

ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 191

Mayo 2026

ISSN 1514 - 688 X

EL PAMI EN EL CENTRO DE LA CRISIS

NUEVOS HONORARIOS
DE CARÁCTER
ÉTICO

RIESGOS DE TRABAJO
E INTERVENCIÓN
MÉDICA

PREVENCIÓN:
VACUNAS Y
EFECTOS ADVERSOS

MÉDICOS
QUE PINTAN
DESDE EL ALMA



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

JUNTA DIRECTIVA**Dr. Héctor Rolando Oviedo**
PRESIDENTE**Dra. María Cristina Ferrer**
VICEPRESIDENTA**Dr. Jorge Mainguyague**
SECRETARIO**Dra. Carla Carta**
TESORERA**Dr. Mario Vignolo**
PRIMER VOCAL**Dr. Diego Almada**
SEGUNDO VOCAL**Dr. Adolfo Moyano Crespo**
Dra. Eugenia Peisino
Dr. Leandro Molina
VOCAL SUPLENTE**REVISORES DE CUENTAS****Dra. Gabriela Alejandra Rota**
Dr. Pablo Ignacio Sacripanti**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
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.

HONORARIO MÍNIMO DE CARÁCTER ÉTICO

Los Honorarios Mínimos Éticos del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba constituyen una herramienta institucional fundamental destinada a establecer un parámetro de referencia profesional, ético y técnico sobre el valor del trabajo médico. No representan un número arbitrario ni una simple actualización económica: expresan el valor que, como institución médica deontológica, entendemos que debe tener el acto médico para resguardar la dignidad profesional y la calidad del ejercicio de la medicina.

Su existencia surge de una responsabilidad propia del Consejo establecida por su Ley de creación.

En ese marco, la fijación y actualización periódica de los Honorarios Mínimos Éticos no sólo constituye una obligación institucional, sino también una herramienta concreta de defensa de la actividad médica

Los valores definidos por el Consejo procuran reflejar la realidad económica actual y establecer mínimos de referencia para las distintas prácticas médicas. Comprenden la consulta médica en sus diversas modalidades, y ponen en valor las tareas administrativas realizadas por profesionales médicos, entendiendo que toda actividad vinculada al ejercicio profesional implica responsabilidad, formación, tiempo y compromiso.

Estos honorarios no desconocen las particularidades del ejercicio médico. La medicina presenta diferencias entre especialidades, ámbitos de desempeño y niveles de complejidad. Por ello, el Consejo establece valores mínimos orientadores, construidos a partir de fórmulas que contemplan integralmente las distintas prácticas y actividades profesionales, sin pretender uniformar realidades que son diversas.

La importancia de los Honorarios Mínimos Éticos radica también en que constituyen una referencia objetiva para colegios médicos, círculos, asociaciones y entidades gremiales al momento de negociar con obras sociales, prepagas y distintos financiadores del sistema de salud.

Es importante señalar que el Consejo de Médicos no celebra convenios con financiadores ni poseen facultades legales para imponer aranceles o fiscalizar contratos entre privados. Sin embargo, eso no disminuye el valor institucional de esta herramienta. Muy por el contrario: la existencia de un Honorario Mínimo Ético permite sostener un criterio colectivo de dignidad profesional y evita naturalizar la degradación del valor del trabajo médico.

Defender los Honorarios Mínimos Éticos significa defender mucho más que un ingreso económico. Significa defender la calidad del ejercicio profesional, el tiempo necesario para una atención adecuada, la independencia médica, la formación continua, la responsabilidad inherente al acto médico y, en definitiva, el derecho de la sociedad a contar con profesionales valorados y reconocidos.



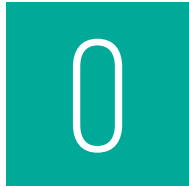
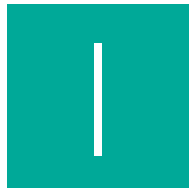
La Junta Directiva del CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA determinó nuevos valores para los honorarios médicos, que rigen a partir del 1° de Mayo del 2026

Arancel Mínimo de Carácter Ético

Una cuestión de dignidad

Resolución N° 1541/26

PRIMERA CONSULTA	+ 30%
CONSULTA DIURNA EN CONSULTORIO	\$28.000,00
CONSULTA DIURNA EN DOMICILIO	\$65.000,00
CONSULTA NOCTURNA	\$52.000,00
CONSULTA NOCTURNA EN DOMICILIO	\$78.000,00
CONSULTA ESPECIALISTA DIURNA EN CONSULTORIO	\$40.000,00
CONSULTA ESPECIALISTA DIURNA EN DOMICILIO	\$92.000,00
CONSULTA ESPECIALISTA NOCTURNA	\$78.000,00
CONSULTA ESPECIALISTA NOCTURNA EN DOMICILIO	\$118.000,00
TRABAJO MÉDICO ADMINISTRATIVO SIMPLE	\$40.000,00
TRABAJO MÉDICO ADMINISTRATIVO COMPLEJO	\$78.000,00
GUARDIA MÉDICA 24HS. NO ESPECIALISTA	\$464.000,00
GUARDIA MÉDICA 24HS. ESPECIALISTA BAJA COMPLEJIDAD	\$543.000,00
GUARDIA MÉDICA 24HS. ESPECIALISTA ALTA COMPLEJIDAD	\$626.000,00



EDITORIAL

■ HONORARIO MÍNIMO DE CARÁCTER ÉTICO3

INSTITUCIONALES

■ ECOS DE LA REUNIÓN NACIONAL
La telesalud se abre camino en la atención médica 6
■ TELESALUD: 12 PREGUNTAS CLAVES PARA
IMPULSAR UNA REGULACIÓN10
■ Riesgos del trabajo: la intervención
del médico en un momento de transición12

INFORME ESPECIAL

■ EL PAMI EN EL CENTRO DE LA CRISIS EN SALUD14
■ MIRADAS LOCALES DE LA PRENSA CORDOBESA17

DE INTERÉS MÉDICO

■ VACUNAS: NOTIFICAR LOS PRESUNTOS
EFECTOS ADVERSOS MEJORA LA COBERTURA20

CULTURA

■ *Exposición de obras de la Dra. Mariana Vitali*
ARTE DESDE EL ALMA 26
■ *Humanismo en terapia intensiva*
LA ÚLTIMA PREGUNTA..... 28

NUESTRA PORTADA

Médicos, residentes y personal de salud, en la concentración de Córdoba, en defensa del PAMI, con la presencia de Dr. Héctor Oviedo, presidente del Consejo de Médicos.



LA TELESALUD SE ABRE CAMINO EN LA ATENCIÓN MÉDICA



COMO INFORMÁRAMOS EN NUESTRA EDICIÓN DE ABRIL, NUESTRO CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA FUE SEDE DE LA REUNIÓN MENSUAL DEL CONSEJO FEDERAL DE ENTIDADES MÉDICAS COLEGIADAS (CONFEMECO). DURANTE LAS DELIBERACIONES SE REALIZÓ UN TALLER PARA ANALIZAR EL TEMA MUY ACTUAL SOBRE LO QUE SE HA DADO LLAMAR TELESALUD. ETHICA DIGITAL PRESENTA UNA CRÓNICA DE ESE DEBATE (ALEJANDRA BERESOVSKY).

En la primera parte del encuentro, tuvo lugar un taller-debate sobre el efecto de la digitalización en la actividad, para lo cual, tanto el Colegio Médico de Santa Fe Primera Circunscripción, como nuestra entidad, efectuaron presentaciones sobre los temas asociados al impacto de la tecnología en la salud.

Expusieron en primer lugar las doctoras María Elena Malachevsky, Estela Imoberdorf y María Del Pilar Giobando, miembros del Comité Científico del Colegio Médico de Santa Fe Primera Circunscripción. Para comenzar, señalaron todas las definiciones asociadas, como el uso de las tecnologías de información y comunicación

(TIC) para brindar servicios de salud a distancia; la “telesalud”, es decir la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación o educación; la “telemedicina”, que se refiere específicamente al acto médico remoto, que complementa, pero no reemplaza a la atención médica presencial.

