

ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 154

Diciembre 2022 / Enero 2023

ISSN 1514 - 688 X



**PREMIOS
MÉDICOS
BERGOGLIO**

**A PESAR DE LOS PESARES,
FESTEJAMOS
EL DÍA DEL MÉDICO**

Apedroza
30-01-16

CONSEJO DE MÉDICOS



Consejo de
Médicos de la
Provincia de
Córdoba

DESEA A TODOS LOS COLEGAS
Y A TODO EL PERSONAL QUE TRABAJA
EN LA INSTITUCIÓN UN AÑO NUEVO MEJOR.

FELICES FIESTAS

CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

JUNTA DIRECTIVA
CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

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
VOCALES SUPLENTE**REVISORES DE CUENTAS****Dr. Eduardo Sacripanti**
Dra. Nelida Pusetto**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.



A pesar de los pesares festejamos nuestro día

SER MÉDICO HOY

Héctor Rolando Oviedo*Presidente del Consejo de Médicos
la Provincia de Córdoba*

Permítanme, como Presidente del Consejo de Médicos, expresar unas reflexiones en el marco de nuestro día. No está de más decir que la propuesta partió de Córdoba, impulsada por el Dr. Remo Bergoglio, desde su militancia en el desaparecido Colegio Médico, una de las organizaciones gremiales de la Provincia, en honor del médico cubano Carlos Finlay por su aporte para enfrentar la fiebre amarilla, que se cobró muchas vidas en todo nuestro continente.

El 3 de diciembre, festejamos el orgullo de ser médicos, a pesar de los pesares, porque la medicina, como vocación y como oficio, sigue enamorándonos por la entrega y el compromiso con el que sufre, con el objetivo de salvar vidas, mitigar el dolor, solidarizarnos con los pacientes.

Pero somos plenamente conscientes que no es fácil ser médicos hoy, a pesar del vertiginoso avance de la ciencia y la tecnología que pone en nuestras manos la posibilidad de contar con mejores instrumentos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

No es fácil ser médico hoy cuando desde hace tiempo hemos quedado presos de un sistema de salud, que no beneficia ni a los que curan, ni a los que

1. Sobre la base del discurso pronunciado para festejar El Día del Médico en el acto llevado a cabo en el Teatro Real, el pasado 1 de diciembre.



Dres. Diego Bernard, Jorge Mainguyague y Héctor Oviedo, presentes en la marcha de protesta médica, en representación de la Junta Directiva del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

deben ser, dentro de lo posible, curados. Ni a los médicos, ni a los pacientes.

No es fácil ser médico hoy cuando la economía se hace cargo de la salud, cuando la medicina entra a regirse por criterios que ignoran el derecho social y humano que significa, cuando establece directivas que no surgen de lo sanitario y que no se centran en promover condiciones que mantengan el estado de salud.

No es fácil ser médico hoy cuando lo que después de nueve años de estudios y de prácticas, nos encontramos con honorarios indignos, cuando debemos correr de un hospital a una clínica, cargados de horas de trabajo, para alargar los honorarios y llegar a fin de mes.

No es fácil ser médico hoy cuando ante el silencio de los responsables, se convierten las residencias, creadas por fortalecer la formación profesional, en mano de obra barata.

No es fácil ser médico hoy cuando debemos convertirnos en la cara visible de un sistema decadente de

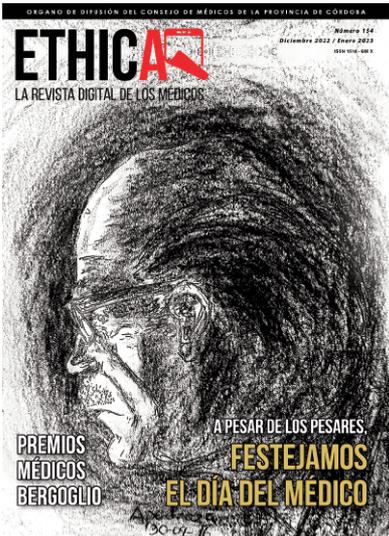
salud, recibiendo agresiones de todo tipo por la demora en la atención, por espera de turnos que nunca llegan, por la falta de personal capacitado y falta de elementos o equipos suficientes para atender.

No es fácil ser médico hoy cuando por razones económicas debemos postergar nuestra actualización, que es indispensable en una medicina que científica y tecnológicamente no deja de avanzar.

Podríamos seguir citando razones. Sin embargo, hoy como respuesta, nos preparamos orgullosos, para festejar nuestro día, porque no es la medicina la que está en crisis. Lo que está en crisis, es el Sistema de Salud.

Quizás los reclamos puntuales de hoy, que deben ser atendidos en forma urgente, sean la oportunidad para analizar, debatir y planificar, un sistema de salud más equitativo, inclusivo, accesible y solidario con la población y los profesionales de la salud.

Es hora de festejar y despertar.



EDITORIAL

■ A PESAR DE LOS PESARES FESTEJAMOS NUESTRO DÍA SER MÉDICO HOY	3
---	---

INSTITUCIONALES

■ SE APROBÓ LA MEMORIA Y EL PRESUPUESTO SE REUNIÓ EN ASAMBLEA EL CONSEJO DE DELEGADOS	6
■ GALA EN EL TEATRO REAL CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL MÉDICO.....	8
LOS PREMIADOS.....	10
■ CONCLUYÓ EL TORNEO DE FÚTBOL ORGANIZADO POR EL CMPC EL SANATORIO ALLENDE CAMPEÓN DEL TORNEO	13
■ SE ENTREGARON LOS CERTIFICADOS A LOS NUEVOS ESPECIALISTAS.....	14

INFORME ESPECIAL

■ LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD EN DEBATE UNA RADIOGRAFÍA DEL SECTOR	16
■ LA MIRADA DEL DR. VIGNOLO SOBRE EL CONFLICTO MÉDICO DE QUÉ SE ENFERMAN LOS MÉDICOS	20

DE INTERÉS MÉDICO

■ POR PRIMERA VEZ SE PREMIÓ UN TRABAJO FINAL PARA ACCEDER A LA ESPECIALIDAD “EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 MENORES DE 15 AÑOS ENTRE LOS AÑOS 2015-2021 EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD.” DRA. LUZ LÓPEZ SEOANE	23
■ NOVEDADES CIENTÍFICAS ¿EL COMIENZO DE LA MEDICINA DEL FUTURO?	28

CULTURA

■ UN RELATO CONMOVEDOR DE LA DRA. NATALIA PANERO “LA MADRUGADA EN LA QUE SENTÍ POR PRIMERA VEZ QUE ERA MÉDICA”	30
--	----

NUESTRA PORTADA

El retrato del Dr. Antonio Pedraza, colega de una gran sensibilidad humana, fue dibujado en 2016, como un homenaje al Dr. Remo M. Bergoglio, tan cercano a la creación y definición de lo que sería el Consejo de Médicos de la Provincia e impulsor, junto a otras colegas del entonces Colegio de Médicos, de establecer el Día del Médico en reconocimiento a Carlos Finlay, el médico cubano que aportó sus estudios e investigaciones para frenar la llamada fiebre amarilla que causó gran cantidad de muertos en nuestra región latinoamericana.



SE REUNIÓ EN ASAMBLEA EL CONSEJO DE DELEGADOS

Como es tradición, cada año, el sábado 26 de noviembre se llevó a cabo la Asamblea Ordinaria del Consejo de Delegados, órgano máximo de conducción de nuestro Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

En el transcurso de las deliberaciones se analizó y aprobó la Memoria Anual 2021-2022, presentada por Junta

Directiva, que incluye un informe sobre Política Institucional, así como un informe por cada Comisión. Del mismo se aprobó la Memoria y Balance, elaborado por el Área Contable.

La asamblea, por último, analizó el Presupuesto 2023, que incluyó acorde con la situación económica global, un ajuste en la cuota de matriculación que será de \$2900 mensuales, a partir del 1 de enero próximo.



CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL MÉDICO

EN EL MARCO DE UNA VELADA EN EL TEATRO REAL, NUESTRA INSTITUCIÓN DESPUÉS DE LA PANDEMIA, VOLVIÓ A REALIZAR UNA CEREMONIA PRESENCIAL, CON LA PRESENCIA DE NUMEROSOS COLEGAS. LA CEREMONIA SE COMPLETÓ CON UN ESPECTÁCULO MUSICAL DE PRIMER NIVEL.

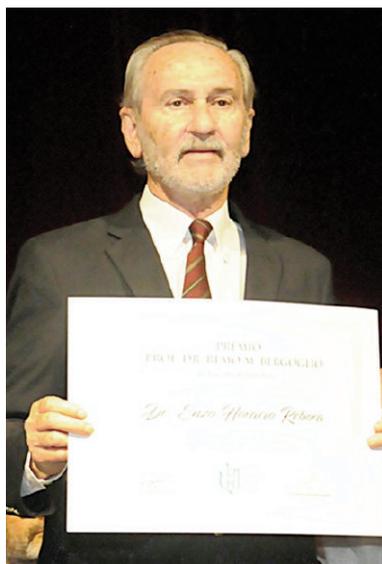
Este año, nuestro Consejo anticipó la celebración del Día del Médico con una gala en el Teatro Real. En una noche perfecta, se realizó la ceremonia de entrega de **Premios Remo M. Bergoglio** que se completó con un espectáculo musical a cargo de la cantante **Nora Oviedo**, el pianista **Daniel Villegas**, el músico y actor **Rubén Cirigliano** y la flautista **Virginia Rivarola**, quienes deleitaron al público con un repertorio de música clásica y popular.

El entorno fue ideal para un acto en el que primó la emoción y el regocijo por reconocer el trabajo de los premiados.

