

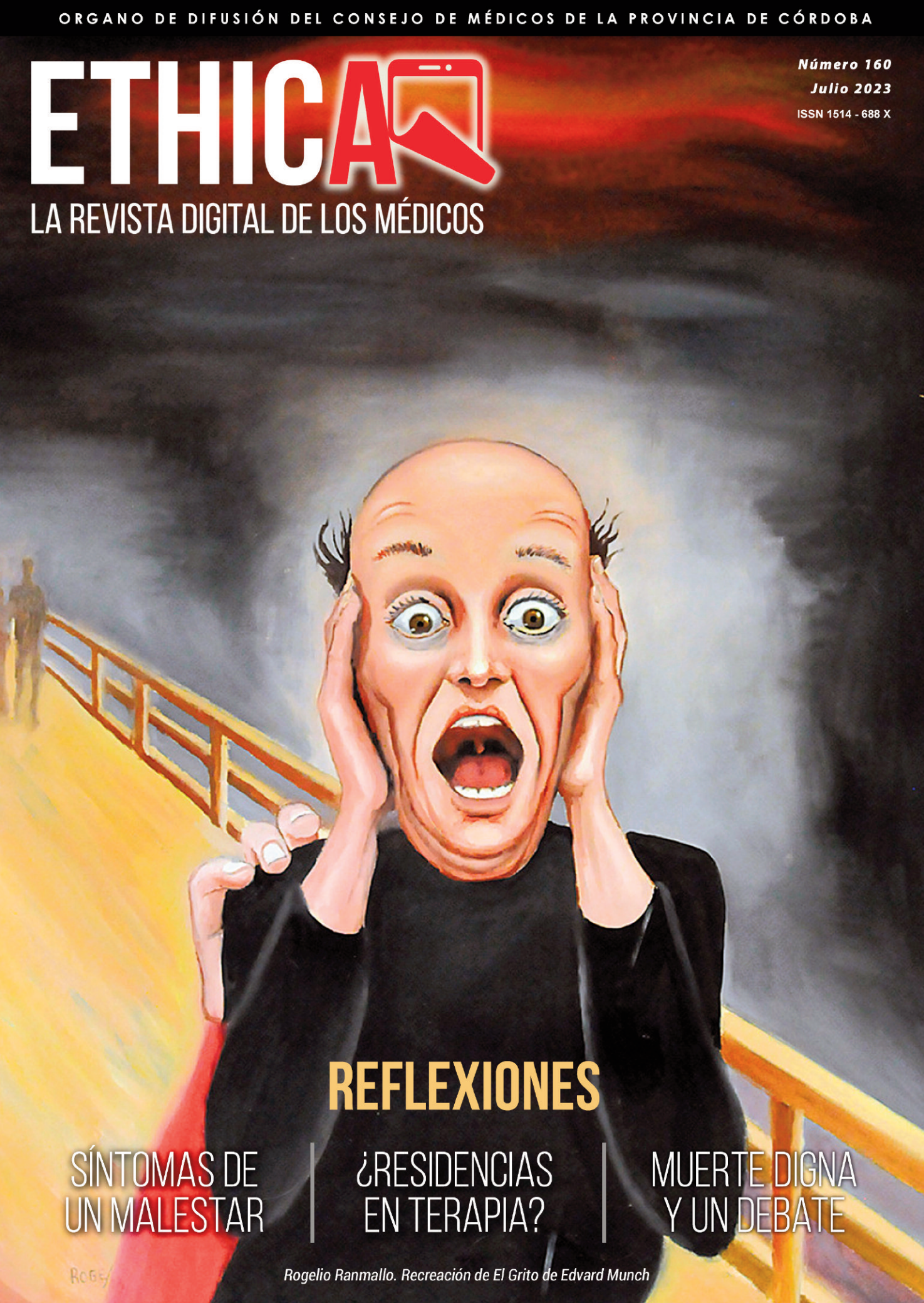
ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 160

Julio 2023

ISSN 1514 - 688 X



REFLEXIONES

SÍNTOMAS DE
UN MALESTAR

¿RESIDENCIAS
EN TERAPIA?

MUERTE DIGNA
Y UN DEBATE

CONOCÉ AUTOGESTIÓN

EN AUTOGESTIÓN USTED PODRÁ

www.cmpc.org.ar

Una vez ingresado al sistema de AUTOGESTIÓN usted podrá realizar todos estos trámites, consultas y descargas que el CMPC ha puesto a su disposición.



Descargar los CERTIFICADOS de MATRÍCULA A LIBRE DEUDA y de ÉTICA



Imprimir RESOLUCIONES CON FIRMA DIGITAL



Consultar y descargar todos los tomos de GUÍAS CLÍNICAS en PDF



Realizar el pago de la MATRÍCULA PROFESIONAL



Realizar el pago de póliza e imprimir su CERTIFICADO DE COBERTURA DEL FISAP



Realizar otros PAGOS a través de *Pago Fácil*, *Rapipago*, *Tarjetas de crédito* o *débito* entre otros



Realizar el pago de la cuota de APROSS



Realizar pagos e inscripción a los CURSOS DE CAPACITACIÓN



Acceder e Imprimir sus RECIBOS YA ABONADOS

tus trámites
en dos clicks



Es una publicación propiedad del
Consejo de Médicos de la
Provincia de Córdoba
Mendoza 251 • 5000 Córdoba
Tel. (0351) 4225004

E-mail: consejomedico@cmpe.org.ar
Página Web: www.cmpe.org.ar

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Héctor Rolando Oviedo
PRESIDENTE

Dr. Diego Bernard
VICEPRESIDENTE

Dr. Jorge Mainguyague
SECRETARIO

Dra. María Cristina Ferrer
TESORERA

Dr. Mario Vignolo
PRIMER VOCAL

Dr. Adolfo Moyano Crespo
SEGUNDO VOCAL

Dra. Carla Carta
Dr. Diego Almada
Dra. Eugenia Peisino
VOCAL SUPLENTE

REVISORES DE CUENTAS

Dr. Eduardo Sacripanti
Dra. Néilda Pussetto

**CONSEJO DE DELEGADOS
DE DISTRITOS**

Dra. Nora Castro
PRESIDENTE

Dra. Marcela Ogas
SECRETARIA

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Luis Otoniel Hormaeche
Dr. Carlos Rosales
Dr. Leandro Molina
Dr. Martín Moya
Sr. Luis E. Rodeiro
Lic. Alejandra Beresovsky

DIRECTOR

Dr. Luis Otoniel Hormaeche

DIRECTOR PERIODÍSTICO
Luis E. Rodeiro

CORRECCIÓN

Lic. Mónica Taborda

ARTE Y DIAGRAMACIÓN
Hernán Sieber

ISSN 1514-688X

Registro de Propiedad Intelectual N° 28798

Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción total o parcial, por cualquier medio, citando origen. Los artículos firmados, las notas con entrevistados y la publicidad inserta en la publicación no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores o responsables.

REFLEXIÓN EN TIEMPOS ELECTORALES**TRES SÍNTOMAS
DE UN MALESTAR**

Desde hace tiempo ya que hablamos de una profunda crisis en los sistemas de salud. Hace tanto, que parece que como sociedad nos hemos acostumbrados a vivir en medio de ella, con la protesta permanente de los médicos, pero todavía esporádicas como acción colectiva y de cansancio en el reclamo de los pacientes, pocas veces escuchados, que conduce indefectiblemente a la “enfermedad” de la anomia. Y agrava la situación, el hecho que es una crisis que afecta tanto a los estados municipales, provinciales y nacionales, pero también alcanza realidades internacionales.

Como ejemplo de ese estado de indefensión en materia de salud, traemos tres hechos puntuales, que en los primeros días de julio, trascendieron a través de la prensa y que no son otra cosa que síntomas de esa crisis profunda y prolongada.

El miércoles 5, en nuestra Córdoba, médicos y pacientes, que conforman la Asamblea de Discapacidad Regional Córdoba, convocaron a un paro. Los motivos no son distintos a otros reclamos de múltiples sectores que llegan al paro y a la movilización callejera para ser escuchados. En este caso, con eje en el drama doloroso de las personas –niños, jóvenes, adultos- con discapacidad. No piden más que generar las condiciones básicas de un sistema de inclusión y de garantía de sus derechos. A nivel de las colegas, como en otras especialidades y actividades profesionales exigen honorarios dignos y la inclusión de todas las prestaciones en el nomenclador del Sistema de Atención Integral de Discapacidad. Pero no sólo se trata de honorarios que no alcanzan, sino el rechazo a una naturalización de una modalidad de pagos diferidos e incluso en cuotas. Reclamos justos que el Consejo de Médicos sólo puede hacer suyos, en solidaridad con los colegas.

El 4 de julio, el Diario La Nación, a través de una nota firmada por los periodistas Fabiola Czuba y Pablo Mariano, con base en lo que sucede en Rosario, señalaron una muestra de un creciente éxodo de colegas, que incluye a Residentes, que parten al exterior en busca de mejores ingresos. La crisis del sistema de salud está empujando –según los autores- al límite a sus profesionales, hay quienes están optando por el “trabajo golondrina”: viajan a países limítrofes u otras provincias cada dos semanas para cubrir guardias por valores que llegan a ser el doble que su salario mensual. Los destinos son Chile, Uruguay y Paraguay, de acuerdo a un relevamiento de La

Nación; pueden ganar US\$1000 por una jornada (\$495.000 al valor del dólar blue), una cifra inalcanzable en la Argentina. Los relatos también dejan ver cómo en los países vecinos están dispuestos a seducirlos para que se queden. Los testimonios son harto elocuentes en la crisis que vive, desde hace años, nuestro sistema de salud¹. Pluriempleo, trabajos en negro, salarios indignos, demoras en cobrar, cargas horarias y administrativas, es un panorama que no se puede ignorar.

El Dr. Héctor R. Oviedo, Presidente del CMPC, viene insistiendo en que todas estas manifestaciones, están conformando una crisis del recurso humano en salud. Ya no se puede decir que sobran médicos, sino que estamos ante la posibilidad cierta que comiencen a faltar médicos. *“Los datos de la última década, en nuestra realidad cordobesa, nos dice que hasta 2019, el promedio era alrededor de 750 matriculados nuevos por año. Desde ese año para acá hubo una caída en 2020, una subida en 2021 y de nuevo una caída estrepitosa en 2022. Este año matriculamos 500 personas. Y si tomamos los tres años, ese movimiento atípico de bajada y subida seguramente sea efecto de la pandemia, pero nos ha dado una cifra de 630, o sea 130 matriculados menos que el resto de la década”*. (En el Informe especial que analiza el tema de las Residencias Médicas, se pueden encontrar más datos sobre el tema).

Lo preocupante es que la crisis ya tiene dimensión internacional. En Página 12, el periodista Marcelo Justo, titula su nota: El sistema de salud británico: de modélico a caótico². En muchos momentos se ha hablado con elogios del Sistema Nacional de Salud (NHS) inglés, con 75 años de existencia, como una suerte de modelo de atención sanitaria. Los datos actuales, sin embargo, lo ubican en un estado de virtual caos.