La denominada “telesalud” tiene diversas aplicaciones: las teleconsultas (por video, audio o mensajería segura); el telemonitoreo de pacientes crónicos; la telepsiquiatría y salud mental; la telerehabilitación, y la teleducación y formación continua.

Las teleconsultas pueden clasificarse por diversos criterios, como momentos de atención (primera vez o seguimiento); actores involucrados (de profesional a profesional, para segunda opinión); profesional-profesional-paciente (primera opinión asistida) y profesional-paciente (primera opinión). También pueden distinguirse por agenda de organización (programada o espontánea) y por modalidad (sincrónica o asincrónica).

Del análisis se desprende que las fortalezas y oportunidades son:

1. Mejora del acceso en zonas rurales o de difícil alcance;
2. disminución de los tiempos de espera y traslado;
3. continuidad del cuidado y seguimiento remoto;
4. optimización del tiempo profesional y recursos;
5. facilitación del trabajo en red entre niveles de atención, y potenciación de la educación del paciente y la toma de decisiones compartidas.

Sin embargo, también surgen debilidades y desafíos: la brecha digital entre poblaciones o sectores de la población respecto de la conectividad, el acceso a los dispositivos y la alfabetización digital; las limitaciones que plantea el examen físico a distancia; los potenciales problemas de calidad de la comunicación; la resistencia al cambio por parte de los equipos de salud; los costos iniciales de implementación y mantenimiento, y los riesgos legales y de responsabilidad profesional.

El marco normativo vinculado y vigente en Argentina está compuesto por la ley 25.326, de Protección de Datos Personales (ya que los datos de salud son datos sensibles); la ley 26.529, de Derechos del Paciente (información, confidencialidad, consentimiento), y la ley 27.553 (sobre recetas electrónicas y teleasistencia médica). A ellas, hay que sumar la legislación y regulaciones provinciales que pue-

den sumar requisitos específicos, y los decretos y resoluciones del Ministerio de Salud que reglamentan la salud digital.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Un concepto a tener en cuenta cuando se habla de telesalud es que el paciente debe dar el consentimiento informado de las prácticas en las cuales se vea involucrado. Es por ello que el profesional debe informar sobre la modalidad remota y sus beneficios, riesgos y limitaciones.

Además, esto debe quedar documentado en la historia clínica y el médico debe explicitar el manejo de datos personales y el uso de la plataforma. El paciente siempre puede revocar su consentimiento y solicitar atención presencial. En el caso de atención a menores o a personas con capacidad restringida, deben estar presentes representantes legales.

Debe tenerse presente que el acto médico a distancia mantiene los mismos estándares éticos y legales. Además, se sostiene la obligación de la historia clínica completa y fidedigna y, en general, es clave mantener la trazabilidad en los registros de comunicación, indicaciones y recetas. Asimismo, se necesitan guías clínicas y criterios claros sobre cuándo derivar a consulta presencial.

REQUERIMIENTOS

Existen requisitos para llevar adelante una atención por telesalud. En primer lugar, se exige la inscripción en el Registro Nacional de Plataformas Digitales Sanitarias (ReNaPDiS), del Ministerio de Salud de la Nación. Además, debe existir una identificación segura tanto del profesional, como del paciente. En realidad, toda la confidencialidad del proceso de comunicación debe estar protegida mediante un cifrado o acceso restringido. También se deben dejar registros auditables de las consultas y de las prescripciones, debe realizarse una integración con la historia clínica electrónica tan pronto como sea posible y se deben seguir políticas claras de almacenamiento, backup y recuperación de datos. Asimismo, es preciso que haya condiciones de uso y avisos legales visibles para el paciente.

A la hora de su implementación en instituciones de salud, es clave definir los objetivos y el alcance del programa de telesalud; posteriormente, es preciso seleccionar la plataforma y adecuarla al marco legal vigente. Los siguientes pasos son elaborar protocolos de teleconsulta por especialidad; capacitar a profesionales y personal administrativo; informar a los pacientes y promover el uso responsable, y, finalmente, monitorear indicadores de calidad, seguridad y satisfacción.

Es importante someter este recurso a procedimientos de evaluación y mejora continua. A través de ellos, se releva: volumen de teleconsultas y especialidades involucradas; tiempos de respuesta y resolución de consultas; derivaciones a consulta presencial, satisfacción de pacientes y profesionales; incidentes de seguridad o reclamos, e impacto económico y organizacional.

ROL DE LAS ENTIDADES PROFESIONALES

Las entidades profesionales pueden asumir un rol importante en el acompañamiento de las instituciones médicas en su incorporación o profundización de plataformas de telesalud. Entre las modalidades de cooperación están: la elaboración de recomendaciones y guías de buenas prácticas; la promoción de la capacitación continua en salud digital; el acompañamiento a los matriculados en aspectos ético-legales; la colaboración con autoridades sanitarias en la construcción de políticas públicas, y la facilitación de la evaluación crítica de las nuevas tecnologías.

Finalmente, las colegas del Colegio Médico de Santa Fe Primera Circunscripción concluyeron en que “la telesalud es una herramienta estratégica para ampliar el acceso y mejorar la continuidad del cuidado”, al tiempo que acla-

raron que “requiere bases legales sólidas, seguridad de la información y calidad clínica”. Al mismo tiempo, afirmaron que el profesional mantiene sus obligaciones éticas y legales –aun en modalidad remota–, y que las entidades profesionales son claves para acompañar, regular y supervisar el desarrollo de la telesalud.

VACÍO LEGAL



Durante el taller-debate sobre el impacto de la tecnología en nuestra profesión, disertó el Dr. Diego

Almada, vocal de la Junta Directiva del Consejo, quien presentó un análisis sobre “La transformación digital en salud: de la incertidumbre al entusiasmo”. En él, señaló que la incorporación de la tecnología digital complejiza el acto médico, ya que involucra a nuevos actores, lo cual implica también un cambio en la distribución de responsabilidades y, por lo tanto, introduce nuevos riesgos. Hizo referencia entonces a la obsolescencia normativa, ya que el marco legal existente no contempla a la inteligencia artificial (IA) y a las tecnologías por venir, lo cual representa un vacío, pero también una oportunidad de intervención para los propios profesionales.

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

Somos mucho más que un seguro

Porque acompañamos hace

25 AÑOS
a todos los colegas



TELESALUD

12 PREGUNTAS CLAVES PARA IMPULSAR UNA REGULACIÓN



CUESTIONAMIENTOS QUE ES PRECISO QUE LAS INSTITUCIONES SE REALICEN PARA QUE EL ESCENARIO PROFESIONAL “ATRAVESADO POR LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS” TENGA REGLAS CLARAS. INTERVENCIÓN DEL DR. HÉCTOR OVIEDO, EN EL USO DE TELESALUD.

La evolución tecnológica y la irrupción y omnipresencia de la IA presentan desafíos que es preciso enfrentar con reglas claras. Es por eso que el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba impulsa una regulación del uso de estas herramientas en el acto médico. En este marco, el presidente del Consejo de Médicos, Héctor R. Oviedo, expuso ante los represen-

tantes de los colegios y consejos nucleados en Confemeco una serie de preguntas a las que se debe dar respuesta y que deben inspirar una norma.

1.- Realidad y urgencia: ¿Estamos dispuestos a reconocer que hoy ya existe ejercicio profesional interjurisdiccional – y hasta internacional– sin reglas comunes claras?

2.- Jurisdicción (núcleo del conflicto): Cuando hay un daño, ¿qué consideramos debe prevalecer: la jurisdicción del profesional o la del paciente? ¿Y qué responsabilidad, entendemos, les cabe a desarrolladores, plataformas y otros actores que condicionan la decisión clínica?

3.- Matrícula y circulación profesional: ¿Tiene sentido seguir exigiendo múltiples matrículas territoriales para actos médicos que ya no son territoriales? ¿Pueden las licencias digitales que otorguen los colegios o consejos profesionales ser parte de la solución?

