

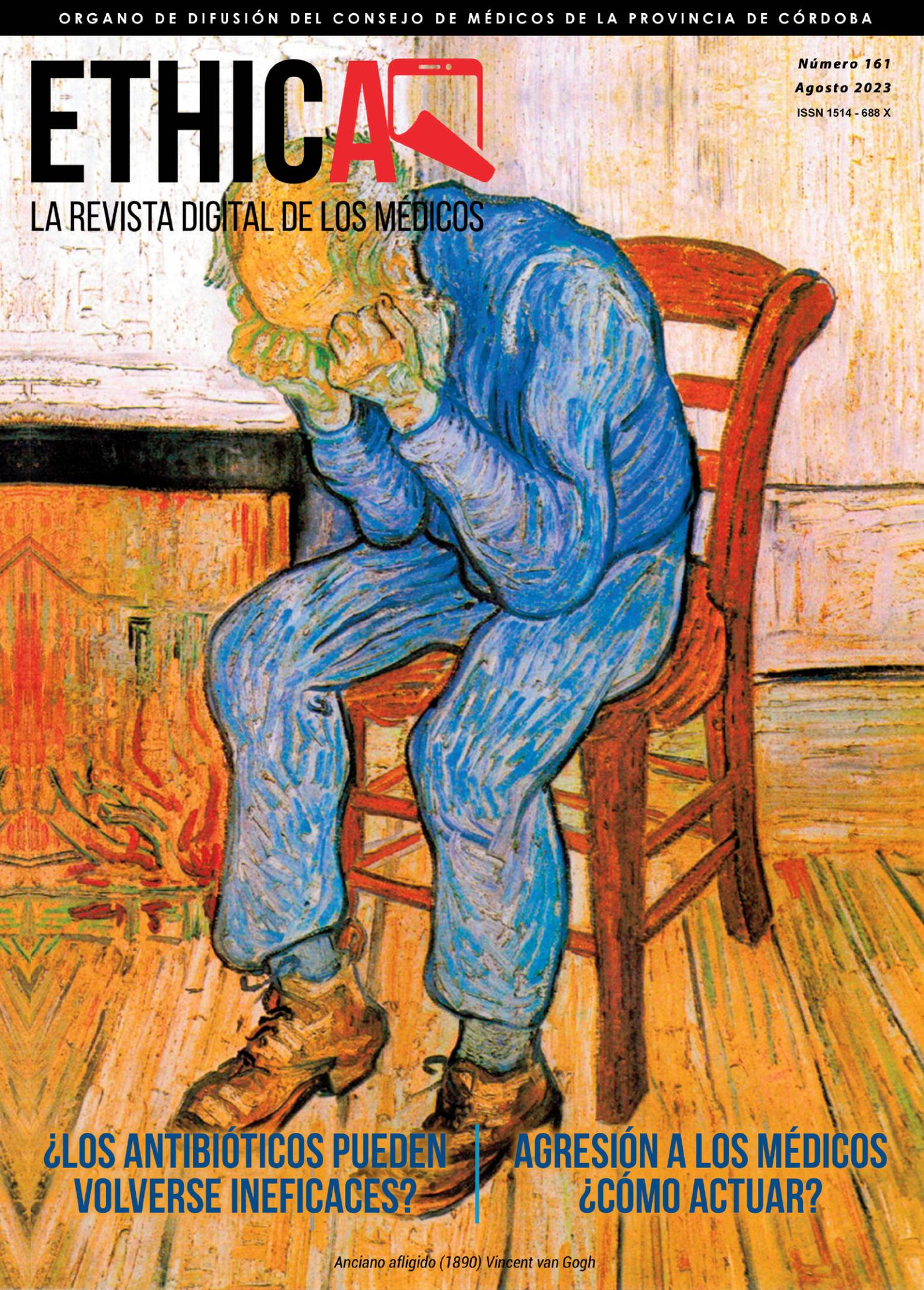
ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 161

Agosto 2023

ISSN 1514 - 688 X



¿LOS ANTIBIÓTICOS PUEDEN
VOLVERSE INEFICACES?

AGRESIÓN A LOS MÉDICOS
¿CÓMO ACTUAR?

CONOCÉ AUTOGESTIÓN

EN AUTOGESTIÓN USTED PODRÁ

www.cmpc.org.ar

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



Descargar los CERTIFICADOS de MATRÍCULA A LIBRE DEUDA y de ÉTICA



Imprimir RESOLUCIONES CON FIRMA DIGITAL



Consultar y descargar todos los tomos de GUÍAS CLÍNICAS en PDF



Realizar el pago de la MATRÍCULA PROFESIONAL



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



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



Realizar el pago de la cuota de APROSS



Realizar pagos e inscripción a los CURSOS DE CAPACITACIÓN



Acceder e Imprimir sus RECIBOS YA ABONADOS

tus trámites
en dos clicks



JUNTA DIRECTIVA**Dr. Héctor Rolando Oviedo**
PRESIDENTE**Dr. Diego Bernard**
VICEPRESIDENTE**Dr. Jorge Mainguyague**
SECRETARIO**Dra. María Cristina Ferrer**
TESORERA**Dr. Mario Vignolo**
PRIMER VOCAL**Dr. Adolfo Moyano Crespo**
SEGUNDO VOCAL**Dra. Carla Carta**
Dr. Diego Almada
Dra. Eugenia Peisino
VOCALES SUPLENTE**REVISORES DE CUENTAS****Dr. Eduardo Sacripanti**
Dra. Néilda Pussetto**CONSEJO DE DELEGADOS
DE DISTRITOS****Dra. Nora Castro**
PRESIDENTE**Dra. Marcela Ogas**
SECRETARIA**COMITÉ EDITORIAL****Dr. Luis Otoniel Hormaeche**
Dr. Carlos Rosales
Dr. Leandro Molina
Dr. Martín Moya
Sr. Luis E. Rodeiro
Lic. Alejandra Beresovsky

DIRECTOR

Dr. Luis Otoniel HormaecheDIRECTOR PERIODÍSTICO
Luis E. Rodeiro

CORRECCIÓN

Lic. Mónica TabordaARTE 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.