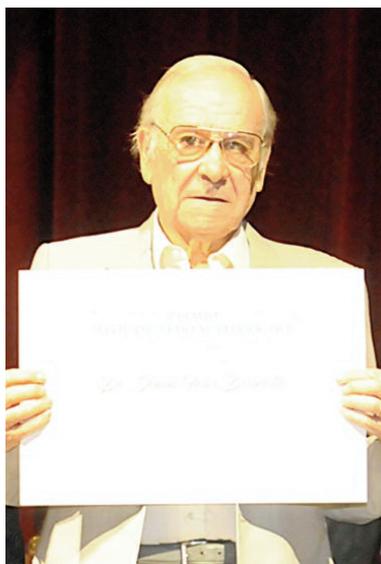
Primero se otorgó una distinción especial a reconoci-

dos colegas, que participaron activamente en funciones institucionales en el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. El reconocimiento fue para el doctor **Hugo Frey** (en su nombre acudió su hijo, Walter Frey); el doctor **Juan Brunetto**; el doctor **Miguel Zandrino**; el doctor **Enzo Rébora**; el doctor **Eduardo Moreno**, y el doctor **Esteban Granero** (lo recibió su hijo, Lucas Granero).

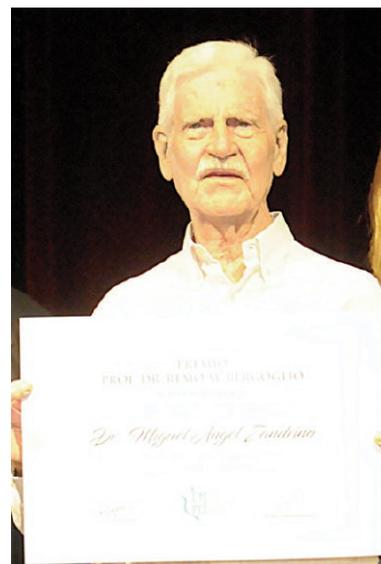
El Presidente del CMPC, Dr. Héctor Rolando Oviedo se refirió a la entrega de los Premios Médicos Dr. Remo Bergoglio que desde hace años ocupa el lugar central del acto. Manifestó que “Venimos de dos años de entrega del



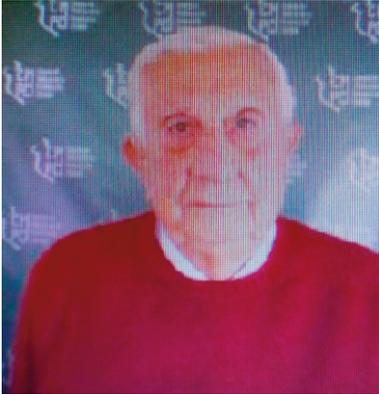
Dr. Enzo Rébora



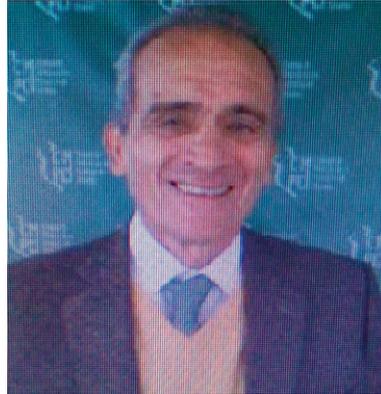
Dr. Juan Brunetto



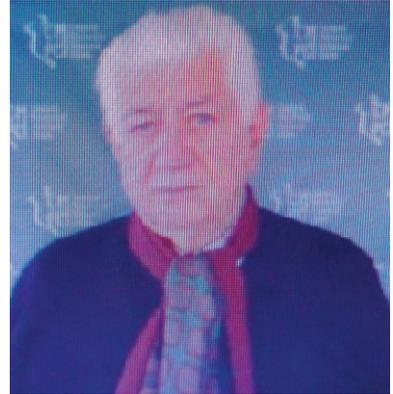
Dr. Miguel Zandrino



Dr. Hugo Frey



Dr. Eduardo Moreno



Dr. Esteban Granero

premio de manera anómala. Dimos en 2020 el Premio al Médico Solidario a todos los colegas, fue un premio único para todos; en 2021, dimos el premio, también por su labor durante la pandemia, al resto del equipo de salud. Nos dijimos, este año vamos a retomar la tradición y vamos a entregar los premios como se hacía siempre. Para nosotros lo normal es la crisis, pero los tiempos difíciles hacen personas fuertes, como fue la vida de Remo M. Bergoglio”.

La alusión a Bergoglio no fue aleatoria. Los premios que desde hace ocho años entrega el Consejo llevan su nombre por ser, además de un referente como de los grandes pro-

fesionales de Córdoba, cofundador a través de la lucha gremial, de la institución que alberga a todos los matriculados.

Ante una nutrida concurrencia en el Teatro Real, tras las palabras del **Dr. Héctor Rolando Oviedo** de bienvenida, se entregaron las preseas tradicionales a la Trayectoria Profesional, al Aporte Científico y/o Académico y el Compromiso Solidario. Este año se añadieron reconocimientos a distintos profesionales, que forman parte importante de la historia institucional, así como la creación del Premio Bergoglio al Mejor Trabajo Científico de Médicos en Formación y al Comunicador Social en Salud.



LOS PREMIADOS

DR. MAGÍSTER RAFAEL MONCHO A LA TRAYECTORIA PROFESIONAL



Fue postulado por sus colegas porque ha sabido conquistar una trayectoria académica basada en la docencia y en la medicina asistencial. Es Magíster en Gerontología, Magister en Drogadependencia y Experto en Bioética. Además de un incansable comunicador de los grandes temas de la salud.

Dr. Adolfo Moyano Crespo, Segundo Vocal CMPC, Dr. Rafael Moncho, Premio a la Trayectoria Profesional. y Dra. María Cristina Ferrer, Tesorera CMPC.

ING. MAGÍSTER HÉCTOR GABRIEL TAVELLA AL APORTE CIENTÍFICO Y/O ACADÉMICO



Dr. Jorge Mainguyague, Secretario CMPC, Ing. Mg. Héctor Tavella, Dir. Laboratorio Hemoderivados UNC, Y Dr. Diego Bernard, Vicepresidente del CMPC.

En reconocimiento a su papel protagónico como director del Laboratorio de Hemoderivados, que en otras contribuciones fundamentales, en 2021, desarrolló y lanzó al mercado la GAMMASUB UNC, un medicamento de administración subcutánea, que mejora sustancialmente la calidad de vida de los pacientes con inmunodeficiencias primarias. En diciembre también del año pasado, obtuvo la autorización de ANMAT para la elaboración de la Solución Conservadora de Órganos SCOW UNC, el primer líquido conservador de órganos similar Wisconsin nacional.

DR. JORGE OSVALDO CABRERA PREMIO AL COMPROMISO SOLIDARIO



El Dr. Cabrera, en momentos de recibir su distinción entregada por el Lic. Bernaus (EL DOCE TV) y el Dr. Oviedo, Presidente del CMPC, a la izquierda y a la derecha respectivamente

Este Premio que se otorga conjuntamente con el DOCE TV y los postulados son elegidos por el voto de los televidentes, correspondió a este colega de Juárez Celman, que es médico de cabecera de la OBRA SOCIAL PAMI, que atiende a más de 800 pacientes y tiene lista de espera. Fue director del Hospital de Quilino y secretario de Salud de Juárez Celman entre 1998 y 2008. Actualmente, también se desempeña en el Hospital de Saldán.

DRA. LUZ MARÍA LÓPEZ SEOANE MEJOR TRABAJO CIENTÍFICO DE MÉDICOS EN FORMACIÓN



Autora del trabajo "Evaluación de la prevalencia en enfermedad celíaca y características clínicas de presentación en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años, entre los años 2015-2021 en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad", que el jurado consideró con rigor científico y con proyección a la comunidad.

Dra. Eugenia Peisino, Vocal Suplente del CMPC, Dra. Luis María López Seoane, Premio Trabajo Científico de Médicos en Formación, Dr. Diego Almada, Vocal Suplente CMPC.

PREMIO AL COMUNICADOR SOCIAL DE SALUD PERIODISTA MARCELA FERNÁNDEZ



Licenciada en Comunicación (UNC), desde la década de 1990 y hasta 2018, cubrió los temas de salud para el diario La Voz del Interior, tarea que posteriormente realizó en el diario Perfil Córdoba. Ella es también miembro de la Red Argentina de Periodismo Científico.

Luis Rodeiro (izq.) y Héctor Oviedo entregan el premio a Marcela Fernández

PERIODISTA LUIS E. RODEIRO



En reconocimiento por los 25 años al frente de la revista institucional ETHICA y coordinador de comunicación de la institución y autor del libro *Jirones de una Historia para Armar*, que reseña los 60 años de vida del Consejo de Médicos. Se ha desempeñado en distintos medios y ha publicado varios libros.

Luis Rodeiro recibe el reconocimiento del Dr. Héctor R. Oviedo, Presidente de la institución

EL DOCE TV Y EL PREMIO AL MÉDICO SOLIDARIO

“Para nosotros es un gusto estar nuevamente acá, compartiendo este reconocimiento. Repasaba en los últimos días historias de médicos ejemplares en la Argentina y veía que se remontan a la época de la Colonia, las Invasiones Inglesas, la Lucha entre Unitarios y Federales, la Guerra de la Triple Alianza, hasta años después, en la epidemia de la fiebre amarilla, gente que ha dado todo por el prójimo. Y esas historias de médicos ejemplares se han trasladado, por supuesto, a épocas recientes. Todos sabemos la tarea superlativa que han tenido durante la pandemia”, afirmó el directivo de Canal 12, Gustavo Bernaus.

Luego añadió: “Favaloro decía que lo principal es tener en cuenta al paciente y muchos se esfuerzan por hacerlo de una manera que va más allá de lo que deben. Por eso estamos orgullosos de ser parte de la entrega del Premio al Médico Solidario y agradecemos a los cientos que han hecho propuestas, a los cientos que han votado y, por supuesto, un saludo a todos los anónimos que día a día prestan este servicio”.

EL SANATORIO ALLENDE CAMPEÓN DEL TORNEO



Concluyó el primer campeonato de fútbol organizado por la Comisión de Deportes del Consejo Médico en el cual participaron clínicas y hospitales de la Ciudad y de la Provincia de Córdoba.