4.- Los límites: ¿Estamos dispuestos a limitar el uso de tecnologías a quienes no acrediten competencias específicas? ¿Y a exigir esas competencias como condición para los sellos de certificación de competencias? El Dr. Oviedo consideró que debe haber sello de competencia, agregado a la firma digital, tiene que haber un sello de competencia digital, que también debiera ser patrimonio de los colegios y de los consejos.

5.- IA y acto médico: Oviedo interrogó: ¿Dónde trazamos el límite real? ¿La IA asiste o empieza a sustituir el juicio profesional? “Esa IA que estamos usando, ¿quién la creó? ¿Cuáles son los algoritmos? Hay grandes grupos económicos, grandes compañías, que se mueven por el avance infinito y por el avance también de sus bolsillos y, en el medio, quedamos todos los demás. Creo que nosotros tenemos que poner ahí por lo menos una alerta y, si podemos, avanzar con una legislación”, afirmó.

6.- Interoperabilidad y control: Si los sistemas nos permiten detectar profesionales sin competencias o sin matrícula válida, ¿vamos a actuar o a mirar para otro lado?

7.- Historia clínica digital: ¿Qué validez damos a una historia clínica generada en otra jurisdicción, sin estándares comunes? Si no hay interoperabilidad, ¿estamos aceptando decisiones clínicas sobre la información incompleta? ¿Cómo intercambiamos esa información de una jurisdicción a otra? “Tenemos que avanzar a generar una estructura legal que nos proteja, porque esto es protección no sólo para el paciente, sino también para nosotros”, afirmó.



8.- Receta electrónica: ¿Debe ser válida una receta electrónica emitida en otra jurisdicción sin acuerdos previos? Si no la reconocemos, ¿qué impacto tiene en la continuidad del tratamiento? Y si la reconocemos, ¿estamos dispuestos a exigir más garantías que en el papel? Si un paciente viene de otra jurisdicción y trae a Córdoba una receta electrónica, ¿es válida en Córdoba? “Hay una dispersión de legislación y de normas, sin acuerdos comunes, que no solo ponen en riesgo al paciente, sino que también ponen en riesgo nuestra práctica profesional y nuestra vida como consejo, como institución”, señaló el presidente del Consejo.

9.- Ejercicio interjurisdiccional e internacional: ¿Vamos a permitir intervenciones sobre nuestros pacientes desde otras jurisdicciones o países sin validación local? “Proponemos que legislemos sobre esto y que haya normas que impidan poner en riesgo a la gente y a nuestra práctica”, afirmó Oviedo.

10.- Responsabilidad institucional: ¿Qué riesgo es mayor hoy: regular o seguir sin reglas comunes?

11.- Acuerdo federal: ¿Estamos dispuestos a ceder parte de nuestra lógica territorial para construir estándares comunes? ¿O creemos que ese modelo puede sostenerse frente a la práctica real sin ofrecer alternativas?

12.- Cierre: Si no construimos nosotros estas reglas, ¿quién las va a construir y en función de qué intereses?

“Nosotros somos los que tenemos que poner el ejemplo y poner empeño en regular esto”, concluyó el Dr. Oviedo.

RIESGOS DEL TRABAJO: LA INTERVENCIÓN DEL MÉDICO EN UN MOMENTO DE TRANSICIÓN

EL TEMA FUE DEBATIDO EN UN CONVERSATORIO ORGANIZADO POR EL COMITÉ DE CONTRALOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO EN LA SEDE DEL CONSEJO.

Se realizó en el Consejo un conversatorio sobre la nueva tabla de evaluación de incapacidades laborales, establecida en el decreto 549 de 2025, que sustituye a la incluida en el decreto 659 de 1996.

El Dr. Jorge Mercau, miembro del Comité de Contralor de la especialidad de Medicina del Trabajo, fue el encargado de dar la bienvenida a los asistentes y al expositor, el Dr. Sergio Lucero, al tiempo que señaló que el desafío actual está marcado por la transición entre la anterior y la actual normativa sobre riesgos del trabajo. En ese sentido, manifestó que buena parte de las decisiones relacionadas con adoptar la tabla anterior o la actual corresponde a la Justicia. Indicó, entonces, que el objetivo del encuentro era compartir experiencias y debatir sobre el nuevo marco reglamentario.

A continuación, comenzó su charla el Dr. Lucero, quien es médico laboral y médico generalista, está a cargo de la realización de certificados médicos oficiales para las pensiones no contributivas en el hospital Misericordia, es también perito de lista y se desempeña asimismo en la fábrica Bagley, del grupo Arcor. “En la medicina laboral me toca estar en varias aristas, atento a las necesidades que tienen cada una de las partes, que, a veces, son contrapuestas”, resumió.

Lucero remarcó inicialmente que las claves del decreto 549/25 están en los considerandos, donde se establece la formación de los cuerpos médicos forenses –algo que, aclaró, todavía no está sucediendo en todas las jurisdicciones–.

“El Tribunal Superior de Justicia de la Nación está promoviendo la utilización de la nueva tabla de valuaciones en todos los estamentos. Este baremo es una herramienta que, aunque en este momento de transición nos implica un sufrimiento, creo que no nos generará problemas en el futuro. El inconveniente actual es que hay tribunales que están pidiendo la doble valoración”, afirmó. Para el colega, lo correcto es utilizar el nuevo baremo, salvo que el tribunal correspondiente pida lo contrario o el uso de ambas tablas.

“A mí lo que más me ha llamado la atención de los considerandos es que dice que deben intervenir profesionales con formación específica en riesgos del trabajo, eso nos impacta a los médicos laborales, porque vivimos de espaldas a los riesgos, trabajamos en un terreno de suposiciones. Nos llegan pericias, certificados y nos dicen que el trabajador está expuesto a un riesgo, pero, a diferencia de los forenses, nosotros no tenemos la escena del crimen, es decir, el puesto de trabajo”, graficó y añadió que, aunque

puede solicitarse una pericia técnica, estas muchas veces no son concluyentes.

La norma establece que el riesgo del trabajo es un fenómeno (físico, gaseoso o particulado) o actividad física intrínseca del trabajo con efecto dañino sobre la salud humana, que se presenta a lo largo del tiempo.

Lucero recalcó que es importante la consideración del tiempo transcurrido. “Un riesgo concentrado en el tiempo se llama ‘peligro’. Riesgo no es lo mismo que peligro”, distinguió.

Afirmó que en la ley de riesgos del trabajo hay distintas etapas y que, tanto en la primera, como en la última, está presente el médico. En la primera, porque deben hacer los relevamientos anuales de riesgos, junto con el ingeniero o el especialista en Higiene y Seguridad. En el caso de las grandes empresas –añadió–, no hay mayores inconvenientes, pero en las pymes, se apela a otras opciones, como contratar a terceros para que hagan el relevamiento de agentes de riesgo (RAR), ya que no hay médicos en planta (en algunos casos, por la cantidad de empleados, las compañías no tienen la obligación de tenerlo).

Declarar un riesgo implica una inversión por parte del empleador, por eso los médicos tenemos que procurar ver los riesgos que no han sido declarados.

TIPOS DE RIESGO

Los riesgos pueden ser ergonómicos, físicos, químicos, biológicos, mecánicos o psicosociales. Lucero mencionó que estos últimos vienen creciendo, con la denuncia de problemáticas como el mobbing, el bullying o las adicciones. En tanto, para prevenir los ergonómicos, se evalúan los puestos de trabajo junto con un ergónomo y el informe se envía a la ART.

La ley de Riesgos del Trabajo contempla la prevención y declaración de riesgos (RAR), tratamiento, rehabilitación y el aspecto resarcitorio de la enfermedad profesional.