EL TESTIMONIO DE DOS DISCÍPULOS CORDOBESES

OTRA VEZ, FAVALORO*Doctores Miguel Chiappe, René Favaloro y Adolfo Uribe Echevarría.*

En nuestra edición anterior, recordamos los cien años del nacimiento de un gran maestro de la medicina. Nos referimos al Dr. René Favaloro. No hay dudas. Y lo hicimos reproduciendo una de las siete cartas que nos dejó como legado antes de su muerte.

Simultáneamente, el **Segundo Congreso de Salud Pública Municipal**, organizado por la secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, le rendía un justo homenaje público, con la participación de dos discípulos cordobeses, los doctores **Adolfo Uribe Echevarría** (con sus 89 años) y **Miguel Chiappe** (con sus 81 años), quienes trajeron la técnica de la cirugía cardiovascular a Córdoba y del By Pass, que se convirtió en un avance decisivo a nivel internacional. Pero, a su vez, Echevarría y Chiappe, que convivieron con él lo recuerdan como el médico humilde, comprometido con los valores de la República, la ética ciudadana, el humanismo y la solidaridad.

Hoy, volvemos sobre Favaloro, pero a través del testimonio directo y emocionado de sus discípulos cordobeses.

Uribe Echevarría, quien trabajó en el Hospital Córdoba y el Hospital Italiano como responsable del área de cirugía del corazón y trasplantes, dice de su maestro: *"Favaloro hablaba siempre de la solución social, de la salud pública. Entendiendo a la salud pública como no sectaria, no parcializada". "Es constitucional la provisión de salud a todo habitante de la Nación Argentina"*, aseguraba. Dentro de sus recuerdos subrayó los valores personales con impacto social de Favaloro, así lo definió, así como sus enseñanzas de la formación de la persona a través del trabajo.

En su memoria, Uribe Echevarría, recuerda palabras del maestro, que expresaban un deseo: *"No me recuerden como cirujano, recuérdense como educador"*, que no eran solo palabras porque fue un defensor de la educación pública y de la ley de educación 1420.

EDITORIAL

La vida de esos 12 años en La Pampa, atendiendo en un pueblo, fueron fundamentales para él, graficó el Dr. Uribe Echevarría, porque le dio la dimensión social de la medicina, centrada en la persona con todos sus derechos.

“Favaloro transformó la ciencia médica y la ciencia cardiológica, fundamentalmente por el desarrollo del By Pass no solo salvó vidas sino que se desarrolló toda la tecnología que requería esta ciencia, hubo un derrame y un despertar que tuvo una repercusión mundial”, valoró el Dr. Uribe Echevarría.

Por su parte, el Dr. Chiappe rememoró que en esos primeros años de la cirugía coronaria-rememora que *“Favaloro fue resistido por un grupo de cardiólogos que no aceptaban la nueva técnica sobre el tratamiento médico, especialmente profesionales del Hospital Nacional de Clínicas de Buenos Aires”.*

“En ese momento era más reconocido en el extranjero que en su propio país, donde profesionales de todo el mundo pasaban a formarse con Favaloro”, reflexiona el Dr. Chiappe.

Su historia personal y profesional está enlazada al propio René Favaloro: *“Conocí a Favaloro en el año 1968 cuando venía a operar al Hospital Italiano de Buenos Aires y yo era un joven residente de cirugía cardí-*

aca, ahí ayudé a operar y a acompañar a los pacientes en el post operatorio”.

“Conversando con él le dije que quería ir a la Cleveland, y me dijo que esperara que el volvería al país y que tendría su propio grupo de formación”, recuerda Chiappe.

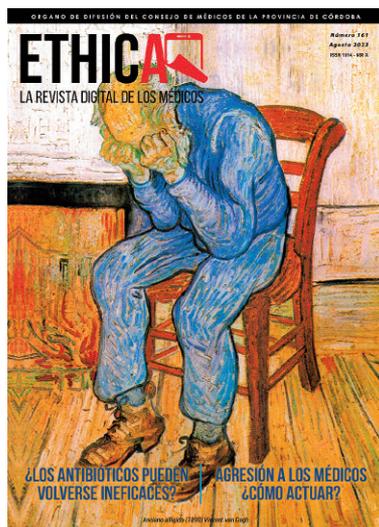
“Pasados los años sin novedades, yo trabajaba en el Chocón y un domingo nos encontramos ya que junto a su esposa fueron a conocer la obra de ingeniería del Chocón. En ese paseo me convenció de volver a Buenos Aires a su servicio y terminar la formación en la cirugía vascular. Trabajé junto a él seis años hasta que durante un congreso en la ciudad de Mar del Plata, Favaloro se comprometió con los doctores Carlos Balestrini y César Serra para montar la cirugía cardíaca en el Instituto Modelo de Cardiología. Les dijo que enviaría a alguien de su equipo. El candidato a venir a Córdoba fui yo”, se emociona el Dr. Chiappe,

Ambos testigos recordaron la amistad con otros dos cordobeses, el **Dr. Lázaro Langer** y el **Dr. Domingo Babini**. Fue este último quien le abrió las puertas de la Universidad Nacional de Córdoba apenas regresado de Cleveland. Allí se lo nombra Doctor Honoris Causa y se lo habilita como médico para dictar un curso anual de cirugía cardíaca y lo incorpora al servicio del Hospital Córdoba.

