincial como a los de distrito (arts. 5, inc. 18 y 27 inc. 12).

En orden a un mejor desarrollo de su función mediadora puede también regular la manera de proceder, tanto en la gestión conciliatoria como en el caso del arbitraje, sin que ello signifique imposición de formas o procedimientos contra la voluntad de las

partes, que siempre podrán aceptar o no la instancia de conciliación ante el Colegio y el ofrecimiento de someter la cuestión al arbitraje.

Lo que no pueden hacer las partes, en el caso que sean médicos, es no concurrir ante la citación del Colegio, ya que es obligación de colaboración impuesta, y considerada falta de ética en caso de violación (Código de Ética, art. 10).

b) Imponer al director médico de un establecimiento determinadas responsabilidades en orden al cumplimiento de la legislación laboral, del código de ética profesional o de disposiciones y resoluciones emanadas de autoridad competente que redunden en perjuicio del trabajador médico.

Debemos señalar que la responsabilidad del director médico, salvo que fuere propietario del establecimiento, puede que no sea la económica que pudiere resultar como consecuencia de los desvíos legales. Pero sin duda se le puede requerir que exija e inste al cumplimiento de las disposiciones normativas a los dueños de la empresa.

En este aspecto es de mencionar que es deber de todo colegiado "cumplir estrictamente las normas legales en el ejercicio profesional, como también las reglamentaciones internas, acuerdos y resoluciones emanadas de las autoridades del colegio" (art. 34 inc. J).

Por ejemplo: la obligación de instruir un sumario previo para separar a un profesional de la salud de su cargo esta establecida en el estatuto que, desde el año 1945, rige su ejercicio profesional en relación de dependencia (Dec.-Ley 22212/45).

El director médico de un establecimiento, que ejerce el poder de dirección que le corresponde al propietario por delegación de este y por imposición legal, puede ser responsabilizado, como lo hace el Código de Ética, por la trasgresión de las normas legales si no demuestra que realizó las diligencias necesarias y razonables para que ello no ocurra. Por que es su deber cumplir con la ley y exigir e instar a su cumplimiento en casos de desvíos.

En el artículo 45 de la ley de colegiación se señala, al referirse al poder disciplinario, que "es obligación de los Colegios fiscalizar el correcto ejercicio de la profesión médica y el decoro profesional, a cuyo fin, se les confiere poder disciplinario para sancionar transgresiones a la ética profesional que ejercitará sin perjuicio de la jurisdicción correspondiente a los poderes públicos".

El correcto ejercicio de la profesión médica por parte del director médico, y de todos los médicos, significa, entre otras cosas, el cumplimiento de las normas legales que regulan el ejercicio profesional. En el caso de los médicos en relación de dependencia laboral se impone la exigencia del cumplimiento de las que regulan el contrato de trabajo. Si el director médico, o el empleador médico, no dispone hacerlo o insta a que así se proceda, no ejerce correctamente su profesión. Si no ejerce correctamente su profesión comete una falta disciplinaria y puede ser sancionado de acuerdo con la regulación que, en uso de sus atribuciones y en cumplimiento de sus obligaciones, dentro del marco de la legalidad y razonabilidad, disponga el Colegio de Médicos.

Se puede concluir en éste punto afirmando que el hecho de no ser el director médico propietario del establecimiento no resulta, por esa sola circunstancia, una justificación que lo exima de responsabilidad.

Y esto, con relación a otras exigencias normativas, se encuentra también dispuesto en otros cuerpos legales. Por caso, se puede señalar la extensión de responsabilidad al director médico de determinados establecimientos, que se establece en el Decreto 3280/90, reglamentario de la ley 7314, al determinarse que "Las transgresiones que se constaten por el incumplimiento de la presente reglamentación harán responsable en forma solidaria al titular de la habilitación y al director médico responsable".

Podemos entonces terminar este breve relato -porque lo obvio no necesita de extensos y sobreabundantes discursos- afirmando que para la realización de uno de los fines primordiales de interés general que se tuvo en cuenta al crearse los Colegios Médicos de Distrito, que constituyen el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, cual es el de "Procurar la defensa y protección de los médicos en su trabajo", se le delegaron a estas atribuciones, tanto para actuar como para reglamentar en la medida de lo razonablemente necesario, para lograr la efectiva concreción del objetivo impuesto, que hace al decoro y la dignidad profesional.

Decreto Ley 5413/58

Artículo 5

Inciso 2º: Menciona como deber del Colegio el de "asegurar el correcto y regular ejercicio de la profesión médica".

Artículo 5

Inciso 3º: Se señala como deber "Procurar la defensa y protección de los médicos en su trabajo y remuneraciones en toda clase de instituciones asistenciales o de previsión y para toda forma de prestación de servicios médicos públicos o privados".

Artículo 5

Inciso 4º: Impone "defender a petición del colegiado su legítimo interés profesional, ... en su aspecto general..".

Artículo 12

Inciso 10º: Atribuciones del Consejo Directivo de Distrito. Le corresponde al Colegio "Intervenir y resolver a pedido de partes las dificultades que ocurran entre colegas y entre...médico empresa-, con motivo de la prestación de servicios y cobro de honorarios".

Artículo 34

Inciso a): Señala como derecho de los colegiados el de "ser defendidos a su pedido y previa consideración por los organismos del Colegio en todos aquellos casos en que sus intereses profesionales en el ejercicio de sus actividades fueran lesionados".

Mesa Directiva Ampliada - con el asesoramiento del Dr. Arturo López Akimenco

Proteger al profesional

Tarea imprescindible en tiempo de crisis

La problemática de la actividad médica privada es tratada por la comisión, con asesoramiento especializado. El médico expone sus dificultades y desde el colegio se brinda la ayuda necesaria, patrocinando al colega o mediando en el conflicto, si fuera necesario. Establecer el régimen legal que encuadra la relación de trabajo no siempre es tarea simple.

En cumplimiento del deber de proteger a los médicos en su trabajo, impuesto por el decreto ley 5413/58 a los Colegios Médicos de Distrito, en el ámbito del Distrito I se creó la Comisión de Trabajo Médico Privado que se viene ocupando, desde hace largo tiempo, del asesoramiento, en su caso, defensa y protección de los médicos que prestan servicios en instituciones de carácter privado.