El miércoles 14 de diciembre tuvo lugar la última fecha del torneo. En esta oportunidad se disputó la ronda final correspondiente al 1er. y 2do. Puesto. Además de la 3ra. y 4to. Posición.

La fecha deportiva inició con el encuentro para acceder al 3er. y 4to, puesto. Entre Hospital Misericordia vs. Hospital Italiano. Seguidamente llegó la final disputada entre Sanatorio Allende vs Sanatorio del Salvador.

En un partido vibrante Hospital Italiano consiguió imponerse 5 a 3 sobre Hospital Misericordia, obteniendo de esta manera el 3er. puesto.

La gran final, acorde a las expectativas del público presente, se desarrolló a puro corazón y con hambre de gloria.

Sanatorio Allende venció 3 a 1 a Sanatorio del Salvador, conquistando de esta manera el máximo galardón.

El fixture deportivo, iniciado en el mes de septiembre, presentaba a los siguientes equipos: Hospital Córdoba, Hospital Italiano, Hospital E. Torres; Hospital Privado, Hospital D. Funes, Hospital Misericordia, Sanatorio del Salvador y Sanatorio Allende.

Las fechas del calendario deportivo se disputaron semana a semana en el complejo futbolístico La Gran 7 y contaba con la esponsorización de Laboratorios Bagó.

El torneo de fútbol permitió a la flamante comisión de fútbol, creada formalmente en junio del 2022, acercar el CMPC a los distintos colegas a través del deporte.

La aceptación y repercusión del torneo permite a la comisión programar el segundo torneo a realizarse el próximo año. El torneo 2023 contará con una mayor cantidad de equipos y fechas a disputar.

SE ENTREGARON LOS CERTIFICADOS A LOS NUEVOS ESPECIALISTAS

El Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba felicita a los nuevos especialistas médicos, quienes recibieron su certificado el día jueves 15 de diciembre en la sede de nuestra Institución. Destacamos también el esfuerzo de quienes, en un contexto muchas

veces adverso, dedican su tiempo a continuar formándose.

El CMPC dedica gran parte de su labor a la formación y seguimiento de especialistas, lo cual implica un trabajo minucioso de actualización y capacitación. El objetivo final es nada menos que avanzar en la calidad de la atención médica.



Alergia e Inmunología Velazquez Debora Belen

Anestesiología

Aguirre Mignola Eduardo
Arnaiz Ana Lucia
Becker Angel David
Bettini Amadeo
Cappiello Antonela Johana
Cavallaro Rae Aylen Vivina
Del Pino Diaz Juan Pablo
Gareis Maria Laura
Manzano Nicolas Sebastian
Perez Rodrigo
Perez Soria Martin Hector
Saur Omar Alberto
Silva Hector Ivan
Sosa Pinelas Mauro Daniel

Auditoría Médica

Aguero Aguaisol Marcela Del Valle
Belmaña Carolina
Farfan Marisa Lorenza
Fassi Maria Elena
Florito Maria Victoria
Gonzalez Lascano Mariana Lucia
Lescano Maria Silvia
Nicola Maria Teresa
Palmieri Maria Luciana
Saporito Yanina Grisel

Cirugía Cabeza Y Cuello

Arzac Maria Soledad
Loza Guillermo Maximiliano
Olguin Joseau Santiago
Peleñoza Gonzalo Martin

Cirugía General

Loayza Perez Carlos
Maciulis Federico Ignacio
Nota Maria Belen
Pelaez Zanatta Rodrigo Javier
Rojas Leandro Isaac
Tomatis Lucas Matias
Zanichelli Mayra
Zayas Macarena Clara

Cirugía Plástica

Falco Pablo Alberto
Manoukian Carlos Emanuel

Cirugía Traumatológica Y Ortopédica

Aliaga Mariano José
Nolasco Rocio Eliana
Nuñez Raffin Franco
Patagua Alejandro Meneleo

Cirugía Torácica

Olmedo Ignacio
España Manuel Isaac

Dermatología

Kopp Dahiana Jalile

Diagnóstico Por Imágenes Pediátricas

Aguilar Zevallos Janira Linda Ailen
Soria José Miguel

Endocrinología

Gecchelin Romina Alejandra
Murillo Natacha Belen

Endocrinología Pediátrica

Pedro Maraude Amalin

Gastroenterología

Ojeda Santiago Manuel

Gastroenterología Pediátrica

Lopez Seoane Luz Maria

Infectología

Apilanez Limina José Luis

Medicina De Emergencias

Corbalan Leandro Ivan
Ocampo Federico
Raemdonck Vanmegredu Eduardo

Medicina De Emergencias Pediátricas

Bagnati Maria Soledad
Bianchi Alfonsina

Bolomo Dario Nicolas
Difilippo Flavia Silvina
Fonseca Ariel Osvaldo
Seguí Sabrina Soledad
Van Cauteren Valeria
Zayat Cecilia Marta
Zurita Vargas Yaneth Del Carmen

Medicina Del Deporte

Herrmann Mauricio Dario
Sassi Diego Martin

Medicina Del Trabajo

Beraudo Renata Macarena
Campos Olga Rosa
Cornaglia Silvia Alejandra
Cravero Jorgelina
Dalsasso Yannina Angela
Olea Amalia Esther
Peralta Monica Betina
Regalo Mariela Del Valle
Romano Sofia Del Milagro
Santillan Julia Graciela Del Valle
Villegas Facundo Nicolas
Virano Gabriel Guillermo
Zuin Lucia

Medicina Generalista

Colagrossi Antonella
Falivene Laura Alfonsina

Medicina Interna

Corzo Matias Sebastian

Medicina Legal

Godoy Mario Alberto
Mazzarella Cecilia Marta
Perez Molina Marcela Susana
Quiroga Juan Carlos

Medicina Nuclear

Martinez Matias Ivan
Parisi Gustavo Rafael
Rotania Marianela Vanesa

Nefrología y Medio Interno

Zaguirre Anabela Carolina Del Valle

Neonatología

Lujan Miriam Maite
Maraglia Marilina Del Valle

Neumonología

Sanchez Rene Edgardo

Neurocirugía

Perea Melisa Gisele

Neurología

Menoyo Florencia

Neurología Pediátrica

Salgado Cecilia Paola

Oncología Clínica

Aubone Natalia Soledad
Theaux Leutgeb Jonathan Nicolas

Oftalmología

Cuello Gisela Ivana
Frasinelli Agustín
Frigerio Majluf Fernando
O'Brien Maria Paula
Paredes Gabriel Manuel
Vicentin Danisa Marisol

Otorrinolaringología

Rivello Veronica Paola

Pediatría

Aghemo Lorena Paola
Hilbert Carla Lorena
Medina Yesica Maria Soledad
Olivera Dario Ariel

Psiquiatría

Alvarez Alejandra Roxana Andrea
Bula Galli Maria Noelle
Grasso Veronica Ivanna
Martin Facundo Mateo
Marzolla Aldana Victoria
Morra Leon Sebastian
Olivera Andres Alberto
Palermo Geraldine Magali
Povedano Gabriela Alejandra

Salgado Romina Cecilia
Sumbaino Fernandez Virginia Lihue
Trigo Sonia Vanesa

Rehabilitación Médica

Nicholas Karen Eliana

Reumatología

Guzzanti Maria Fernanda

Terapia Intensiva

Cutro Javier Ramon
Figuerola Nora Ines
Lopez Claudia Gabriela
Mancuso Javier Alberto
Martinez Marina
Meza Valiente Eva Adriana
Rodriguez Alejandra Del Valle
Taborda Julieta Maria

Tocoginecología

Amarilla Maria Soledad
Bortolin Paulina Alejandra
Campos Leonela Giselle
Cocciro Analía Betiana
Cravero Maria Cecilia
Crescente Sofia Janet
De Pauli Sofia Veronica
Gabba Agustina
Gil Florencia Fernanda
Gomez Bainotto Micaela
Molina Mariana
Nuñez Bruno Javier
Ortiz Brantista Lady Jocelyn
Riberio Lucia Del Valle
Rista Paula Sofia
Sanchez Navarro Martina

Toxicología

Cortez Natalia Jesus

Urología

Avila Gantier Javier Alejandro
Vigil Torrez Santiago



**TU CONSEJO DICTA CURSOS,
DISEÑADOS POR ESPECIALISTAS,
CON LA MEJOR INFRAESTRUCTURA
EDUCATIVA Y CON EL MENOR
COSTO COMPARATIVO
PORQUE NO TIENE FINES DE LUCRO**

**60
AÑOS**

**LA FORMACIÓN DE RECURSOS ÓPTIMOS EN SALUD
ES UNA PRIORIDAD INSTITUCIONAL**

**CM
PC** Consejo de Médicos de
la Provincia de Córdoba

   www.cmpc.org.ar

**HECHO POR MÉDICOS
PENSADO PARA MÉDICOS**



UNA RADIOGRAFÍA DEL SECTOR

EN EL CONTEXTO DEL CONFLICTO DE LOS MÉDICOS Y PERSONAL DE SALUD, SE REALIZÓ EN EL MES DE NOVIEMBRE UN FORO DEBATE, ORGANIZADO POR LA FEDERACIÓN MÉDICA EN CONJUNTO CON LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y SANATORIOS DE CÓRDOBA (ACLISA). EN NOMBRE DEL CONSEJO DE MÉDICOS, SU PRESIDENTE –EL DR. HÉCTOR ROLANDO OVIEDO– REALIZÓ UNA RADIOGRAFÍA DEL SECTOR, CON UNA PROPUESTA DE ACCIÓN CON EL OBJETIVO DE CONTRIBUIR A UN ABORDAJE INTEGRAL QUE TIENDA A ENCONTRAR SOLUCIONES. ETHICA DIGITAL, POR CONSIDERARLO IMPORTANTE PARA EL DEBATE, PRESENTA UN RESUMEN DE DICHA PRESENTACIÓN. COMPLETA ESTE INFORME, LA PARTICIPACIÓN DEL DR. MARIO VIGNOLO, MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA INSTITUCIÓN, EL PROGRAMA RADIAL **LA MESA DE CAFÉ**, QUE ABORDARON ESTE TEMA DE ACTUALIDAD.