NUEVAS
GUÍAS CLÍNICAS
ACTUALIZADAS | 2023

Descargalas desde nuestra plataforma **AUTOGESTIÓN**

The advertisement features a grid of 20 book covers for 'GUÍAS CLÍNICAS ACTUALIZADAS | 2023'. The covers are arranged in two rows of ten. Each cover has a unique color scheme and a medical illustration. The titles on the covers include: Fisiología, Fisiología y Nutrición, Fisiología, Fisiología y Nutrición, Fisiología, Fisiología y Nutrición, Fisiología y Nutrición.



EDITORIAL

- *EL TESTIMONIO DE DOS DISCÍPULOS CORDOBESES*
OTRA VEZ, FAVALORO..... 3

INSTITUCIONALES

- *10ª JORNADA DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL*
¿POR QUÉ Y CÓMO ESTUDIAR MEDICINA?..... 6
- *AGRESIONES AL PERSONAL DE SALUD: CÓMO ACTUAR*
“UN CASO NO DENUNCIADO ES UN CASO QUE NO EXISTE”14

INFORME ESPECIAL

- *PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS*
NUEVAS PAUTAS PARA EL USO RESPONSABLE
DE LOS ANTIBIÓTICOS.....18
- *EL APOORTE DE UNA ESPECIALISTA*
RESISTENCIA ANTIMICROBIANA, DESAFÍO GLOBAL
EN LA PRÁCTICA MÉDICA 21

DE INTERÉS MÉDICO

- *UN APOORTE A LA FORMACIÓN E INFORMACIÓN EN SALUD*
LA REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS 24
- *ALERTA DE COMITÉ DE CONTRALOR DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA*
LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL 26
- *NOVEDADES CIENTÍFICAS*
EL ALCOHOL Y EL CORAZÓN NO SELLEVAN BIEN 28

CULTURA

- *LA MIRADA DE UN MAESTRO DE LA MEDICINA: ERIC CASSELL*
LA PERSONA COMO SUJETO DE LA MEDICINA 30

NUESTRA PORTADA

El cuadro de tapa pertenece al gran pintor Vincent Willen van Gogh (1853-1890). Pintó unos 800 cuadros y realizó más de 1600 dibujos. Entre ellos este Anciano Afligido, que creemos puede ligarse a un tema que tratamos en nuestra edición que habla del mal uso de los antibióticos, que está produciendo su ineficacia en casos donde realmente se requieren.



¿POR QUÉ Y CÓMO ESTUDIAR MEDICINA?

EL MIÉRCOLES 9 DE AGOSTO, CON UN AUDITORIO COLMADO POR UNOS 230 ESTUDIANTES, SE REALIZÓ LA 10ª JORNADA DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y OCUPACIONAL PARA LA CARRERA DE MEDICINA. LA ACTIVIDAD –A LA QUE TAMBIÉN SE PUDO ACCEDER DE MANERA VIRTUAL A TRAVÉS DE YOUTUBE– FUE ORGANIZADA POR NUESTRA ENTIDAD, JUNTO CON EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN DEL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA Y PARTICIPARON LAS CUATRO INSTITUCIONES ACADÉMICAS EN LAS QUE SE DICTA LA CARRERA: LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA, LA UNIVERSIDAD DE VILLA MARÍA Y EL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS DE CÓRDOBA (IUCBC). **(ALEJANDRA BERESOVSKY)**

Por parte del Consejo, asistieron los miembros de la Junta Directiva y los integrantes de la Comisión de Extensión a la Comunidad. En representación del Ministerio de Educación, se hicieron presentes la directora general de Educación Secundaria, **María Cecilia Soisa**, y la subdirectora de Promoción Social y de la Salud, **Estefanía Chapuy**.

En representación de las casas de altos estudios estuvieron la vicedecana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), **Profesora Doctora Patricia Paglini**, quien acudió acompañada de la **Dra. María de Lourdes Novella**; también, el rector del Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba (IUCBC), **Dr. Luis María Amuchástegui**, acompañado del director de la carrera de Medicina, **Dr. Aldo Tabares**, quien asistió junto a la profesora adjunta de Medicina 1, **doctora Ana Cecilia Álvarez**. Por parte de la Universidad Católica de Córdoba (UCC), concurrió el decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dr. Enrique Majul**, y en representación de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Villa María, la directora de la carrera de medicina, **Dra. Gloria Vadori**.