Esta Comisión, nacida de la inquietud y preocupación de un grupo de profesionales, allá por el año 1997, ha visto con asombro y satisfacción, el progresivo aumento de pedidos de intervención en los conflictos laborales.

Asombro, porque en aquellos comienzos, si bien se vislumbraba la problemática del colega que se desempeñaba en relación de dependencia, difícil resultaba imaginarse que llegaría a tener la magnitud que hoy demuestra.

Satisfacción porque entendemos que, gracias a aquella original preocupación, hoy desde el colegio, se está brindando un útil servicio a los matriculados.

Los integrantes de esta comisión- continuando la labor de quienes nos precedieron- ofrecemos a los colegas en el ámbito del Colegio, un lugar donde puedan exponer con claridad, confianza y libertad, las dificultades por la que están atravesando en sus lugares de trabajo, brindándoles, además, asesoramiento sobre su situación jurídica en orden a los derechos, como también las obligaciones, que les corresponden.

En este aspecto debemos señalar que, a menudo, establecer el régimen legal en el cual la relación de trabajo de un médico se encuadra, no es tarea sencilla, ya que en muchos casos la vinculación ingresa en una zona gris, situada entre el trabajo autónomo y el dependiente, y no puede tenerse certeza sobre la modalidad contractual que corresponde.

Esas situaciones confusas a las que aludimos no han sido resueltas en un mismo sentido por las decisiones judiciales, sino que, en muchos casos, se han considerado de modo disímil (y a veces hasta contradictorio), cuestiones que a simple vista resultan similares, lo que ocasiona no pocas dificultades, ya que cada una de las modalidades de contratación se corresponde con un régimen diverso, tanto en el marco legal como en lo que hace a sus efectos tributarios y previsionales.

Esto se agrava aún más con los casos de contrataciones de médicos cuya relación no se registra, lo que vulgarmente se denomina contratación "en negro" o clandestina. Va de suyo que para que esto se produzca se requiere contar con la conformidad del propio médico que suele actuar así por temor a la pérdida del empleo y, a veces, también por desconocimiento de sus derechos y obligaciones.

Pero, mas allá de estas contrataciones de dudoso encuadramiento en unos casos, y clandestinas en otros, nos encontramos también ante el fenómeno de la precarización de la profesión.

Los médicos, como asimismo sucede con otras profesiones liberales, estamos sufriendo una precarización manifiesta que provoca consecuencias perjudiciales para nuestra calidad de vida. Efectos que, a partir de las necesidades económicas por las que atravesamos, se proyectan y nos ocasionan mayores dificultades para acceder al

necesario perfeccionamiento o a la simple actualización en una actividad en la que el avance científico nos acosa y las responsabilidades por mala praxis nos acorralan, con la probable consecuencia de generar una peor medicina en perjuicio de la población.

Para el encuentro de las soluciones a estas cuestiones resulta fundamental asumir una conducta solidaria entre los médicos y unirnos para reclamar por nuestros derechos, sin que esto signifique una actuación corporativa, sino, simplemente, juntarnos para alcanzar una fuerza que no se tiene desde la actuación individual.

En el ámbito del Colegio de Médicos, la Comisión de Trabajo Médico Privado resulta el lugar adecuado donde asistimos a los médicos en dificultades, proveyéndoles de asesoramiento útil para la solución de sus problemas, interviniendo en funciones de mediación y conciliación ante los conflictos que se susciten con motivo del trabajo, y patrocinándolos en los casos en que sea necesario acudir ante organismos administrativo o judiciales.

En el convencimiento que sólo la defensa de nuestros derechos podrá asegurar un mejor desarrollo integral para todos los miembros de la comunidad, esta comisión tiene abiertas sus puertas para los colegas que necesiten de su servicio.

Definiciones. A modo ilustrativo citamos algunos casos en que, discutido el carácter autónomo o subordinado del trabajo prestado, se decidió a favor de este último:

a) "Media-en el caso-relación de dependencia laboral entre el médico auditor y la Obra Social demandada en la que prestaba sus servicios diariamente para la atención de los afiliados de aquella, recibiendo como contraprestación el pago de una suma fija mensual y retributiva sujeto a la organización, órdenes y directivas emanadas de la entidad accionada". (SCBA, L. 47477)

b) "Si la médica cumplió servicios en el ambiente físico en una empresa cuya finalidad es proveer servicios médico-asistenciales, utilizando los elementos y la infraestructura que ésta proveía, cumplía horario de labor y los gastos de la explotación eran soportados por la demandada, corresponde considerar acreditada una relación de trabajo dependiente" (CNTrab. Sala III, 28/2/95).

c) "Los médicos de guardia de una institución prestadora de servicios médicos se encuentran insertos en la organización empresaria, prestan servicios acordes con el fin económico de la empresa que constituye un servicio necesario de la explotación. Las labores desempeñadas por los médicos de guardia se encuentran comprometidas en el artículo 21 de la ley de contrato de trabajo cuando se trata de servicios dependientes propios de la actividad del empleador, en beneficio de éste, retribuidos y efectuados dentro del ámbito del sanatorio. (CNTrab. Sala VI, 23/8/96)

Artículo 21 - Ley de Contrato de Trabajo

El trabajo prestado en forma subordinada se regula según lo dispuesto en el artículo 21 de la ley de Contrato de Trabajo que establece: "Habrà contrato de trabajo, cualquiera sea su forma o denominación, siempre que una persona física se obligue a realizar actos, ejecutar obras o prestar servicios a favor de la otra y bajo la dependencia de ésta, durante un período determinado o indeterminado de tiempo, mediante el pago de una remuneración. Sus cláusulas, en cuanto a la forma y condiciones de la prestación, quedan sometidas a las disposiciones de orden público, los estatutos, las convenciones colectivas o los laudos con fuerza de tales y los usos y costumbres".

Comisión de Trabajo Médico Privado - Dra. Mabel Florio -Dr. Rubén Marganti - Dr. Arturo Pomar - Dr. Alberto Torres - Dra. Marina Cabral - Abogados laboralistas: Dra. Patricia S. González - Dr. Arturo López Akimenco.

El carácter autónomo o subordinado

Los servicios del profesional médico pueden ser contratados, si la naturaleza de la actividad a realizar así lo permite, con carácter autónomo (independiente) o subordinado (dependiente). Este último tipo de vinculación no es incompatible con el ejercicio de una profesión liberal.