“Las listas de espera en Inglaterra superan los 7 millones, muchos pacientes aguardan meses o años para recibir tratamiento, se suceden las huelgas de los trabajadores de la salud: uno de cada 11 puestos está vacante. Los indicadores sanitarios reflejan un sistema desquiciado. El Reino Unido tiene uno de los peores índices de supervivencia de cáncer y accidentes cardio-vasculares

entre 18 países del mundo desarrollado, la desigualdad entre regiones y estratos sociales es alarmante, la expectativa de vida no ha mejorado en los últimos 10 años”.

Según Justo, que escribe desde Londres, siete de cada diez británicos dicen que el servicio está “broken” (roto). Es un diagnóstico que comparten los trabajadores del servicio. *“Desde su origen, el NHS fue la institución nacional más amada por los británicos, la que nos consolaba de todos los otros problemas que teníamos como sociedad. El amor sigue, pero el NHS está agonizando”*, dijo al matutino The Guardian una reconocida profesional.

El fundamento central del NHS –una gran aspiración de los argentinos- es “suministrar un servicio de salud que es universal y gratis” – lo que explica en gran medida su carácter de “religión nacional”. Este luminoso principio brilla más porque los británicos lo comparan con el modelo estadounidense y sus historias de pacientes que hipotecan sus casas para atenderse en la medicina privada o reciben lo que queda de un servicio estatal huérfano de recursos, relata el periodista.

La realidad de la agonía del sistema británico muestra que todo servicio sanitario tiene relación directa con una cosmovisión política, económica, especialmente sobre el papel del Estado, que como ha sostenido en distintas oportunidades nuestro Consejo de Médicos, debe cumplir un papel rector en la atención de la salud. Un Estado ausente como ha sucedido en los últimos 14 años en Inglaterra, ha derivado –consecuencias conocidas por los argentinos- en retraso salarial, que ha motivado, desde diciembre, huelgas de médicos, enfermeras, servicios de ambulancia y administrativos: la última de los “junior doctors” fue hace 20 días.

Son hechos elocuentes que necesitan ser conocidos y debatidos, especialmente cuando los argentinos entramos de lleno en un proceso electoral. Requiere una mirada integral y profunda, en medio de un contexto complejo, que requiere diálogo y predisposición de acordar por parte de todos sus protagonistas.

1. Ver diario La Nación, en su edición del 4 de julio de 2023.

2. Diario Página 12, 5 de julio de 2023.



EDITORIAL

- REFLEXIÓN EN TIEMPOS ELECTORALES
- TRES SÍNTOMAS DE UN MALESTAR..... 3

INSTITUCIONALES

- YA ESTÁN DISPONIBLES
- LAS NUEVAS GUÍAS CLÍNICAS DIGITALIZADAS 6
- ACUERDOS EN MATERIA DE SALUD 10
- SE REALIZÓ LA COLACIÓN DE NUEVOS ESPECIALISTAS 12

INFORME ESPECIAL

- UN ALERTA QUE REQUIERE SER ESCUCHADO
- LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN TERAPIA INTENSIVA..... 14
- LA REFLEXIÓN DE LA COMISIÓN DE JÓVENES MÉDICOS DEL CMPC
- LOS PREJUICIOS NO SON LA SOLUCIÓN 17
- SE CREÓ LA COMISIÓN INTERSECTORIAL DE SALUD
- ¿PUEDE SER UN CAMINO? 18

DE INTERÉS MÉDICO

- ¿LA LEY TIENE ZONAS OSCURAS?
- MUERTE DIGNA
- ¿UNA APLICACIÓN COMPLEJA O COMPLEJIZADA? 20
- NOVEDADES CIENTÍFICAS
- RIESGO DE DEMENCIA RELACIONADO CON EL DESEQUILIBRIO
- DE PROTEÍNAS EN LA SANGRE EN LA MEDIANA EDAD 26
- ¿PUEDEN LAS MÁQUINAS PENSAR? 27

CULTURA

- RENÉ FAVALORO (EN MEMORIA) 28
- EXPOSICIÓN ORGANIZADA POR LA COMISIÓN DE CULTURA
- AUTODIDACTA DE TÉCNICA REALISTA 32

NUESTRA PORTADA

La tapa de esta edición es una imagen del cuadro del Dr. Rogelio Ramallo, quien está exponiendo sus obras en la sede de nuestro Consejo (*Ver Sección Cultura*). Es una versión de "El Grito", de Edvard Munch, la cual muestra la desesperación en los rasgos poco definidos de una figura andrógina. Ramallo cuenta que en su pintura, titulada "Sobre el Grito de Edvard Munch", se propuso dar rostro definido a esa figura apenas sugerida en la pieza que lo inspiró. Su elección, creemos, tiene mucha relación con las reflexiones que presentamos en esta edición. El grito ya no es anónimo.

INSTITUCIONALES



NUEVAS

GUÍAS CLÍNICAS

ACTUALIZADAS | 2023



LAS NUEVAS GUÍAS CLÍNICAS DIGITALIZADAS

FUERON ELABORADAS POR ESPECIALISTAS EN CADA TEMA Y ESTÁN DIRIGIDAS HISTÓRICAMENTE A PROFESIONALES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS. LOS MÉDICOS MATRICULADOS PUEDEN ACCEDER GRATUITAMENTE A TRAVÉS DE LA PÁGINA DE LA ENTIDAD. ES UN MATERIAL QUE AHORA SE PUBLICA EN FORMA DIGITAL Y NO SÓLO ES CONSULTADO POR LOS MÉDICOS, SINO QUE SE HAN CONVERTIDO EN MATERIAL DE CONSULTA DE LA JUSTICIA, ESPECIALMENTE CUANDO DESARROLLAN JUICIOS POR RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

El Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (CMPC) presentó el miércoles 14 de junio las Nuevas Guías Clínicas, en su versión digitalizada, a las que pueden acceder todos los médicos matriculados de la provincia de Córdoba. Se publicaron 120 trabajos, entre actualizaciones y nuevas patologías protocolizadas. Las Guías, que comenzaron a realizarse en el CMPC en la década de 1990, están impulsadas por la Comisión de Protocolo y escritas por especialistas, pero dirigidas a profesionales que trabajan en emergencias y en el primer nivel de atención, para abordar adecuadamente situaciones que precisan de herramientas específicas para su atención.

Los títulos que incluyen nuevos textos y/ actualizaciones abordan temas como Adolescencia, Alergia, Ejercicio Profesional, Endocrinología – Nutrición, Gastroenterología, Ginecología, Hematología-Oncología-, Infectología, Medicina Transfusional, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurología-Psiquiatría, Oftalmología, Pediatría, Reumatología, Toxicología y Vascular Periférico.

Graciela Giachero, miembro de la Comisión de Protocolo de la institución, transmitió el agradecimiento a los autores *“que siguen colaborando intensamente”* y dedicó unas palabras por *“aquellos que lamentablemente hemos perdido, pero que perdurarán por siempre en nuestro recuerdo”*. Asimismo, manifestó gratitud a la Comisión de Especialidades y a la Junta Directiva por *–dijo– “continuar el proyecto, entendiendo la importancia que tienen”*.

“La historia de las guías clínicas comienza allá por los años noventa, marcada por la necesidad, por diferentes problemáticas que se planteaban a nivel sanitario. Entre otras, el requerimiento casi urgente de aumentar el número de especialistas en Anestesiología, porque existían muchos técnicos, pero había pocos especialistas”, rememoró y afirmó que esa carencia afectaba tanto a instituciones públicas como privadas.

En aquel momento *–recordó–* el Consejo estaba en su anterior sede de la calle Obispo Trejo, y allí fue donde se comenzó a evaluar la posibilidad de crear protocolos de atención que pudieran ser aplicables a patologías de emergencia y de mayor prevalencia de las diferentes especialidades.

El detonante para que la Junta Directiva de 1991 creara la Comisión de Protocolos fue el suicidio de un colega por un juicio de mala praxis. Ese evento hizo que visitaran la institución tanto funcionarios judiciales *–posteriormente a la emisión del fallo–*, como la familia del profesional fallecido.

Inicialmente, la comisión estuvo integrada por solo cuatro colegas, entre ellos, Juan Carlos García, miembro de la Junta Directiva de ese momento y quien fue de gran ayuda para su impulso.

“Desde la década de 1990 hasta la fecha, nunca se ha dejado de producir y publicar una innumerable cantidad de capítulos de todas las especialidades. Sus autores son miembros de los comités de contralor de cada especialidad, o bien destacados especialistas de nuestro medio. Insistimos hasta



lograr que la Justicia las tuviera como material de consulta antes de emitir un fallo”, explicó Giachero.

La elaboración de los primeros protocolos –hoy, llamados “guías clínicas”– surgió a partir de los acuerdos básicos a los que se llegó durante debates que se iniciaron en una gran jornada sobre el tema que se realizó en la Escuela Superior de Comercio Manuel Belgrano en 1992 y que continuaron en la sede de Obispo Trejo.

En el proceso se publicaron 13 tomos en papel, entre manuales de emergencias y guías clínicas, a las cuales se agregaron segundas ediciones, a los efectos de actualizar su contenido. Giachero destacó el aporte de Luis Rodeiro, editor de la revista Ethica y miembro de la Comisión de Comunicación Institucional, en la edición y recordó que los primeros ejemplares fueron financiados por el Fideicomiso Solidario De Ayuda Profesional (Fisap), cuyos afiliados recibían ediciones gratuitamente, al tiempo que el resto de los profesionales podían adquirirlos a bajo precio. La difusión estaba en buena medida a cargo de los delegados de distritos, con el fin de que su alcance no se limitara a la Ciudad de Córdoba.

“El advenimiento de la era digital nos impuso un nuevo formato y hace cuatro años se publicaron digital-

mente los primeros trabajos”, recordó Giachero, quien reemplazó al Dr. Alberto Daín, otro promotor importante del proyecto.

“La medicina es una ciencia sometida a un cambio constante. A medida que la investigación y la experiencia clínica, amplían nuestros conocimientos son necesarias modificaciones en los tratamientos y la farmacoterapia”, afirmaban repetidamente sus coordinadores. Pero, advertían, que además es fundamental que dichas normas estén cuidadosamente adaptadas a la realidad del medio donde el profesional se desempeña, así como estar atentos a las actualizaciones que requiera.

En 2001, cuando se presentaba uno de los tomos, el Dr. Daín habló de los ejes doctrinarios de las guías, en este caso el de Emergencias: *“Por un lado, un destinatario selectivo: los médicos generalistas; por otro, un escenario temporal del acto médico: las primeras 24-48 horas de atención de la enfermedad y, por último, un objetivo concreto: alcanzar la buena norma para la atención médica eficiente”*¹.

Posteriormente, se proyectó un video que resumió la historia y evolución de las guías clínicas y tomó la palabra el presidente del CMPC, Héctor Rolando Oviedo.