El presidente del CMPC, **Dr. Héctor R. Oviedo**, fue el encargado de dar la bienvenida a los estudiantes del último año del secundario que asistieron. *“Para nosotros, este*

evento es muy importante; me imagino que para ustedes también. La vida nos pone, a veces, en encrucijadas, y terminar el secundario y decidir qué vamos a hacer de nuestra vida es un momento muy emocionante para todos”, comenzó. “Nosotros lo hemos pasado e imagino que ustedes estarán pensando ‘qué voy a hacer en los próximos años de mi vida’, en lo que es, prácticamente, la transición de la adolescencia a la adultez. Ese es el momento que ustedes están viviendo hoy”, continuó.

El presidente del CMPC reconoció que muchos jóvenes tienen miedo de esta carrera porque consideran que es muy exigente, que requiere estudiar y trabajar mucho. Admitió que es así, pero que –dijo– *“eso es lo bueno de la vida”. “Trabajar y esforzarse no es malo, es bueno. Hace que uno llegue al final del día y se sienta contento con uno mismo, orgulloso, porque superó los obstáculos. Problemas tienen todos los trabajos, todas las profesiones, en lo que uno haga tendrá problemas, tenga un quiosco o sea neurocirujano, el tema es cómo lo toma uno, cómo disfruta cada persona de lo que hace. Eso les digo que piensen hoy: elijan algo que, al final del día, los haga sentir contentos con ustedes mismos. La medicina lo permite, se los aseguro”, finalizó.*

A su turno, la directora general de Educación Secundaria, **María Cecilia Soisa**, manifestó: *“La educación secundaria tiene tres ejes fundamentales, que tienen que ver*

con preparar a los estudiantes para seguir estudios superiores, para ingresar en el mundo del trabajo, y, sobre todo, ser ciudadanos críticos y capaces de insertarse en una sociedad. Hay carreras en las que uno 'trabaja de'. Pero los médicos son médicos, no trabajan de médicos". Afirmó, asimismo, que elegir esta carrera es "tomar la decisión de formar parte de un sector muy importante de la sociedad. Creo que la pandemia fue un ejemplo de esto. Espero que sigamos entendiendo la necesidad de que alguien nos acompañe y nos cuide y que también podamos incorporar todas aquellas cosas que nos hacen personas", prosiguió.

Soisa aclaró que la cartera de Educación no trabaja con el concepto de "orientación vocacional", sino de "**proyecto de vida**": "Organizar un proyecto de vida no es fácil. Ustedes pasarán de una situación en la que son acompañados, en la que hay coordinadores de curso, tutores, a una situación completamente nueva, en un universo enorme, en cualquiera de las universidades aquí presentes. Ustedes no solo van a decidir quiénes van a ser en el futuro, sino también qué idioma van a hablar en el futuro", explicó.

Soisa señaló que, junto con una profesión, se opta también por "una nueva manera de vivir la vida. Sabemos que a los 17 o 18 años es difícil. A todos nos ha costado. Es probable que, a lo mejor, más de uno de ustedes sienta, cuando comienzan con las materias iniciales, que poco tienen que ver con lo que ustedes desean, por ejemplo, ser pediatras. Tendrán que esperar un poco. Es importante que siempre tengamos en cuenta que es un proyecto; en su agenda, tiene que estar que es algo a largo plazo", aclaró la funcionaria.

Finalmente, remarcó que, de los tres pilares que mencionó inicialmente, el más importante es que los jóvenes sean ciudadanos críticos y capaces de insertarse en una sociedad. "Y les garantizo que es así", subrayó. "En un momento en el que se habla mucho de inteligencia artificial, hay que decir que nada va a poder, nunca, reemplazarnos, ni reemplazar la mirada humana que tenemos hacia el otro.

Por su parte, la subdirectora de Promoción Social y de la Salud, **Estefanía Chapuy**, señaló que, además del acercamiento a la medicina de la jornada, resulta clave el acercamiento a las universidades, que son espacios nuevos para los estudiantes. "Empiezan a escuchar estos nuevos discursos, estos nuevos vocabularios, que en algún tiempo serán parte de su vida, cuando tomen una decisión. Aprovechen

este espacio, no es habitual que uno pueda encontrarse con una autoridad de la universidad en la que va a estudiar, o con una autoridad de la Facultad a la que va a acudir", indicó.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

La primera representante de una universidad en tomar la palabra fue Paglini, quien recordó que la Facultad de Ciencias Médicas está inserta en la UNC, que tiene 410 años y es pública, gratuita, y laica. Preciso que la facultad de ciencias médicas tiene 145 años y aclaró: "Parece un montón, pero tratamos de estar lo más actualizados posible, a pesar de ser una institución con mucha antigüedad".

Aclaró que en la carrera de medicina no sólo se inculcan conocimientos, destrezas y habilidades, "Intentamos, también, inculcar valores". Esos valores –señaló– estarán asociados con la relación que los profesionales tendrán con sus pacientes. "Como dijo quien me antecedió en la palabra, quizá la inteligencia artificial pueda reemplazar muchas cosas, pero nunca va a reemplazar la relación médico-paciente".

"Es una carrera larga, como dijo el presidente del Consejo, requiere esfuerzo. Tiene 5.150 horas y una carga práctica del 60%. Son desafíos que permiten que, al finalizarla, se sientan realizados", reiteró. "Al país le hacen falta médicos, al país le hacen falta pediatras, internistas, emergentólogos. Intentamos, desde el primer momento, ofrecer una visión general de las múltiples posibilidades que les vamos a ofrecer", remarcó.

