

ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 193

Julio 2026

ISSN 1514 - 688 X

CANCIÓN DE LA VACUNA MARÍA ELENA WALSH

*Había una vez un bru,
un brujito que en Gulubú
a toda la población
embruja sin ton ni son.
Pero un día llegó el Doctorrrr
Manejando un cuatrimotorrrr
¿Y saben lo que pasó?
¿No?
Todas las brujerías
del brujito de Gulubú
se curaron con la vacú
con la vacuna
luna luna lú...*

EL CONSEJO DE MÉDICOS
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
CONVOCA AL CERTAMEN
DEL LOGO PARA LA CAMPAÑA

AGOSTO
MES DE LA
VACUNACIÓN

Imágenes que cuidan



FISAP
NUEVAS COBERTURAS
Y BENEFICIOS

FÚTBOL,
PASIÓN, MUNDIAL
Y SALUD

MENOPAUSIA
CON TERAPIAS
REGULADAS



CUOTA DE
MATRICULACIÓN

CERO
DURANTE
LOS DOS
PRIMEROS AÑOS.

AL 50%
DURANTE
EL TERCER AÑO.

AL 25%
DURANTE
EL CUARTO AÑO.



**BECAS DEL 50%
PARA CURSOS
DE CAPACITACIÓN**

A todos los matriculados
recién egresados y hasta
los 3 años de recibidos.

**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
VOCALES 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.

CON LOS PIES EN LA TIERRA

Este año, nuestro Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, cumple un nuevo aniversario que será festejado como corresponde. Se trata de una historia de más de seis décadas, que regula y acompaña en el ejercicio profesional a todos los colegas, promoviendo la ética, la capacitación y el compromiso con la salud.

El peso de la institución como estructura, muchas veces deja de lado la importancia de los datos. Conscientes de la necesidad de conocerlos, porque resultan fundamentales para la planificación y el desarrollo de la institución, la Junta Directiva creó un Observatorio de Datos que desarrolló un estudio de los mismos y que hoy en preparación de los festejos, queremos dar a conocer, porque son la razón de nuestras políticas.

Muchas veces nos habremos preguntado, por ejemplo, ¿cuántos somos los profesionales médicos que atendemos la salud de los cordobeses? De aquél pequeño grupo inicial que luchó para conquistar el derecho de constituirnos en una institución, reemplazando al Estado, hoy por hoy con datos de 2025, podemos afirmar que somos **21.991** los matriculados.



La medicina que históricamente fue una profesión ejercida principalmente y durante muchos años por varones, pero la historia, no sólo en nuestro país, sino en el mundo, nos trajo el significativo avance de la mujer, que se tradujo en el ejercicio profesional. El análisis del Observatorio de Datos fue contundente: la medicina ejercida por mujeres representa actualmente **56 %** del total de los médicos, en tanto que los varones alcanzan el **44 %**. El pasado año con **12.281** matriculadas, la salud estaba ahora predominantemente en manos de la mujer. En tanto que los varones llegaban a **9.719**. Los números marcan una nueva realidad, a la que había que dar una respuesta adecuada. Por eso, se creó la Comisión de Mujeres Médicas, para analizar y actuar, en una realidad distinta, con sus características propias. No se trata de que haya una medicina femenina y una salud masculina. Se trata sí de que hay distintos condicionamientos que es preciso tener en cuenta.

El Observatorio de Datos confirmó, además, que **14.051**, que representan el **65,52 %** de los médicos, tanto mujeres como varones, residen en la capital cordobesa. Las causas económicas, sociales, incluso culturales y de oportunidades traen aparejado problemas serios en la atención de la salud en las ciudades y pueblos del Interior provincial.

Las edades de los médicos constituyen otros datos importantes en las tareas de planeación hacia el futuro para los directivos de nuestro Consejo. Los mayores de 75 años son **326** mujeres y **1.142** varones, con datos repetidos del 2025, son significativos en la relación actual entre mujeres y varones de la que dábamos cuenta. En el polo opuesto, entre los jóvenes médicos, entre 25 y 29 años, las médicas son **1.568** y los varones **711**. Y entre 20 y 24 años, las mujeres son **86** y los varones **34**.

Las cifras expuestas hablan claramente de la necesidad de contar con datos precisos, prevista por Junta Directiva con la creación del Observatorio, para la conducción de una institución como base de sus decisiones.

**¿Por qué debería
adherirme al FISAP?**

*Somos mucho más
que un seguro*

Porque tenemos
profesionales
**EXPERTOS EN
MALA PRAXIS**





EDITORIAL

■ CON LOS PIES EN LA TIERRA3

INSTITUCIONALES

■ *Un nuevo paso adelante*

EL FISAP CRECE EN COBERTURA Y BENEFICIOS..... 6

■ *El aporte del CMPC*

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: ESTRATEGIA PROVINCIAL.....10

■ *Entrevista a Claudia Madies*

CÓMO REGULAR EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

EN EL ACTO MÉDICO 12

INFORME ESPECIAL

■ FÚTBOL, PASIÓN, MUNDIAL Y SALUD 16

■ *El otro tema para tener en cuenta*

APUESTAS POR CELULAR: EL MUNDIAL PASÓ,

EL PROBLEMA QUEDA..... 20

DE INTERÉS MÉDICO

■ *Un ateneo clave*

¿POR QUÉ ELEGIR TERAPIAS REGULADAS EN LA MENOPAUSIA?24

CULTURA

■ *LAS VACUNAS SALVAN VIDAS*

EL CONSEJO DE MÉDICOS LANZA EL CONCURSO DE IDENTIDAD

VISUAL PARA LA CAMPAÑA "AGOSTO, MES DE LA VACUNACIÓN" 32

NUESTRA PORTADA

Elegimos para nuestra tapa la imagen y la letra de la canción de María Elena Walsh sobre las vacunas, dirigida especialmente al público infantil con motivo del Certamen para elegir el logo de la Campaña "AGOSTO, MES DE LA VACUNACIÓN", lanzada por nuestro Consejo.



EL FISAP CRECE EN COBERTURA Y BENEFICIOS



EL LANZAMIENTO DE NUEVOS BENEFICIOS PARA LOS AFILIADOS NOS INSPIRÓ A HACER ESTA ENTREVISTA AL DR. ANDRÉS DE LEÓN, PARA REPASAR LA EVOLUCIÓN DE UNA EXPERIENCIA EXITOSA EN LA PROTECCIÓN Y AYUDA DE LOS COLEGAS.

El Consejo de Médicos, a través del Fideicomiso Solidario de Ayuda Profesional (FISAP) ha incorporado un nuevo beneficio para los matriculados. Se trata de un descuento especial en la contratación de seguros para la vivienda y para vehículos: del 20% en el caso de estar sólo matriculado en el CMPC y del 40% para quienes, además, están adheridos al FISAP.

Esta nueva oportunidad alienta a hacer un repaso en la historia del Fideicomiso Solidario, en la que el Consejo incorporó un seguro contra los denuncias de mala praxis y que fue creciendo al servicio de los matriculados.

Para ello, ETHICA Digital habló con su fiduciario, el Dr. Andrés De León, quien también fue presidente de nuestra entidad.

INSTITUCIONALES

¿Cómo fue la génesis del FISAP?

Comenzó en 1998, cuando hubo un aumento progresivo de la demanda contra los médicos; yo no diría una industria del juicio, pero sí una ola de presentaciones. Ante esa situación, el Consejo decidió crear un sistema solidario para protegerse, en el cual todos los que aportan ayudan solidariamente a que, en el momento en que alguien esté demandando, pueda afrontar los costos de esa demanda.

Ese sistema fue creciendo en número de médicos afiliados y en calidad de atención de los juicios, que constituían el objeto de la creación del sistema; por lo tanto, económicamente fue siendo más redituable, porque no erogaba mucha cantidad de dinero y tenía capacidad de ahorro. Fue muy bien administrado, lo cual le permitió crecer. Y en 2005, aproximadamente, se decidió que se constituyera como un seguro, con todas las normas asociadas, ya que muchas entidades, instituciones, como las obras sociales o las prepagas, exigían que fuera una póliza de seguro.

El Consejo contrató un seguro con una empresa de larga trayectoria y decidió ampliar su acción y no ser solo de resguardo de praxis médica. Con la gestión del Doctor Rubén Ángel Spizzirri, del Doctor Héctor Oviedo y yo, cuando estaba en la Junta, decidimos crear un fondo fiduciario. Y ahí es donde nace el Fisap, que es el Fideicomiso Solidario de Ayuda Profesional, que empieza a dar beneficios a los médicos matriculados afiliados.

El monto de cobertura que ofrece es mucho mayor que el de cualquier compañía, además de ser más eficiente, porque cubre la atención jurídica, tanto civil como penalmente. Asimismo, es más abarcativo, porque incluye a jefes de servicios, jefes de departamentos, jefes de área, directores médicos, médicos que trabajan en investigación, para no dejar a nadie desprotegido. Al ser muchos, logramos precios muy convenientes. Entonces, tenemos el precio más bajo del mercado, con la mayor cobertura, con mejores beneficios que las compañías de seguro.



CM PCI Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

FISAP FIDEICOMISO SOLIDARIO DE AYUDA PROFESIONAL

¡Más beneficios, menos costos!