LOS DATOS DE LA RADIOGRAFÍA

En 2022, se matricularon 506 nuevos profesionales en el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, 328 menos que el año pasado. La cifra también es inferior a los 561 de 2020 y a los 736 de 2019. Además, se profundiza el desequilibrio entre los géneros: de los nuevos matriculados, el 65% son mujeres y el 35%, varones, cuando antes había mayor paridad. También se observa una disminución en el número total de matriculados en el CMPC: mientras en 2012 eran 19.015, actualmente son 18.973; 54% son mujeres y 46%, varones.

Estos indicadores iniciaron el análisis del Dr. Oviedo fueron presentados en la charla titulada "**Análisis del Sistema de Salud. Actualidad y futuro**", en la que participó el presidente del CMPC, Héctor Rolando Oviedo, en el Foro-Debate mencionado. En la mesa también estuvieron el Subsecretario de Coordinación de Programas del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Lic. Manuel Ducant, y el Presidente de la Confederación Médica de la República Argentina (Comra), Dr. Jorge Coronel.

Además de la disminución de la matrícula, Oviedo remarcó el problema de la desigual distribución de médi-

cos entre los 26 departamentos que hay en la provincia. Según criterios internacionales, la tasa ideal es de 3,5 cada 1.000 habitantes; pero esta relación solo se verifica en cinco de los departamentos, al tiempo que hay uno –Pocho– en el que apenas se registra una estadística de 0,5 médicos cada 1.000 habitantes.

El Presidente del CMPC analizó las causas de la crisis que atraviesa el sistema de salud y las dividió en endógenas y exógenas. Entre las primeras se destacan la crisis de representación gremial, la aparición del gerenciamiento de las obras sociales y la falta de unión y de una mirada solidaria entre colegas.

Sobre las segundas, Oviedo citó tanto aspectos sociales y culturales, como económicos y laborales; además de una banalización de la medicina y una violencia creciente. Respecto de los primeros, recordó que entre las nuevas generaciones de médicos se imponen paradigmas diferentes a los de otras décadas –en los que se priorizan los resultados rápidos y la relativización del valor del sacrificio–. Además de que se enfrentan a una pérdida de prestigio de la medicina, tienen que encarar largos periodos de formación para afrontar las altas exigencias en materia de capa-

citación y actualización y, como contrapartida, un bajo nivel de ingresos.

Respecto de los aspectos económicos y laborales, se evidencia la precariedad de un sistema en el que los problemas no tienen soluciones de fondo y en el que no hay suficiente planificación a largo plazo. Asimismo, existen situaciones negativas derivadas del pluriempleo –necesario para sumar ingresos–, como el aumento de la carga laboral y, en consecuencia, el cansancio creciente del recurso humano, que tiene por lo tanto menos energía para encarar estos desafíos. “Vivimos tapando emergencias, crisis, y no somos capaces de sentarnos a imaginar qué es lo que queremos”, explicó Oviedo. Todo ello –recalcó– en un contexto de violencia creciente hacia los profesionales y hacia las instituciones de salud.

Este panorama se completa con una banalización de la medicina, derivada de un exceso de difusión de información deficiente sobre temas de salud, que genera una falsa sensación de conocimiento en personas sin formación oficial. Esto trae como

consecuencia la pérdida de respeto hacia el médico y su educación basada en evidencias científicas, con una posible ruptura en la relación médico-paciente y hasta un aumento de las agresiones.

La violencia no es un problema exclusivamente de los profesionales de la salud, sino que se vive en toda la sociedad, pero afecta directamente al accionar de los médicos y de las instituciones de atención.

ACCIONES DEL CONSEJO

Ante esas circunstancias, el Consejo de Médicos ha buscado dar respuestas, en primer lugar, adaptando su estructura. Para ello, en el último año se han creado nuevas comisiones, como la de Mujeres Médicas (para tratar específicamente los problemas que enfrenta el género y teniendo en cuenta el aumento de la presencia femenina en el padrón); Jóvenes Médicos (con la Red de Médicos en

Formación para enriquecer el contacto con las nuevas generaciones) y la Comisión de Innovación y Nuevas Tecnologías, que ha asumido tareas como la de impulsar la receta electrónica, entre otras.

Asimismo, se creó el Observatorio de Violencia, que continúa y profundiza el trabajo realizado por el Centro de Estudios de Recursos en Salud (Cersa), para llevar un registro, hacer análisis y acompañar a los profesionales ante situaciones de violencia.

Oviedo recordó que también hay acciones hacia la comunidad. Se procura poner la crisis del sistema de salud en la agenda de la sociedad y de la política. “Es un rol clave de nuestra institución visibilizar la crisis del sistema de salud. Porque los que estamos en él lo sufrimos, lo padecemos y lo conocemos perfectamente, pero a veces la gente no lo entiende. Se sorprenden al ver cuánto ganan los médicos”, manifestó Oviedo. “La sociedad debe saber que está en riesgo la salud, porque tenemos pocos médicos. Siempre se dijo ‘sobran’, no, no sobran, faltan. Y en algunos lugares,

prácticamente no hay. Y si se va el recurso humano altamente capacitado y formado, nadie va a formar a los nuevos, nos vamos a quedar sin médicos”, continuó.

Oviedo indicó que formar un especialista demanda una década. “No podemos esperar para empezar a dar soluciones”, señaló. Recalcó que, en un país acostumbrado a la inmediatez, es preciso planificar para el futuro.

Otro paso necesario es participar en foros de discusión; organizar y promover el debate de temas entre las organizaciones médicas y con el resto de los equipos de salud.

El CMPC también impulsa la educación médica continua; ante las dificultades de los profesionales y la escasez de tiempo, la institución procura mejorar el acceso a la capacitación. “Estamos permanentemente pensando cómo facilitar la certificación entre colegas”, contó Oviedo. Aclaró que simplificar esos procesos no implica bajar los estándares de calidad, sino implementar herramientas de acceso a la formación y a la certificación. Para ello, está dis-

**“LA SALUD TIENE QUE SER
POLÍTICA DE ESTADO.
TENEMOS QUE REUNIRNOS
CON TODOS Y LOGRAR
CONSENSOS PARA QUE,
ESTÉ QUIÉN ESTÉ,
LE TOQUE A QUIEN LE TOQUE
GOBERNAR, EL TEMA
ESTÉ PRESENTE”**

ponible el Aula Virtual, se trabaja en conjunto con los ministerios de Salud, Educación, Justicia, Seguridad y Gobierno; con la Fiscalía General, y con la Legislatura Unicameral. Estos vínculos permiten también representar al sector ante las autoridades.

“Tenemos que interactuar con todas estas instituciones, llevarles nuestra voz y trasladarles el planteo de qué es lo que está pasando. Porque la solución de este tema es política. Tenemos que exigir a nuestros dirigentes políticos; pedir respuestas a nuestros representantes, porque la salud no puede ser la Cenicienta de la agenda política”, graficó.

Oviedo mostró cómo ya en el primer número de la revista *Ethica*, en la década de 1990, se abordó la crisis del sistema de salud, algo que –coincidentalmente– también se trató en el número de noviembre de la publicación, bajo el título “Una crisis que no se puede soslayar”.

ACUERDO PROGRAMÁTICO

La Junta Directiva del CMPC propuso un Acuerdo Programático de Políticas de Estado que fue dado a conocer a la comunidad y a las autoridades por distintos medios. “Es perfectible. La idea es que todos colaboremos y que podamos encontrar ideas que nos ayuden a analizar este tema y a proponer una salida de esta crisis”, explicó el presidente de la Junta. Y añadió: “La salud tiene que ser política de Estado. Tenemos que reunirnos con todos y lograr consensos para que, esté quién esté, le toque a quien le toque gobernar, el tema esté presente”.

El acuerdo insta a las instituciones que componen el sector a trabajar conjuntamente, desde la creación de un

espacio representativo de participación permanente. “No alcanza con los foros, nos tenemos que juntar y deliberar permanentemente sobre estos temas”, indicó Oviedo. “Es preciso establecer acciones urgentes, que resignifiquen el valor del trabajo profesional para todo el personal de salud. Restituir la carrera hospitalaria en el escalafón profesional y el carácter de orden público de los honorarios mínimos fijados por las instituciones creadas a tal fin”, completó.

El Consejo también alienta a que se cumplan las condiciones básicas para establecer paritarias del sector. “Acá se habla de paritarias de todos los gremios, pero en salud no hay. Las clínicas no pueden discutir con las obras sociales cuánto vale la prestación médica; nos lo imponen directamente las gerencadoras o las obras sociales. Y para eso debemos estar juntos, profesionales e instituciones, para poder defender nuestros derechos”, declaró Oviedo al respecto.

Finalmente, nuestra institución promueve que haya mecanismos de financiamiento para instituciones públicas y privadas que permitan el desarrollo de la actividad, porque la salud –a diferencia de otros rubros, como los vinculadas a la economía del conocimiento, el agro o el turismo– no tiene financiación.

También es preciso estimular la accesibilidad a la formación continua de grado y posgrado; facilitar la inserción regional de los recursos humanos armonizando todos los subsectores necesarios para ello; revisar y rediseñar la formación profesional y las condiciones laborales.

“Esta es nuestra propuesta para ustedes. Se las entrego, espero que la respuesta sea positiva. Y espero que el futuro nos encuentre trabajando para que podamos estar mejor, porque así estará mejor la salud”, concluyó Oviedo.