Los peritos muchas veces tienen que analizar dictámenes que informan que el trabajador no estuvo expuesto a un riesgo y que su enfermedad es inculpable, con el fin de determinar si hubo una mala evaluación o si se incluyó en esta una falsedad o si por modificaciones en los movimientos esperados en la actividad se produce un cambio en el



diseño ergonómico. Otro aspecto que puede impactar en el aspecto ergonómico –afirma Lucero– son las horas extras, porque una estructura puede ser ergonómicamente aceptable para un determinado lapso de tiempo de actividad, pero si el movimiento repetitivo se extiende, puede afectar el organismo. Por eso es importante el feedback con el servicio médico, para que brinde alertas tempranas.

“Como peritos de oficio, tenemos la obligación de llevar el interrogatorio más allá de lo posible para tratar de encontrar cuál es realmente el riesgo al que está sometido el trabajador. Para eso tenemos que tener conocimientos básicos. La norma lo dice con claridad: tenemos que ser especialistas con una muy buena formación en riesgos. Si no hay riesgo, no hay enfermedad”, explicó Lucero.



EL PAMI EN EL CENTRO DE LA CRISIS EN SALUD

MÉDICOS Y PACIENTES SEÑALAN A LA SITUACIÓN POR LA QUE ATRAVIESA EL PAMI, LA OBRA SOCIAL DE LOS JUBILADOS, COMO EL CENTRO NEURÁL-GICO DE LA GRAVE CRISIS EN SALUD. UNA MARCHA FEDERAL QUE TUVO LUGAR EL 20 DE MAYO –CON EL LEMA “LA SALUD NO PUEDE ESPERAR– PONE AL DESCUBIERTO LA PREOCUPACIÓN DE ORGANIZACIONES SOCIALES Y PROFESIONALES, QUE DENUNCIAN CON FUERZA LA SITUACIÓN. ESTIMAN QUE SI NO HAY CAMBIOS URGENTES AFECTARÁ AUN CON MAYOR FUERZA EN EL FUTURO INMEDIATO, LA CRISIS DEL SECTOR DE LA SALUD. ETHICA DIGITAL MUESTRA PRECISAMENTE ESOS DATOS CONCRETOS DE ESTA CRISIS, REFLEJADOS POR LA PRENSA, QUE RECOGE LAS OPINIONES DE LAS INSTITUCIONES MÉDICAS, SOCIALES Y FUNCIONARIOS, COMO MATERIAL FUNDAMENTAL PARA ELABORAR LA PROPIA OPINIÓN.

LA OPINIÓN DE LAS AUTORIDADES

■ El Ministro de Salud, Mario Lugones, causó controversia al describir al millón de afiliados mayores de 80 años como "una carga muy grande" para el PAMI, argumentando que el sistema exige una alta atención y está bajo fuertes tensiones financieras.

■ Ajuste y reestructuración: Desde el Ejecutivo se habla de una reestructuración de la cartera sanitaria, implementando recortes en programas de prevención de enfermedades crónicas y limitando la ejecución de partidas presupuestarias en hospitales nacionales.

LAS CRÍTICAS Y LOS RECLAMOS

■ **Riesgo por desfinanciamiento:** Instituciones médicas y especialistas advierten sobre una crisis histórica debido a recortes de hasta el 100% en programas de entrega de medicamentos e insumos a las provincias, lo que afecta directamente a tratamientos oncológicos y crónicos.

■ **Desgaste en la atención:** Diversas entidades colegiadas han advertido sobre el cierre de instituciones de salud mental y fuertes recortes en agencias clave como la ANMAT y el Instituto Malbrán.

■ **La mirada de las provincias:** Las autoridades locales señalan que se trata de un traslado de la demanda y han advertido sobre el colapso que se avecina debido a que la salud pública está recibiendo a pacientes que ya no pueden pagar una prepaga u obra social.

■ **Conflicto prestacional:** Sociedades científicas han señalado la precarización de los equipos médicos y alertan sobre el cobro de copagos directos a los pacientes, evidenciando una crisis estructural entre financiadores y prestadores.

■ **Recorte presupuestario:** Los profesionales de la salud afirman que el recorte en el presupuesto de salud alcanza los 63 millones de pesos. Las autoridades afirman que el ajuste general es similar en todos los ministerios, sin tener en cuenta el tema de la salud pública.

■ **Desfinanciamiento:** Las instituciones médicas denuncian un desfinanciamiento del sistema de salud, a lo que se suma la interrupción del Programa Remediar, que garantizaba medicamentos esenciales gratuitos y otros programas de ayuda social que tenía el PAMI. A lo que se agrega el desguace del Programa Nacional de Inmunizaciones y el retroceso en la política de salud men-



tal y en el caso del cáncer se redujo en 61 % el presupuesto del Instituto Nacional que atiende esta enfermedad. A su vez, la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales, debió interrumpir los subsidios para medicamentos de alto costo a personas vulnerables.

■ **Honorarios médicos:** El Pami, tras modificar la forma de pago, redujo sensiblemente los honorarios a los médicos de la Obra Social, lo que motivó un paro de 72 horas. Por atrasos en los pagos, se han cerrado numerosas clínicas privadas y, a su vez el aumento de las cuotas de la medicina prepaga obligaron a más de 740.000 personas a abandonar la cobertura, volcándose al sistema de hospitales públicos que no cuentan con los recursos necesarios para hacer frente a la situación.

■ **Decisión de los odontólogos:** Con el argumento que ya no pueden sostener las prestaciones, los odontólogos decidieron, a mediados de mayo, suspender la atención a afiliados por falta de pagos. La medida fue impulsada por la Asociación de Profesionales de Programa de Atención Médica Integral y Afines (**APPAMIA**), que denunció atrasos en las retribuciones y una situación económica “insostenible” para continuar trabajando. El corte de servicios impacta directamente sobre **miles de jubila-**

dos y pensionados que dependen de la obra social para acceder a tratamientos y controles odontológicos. La decisión fue comunicada mediante un documento firmado por referentes de la entidad, donde denuncian **incumplimientos por parte del PAMI** en las retribuciones por capitación desde febrero de 2026 y retrasos en la restitución de sumas vinculadas a prótesis odontológicas adelantadas por los propios profesionales desde diciembre de 2025.

■ **Sociedades Médicas y Profesionales:** Un foro compuesto por 21 sociedades médicas alertó sobre la pérdida de equidad en el acceso a la salud, el fuerte deterioro en los ingresos de los profesionales y la falta de especialistas. Desde la comunidad médica se advierte que los recortes ponen en riesgo el tratamiento de pacientes crónicos y elevan el riesgo de mortalidad.

■ **Organismos de Derechos Humanos y Gremios:** Instituciones como el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y organizaciones sindicales como ATE advirtieron que el Estado nacional está abandonando su rol en la salud pública, comparando el impacto de estas medidas en los sectores vulnerables y clases medias con las crisis históricas de los años 2001 y 2002.

MIRADAS DE LA PRENSA CORDOBESA

LA PRENSA Y SUS MIRADAS, A VECES CONTROVERTIDAS, SUELEN SER UN BUEN LENTE PARA MIRAR LA REALIDAD. HOY PRESENTAMOS EDITORIALES EN MEDIOS LOCALES. DESDE DONDE SE APORTAN DATOS SOBRE LA CRISIS PROFUNDA DE LA SALUD, QUE SIRVEN PARA FIJAR NUESTRA PROPIA MIRADA PROFESIONAL. EN TODAS SE SUBRAYA EL RIESGO DE TENER QUE CERRAR HOSPITALES, QUE SON CENTROS DE FORMACIÓN MÉDICA Y DE ATENCIÓN A SECTORES QUE NO TIENEN ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA. SE HACE ALUSIÓN A QUE EL PRIMER CUATRIMESTRE DE ESTE 2026 REPORTA UNA SITUACIÓN CRÍTICA EN LA SALUD PÚBLICA PROVINCIAL, CARACTERIZADA POR LA SATURACIÓN DE HOSPITALES, FALTA DE INSUMOS Y TENSIONES PRESUPUESTARIAS. FUENTE: LOS PRINCIPALES EJES INFORMATIVOS PUBLICADOS POR MEDIOS LOCALES ENTRE ELLOS EL EDITORIAL DE LA VOZ DEL INTERIOR DEL 11 DE MAYO DE 2026.