SI ESTÁS MATRICULADO	SI ESTÁS ADHERIDO AL FISAP
HASTA 20% OFF	HASTA 40% OFF
EN TU SEGURO DE AUTO Y HOGAR	

MADERO ASESORES DE SEGUROS **351-7592900 - AV. RAFAEL NÚÑEZ 3828**

SEGUROS SUMANDO BENEFICIOS PARA NUESTROS MATRICULADOS

De alguna forma, los médicos asumieron así un rol empresario, pero con una sensibilidad diferente con respecto a la cobertura de los colegas.

Sí, hay un fin de lucro, pero solidario. Entonces, uno contrata un seguro más barato, está logrando un beneficio económico y, a su vez, favoreciendo al colectivo. Es sano y eso nos permite dar múltiples beneficios, ya que hubo una buena administración, con un equipo de profesionales especializados que asesora permanentemente, para minimizar los riesgos cambiarios, inflacionarios, etc., para poder actuar en función del largo plazo.

Un médico pasa 40 años trabajando y, por este sistema solidario, cuando se va, si decide no trabajar más, se lleva un beneficio por aportante cumplidor. Alcanza a los médicos que han pasado su periodo de trabajo sin ser deudores y sin usar el sistema de defensa ante una mala praxis. Ese es uno de los tantos beneficios.

También hemos incluido otros servicios para médicos jóvenes; tenemos subsidios por maternidad y adopción; por uniones conyugales, tanto matrimonios como uniones civiles, y subsidios por discapacidad transitoria, ya que hay médicos que no están en relación de dependencia y cuando no pueden trabajar por un problema de salud, no tienen ingresos; entre otros.

Durante la pandemia de COVID 19, por ejemplo, se creó una cobertura especial para los médicos que transitaban la enfermedad. Trabajar en grupo, solidariamente, nos permite que, al tener muy buenas relaciones con las compañías de seguros, al ser muchos los asegurados, somos buenos clientes, pagamos puntualmente, administramos bien, etc. Les interesa ofrecernos otros seguros, personales, para cada uno de los profesionales, a título individual, como los de vivienda, vehículo, etc., a precios sumamente competitivos. De ahí surge el último que hemos incorporado: los afiliados obtienen este beneficio al acercarse directamente a estas compañías.

¿Cree que hay que sacar una lección de la experiencia de Fisap? Por ejemplo, que es importante involucrarse, participar.

Yo creo que el fortalecimiento del Consejos de Médicos y de este sistema es fruto de involucrarse y no pensar que otros harán las cosas por nosotros. Tenemos las puertas

abiertas a todos quienes propongan cosas. Esto es el compromiso de participar. Muchas veces he oído críticas, con dudas sobre qué ofrece el Consejo a los matriculados para mejorar su situación. La entidad no tiene esa función, pero lo que puede hacer para beneficiar puntualmente a los médicos lo hace a través de este sistema. No es la función del Consejo dar un subsidio, pero sí lo es de este ente, que está administrado independientemente y que tiene los fondos para poder afrontar los subsidios. Esta es la forma, involucrarse, pensar a futuro, pensar en cómo se puede administrar mejor, y participar, no quedarse en la crítica.

¿La experiencia de Fisap es única en el país?

Hay varios consejos y colegios en el país que comenzaron a incorporar este sistema de ayuda profesional con respecto a la mala praxis. Muchos de ellos también son exitosos en brindar otro tipo de apoyo, como servicio de salud mental como complemento a la cobertura por mala praxis. Otros han puesto mucho énfasis en la capacitación. Pero somos el único que tiene un sistema de beneficios adicionales. Además, nosotros brindamos el asesoramiento y el apoyo legal con un equipo de profesionales, abogados y médicos, especialistas, correspondientes a distintas jurisdicciones en los que tenemos cobertura, que tienen una experiencia agregada. Y eso se ve en los resultados.

¿Cuál es el objetivo a largo plazo?

Hemos crecido en número de afiliados y eso se dio, en buena medida, por el denominado “de boca en boca”. La idea es cubrir al 100% de los médicos de Córdoba, actualmente llegamos al 70%. También hemos extendido el servicio a otras provincias, como el Consejo de Médicos de Santa Cruz y el de La Rioja. A través del Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas, nosotros compartimos la experiencia y, antes de crear un sistema desde cero, muchos ven la ventaja de asociarse a quienes ya tienen la experiencia y los fondos.

*Somos mucho más
que un seguro*

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: ESTRATEGIA PROVINCIAL

EN PLENO PERIODO DE MAYOR CIRCULACIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS, ES BUENO REPASAR LAS ACCIONES QUE SE ESTÁN LLEVANDO A CABO CON FINES DE PREVENCIÓN DESDE LA CARTERA SANITARIA PROVINCIAL.

Las medidas comenzaron a fines del año pasado y contaron con la colaboración activa del Consejo. Nuestra entidad participó de una mesa de expertos convocada por el Ministerio de Salud provincial para el seguimiento y prevención del virus Influenza H3N2 variante K, en el marco de la elaboración del plan de adecuación sanitaria para la temporada de enfermedades respiratorias 2026.

El comité se reunió en diciembre y fue coordinado por autoridades de la Secretaría de Medicina Preventiva y Vinculación Territorial, y conformado por especialistas en infectología y epidemiología y referentes de la provincia. Desde el CMPC, asistieron el presidente, Dr. Héctor Oviedo, y la vocal de Junta Directiva, Dra. Eugenia Peisino.

El objetivo del espacio fue analizar y monitorear la evolución de la variante K del virus H3N2 para definir un plan de acción que permitiera anticipar escenarios epidemiológicos y fortalecer la respuesta del sistema de salud durante la temporada invernal.

En el encuentro, se remarcó la importancia de completar los esquemas de vacunación, especialmente de la antigripal, y de mantener medidas de higiene como las principales herramientas para reducir el impacto de la circulación viral.

Virus sincicial

La mira de la Provincia también está puesta en el virus sincicial respiratorio, causante de la bronquiolitis y responsable de buena parte de las internaciones pediátricas durante los meses de invierno.

En ese marco, se resolvió la incorporación gratuita de Nirsevimab, un anticuerpo monoclonal de última generación destinado a prevenir el mencionado virus, que será destinado a niños de hasta seis meses cuyas madres no hubieran sido vacunadas entre las semanas 32 y 36 de embarazo.

La Provincia adquirió 9.848 dosis del anticuerpo, con una inversión que rondó los 4.500 millones de pesos y los niños nacidos en 2026 que sean elegibles podrán acceder a la inmunización en la red de vacunatorios de la Provincia.

El Virus Sincicial Respiratorio constituye la principal causa de infecciones respiratorias agudas en Argentina y la causa más frecuente de hospitalizaciones por bronquiolitis en menores de un año.

Asimismo, explica un tercio de las muertes de recién nacidos. Históricamente, su pico de circulación se da entre abril y septiembre, durante otoño e invierno. No obstante, en las últimas temporadas ha presentado una estacionalidad adelantada de hasta seis semanas.

Conociendo al enemigo

Se le llama "virus asesino" porque es capaz de matar a bebés de pocos meses de nacidos. Entérese de cómo se transmite y, sobre todo, de cómo se previene.

1 Mecanismo de contagio

A través de las gotitas de saliva de una persona infectada que estornuda o tose, y deja el virus sobre objetos o personas. Este ingresa al organismo por las vías respiratorias.



CUÁNDO ACUDIR AL MÉDICO

Si el bebé está resfriado y:

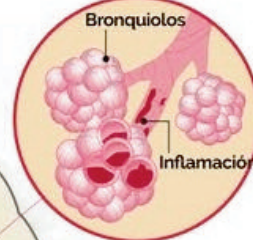
- a** Pierde las ganas de jugar.
- b** No ha querido comer durante más de 6 horas.
- c** Respira rápido y con sibilancias.
- d** Tiene morado alrededor de boca o uñas.
- e** Está muy irritable.
- f** Tiene fiebre persistente de más de 39 grados.

De 4 a 6 días

DESPUÉS DE CONTACTO CON EL VIRUS APARECEN LOS SÍNTOMAS

2 Ataque al organismo

En bebés de meses, los bronquiolos se inflaman y se obstruyen y causan dificultad respiratoria severa.



IMPIDA EL CONTACTO CON NIÑOS Y ADULTOS ENFERMOS. ESTE ES UN VIRUS MUY CONTAGIOSO QUE PUEDE PERMANECER VIVO EN EL AMBIENTE DURANTE 6 HORAS.

PREVENCIÓN

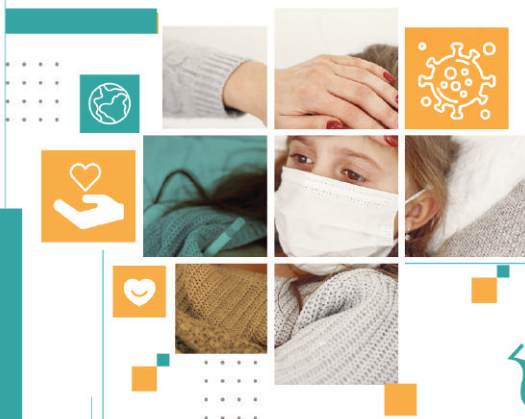
Medidas de higiene básicas



FUENTE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS WILLIAM SÁNCHEZ, IRENE RODRÍGUEZ Y ÁNGELA ÁVALOS/ INFOGRAFÍA/ LA NACIÓN

INFLUENZA

LAS VACUNAS NO SON CAUSANTES DE LA INFLUENZA, SON SEGURAS.