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

Somos mucho más que un seguro

Porque de **18.723** médicos
más de 12.000
colegas ya están
ADHERIDOS



DE QUÉ SE ENFERMAN LOS MÉDICOS

EN EL MARCO DEL CONFLICTO EN EL SISTEMA DE SALUD POR RECLAMOS SALARIALES Y DE CONDICIONES DE TRABAJO, EL **DOCTOR MARIO VIGNOLO**, INTEGRANTE DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA Y PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE MÉDICOS FORENSES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA, PARTICIPÓ EN EL SEGMENTO “**LA MESA DE CAFÉ**”, DEL PROGRAMA SIEMPRE JUNTOS, DE CADENA 3, EN UNA CHARLA TITULADA “¿DE QUÉ SE ENFERMAN LOS MÉDICOS?”. EN LA OPORTUNIDAD, FUE ENTREVISTADO POR LOS CONDUCTORES, **GUILLERMO HEMMERLING (GH)** Y **AGUSTINA VIVANCO (AV)**, Y POR EL DIRECTOR PERIODÍSTICO DE LA EMISORA, **SERGIO SUPPO (SS)**, SOBRE EL CONFLICTO QUE INVOLUCRA A LOS MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. ÉSTE FUE EL DIÁLOGO QUE MANTUVO CON ELLOS.

A.V. ¿Cuál es la situación que están viviendo los médicos?

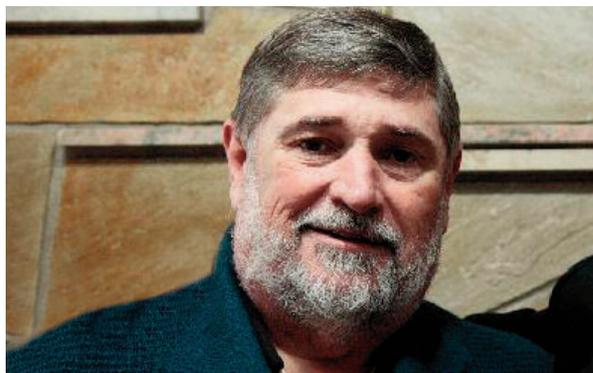
Sobre el tema salarial, los que fuimos residentes sabíamos que la paga del residente, hace 30 años, era magra, pero uno la hacía por el solo hecho de tener el privilegio de acceder a formarse. Esto fue cambiando, porque así como el mundo se puso agresivo (el que antes te miraba feo ahora te insulta; el que antes te insultaba, ahora te pega, y el que antes te pegaba ahora te mata), en la medicina pasó lo mismo. Y el médico, que antes gozaba de mucho respeto, más allá de su calidad profesional, a veces hoy es totalmente denostado por el usuario, que tiene también una agresividad contenida. El sobreprecio que pagábamos, que era por vocación, está haciendo que se pierda la vocación, como pasó con los maestros. Yo tuve maestras de vocación que hacían diez kilómetros para dar una clase, me ponían en penitencia y yo no decía nada en casa porque me retaban; ahora, la maestra reta al chico y viene el padre y le pega a ella. Esas cosas van haciendo que la vocación dure menos. Tenemos tan naturalizada la violencia y los bajos salarios que la situación explotó. Y no sucede solo en la parte pública, en la privada también.

G.H. ¿Cómo se resuelve ese problema? Porque a lo mejor la parte gremial se soluciona de una manera más simple, pero qué sucede con lo otro: con la pérdida de prestigio,

de vocación. ¿Cómo se revierte esta situación que, siendo pesimista, parece irreversible?

Costará mucho revertirlo. La tarea se hace con vocación, con pasión y con gusto, pero empieza a hacerse con disgusto y con preocupación, ya sea por la sobrecarga laboral o por el riesgo que se corre. Yo soy del Hospital Iturraspe, para muestra hace falta un botón: cuando llegué a mi casa, me enteré de que había habido un tiroteo ahí. Si estás haciendo una autopsia y sentís tiros, está naturalizado que haya tiros alrededor del hospital. Ya no nos asustan cosas que antes nos hubieran aterrado. Y no podemos naturalizar todo lo malo porque llega un momento en el que ya no lo desterramos más. En las guardias, a veces vos llegás y no hay nadie en la sala de espera, salís a los diez minutos y hay alguien que dice: “Hace una hora que espero”. Y el tiempo del que espera, comparado con el tiempo del que hace esperar parece diferente; como el paciente está ansioso por su patología y por todo, se pone nervioso. Yo siempre recomiendo a los médicos: “Si están sobresaturados, salgan y digan ‘estamos con una urgencia, esperen un poquito’”. Falta diálogo también; muchas cosas pasan por falta de diálogo.

S.S. ¿De qué se enferman los médicos? Usted es médico y psiquiatra, o sea que tiene una capacidad extra para



poder semblantar a un compañero de trabajo y darse cuenta de qué le está pasando, ¿Qué es lo que usted encuentra en sus compañeros, no solo en el hospital sino en la vida profesional?

Yo digo "cada vez nos parecemos más a los presos". Yo trabajé en la cárcel y el preso no podía vivir sin un ansiolítico y sin un protector gástrico. Y te aseguro que el 80% de los médicos hoy toma ansiolítico o antidepressivo y no duerme sin un inductor del sueño. Entonces digo: "Mirá a quiénes nos vamos pareciendo". Y hay mucho burnout también, muchas veces se lo sigue peleando y no se hace el parate que habría que hacer: salís de una guardia y te metés en otra. O sea, lo que te falta compensar económicamente, lo querés suplir con horas de trabajo, lo que puede resentir ese trabajo también.

A.V. En promedio, ¿cuántos trabajos tiene un médico hoy?

Un médico, mínimo, tiene tres trabajos. Hay quienes tienen más, pero el promedio de un médico son tres trabajos. El ingreso promedio de los médicos, y no hablo de la parte pública, es de entre 800 y mil dólares en esos tres trabajos. Hay muchos que ganarán mucho dinero, pero ese es el promedio.

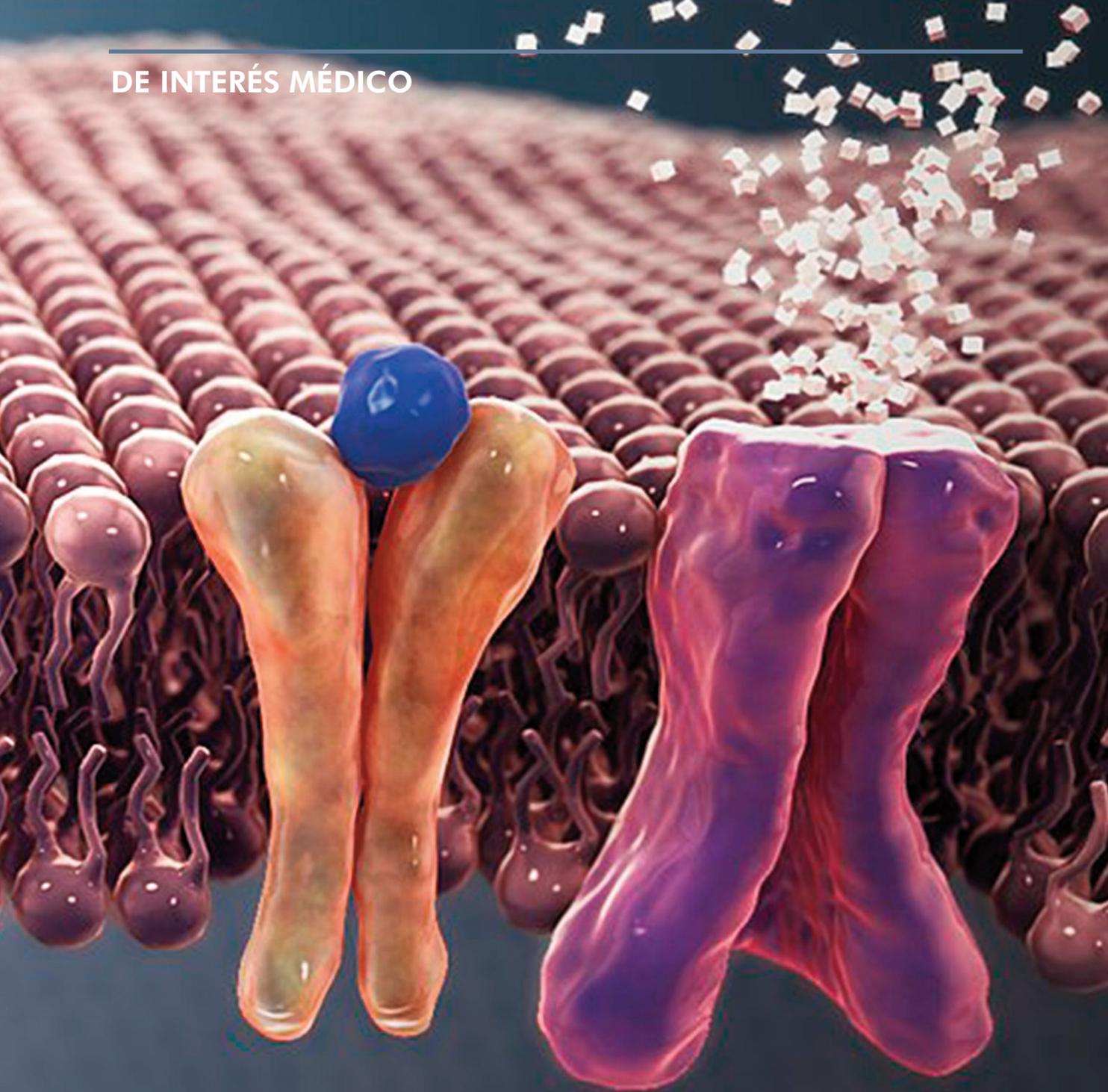
S.S. ¿Usted ha visto que ha crecido la violencia en la relación entre los médicos y entre los pacientes y los médicos?

Yo hace 30 años que vengo hablando de la relación profesional y de la relación médico-paciente, siempre digo que hay que tener muy buena relación médico-paciente y médico-pariente, pero también relación interprofesional, porque estamos tan alterados que yo he visto médicos discutir entre ellos adelante del paciente. Y es más: muchas veces, eso termina siendo el detonante de una demanda. Y también debe haber una buena relación interinstitucional. Si yo derivó a un paciente a un establecimiento de mayor complejidad, lo que tengo que hacer es tener una comunicación porque si no se está detonando una mala predisposición. Para ser respetados, tenemos que respetarnos entre nosotros. Ha crecido muchísi-

mo la mala relación interprofesional, no porque seamos más malos, sino porque estamos agobiados.