LA VOZ DEL INTERIOR

“Los hospitales públicos nacionales y provinciales son en gran medida receptores de pacientes que no cuentan con el respaldo de una obra social y que cayeron por debajo de la línea de pobreza.

Indicadores que refieren tanto a las personas que viven en condiciones de fragilidad social desde casi siempre, como a muchas que por las adversidades pasaron a ser ‘los nuevos pobres’. En este contexto de apremios, el Gobierno nacional vuelve a ser el blanco de los reclamos de directores de hospitales universitarios, a raíz de la demora en efectivizar los fondos ya presupuestados para el corriente año.

En el caso de Córdoba, los incumplimientos denunciados por autoridades universitarias repercuten en el normal desempeño de importantes instituciones sanitarias como son el Hospital de Clínicas y la Maternidad Nacional, ambos con funciones bajo la órbita de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

En medio del déficit creciente de la atención de la salud pública en el país que, como se dijo, afecta a los sectores de menos recursos, la administración que conduce Javier Milei se reitera en su desapego a las leyes; en este caso, a la norma que garantiza el financiamiento para los siete hospitales de gestión universitaria, tres de los cuáles funcionan en Buenos Aires, dos en Córdoba, uno La Rioja y uno en Mendoza.

En el marco de un informe que publicamos días atrás. El secretario técnico de la Facultad de Ciencias Médicas, de La UNC, Rogelio Pizzi, dijo que al margen de las remesas para el sistema universitario que sí se cumple y que se destinaron en un 94 por ciento, al pago de salarios, lo que sigue en veremos son los fondos para los hospitales”.

Se trata de un polo asistencial que depende del Ministerio que depende del ministerio de Educación de la Nación y cuyo presupuesto alcanza una cifra cercana a los 80 mil millones de pesos, de los cuáles la mayor tajada de la

torta queda en la Universidad de Buenos Aires, una situación que las provincias consideran inequitativa y poco federal.

Lo cierto es que la desatención a instituciones como el Clínicas y la Maternidad, ambas ubicadas en barrio Alberdi de la ciudad de Córdoba, no sólo impacta en la atención caracterizada de referencia para miles de pacientes, sino que, además influye en la compra de fármacos y de múltiples insumos.

Se debe señalar, asimismo, que los hospitales públicos, no sólo los de administración universitaria, llegan a colmar

su capacidad de atención en guardias y consultorios en función de la crisis social y económica que sacude a segmentos empobrecidos de la población. Un problema que puede tener consecuencias en el futuro.

Aun cuando la Casa Rosada alega que todo está al día en materia presupuestaria, la salud pública transita al borde del colapso, lo que amerita soluciones inmediatas ante que nuevas dilaciones bajo cualquier pretexto, como las que atañen al Pami y a su obstinada costumbre de no honrar los pagos. (11 de mayo)

OTROS MEDIOS

Los puntos clave de la situación sanitaria cordobesa, según informes recientes, son:

■ **Saturación del Sistema Público:** La caída de obras sociales y prepagas (un 40% de personas atiende sin cobertura en hospitales públicos) ha saturado los centros de salud municipales, con un aumento del 37% en la demanda durante 2025 y lo que va de 2026.

■ **Crisis en Hospitales Universitarios:** Instituciones de referencia como el Hospital Nacional de Clínicas y la Maternidad Nacional enfrentan una situación "terminal" por falta de fondos nacionales (prometidos por el Congreso pero no enviados) para insumos y medicamentos. Pese a esto, los centros siguen operativos con un aumento del 35% en la demanda.

■ **Faltante de Insumos y Vacunas:** Se reportan retrasos críticos en la entrega de vacunas del calendario oficial y dificultades para adquirir insumos médicos básicos y prótesis, muchos de los cuales se encuentran dolarizados, especialmente en el interior provincial.

■ **Crisis de Clínicas Privadas:** En los últimos 20 años cerró el 75% de los establecimientos privados con internación, pasando de 405 a solo 90 clínicas, afectando gravemente la atención también en el interior provincial.

■ **Escasez de Médicos y Profesionales:** Se advierte una "desidia" en los dispensarios y un "riesgo sanitario" en

el interior por la falta de médicos en guardias, intensificado por los bajos salarios que obligan a los profesionales a no radicarse fuera de la capital.

■ **Estado de Coma:** Gremios como la Unión de Trabajadores de la Salud (UTS) han calificado la situación como "en coma" o "terminal", denunciando guardias colapsadas, falta de insumos y asambleas gremiales que demoran la atención.

■ **Crisis en PAMI y Atención a Jubilados:** Se reportan graves demoras (entre dos y seis meses) para conseguir turnos de especialidades en PAMI y falta de medicamentos, generando colas de reclamo en la sede de Córdoba.

■ **Colapso de la Salud Privada:** La Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados (Aclisa) advirtió sobre un sistema al límite debido a la subfinanciación, pagos fragmentados de PAMI y aumentos en los costos de insumos.

■ **Señales:** El cierre reciente del Sanatorio Sudoeste en Marcos Juárez —que dejó sin cobertura a unos 5.000 afiliados— funciona como una señal de alerta sobre lo que podría suceder si no se corrige el rumbo (...). El diagnóstico es contundente, dicen los directivos: sin una recomposición de ingresos y una revisión del modelo de financiamiento, el sistema de salud privado —clave para la atención de millones de jubilados— podría enfrentar un escenario de colapso progresivo.



**SABÍAS QUE PODES
CONTAR CON LOS
DELEGADOS DE DISTRITOS**

**PARA PLANTEAR
TUS DUDAS O QUEJAS,
PARA HACER LLEGAR SUS PROPUESTAS**

**ELLOS FORMAN PARTE ACTIVA
DE LA CONDUCCIÓN INSTITUCIONAL
ESTAN PARA VOS!**

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

   www.cmpc.org.ar

**HECHO POR MÉDICOS
PENSADO PARA MÉDICOS**



VACUNAS:

NOTIFICAR LOS PRESUNTOS EFECTOS ADVERSOS MEJORA LA COBERTURA

LOS DENOMINADOS "ESAVI" DEBEN SER INFORMADOS Y EVALUADOS, CON EL FIN DE PROTEGER LA CONFIANZA DE LA POBLACIÓN. EL TEMA FUE ANALIZADO EN EL ATENEO ORGANIZADO POR NUESTRO CONSEJO, EN EL MARCO DE LA ACTIVIDAD DE LA RED DE FARMACOLOGÍA. (ALEJANDRA BERESOVSKY).

El martes 28 de abril se realizó un nuevo ateneo organizado por el Consejo de Médicos en el marco de la Red de Farmacovigilancia, esta vez con el tema "Importancia e impacto de la vigilancia de eventos adversos posvacunales (ESAVI)".

Participaron Karina Gatica, Lic. en Química Farmacéutica, integrante de la Jurisdicción de Farmacia del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba; la Dra. Sandra Belfiore, médica, jefa del Departamento de Inmunizaciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, y la Dra. Alejandra Carballo, referente en la Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) del Departamento de Inmunizaciones, dependiente de la Dirección de Jurisdicción de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

La Lic. Gatica comenzó recordando la definición de vacuna de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Preparaciones destinadas a generar inmunidad contra una enfermedad, estimulando la producción de anticuerpos". Señaló que, en nuestro país, las vacunas para uso humano son reguladas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), bajo la categoría de Medicamentos Biológicos. Son productos obtenidos a partir de organismos vivos o sus tejidos, utilizados con fines de prevención, que deben cumplir con fases de seguridad, inmunogenicidad y eficacia antes de ser incorporadas al Calendario Nacional.

"Ningún producto biológico tiene riesgo cero, pero la seguridad se basa en que los beneficios superen ampliamente los riesgos", aclaró.

La farmacovigilancia –explicó, en tanto– es la ciencia y el conjunto de actividades destinadas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos o vacunas.

Un ESAVI –continuó– es un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización y se define como cualquier situación de salud desfavorable o involuntaria (un signo, síntoma, una enfermedad o un hallazgo anormal de laboratorio) que ocurre después de la vacunación.