1. Libro 1961-2021 Jirones de una Historia para Armar, editado con motivo de los 60 años de creación del CMPC.

PALABRAS DE HÉCTOR OVIEDO

“Son 30 años de historia –recalcó, en primer lugar, Oviedo–. 30 años de esfuerzo de todas estas personas”.

“La de las Guías Clínicas es una labor que no está finalizada. Siempre hay trabajo para hacer. Es un proceso, es un camino, no solo un destino. Nos impulsa la idea de brindar una mejor calidad de atención médica a toda la población, nos preocupa la seguridad de los pacientes y la seguridad de nuestros colegas ejerciendo la práctica médica. Ese es el fundamento original de estas guías”, añadió.

Posteriormente, mostró cómo se accede a los contenidos: el primer paso es ingresar a la página del Consejo de Médicos (www.cmpc.org.ar) y hacer clic en el botón rojo de Autogestión que se encuentra en la barra de menú. Una vez ingresado el número de matrícula y contraseña, aparecen dos opciones: ir a Autogestión o generar una receta electrónica. Se debe tomar la primera opción. En la página de autogestión, aparecen todos los servicios que el matriculado puede realizar, por lo que se debe bus-



car Guías Clínicas, donde figuran las portadas de las 26 especialidades, además de un buscador para artículos específicos que contengan la palabra ingresada. Accediendo a cualquiera de las portadas, aparecerá el listado de todos los artículos correspondientes a esa especialidad. Al hacer click en cualquiera de ellos, se abrirá en PDF, el cual podrá descargar o imprimir.

UN GRAN ACTO DE EMPATÍA

Dra. Graciela Giachero

Analizados a la distancia, los trabajos publicados en las Guías Clínicas, en cualquiera de los formatos, significan un gran acto de empatía. Es el resultado de un acto de compartir saberes con un grupo de profesionales que trabaja en primer nivel de atención, a veces, en el interior, en condiciones de absoluta precariedad.

Ese trabajo representa una mano que se tiende y que se va a proyectar a una comunidad de pacientes que se verán más protegidos. Los profesionales que los apliquen actualizarán sus conocimientos y también ellos tendrán más protección de todo tipo, incluida la legal.

Creo que, lamentablemente, a veces la comunidad médica no termina de valorar esta gran acción.

Nos preocupan especialmente los colegas que no viven en grandes ciudades, quienes a veces carecen de muchos de los recursos que se encuentran en los grandes centros. La falta de actualización o la imposibilidad de hacer una rápida derivación o interconsulta –algo que sí se puede hacer en otras ciudades– puede derivar en una desprotección tanto del paciente, como del efector.

Por supuesto, estas guías son una contribución, pero no resuelven totalmente esos problemas. Es por ello que estos colegas, que trabajan en lugares recónditos de nuestra provincia y que muchas veces vuelcan sus saberes a cambio de exiguos honorarios, merecen el mayor de los respetos.

ACUERDOS EN MATERIA DE SALUD

El Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, representado por su presidente, Dr. Héctor R. Oviedo, participó en la firma del convenio de colaboración entre la municipalidad de Córdoba y los diferentes Colegios Profesionales de la Salud.

El acuerdo prevé integrar los sistemas de salud pública

y privada para mejorar la cobertura médica y brindar respuestas más rápidas y eficientes a las demandas en salud.

De esta manera, se busca optimizar recursos para alcanzar una mayor cobertura y coordinación de los servicios, validando proyectos que permitan generar nuevas oportunidades para los profesionales de la salud."



El Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba y el Círculo Médico de Córdoba realizaron la firma del contrato de comodato correspondiente al edificio de la antigua sede del CMPC.

El convenio entre el CMPC y el Círculo Médico es un acuerdo importante para ambas instituciones.

El Dr. Héctor R. Oviedo, en su calidad de presidente de la Junta Directiva del Consejo de Médicos, y el Dr. Jorge D. Mainguyague, como Secretario de la Junta, representaron al Consejo en el proceso de firma. Por otro lado, el Dr. Luis Lezama, como Presidente del Círculo Médico, firmó en

representación de dicha institución.

El acuerdo establece un contrato de comodato para el uso del edificio que anteriormente era la sede del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (CMPC).

El Círculo Médico de Córdoba llevará a cabo diversas actividades en el edificio de la calle Trejo. Compartiendo espacio con la Asociación Civil Médicos de Córdoba y la Sociedad de Cirugía de Córdoba.

Este convenio permite una colaboración estrecha entre el CMPC y el Círculo Médico, lo que beneficiará a la comunidad médica de la Provincia de Córdoba.





CUOTA DE
**MATRICULACIÓN
CERO**
DURANTE LOS DOS
PRIMEROS AÑOS.



**BECAS DEL 50%
PARA CURSOS
DE CAPACITACIÓN**
A todos los matriculados
recién egresados y hasta
los 3 años de recibidos.



COBERTURA R
con descuentos adicionales
a los nuevos matriculados
y colegas residentes,
por 3 años mediante débito.

**Adquiera estos beneficios
adhiriéndose
al débito automático**



APOYO SOLIDARIO A LOS NUEVOS MATRICULADOS

El **CMPC** cumple la función de **CONTROL**
de la profesión con el fin de proteger
a los ciudadanos en materia de salud.
A la par que tiene como objetivo **DEFENDER**
la dignidad profesional y **ASEGURAR**
el ejercicio pleno de la medicina.

www.cmpc.org.ar

Mendoza 251, B° Alberdi, Córdoba / Tel: +54 351 4225004
consejomedico@cmpc.org.ar

SE REALIZÓ LA COLACIÓN DE NUEVOS ESPECIALISTAS

EGRESARON 43 COLEGAS, QUIENES FUERON RECONOCIDOS POR SU DEDICACIÓN Y ESFUERZO PARA CONTINUAR Y COMPLETAR SU FORMACIÓN.



El jueves 20 de julio se realizó en el Consejo el acto de colación de nuevos especialistas. Obtuvieron sus certificados 43 colegas, quienes fueron reconocidos también por su dedicación y esfuerzo para continuar y completar su formación.

Asistieron, entre otras autoridades, el Director de Capacitación y Formación del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Dr. Santos García; el Secretario de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba, Dr. Ricardo Fernández; el Director de la carrera de Medicina del Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba (IUCBC), Prof. Dr. Aldo Tabares, y el Director de Posgrado del mismo establecimiento, Prof. Dr. Adrián Kahn.

El secretario de nuestra institución, Dr. Jorge Mainguyague, calificó el evento como “un acto muy especial”. *“De alguna manera, es una renovación de fe en la medicina, hermosa vocación, que nos permite salvar vidas, superar el dolor, solidarizándonos con los que sufren, desde la ciencia y desde la empatía con nuestros pacientes, que nos exige como actitud nuestro compromiso profesional”,* manifestó.

Mainguyague destacó el logro de las metas propuestas por los médicos presentes. *“Sabemos del esfuerzo que significa personalmente. De lo que han tenido que sacrificar o postergar muchas veces. Pero hoy están acá, esperando que el certificado que los habilita como especialistas, esté en sus manos y abra un nuevo camino”,* señaló al respecto.

La egresada Mayra Florencia Chiarotto fue la encargada de hablar en representación de sus pares. *“Sin duda, es un día especial. Creo no equivocarme si digo que todos los que recibimos ese certificado estamos felices de haber logrado una meta que nos propusimos, en la que pusimos todo nuestro esfuerzo, nuestro anhelo de completar nuestra formación, en la que creímos y creemos podíamos servir mejor y más plenamente nuestro compromiso profesional”,* expresó.

Reiteramos en este espacio las felicitaciones a quienes decidieron continuar con el proceso de consolidación de sus profesionales, a quienes mencionamos a continuación.

Aluen, Noelia Soledad
 Bustamante, Martín
 Martín Adrián Cañadas Varela
 Cerioli, Francisco
 Gabutti, Pablo Damián
 Gregorio, Gabriel Armando
 Palmero, Alexis Manuel
 Rigatuso, Rebeca
 Tubello, Renzo Rubén
 Varelo, María del Rosario
 Chiarotto, Mayra Florencia
 Trabucco, Mauro Francisco
 Aguirre Littvik, Andrés David
 Cantarini, Maximiliano
 Gramaglia, Franco Santiago
 Agüero, Valentín Ignacio

Coronel, Jonatan Rodrigo
 Pflum, Rodrigo Hernán
 Cano, María Soledad
 Brunotto, Valeria Noe
 Callejas, Agustina
 Laino, Juan Manuel
 Moyano, Graciela del Valle
 Nomen, María Florencia
 Bordon, Mario Esteban
 Heras, Laureano
 Levis, Karen Emilse
 Tejada Barrantes, Melisa Soledad
 Mussa, Román
 Farina, Matías Jesús
 Lucardi, Agustina
 Gallardo Briceño, Rodney Eduardo
 Herrero, Agustín
 Piana, María de los Ángeles
 Tuci, Carina Andrea
 Sale, Claudia Alejandra
 Cabrerizo Suaznabar, Lucía Alejandra
 González, Ana Paula
 Ávila Lucía Celestina
 Wilhelm, Cristhian Natanael
 Avegno, Angela María
 Ávila, Juan José Antonio
 Tavecchio, María Virginia





LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN TERAPIA INTENSIVA

EL TEMA, COMO LOS RECLAMOS, RETORNA CONSTANTEMENTE AL ANÁLISIS, AL DEBATE Y A LA PROTESTA DE LAS ORGANIZACIONES MÉDICAS. NO ES UN TEMA SUPERFICIAL. DESDE HACE MUCHOS AÑOS, LAS RESIDENCIAS ERAN CONSIDERADAS CENTRALES PARA EL PROCESO DE FORMACIÓN MÉDICA. FUE IDEADO E INICIADO POR EL PRESTIGIOSO CIRUJANO AUSTRIACO TEODORO BILLROTH, DURANTE LA SEGUNDA MITAD DE SIGLO 19. SE TRATABA DE CONTAR CON UN SISTEMA REMUNERADO DE CAPACITACIÓN EN SERVICIO DE POSGRADO A TIEMPO COMPLETO. SIGNIFICABA EL PASO DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA A LA PRÁCTICA PROFESIONAL, PROGRAMADA Y SUPERVISADA POR MÉDICOS CON EXPERIENCIA EN LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES. PERO ESE GRAN OBJETIVO FUE DEGRADÁNDOSE. HACE UN PAR DE AÑOS, EL DR. HÉCTOR R. OVIEDO, PRESIDENTE DEL CMPC, DECÍA EN UNA SALUTACIÓN DEL DÍA DEL MÉDICO DONDE RESALTABA LA COMPLEJIDAD DE EJERCER LA PROFESIÓN, EN REFERENCIA AL TEMA QUE NOS OCUPA: “NO ES FÁCIL SER MÉDICO HOY CUANDO ANTE EL SILENCIO DE LOS RESPONSABLES, SE CONVIERTEN LAS RESIDENCIAS, CREADAS PARA FORTALECER LA FORMACIÓN PROFESIONAL, EN MANO DE OBRA BARATA”. UNA CARA NO DESEADA DEL DETERIORO QUE HA SUFRIDO EL SISTEMA DE RESIDENCIAS MÉDICAS. ES NUESTRO DESAFÍO HOY EN NUESTRO INFORME ESPECIAL. TRAS UNA INTRODUCCIÓN SOBRE DATOS GENERALES DE LO QUE OCURRE, PUBLICAMOS LA MIRADA DE LA **COMISIÓN DE MÉDICOS JÓVENES**, EN UN TEXTO ELABORADO COLECTIVAMENTE A NUESTRO PEDIDO. **(LUIS RODEIRO)**.