G.H. Pensando en los pacientes, ¿cómo imagina el futuro de estos médicos, los que se están formando? Porque esa crisis vocacional que usted mencionó al comienzo también va en desmedro de la formación. Llegarán hasta un punto y dejarán de formarse, porque no les alcanza por la cantidad de trabajo que tienen, o por lo que sea que se ha ido tocando en este diálogo. ¿Cómo podemos pensar en los pacientes del futuro en esa calidad de la medicina?

Yo antes decía que el médico quiere ganar dinero, no es que quiere ganar dinero sino que quiere sobrevivir. Entonces, a veces el médico prioriza su bienestar postergando su formación, lo cual va en desmedro de la capacitación. Por eso, en el último Congreso de Especialidades Médicas que se hizo en el Consejo de Médicos, se trató el tema de las formaciones extra-residencias, porque o hacen residencias o se forman adentro de una ambulancia. Que haya algo intermedio, para que se formen más allá de que estén trabajando. Hay gente que es muy inteligente y puede seguir estudiando por su cuenta, pero sin una guía y sin seguir a las escuelas tradicionales, se puede terminar siendo un médico mediocre. Va de la mano de querer sobrevivir a expensas de postergar la formación. Y como decía el **doctor Héctor Oviedo**, hay un error entre los médicos que se están formando: hablan de las especialidades críticas. Las especialidades críticas nacieron en el Ministerio de Salud debido a las especialidades en las que no se forma gente, por ejemplo, Neonatología o Cirugía Infantil. Los médicos ya no eligen más esas especialidades, porque son médicos sin pacientes, son médicos que trabajan siempre de guardia. Entonces, han priorizado otras cosas. Pero esas son realmente críticas, es decir, que tienen pocos profesionales. Ahora todos los médicos reclaman eso. No: lo que tenemos que reclamar es una mejora para todos, porque crítica es la medicina. Todos tenemos que bregar porque haya una salida. Pero no es un problema de Córdoba, es un problema del país, y hay provincias más chicas en las que, aunque no se conozca, están peor que nosotros. Antes, en las guardias de 24 horas el médico podía dormir. Hoy, por la cantidad de pacientes, no puede dormir y sale de ahí y atiende un consultorio y sale de ahí y hace otra guardia, por lo que está totalmente vulnerable y expuesto a cometer errores. Durante la pandemia nos aplaudieron y pensamos que después de esos aplausos vendría el reconocimiento, pero sucedió como en el caso de un artista que hace un buen acto y no se vuelve famoso: el reconocimiento no llegó.



POR PRIMERA VEZ SE PREMIÓ UN TRABAJO FINAL PARA ACCEDER A LA ESPECIALIDAD

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA

**“EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA Y
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 MENORES DE 15 AÑOS
ENTRE LOS AÑOS 2015-2021 EN EL
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD.”**

DRA. LUZ MARÍA LÓPEZ SEOANE

EN EL MARCO DE LA ENTREGA DE LOS PREMIOS MÉDICOS PROF. DR. REMO M. BERGOGLIO, ESTE AÑO SE INCORPORÓ UNA NUEVA CATEGORÍA: **MEJOR TRABAJO CIENTÍFICO DE MÉDICOS EN FORMACIÓN**. TRAS EL ANÁLISIS DE LA COMISIÓN DE NOTABLES, EL JURADO PREMIÓ EL TEXTO ELABORADO POR LA DRA. LUZ LÓPEZ SEOANE, REALIZADO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD, BAJO LA REDIRECCIÓN DE LA DRA. CAROLINA RIGA, JEFA DEL SERVICIO. ETHICA DIGITAL PRESENTA ASPECTOS DEL TRABAJO A NUESTROS LECTORES, POR RAZONES DE ESPACIO. LOS INTERESADOS EN EL TRABAJO COMPLETO PUEDEN CONTACTARSE CON LA AUTORA (LUZLOPEZ-SEOANE@HOTMAIL.COM)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía inmunomediada, causada por una sensibilidad permanente al gluten en individuos genéticamente predispuestos. Las manifestaciones clínicas de EC varían ampliamente de acuerdo a la extensión y duración de la enfermedad y a la edad del paciente al momento del diagnóstico.

La prevalencia de EC en la población general está estimada entre 0,3 a 1%. Es la alteración crónica de carácter autoinmune más frecuente de nuestro medio, en varios estudios epidemiológicos, se ha demostrado que la forma asintomática es más frecuente que la forma sintomática, tanto en niños mayores de 2 años, como en adolescentes y adultos. La detección se basa en las características clínicas, el screening de la población de riesgo con marcadores

serológicos específicos, confirmados por histología de biopsia de intestino delgado.

El estudio del anticuerpo anti transglutaminasa tisular IgA (IgA-tTG) es universalmente aceptado como el indicador serológico más importante en el diagnóstico de EC con una sensibilidad del 93% y una especificidad 96%. Presenta una alta sensibilidad comparado con anticuerpo antiendomiso (EMA) que es costoso y operador dependiente.

La determinación de anticuerpos específicos siempre debe estar acompañada del dosaje de IgA sérica. Se ha descrito, además, una fuerte relación con otras enfermedades autoinmunes como Diabetes Mellitus Tipo 1, Tiroiditis, Artritis Reumatoidea y Hepatitis Autoinmune; a su vez asociación con enfermedades genéticas, como el Síndrome

de Down, el Déficit Selectivo de IgA, y familiares perteneciendo todos estos a una población de alto riesgo de desarrollo de EC.

La diabetes mellitus tipo 1 (DMT1), se caracteriza por deficiencia de insulina debido a la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas. Existe un riesgo aumentado de presentar otras enfermedades autoinmunes en niños con esta patología, la enfermedad celíaca afecta el 1-10% de los niños con diabetes mellitus tipo 1 mundialmente.

La presentación clásica de la EC se correlaciona con clínica gastrointestinal, pero en niños con DMT1 es mayormente asintomática y usualmente detectada mediante screening.

Ambas enfermedades se pueden presentar simultáneamente o tras varios años del debut de la diabetes. Con frecuencia, pacientes al debut de su DMT1, presentan una importante respuesta autoinmune, llamada "tormenta autoinmune" con aumento de diversos autoanticuerpos, anti Ácido Glutámico Decarboxilasa, anti células beta, antiinsulina, anticuerpos antitiroideos, antitransglutaminasa (IgA-tTG) y antiendomio (EMA) los dos últimos marcadores de EC, especialmente durante el primer año del diagnóstico de DMT1.

Estos hallazgos no siempre se correlacionan con enfermedad celíaca, pueden ser aumentos transitorios. Alrededor del 12% de los pacientes con DM T1 con serología positiva presentan biopsia duodenal normal, situación en la cual no se recomienda eliminar el gluten de la dieta. Deben ser seguidos por el especialista. Se recomienda control con IgA-tTG, anual hasta los cuatro años luego del debut de DMT1, posteriormente, cada dos años los siguientes seis y toda vez que se adviertan síntomas.

Recientemente, algunos estudios han demostrado la normalización de la serología para enfermedad celíaca en pacientes con DMT1 incluso sin dieta libre de gluten en el primer año del debut. En esos estudios la normalización espontánea se presentó en un 20% de los casos.

La mayoría de las Guías reconocen a la biopsia intestinal como el gold estándar para el diagnóstico de EC con DMT1.

Desde el año 2012 y ratificado en el 2020 las guías de la sociedad europea de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica (ESPGHAN), sugieren que la biopsia de intestino delgado podría ser omitida en pacientes pediátricos sintomáticos mayores de 2 años cuando los niveles de anticuerpo antitransglutaminasa IgA (a-tTG IgA) sean 10 veces mayor que el límite superior de la normalidad.(3) Sin embargo en pacientes DMT1 esta recomendación no se sugiere debido a la falta de información en esta población.

OBJETIVOS

General:

Evaluar la frecuencia de presentación de la EC en pacientes menores de 15 años con diagnóstico de DMT1 en el periodo 2015-2021, en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Describir las características clínicas de su presentación.

Específicos:

- Conocer la edad y sexo de los pacientes al momento de diagnóstico de la EC.
- Determinar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de DMT1 y el de la EC.
- Describir la presentación clínica de los pacientes con EC diagnosticada.
- Detectar la presencia de patologías autoinmunes asociadas.
- Evaluar si los niveles elevados de IgA-tTG (>10xULN) podrían predecir EC en niños con DMT1.
- Valorar si existe relación entre el nivel de autoanticuerpos con el resultado de la biopsia intestinal.

MÉTODOS Y MATERIALES

Diseño: estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

Población: Pacientes menores de 15 años con diagnóstico de DMT1 Y EC atendidos por el Servicio de Diabetología y Gastroenterología del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad en el período 2015-2021.

Muestra

■ Criterios de inclusión:

- Pacientes menores de 15 años.
- Con debut de DMT1 entre 2015-2021.
- Con diagnóstico de EC realizado.
- Con diagnóstico concomitante de otras patologías

autoinmunes comúnmente asociadas.

En seguimiento adecuado por el Servicio de Diabetología y Gastroenterología del Hospital de Niños de La Santísima Trinidad de Córdoba.

■ Criterios de exclusión:

Pacientes con diagnóstico de EC pero con debut diabético previo al periodo evaluado.

Pacientes con datos incompletos en historias clínicas.

Método

Los pacientes fueron identificados mediante la observación de los archivos del servicio de diabetología y gastroenterología. Posteriormente se accedió a la historia clínica en papel y digital de los mismos con el fin de recopilar los siguientes datos:

- Número de pacientes con debut de DMT1 entre el año 2015 y 2021.
- Número de pacientes con EC en dicha población.
- Edad de diagnóstico de DMT1 en años.
- Edad de diagnóstico de EC en años.
- Sexo: femenino/masculino.
- Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de DMT1 Y EC.
- Sintomatología: Formas clínicas de presentación: asintomática, síntomas digestivos clásicos, síntomas digestivos no clásicos, síntomas extradigestivos y potencial.
- Valor de anticuerpo antitransglutaminasa tisular.
- Clasificación de atrofia vellositaria según Marsh-Oberhuber.
- Otras patologías autoinmunes comúnmente asociadas.