“Es fundamental entender que un ESAVI no necesariamente tiene una relación causal con la vacuna o el proceso de inmunización en el momento del reporte; la palabra ‘supuestamente’ indica que la relación debe ser investigada para confirmarse o descartarse”, aseveró.

Prosiguió con un ejemplo de tres casos para evaluar:

Caso A: un paciente de 18 años que a los 5 minutos de la aplicación de una vacuna X presenta palidez, sudoración fría y pérdida breve del conocimiento (síncope vasovagal).

Caso B: un profesional de la salud que reporta febrícula (37,8°) y dolor en el sitio de la inyección a las 12 horas de recibir la vacuna antigripal.

Caso C: un niño de 5 años que es internado por una apendicitis aguda 24 horas después de recibir vacuna refuerzo escolar.

Tras esta descripción, preguntó cuál de estas situaciones se reportan y la respuesta fue: todas.

“La farmacovigilancia no busca culpables, busca datos. La investigación técnica (algoritmo de causalidad) es la que determinará si fue una reacción al producto, un error programático, ansiedad o una simple coincidencia. Si hay sospecha, hay reporte”, manifestó.

Gatica informó que, a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se trabaja en distintas instancias: un comité Red ESAVI, un área jurisdiccional de inmunizaciones, un área jurisdiccional de vigilancia de ESAVI, un área jurisdiccional de farmacovigilancia y un espacio con profesionales que manejen bases de datos y acompañen los procesos (en este caso, el Centro de Información de Medicamentos de la Facultad de Ciencias Químicas de la UNC o CIME).

Los miembros del comité de vigilancia deben tener conocimiento de los conceptos de notificación, investi-

gación y análisis de los ESAVI, de acuerdo con las recomendaciones nacionales y de la OPS; conocimiento de los conceptos de farmacovigilancia de ANMAT; manejo de base de datos, y relación con los servicios de salud de la jurisdicción.

Quienes integran el comité de especialistas deben contar con experiencia reconocida en el área de su especialidad; conocimiento de los criterios diagnósticos del Grupos Colaborativo de Brighton; conocimiento de la metodología de análisis de causalidad de OPS y no tener conflictos de interés relevantes con la industria y las autoridades sanitarias jurisdiccionales y nacionales.

“Más allá de que todos nos conocemos en la provincia, hoy tenemos que conformar a nivel jurisdiccional este Comité de la RED de ESAVI”, apuntó y señaló que, debido a ello, actualmente está en instancia de tutoría.

El objetivo de la OPS –dijo– es que se avance en una red federal de farmacovigilancia. “Estamos en ese proceso de formación y capacitación los equipos técnicos”, precisó.

INTERVENCIÓN SANITARIA

La Dra. Belfiore destacó que la vacunación es una de las intervenciones sanitarias con mayor impacto en la salud pública mundial y que, gracias a ella, algunas enfermedades ya no se perciben como amenaza, pero remarcó que la confianza de la comunidad y del personal de salud en la seguridad de las vacunas es esencial para el éxito de las estrategias de inmunización.

“Como todo fármaco, las vacunas pueden presentar efectos adversos poco frecuentes; por ello, es fundamental conocerlos, mantener una vigilancia continua y aplicar prácticas de vacunación seguras”, subrayó.

A continuación, indicó que la agenda de inmunización 2030 exige enfocarse en el monitoreo de seguridad de las vacunas y de la vacunación, con el fin de garantizar vacunas e insumos de calidad y efectividad elevada, que se articulen en un sistema de prestación de servicios con base en la atención primaria.

Una población que confía en los profesionales de salud y en el Ministerio de Salud tiene más probabilidad de seguir las recomendaciones en materia de vacunación, al



tiempo que, cuando la confianza se debilita o se pierde, el uso de vacunas puede disminuir. No sólo los ESAVI que tienen relación causal con la vacuna, sino también aquellos que se perciben relacionados pueden quebrantar la confianza. “Generar y mantener la confianza del público debe ser una prioridad para el Sistema de Vigilancia de ESAVI”, sintetizó. Y añadió: “Como todo fármaco, las vacunas pueden presentar efectos adversos. Algunos muy frecuentes y leves, como puede ser la febrícula, el dolor en el sitio de la inyección; otros, menos frecuentes y a veces más graves. Por eso es que mantener la vigilancia continua es fundamental para seguir teniendo esa seguridad y confianza en las vacunas”.

La agenda mundial de inmunizaciones para 2030 exige enfocarse en el monitoreo de la seguridad de las vacunas y de la vacunación, porque no solamente las reacciones adversas se deben al intercambio de la vacuna con el organismo, sino que también pueden ser reacciones adversas que surjan por errores en la aplicación de la vacuna.

El programa de vacunación en la región de las Américas tiene más de 50 años, periodo en el cual se han salvado 154 millones de vidas; sin embargo, abundan los rumores y falsas noticias asociadas con presuntos efectos adversos. Por caso, en 2006, en la primera campaña de vacunación para jóvenes y adultos contra la rubeola, existía la versión de que la vacuna tenía compuestos que generaban esterilidad en las mujeres.

Sobre la vacuna del sarampión el mito era que aumentaba los casos de autismo, por lo cual en Europa disminuyó

fuertemente la cobertura y eso se tradujo en nuevos brotes. “Es por ello que todo rumor debe ser investigado”, insistió Belfiore.

FASES

Un repaso por el proceso de elaboración de las vacunas demuestra un encadenamiento de fases que cumplen, cada una de ellas, estrictos requisitos y controles.

En primer lugar, los ensayos clínicos tienen una etapa pre-clínica, la cual consta de una instancia de ciencia básica (en laboratorio), en la que se identifica y caracteriza el antígeno más inmunogénico y se decide la formulación de la vacuna.

En la fase de ensayos pre-clínicos, hay un primer momento de prueba en modelos animales, en el que se analiza la seguridad y la respuesta del sistema inmunitario antes de probar en humanos.

En la fase clínica, se prueba primero la eficiencia y la seguridad en, aproximadamente, 100 adultos sanos, con quienes se establecen dosis y vías de administración. Luego, se hacen ensayos con entre 200 y 500 adultos sanos, entre quienes se evalúa la eficiencia y la seguridad de la vacuna. Posteriormente, esos ensayos se hacen entre miles de voluntarios de distintos lugares, quienes son organizados en dos grupos (uno recibe la vacuna y el otro, el placebo).

Tras estas instancias, se inicia la fase de comercialización y postmarketing, en la que se continúa evaluando la

respuesta de las poblaciones en uno o varios países y se monitoriza el funcionamiento de la vacuna, con análisis de la eficacia real y la vigilancia de los efectos secundarios.

Pese a todas estas medidas, todavía hay inseguridad por parte de quienes reciben falsas noticias sobre efectos adversos. Como consecuencia, vacunas por ejemplo contra la tos convulsa, de la que se dispone hace más de 30 años, hoy registran una caída en la cobertura. Como consecuencia, en Argentina, desde mediados de 2025, hay un brote de la enfermedad.

A su vez, en la región de las Américas se perdió el estatus de “eliminación del sarampión”, debido a brotes activos en algunos países. En Argentina, que es un país libre de transmisión endémica de la enfermedad, se adelantó la dosis para reducir la ventana de susceptibilidad en la primera infancia, periodo crítico para la transmisión.

La cobertura de vacunación es un indicador de salud que se expresa en porcentaje y muestra la proporción de personas que recibieron la dosis de vacuna que le corresponde con relación al total de personas que deben ser inmunizadas. Permiten saber si una población está protegida contra enfermedades inmunoprevenibles.

Un concepto asociado a la eficacia de las vacunas es el de la inmunidad de rebaño, que se produce al aumentar la cobertura y disminuir el número de personas susceptibles, reduciéndose la probabilidad de infección y transmisión de una enfermedad en la comunidad. Así, se logra proteger a las poquitas personas que no han podido acceder a la vacuna (por ejemplo, las que tienen inmunodepresión, son menores de un año o están embarazadas, en el caso de algunas vacunas).