EL FENÓMENO

Hay quienes piensan que el deterioro del Sistema de Residencias, si prosigue profundizándose, puede poner en jaque a todo el sistema de Salud. Los residentes, en muchos casos, como ha sucedido en Córdoba, postergan su cursado ante la necesidad de mejorar su situación salarial, prestando servicios en otras provincias que tienen carencia de profesionales médicos, especialmente en guardias, un poco mejores pagas que las residencias, en un contexto de crisis económica. Precisamente el Presidente del Consejo, opinaba que esa postergación era realmente una decisión equivocada por las consecuencias para la formación de los colegas que quedaba inconclusa,

pero por otro, un serio riesgo para la salud de la población por las tareas que realizan con una preparación trunca.

El fenómeno se repite en distintas provincias. En Buenos Aires y en Rosario, por ejemplo, según un informe publicado en el diario La Nación, el pasado año como ningún otro, hubo pocos aspirantes para las especialidades sensibles, como terapia intensiva, pediatría, neonatología y clínica médica¹. La razones argumentadas son las mismas: bajos salarios y extremas sobre-exigencias. Hace pocas semanas, en Buenos Aires, los Residentes de los centros de salud salieron a la calle, como lo hacen cada vez más seguido, en distintas provincias. Su descontento está activando alarmas –dice el informe- en un contexto con

1. Fabiola Czubaj, La Nación, 4 de julio de 2023



recursos humanos en crisis, que se expresa en renunciadas sostenidas de especialistas, en el justo rechazo al pluriempleo. La verdad es que contrariamente a lo que se pensaba hace unos años, comienzan a faltar médicos. En nuestra edición de junio de la ETHICA DIGITAL, el **Dr. Diego Almada**, pediatra, miembro de la Junta Directiva del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, alertaba sobre “el riesgo cierto de que la sociedad, como marca la tendencia, se quede sin pediatras. Con preocupación afirmaba *“Llevo casi la mitad de mi vida como pediatra y no comprendo cómo nos hemos permitido como sociedad quedarnos casi sin profesionales de esta especialidad en la actualidad”*.”

El Presidente del CMPC, **Dr. Héctor R. Oviedo** sitúa la alarma en las dificultades para conseguir colegas que hagan guardias en el Interior de la Provincia. La realidad es que la distribución por departamentos es muy desigual².

Según datos de la institución, en Córdoba viven 876 pediatras matriculados. La cifra asciende a 1.159 si se tienen en cuenta las subespecialidades, por ejemplo, endocrinología pediátrica. Ello significa que hay 1,22 de pediatras cada 1000 habitantes. *“Estamos ligeramente por debajo de los números ideales, según los estándares internacionales”*, dice Oviedo. En este sentido, con relación con otras provincias, sostiene, quizás Córdoba se encuentre mejor, ya que cuenta con cuatro facultades de medicina y una larga trayectoria en la formación de profesionales. Sin embargo, la distribución geográfica del recurso humano demuestra una alteración enorme. La situación económica es un fuerte factor. En Capital y Colón se está por encima de la media, pero en seis jurisdicciones esa ecuación da igual a cero: San Alberto, Pocho, Minas, Río Seco y Totoral. Mientras que, en 15 departamentos, hay un profesional cada 500 habitantes, según datos de la institución.

LOS DATOS A NIVEL NACIONAL

Según el informe de La Nación, ya citado, el pasado año, de acuerdo con registros oficiales presentados al **Consejo Federal de Salud** (Cofesa), *“rindieron examen 7388 egresados de carreras de ciencias de la salud para adjudicar 8249 vacantes, entre residencias y concurrencias, en 72 especialidades, 3111 centros acreditados y con financiamiento de la Nación y las provincias a través de los ministerios de Salud, universidades, instituciones y privados. Eso se traduce ya en un 10% menos de aspirantes. En 17 distritos, la cantidad de profesionales que rindieron el examen de residencia fue menor que los cupos disponibles”*.

El informe agrega que para clínica médica concursaron 530 egresados para 624 puestos, en medicina general y familiar lo hicieron 188 para 538 cargos y en terapia intensiva, 133 para 292 vacantes. En pediatría, neonatología y terapia intensiva infantil, la diferencia fue de casi la mitad: rindieron examen 464 postulantes para los 919 lugares concursados.

El desafío es superar la tensión entre el mundo del trabajo y la formación en medicina, es la conclusión del **Dr. Marcelo García Diéguez**, profesor del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur y exdirector nacional de Capital Humano: *“Hay una crisis de los ingresos a los cargos que es multifactorial. Tiene que ver el ingreso económico, el clima institucional, el descanso, la carga horaria y los beneficios familiares, que no están cubiertos en todos los distritos. Esto genera tensión entre el mundo del trabajo y la formación en medicina”*. Su conclusión es contundente: *“La residencia es una inversión para el futuro profesional y, en las condiciones actuales, los profesionales jóvenes no lo ven así en la Argentina.”*

2. Declaraciones a La Voz del Interior, 16 de julio de 2023.

La reflexión de la Comisión de Jóvenes Médicos del CMPC

LOS PREJUICIOS NO SON LA SOLUCIÓN

“En mi época los residentes hacíamos todas las guardias”. “No tienen ganas de trabajar”. “Ahora solo les importa la plata”. “Está de moda irse del país”. “Cuando yo era residente no existía el descanso pos guardia”.

Son algunas de las tantas frases que escuchamos de nuestros propios colegas en los pasillos de clínicas y hospitales. Muchos se justifican en que “ellos también lo vivieron, ellos también lo sufrieron”. Y nos preguntamos, si lo sufriste, ¿por qué lo replicas?

¿Seremos una generación menos trabajadora? ¿O será que nuestros mayores malacostumbraron al sistema? ¿Solo nos importa el sueldo? ¿O acaso antes el médico trabajaba únicamente por caridad?

A veces se le critica a la nueva generación de médicos que perdió la vocación, pero vocación no implica una mala remuneración.

Las residencias médicas desempeñan un papel fundamental en la formación de profesionales de la salud en Argentina. Estos programas de capacitación postgraduada nos ofrecen a los médicos recién recibidos la oportunidad de adquirir conocimientos especializados y habilidades prácticas en diversas especialidades médicas. Sin embargo, en los últimos tiempos, nuestra situación ha sido objeto de debate y preocupación.

En este último tiempo han surgido movimientos de residentes y personal de salud con frases como: “La vocación no me paga el alquiler; “confunden vocación con explotación”, “sin residentes no hay hospital”, “me sobra mes a fin de sueldo”, “dejemos de romantizar la profesión”.

Uno de los principales puntos de preocupación es la

falta de condiciones laborales adecuadas y salarios justos. Nos enfrentamos a largas jornadas de trabajo, falta de descanso adecuado y una carga laboral excesiva.

Argentina es uno de los pocos países del mundo con sistemas de salud público y privado, que garantiza el acceso gratuito a la salud a todos los habitantes. Por supuesto que apoyamos y defendemos ese sistema, pero consideramos que cualquier instancia subsidiada para la población debe ser repartida en su carga por todos los habitantes no por quienes prestan este servicio.

Un dato no menor y que hasta ahora no ha salido a la luz: es el ausentismo que existe en la carga horaria del personal de planta. Esto significa que jefes de servicio y médicos de planta, no todos, pero una importante cantidad, no cumplen el horario laboral que les corresponde por contrato. Y esto repercute directamente, en la actividad asistencial compensatoria de la que debemos cubrir los residentes.

No tenemos ánimos de señalar y puntualizar culpables, sino, para despertar la empatía en todos aquellos actores que puedan generar un cambio positivo en nuestra realidad. No hablamos desde el resentimiento, sino desde el dolor y el cansancio.

La situación actual de las residencias médicas en Argentina presenta desafíos importantes que requieren atención y soluciones. Es fundamental garantizar condiciones laborales adecuadas, salarios justos y una formación de calidad. Esto no solo contribuirá al desarrollo profesional, sino que también beneficiará a la salud de la población en general.

Se creó la Comisión Intersectorial de Salud

¿PUEDE SER UN CAMINO?

EL PASADO 6 DE JUNIO SE REALIZÓ LA PRESENTACIÓN OFICIAL DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN INTERSECTORIAL DE POLÍTICAS INTEGRADAS EN SALUD (CPIS), UNA IMPORTANTE INICIATIVA PARA EL TRABAJO EN CONJUNTO DE DISTINTAS INSTITUCIONES PARA CONTINUAR COON LAS LABORES YA INICIADAS.

El acta acuerdo fue firmada por la **Dra. Gabriela Barbás**, ministra de Salud de la Provincia; el **Dr. Héctor R. Oviedo**, presidente de nuestro Consejo de Médicos; el **Dr. Luis Lezama**, titular del Círculo Médico y la **Bioq. Nora Vilches**, presidenta de la Federación de Entidades Profesionales Universitarias de Córdoba (FEPUC).

Del acuerdo participaron además todas las facultades de medicina de la Provincia. Representadas por sus máximas autoridades: la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba; la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Católica de Córdoba; la Universidad Nacional de Villa María y el Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas.

La nueva comisión tiene por objetivo la institucionalidad de un espacio para el establecimiento de actividades de cooperación recíproca y vínculos permanentes, reforzando una tarea que ya se venía realizando.

El acta constitutiva establece un trabajo mancomunado en tres áreas: Examen Único Provincial, Especialidades y Recertificación y/o Educación Médica Continua.

Las entidades se comprometen a unir esfuerzos para definir en forma conjunta el desarrollo de políticas y estrategias para la formación de recursos y equipos de salud, a través de procesos que permitan el trabajo intersectorial.





Consejo de
Médicos de la
Provincia de
Córdoba

**COLEGAS,
FRENTA A
LAS AMENAZAS
O AGRESIONES**



**NO DEJEMOS
DE REPORTARLO
a www.cmpc.org.ar**



MUERTE DIGNA

¿UNA APLICACIÓN COMPLEJA O COMPLEJIZADA?