SÍNTOMAS

- FIEBRE ■ TOS SECA ■ DOLOR DE GARGANTA Y CABEZA
- ESCALOFRÍOS ■ OJOS IRRITADOS ■ DOLORES MUSCULARES

VACUNACIÓN

¿QUIÉNES DEBEN VACUNARSE?

- Todos los niños/as de entre 6 y 24 meses
- Embarazadas en cualquier trimestre
- Puerperas hasta 10 días después del parto
- Mayores de 65 años
- Personas de 2 a 64 años con factor de riesgo
- Personal estratégico
- Personal de Salud

Al ser vacunas del calendario oficial de vacunación, son **gratuitas y de carácter obligatorio para los grupos mencionados o población de riesgo**. Estas vacunas se encuentran disponibles en los centros de vacunación públicos y privados.

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.cmpc.org.ar



CÓMO REGULAR EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL ACTO MÉDICO

DIÁLOGO
CON LA EXPERTA EN DERECHO SANITARIO,
BIODERECHO Y SISTEMAS DE SALUD.



La irrupción de la inteligencia artificial y las nuevas tecnologías en las áreas de salud plantea nuevos desafíos para profesionales y pacientes. En este contexto, la regulación del uso de estas herramientas se vuelve un debate cada vez más urgente.

Ethica dialogó sobre el tema con la Dra. Claudia Viviana Madies, quien es abogada; especializada en Derecho Sanitario, Bioderecho y Sistemas de Salud; magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social por la Universidad ISALUD, y en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona. Actualmente, trabaja junto al Consejo en una propuesta para regular el uso de la inteligencia artificial en la actividad médica.

En este diálogo, analiza los desafíos que plantea la incorporación de la IA al sistema de salud y la necesidad de establecer reglas claras sobre la responsabilidad de los distintos actores que intervienen en el ecosistema digital.

¿A quién corresponde la gobernanza en salud en el entorno digital?

El ejercicio profesional, dentro del ecosistema de entornos digitales, con la irrupción de la IA y las nuevas tecnologías, pasa de ser una relación bilateral a un acto mucho más complejo, donde intervienen múltiples actores, como el desarrollador o los administradores de las plataformas, así como profesionales independientes, como los ingenieros, que toman decisiones y definen algoritmos que no son determinados por los profesionales de la salud. Entonces, no sólo se complejiza esa relación, sino que se genera una caja negra, que es todo aquello que no se ve sobre estos desarrollos tecnológicos. En el sector salud, los profesionales quedan, junto con los pacientes, bastante vulnerables, porque no saben cuáles son los criterios por los cuales se hacen estos desarrollos.

Los profesionales de la salud, en especial los médicos, firman y asumen responsabilidades muy directas. En cambio, el paciente está muy ajeno a todo este proceso. El sector salud puede tener alguna gobernabilidad cuando contrata una plataforma, si la quiere usar, pero todavía no hay suficiente divulgación del riesgo al que se exponen los profesionales y los pacientes con estos desarrollos y hace falta una regulación para prevenirlos. Tiene que haber un sistema, dentro de ese ecosistema, que defina los mecanismos para prevenir esos desvíos. Para eso hace falta regulación. En el sector bancario, por ejemplo, uno viaja a cualquier país y puede hacer extracciones, pagar y, en general, acceder a sus datos. Eso no pasa en salud. No nos llevamos nuestros datos a otro país y no tenemos definidas cuáles son las responsabilidades.

Los principales interesados en avanzar con este tema son los profesionales de la salud, que son tan vulnerables como los pacientes, porque para el paciente la responsabilidad la asume su médico. El paciente no entiende que atrás hay otros desarrollos en los cuales el profesional no es responsable. Ese deslinde de responsabilidades hay que atenderlo para que todos estén protegidos y para que los desarrolladores, ingenieros, financiadores y administradores de esas plataformas también asuman las responsabilidades que les caben en la gestión de salud. Otro tema que muestra la fragilidad de los sistemas son los hackeos, por ejemplo, recientemente, se dio esta situación con los laboratorios de análisis clínicos. La gente no podía acceder a sus estudios clínicos previos porque estaban hackeados los sistemas.

¿Quiénes hackean los sistemas?

Ciberdelincuentes.

¿Para extorsionar a los dueños de los laboratorios?

Sí. Como la atención sanitaria es un continuo, la gente se queda sin la herramienta para su prestación médica, con lo cual el daño es inmediato. No es sólo el uso del dato, es la falta de acceso, porque se paran todos los sistemas y uno no puede disponer de sus antecedentes. Este accionar delictivo tendría que estar tipificado claramente, con agravantes. Salud necesita trabajar estos temas en profundidad y rápido.

¿La ley de protección de datos personales no alcanza?

No, porque la ley de protección de datos personales es siempre dentro del marco lícito. Es decir, pauta cómo se ceden y cómo se autoriza el uso de datos, pero estamos hablando ya de un delito que requiere una ley penal más dura para estos casos. La ley de protección de datos habla de que los datos de salud son sensibles, pero una regulación general no alcanza. Hace falta ser más específico y también generar mecanismos para que la gente pueda disponer de esa información. Y cuando uno administra plataformas también. ¿Cuáles son los seguros en esas plataformas para tener la ciberseguridad necesaria? Recién ahora se empieza a hablar de eso.

Hay quienes dicen que nunca hay que ser ni el primero ni el último. Y algunos se preguntan, ¿no es demasiado pronto para regular el uso de la inteligencia artificial en el acto médico, teniendo en cuenta que esto avanza y la aceleración tecnológica es feroz?

Lo que pasa es que ya es tarde, no es que es muy pronto. Tenemos metida la inteligencia artificial en nuestras casas, en nuestros teléfonos. Nuestros hijos le preguntan a la IA cómo se trata una enfermedad. Nosotros somos capaces de cometer esa imprudencia sin estar seguros de que atrás hay un médico o una plataforma debidamente controlada. Como pacientes, podemos pecar de consultar a la IA y validar lo que dice sin que haya un profesional atrás. Hay que explicar los riesgos que corren a los profesionales y a los pacientes que operan con la IA. Los riesgos en el mundo están más o menos analizados. Hay directrices, hay normas que se empiezan a establecer en Europa, hasta el Papa acaba de sacar un documento vinculado a la IA. Ya tenemos algunos parámetros de lo que es aceptable y lo que no al operar con IA. Tenemos que empezar a conocer e involucrarnos más. Cuando bajamos una aplicación, firmamos siempre un consentimiento. A lo mejor estamos usando tecnología, como WhatsApp, para consultar a nuestro médico, y con él no firmamos nada. Los consentimientos son larguísimos, la letra pequeña es complicada de comprender, pero en salud hay que entender lo que a uno se obliga. No solo hay que firmar un consentimiento para ser atendido, sino que hay que firmar si el médico o si un servicio de salud va a usar IA. Hay que entender cuáles

son los riesgos que uno asume, quién es la autoridad que va a tomar medidas si se genera un perjuicio. El médico debe entender hasta dónde llega su responsabilidad y hasta dónde es responsable el que desarrolló los algoritmos del mecanismo que está usando, porque se complejiza el acto médico. Ya no es de a dos, hay otros actores y hace falta que eso se trabaje. Hay poca claridad sobre esas responsabilidades y el profesional se torna vulnerable. Todo esto hay que controlarlo más de cerca para que el sistema sea equitativo, justo, transparente y dé garantías, todo en un marco de calidad y seguridad al paciente. Hace falta abordar este tema que involucra actores que son ajenos al sector salud, que provienen del sector tecnológico.

Teniendo en cuenta la intervención de actores internacionales, ¿quién tiene jurisdicción sobre la actuación de esos actores?

Hay un debate internacional sobre la soberanía del dato digital. Hay quienes dicen que un ciudadano tiene que ser dueño de todos sus datos y que todos los sectores tienen que reportar a esa persona y seguirla donde vaya. Es decir, tendríamos una nube propia. Estamos lejos de que esto funcione así, como sucede en el sistema bancario. Pero en salud todavía no llegamos a ese nivel de consenso.

Estamos recién pensando en qué sistemas van a soportar que se administren estos datos. En ese marco hay que tener claro que el dueño de los datos es el paciente. Nuestra legislación ya dice eso cuando habla de historia clínica digital. En paralelo, hay que generar los mecanismos de interoperabilidad dentro del sistema que den garantía a todos los usuarios. Eso requiere desarrollos tecnológicos regulatorios y consensos que no están totalmente definidos. Ese proceso es relativamente lento en relación con el

avance de la tecnología, que va ocupando espacios sin la regulación. Se va generando una suerte de validación ante ese silencio. Es muy importante que los profesionales de la salud asuman un liderazgo en esto, porque son los que están corriendo el mayor riesgo junto con los pacientes.

El Consejo de Médicos ya está trabajando en esa línea. ¿Esto demuestra que hay un dejar hacer por parte del Estado?