La cobertura óptima es del 95% o más, pero en 2025 ninguna vacuna llegó a esa proporción. Las vacunas escolares son las que más están preocupando.

COMBATIR EL SILENCIO

A su turno, la Dra. Caraballo explicó que es preciso combatir el silencio epidemiológico; es decir, la no-notificación o la subnotificación de los ESAVI. Es clave fortalecer la vigilancia para generar una respuesta rápida y apropiada que permita minimizar el impacto negativo en la salud de los individuos y en el programa de inmunizaciones.

Según la plataforma SISA, entre 2024 y 2025 aumentó la frecuencia de notificaciones de ESAVIS por departamento en 13 departamentos de los 26 que tiene la provincia.

Un ESAVI es todo cuadro clínico desfavorable, hallazgo anormal de laboratorio, signo/síntoma o enfermedad. Tiene la característica de ser no intencionado, aparecer luego de la administración de una vacuna y pueden no tener, necesariamente, una relación causal con la vacunación o con el producto biológico.

Es preciso notificar todo: eventos leves y graves, rumores, clusters, errores programáticos (o sea errores del vacunador) y eventos relacionados con vacunas nuevas y subutilizadas.

El ciclo de vigilancia propuesto por la OPS consta de cuatro etapas: detección, notificación, investigación y análisis de causalidad.

El notificador puede ser una institución –como una farmacia, una institución periférica, pública o privada privada–, o personal de salud.

La ficha de notificación debe ingresar a la plataforma SISA, donde se cargan los datos que se ha podido recabar en ese momento. No hay que esperar a tener todas las respuestas sino simplemente el caso de la persona a la que le sucedió el evento adverso en la etapa posvacunal.

El notificador debe aportar todo lo que más pueda: datos relacionados con la vacunación, cuadro clínico, laboratorio, imágenes, etc.

Los ESAVI se clasifican –según la OPS/OMS– según criterios de causalidad, según criterios de severidad o según criterios de severidad.

Los primeros cumplen con las siguientes condiciones: es causa de muerte del vacunado, pone en peligro inminente la vida del vacunado, obliga a la hospitalización o prolongación de la estancia, es causa de discapacidad o incapacidad persistente o significativa, genera la sospecha de que causó una anomalía congénita o muerte fetal o que causó un aborto.

Un ESAVI no grave es cualquiera que no pone en riesgo la vida de la persona vacunada (o del embrión, del feto o del recién nacido en el caso de que la persona vacunada haya sido una embarazada) que desaparece sin tratamiento o con tratamiento sintomático, que no obliga a hospitalizar a la persona afectada y que no ocasiona discapacidad ni trastornos en el largo plazo.



CURSOS DE **FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN MÉDICA**

INSCRIPCIONES ABIERTAS 2026

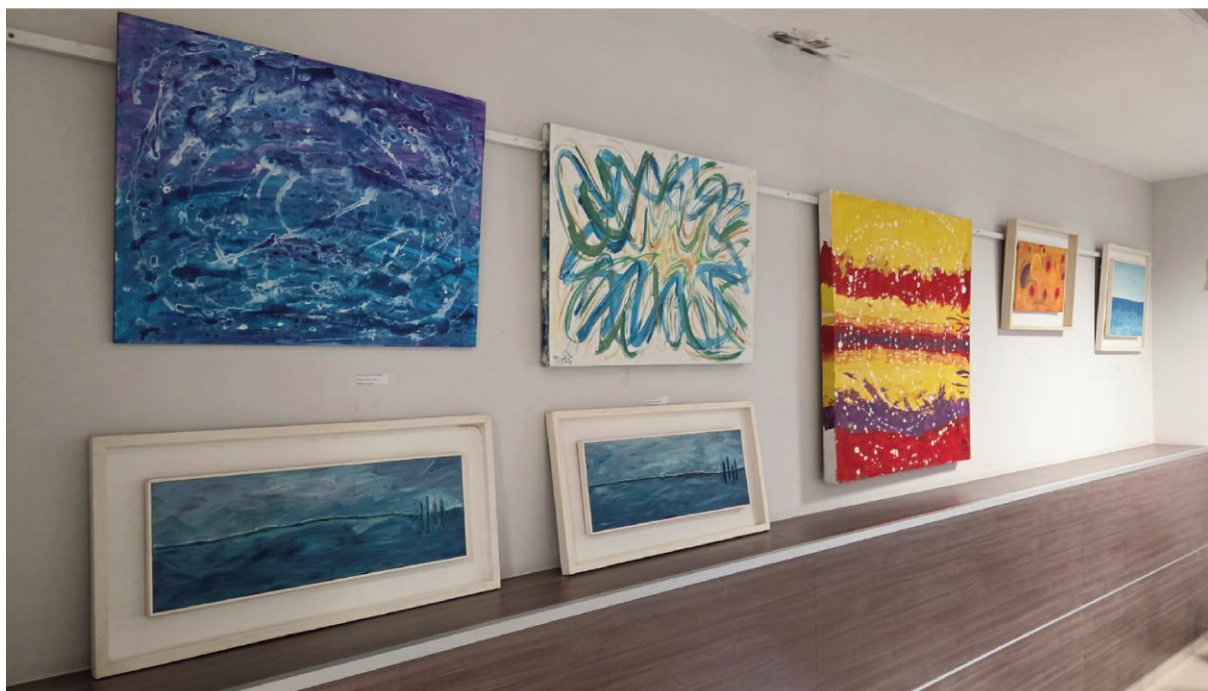
Modalidades:
Presencial, Sincrónico
o Asincrónico
por Aula Virtual



WWW.CMPC.ORG.AR



ARTE DESDE EL ALMA



Desde el jueves 7 de mayo se exponen en nuestra sede obras de la Doctora Mariana Vitali, quien es especialista en Obstetricia, que según sus propias palabras comenzó a pintar hace diez años como una necesidad.

“Había cosas que sentía y que había que decirlas. Mi forma de decirlas fue poniéndolas en pinturas y colores, siempre en movimientos abstractos, nunca pinté nada figurativo. En otras palabras, a los sentimientos les ponía color y movimiento”, cuenta.

Respecto de los materiales, afirma que utiliza fundamentalmente acrílico, pero que también optó por técnicas mixtas, de tipo collage, con elementos como madera, telas o tintas. “He pintado en bastidores, en madera, en telas, en paredes, en todo lo que encontraba que necesitaba pintar”, revela.

“Siempre fui autodidacta, no fui a ninguna escuela de pintura, pero también porque no sentí la necesidad de ir a estudiar nada teórico. Siempre pinté lo que iba sintiendo”, añade.

La exposición lleva por título “Arte desde el alma” y la autora la define como “un recorrido por los paisajes invisibles del alma. Una muestra que nace desde lo más profundo del ser, sin mapas ni estructuras, guiada únicamente por la intuición, la emoción y el pulso vital de quien crea”.

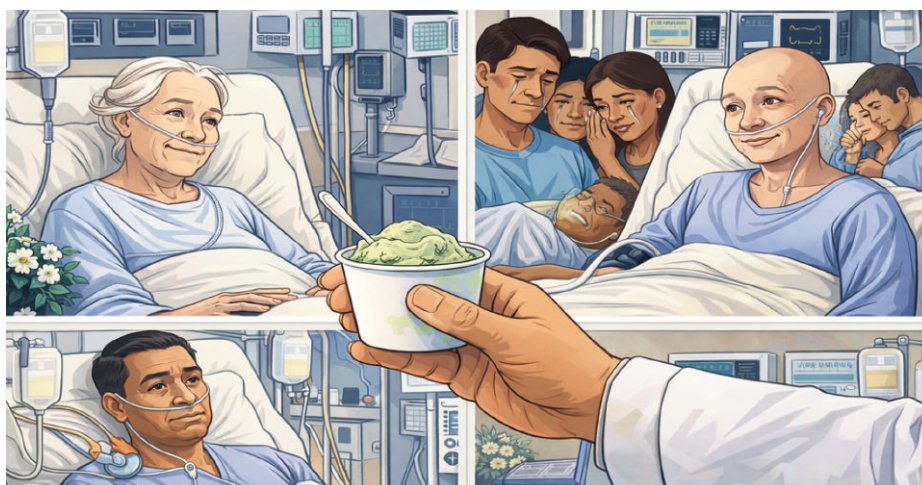
“Cada trazo, cada mancha, cada color lleva impreso un instante vivido, una emoción sentida, un pensamiento que se rehúsa a ser callado. Las obras, realizadas en acrílico, óleo y tintas, se despliegan con libertad, sin ataduras técnicas ni académicas, permitiendo que la expresión fluya con honestidad y crudeza”, añade.