Los mismos fueron transcritos en una planilla Excel para su análisis.

Definición de variables.

Variables cuantitativas:

Número de pacientes con DMT1, Número de pacientes con EC, Edad de diagnóstico de DMT1, Edad de diagnóstico de EC.

Variables cualitativas:

Sintomatología presentada, Sexo, Otras patologías autoinmunes comúnmente asociadas, Serología al diagnóstico, resultado de biopsia intestinal.

Consideraciones estadísticas.

Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de resumen y porcentaje. Las variables cualitativas se estudiaron mediante distribución de frecuencia: porcentaje. Las mismas fueron analizadas mediante el programa Excel. Los resultados fueron graficados en diagramas de sectores, barras y tablas.

Consideraciones Éticas.

El protocolo de investigación se realizó de acuerdo a los principios éticos establecidos bajo la declaración de HELSINKI y teniendo en cuenta las Guías de Buena Práctica Clínica de la Conferencia Internacional de Armonización. Se solicitó la autorización al Comité de Ética del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad para la recolección de historias clínicas.

RESULTADOS

Los datos recolectados a partir de los servicios de Diabetes y Gastroenterología Pediátrica del Hospital de Niños Santísima Trinidad, arrojaron un total de 175 pacientes que presentaron su Debut Diabético durante el periodo 2015 al 2021, fueron excluidos 10 pacientes por falta de información en sus historias clínicas, resultando una muestra final de 165 pacientes con screening para enfermedad celíaca. De esta muestra se encontraron 15 pacientes con diagnóstico de DMT1 y EC, correspondiendo a un 9% del total. Estos 15 pacientes presentaron diagnóstico por anticuerpos positivos IgA-tTG y biopsia intestinal con atrofia vellositaria.

En cuanto a la población estudiada la edad de presentación de Debut Diabético presentó un rango de 2 a 14 años, con una media de 8,4 años; mientras que el rango de edad de presentación de EC fue de 4 a 15 años con una media de 9,6 años. En relación al sexo 8 fueron de sexo femenino

Con respecto al valor de los anticuerpos IgA-tTG, observamos que 13 de los 15 presentaron un valor por encima de 10 veces el límite superior (>10xULN). En relación a la biopsia intestinal, el grado de atrofia intestinal se definió de acuerdo a la clasificación de Marsh-Oberhuber modificada. Se comparó la relación entre el nivel de anticuerpos antitransglutaminasa y el grado de atrofia vellositaria. 8 pacientes presentaron una atrofia vellositaria total tipo 3C, de los cuales 7 tenían IgA-tTG >10xULN. 2 presentaron atrofia vellositaria subtotal tipo 3B ambos con valores >10xULN. 4 pacientes mostraban atrofia vellositaria parcial tipo 3A, 1 de ellos con anticuerpos con valores por debajo de 10 veces el valor normal. Cabe destacar que 1 paciente se negó a biopsia intestinal con reiterados valores de IgA-tTG >10xULN considerándose como positivo sin biopsia, indicando dieta sin gluten.

DISCUSIÓN

El 9% de los pacientes de nuestra población con debut DMT1 entre el año 2015 y 2021 tuvieron diagnóstico de EC, una prevalencia similar a la obtenida en estudios recientes con criterios diagnósticos y diseños similares.

El rango etario de presentación de EC en niños DMT1 fue entre los 4 a 15 años, siendo el sexo femenino ligeramente predominante (8:7). Que coincide con los datos analizados.

En cuanto a la serología para diagnóstico de EC cabe destacar que varias revisiones sistemáticas, incluido el consenso de EC concluyen que el dosaje de anticuerpos IgA-tTG es el test con mayor certeza diagnóstica tanto en adultos como en niños mayores de 2 años. (1-2) Podemos concluir coincidiendo con Cerqueiro et al. que el valor de la concentración sérica de IgA-tTG en nuestra población se correlaciona en general con el grado de lesión histológica.

Compartiendo con la gran mayoría de los estudios que valores por encima de 10 veces el límite superior son altamente sugestivos de EC. Según el estudio de Alessio et al que indica que la EC podría ser diagnosticada sin requerimiento de biopsia intestinal en niños con DMT1 y valores de IgA-tTG mayores a 10 veces el límite superior, en nuestro medio y sobre todo en Argentina en el último consenso nacional de EC del 2017, no se recomienda omitir la biopsia intestinal por la gran variabilidad de resultados de anticuerpo por diferentes técnicas de laboratorio.

Además, no se sugiere omitir biopsia debido a la falta de estudios en la población de DMT1 y cabe destacar que no muchos estudios analizan y describen la relación del valor de los anticuerpos hallados con el diagnóstico de EC. Adicionalmente los síntomas gastrointestinales asociados con la enfermedad celíaca, demostraron poco valor predictivo para EC, en acuerdo con Cerqueiro et al. Esto podría indicar también la baja adherencia a la dieta sin gluten requerida como tratamiento de por vida. Lo que significa que gran parte de los diagnosticados son a través del screening de esta población. De acuerdo a las guías ESPGHAN 2020 debería haber más estudios con respecto a la adherencia a la dieta en estos pacientes asintomáticos diagnosticados por screening con seguimiento a largo plazo.

Se debe considerar que en todos los individuos con diagnóstico de EC se les debe administrar dieta libre de gluten, lo que impone además una carga emocional en los niños y la familia y podría tener un efecto negativo en la adherencia del tratamiento y manejo de la DMT1. Algunos autores han citado la dificultad para la adhesión a la dieta sin gluten en pacientes celíacos asintomáticos identificados en series de pacientes diabéticos

Unal et al, menciona la frecuencia en la normalización de los anticuerpos refiriendo que al diagnóstico de DMT1 existe una tormenta inmunológica. Sugiere un seguimiento serológico como estrategia para pacientes asintomáticos con ligera elevación de IgA-tTG a menos de 10 veces el valor normal, en lugar de realizar biopsia intestinal inmediata. Y por esta razón, tal como indican las guías ESPGHAN se recomienda confirmar la sospecha diagnóstica con anticuerpo antiendomiso (EMA) en una segunda muestra

sanguínea. Sin embargo, cabe aclarar que la normalización de anticuerpos no elimina la posibilidad de reaparición de los mismos, por lo que se sugiere seguimiento regular de serología EC en estos pacientes.

En nuestra muestra no se obtuvieron los resultados de anticuerpos IgA-tTG de todos aquellos con debut de DMT1 por lo que no se pudo analizar el mismo. Sin embargo, dentro de la población DMT y EC si se presentaron 2 pacientes que coincidiendo con el debut se observó una primera biopsia intestinal sin atrofia vellositaria, subsecuente normalización de serología y luego elevación de los mismos entre 3-4 años posteriores al debut DMT1 presentando atrofia vellositaria severa. En los estudios previos analizados aproximadamente la mitad de los casos diagnosticados fueron al momento del debut DMT1 y el resto en los 5 años siguientes, similar a nuestro estudio. (3-4-8). Por lo que el screening se recomienda al momento del diagnóstico de DMT1 y los subsiguientes años, aunque no tengan antecedentes familiares de EC. Es importante resaltar la falta de datos en la bibliografía con respecto a seguimiento a largo plazo.

Si bien algunos autores argumentan en contra del screening de EC en la población asintomática con DMT1 por la dificultad en la adherencia a la dieta mencionada anteriormente, es importante mencionar que 2 de nuestros 15 pacientes con mala adherencia a la dieta presentaron otras enfermedades autoinmunes con el tiempo, lo que podría estar relacionado con este incumplimiento dietario. Por lo que, a pesar de la opinión de algunos autores de no pesquisar la enfermedad para no complejizar a los pacientes, se destaca la importancia de continuar con el screening y diagnóstico oportuno.

En lo que respecta a enfermedades autoinmunes asociadas está descrito por múltiples autores la fuerte relación

entre quienes poseen antecedentes familiares que presentaron un 53,3% lo que significa la importancia de los antecedentes genéticos e historia familiar

Según la experiencia en nuestra institución se valora la importancia de la estrategia para la detección serológica de EC al Debut de la DMT1 con controles anuales. Especialmente los primeros 5 años. La EC es una enfermedad predominantemente silente en la población diabética y se puede presentar antes o después del debut, indistintamente.

La adherencia a la dieta es irregular y difícil, pero se destaca la importancia de la educación continua en esta población para conocer las probables consecuencias.

CONCLUSIÓN

De los pacientes con DMT1 estudiados en nuestro hospital (n:165) 15 presentaban EC al momento del estudio, correspondiendo a un 9% del total. El sexo femenino fue predominante siendo la edad media de diagnóstico de EC 9,6 años.

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de DMT1 y EC más frecuente fue al año del debut. Presentando el 100% de los pacientes el diagnóstico a los 5 años de evolución. Destacando la importancia del seguimiento con screening.

La forma clínica asintomática fue la predominante en la población estudiada. El valor de anticuerpo IgA-tTG >10 veces el valor normal demostró estar relacionado con el grado de lesión histológica (atrofia vellositaria) Se observó fuerte relación de patologías autoinmunes en familiares representando el 53,3% y la patología asociada en esta población fue la tiroiditis autoinmune en 4 pacientes (26.6%).

¿EL COMIENZO DE LA MEDICINA DEL FUTURO?

La idea, de secuenciar el ADN de todos los recién nacidos para detectar genes que pudieran condicionar su salud futura se está poniendo a prueba en dos proyectos. El Reino Unido ha anunciado hoy sus planes de secuenciar los genomas de 100.000 recién nacidos para detectar unas 200 enfermedades genéticas raras a partir del año que viene. En Nueva York, un proyecto similar ya en marcha detectará un número ligeramente mayor de enfermedades en 100.000 bebés de la variada población de la ciudad.