Conocer el carácter autónomo o subordinado de las tareas realizadas por el médico, es de vital importancia para establecer cuales son los derechos y obligaciones que cada una de las partes tienen en el contrato que han celebrado.

Si la vinculación es de naturaleza dependiente, ello implica que, tanto el trabajador como su empleadora estarán sujetos a las disposiciones establecidas en la Ley de Contrato de Trabajo, Decreto Ley 22.212/45 y, en la Provincia de Buenos Aires, también a lo normado por el Decreto 6732/87.

Determinar si las tareas del médico son prestadas con carácter autónomo o subordinado puede resultar, en algunos casos, de fácil dilucidación y, en otros, un verdadero malezal que habrá que desbrozar para descubrir su real naturaleza, Por eso, debemos puntualizar que es necesario analizar las distintas circunstancias en que se presta el trabajo, ya que su calificación (autónoma o subordinada) habrá de resultar del examen de las mismas y de su adecuación o no a las disposiciones legales que imperativamente rigen en la materia.

En muchas ocasiones se trata de ocultar el carácter dependiente de la prestación, haciéndole suscribir al profesional médico contratos de locación de servicios o de locación de obras, solicitándole que emitan recibos de honorarios, etc.

Pero, se debe saber que la naturaleza de los contratos no se determina por la calificación que de ellos hagan las partes, sino por la disposición de la ley que los define y caracteriza, y por los derechos y obligaciones que ella impone.

Es decir que, mas allá de la apariencia que se haya construido, más allá de que se presente consentida o querida por las partes, si en el fondo -de acuerdo a las circunstancias reales de la prestación de servicios- existe un contrato de trabajo, se deberán aplicar las normas imperativas que lo regulan.

Por último ponemos de resalto, una vez más, que esta comisión se encuentra al servicio de los colegas que se desempeñan en instituciones de carácter privado, para asesorarlos y, en su caso, junto con sus empleadores, tratar de resolver en el ámbito del Colegio, las cuestiones que pudieren suscitarse.

El abandono del hospital público

Los médicos que trabajan en los hospitales públicos continúan dando señales de alarma y pintando una realidad que habla M desborde por exceso de demanda, de falta de insumos, achicamiento encubierto de las plantas hospitalarias y disminución progresiva de los cupos de la residencia.

Para poder hacer un buen tratamiento y recuperación es necesario tener un buen diagnóstico, pero ¿cómo se hace cuando uno tiene un buen diagnóstico, sabe cuál es el tratamiento y no tiene posibilidades de realizarlo?

Estamos en crisis, pero no es solamente una crisis económica, también es una crisis social, una crisis institucional. Hay un descreimiento en los niveles centralizados de decisión; tal vez por su misma inoperancia, tal vez por que se quedan en un discurso político pero, en realidad, no modifican los nomencladores de salud. Esto lo vemos diariamente en cada uno de los lugares de trabajo hospitalario.

No hay cambios en el rol del hospital como red prestacional: hay que fortalecer la atención primaria, efectuar una regionalización real, con redes de Servicio, y en la misma red deben figurar todos los niveles de atención. Una descentralización real, con niveles de complejidad de la red, requerirá que el nivel de atención establezca acuerdos con el área programática de cada hospital. Lamentablemente, ésta red está rota. En nuestra región tenemos hospitales prestadores de gran complejidad, pero internamente crecen acorde a voluntades personales de algunos profesionales, cuando debería producirse un crecimiento armónico de los servicios.

Con respecto a los recursos, es una obviedad que la situación de crisis se origina con la aparición del patacón (2001) y se profundiza en el 2002, ya que provoca el descreimiento económico y se rompe la confianza pagadora con los proveedores del Estado; sabemos que eso llevó a tener que comprar productos importados al contado, en forma centralizada. Pero lo grave es que no hay producción en el país, ya que hubo una previa destrucción de la misma, con una crisis de la industria nacional, lo que creó la dependencia de la importación. También se rompió la distribución que habitualmente hacían los mismos proveedores, y ahora distribuye el Ministerio con recursos propios. De ésta forma, la calidad de los insumos se ha deteriorado porque estamos comprando de urgencia, a precios muy elevados, sin posibilidad de elección de calidad. Se compra lo que se puede y a los precios que quieren.

Instalaciones y recursos humanos

Con respecto a las modificaciones edilicias, arreglos, construcción, se están finalizando obras ya empezadas. No se realizarán nuevas obras por el momento, ya que no hay presupuesto asignado, lo cual provocará un deterioro edilicio por el uso indiscriminado del mismo.

El Ministerio decide todo lo relacionado con el recurso humano, sin tener en cuenta la opinión de las entidades colegiadas reunidas en el Foro Social, del cual se han retirado muchas de ellas. También el Colegio de Médicos se alejó del foro, ya que considera que hay 2500 vacantes en toda la provincia, como consecuencia de renuncias, despidos, fallecimientos, jubilaciones, etc.; sin embargo para el Ministerio, esas vacantes no existen.

No estamos de acuerdo en avalar un achicamiento encubierto de las plantas hospitalarias, y lo que es peor, coberturas temporarias con becas en negro, sin posibilidad de realizar selección de personal como con los concursos de pases, ingreso y funciones.

El sistema formativo está en franco deterioro, la residencia está achicando cada vez mas su cupo; actualmente de 700 profesionales, cuando en año 1985 era de 2000 residentes, y esto responde a una política de Estado. Se crearon residencias en Emergentología cuando el Colegio no la reconoce como una especialidad, lo que habla de la improvisación en la toma de decisiones de algunos funcionarios.

Quienes transitamos cotidianamente los hospitales en los que trabajamos, estamos muy preocupados por esta onda de abandono hospitalario que estamos comprobando. Se han realizado reuniones, asambleas, recursos de amparo, denuncias legislativas, reuniones con el Foro Social, etc. Pero lo que más preocupa es la ausencia de definiciones, evidenciada en la falta de perfil de los diferentes hospitales, en la ausencia de las redes de contención y de derivación de los diferentes niveles de atención, con un sistema municipal de atención primaria que falla continuamente.