Sobre la población estudiantil, aclaró: "Contamos con muchos alumnos, sí, pero contamos también con muchos docentes. Tenemos una relación promedio de un docente cada ocho alumnos. Lo que no quiere decir que en todas las asignaturas sea así, hay asignaturas en las que tenemos una relación docente alumno de 1 a 20 y otras en las que tenemos un docente para cada alumno. Porque avanzando en la carrera tenemos más número de asignaturas".

Paglini informó que todas las carreras de medicina pasaron este año por una evaluación de calidad. "Tenemos una supervisión muy estricta sobre los alumnos y sobre los docentes", dio a conocer. Y es estricta: "En nuestra facultad exigimos aprobar por lo menos dos materias anuales. Y si el estudiante no las aprueba, los acompañamos, vemos cuál es la problemática".

Posteriormente, la Dra. Novella se explayó sobre los símbolos que representan a la institución de formación y dijo que eso era importante porque *“conocerlos nos impone el desafío de honrar su prestigio y nos da el orgullo de pertenecer”*.

Novella explicó que el escudo de la UNC tiene mucha simbología, parte de la cual remite al origen jesuita. *“Claramente, para saber adónde vamos, tenemos que saber de dónde venimos. La historia tiene esa importancia”*, enfatizó. Apuntó, asimismo, que el lema de la UNC es, en latín, *“Ut Portet nomen meum coram gentibus”*, que en castellano significa *“Para que lleven mi nombre entre las gentes”*. Miren qué desafío, remarcó. Añadió que el escudo tiene también un águila, en representación del triunfo del intelecto y el sol, que significa claridad, benevolencia y majestuosidad.

En tanto, el escudo de la Facultad de Ciencias Médicas –detalló– tiene un pórtico griego que representa a la institución, y el símbolo del Dios griego asociado a la curación por medio de la medicina. Informó que el símbolo de las ciencias médicas es la vara de Asclepio o Esculapio, relacionado con la curación por la mitología griega.

“Todos esos símbolos representan valores atribuidos a los médicos y que forman parte del Juramento Hipocrático. Me parecía importante hablar de los símbolos porque deben sentir el orgullo de pertenecer a instituciones de tanto prestigio y de tanto tiempo. Para tener el compromiso de honrarlos”, manifestó.

“La educación ayuda a la persona a aprender a ser lo que es capaz de ser”, dijo Hesiodo. Esta frase, atribuida al poeta griego, tiene más de 2.700 años y yo creo que fundamentalmente nos dice que el conocimiento es lo único que nos permite saber qué hay más allá. Y, en contraposición, la falta de conocimiento es una barrera. *¿Qué nos permite saber hasta dónde podemos llegar? Conocer. Y cuanto más conocemos, más elevamos esa vara y nuestro máximo potencial”*, se explayó.

A continuación, describió los dos grandes campos en los que puede desempeñarse un médico: el preventivo y el curativo.

El primero tiene dos funciones básicas: evitar la enfermedad y preservar la salud, y preparar y realizar campañas sanitarias y programas de educación para la salud. En tanto, el campo curativo puede estar orientado a clínica y/o la cirugía; puede especializarse en el estudio y tratamiento de una enfermedad o en un sistema orgánico

determinado y también permite realizar docencia e investigación.

Informó que, una vez finalizada la etapa de cursado, incluidos los módulos optativos –para los cuales, dijo, hay una oferta muy amplia– los estudiantes deben realizar la práctica integrada supervisada, conocida como práctica final obligatoria o “PFO”.

La PFO tiene dos etapas: una con un componente importante de teoría y otra eminentemente práctica, que se desarrolla en distintos centros de formación. Indicó que la facultad tiene convenios con el Ministerio de Salud de la Provincia y con distintos centros de salud, municipales, públicos y privados. Además, cuenta con dos hospitales propios: el Clínicas, y el de Maternidad y Neonatología, conocido como Maternidad Nacional.

Finalmente, dio a conocer a los estudiantes que la primera asignatura de la carrera es el Ciclo de Orientación y Nivelación al Estudio Universitario en Medicina (CONEUM).

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

A continuación, tomó la palabra el decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCC, Dr. Enrique Majul, quien aclaró en primer término que la unidad académica se llama así porque contiene otras carreras, además de medicina, como Nutrición, Instrumentación Quirúrgica, Terapia Ocupacional o Fisioterapia.

Majul recordó que la institución que representa lleva adelante las jornadas de puertas abiertas, a la que pueden concurrir los estudiantes y aspirantes a ingresar.

Posteriormente, presentó un video que mostraba todas las instalaciones de la Facultad, que ocupa una manzana completa en el barrio General Paz: espacios de uso común, laboratorios de informática, aulas comunes, aulas híbridas (para clases virtuales) y aulas denominadas “ABP”.

ABP es sigla de **Aprendizaje Basado en Problemas**. *“Nosotros necesitamos que ustedes puedan razonar, entonces, acompañados de un tutor, en vez de aprender la anatomía del brazo, parten de un accidente que tuvo un chico porque se cayó de la bicicleta y empiezan a unir desde lo que es una herida y cómo se cura hasta qué pasa con una fractura y dónde están los músculos y los huesos”*, describió. Aclaró que hay materias básicas en la primera parte de la carrera,



pero que *“esas materias después tienen el componente de aprendizaje basado en problemas”*.

Destacó, asimismo, que antes de pasar al contacto directo con el paciente se utiliza la simulación. *“Tenemos hasta un hospital simulado, con un centro de control, en donde pueden practicar desde tomar el pulso, sacar sangre, auscultar al paciente o hacer reanimación cardiopulmonar. Se graba y se pueden llevar la filmación a sus casas”*, reveló.