Creo que todos los actores, siendo Argentina un país federal, hacen sus movimientos de acuerdo con los problemas que van detectando, que definen como prioritarios por alguna casuística. No todas las provincias avanzan igual, Nación avanzó en varias regulaciones como la receta digital o la historia clínica digital. Pero no es la regulación sola, es el sistema que soporta la regulación. Porque después tenés una regulación maravillosa, pero no el sistema de interoperabilidad o la carga de los algoritmos adecuados. Lo que hay que desarrollar es exigente y se necesita de todos. Hay sociedades que avanzaron más rápido. No es que estamos tan atrasados, sino que nos faltan los consensos. Identificar el problema, diagnosticarlo adecuadamente y generar una agenda concertada para resolverlo. La salud pública es un elemento muy importante y hace falta que el Estado esté presente. Pero no solo es un problema de Estado, en esto nos tenemos que involucrar todos. Es importante que tomemos conciencia de los riesgos que corremos si no lo hacemos. Todos. Los usuarios, los pacientes y los profesionales de la salud en primer lugar, porque son los que tienen la información. Sobre todo, el médico cuando prescribe si no cuida los recursos, y es su responsabilidad, esos se van a otro lado. El profesional de la salud tiene un importante rol en esto.

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

Somos mucho más que un seguro

Porque acompañamos hace

25 AÑOS
a todos los colegas





FÚTBOL, PASIÓN, MUNDIAL Y SALUD

EN JULIO, LOS ARGENTINOS HEMOS VIVIDO CON INTENSIDAD EL MUNDIAL DE FÚTBOL, HEMOS GANADO LAS CALLES Y LAS PLAZAS PARA ACOMPAÑAR A UN EQUIPO QUE DESPERTÓ A UN PUEBLO ADORMECIDO, COMO ANESTESIADO POR SU REALIDAD ADVERSA. SU UNIDAD, EL DESBORDADO APOYO A SUS JUGADORES, NO SE APAGÓ CON LA DERROTA EN LA FINAL CON ESPAÑA. UNA PÁGINA HISTÓRICA QUE FUE MÁS ALLÁ DEL FÚTBOL, QUE FUE PASIÓN, QUE NOS DEBORDÓ Y QUE NOS INVITÓ A MIRARLO SIN PREJUICIO TAMBIÉN DESDE LA SALUD. ETHICA DIGITAL LO INTENTA A TRAVÉS DE DOS ENFOQUES.

Pasión y Salud

Que el fútbol es pasión, nadie puede negarlo. En este mundial lo vivieron como un despertar de la anomia y lo convirtieron en un hecho histórico que mezcló la seguridad de su arquero Martínez, la gambeta y la puntería de un Messi endiabrado, la fuerza defensora y sus escapadas al arco contrario del Cuti Romero y la entrega de todo el plantel, que recuperaba por momentos la alegría, la fantasía y la osadía del juego como respuesta a los que lo convirtieron en uno de los negocios más lucrativos del mundo, como denuncia Eduardo Galeano.

Pero no sólo eso, sino como equipo unido, plantado, con gestos claros de relación con la sociedad, expresándolo con fuerza cuando la FIFA y las autoridades argentinas en el partido con los ingleses prohibieron el uso del “mapita de las Malvinas”, como manifestó una funcionaria y con parte de una sábana del hotel donde se alojaban, escribiendo con aerosol negro, simplemente la frase “Las Malvinas son Argentinas”, sumada a las declaraciones públicas del Capitán haciendo mención a la pobreza, a los

desocupados, a los jubilados, a los discapacitados. Es decir un fútbol inserto en una realidad más amplia, en conexión con una sociedad que apoyaba a su equipo. Muchos pensaban, como el que escribe, que era una carga más a los jugadores, en su partido con los ingleses, que agregaba además de jugar y ganar, una función de soldados contra los invasores, en la memoria. Nada de eso pasó, sólo un apoyo para desbordarte a un equipo excepcional.

No es un hecho inédito. En la historia del fútbol, se recuerda que el club Argentinos Juniors nació llamándose Mártires de Chicago, en homenaje a los obreros anarquistas ahorcados un primero de mayo, y fue precisamente un primero de mayo el día elegido para dar nacimiento al club Chacarita, bautizado en una biblioteca anarquista de Buenos Aires. En aquellos primeros años del siglo, no faltaron intelectuales de izquierda que celebraron al fútbol en lugar de repudiarlo como anestesia de la conciencia. Entre ellos, el marxista italiano Antonio Gramsci, que elogió «este reino de la lealtad humana ejercida al aire libre».

La otra cara de la pasión

Sí, la otra cara, es desde la salud. La periodista Natalia Lazzarini de La Voz del Interior y Premio Bergoglio de nuestro Consejo, nos informa, en la edición del 17 de julio, que horas después de los encuentros, el Hospital Córdoba, centro de referencia, asistió a nueve infartados, muy por encima del promedio diario. En el Hospital de Clínicas, según el Dr. Otoniel Hormaeche, sucedía otro tanto.

La nota de Lazzarini comienza con dichos de un periodista deportivo, durante una de las transmisiones: “Si no se sufre, no cuenta” y agrega que casi como un estigma que muchos argentinos internalizamos este latiguillo cada vez que jugó nuestra selección en este mundial de fútbol. Pero por más que evitemos ponernos ansiosos, muchos eventos cardiovasculares suceden en Córdoba, como en el resto del país.

Profesionales del Hospital Córdoba advirtieron un incremento en las atenciones de los pacientes que llegan por infartos durante los partidos de la selección. El centro público de la Capital provincial atendió nueve pacientes. Y precisa: fueron seis pacientes en las seis horas posteriores a la larguísima contienda con Suecia y tres en las tres horas posteriores al partido con Inglaterra. Esto equivale a un infarto por hora.

La cifra se encuentra por encima del promedio habitual. “Durante una jornada normal, podemos recibir dos pacientes infartados en 24 horas. A veces atentemos solo uno. Otros días a ninguno”, explicó el Dr. Rodolfo Sarjanovich, jefe de la Unidad Coronaria.

Como antecedente cita a la Revista The New England Journal que comprobó un aumento de infartos durante el Mundial de Fútbol que se disputó en Alemania en 2006.

Los diarios nacionales dan cuenta que “mientras miles de personas concentraban en el Obelisco y sus inmediaciones, el SAME debió atender una serie de emergencias. El episodio más grave fue la caída de un hombre de 47 desde unos cuatro metros en Lavalle y Avenida 9 de Julio, que le provocó una luxofractura en el pie izquierdo y motivó su traslado de urgencia.

También reportaron casos de intoxicación alcohólica, traumatismos y heridas cortantes. Un hombre de 26 sufrió bradicardia e hipotensión luego de consumir alcohol y otro joven de 23 rechazó la asistencia médica pese a su estado. Hubo lesiones por peleas y caídas, como la de una mujer de 34 que necesitó curaciones por excoriaciones en Cerrito y un hombre con heridas en mano y cuero cabelludo por una botella.

El SAME también asistió a una mujer de 44 con ataque de pánico, que fue derivada al Hospital Ramos Mejía, y a pacientes con crisis asmáticas y nerviosas. En Plaza Inmigrantes de Armenia, tres hombres fueron atendidos tras una pelea, aunque no requirieron traslado.

No es la primera vez que un partido de la Selección argentina termina con emergencias de este tipo. Hace una semana, durante el cruce ante Suiza por cuartos de final, el SAME informó la muerte de un hombre de 51 años por infarto y otras seis emergencias cardíacas en la Ciudad.

En esa oportunidad, el organismo a cargo de Alberto Crescenti asistió a siete personas con cuadros cardiovasculares: dolor precordial, lipotimias, dificultad respiratoria y un evento coronario fatal. Cuatro de los pacientes eran hombres y tres mujeres, todos adultos. (Informe Luis Rodeiro)

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, contruidos 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.



Arancel Mínimo de Carácter Ético

Una cuestión de dignidad

Nuevos valores para los honorarios médicos,
rigen a partir del 1° de Mayo del 2026

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 COMPL.	\$543.000,00
GUARDIA MÉDICA 24HS. ESPECIALISTA ALTA COMPL.	\$626.000,00

Defiéndalo con unidad, solidaridad y organización



APUESTAS POR CELULAR: EL MUNDIAL PASÓ, EL PROBLEMA QUEDA

EL ENCUENTRO DEPORTIVO INTERNACIONAL FUE EL PRIMERO QUE REVELÓ LA EXPLOSIÓN DE LAS APUESTAS ON LINE. LA ADICCIÓN ASOCIADA ES UNA ENFERMEDAD Y PUEDE ACOMPAÑAR TAMBIÉN A OTRAS PATOLOGÍAS, COMO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. CÓMO DETECTARLO Y AYUDAR.

La Copa Mundial de Fútbol de 2026 pasó y dejó un sabor agri dulce para los argentinos, pero el resultado de la final no fue lo único que provocó pesar: ha sido, sin dudas, el evento en el que las apuestas deportivas explotaron en los teléfonos celulares de los más jóvenes, dejando una inquietante sensación de que la euforia y la pérdida de control pueden ir de la mano.

El tema inspiró a los integrantes de la Comisión de Jóvenes Médicos del Consejo a realizar un oportuno conversatorio mientras todavía transcurría el campeonato. La charla, denominada “¿Pasión o adicción? Cuando el mundial se juega en el celular” y realizada bajo modalidad virtual, estuvo a cargo del médico psiquiatra Luciano Di Césare, quien cuenta con un posgrado en Neuropsiquiatría en la Universidad Favaloro.