LA RESOLUCIÓN DE UN CASO DE MUERTE DIGNA EN NUESTRA PROVINCIA ABRIÓ UN DEBATE SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEY, QUE MUESTRA CRITERIOS ENCONTRADOS EN SU INTERPRETACIÓN, LO QUE DEMORA UNA DEFINICIÓN. LA LEY DE MUERTE DIGNA, TANTO NACIONAL COMO PROVINCIAL, HA SIDO UN GRAN PASO EN EL CAMINO DE UNA MEDICINA CADA VEZ MÁS HUMANA. ETHICA DIGITAL SE ASOMA A ESTE DEBATE DEL CASO QUE SUCEDE EN CÓRDOBA Y QUE POR AHORA HA QUEDADO JUDICIALIZADO. PARA ESTE INFORME SE HAN TENIDO EN CUENTA CRÓNICAS PERIODÍSTICAS PUBLICADAS POR MEDIOS LOCALES (LA VOZ DEL INTERIOR, PERFIL, COMERCIO Y JUSTICIA) Y HEMOS SOLICITADO LA POSICIÓN DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE LA INSTITUCIÓN, QUE TUVO UN PAPEL PROTAGÓNICO EN LA REFORMA A LA LEY PROVINCIAL ADECUÁNDOLA A LA LEY NACIONAL.

EL HECHO

El paciente (J.S.) sufrió un grave traumatismo de cráneo en la vía pública. Tiene 64 años, ocurrió cuando salía de un lugar bailable. Se ignora todavía si fue consecuencia de un intento de robo o alguna otra causa. El hecho sucedió el 12 de marzo de este año. Estuvo internado durante tres meses en el Hospital de Urgencia, en terapia intensiva. El 4 de mayo fue trasladado a una sala común, sin haberse producido ninguna modificación en su estado vegetativo. Ese día, los familiares firmaron su consentimiento para solicitar la aplicación de la ley de muerte digna, aceptando el retiro de la hidratación y de la alimentación que se estaba realizando de manera artificial.

Una de sus hijas declaró que según *“su punto de vista, dejarlo ir es el acto de amor más grande que puedo hacer por mi papá. Quiero que lo dejen descansar”*.

EL PROCESO

Ante la solicitud de los familiares del paciente que está en estado vegetativo y que no responde a ciertos estímu-

los como el dolor, los colegas que lo asisten en el Hospital de Urgencia, como lo destaca la periodista Natalia Lazzarini¹, con fecha 10 de junio, procedieron a retirar el soporte vital, como lo establece la ley. Pero cuatro días después, los profesionales que lo atienden *“le restituyen la hidratación y la alimentación”*, con la argumentación de que consideraban que *“no había pasado el plazo necesario para corroborar que su estado vegetativo fuera permanente”*.

La dirección del Hospital ante la situación planteada solicitó la intervención del Comité de Bioética ad hoc de la Provincia, que es interdisciplinario y fue creado en el marco de la Ley 10.058 de la Provincia. Actualmente se encuentra integrado por los especialistas Armando Andruet, Carlos Soriano, Iris Alicia Maders, Fernanda Marchetti, Andrés Toledo, Julio Bártoli y Magalí Re, que actúa a nivel consultivo.

Dicho Comité, una vez abocado al tema, por unanimidad, resolvió recomendar al Hospital de Urgencias avanzar en el retiro de la hidratación y la alimentación solicitada por la familia, *“sin dilaciones inadecuadas”*. El Dr. Andruet,

1. La Voz del Interior, 24 de junio de 2023.

DE INTERÉS MÉDICO

abogado, ex miembro, del Tribunal Superior de la Provincia, explicó que la decisión de la Comisión se basó en dos aspectos fundamentales: *“el carácter irreversible del estado del paciente y el reclamo de la familia”*.

A su vez, el médico Carlos Soriano, integrante de la Comisión, hizo referencia a que el paciente ingresó al Hospital el 12 de marzo, *“con un mal estado neurológico, del cual no se recuperó hasta ahora. Está con un diagnóstico de estado vegetativo persistente”*.

El especialista manifestó que *“esto sucede cuando se muere toda la parte superior del cerebro. Vale decir que el paciente no tiene corteza cerebral, pero sí tiene vivo el tallo y es lo que le permite que pueda respirar. Por el contrario, la muerte de la corteza cerebral le impide tener dolor, hambre o sed”*.

El especialista, integrante de la Comisión de Bioética del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, en entrevista con el diario Perfil, pone énfasis en distinguir entre muerte digna y eutanasia. En el caso de esta última, *“se trata de la finalización intencional de la vida del paciente por su reiterado pedido”*. En este caso, *“el médico debería inyectarle una droga para que el paciente muera”*. En el caso que nos ocupa, se trata del pedido para retirar el soporte vital: *“no se le inyecta ninguna droga mortal”*.

Es preciso recordar que la ley define que se puede retirar el soporte vital *“en casos de estado vegetativo perma-*

nente cuando el estado de vigilia sin conciencia de una persona que le impide cualquier tipo de expresión de voluntad se prolonga por más de tres meses después de una lesión no traumática y por más de 12 meses si la lesión es traumática”.

LA DIFERENCIA DE CRITERIOS

El tema de debate se centra precisamente, como lo explica Natalia Lazzarini en su nota en La Voz del Interior, en el llamado “retiro vital”, llámese hidratación o alimentación artificial y en los plazos diferenciados de 3 o 12 meses.

En la ley provincial, sancionada después de la ley nacional, su redacción quedó más restrictiva, afirma Lazzarini, ya que hidratación y alimentación artificial se consideraban “cuidados ordinarios mínimos” que debían seguir recibiendo un paciente que se encuentra en estado terminal. Posteriormente, con la sanción del nuevo Código Civil, se habilitó el “retiro vital” en pacientes con enfermedades incurables, terminales o irreversibles, subraya la periodista. La ley provincial, aprobada en 2016, se adecuó al texto del Código Civil.

Los médicos del Urgencia, al reponer el retiro vital cuatro días después, estiman precisamente que no está dado el plazo para considerar que el estado vegetativo es irreversible.



xxx

Cursos de FORMACIÓN

válidos para rendir la **especialidad** junto a los demás requisitos exigidos:

- Farmacología Clínica, Medicina Generalista, Psiquiatría, Nutrición Médica.
- Medicina de Emergencias Pediátricas, Geriátrica, Terapia Intensiva,
- Auditoría Médica, Medicina Prehospitalaria y Rescate, Medicina del Deporte y Toxicología.

Más información:
educacionmedicacontinua@cmpec.org.ar

www.cmpec.org.ar @ f v y

CM PCI Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

La posición de la Comisión de Bioética del CMPC

REFLEXIONES NECESARIAS

En estos casos, como el que nos ocupa, sumamente dolorosos y complejos para todos los involucrados (pacientes, equipos de salud, familias y sociedad en general) lo que sucede en la cotidianeidad, es que, el equipo tratante dialoga con los familiares sobre la situación actual, el pronóstico y los cursos de acción posibles para buscar el consenso y tomar las mejores decisiones para el paciente.

Hay oportunidades en las que ante circunstancias dilemáticas, donde no se logra un acuerdo, está la instancia de consultar al Comité Hospitalario de Bioética (CHB), para que aporte una mirada multidimensional y colabore en el proceso de toma de decisiones, mejorando la calidad de las mismas, con el único fin de lograr respetar y garantizar en todo lo posible la voluntad y dignidad del paciente.

En esta oportunidad, se dio intervención al CHB del Hospital de Urgencias uno de los primeros en la provincia, de larga y reconocida trayectoria, fue fundado en el año 1996 y declarado de interés municipal, por el Concejo Deliberante de la ciudad de Córdoba (1997).

El CHB, luego de estudiar el caso, y de dialogar con los familiares y los médicos tratantes, el 4 de mayo, emite – como se relata en la crónica introductoria- una primera recomendación (no vinculante) que sugería respetar la voluntad del paciente expresada por la familia y retirar el soporte vital al paciente. Esta primera recomendación no es seguida por los médicos tratantes quienes deciden continuar con todo el tratamiento.

Hay, una segunda recomendación, el 5 de junio, sugiriendo nuevamente, el retiro del soporte vital, la cual cuenta con la firma de todos sus familiares. Luego de la misma, el día 10 de junio se retira el soporte, incluidos tratamientos de hidratación y nutrición; y luego de 5 días, y sin la oportuna comunicación y consentimiento de la familia, se da marcha atrás en dicha decisión y se restablecen alimentación por sonda e hidratación venosa. Es de hacer notar, que la familia, luego de tomar una decisión difícilísima para con un ser querido al que ya se encontraba “duelando”, sufre una gran conmoción y angustia.

Al notar la grave disparidad de criterios y pareceres irreconciliables, el director del Hospital solicita a la Ministra de Salud de la provincia, que cite, de acuerdo a lo que manda la ley al Comité ley 10058 creado en el año 2016, para estos casos dilemáticos².

Recordemos que luego de la sanción en el año 2012 de la ley cordobesa de Muerte Digna existe por ley, aunque poco utilizado en la práctica, un Registro de Declaración de Voluntad Anticipada (DVA) que busca facilitar la expresión de los deseos y voluntades de las personas en relación a las actuaciones sanitarias sobre su cuerpo cuando no pudiera comunicarlo. En el caso que el paciente se encontrara en imposibilidad de expresar su voluntad, y no lo hubiera dejado por escrito, son los familiares quienes conocen sus deseos, los encargados de hacer respetar la voluntad del paciente. (Esto está previsto tanto en la ley nacional 26529 y su modificatoria 26742, como en la provincial 10058 y 10421, como en el nuevo Código Civil de la Nación año 2015).

2. En la modificación de la ley 10058 (ley 10421), se creó este comité. Su Artículo 4º expresa: *Incorpórense como artículo 21 bis y artículo 21 ter de la Ley Nº 10058 la Declaración de Voluntad Anticipada - Muerte Digna-, los siguientes: La Autoridad de Aplicación designará un comité ad hoc que se denominará "Comité Ley Nº10058 - Muerte Digna y entenderá consultivamente en cuestiones de duda y evidente singularidad acerca del acogimiento o no por el respectivo Registro Único de Voluntades Anticipadas, como así también de cualquier otra cuestión que por aplicación efectiva de la presente Ley se pudiere generar. Además prevé su intervención cuando el paciente no hubiere formalizado su Declaración de Voluntad Anticipada (DVA) y la decisión fuere tomada por los representantes legales en los términos del artículo 24 de la presente Ley.*

Frente a la solicitud del director del hospital –como decíamos– se convoca al Comité ad hoc (dos de los miembros pertenecen a esta Comisión de Bioética del CMPC) que está formado por expertos con larga trayectoria en la materia y presidido por el ex vocal del Tribunal Superior de Justicia Dr. Armando Andruet.

Se deliberó por más de dos días y se emitió un informe que si bien no es vinculante, habitualmente es tenido en cuenta por los involucrados e inclusive (como en el fallo D. M.A.) por los jueces dados sus contundentes fundamentos.