A esto se suma un aumento en la demanda por parte de las obras sociales, inescrupulosas algunas, ineficientes otras, pero con afiliados cautivos en un sistema perverso que no les da cabida. Y el único que responde es el hospital público, por lo que aumentan la demanda de atención, los gastos de insumos y las camas públicas ocupadas. El panorama se ve potenciado por las familias que tenían obra social y ya no la tienen, por los despidos masivos o la desocupación generalizada; ellas demandan atención en los medios públicos como los hospitales. En mayo de 2002 se atendieron, en la guardia del Hospital de Niños Sor María Ludovica, 8000 pacientes; en el mismo mes pero del 2003, se atendieron 10.000. Con menores insumos, con menor cantidad de profesionales, con menos enfermeras. Bajo estos términos, no se puede hablar de calidad, mucho menos de acreditación, porque esto aumenta el deterioro del personal, el deterioro edilicio, el deterioro del sistema.

Subcomisión de Hospitales: Dr. Eduardo Pucci-Hospital de Niños- Dr. Marcos Gomez-Hospital Gutiérrez- Dr. Hugo Petrone-Hospital San Martin- Dr. Juan C. Rome-Hospital San Roque- Dr. forge Ghio-Hospital San Vicente-Dr. Miguel Lama-Hospital Gutiérrez- Dra. Graciela Mannarino-Hospital San Juan de Dios- Dra. Cecilia Martegani-Hospital Alejandro Korn- Dr. Hugo Ghiani-Hospital Rossi

ESEM - Escuela Superior de Enseñanza Médica " Prof. Dr. Heraldo Tavella "

Una realidad con visión de futuro

El Colegio de Médicos Distrito I es ya un referente para la formación de Postgrado. La Escuela Superior de Educación Médica (ESEM) tiene como meta inmediata los programas de formación para profesionales jóvenes y los cursos de actualización. Se inscribe en un proyecto con visión de futuro, que incluye también la educación a distancia.

Desde aquella primera vez que el Colegio abrió sus puertas a la actualización y a la capacitación de sus colegiados, han pasado más de 10 años y cambios extremos de nuestra sociedad. Más de mil colegas transitaron los pasillos de nuestra casa, han sido evaluados, se les han acreditado sus competencias a través de los certificados obtenidos, han asistido a jornadas, seminarios, charlas con expertos, etc., y se ha desarrollado la costumbre en los colegas de mirar hacia el Colegio a la hora de pensar en realizar una tarea de Postgrado.

Es largo y tedioso enumerar las dificultades que se han superado para llegar hasta el presente, las que aún enfrentamos y que seguramente superaremos en el futuro próximo. Pero hemos avanzado dando un salto cualitativo en este tema, al iniciar las actividades de la Escuela Superior de Educación Médica de Postgrado, con la visión de un espacio para el mejoramiento integral del profesional que acude y confía en nosotros. El contexto general en donde las urgencias diarias nos mantiene en vilo y postergan los necesarios momentos de reflexión, donde las demandas de lo cotidiano vuelven ilusoria la posibilidad de pensar, hace evidente cuan necesario es que se vuelva a analizar con serenidad la tarea de educarse y la responsabilidad de educar.

Siguiendo el pensamiento del Dr. Jalm Etcheverry: "cuando vivimos en lo inmediato, cuando solo valoramos lo nuevo y lo fugaz, el trabajo de aprender y el oficio de enseñar parecen condenados a la extinción. El logro académico se desprestigia cada día más, y la exclusiva búsqueda de la certificación, no del conocimiento, es lo que desvela a muchos colegas jóvenes y a sus familias".

Sin embargo se advierte la buena disposición de estos espíritus jóvenes espíritus jóvenes y otros no tan jóvenes, a superar lo circunstancial y avanzar en busca de progreso en sus conocimientos técnicos y personales, que obliga a un esfuerzo de quienes intervienen no solo en la tarea de enseñar, sino también en los que deben apoyarla, tanto en lo institucional como en lo económico, volcando la inversión hacia los efectores exitosos en estos temas.

La natural obsolescencia que se instala durante la competencia profesional pura es solamente cambiada y revertida por la educación médica continuada. Conocer, realizar, es la progresión natural, es el medio idóneo para corregir y mejorar praxis y terapéutica, actualizando conocimientos habilidades y destrezas. Se complementan con programas de especialización y actualización.

Especialización, perfeccionamiento continuado y actualización

Los dos sistemas que han marcado el rumbo de la Educación Médica de Postgrado son:

- la Residencia Médica y
- la Educación Médica Continuada de los tres Niveles:
 - Especialización,
 - Perfeccionamiento Continuado
 - Actualización.

Las instituciones señeras como el Colegio de Médicos no pueden eximirse de ser vectores de la investigación Docente/Asistencia, ya que han sido aglutinantes naturales

entre los que planifican y atienden la Salud con los que ejecutan la Docencia. La responsabilidad institucional es Ética y Social ante el Profesional que intenta mejorar su perfil de formación.

Aquí aparece configurada la responsabilidad de los entes deontológicos que habilitan, categorizan y acreditan a los profesionales de la salud, en este caso el Colegio de Médicos Distrito I de La Plata.

Llegamos así al hoy, donde el esfuerzo de ser consecuentes con lo antes mencionado, motoriza la creación de un ámbito dentro de la institución colegiada que sea funcional a la visión y los objetivos planteados, teniendo como meta inmediata el fortalecimiento de los procesos que ya han comenzado: los programas de formación para profesionales jóvenes, con duración a tres o cuatro años, los cursos de actualización y las demás actividades, son una realidad auspiciosa que nos enorgullece presentar a los colegas. Queda para el mañana el desarrollo de las actividades bajo los formatos de capacitación a distancia, campus virtual y la implementación de todas las herramientas informáticas que favorezcan una capacitación continuada, siendo muy respetuosos del escaso tiempo que la actividad profesional permite dirigir al aprendizaje, a la mejora continua profesional y personal y la búsqueda de la calidad en los más altos estándares nacionales e internacionales.

Consejo de Administración:

Secretario de Extensión y Difusión: Dr. Mario Puente

Secretario de Tecnología Educativa y Medios: Dr. Carlos Pis Diez

Secretario de Control de Gestión y Fiscalización: Dr. Gustavo Bigliani

Secretario Administrativo: Dr. Oscar Haramboure

Legales

Médicos - Litigiosidad

Es importante poder lograr la modificación de la legislación vigente, que actualmente favorece el aumento de los juicios por responsabilidad profesional. La constante amenaza de una acusación de mala praxis trae graves consecuencias como el ejercicio de la "medicina defensiva" y la sobreprestación.