El Dr. Di Césare reveló que dialogó con un paciente sobre la charla que iba a brindar en el Consejo, con el fin de compartir impresiones sobre el tema.

En primer lugar, aclaró que interviene un proceso adictivo, y brindó estadísticas sobre el crecimiento del fenómeno: el mercado de apuestas on line en Argentina creció más del 300% entre 2020 y 2024. “Se estima que más de 2 millones de personas apuestan regularmente en plataformas digitales, muchas de ellas ilegales o sin regulación adecuada”, afirmó.

Añadió que el grupo más vulnerable es el de los jóvenes de entre 16 y 30 años, nativos digitales, expuestos desde temprana edad a publicidad invasiva y mecánicas adictivas. Apuntó, asimismo, que hay más pacientes que han ingresado a apuestas ilegales que a legales.

Precisó que el 70% de los apostadores son jóvenes (de los nuevos usuarios, 7 de cada 10 tienen menos de 30 años) y el volumen anual del mercado estimado de apuestas on line en Argentina asciende a 1,2 millones de dólares.

De esto deriva una realidad inquietante: 1 de cada tres apostadores frecuentes presenta signos de conducta problemática.

El Dr. Di Césare fue taxativo: “No es un juego, es una enfermedad”. En ese sentido, describió que está contemplado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 11ª edición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una conducta adictiva.

“No requiere sustancias, el cerebro responde a las apuestas de la misma manera que a las drogas”, explicó. En ese sentido, afirmó que se observa tanto en las resonancias magnéticas como en la conducta del paciente.

Describió que todo comienza como promesa: “Al inicio, todo parece fácil. Pequeñas ganancias refuerzan la ilusión de control”. La persona –gráfico– considera que, al saber de deportes, puede ganarle al sistema. “La trampa ya está tendida”, resumió.

Lo cierto es que el sistema está diseñado de tal forma que el usuario siempre va a perder, por más que en el camino pueda tener episodios de pequeñas ganancias que actúan como recompensa.

La adicción se instala en el silencio, porque no hay nada que lo haga visible: no hay agujas, no hay pastillas, no se ve desde afuera. “Pero por dentro –insistió–, la persona ya no puede parar. Cada apuesta perdida genera la necesidad urgente de apostar de nuevo para recuperar”. En referencia a ello, contó que tuvo un paciente que había apostado el dinero destinado a celebrar el cumpleaños de 15 de su hija y que también hay ejemplos de que se apuestan fondos para vacaciones familiares o, incluso, el monto ahorrado para la compra de una propiedad. Al perder, el apostador vuelve a jugar con el fin de recuperar el dinero, lo cual complica aún más su situación. Entonces, se necesitan apuestas más grandes para sentir lo mismo. El control desaparece; lo que comenzó como entretenimiento se convierte en compulsión”, señaló.

Di Césare recordó que las apuestas son múltiples: pueden ser sobre el resultado del partido, pero también en la cantidad de goles, corners, tiros libres, penales, etc.

En el cerebro actúa la dopamina, una hormona involucrada en el circuito de recompensa. “Cada apuesta activa el sistema mesolímbico, liberando dopamina, el mismo neurotransmisor involucrado en la adicción a las drogas. El problema es que el cerebro aprende a anticipar la recompensa incluso antes de que ocurra”, subrayó.

Por otra parte, hay una inmediatez, relacionada con lo digital, que acelera este circuito. “Los chicos quieren ser millonarios ya. No hay espera, no hay esfuerzo visible. Sólo un click y la adrenalina del resultado. Entonces, el cerebro adicto ya no distingue entre el placer de ganar y la urgencia de apostar. Ambas sensaciones se fusionan en una sola compulsión”, expresó.

Precisó que, gracias a los avances científicos, se sabe actualmente que la neocorteza frontal, que está involucrada en la planificación, en la interpretación, en la comunicación y en la introspección, entre otros aspectos, termina de desarrollarse entre los 25 y 30 años, por lo que el principal público de las apuestas digitales no tiene esa área del cerebro madura. A eso se suma la liberación dopaminérgica, involucrada en el circuito de recompensa, por lo que buscan resultados inmediatos.

“El psiquismo se ha acostumbrado a la situación de recompensa inmediata, lo cual genera ansiedad, depresión, trastornos de hiperactividad y desatención.

Estas ludopatías no solo se presentan dentro de lo adictivo, sino también como comorbilidades, se unen a otros trastornos. Es un combo peligroso, porque últimamente hemos visto tasas de suicidios que viene in crescendo en estos grupos etarios”, declaró Di Césare. Y añadió: “Estas charlas son claves para identificar situaciones problema”.

El factor “soberbia”

Una de las características más particulares de la ludopatía es el componente cognitivo: la creencia de que el conocimiento sobre deportes otorga una ventaja real. En ese sentido, la soberbia es una puerta de entrada. El apostador sobreestima su capacidad de predicción. Dicen o piensan cosas tales como: “¿Cómo no voy a saber yo quién gana este partido?”. “Esta soberbia es, paradójicamente, uno de los factores de riesgo”, indicó.

A eso se suma la ilusión de control: “A diferencia de otros juegos de azar, las apuestas deportivas parecen tener lógica. Eso hace que la persona invierta más, se justifique más y tarde más en pedir ayuda”.

Hay, además, un sesgo de confirmación, es decir, sólo se recuerdan las victorias y las pérdidas se atribuyen a la mala suerte. “Este patrón cognitivo refuerza la conducta y cierra el ciclo adictivo”, sumó.

A esa situación le sigue el aislamiento progresivo del paciente. La adicción al juego no solo ocupa tiempo: reemplaza la vida. El paciente empieza a reorganizar toda su existencia alrededor de las apuestas. Lo que se objetiva clínicamente es un retiro gradual de todo lo que no sea apostar.

En otras palabras, la persona deja de ir a lugares sociales, como cumpleaños, celebraciones, eventos familiares, porque “la apuesta siempre es más divertida” que cualquier otra actividad. Paulatinamente, también descuida trabajo y estudio. La concentración y la motivación se redirigen completamente; el rendimiento cae y los proyectos a largo plazo dejan de importar.

También se comienza a mentir de forma sistemática. Se oculta el tiempo que se dedica, el dinero que se pierde y las deudas que se acumulan. “La mentira se convierte en un recurso de supervivencia dentro de la adicción”, explica.

De esa manera, la problemática se instala en todos los aspectos de la vida. La adicción no respeta esferas: afecta lo económico, lo afectivo, lo laboral y lo espiritual.

Es muy fácil apostar, lo facilita todo el ecosistema del juego. Esto es, las barreras desaparecieron: ya no hace falta ir a un casino, ni tener dinero en efectivo y, en muchas plataformas ilegales, ni siquiera es necesario ser mayor de edad. Un celular, una billetera virtual y 30 segundos alcanzan para hacer la primera apuesta. A estos se suma la publicidad invasiva en redes sociales, a través de influencers o hasta en camisetas de fútbol. Y también hay bonos de bienvenida, diseñados para enganchar desde el primer depósito.

“Las plataformas utilizan técnicas de gamificación y psicología conductual para maximizar el tiempo de uso. Notificaciones ‘push’ (mensajes emergentes enviados desde un servidor a un dispositivo, incluso cuando la aplicación no está abierta ni el usuario está usando el teléfono), rachas de victorias artificiales y la sensación de ‘casi ganar’ están programadas deliberadamente”, describe Di Césare. Y añade: “El apostador no está jugando contra el azar: está jugando contra algoritmos diseñados por expertos para que siempre pierda más de lo que gana”.

A la hora del abordaje, hay un aspecto fundamental. “Lo digo en todas las consultas: una parte del tratamiento, una parte de la terapéutica, es la familia. Si no, no hay recuperación”, revela el especialista. “Sin el compromiso familiar, la recaída es inevitable”, agrega.

Hay una psicoeducación familiar. “La familia necesita entender que no es una cuestión de voluntad. Aprender a no encubrir, no rescatar económicamente y sostener sin contribuir a la conducta adictiva”, afirma.

El tratamiento, generalmente, es la terapia individual y grupal: la TCC (terapia cognitivo-conductual), grupos de autoayuda como “Jugadores Anónimos” y, en algunos casos, farmacoterapia para tratar la impulsividad subyacente.

Existe un proyecto en el Senado que contempla una herramienta concreta: el registro de autoexclusión. El paciente puede inscribirse voluntariamente para ser bloqueado de todas las plataformas reguladas y constituye un paso activo de protección.

El debate legislativo sobre las apuestas on line tomó forma de urgencia y hay dos iniciativas principales que marcan el camino hacia una regulación más protectora.

El proyecto del Ejecutivo, que está en el Senado, prevé el bloqueo de sitios de apuestas ilegales; prisión de tres a seis años para organizadores clandestinos; penalización a quienes provean servicios financieros o tecnológicos a operadores no autorizados, y un enfoque de represión de la oferta ilegal.

Por otro lado, en la Cámara de Diputados tiene media sanción una iniciativa que establece prohibición de publicidad de apuestas; verificación biométrica obligatoria para todos los apostadores; creación del Registro Nacional de Autoexclusión, y restricción del uso de tarjetas de crédito para apostar.