El comité ad hoc en forma unánime recomienda en su informe que se brinde curso favorable sin dilaciones inadecuadas ni indebidas a la solicitud de la familia del señor J.S. de retirarle las medidas de sostén vital y, de asegurar de igual modo, los cuidados paliativos integrales al nombrado paciente.” (sic) asegurándose que no se modificaron ni la expresión de la familia ni las condiciones clínicas del paciente.

Existe una clara diferencia entre la mirada de algunos profesionales del Hospital, la del CHB del Hospital de Urgencias, y el Comité ad hoc ley 10058 de muerte digna, al respecto de retirar el soporte vital de dicho paciente.

Al no llegar a un acuerdo y continuar con los tratamientos instaurados los familiares sintieron la obligación de solicitar un amparo judicial. Cuestión que el fallo D.M.A. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en 2015, aconsejó no “judicializar” estos casos, ya que esto conlleva un desgaste innecesario y agotador, tanto para la familia como para los profesionales de la salud, que podrían verse involucrados en algún proceso legal indeseado, con la mejor de las intenciones.

En el caso en cuestión, encontramos diferentes ejes, uno vinculado a la autonomía de la persona, sus deseos y valores en relación a su vida y calidad de vida y el rechazo de tratamientos y por otra parte la situación médico-clínica en relación al diagnóstico y pronóstico certero. La duda clínica se produce al no haber transcurrido en el caso de J.S el tiempo establecido para definir como permanente e irreversible su estado (12 meses o más en el caso de traumatismo craneoencefálico y 3 meses en el caso de que fuera por causas de hipoxia).

J. S. lleva ya 4 meses internado, si bien es cierto fue traumático, no es menos cierto que el paciente estuvo un tiempo indeterminado sin una correcta oxigenación de su cerebro por la broncoaspiración citada (hipoxia). No cabe

duda que J.S. jamás volverá a ser quien era. Está descripto que, luego de los 3 o 4 meses, en pacientes mayores de 50 años solo el 3 al 5% por ciento pueden tener una recuperación muy limitada, quedando con grandes secuelas residuales y una calidad de vida ínfima (mínima conciencia). Se ha visto que la causa del EVP, su duración y la edad son los factores más importantes de cara al pronóstico.

Por lo tanto, luego de dicha edad el pronóstico es desfavorable en la mayoría de los casos. Queda en evidencia, en este caso, el carácter de incurable. Cuestión que está claramente contemplada en el código civil. Según la RAE curar es *“Hacer desaparecer una enfermedad, una herida o un daño físico a una persona, un animal o un organismo.”* (sic)

En estos casos, el paciente con estado vegetativo es incapaz de comunicarse con el exterior, sentir placer o alegría, dolor, hambre o sed, tiene incontinencia de esfínteres y su cuerpo se va deteriorando (escaras, infecciones, etc.) en forma progresiva al no tener ningún tipo de movimiento voluntario, es por esto, que la familia (suelen en esto coincidir los familiares de pacientes en dicho estado) lo empieza a describir como una cáscara o un caparazón que respira. Ya que ellos mismos no ven el “alma” de J. S, o de Nancy Cruzan o de Terri Schiavo, o de Anthony Bland o de Marcelo Diez, solo por nombrar algunos casos paradigmáticos a nivel mundial.

Por todo esto y con mucho dolor la familia pide el retiro del soporte vital, incluidos tratamientos de hidratación y nutrición artificiales (mundialmente son considerados tratamientos médicos invasivos) para que su ser querido pueda tener una muerte digna, según su propio deseo.

Este tipo de situaciones y pedidos puede generar controversias en algunos profesionales de la salud, acostumbrados y formados para salvar vidas, ya que se confunde el “permitir morir a un paciente” con el abandono. La causa de la eventual muerte de J.S. sería el traumatismo de cráneo y los daños por éste generados y no el retiro de los tratamientos médicos.

Instaurar o sostener un tratamiento que no cumple los logros que se quieren obtener constituye para la literatura bioética una obstinación terapéutica, lo cual prolonga la agonía en forma innecesaria, convirtiéndose en un tratamiento fútil.

Juan Pablo II ha expresado claramente: *“La decisión de no emprender o interrumpir una terapia será éticamente*

correcta cuando ésta resulte ineficaz o claramente desproporcionada para sostener la vida o recuperar la salud. Por tanto, el rechazo del ensañamiento terapéutico es expresión del respeto que en todo momento se debe al paciente” (sic).

Según el bioeticista español Miguel Sánchez González³, el tratamiento en casos de EVP tiende cada vez más a depender de las directivas previas del propio sujeto y si no las hay, por los decisores en sustitución, preferiblemente también designados por el propio sujeto.

Finalmente creemos que la vida no es un absoluto⁴ y por sobre todas las cosas se deben tener en cuenta el espíritu por el que fue creada cada una de las leyes, y considerar que en estos casos las decisiones prudentiales (tomar la decisión más justa en situaciones de incertidumbre al decir de Aristóteles) nunca deben dejar de tomar en cuenta el valor de la dignidad de la persona.

Siempre y cuando dicha autonomía no hiera a terceros, las leyes están hechas para ampliar derechos y respetar la voluntad del que determina su dignidad, aunque muchas veces

estas acciones no coincidan con nuestro criterio profesional, idiosincrasia o creencias. Sin embargo, como profesionales de la salud es nuestra obligación, manejarnos dentro de marcos legales vigentes, los códigos deontológicos pero sobre todo con respeto a la autonomía y dignidad del paciente.

La dignidad la determina cada persona, y esa premisa en bioética es un valor de gran jerarquía. La vida no tiene precio, sino valor, un valor trascendental (es la condición de posibilidad) que permite que desarrollemos nuestra existencia humana; pero no un valor infinito, somos vulnerables, caducos y finitos (enfermamos, envejecemos y morimos). Las cargas y beneficios de los tratamientos no se refieren al valor de la vida, como valor trascendental, sino a las cualidades de esa vida, a las cualidades de esta existencia; no se pone en cuestión el valor trascendental de la vida sino su calidad y las decisiones sobre el balance de las cargas y beneficios, hoy corresponde en primer lugar al paciente, eso es respetar su dignidad, en última instancia su libertad, su autonomía.

3. Bioética en Ciencias de la Salud. Miguel Ángel Sánchez González. Editorial Elsevier Masson, 2013.

4. “Hablando del valor de la vida” de Daniel Sulmasy, profesor de filosofía y ética biomédica, Universidad de Georgetown, publicado en Kennedy Institute of Ethics Journal, Vol 21 N°2 Junio 2011 pp 181-199. Johns Hopkins University Press.

xxx

Cursos de ACTUALIZACIÓN

con validez para recertificar la **especialidad:**

- Rehabilitación, Geriátría,
- Infectología Pediátrica, Toxicología,
- Cardiología, Cirugía General, Neumonología,
- Medicina de Emergencias, Medicina Legal,
- Terapia Intensiva, Medicina Interna,
- Pediatría, medicina Generalista, Tocoginecología,
- Neonatología y Gastroenterología.

Más información:
educacionmedicacontinua@cmpc.org.ar

www.cmpc.org.ar

CM
PCI Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

RIESGO DE DEMENCIA RELACIONADO CON EL DESEQUILIBRIO DE PROTEÍNAS EN LA SANGRE EN LA MEDIANA EDAD

Un estudio de larga duración ha identificado proteínas relacionadas con la demencia si sus niveles están desequilibrados durante la mediana edad. Los hallazgos, publicados en *Science Translational Medicine*, podrían contribuir al desarrollo de nuevos tests de diagnóstico o tratamientos para las enfermedades que causan la demencia.

Equipados con muestras de sangre de más de 10.000 participantes, los investigadores buscaban signos de desregulación en el proteoma de una persona, es decir, la colección de todas las proteínas expresadas en el cuerpo. Encontraron 32 proteínas que, si están desreguladas en personas de 45 a 60 años, están fuertemente asociadas con un mayor riesgo de desarrollar demencia en la vejez.

Algunas de estas proteínas están activas en el cerebro, pero la mayoría tiene funciones en otras partes del cuerpo.

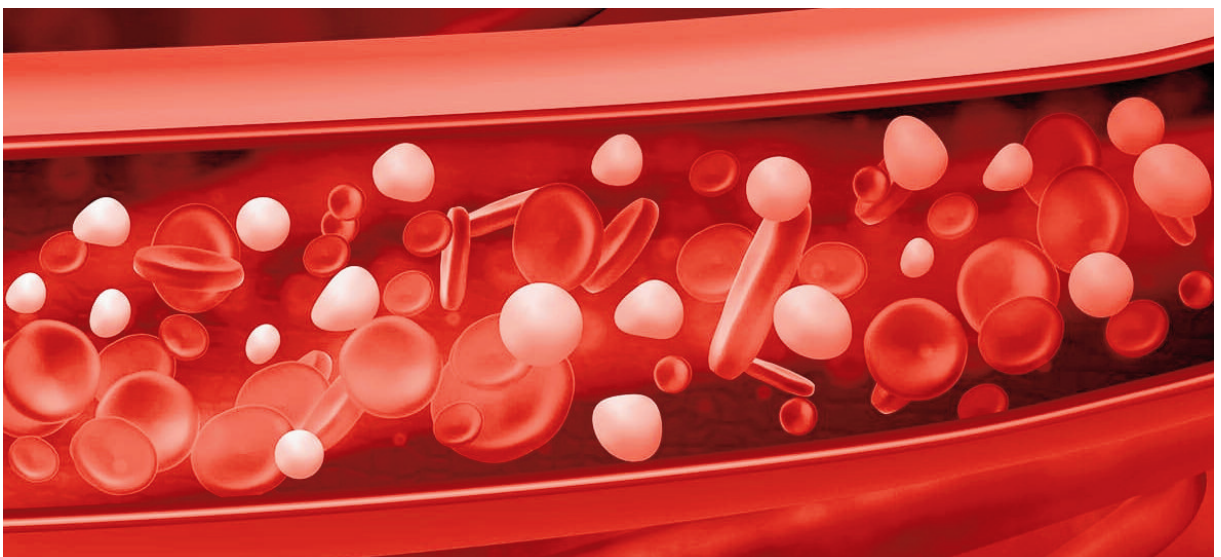
Algunas están vinculadas al proceso de equilibrar los

niveles de proteínas en el proteoma, lo cual es importante para evitar que las proteínas se vuelvan descontroladas y se agrupen, como ocurre en la enfermedad de Alzheimer.