El objetivo es detectar enfermedades tratables que no pueden detectarse en los cribados estándar de los recién nacidos. Si la secuenciación alerta a tiempo de un problema, el bebé podría recibir una atención que evitara una discapacidad permanente o incluso la muerte. Pero la secuenciación del genoma completo de los recién nacidos plantea una serie de cuestiones éticas, como quién tendrá acceso a los datos y si preocupará innecesariamente a los padres al revelar genes que quizá nunca causen enferme-

dades graves.

En muchos países se analiza una gota de sangre del talón de cada recién nacido, mediante pruebas bioquímicas en su mayoría, para detectar hasta varias docenas de enfermedades genéticas. Abarcan desde trastornos metabólicos que pueden tratarse con una dieta especial hasta enfermedades musculares como la atrofia muscular espinal, que tienen tratamiento farmacológico. La secuenciación del genoma completo, mucho más costosa -hasta 1.000 dólares-podría detectar muchos más trastornos, como afecciones tiroideas que pueden causar daños cerebrales si no se tratan.

El proyecto espera detectar al menos 500 recién nacidos con enfermedades genéticas. Si estas pruebas se aplicaran en todo el Reino Unido, los investigadores calculan que se detectarían unos 3.000 bebés al año con estas enfermedades.

(Fuente: Revista Science, 12 de diciembre de 2022)



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



“LA MADRUGADA EN LA QUE SENTÍ POR PRIMERA VEZ QUE ERA MÉDICA”



COMO SALUDO POR NUESTRO DÍA, LA REVISTA DIGITAL INTRAMED, QUE YA LLEVA 25 AÑOS OFRECIENDO NOTICIAS, INFORMES, ANÁLISIS SOBRE SALUD Y MEDICINA, PREGUNTÓ A UN GRUPO DE COLEGAS ¿EN QUÉ MOMENTO SE SINTIÓ MÉDICO POR PRIMERA VEZ? DE LAS DIVERSAS RESPUESTAS ELEGIMOS UN RELATO CONMOVEDOR DE LA DRA. NATALIA PANERO SCHIPPER¹ PARA OFRECER A NUESTROS LECTORES.

1. Egresada de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Especialista en Pediatría, Hospital Escuela Eva Perón; especialista en Nefrología Pediátrica, Hospital de Pediatría Prof. Dr. J.P. Garrahan - UBA. Nefróloga Pediátrica en Hospital Universitario Austral.

“Tenía que dar la tristísima noticia a una mamá de que su hijito de siete años, con un Sida terminal (pos transfusional, al comienzo de la epidemia), se iba a morir. Pronuncié la consabida frase: “Ya no hay nada que hacer”. A lo que la mamá me contestó: “Si, hay por hacer”. “¿Qué puedo hacer?”, le pregunté. Y con lágrimas en los ojos, me dijo: “Doctor, ¿me puede abrazar?”

Francisco “Paco” Maglio, *Los pacientes me enseñan*.

El recuerdo de sus palabras me salvaron la madrugada en la que sentí por primera vez que era médica.

Tenía 24 años. Fue una noche de tormenta, habían pasado 11 meses desde que finalicé la carrera y 9 meses desde mi ingreso a la residencia de pediatría. Estaba de guardia con mi residente superior. A la 1 de la madrugada nos llaman desde la guardia externa para avisarnos que se internaría un niño de 6 años, previamente sano, por neumonía con requerimiento de oxígeno.

Realizamos el ingreso, hablamos con el niño y su mamá respecto al diagnóstico y al tratamiento y nos retiramos a la sala de médicos. A las dos horas encontré a la mamá en el pasillo: “¿Todo bien?”, le pregunté. “Durmió un rato pero se despertó porque le duele la cabeza, fui a mojar este pañito para ponerle en la frente y ver si puede volver a descansar.”

La acompañé a la habitación para evaluarlo. No hizo falta ingresar para entender lo que sucedería, el paro fue inminente.

El anestesista manejaba la vía aérea, mi residente superior realizaba el masaje cardíaco, la pediatra de la guardia externa y la enfermera se encargaban de la medicación y yo terminaba de solicitar la ambulancia para derivar el paciente a terapia intensiva de otro hospital cuando escuché que, tras 15 minutos de RCP, alguien preguntó “¿hablaron con la mamá?”. Éramos pocos. En ese momento, en el que todos estaban cumpliendo un rol vital, sentí que yo también era médica y debía hacer lo que se necesitara.

Sin dudarle respondí “No, yo voy”. “Andá adelantándole” fueron las últimas palabras que escuché al salir de la habitación.

¿Qué tenía que adelantarle? ¿Que se iba a morir? ¿Qué tal vez viviría? ¿Cuánta información debía dar? Camino al office de enfermería, donde estaba la mamá, sentí pánico. Quería llorar y desaparecer. No entendía lo que estaba sucediendo y debía explicárselo a alguien, a la madre de un niño que tres horas antes ingresó caminando y me contó travesuras de su hermanita. No podía ordenar mis pensamientos. Sabía qué hacer en la habitación pero no sabía qué hacer fuera de ella.

Esa situación nunca fue pregunta de examen. Cuando llegué al office, antes de entrar, respiré profundo, contuve las lágrimas y en un instante de claridad me pregunté: ¿Qué haría Paco Maglio en esta situación? No tuve más herramientas ni recursos que apelar a él, a quien tuve la fortuna de conocer y escucharlo en múltiples ocasiones y de quien aprendí aquello que no enseñan en las aulas.

Pensar en él me ayudó a ingresar. Mi expresión, sin dudas, habló antes que mis palabras y su expresión, tan pacífica, me confundió aún más. Le expliqué que su corazón había dejado de latir y ya no respiraba, pero que mis compañeros estaban haciendo todo lo posible para revertir eso.

La tomé de la mano y le pregunté cómo podía ayudarla, le ofrecí que llamara a alguien. “Tranquila, yo sé cómo lo están cuidando y que están haciendo todo lo posible por salvarlo, gracias. Ya llamé a mi marido y al pastor”, me respondió.

Aún recuerdo su mirada y siento sus manos tibias. Me quedé junto a ella, en silencio. Fue ella quien habló y (sin saberlo) me sostuvo. Por respeto conservo sus palabras para mí, en lo íntimo de mi corazón. Al tiempo llegaron mis compañeros, quienes le dieron la fatídica noticia.

Lo siguiente, también fue nuevo. Confeccionar el certificado de defunción y averiguar cómo proceder, para explicarle a los padres todos los trámites que debían realizar.

Habían pasado varios minutos cuando golpearon la puerta de la sala de médicos. Abrí. Eran los padres junto al pastor, querían hacer una oración en el último sitio donde estuviera su niño antes de ir al cementerio y me pidieron que los acompañara. “Por supuesto”, fue mi respuesta. Averigüé cómo llegar a la morgue.

El lugar se encontraba fuera del edificio central del hospital, a unos 200 metros. Salimos juntos, en silencio. Afuera ya había amanecido, había salido el sol pero aún perduraban los charcos de agua de la tormenta de la noche anterior.

Llegamos a la morgue y ellos 3 se acercaron a la puerta, allí rezaron juntos. Yo observaba inmóvil a unos metros. Al finalizar, se acercaron y desearon que el Señor me diera felicidad y fortaleza en mi vida profesional, para poder afrontar todas las situaciones difíciles. Me agradecieron por haberlos acompañado y se despidieron.

Desamparada, los vi irse. Y con ellos, se fue la inocencia con la que había ejercido la medicina hasta ese momento.

Años después llegó el momento de despedirme del servicio que me vio crecer, del cual me llevé más de lo que dejé. Quise obsequiarles un detalle y fue sencilla la elección.

Desde ese día, en la biblioteca de mi querida sala de pediatría, se encuentran junto al Nelson alguno de los libros en los cuales yo había encontrado humanidad: *La dignidad del otro*; **Los pacientes me enseñan**; **Permiso para morir**; y **La verdad y otras mentiras**. Acompañados, por supuesto, de una cafetera nueva.

ACTIVIDAD DE LAS COMISIÓN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS Y CULTURALES

PRESENTACIÓN DEL LIBRO DEL DR. ROGELIO LÓPEZ GUILLEMAIN



El viernes 16, a las 18 horas, se presentó en el Consejo de Médicos el libro "Cada uno de nosotros", del doctor Rogelio López Guillemain.

El autor es médico cirujano, especialista en Cirugía Plástica y en Cirugía General. Guillemain es docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). También es miembro del Consejo Académico de Cirugía General (Secretaría de Graduados, Facultad de Ciencias Médicas UNC) y jefe de Quirófano del Hospital Domingo Funes; Director del Centro Formador de Clínica Quirúrgica (Hospital Domingo Funes – Coneau).

Fue productor y conductor del programa radial Sucesos de Nuestra Historia y es autor de otros tres libros: *El Imperio de la Decadencia Argentina*; *La Rebelión de los Mansos* y *El Imperio de la Decadencia Argentina Recargado*. La presentación estuvo a cargo de la periodista Laura González.





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



FIDEICOMISO SOLIDARIO
DE AYUDA PROFESIONAL

AUMENTAMOS LA COBERTURA DE LAS PÓLIZAS

*Los siguientes valores rigen a partir del mes
de Septiembre de 2022:*

■ **COBERTURA TIPO R** incremento de la cobertura de \$1.000.000 a **\$2.000.000** con un aporte mensual de \$600,00.

■ **COBERTURA TIPO I** incremento de la cobertura de \$6.500.000 a **\$12.000.000** con un aporte mensual de \$2.250,00.

■ **COBERTURA TIPO II** incremento de la cobertura de \$9.000.000 a **\$16.000.000** con un aporte mensual de \$3000,00.

Aprovechamos la oportunidad para recordarles que pueden consultar nuestras distintas coberturas, beneficios y servicios adicionales en nuestra página web.

*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