“Ambos proyectos deben ser aprobados y articulados para generar un marco regulatorio integral. La presión de la sociedad civil y la comunidad médica es fundamental para que esto avance”, opina Di Césare.

¡Cuándo pedir ayuda!

Es fundamental no esperar a tocar fondo, ya que la detección temprana salva proyectos de vida. “Médicos, psicólogos, docentes y familia tienen un rol activo en identificar señales antes de que la situación se vuelva irreversible”, enfatizó Di Césare.

Para ello, el entorno también puede identificar señales, las cuales pueden ser: irritabilidad, cambios de humor ligados a resultados deportivos, ocultamiento de gastos, deudas inexplicables y aislamiento social progresivo.

Las señales en el joven pueden ser también: uso excesivo del celular durante eventos deportivos, pedir dinero prestado con frecuencia, desinterés repentino por actividades que antes disfrutaba. Para quienes deciden intervenir, se puede consultar a servicios de salud mental públicos y privados, Jugadores Anónimos Argentina y el médico de cabecera es la primera puerta.

El mensaje central que deviene de lo conversado en el encuentro es que no se trata de un problema de falta de voluntad, sino que es una enfermedad y tiene tratamiento. Con la red de apoyo, hay recuperación. (Informe Alejandra Beresovsky).



¿POR QUÉ ELEGIR TERAPIAS REGULADAS EN LA MENOPAUSIA?

ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS PROPIOS DE ESTA ETAPA, Y QUE PUEDEN AFECTAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER, SE ABORDAN CON TERAPIA FARMACOLÓGICA. SIN EMBARGO, TAMBIÉN HAY COMPUESTOS “MAGISTRALES” QUE NO HAN PASADO POR EL CONTROL DE LOS ORGANISMOS OFICIALES. ES IMPORTANTE HACER HINCAPIÉ EN LA IMPORTANCIA DE LOS MEDICAMENTOS PROBADOS Y APROBADOS Y HACER UN SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE LUEGO DE LA INDICACIÓN. (ALEJANDRA BERESOVSKY).

El abordaje de la menopausia con terapias de reemplazo hormonal requiere ser visto desde una perspectiva de farmacovigilancia, en un contexto en el que abundan mitos, intrusismo, fake news y oferta de compuestos sin prospecto, también llamados “magistrales”, que no han pasado por los ensayos clínicos correspondientes. Es posible contribuir al bienestar de la mujer en esta etapa de la vida con medicamentos probados y no generar falsas expectativas sobre el mejoramiento de síntomas para los cuales todavía no hay propuestas farmacológicas.

Esos fueron algunos de los temas tratados en el Ateneo “Menopausia: de la prescripción a la precisión. Por qué elegir terapias hormonales reguladas”, organizado por el Consejo de Médicos en el marco del trabajo de la Red de Médicos en Farmacovigilancia y la Comisión de Educación Médica Continua.

En este espacio, expuso la **Dra. Lorena Bozza**, presidenta de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

(AMADA) y prosecretaria de la Asociación de Controversias en Obstetricia y Ginecología (AACOG), Magister en Anticoncepción, Especialista en Climaterio, e integrante del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano.

La **Dra. Claudia Guerrero**, impulsora y anfitriona del encuentro, explicó que el tema convocante es controvertido, debido a que existe un bombardeo de información a través de redes sociales, en un momento en el que la extensión de la expectativa de vida lleva a la población a buscar respuestas en los profesionales de la salud.

“Desde el Consejo de Médicos, queríamos dar un marco a esta situación y trabajar en pos de la seguridad del paciente, tratando de evitar posibles daños”, señaló la Dra. Guerrero, quien explicó que las reacciones adversas de los fármacos se pueden detectar a través del seguimiento de los tratamientos.

“Proponemos tener una farmacovigilancia activa, un seguimiento de nuestros pacientes. El punto tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones

Unidas habla de salud y bienestar y nos propone a nosotros, como profesionales, aumentar el número de notificaciones de reacciones adversas”, añadió.

La Dra. Bozza hizo referencia al nombre del ateneo y afirmó que la precisión es el norte, al tiempo que destacó que elegir terapias hormonales reguladas es clave en ello. “Nuestro objetivo no es discutir si usar o no una terapia hormonal de la menopausia, sino cómo usarla bien. Y acá hablamos de terapia basada en evidencia científica, individualizada, segura y, sobre todo, trazable”, agregó.

Afirmó que, en este contexto, el concepto de precisión está dado por la elección de la molécula, la dosis, la vía, el esquema, y la duración adecuados para cada mujer y –enfático– dentro del marco regulado, con calidad farmacéutica, con un prospecto, con control de seguridad y con farmacovigilancia.

Recordó que, actualmente, la menopausia volvió a estar “en agenda médica, en agenda periodística y en agenda de la comunidad”. Las cifras hablan por sí solas: a nivel mundial, más de 1.000 millones de mujeres hoy están atravesando el climaterio en el mundo y, sólo en Argentina, lo hacen cinco millones de mujeres. Si se tiene en cuenta que la edad promedio de menopausia en nuestro país es 51 años y que la expectativa de vida para la mujer es 83, la conclusión es que un tercio de la vida de cada mujer va a transitar en menopausia, lo cual hace necesario hablar del tema.

“Por supuesto, esto de estar en agenda empoderó a muchas mujeres, pero también generó confusión y polarización. Hay mucha información contradictoria y un auge de las terapias no validadas. Por otro lado, también existe una medicalización innecesaria en algunos casos, cuando sabemos que la menopausia es una etapa normal de la vida”, continuó.

En pos de una medicina de precisión, es preciso identificar síntomas, riesgos, ventanas de oportunidad, preferencias, antecedentes y, ante todo, establecer objetivos terapéuticos.

Historia de la terapia hormonal

La Dra. Bozza hizo referencia a las distintas etapas del uso de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) a lo largo

de la historia. Recordó que, en las décadas de 1960 a 1990, era considerado un estándar de feminidad, de prevención y de juventud, pero que el estudio WHI (sigla en inglés de “Iniciativa para la Salud de la Mujer”, un gran ensayo clínico de Estados Unidos que evaluó la TRH) arrojó conclusiones negativas, mencionando un aumento de riesgos para la salud.

Sin embargo, luego se consideró que hubo una sobreinterpretación de estos resultados, en gran medida porque las mujeres que participaron en los ensayos tenían una edad promedio de 63 años y muchas habían comenzado a usar la terapia más de diez años después de la posmenopausia. Además, habían utilizado estrógenos y progestágenos que actualmente no se utilizan.

“Pendulamos de un lado hacia el otro, por lo que la idea hoy es justamente reinterpretar estos riesgos para lograr esta medicina precisa y personalizada”, indicó.

En marzo de este año, la administración federal de alimentos y medicamentos de Estados Unidos (FDA por su sigla en inglés) eliminó los recuadros de riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer y demencia por el uso de esta terapia y se hizo hincapié justamente en la edad y el momento de inicio.

“Entonces, volvimos a hablar de esto que nosotros, los que hacemos climaterio desde hace muchos años, tenemos muy claro, que es la ventana de oportunidad”, enfatizó. Esa ventana de oportunidad –explicó– es el momento de prescripción de la TRH en el que los beneficios superarán los riesgos, que es, en general, en mujeres menores de 60 años con menos de diez años de menopausia.

La Dra. partió de la base de que el déficit estrogénico tiene un impacto multisistémico: en el sistema nervioso central a nivel de la termorregulación (por eso aparecen los sofocos), a nivel genitourinario (el síndrome genitourinario de la menopausia), a nivel de la libido (alteración en algunos casos), a nivel óseo (aumenta la resorción ósea) y a nivel cardiovascular (eleva los riesgos cardiovasculares).

“Ocho de cada 10 mujeres tendrán síntomas de la menopausia, pero un tercio de ellas tendrán un impacto real en la calidad de vida. Por eso es importante tener en cuenta cuáles son los síntomas de estas mujeres y cuáles son las estrategias terapéuticas que vamos a indicarles”, manifestó.



Dra. Lorena Bozza

Existen más de 30 síntomas en la determinación de la menopausia. Los más conocidos son los sofocos, pero también pueden aparecer insomnio, irritabilidad, cambios de humor, niebla mental, cambios en la libido y aumento de peso, entre otros. No todos los síntomas serán abordados de la misma manera.

Respecto de los sofocos, el 80% aparecen tanto en la peri como en la posmenopausia y tienen una duración promedio de 7,4 años. Además del impacto en la calidad de vida (a nivel emocional y social) y de interferir en la actividad laboral (porque muchas veces interrumpen el sueño nocturno y generan cansancio diurno), se asocian con resultados cardiovasculares adversos, debido a un aumento de la reactividad microvascular y a una función endotelial alterada.

Por otro lado, entre el 40% y el 60% de las mujeres pueden padecer niebla mental, alteración de la memoria y de la cognición (por fluctuaciones en el estradiol), lo cual también afecta la calidad de vida. Sin embargo, se conserva la función ejecutiva, la capacidad de planificación, de toma de decisiones y el rendimiento global.

Cabe tener presente que la terapia hormonal no está recomendada para mejorar esta sintomatología.

Respecto del aumento de peso –otro síntoma muy característico–, tiene que ver con la pérdida de masa muscular (el músculo consume más energía que la grasa) y con el cambio de hábitos; por otro lado, el estrógeno favorece el depósito de grasa a nivel abdominal, propio de este momento de la vida.