El sostenido aumento de las acciones judiciales a los médicos por responsabilidad profesional es un fenómeno preocupante, que se repite en muchos países del mundo. Tiene como respuesta la llamada medicina defensiva, seguida por un cúmulo a veces innecesario de sobreprestaciones que incrementan indebidamente la utilización de los recursos en salud.

En nuestro país esto se ve agravado por el marco de grave crisis económica y emergencia sanitaria nacional.

Esto que expongo no es para generar miedo ni incertidumbre entre los colegas, sino para que todos tomemos conciencia de que ésta es la realidad que nos toca vivir y que tenemos que estar preparados para enfrentar una determinada patología.

Para ello debemos reconocer nuestros errores, conocer la ley y buscar los medios para tratar de evitar las demandas y, de no poder hacerlo contar con las armas para una buena defensa. La buena defensa del médico se deriva de la buena relación médico paciente, la correcta confección de la historia clínica, el consentimiento con buena información, el seguir normatizaciones actualizadas, manteniendo el principio de la ética profesional y la capacitación profesional continua. En éste contexto, los fondos solidarios de los colegios son la mejor arma para poder contrarrestar esta lucha desigual, en la que solo pretendemos conseguir la imprescindible libertad para ejercer nuestra profesión.

El día 11 de abril del corriente año se llevaron a cabo las "Jornadas de Tandil", sobre la responsabilidad profesional en salud, organizadas por el Frente Médico Bonaerense. Se informó en la misma que, como consecuencia de la indiferencia de los legisladores para tratar los temas que modifican leyes de prescripción de la demanda, litigio sin gasto, monto indemnizatorio y homicidio culposo, ya perdieron estado parlamentario siete proyectos, quedando solo uno con la posibilidad de ser tratado.

Para finalizar una reflexión nacida en un distrito vecino: "Contra la Enfermedad del Mal Praxismo, sólo sirve el Remedio Médico. Los Fondos Solidarios creados por los colegios, son los únicos que hacen el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado de esa patología.

Declaración de Tandil

Tandil, declara de máximo interés social la reforma de la legislación sustantiva y adjetiva respecto de:

- a- Tiempo de prescripción de la demanda
- b- Beneficio de litigar sin gastos
- c- Homicidio culposo
- d- Tope en los montos indemnizatorios
- e- Información Científica y Técnica

Ello en la inteligencia de facilitar el acceso a la protección de la salud de la población en general. Por otro lado, las instituciones médicas reconocen los fondos solidarios creados en defensa de sus profesionales.

Adhesiones: CONFELISA –COMRA-FEDECON - FREMEBO - Sociedad Odontológica de La Plata – ADELCO- CPSM -IOMA - AOM - Consejo Superior de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires -ACAMI -ADEMP- Colegio Distrito VII - Colegio Distrito VIII - Asociación de Médicos Municipales - CONFEMECO -Consejo Superior del Colegio de Médicos FEMECA -Coordinadora de Cajas de Previsión y Seguridad Social para Profesionales de la República Argentina -Colegio de Kinesiólogos -FABA - CUBRA.

Dr. Roberto Maceroni - Tesorero del Colegio de Médicos Distrito I

Comisión de Ética Médica

Asumir la responsabilidad ética en la vida privada

La ética médica está ligada a la ética general. La vida privada del médico está regida por el propio juicio y la propia conciencia moral, fundada en valores.

Ética deriva del griego *ethos* y significa "costumbre". Moral deriva del latín *mos* y significa también "costumbre". Para el filósofo español Zubiri, el *ethos* no es otra cosa que una forma o modo de vida. El fin de la ética es facilitar el recto accionar de la persona, delimitando la bondad o maldad de los actos (Código de Ética para el equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina, con la colaboración de la Sociedad Médica en Medicina A.M.A- Año 2001).

Reflexionando sobre cuales son las incumbencias y los alcances del artículo 5to. de nuestro

Código de Ética que dice 'De ajustar su conducta a las reglas de la circunspección, de la probidad y el honor. Será un hombre honrado en el ejercicio de su profesión, como también en los demás actos de su vida...' ", nos encontramos frente a un punto controversial que merece ser analizado.

Si bien la Ética Médica deviene de la Ética General, la primera se limita a juzgar, aprobar, desaprobar, enaltecer o condenar los llamados actos médicos, es decir aquellos que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente o frente a sus colegas (Ética Médica individual) y frente a la Sociedad (Ética Médica Social). Pero ¿qué sucede con aquellos actos contrarios a la ética en función de la vida privada, no profesional? Por supuesto que caen en el campo de la Ética General, aquella que permite juzgar los actos de cualquier persona.

Pero la justicia en su accionar puede ser lenta o ciega, entonces la Ética General y la Ética Médica encuentran una zona intermedia que es potestad de nuestro juicio y nuestra conciencia moral que conoce, absuelve o condena, es obrar como decía Aristóteles conforme a la recta razón para la cual se debe estar disciplinados, con valores que sirvan de fundamentos a las reglas con las cuales se gobiernen las propias acciones, es decir, las normas o ideas fundamentales que rigen el pensamiento y la conducta. A esto hace referencia la frase del Artículo 5º honrado en los demás actos de su vida, recordando una responsabilidad del individuo como ser perfectible pero dejando el juzgamiento en manos de la Ética General o de nuestra actitud interior. Por último ¿Cree Ud. que este artículo tan amplio debería ser desglosado, omitido, aggiornado?

La Comisión de Ética agradece todas las opiniones que puedan hacer llegar al respecto.

Comisión de Ética Médica Dr. Gustavo Marcori, Dra. Nilda Valdéz, Dr. Hugo Spalletti, Dr. Carlos Ferrari, Dr. Marcelo Di Luca, Dr. Oscar Gatti

Comisión de Bioética

Lograr el desarrollo tecnológico en un mundo más humano

La bioética es la respuesta que pretende encauzar el uso y aplicación de la tecnología, para que sirva al progreso de la humanidad. Presupone un gigantesco esfuerzo interdisciplinario, nacido en el mundo de los científicos. Los médicos son los más interesados y afectados por sus reflexiones el cuerpo humano.