Las prácticas de simulación se realizan desde primer año de la carrera y los instrumentos utilizados son de alta fidelidad, con muñecos en los que se pueden representar diferentes patologías. En la actuación se utilizan también aulas de cámara Gesell, para que otros estudiantes puedan observar lo que realizan sus pares, con fines educativos.

Tras haber pasado por la etapa de simulación, los alumnos pasan a los consultorios. *“Tienen mucha práctica hospitalaria. Ya desde tercer año empiezan a aprender cómo revisar un paciente, cómo hacer una historia clínica. Hasta después realizar la Práctica Final Obligatoria y están, en distintos periodos todo el día viviendo en el hospital, pero han pasado previamente por un proceso de entrenamiento que permite que enfrentarse al paciente sea más simple”*, contó.

El Decano luego describió el proceso para ingresar a la Facultad. El plan de estudios es de seis años, que incluye

52 materias de diferente extensión y la PFO está conformada por módulos que cada seis semanas se efectúan en diversos lugares.

El cursillo de ingreso a Medicina de la UCC –cuya inscripción ya está habilitada en la página de la UCC– tiene cuatro materias (Física Biomédica, Química, Morfofisiología y Biología Celular), que se dictan desde la última semana de enero –y cuyo material ya está disponible para quienes se inscriban–. Cada una tiene entre dos y tres parciales que van sumando puntaje que permite luego hacer un ranking, tras los últimos exámenes que se realizan en las primeras semanas de marzo. Actualmente, ingresan a la facultad aproximadamente 120 alumnos. En primer año pueden entrar 156 estudiantes, que, para las actividades de Aprendizaje Basado en Problemas se dividen en grupos de 12.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS DE CÓRDOBA

En tercer lugar, Cecilia Álvarez presentó la oferta académica del IUCBC, quien destacó que es la universidad más joven, por lo que puede ser desconocida todavía para un sector de la población. Narró que en 2004, el Hospital Privado, el Instituto de Investigación Martín y Mercedes

Ferreira y la Fundación para el Progreso de la Medicina generaron un primer proyecto para la creación del IUCBC y lo presentaron a la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). En 2008, la Fundación para Ciencias Biomédicas de Córdoba, junto con el Hospital Privado diseñaron el plan de creación del instituto y lo presentaron en el Ministerio de Educación y a CONEAU. Fue aprobado en 2012 y en 2014 abrió las puertas y en 2019 salió la primera cohorte de egresados, tras la cual hubo otras tres.

El IUCBC tiene oferta de pregrado, grado y posgrado. En la primera cuenta con las carreras de Enfermería Universitaria, Tecnicatura Universitaria en Prácticas Cardiológicas y Tecnicatura Universitaria en Hemoterapia e Inmunohematología.

La oferta de grado está compuesta por Medicina, Bioquímica, Licenciatura en Genética y Licenciatura en Enfermería. Y, finalmente, la de posgrado está constituida por el Doctorado en Ciencias Biomédicas, la Maestría en Dirección de Instituciones de Salud, la Especialización en Neonatología, la Especialización en Diabetología, Especialización en Cirugía de Cabeza y Cuello, Especialización en Cirugía Torácica, Especialización en Medicina Familiar, Especialización en Hematología, Especialización en Neonatología, Especialización en Traumatología y Ortopedia, Especialización en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud, Especialización en Medicina Paliativa, Especialización en Oncología, Especialización en Nefrología, Especialización en Dermatología, Especialización en Medicina Interna y Especialización en Cirugía General.

El perfil del estudiante se destaca por la formación en ciencias básicas, clínicas y humanísticas, para el desarrollo de competencias asociadas a la relación médico-paciente. El cursado –dijo– es personalizado y las cohortes son de 55 alumnos.

El requisito de admisión es haber finalizado los estudios secundarios, así como aprobar y encontrarse dentro del orden de mérito del cursillo de ingreso a la carrera en cualquiera de sus dos convocatorias (de agosto a diciembre, con cursado los sábados, y en febrero a marzo, de lunes a sábado). El cursillo incluye las materias: Introducción a la Medicina (para el que no se rinde examen), Biología, Física, Química y Matemática. Actualmente, están abiertas las inscripciones para el cursillo de ingreso de febrero.

En los primeros años –describió–, la actividad es predominantemente áulica y la institución está avanzando en el desarrollo del área de simulación, la sala de informática, la biblioteca, y está en construcción la Cámara Gesell.

A partir de tercer año se cursan las materias clínicas y los alumnos ingresan al ambiente hospitalario. El Hospital Privado es parte del proyecto y el grupo dueño tiene otras instituciones a las que gerencia, por lo que la actividad hospitalaria incluye también al Hospital Raúl Ferreira y la Clínica Richieri. En el futuro también podrían incorporarse otras unidades gerenciadas por el Hospital Privado.

Hay un Programa de Fondo de Becas Solidarias con 40 disponibles para un universo de 600 estudiantes que se gestionan después del primer año de cursado, en función del desempeño académico y de la situación socioeconómica de las familias.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA

Finalmente, tomó la palabra la directora de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Villa María, Dra. Gloria Vadori, quien contó que su área trabaja en forma conjunta con un comité médico.