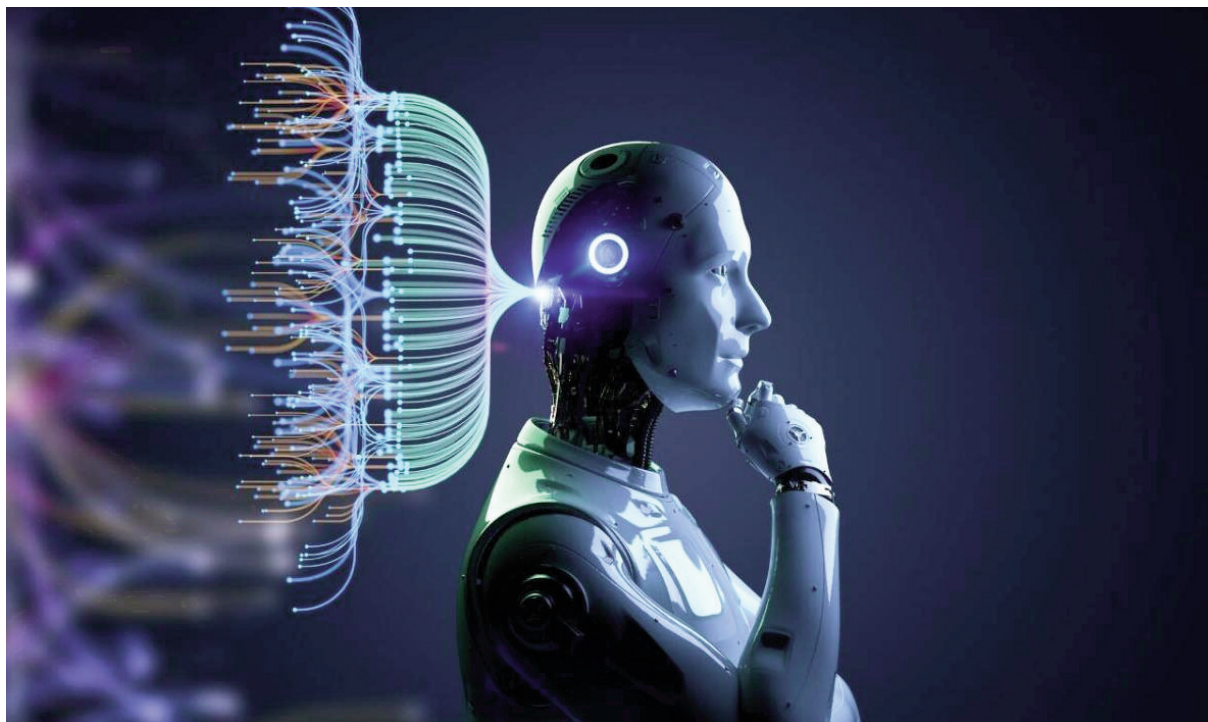
Además, se encontraron niveles alterados de muchas de estas proteínas tanto en los tejidos cerebrales de personas fallecidas con Alzheimer como en la sangre de personas que aún viven con la enfermedad. Esto sugiere que estas proteínas están involucradas en los procesos específicos de la enfermedad. Otras proteínas identificadas en el estudio están vinculadas al sistema inmunitario, lo que respalda la creciente evidencia del papel del sistema inmunitario en la demencia.

Aunque aún se necesita una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes, estos hallazgos podrían abrir puertas para intervenciones tempranas y tratamientos más personalizados en el futuro.

Fuente: Science Translational Medicine. 19 de julio de 2023



¿PUEDEN LAS MÁQUINAS PENSAR?



Los grandes modelos de lenguaje (LLMs, por sus siglas en inglés) han superado la prueba de Turing, conocida como el "juego de imitación", que intenta evaluar si las máquinas pueden pensar como seres humanos. Estos LLMs, como el chatbot ChatGPT, han demostrado habilidades impresionantes en conversación, escritura de ensayos y poesía, programación, y resumen de texto. Sin embargo, los investigadores se enfrentan a desafíos para comprender cómo funcionan exactamente estos LLMs, ya que gran parte de su comportamiento surge del proceso de entrenamiento y no está completamente especificado por los programadores.

La comprensión de los LLMs es esencial para desbloquear su potencial en campos como la medicina y el derecho, pero se ha demostrado que sus capacidades pueden ser frágiles y carecer de robustez en el mundo real. Los científicos están debatiendo si los LLMs muestran signos de razonamiento y comprensión real o si su rendimiento inconsistente indica que no son tan inteligentes como parecen.

Para evaluar mejor las fortalezas y debilidades de los LLMs, se necesitan pruebas más sistemáticas que ofrezcan una comprensión más completa de su funcionamiento. De manera similar a cómo se aprueban los medicamentos después de pruebas clínicas rigurosas, las evaluaciones de los sistemas de IA podrían permitir que se utilicen de manera segura en ciertas aplicaciones y se comuniquen a los usuarios sus posibles fallas.

Un enfoque prometedor es la creación de pruebas que examinen la capacidad de razonamiento sobre conceptos abstractos. Sin embargo, la comprensión completa de los LLMs requerirá un estudio más profundo de los mecanismos subyacentes que impulsan su comportamiento.

El camino hacia la comprensión total de los LLMs es largo y desafiante, especialmente debido a la falta de transparencia de las empresas que los desarrollan. Sin embargo, es un desafío crucial para el campo de la IA, ya que se busca entender completamente el potencial y los límites de estas poderosas herramientas de lenguaje.

Fuente: Nature, 25 de julio de 2023

*“Yo me conformaría con que
el corazón de los argentinos
tuviera tres cosas:
honestidad, responsabilidad
y solidaridad”*

*René Favaloro
1923 - 2000*

RENÉ FAVALORO

(en memoria)

EL MES DE JULIO ES EL MES QUE RECORDAMOS EL NACIMIENTO DE ESTE PROTOTIPO DE MÉDICO Y SU MUERTE. NACIÓ EL 12 DE JULIO DE 1923, QUE HA SIDO ELEGIDO EN SU HONOR, COMO EL DÍA DEL MÉDICO RURAL, QUE FUE SU INGRESO A LA MEDICINA Y COMO QUERÍA SER RECORDADO SIEMPRE. CUMPLIRÍA 100 AÑOS. Y EL 29 DE JULIO, RECORDAMOS CON DOLOR Y TRISTEZA, CUANDO REBASADO POR LAS CIRCUNSTANCIAS MURIÓ DISPARÁNDOSE UN TIRO EN EL CORAZÓN. DEJÓ ESCRITO PARA NO OLVIDAR: “NO HA SIDO UNA DECISIÓN FÁCIL PERO SÍ MEDITADA. NO SE HABLA DE DEBILIDAD O VALENTÍA. EL CIRUJANO VIVE CON LA MUERTE, ES SU COMPAÑERA INSEPARABLE, CON ELLA ME VOY DE LA MANO”. AL CUMPLIRSE 2 AÑOS DE SU FINAL, NUESTRA REVISTA RECORDÓ UNA FRASE QUE LAMENTABLEMENTE SIGUE VIGENTE: “LOS MÉDICOS NOS SENTIMOS LOS MENDIGOS DE UN SISTEMA EN CRISIS”. HOY LO EVOCAMOS CON EL TEXTO COMPLETO DESDE UNA DE LAS SIETE CARTAS QUE NOS DEJÓ PARA NO OLVIDAR JAMÁS.

“S i se lee mi carta de renuncia a la Cleveland Clinic, está claro que mi regreso a la Argentina (después de haber alcanzado un lugar destacado en la cirugía cardiovascular) se debió a mi eterno compromiso con mi patria. Nunca perdí mis raíces. Volví para trabajar en docencia, investigación y asistencia médica. La primera etapa en el Sanatorio Güemes, demostró que inmediatamente organizamos la residencia en cardiología y cirugía cardiovascular, además de cursos de postgrado a todos los niveles. Le dimos importancia también a la investigación clínica en donde participaron la mayoría de los miembros de nuestro grupo. En lo asistencial exigimos de entrada un número de camas para los indigentes. Así, cientos de pacientes fueron operados sin cargo alguno.

La mayoría de nuestros pacientes provenían de las obras sociales. El sanatorio tenía contrato con las más

importantes de aquel entonces. La relación con el sanatorio fue muy clara: los honorarios, provinieran de donde provinieran, eran de nosotros; la internación, del sanatorio (sin duda la mayor tajada). Nosotros con los honorarios pagamos las residencias y las secretarías y nuestras entradas se distribuían entre los médicos proporcionalmente. Nunca permití que se tocara un solo peso de los que no nos correspondía. A pesar de que los directores aseguraban que no había retornos, yo conocía que sí los había. De vez en cuando, a pedido de su director, saludaba a los sindicalistas de turno, que agradecían nuestro trabajo. Este era nuestro único contacto.

A mediados de la década del 70, comenzamos a organizar la Fundación. Primero con la ayuda de la Sedra, creamos el departamento de investigación básica que tanta satisfacción nos ha dado y luego la construcción del Instituto de Cardiología y cirugía cardiovascular.

Cuando entré en funciones, redacté los 10 mandamientos que debían sostenerse a rajatabla, basados en el lineamiento ético que siempre me ha acompañado. La calidad de nuestro trabajo, basado en la tecnología incorporada más la tarea de los profesionales seleccionados hizo que no nos faltara trabajo, pero debimos luchar continuamente con la corrupción imperante en la medicina (parte de la tremenda corrupción que ha contaminado a nuestro país en todos los niveles sin límites de ninguna naturaleza). Nos hemos negado sistemáticamente a quebrar los lineamientos éticos, como consecuencia, jamás dimos un solo peso de retorno.

Así, obras sociales de envergadura no mandaron ni mandan sus pacientes al Instituto.

¡Lo que tendría que narrar de las innumerables entrevistas con los sindicalistas de turno!

Lo mismo ocurre con el PAMI. Esto lo pueden certificar los médicos de mi país que para sobrevivir deben aceptar participar del sistema implementado a lo largo y ancho de todo el país. Valga un solo ejemplo: el PAMI tiene una vieja deuda con nosotros, (creo desde el año 94 o 95) de 1.900.000 pesos; la hubiéramos cobrado en 48 horas si hubiéramos aceptado los retornos que se nos pedían (como es lógico no a mí directamente).

Si hubiéramos aceptado las condiciones imperantes por la corrupción del sistema (que se ha ido incrementando en estos últimos años) deberíamos tener 100 camas más. No daríamos abasto para atender toda la demanda.

El que quiera negar que todo esto es cierto que acepte que rija en la Argentina, el principio fundamental de la libre elección del médico, que terminaría con los acomodos de turno.

Lo mismo ocurre con los pacientes privados (incluyendo los de la medicina prepaga) el médico que envía a estos pacientes por el famoso ana-ana, sabe, espera, recibir una jugosa participación del cirujano.

Hace muchísimos años debo escuchar aquello de que Favaloro no opera más! ¿De dónde proviene este infundio? Muy simple: el paciente es estudiado. Conclusión, su cardiólogo le dice que debe ser operado. El paciente acepta y expresa sus deseos de que yo lo opere. 'Pero cómo, ¿usted no sabe que Favaloro no opera hace tiempo?'. 'Yo le voy a

recomendar un cirujano de real valor, no se preocupe'. El cirujano 'de real valor' además de su capacidad profesional retornará al cardiólogo mandante un 50% de los honorarios!