La terapia hormonal tampoco es la estrategia para abordar ese cambio, sino que caben recomendaciones sobre modificaciones del estilo de vida, control del estrés, sueño adecuado y alimentación equilibrada.

La precisión en la prescripción estará determinada por aspectos relacionados con el paciente y la estratificación de riesgos: por ejemplo, su riesgo vascular, su riesgo metabólico, su riesgo mamario, su riesgo trombótico y su riesgo endometrial.

Esto permitirá, en primer lugar, determinar si se puede indicar la terapia de reemplazo hormonal. Por otro lado, posibilitará determinar las vías, las dosis, el tipo de estrógeno, el tipo de gestágeno y, eventualmente, evaluar la

indicación o no de testosterona en algún momento. A la par, es fundamental reevaluar periódicamente a la paciente, registrar los efectos o los eventos adversos que podrían aparecer y, fundamentalmente, garantizar trazabilidad del producto utilizado.

La Dra. Bozza recalcó que el abordaje es integral, incluso o no terapia farmacológica. Asimismo, aclaró que, actualmente, en Argentina, están disponible múltiples opciones terapéuticas de tipo farmacológico para esta etapa, incluidos estradiol oral, percutáneo y transdérmico, así como gestágenos por vía oral y vaginal, y DIU con levonorgestrel para la protección endometrial. Además, es posible acceder a tibolona y testosterona. Advirtió, sin embargo, sobre que en el país ya no hay disponibilidad de parches de estradiol, alternativa que sí existe en otras partes del mundo. Aun así, se espera que próximamente vuelvan a integrar la oferta terapéutica local.

Hay diferentes vías de administración de estrógenos, pero cada una tiene pros y contras. En el caso de la vía oral, el mayor impacto se verifica en síntesis de proteínas hepáticas. Por lo tanto, el riesgo será el de factores de coagulación aumentados y mayor síntesis de SHBG (lo que puede reducir el deseo sexual).

La vía transdérmica o percutánea tiene menos impacto a nivel de síntesis de proteínas hepáticas, por lo que es menor el impacto en la libido y en la síntesis de factores de coagulación. Es por ello que es la opción recomendada para las mujeres en menopausia que tienen factores de riesgo cardiovascular, como tabaquismo o hipertensión.

Cuando la mujer tiene útero, se puede utilizar el gestágeno de oposición para la protección endometrial. Existen opciones de vía oral y vaginal, al tiempo que también está presente la alternativa de DIU de levonorgestrel de 52 mg para protección endometrial, el cual tiene cobertura social del 100% para anticoncepción (puede indicarse en el periodo de transición o perimenopausia).

Fuera de la zona de peligro

La FDA, explicó la Dra. Bozza, reemplazó la consideración de peligro de las terapias de reemplazo hormonal por la recomendación de individualizar a las pacientes en función de características como la edad, periodo transcurrido

en menopausia, riesgo basal (tanto cardiovascular como oncológico) y tipo de síntomas (ya que, como se dijo anteriormente, no todos requerirán terapia hormonal). “Es decir, lo que tenemos que lograr es una medicina personalizada”, resumió. “No me canso de recibir pacientes en el consultorio que la vienen a buscar como elixir de la juventud porque no quieren envejecer o porque quieren descender de peso y realmente no hay indicaciones, ni evidencia científica, que avale la utilización en esos casos”, ilustró.

Insistió en que lo que avala la evidencia es su uso para sofocos, tratamiento del síndrome génito-urinario de la menopausia y prevención de la pérdida de masa ósea y reducción de riesgo de fracturas, así como para la insuficiencia ovárica prematura (se indica terapia hormonal estrogénica local, como el promestrieno o el estriol a nivel local). En cambio, no debería utilizarse para la prevención de la enfermedad cardíaca, ni para el manejo de afecciones musculoesqueléticas, la osteoartritis, la sacralgia o el “hombro congelado”.

Respecto de la disminución del deseo sexual, surge el análisis de la testosterona para la mujer, el cual no está exento de controversia y debe conllevar indefectiblemente a una personalización para determinar no sólo si la mujer es candidata a usarlo, sino también de las dosis adecuadas.

El 40%, casi la mitad, de las mujeres de todo el mundo van a referir algún tipo de problema sexual en esta etapa, pero sólo el 12% va a estar asociado (una de cada diez) con malestar personal o interpersonal.

El principal problema es el deseo sexual hipoactivo, pero hay muchos factores que están en juego cuando se habla de sexualidad; no es solamente el factor endócrino – que es la deficiencia estrogénica o androgénica –, sino que hay aspectos biológicos, interpersonales, culturales, psicosociales. “No es solo una hormona el problema, la sexualidad no se puede implantar”, aclaró Bozza.

“Durante la peri y la posmenopausia hay una reducción significativa y progresiva del estrógeno, lo cual puede tener un impacto sexual”, aseveró. “El hipoestrogenismo en los tejidos vulvovaginales se puede traducir en sequedad vaginal, en ardor, en irritación, en disminución de la lubricación y vasocongestión reducida durante la excita-

ción; eso puede generar dolor, urgencia miccional, atrofia vulvovaginal, dispareunia y fragilidad tisular con laceraciones durante las relaciones sexuales, incluso hasta sangrado postcoital. El déficit androgénico en la mujer comienza a aparecer tanto en la peri como en la postmenopausia y puede repercutir en la sexualidad”, reforzó.

Sin embargo, insistió, la magnitud del rol del andrógeno no está del todo definida y es preciso tener presente que las disfunciones sexuales tienen un origen multifactorial, lo que requiere una historia clínica médica, que incorpore la historia sexual completa y el examen ginecológico. El abordaje –repitió– debe ser integral.

Eso conduce a la pregunta de cuándo indicar testosterona. La evidencia científica apunta que el tratamiento con testosterona debe indicarse en mujeres en posmenopausia que tienen diagnóstico de deseo sexual hipoactivo y cuya deficiencia androgénica haya sido confirmada clínicamente (y cuando otras causas hayan sido descartadas).

Para el diagnóstico, se precisan por lo menos tres síntomas en un periodo mínimo de seis meses, como malestar clínicamente significativo, ausencia de deseo (falta de interés en la actividad sexual, ausencia de pensamientos o fantasías sexuales, no receptividad a los intentos de la pareja); reducción del placer o excitación durante la actividad sexual, disminución de las sensaciones genitales o no genitales, y malestar emocional por lo anterior (si la paciente no tiene problemas con la ausencia de deseo, no es preciso el tratamiento).

Es necesario descartar que los síntomas mencionados anteriormente no se deban a otra causa, como la depresión o un síndrome de ansiedad. Es preciso aclarar que la evidencia científica no indica que se debe dosar testosterona para hacer un diagnóstico.

¿En qué otras circunstancias se puede evaluar la indicación de testosterona en la mujer? Actualmente, se debate su uso en una combinación con progestágeno y estrógeno (unión llamada PET, por las siglas). Bozza señaló que se esperan novedades en ese sentido en el próximo congreso de la International Menopause Society (IMS), que se realizará en Río de Janeiro.

Por lo pronto, no está indicada para la fatiga inexplicable, los trastornos del ánimo o la pérdida de masa muscular, como arrojan algunas versiones.

Sí, en cambio –insistió– hay consensos, como el de la Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio (AAPEC) para su uso en deseo sexual hipoactivo en mujeres menopáusicas. También contempla que se deben evitar las formulaciones magistrales (es decir, sin prospecto).

Cuando no esté disponible una preparación apropiada de testosterona, es razonable la prescripción off label de una formulación que está aprobada para los hombres, pero con dosis para las mujeres.

La dosis recomendada es la que se aproxima a las concentraciones fisiológicas de testosterona en mujeres premenopáusicas; en dicho caso ejerce un efecto beneficioso sobre la función sexual: aumenta el evento sexual satisfactorio, mejora los dominios de deseo, excitación, función orgásmica, placer y capacidad de respuesta sexual. No debe utilizarse en mujeres sin disfunción sexual con el objetivo de mejorar la performance o experimentación.

Los riesgos cardiovasculares, mamarios y metabólicos deben ser analizados y siempre utilizar dosis fisiológicas, evitando entonces las preparaciones magistrales”, enfatizó.

Actualmente, hay formulaciones en geles y cremas aprobadas para mujeres, pero sólo están disponibles en Australia (bajo el nombre AndroFeme), al tiempo que los parches transdérmicos nunca fueron aprobados por FDA.

A su vez hay geles y cremas que fueron aprobados para hombres, pero que por su preparación se pueden ajustar a la dosis para la mujer.

No están recomendados los pellets, llamados también “chips sexuales”, que son implantes subcutáneos en forma de pequeños cilindros sólidos que son similares a los granos de arroz que contienen la testosterona cristalina y que la van liberando de manera continua durante un periodo de entre tres y seis meses. Se conoce que tienen dosis supra fisiológicas y no se pueden retirar ante eventos adversos.

Un medicamento está formado por un excipiente y por un principio activo. El excipiente es el vehículo. El principio activo es la molécula, la sustancia, que va a hacer el efecto deseado. Cuando se posee un principio activo, se puede generar un medicamento regulado o un medicamento no regulado (o “fórmula magistral”). Es preciso entender que los medicamentos regulados y las formulaciones magistra-

les no son lo mismo, tienen diferentes controles y validaciones del producto final.