La bioética ha sido una reacción humanista frente al desarrollo tecnológico aplicado a los campos de procreación y muerte del ser humano. Así podríamos decir que es: El arte de resolver los conflictos de intereses que surgen en el curso de la atención médica. El análisis de los temas tiene que ser llevado a cabo mediante una metodología interdisciplinaria: ciencia, derecho, política, son magnitudes imprescindibles para configurar la bioética. La tecnología ha desarrollado métodos abortivos eficaces con poco riesgo, métodos para procurar la muerte sin dolor físico, para procrear seres humanos sin unión conyugal, para determinar las características físicas de los que van a nacer. Estos desarrollos tecnológicos que se expresan claramente en las palabras aborto, eutanasia, fecundación in vitro, ingeniería genética y clonación han causado reacciones fuertes de aceptación y de rechazo, de esperanza y de inquietud, bioética es la respuesta que pretende encauzar el uso y aplicación de estas tecnologías para que sirva al progreso de la humanidad.

Es evidente que el uso del poder tecnológico, al margen de cualquier consideración ética y jurídica conduciría a un predominio odioso de querer disponer de él y que mediante inseminación artificial, fecundación in vitro o clonación podrían "producir" seres humanos en cantidad y características físicas determinadas según necesidades económicas o políticas, o eliminar a seres humanos por su número o sus cualidades sean los no nacidos, los nacidos, enfermos terminales, etc.

La bioética es por consiguiente una reflexión ética sobre como debe ejercerse ese poder sobre los procesos de reproducción y gestación humana que la tecnología ha puesto en manos del hombre a fin de que sea en beneficio de él y la sociedad y no en su perjuicio. Como toda ética esta nueva rama tiene como finalidad emitir juicios que califican actos humanos, como justos o injustos, es decir convenientes o contrarios al ser humano. Los más interesados y afectados por tal reflexión son los médicos cuyo ejercicio profesional se realiza interviniendo sobre el cuerpo humano y cuya ética tradicional, hipocrática es orientada a intervenir siempre a favor de la conservación y mejora de la vida humana. El respeto de los principios claramente exige que se dejen de practicar muchos actos que actualmente se realizan: aborto, eutanasia, suicidio asistido, congelamiento de embriones, fecundación in vitro, inseminación artificial, implantación de embriones, etc. La bioética comprometida con el bien, objetivo del ser humano, ha de ser multiplicada y difundida en todos nuestros colegas. "No todo lo técnicamente posible es moralmente aceptable", se ha de actuar siempre respetando la dignidad humana.

Como nueva rama del saber ético, y su justificación como disciplina independiente y específica, presupone un gigantesco esfuerzo interdisciplinario, nacido en el mismo mundo de los científicos, quienes como hombres sienten la necesidad de emplear, con responsabilidad, los grandes poderes que sobre la vida humana les confiere los descubrimientos biogenéticos de los últimos años.

Principios

- 1) Beneficencia: no basta con no ocasionar daño al paciente, hay que procurar el mayor bienestar posible, respetando sus propios valores.
- 2) Autonomía: "autos": uno mismo y "nomos": regla. El enfermo tiene derecho a decidir sobre sí mismo, de acuerdo a su personal proyecto de vida y códigos de valores, siempre que no entre en conflicto con los valores de los demás.
- 3) Justicia: "suius quique tribuere". Todas las personas merecen la misma consideración y respeto, nadie debe ser discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social.
- 4) No maleficencia: "primun non nocere" la primera obligación del médico es no causar daño a su paciente.

Es así el fuerte carácter utilitarista del primero y deontológico del segundo, en tanto que el tercer representa un equilibrio en la ponderación de ambas teorías éticas.

De qué se ocupa

La bioética trata de: el consentimiento informado, secreto médico, el aborto, interrupción de un embarazo de un feto anencefálico, SIDA, discriminación, intimidad de un menor, encarnecimiento terapéutico, la medicina paliativa, eutanasia, suicidio asistido, ablación de órganos, ligadura de trompas, vasectomía, salud reproductiva y planificación, donación de órganos, crioconservación, investigación en fetos, presos, deficientes mentales, desahuciados, experimentación en humanos ya sea drogas nuevas o placebo cuando están probadas otras, cuestiones éticas relacionadas con el uso del análisis costo-efectividad para asignar prioridades a los recursos del área de la salud, medio ambiente, guerra bacteriológica, fertilización asistida, genoma humano, ingeniería genética, clonación, paternidad postmortem, derecho de los pacientes ya sea por ej: transfusiones a Testigos de Jehová, derecho a no continuar con tratamientos oncológicos o no a la ablación de órganos aunque sea necesario, etc, etc. Y todos los días se van agregando nuevas incumbencias dado el devenir de la humanidad

El poder en la relación médico paciente

En la atención del paciente grave, a los derechos del mismo, debe agregarse el derecho a una muerte digna entendiéndose como tal a aquella sin dolor, con lucidez para la toma de decisiones y con capacidad para recibir y dar afecto.

Desafortunadamente, muchas veces y debido al poder que se ejerce sobre los pacientes, sumado a una educación médica triunfalista que ve en la muerte solamente el fracaso de la medicina, lleva, a veces, a una suerte de "ensañamiento terapéutico" prolongando la agonía y/o negando la posibilidad del enfermo de una muerte digna, en compañía de sus seres queridos, situación llamada "distanasia" y resultante, de una irracionalidad en el uso de los recursos tecnológicos y, por otra parte, tema de continuo debate, el de la Eutanasia.

El enfermo necesita algo más que remedios y aparatos, necesita del médico como persona, médico y en esa relación la palabra es fundamental; pero ¿qué decirle a un paciente en esas circunstancias? Siempre con un mensaje de esperanza, las palabras serán un bálsamo. Por ejemplo: cuando un paciente crítico pide doctor, tómeme el pulso". Aunque a través del monitor se conozca el resultado numérico, lo que el médico debe entender o comprender es que el paciente le está diciendo "a mi nadie me toca", significa el encontrar el sentido más allá del significado literal "muchos pacientes mueren con hambre de piel", saciarlos de ello no significa pecar de "paternalismo". Por otro lado el efecto sanador de la presencia del médico, que el paciente "sienta" que el médico está a su lado, implica la vibración del encuentro irreplicable de persona-

persona, que se está en la misma "sintonía corporal". Ayudando al bien morir, el médico está ayudando al bien vivir.