Vadori señaló a los estudiantes que cuando se preguntan cómo saber si su vocación es la medicina responde que hay dos indicadores. El primero es que les interese el otro, que haya sentido de alteridad. En segundo lugar, que les guste estudiar toda la vida, porque la actualización en la medicina es constante.

Respecto de la misión de la carrera –que se abrió en 2015–, contó que el abordaje de la salud en la carrera –señaló– es integral, y se atiende a los problemas pertinentes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, tanto individual, como familiar y comunitaria.

“¿Por qué estudiar una carrera de medicina a 140 kilómetros de Córdoba?”, se preguntó Vadori. “Nosotros pensamos que el interior del interior tiene muchos estudiantes que quieren hacer medicina y que no pueden. Y estamos preocupados por la redistribución de los médicos en el territorio nacional. Hay muchos médicos, pero están en las grandes ciudades”, lamentó. Reveló que cuando se creó la carrera en Villa María se verificó que el 80% de los estudiantes es del interior. “Ya hemos tenido estudiantes de 130 localidades del interior de la

INSTITUCIONALES

provincia, que quieren volver a sus lugares de origen”, precisó.

Con miras en los que no vuelven, la Universidad tiene un proyecto de investigación llamado “Reconstruir el arraigo”.

La población estudiantil de toda la Universidad de Villa María es de 12.600 personas y hay 104 plazas de residencias estudiantiles, las cuales son gratuitas, al igual que la carrera. El comedor universitario –indicó– entrega casi 700 menús diarios, con un costo bajo.

Por la infraestructura hospitalaria, el cupo de la carrera es de 60 estudiantes y los aspirantes superan los 500, el número de alumnos activos actualmente es 406 y hasta ahora se han graduado 70 médicos.

Para el ingreso, las materias son Introducción a la Formación Universitaria, Química, Biología y Física. El cuerpo académico está formado por 118 docentes, el 82,2% de los docentes tiene título de posgrado.

Vadori destacó que la práctica se inicia desde el primer momento de la carrera, tienen convenios locales y provinciales, con instituciones públicas y privadas. Puntualizó que el 50,8% de la carga horaria está dedicada a la práctica médica, porcentaje que asciende al 80% en el caso de la PFO.

El plan de estudios incluye salud comunitaria, que prevé el trabajo en contexto para el conocimiento territorial, fundamentalmente para las acciones de prevención.

LOS ESTUDIANTES RESPONDEN

¿POR QUÉ QUERÉS ESTUDIAR MEDICINA?



Me interesa poder ayudar a las personas en algún tipo de situación en la que lo precisen, como una enfermedad o algún malestar. Quizá me decida por la Cardiología.

Giovanna Piazza (17 años)



Tengo familia médica, mi papá, mi abuelo y algunos parientes más, y quiero seguir lo que ellos hicieron, quiero ayudar a la gente. Me interesa la Psiquiatría.

Juan Pereyra (17 años)



Me encanta la medicina. He visto 1.500 series de médicos, Grey's Anatomy, ER, Chicago Med, todas. Y estudié con mi hermana mientras ella cursaba. En 2020 hacía las clases virtuales con ella.

Morena (18 años)