La testosterona se fabrica a partir de los fitoesteroides vegetales, de la diosgenina de soja o del ñame silvestre y luego se realiza la modificación química para obtener la molécula bioidéntica. Con la misma testosterona se puede generar un medicamento regulado o uno no regulado.

El ingrediente farmacéutico activo (API) se desarrollan en centros industriales especializados en síntesis química y biotecnológica bajo normas internacionales muy estrictas, controlados regularmente por agencias reguladoras como la FDA o la ANMAT, para que cumplan con estándares de pureza, de potencia, de trazabilidad y de seguridad.

Las hormonas reguladas tuvieron que pasar por estudios de ensayos clínicos en sus distintas fases para verificar su eficacia, en orden a la evidencia de seguridad, farmacocinética, estabilidad y bioequivalencia.

Las hormonas bioidénticas reguladas tienen aval científico, tienen controles de calidad, tienen evidencia clínica de eficacia y seguridad. Además, tienen cobertura de obra social, algo que no sucede con las formulaciones magistrales.

Los pellets de testosterona, subcutáneos, son preparaciones magistrales compuestas que varían en la pureza, en la dosis y en la velocidad de liberación. No pueden considerarse bioequivalentes ni intercambiables entre sí o con otras formas, como por ejemplo con los geles, con las cremas, con los parches o con las tabletas. La bioequivalencia es un concepto clave, ya que implica que dos formulaciones tienen la misma biodisponibilidad, o sea, igual velocidad y cantidad absorbida cuando se administran en la misma dosis molar. Y esto es lo que permite intercambiar productos sin perder la eficacia ni la seguridad.

Los pellets no están avalados ni recomendados por ninguna sociedad científica internacional o local y otorgan niveles supra fisiológicos de testosterona: la cantidad de producción natural femenina es de entre 0,1 y 0,4 miligramos/día, mientras que estos chips tienen una liberación típica de entre 1 y 2 miligramos día o más. No tienen prospecto y no permiten la realización de una farmacovigilancia.

Qué se aplica en Argentina

Debido a que no están aprobadas las formulaciones específicas para las mujeres. En Argentina se hace indicación off label de testosterona, es decir, se hace un uso extensivo al que se señala en el prospecto (o label). Se administra 0,5 mililitros/día, o sea, 5 miligramos/día, debido a que a la absorción transdérmica la biodisponibilidad real es del 10 al 12%, lo que va a implicar que 5 mg aplicados equivalen a una absorción real aproximada de 0,5 o 0,6 mg de testosterona libre. Estas cifras son similares a la producción fisiológica diaria en las mujeres premenopáusicas.

¿Cómo usarla? Para la dosificación, se utiliza una jeringa; la aplicación siempre es lejos de las mamas. Por supuesto, puede aparecer efectos adversos, por eso es importante registrarlos y hacer un seguimiento de las pacientes. Por lo general, los efectos adversos a nivel cosmético, como acné o hirsutismo, son muy leves a estas dosis. Sí puede haber con dosis mayores o con los pellets (cambios virilizantes, como la clitoromegalia, la voz grave, la nuez de Adán).

Además de contar con historia clínica y cumplir con el control ginecológico, los exámenes basales recomendados son: hemograma, perfil lipídico, análisis de glucemia, análisis de testosterona (total y SHBG). En todos los casos, con seguimiento periódico, para ajustes terapéuticos y con fines de farmacovigilancia.



NO NATURALICEMOS LA VIOLENCIA

COLEGAS, FRENTE A LAS AMENAZAS O AGRESIONES

NO DEJEMOS DE REPORTARLO

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.cmpc.org.ar



CURSOS DE **FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN MÉDICA**

INSCRIPCIONES ABIERTAS 2026

Modalidades:
Presencial, Sincrónico
o Asincrónico
por Aula Virtual



WWW.CMPC.ORG.AR

ETHICA

ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CONSEJO DE
MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Número 117
JUNIO de 2019
ISSN 1514 - 688 X



LAS VACUNAS **SALVAN VIDAS**

CAMPAÑA 2019 DEL CMPC

Tapa de ETHICA DIGITAL EN LA CAMPAÑA 2019

EL CONSEJO DE MÉDICOS LANZA EL CONCURSO DE IDENTIDAD VISUAL PARA LA CAMPAÑA

AGOSTO
MES DE LA
VACUNACIÓN

Imágenes que cuidan



COMPROMETIDO DESDE HACE TIEMPO, CON LA CONVICCIÓN DE QUE LAS VACUNAS SALVAN VIDAS, IMPULSÓ LA LEY PROVINCIAL 11.093 QUE ESTABLECIÓ QUE AGOSTO SEA EL MES DE LA VACUNACIÓN. UNA FORMA DE AFRONTAR EL DEBILITAMIENTO DE LA SOCIEDAD EN EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN, LO QUE IMPLICA UN GRAVE RIESGO DE ENFERMEDADES QUE ESTABAN SUPERADAS Y REGRESAN. CON EL APOYO DEL MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES VINCULADAS CON LA SALUD SE BUSCA CONCIENTIZAR Y PROMOVER LA PREVENCIÓN. EL AÑO PASADO, EN LA EDICIÓN 180 DE LA ETHICA DIGITAL, ESCRIBIMOS CON EL TÍTULO ¡SALVEMOS A LAS VACUNAS!: “UNA DE LAS MEDIDAS SANITARIAS MÁS IMPORTANTES DE LA HISTORIA, TRANSITA TIEMPOS DE ESCEPTICISMO Y CUESTIONAMIENTO. ¿POR QUÉ LOS CAPRICHOS IDEOLÓGICOS SE IMPONEN POR SOBRE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.” AHORA, DAMOS UN NUEVO PASO

El Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (CMPC) da un nuevo paso y convoca a participar en el Concurso de identidad visual “Imágenes que cuidan”, con el fin de acompañar la campaña institucional “Agosto, mes de la vacunación”.

La propuesta seleccionada será la imagen oficial que se utilizará en las acciones educativas, institucionales y de difusión pública para las campañas que se realicen a partir de 2027.

La convocatoria está dirigida de forma exclusiva a los habitantes de la provincia de Córdoba. La participación puede ser tanto individual como grupal en las siguientes categorías:

- Categoría general: Universitarios, diseñadores, artistas visuales, ilustradores y público general.
- Categoría escuelas primarias: Estudiantes menores de edad (con debida autorización de sus padres o tutores).
- Escuelas Secundarias: Estudiantes de nivel medio (con debida autorización de sus padres o tutores).

Cada participante deberá enviar un proyecto original e inédito que transmita un mensaje positivo, inclusivo y de interés social relacionado con la vacunación. El trabajo debe contemplar un abordaje del contexto social de las vacunas, un breve desarrollo conceptual del mensaje y un eslogan para la campaña.

Respecto de las especificaciones técnicas, el formato puede ser horizontal o vertical, apto para soportes digitales e impresos (redes sociales, afiches, etc.) con una resolución mínima sugerida de 300 dpi. Se admiten archivos JPG, PNG, AI, CDR, SVG, EPS o PDF.

Se prohíbe explícitamente el uso de inteligencia artificial (IA), plagios o materiales extraídos de internet.

La convocatoria está abierta y la recepción de trabajos cerrará el miércoles 19 de agosto de 2026.

El jurado estará compuesto por miembros del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, especialistas en diseño y comunicación, y representantes de la Red de Vacunas (grupo creado por el CMPC e integrado por miembros de los ministerios de Salud y Educación de la Provincia de Córdoba, de la Secretaría de Salud Municipal, de la Sociedad de Infectología de Córdoba, de la Asociación Argentina de Pediatría, del Colegio de Farmacéuticos de Córdoba, de hospitales de la provincia y de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC, entre otras entidades

científicas. La evaluación del jurado se realizará del 24 al 27 de agosto de 2026.

Premios y reconocimientos

Además de la adopción del diseño como la cara oficial de la campaña, se otorgarán los siguientes premios físicos según el segmento.

Para la categoría general, el primer puesto recibirá un voucher para equipamiento informático equivalente a una notebook i7 (8 GB RAM, SSD 512 MB), junto con un diploma. El segundo y tercer puesto obtendrán diplomas de honor.

En el caso de las categorías escolares (Primaria y Secundaria), el alumno ganador recibirá una notebook, y la institución educativa a la que pertenece será premiada con una computadora de escritorio.

Las propuestas deben enviarse por correo electrónico a concursovacunas@cmpec.org.ar adjuntando los archivos correspondientes y los datos personales de él o los firmantes. Si el tamaño de los archivos superar los 25 MB, se deberá realizar el envío utilizando la plataforma Wetransfer (www.wetransfer.com) hacia la misma dirección de correo.

Los interesados,

pueden consultar las bases y condiciones en:

<https://cmpec.org.ar/concurso-vacunas-cmpec/>

LAS IMÁGENES

Las imágenes que unifican la campaña, son las que le dan fuerza, que concitan la atención de la sociedad y juegan un papel importante en la difusión masiva de las campañas realizadas en el mundo. El Concurso exige propuestas originales. ETHICA DIGITAL, exclusivamente a modo de ejemplo, para ratificar su importancia, presenta algunas imágenes empleadas en distintas campañas anteriores realizadas en distintas partes del mundo.





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