Comisión de Bioética: Dra. Alba María Stagnaro Plaghos, Dr.Luis Flores Acosta

Comisión de Seguridad Social

El naufragio

La Seguridad Social, avasallada y en situación terminal, se ha convertido en un verdadero mercado persa en el que nadie asegura la calidad de la prestación. Los médicos, y las instituciones médicas, debemos abandonar el lugar de espectadores que nos adjudicaron, recuperar el protagonismo y ponernos en acción.

"¡Sálvese quien pueda! ¡Sálvese quien pueda!", gritan en un agónico intento los oficiales de alto rango, frente a lo inevitable del posible naufragio de su embarcación. Similar es el drama actual de la Seguridad Social: los marinos comenzaron ocultando que el barco se podía hundir, como reza en la historia cuando el Titanic había sido herido de muerte por un témpano en el Atlántico Norte; una década atrás no pensábamos que podíamos estar en la situación terminal en la que nos encontramos hoy. "Primero los niños y las mujeres" exclamaban en el comienzo del naufragio, y en el mismo sentido nosotros decíamos que había que defender el valor galeno o el honorario ético, convencidos de que ambas eran soluciones que no alterarían el trágico final. Fuimos llevados, sin posibilidades de intervención directa en el naufragio, a aceptar los mandamientos de las políticas implementadas que han venido sosteniendo que "el recurso en salud es inextensible" y que la salud es un gasto y no una inversión". Fuimos espectadores de la instrumentación de diversas políticas de salud de "emergencia" que, como en otros sectores prestacionales de servicios como educación o seguridad, requieren de políticas serías por parte del Estado, quien debe velar por el respeto de los derechos constitucionales.

Nos han sumergido en ensortijados y complejos mecanismos de modelos prestacionales: libre elección y pago por acto médico, pago per cápita, por cartera fija, pago por módulo o por sistemas globalizados, coexistencia de los distintos modelos prestacionales. Todo ello amparado en supuestas deficiencias de los equipos administrativos, de la falta de una adecuada auditoría o control y en la férrea negativa a aumentar el presupuesto. La falta de eficacia del sistema fue adjudicada a la responsabilidad de los médicos y modalidades prescriptivas, a las administraciones de las asociaciones o agremiaciones, a padrones tergiversados o a "la crisis de la salud", como si ésta fuera una crisis independiente de la crisis general que sufre el país y, sobre todo, nuestra provincia de Buenos Aires. En la comparación inicial, diríamos que "separaron las máquinas, el puesto de mando no responde, nos quedamos sin radio para mandar un S. O. S, o no hay suficientes salvavidas" y tantas otras explicaciones que no aportan soluciones al inexorable final.

Pero hoy, con los argumentos antes descriptos, seguimos siendo impávidos observadores del avasallamiento del sistema de seguridad social, amparados en la acuciante y progresiva miseria que las estadísticas marcan donde el 60% de los médicos facturan menos de 700 pesos a las obras sociales, la mayoría de las cuales no pagan o retrasan sus pagos violando los plazos contractuales, con honorarios que se hallan enmarcados como "indignos".

Con la vigencia de la desregulación de las obras sociales, muchos prestadores, con tal de salvarse del naufragio, aceptan trabajar por salarios no dignos. Con ésta política, implantada desde las más altas esferas del poder, se ha dado libertad a gerencadoras y prestadores, a que no aseguren la calidad de la prestación y asistencia, que promueven a espaldas de nuestras mientras tanto, nuestras instituciones van perdiendo protagonismo; no por inoperancia sino por las condiciones y los intereses económicos en juego que no

defienden, por no renunciar ni a la dignidad del honorario ni a la calidad de la atención médica.

Este diagnóstico de situación marca que hemos estado "dormidos" a la espera de que las autoridades privilegien estos irrenunciables principios, mientras que muchos han aprovechado las circunstancias de la confusión para instalar este caos y este verdadero mercado persa hoy casi instaurado.

Despertemos, nuestra voz debe ser escuchada en todos los niveles de discusión y el punto de llegada serán las propuestas al Poder Legislativo, sugiriendo que todas deben ser políticas de Estado para revertir este naufragio en vías de concretarse.

Participemos en cuanta reunión se lleve a cabo con el objetivo de tratar temas vinculados con la salud de nuestro pueblo, donde aportaremos la sensibilidad social de la que hoy carecen las autoridades.

Fortalezcamos nuestras instituciones, que hoy se hallan abocadas a estudiar proyectos dignos que van desde la atención primaria hasta el análisis de costos y gastos en salud. Convoquemos a los profesionales del arte de curar a utilizar el ingenio para capear la crisis, solidarizándonos.

Asumamos el rol como médicos y dirigentes de la familia médica, buscando puntos de coincidencia, impidiendo que los más despiertos se sigan sirviendo del acto médico.

Ha llegado el momento de que nos consolidemos, a través del trabajo mancomunado interinstitucional, cada cual en su rol correspondiente y en el marco legal que nos da como institución colegiada la ley 5413/58.

Comisión de Seguridad Social: Dr. Hugo Oscar Vázquez, Dr Horacio Veleda, Dr. José Collura, Dra. Sara Iajnuik

Comité Científico

Origen y evolución de la palabra Stent

Los stents coronados se han convertido en los dispositivos intervencionistas empleados con mayor frecuencia para el tratamiento percutáneo de los pacientes con enfermedad coronada. Pero ¿cuál es la procedencia de este vocablo, que no tiene traducción en español y ha adoptado diversos significados a través del tiempo?

La etimología de la palabra "stent" no está totalmente aclarada. Puede ser el nombre de un dispositivo, un verbo o el apellido de un odontólogo inglés del siglo XIX.

En 1856, el dentista británico Charles Thomas Stent desarrolla un material termoplástico para registrar impresiones en los dientes. Esta 'pasta de Stent' se volvió popular y fue registrada comercialmente, ya que el ingenioso odontólogo se asoció con su colega Arthur Howard para la producción y venta del nuevo producto, que era guta percha modificada, un isómero del caucho natural que suele ser extraído del látex de algunos árboles tropicales.

Durante la Primera Guerra Mundial se produce el paso de la odontología a la cirugía, cuando un cirujano alemán llamado J. F. Esser describe una técnica para fijar injertos de piel en los soldados heridos, utilizando un molde con la mencionada pasta. El procedimiento se popularizó con el nombre de stent.