La Dra. Vitali ha realizado ya dos muestras: la primera, en mayo del año pasado, en un Hotel SPA, en Salsipuedes, y en septiembre, en un bar-café literario en el Cerro de las Rosas. “Es una forma de mostrar toda la intimidad que uno siente y le pasa”, describe.



LA ÚLTIMA PREGUNTA

MÁS ALLÁ DE VASOPRESORES Y PROTOCOLOS, TRES HISTORIAS MUESTRAN CÓMO UNA PREGUNTA SENCILLA PUEDE ORDENAR PRIORIDADES, HUMANIZAR DECISIONES Y, A VECES, HACER REALIDAD LO IMPROBABLE. CÓMO LO HACEMOS FRECUENTEMENTE, LA NOTA ES LA REPRODUCCIÓN DE LA PUBLICADA POR LA REVISTA MÉDICA DIGITAL INTRAMED, EN SU SECCIÓN ARTE Y CULTURA



Autor/a: Biren B. Kamdar

Le hice la única pregunta que parecía tener sentido en ese momento.

— ¿Quieres un poco de helado?

Lo que comenzó como otra semana en la unidad de cuidados intensivos (UCI) terminó siendo una semana dedicada al helado.

Empezó con Sally, una mujer de alrededor de 60 años, ingresada con shock y una dolorosa herida en la zona sacra.

Esta hospitalización formaba parte de su batalla más amplia contra un cáncer pulmonar en estadio terminal, con metástasis difusas que moteaban sus vértebras torácicas y lumbares.

Sally recibía vasopresores en dosis bajas por el shock y parecía incómoda. Acerqué una silla para conversar con ella. Con tono resignado, dijo que tenía dolor intratable, pero que estaba más preocupada por ser desalojada de su residencia asistida por requerir más ayuda de la que podían brindarle. Las metástasis vertebrales la habían dejado casi incapaz de caminar.

Le pregunté por su familia. Me contó que se había mudado al sur de California para recibir tratamiento oncológico, recorriendo miles de kilómetros para alejarse de un marido por razones que no quiso detallar. Su único hijo vivía en otro estado y no planeaba visitarla.

Sally estaba triste. Estaba atrapada en una situación sin esperanza. De pronto, mi deseo de animarla superó tareas urgentes pendientes, como discutir su estatus de reanimación. Le hice la única pregunta que parecía tener sentido en ese momento.

— ¿Quieres un poco de helado?

Sally no esperaba esa pregunta. Se incorporó con entusiasmo, sonrió y respondió:

— ¡Sí!

Después de varias copas de helado de vainilla, su voz se volvió más firme. Al abrirse ante el equipo, reconoció que sus últimos días se acercaban y expresó el deseo de pasarlos sin dolor, en un lugar tranquilo, atendida por profesionales compasivos. Tras reunirse con el equipo de cuidados paliativos,

eligió una casa de hospicio con habitaciones privadas, jardines frondosos y un patio sereno. Fue dada de alta al día siguiente y murió allí, confortablemente, diez días después.

Tras Sally, la semana del helado continuó. Esta vez fue Gustavo, un paciente de unos 50 años. Como Sally, tenía cáncer en estadio terminal: cáncer de pene metastásico complicado con carcinomatosis peritoneal y una metástasis inguinal que protruía por la ingle.

Con sus hijos como intérpretes de inglés-español, el equipo médico acababa de informarle que había dejado de producir orina y se acercaba al final de la vida. Aceptó ingresar a la UCI para recibir vasopresores temporales, de modo que familiares y amigos pudieran despedirse.

Al sentarme a su lado, parecía retraído; su esposa e hijos lloraban. En mi mejor español de secundaria le pregunté por su vida. Dijo que era agricultor de lechuga y que había dedicado su vida a sostener a su familia. No quería hablar de sus problemas médicos. No quería hablar de cómo demoras y dificultades de acceso habían permitido que una pequeña lesión en la punta de su pene se diseminara rápidamente a la ingle y al abdomen. No quería hablar de la penectomía total que tuvo que atravesar. No quería hablar de cuántos profesionales le habían hablado directamente en su lengua materna. No quería hablar de su muerte inminente.

Recordando a Sally, hice la única pregunta que parecía tener sentido en ese momento:

— ¿Quieres helado?

Gustavo me miró igual que Sally.

— ¿Sí? ¿Helado?

— Por supuesto —tenemos vainilla, fresa y chocolate.

— ¿Pistacho? —preguntó.

No sabía si había pistacho, pero lo intentaríamos. “Vamos a buscarlo”, respondí.

Y, efectivamente, la enfermera encontró helado de pistacho. Gustavo comió bastante esa noche mientras recibía visitas. Tras una noche tranquila, su shock progresó y murió confortablemente a la mañana siguiente, con su familia al lado.

La tercera historia ocurrió al día siguiente. Era sábado por la mañana cuando ingresó Cathy, una paciente de casi 60 años. Como Gustavo, había dejado de orinar; como los anteriores, tenía un cáncer grave: una masa pélvica del

tamaño de un melón que comprimía sus órganos internos.

Durante la ronda matutina, el equipo de oncología ginecológica nos informó que le habían comunicado que no existían opciones terapéuticas y que debía considerar cuidados al final de la vida. Ella no recibió bien la noticia y pidió alternativas para prolongar su vida.

Al entrar, el ambiente era sombrío, con hijos adultos y su esposo llorando junto a la cama. Al sentarnos, nos contó que era enfermera y que llevaba una vida activa hasta cuatro meses antes, cuando lo que creyó una infección urinaria resultó ser un tumor ovárico grande e irreseable.

A medida que avanzaba la conversación, Cathy mostró lucidez ante su situación. Sabía que moriría pronto y que las intervenciones heroicas serían fútiles, pero expresó un fuerte deseo de vivir lo más posible.

Pensé en Gustavo y su helado de pistacho.

— Un paciente en la habitación contigua murió ayer — le dije—, pero antes supimos que quería helado de pistacho. Mientras enfrenta la muerte, ¿cuál es su helado de pistacho?

Cathy reflexionó.

— Mi hijo y su prometida se casan en unos meses — dijo—. Me gustaría vivir lo suficiente para verlos casarse. No esperaba esa respuesta. Aunque iniciativas como el 3 Wishes Project ofrecen orientación formal para cumplir estos deseos, aquella semana aprendí que un enfoque más simple podía ser suficiente: acercar una silla, conectar, ofrecer helado. Eso podía aportar claridad, definir objetivos realistas y, a veces, hacer posible lo imposible.

— ¿Por qué no hacemos la boda hoy? —pregunté.

La propuesta fue aceptada de inmediato. El equipo y la familia organizaron todo. Una amiga organizadora de eventos consiguió un violinista. Mi esposa e hijos llevaron decoraciones. La familia llamó al sacerdote. El personal compró un pastel. Amigos trajeron comida. Seis horas y media después de preguntar por el helado, la pareja intercambió votos ante 40 personas en la habitación del hospital.

Más tarde, Cathy nos recibió vestida, con joyas, peluca y maquillaje.

— Estoy feliz —dijo—. Ahora estoy lista.

Pidió traslado a la unidad de hospicio.

Al salir, un familiar me ofreció helado. Acepté —no por el helado en sí, sino por las conexiones y actos de bondad que había llegado a representar.



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*

www.fisap.com.ar