Varios de esos pacientes han venido a mi consulta no obstante las 'indicaciones' de su cardiólogo. '¿Doctor, usted sigue operando?' y una vez más debo explicar que sí, que lo sigo haciendo con el mismo entusiasmo y responsabilidad de siempre. Muchos de estos cardiólogos, son de prestigio nacional e internacional. Concurren a los Congresos del American College o de la American Heart y entonces sí, allí me brindan toda clase de felicitaciones y abrazos cada vez que debo exponer alguna 'lecture' de significación. Así ocurrió cuando la de Paul D. White lecture en Dallas, decenas de cardiólogos argentinos me abrazaron, algunos con lágrimas en los ojos. Pero aquí, vuelven a insertarse en el 'sistema' y el dinero es lo que más les interesa.

La corrupción ha alcanzado niveles que nunca pensé presenciar. Instituciones de prestigio como el Instituto Cardiovascular Buenos Aires, con excelentes profesionales médicos, envían empleados bien entrenados que visitan a los médicos cardiólogos en sus consultorios. Allí les explican en detalles los mecanismos del retorno y los porcentajes que recibirán no solamente por la cirugía, los métodos de diagnóstico no invasivo (Holter echo, cámara y etc., etc.) los cateterismos, las angioplastias, etc. etc., están incluidos.

No es la única institución. Médicos de la Fundación me han mostrado las hojas que les dejan con todo muy bien explicado. Llegado el caso, una vez el paciente operado, el mismo personal entrenado, visitará nuevamente al cardiólogo, explicará en detalle 'la operación económica' y entregará el sobre correspondiente!

La situación actual de la Fundación es desesperante, millones de pesos a cobrar de tarea realizada, incluyendo pacientes de alto riesgo que no podemos rechazar. Es fácil decir 'no hay camas disponibles'. Nuestro juramento médico lo impide.

Estos pacientes demandan un alto costo raramente reconocido por las obras sociales. A ello se agregan deudas por todos lados, las que corresponden a la construcción y equipamiento del ICYCC, los proveedores, la DGI, los bancos, los médicos con atrasos de varios meses. Todos nuestros proyectos tambalean y cada vez más todo se complica.

En Estados Unidos, las grandes instituciones médicas, pueden realizar su tarea asistencial, la docencia y la investigación por las donaciones que reciben. Las cinco facultades médicas más trascendentes reciben más de 100 millones de dólares cada una! Aquí, ni soñando.

Realicé gestiones en el BID que nos ayudó en la etapa inicial y luego publicitó en varias de sus publicaciones a nuestro instituto como uno de sus logros!. Envié cuatro cartas a Enrique Iglesias, solicitando ayuda (¡tiran tanto dinero por la borda en esta Latinoamérica!) todavía estoy esperando alguna respuesta. Maneja miles de millones de dólares, pero para una institución que ha entrenado centenares de médicos desparramados por nuestro país y toda Latinoamérica, no hay respuesta. ¿Cómo se mide el valor social de nuestra tarea docente?

Es indudable que ser honesto, en esta sociedad corrupta tiene su precio. A la corta o a la larga te lo hacen pagar.

La mayoría del tiempo me siento solo. En aquella carta de renuncia a la C. Clinic, le decía al Dr. Effen que sabía de antemano que iba a tener que luchar y le recordaba que Don Quijote era español! Sin duda la lucha ha sido muy desigual.

El proyecto de la Fundación tambalea y empieza a resquebrajarse.

Hemos tenido varias reuniones, mis colaboradores más cercanos, algunos de ellos compañeros de lucha desde nuestro recordado Colegio Nacional de La Plata, me aconsejan que para salvar a la Fundación debemos incorporar al 'sistema'.

Sí al retorno, sí al ana-ana.

'Pondremos gente a organizar todo'. Hay 'especialistas' que saben cómo hacerlo. 'Debés dar un paso al costado. Aclaremos que vos no sabés nada, que no estás enterado'. 'Debés comprenderlo si querés salvar a la Fundación' ¡Quién va a creer que yo no estoy enterado!

En este momento y a esta edad terminar con los principios éticos que recibí de mis padres, mis maestros y profesores me resulta extremadamente difícil.

No puedo cambiar, prefiero desaparecer.

Joaquín V. González, escribió la lección de optimismo que se nos entregaba al recibirnos: 'a mí no me ha derrotado nadie'. Yo no puedo decir lo mismo. A mí me ha derrotado esta sociedad corrupta que todo lo controla.

Estoy cansado de recibir homenajes y elogios al nivel internacional. Hace pocos días fui incluido en el grupo selecto de las leyendas del milenio en cirugía cardiovascular. El año pasado debí participar en varios países desde Suecia a la India escuchando siempre lo mismo. '¡La leyenda, la leyenda!'

Quizá el pecado capital que he cometido, aquí en mi país, fue expresar siempre en voz alta mis sentimientos, mis críticas, insisto, en esta sociedad del privilegio, donde unos pocos gozan hasta el hartazgo, mientras la mayoría vive en la miseria y la desesperación. Todo esto no se perdona, por el contrario se castiga. Me consuela el haber atendido a mis pacientes sin distinción de ninguna naturaleza. Mis colaboradores saben de mi inclinación por los pobres, que viene de mis lejanos años en Jacinto Arauz.

Estoy cansado de luchar y luchar, galopando contra el viento como decía Don Ata. No puedo cambiar.

No ha sido una decisión fácil pero sí meditada. No se hable de debilidad o valentía. El cirujano vive con la muerte, es su compañera inseparable, con ella me voy de la mano. Sólo espero no se haga de este acto una comedia. Al periodismo le pido que tenga un poco de piedad.

Estoy tranquilo. Alguna vez en un acto académico en USA se me presentó como a un hombre bueno que sigue siendo un médico rural. Perdónenme, pero creo, es cierto. Espero que me recuerden así.

En estos días he mandado cartas desesperadas a entidades nacionales, provinciales, empresarios, sin recibir respuesta.

En la Fundación ha comenzado a actuar un comité de crisis con asesoramiento externo. Ayer empezaron a producirse las primeras cesantías. Algunos, pocos, han sido colaboradores fieles y dedicados. El lunes no podría dar la cara.

A mi familia, en particular a mis queridos sobrinos, a mis colaboradores, a mis amigos, recuerden que llegué a los 77 años. No aflojen, tienen la obligación de seguir luchando por lo menos hasta alcanzar la misma edad, que no es poco.

Una vez más reitero la obligación de cremarme inmediatamente sin perder tiempo y tirar mis cenizas en los montes cercanos a Jacinto Arauz, allá en La Pampa.

Queda terminantemente prohibido realizar ceremonias religiosas o civiles.

Un abrazo a todos.

René Favaloro.



AUTODIDACTA DE TÉCNICA REALISTA

EL MÉDICO GINECÓLOGO **ROGELIO RAMALLO** EXPONE EN EL CONSEJO DE MÉDICOS SUS OBRAS EN EL HALL DE ENTRADA Y EL AULA 6. LA HISTORIA DE UN HOMBRE APASIONADO POR LA PLÁSTICA Y LA ESCRITURA.

Rogelio Ramallo tiene 78 años y no ha dejado de hacer arte plástico desde la adolescencia, aunque en esa época de su vida no le interesaba tanto la técnica, según la anécdota que siempre cuenta sobre sus inicios. Ramallo revela que, mientras cursaba el tercer año del secundario en la Escuela Normal de Río Cuarto, a la que asistían mayoritariamente mujeres, observaba cómo un compañero generaba admiración entre sus pares del género femenino gracias a sus dibujos. Entonces, trazó un plan: recogía cada dibujo que su referente tiraba y, cuando llegaba a su casa, lo copiaba. Ese ejercicio le permitió en poco tiempo adquirir cierta destreza y así fue como él también logró la admiración de sus compañeras. Pero ese inicio pragmático derivó luego en una verdadera pasión. Y así fue como logró combinar su carrera de médico ginecólogo –especialidad en la que se abocó a la citología exfoliativa– con la pintura.

Ramallo es 100% autodidacta y su estilo es el realismo. A la hora de trabajar, prefiere la luz del día y procura que sus cuadros no parezcan tales, sino que luzcan casi como fotografías.

En su formación buscó ávidamente material didáctico, lo que lo llevó a visitar frecuentemente la biblioteca Mariano Moreno, de la cual fue director durante muchos años el escritor Juan Filloy, a quien Ramallo admiraba. En esa época descubrió pinturas que lo fascinaron y leyó que estaban hechas con “pastel”, material que desconocía.



CULTURA

Tomó el primer contacto con los pasteles cuando fue a comprarlos a una librería artística. Pero después pasó a la técnica en la que se especializó y que le encanta: el óleo.

"Pinto mucho", cuenta Ramallo y a eso atribuye su evolución. Actualmente, solo atiende consultorio dos días a la semana, por lo que el resto del tiempo se dedica a su otra pasión.

Lo que más lo inspira es la mujer y es por ello que hace fundamentalmente retratos y desnudos, pero también aceptó el reto de un amigo que le dijo que eso era lo único que sabía hacer y le preguntó por qué no pintaba, por ejemplo, un tigre. Hoy, la pintura de un tigre de bengala es una de las obras que se exponen en la muestra de Ramallo en el Consejo de Médicos.

Hay una tercera actividad que atrae al médico y es la escritura, especialmente del género fantástico. Y sobre esto también tiene una anécdota que narra con orgullo: un día de 1973, caminando por la peatonal de Florida, en Buenos Aires, se encontró con Jorge Luis Borges, que paseaba por allí con la ayuda de un asistente. Lo abordó y le manifestó su admiración, especialmente hacia sus cuentos de literatura fantástica, lo que generó la atención del maestro, con quien terminó conversando en el bar Florida Garden, famoso encuentro de escritores durante aquella época.

Las obras de Rogelio Ramallo permanecerán en exposición durante todo julio en el Consejo de Médicos, en el hall de entrada y en el aula 6.



Autoretrato





FIDEICOMISO SOLIDARIO
DE AYUDA PROFESIONAL

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

- Porque de 18.723 médicos **más de 12.000** colegas ya están **ADHERIDOS**
- Porque acompañamos hace **25 AÑOS** a todos los colegas
- Porque te defendemos **PENAL y CIVILMENTE**
- Porque tenemos profesionales **EXPERTOS EN MALA PRAXIS**
- Porque no excluimos a colegas **COMO EN OTROS SEGUROS**
- Porque cubrimos a quienes trabajan en **PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**
- Porque tenemos la cuota **MÁS BAJA** y las coberturas **MÁS ALTAS**
- Porque acompañamos a los colegas **QUE RECIÉN COMIENZAN**
- Porque hemos atendido **MÁS DE 1.200 JUICIOS**
- Porque tenemos **SUBSIDIOS QUE NINGÚN SEGURO OTORGA**

Somos mucho más que un seguro

☎ (+54) 351 4262550

✉ contacto@fisap.com.ar

📍 Santa Rosa 922 4° Piso • B° Alberdi • Córdoba

🌐 fisap.cordoba

📍 FISAP

www.fisap.com.ar