Posteriormente esta novedad fue usada para reconstrucciones intraorales y faciales como soportes o guías provisionales.

La utilización de prótesis endovasculares se remonta a 1912, fecha en que el cirujano francés Alexis Carrel, Premio Nobel de Medicina y Fisiología, iniciador de la cirugía vascular, utilizó tubos de cristal en la aorta torácica de perros para mantener el vaso viable. Fue admirado por su aporte técnico y muy criticado por su colaboración con los nazis en la Francia ocupada.

La historia continúa después con el aporte de otro cirujano alemán, Werner Theodor Otto Forsmann (1904-1979) que fue el primero en poner a punto un sistema práctico de cateterización cardíaca en 1929. Insertó un catéter (una varilla larga, delgada, flexible y opaca a los rayos X) en una vena de su propio brazo y la empujó a través de ella hasta que llegó al corazón. Esto permitió estudiar la estructura y funcionamiento de un corazón enfermo y proceder a diagnósticos exactos sin necesidad de recurrir a la cirugía exploratoria.

A través del mismo se puede llevar un sensor o un instrumento en miniatura, pudiéndose medir la presión sanguínea o el flujo de sangre. También se puede administrar un medicamento, introducir sustancia opaca a los rayos x para obtener radiografías de contraste, o situar electrodos para regular el funcionamiento del corazón. Forsmann realizó la primera prueba en sí mismo, siguiendo el avance de la sonda mediante un espejo, pero el método recibió numerosas críticas, por lo que abandonó este tipo de investigación y se dedicó a la Urología.

Sin embargo, algunos años después, en 1941, fue introducido en la clínica por el fisiólogo norteamericano de origen francés André Frédéric Cournand (1895-1988) y el médico norteamericano Dickinson Woodruff Richards (1895-1973), que propusieron algunas mejoras en la cateterización, y a partir de entonces se convirtió en uno de los procedimientos clásicos de la Cardiología.

Cournand había estudiado en la Universidad de París y se nacionalizó en Estados Unidos en 1941, fue profesor en la Universidad de Columbia y perteneció al Instituto Rockefeller de Nueva York. Richards estudió en Yale Columbia.

En el año 1956 Forsmann, Courmand y Richards obtuvieron por esta contribución el Premio Nobel de Medicina.

Volviendo nuevamente a la palabra "stent" es necesario mencionar a Charles Dotter (1920-1985), considerado el padre de la radiología intervencionista, que utilizó este término cuando experimentaba con perros y les implantaba espirales de metal en las arterias poplíteas. Introduce por primera vez la Angioplastía transluminal con catéteres coaxiales en el año 1968 cuando era jefe del Departamento de Radiología en la Universidad de Oregon, en Estados Unidos.

Lamentablemente Dotter y sus colaboradores fallecieron sin dejar explicaciones sobre las razones que los llevaron a usar el vocablo mencionado para las prótesis tubulares. Se atribuye al suizo Andrea Gruentzig la introducción en 1977 de la angioplastía percutánea con balón, permitiendo un rápido progreso a la Cardiología Intervencionista, especialmente los procedimientos de revascularización coronaria no quirúrgicas.

El aporte de médicos argentinos

El médico argentino Julio César Palmaz, que se inició en el Instituto General San Martín de La Plata y emigró posteriormente a Estados Unidos, desarrolló un stent tipo ranurado en acero inoxidable expansible. Fue sometido a una extensa evaluación en animales, y en 1988 por primera vez un dispositivo de ese tipo es introducido en seres humanos.

El caso de nuestro colega es ilustrativo de lo que se ha dado en llamar "fuga de cerebros". Este fenómeno mundial empezó en Argentina en la década de 1950 y siguió una curva ascendente. Entre ellos se cuentan muchos investigadores destacados, científicos de nivel internacional y un Premio Nobel, César Milstein.

El alejamiento de los talentos es la resultante de la cultura de un país en cuya estructura predomina la producción primaria, y la carencia simultánea de un desarrollo tecnológico e industrial inadecuado, donde el ingenio de Palmaz no pudo desarrollarse. Su invento finalmente generó capitales y empleos en el extranjero; no pudo ser aquí debido a nuestra crónica incapacidad de comprender el valor de la ciencia y la técnica.

Existen en la actualidad aproximadamente 27 casas comerciales que producen 55 tipos de stents,

pero ninguna es nacional.

En la historia de la cirugía no han faltado los inventores. En nuestro medio, el Profesor José M. Mainetti describió un separador abdominal, pero el caso más relevante fue el de Enrique Finochietto, que creó una asombrosa cantidad de elementos quirúrgicos: una mesa de operaciones hidráulica, clavijas mínimas para los dedos, equipos de anestesia local, pinzas pasahilos, separadores, valvas, pinzas de disección, mesa con escalón destinada a la caja de instrumentos quirúrgicos, mesa para operaciones ortopédicas, para exámenes proctológicos, el asiento para el cirujano con pedestal elástico, garrote de hemostasia preoperatoria, navaja para tomar injertos, estribo de extensión de miembro inferior, pinzas gemelas para gastroenteroanastomosis, el dilatador neumático para el megaesófago y muchos más.

Algunos de ellos se convirtieron en los embajadores de su Escuela y de nuestro país, como por ejemplo el Fronto-lux y el Separador intercostal de cremallera irreversible adoptado por todos los cirujanos de tórax del mundo.

Retomando el tema del origen de la palabra motivo de esta nota, puede señalarse que desde otro punto de vista hay una teoría que sostiene que se trata simplemente del verbo inglés "to stent" que significa extender, instalar o desplegar.

Lo llamativo es que más de cien años después de la muerte del inventor de la pasta, y de la interesante lista de aportes que tanto hicieron progresar el tratamiento de las coronariopatías, el término fue adoptado por todo el mundo en la radiología

intervencionista en la cirugía de la vía biliar, en el tubo gastrointestinal, en el árbol traqueobronquial, uréteres, canales nasolacrimales y neurocirugía.
Fue una contribución involuntaria al moderno vocabulario del arte de curar, que después de sufrir transformaciones y una llamativa evolución, termina en un producto médico que tiene muchas formas y funciones.

Comité Científico: Dr. Bartolomé Mayans, Dr. Jorge Binetti, Dr. Antonio Talanchuk,
Dr. Carlos Echeverría