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**

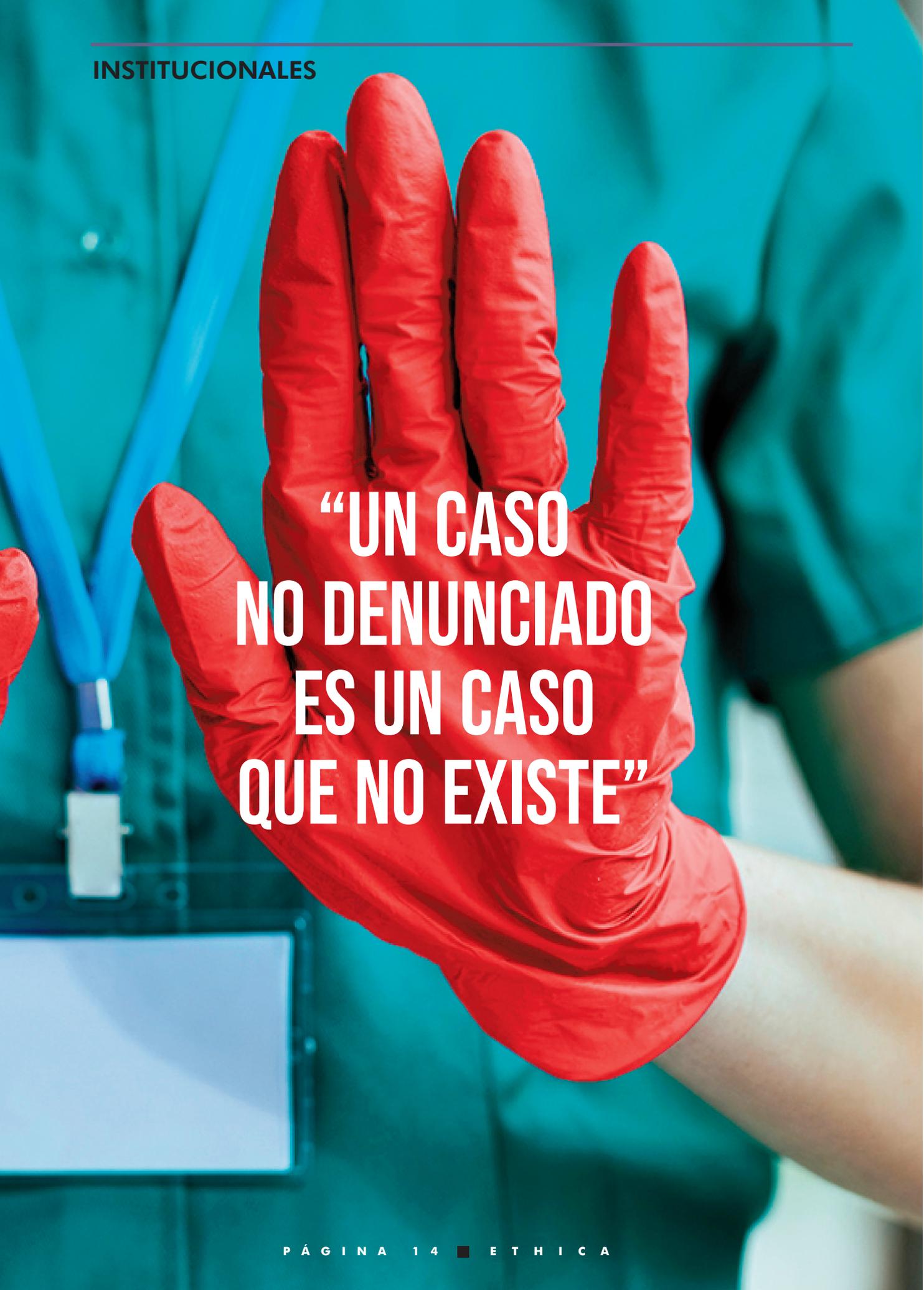


APOYO SOLIDARIO A LOS NUEVOS MATRICULADOS

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



**“UN CASO
NO DENUNCIADO
ES UN CASO
QUE NO EXISTE”**

FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO PÚBLICO FISCAL, ÓRGANO ESTATAL ENCABEZADO POR EL FISCAL GENERAL JUAN MANUEL DELGADO, BRINDARON UNA CHARLA EN EL CONSEJO DE MÉDICOS EN LA QUE EXPLICARON A LOS COLEGAS CÓMO PROCEDER ANTE SITUACIONES DE AGRESIÓN. SE PUEDEN DENUNCIAR TANTO DELITOS, COMO CONTRAVENCIONES. EN UN AÑO, HUBO 115 CASOS REPORTADOS EN EL OBSERVATORIO DE VIOLENCIA DE NUESTRA ENTIDAD, PERO SÓLO SE DENUNCIARON ANTE LA JUSTICIA EL 25%.



Los expositores: Dres. Lucas Crisafulli y Lourdes Compagnucci, del Ministerio Público Fiscal.

“**U**n caso no denunciado es un caso que no existe”. Con estas palabras, la **Dra. Lourdes Compagnucci**, Directora de Planificación y Control de Gestión del Ministerio Público Fiscal de la Provincia, resumió la importancia de llevar a la Justicia las denuncias de agresiones a los médicos, una temática que ha preocupado a nuestro Consejo y que se tradujo en la creación del Observatorio de Violencia en 2022, cuyas estadísticas dan cuenta de que hubo 115 casos reportados en un año, pero solo el 25% se denunció ante la Justicia.

La especialista participó de la Charla informativa “Violencia contra el Personal de Salud”, que brindó junto con el ayudante de Fiscal, **Dr. Lucas Crisafulli**, en nuestra sede el miércoles 26 de julio.

Los disertantes hicieron una primera distinción entre situaciones delictivas y contravenciones. Lo primero fue

abordado por Compagnucci, quien destacó en primer lugar la importancia de adquirir herramientas para saber dónde hacer las denuncias.

Los delitos, a su vez, admiten también otra clasificación. Puede consistir en lesiones (graves o gravísimas), daño, amenazas o posibles coacciones.

Toda la investigación de los hechos delictivos está a cargo del Ministerio Público Fiscal, órgano estatal encabezado por el Fiscal General **Dr. Juan Manuel Delgado**, por eso -recalcó la funcionaria- informar a los denunciados es elevar la calidad democrática, porque efectiviza el ejercicio de los derechos.

Más allá de dónde se haya cometido el delito, las denuncias se pueden hacer en cualquier Unidad Judicial, al tiempo que las contravenciones se podrán dar cuenta en la Unidad Contravencional. A la persona agredida le asisten varios dere-

chos, entre ellos, el de ser informado y el de aportar prueba.

Las personas que viven en la ciudad de Córdoba pueden presentar la denuncia en la Mesa de Entradas de Tribunales II (Fructuoso Rivera 720), desde donde se envía a la Fiscalía. Además, hay 23 unidades judiciales en la ciudad de Córdoba. En aquellos sitios en los que no hay dependencias del Ministerio Público Fiscal, se pueden hacer en sede policial (comisarías y subcomisarías).

Cuando solo hay daño, se puede hacer la denuncia vía Web, al tiempo que las denuncias vinculadas con narcotráfico pueden realizarse de manera anónima.

Si se hace de manera presencial, es posible acudir a la sede donde se registra con la denuncia por escrito. No deben faltar en ella los datos personales completos, incluidos número de teléfono y dirección de correo electrónico.

Realizar una denuncia es anotar de un hecho que puede ser delictivo y todo hecho es una conducta humana, por lo que el relato debe ser asimilable a contar cronológicamente una historia de algo que sucedió con el mayor nivel de detalle posible. Compagnucci precisó que se trata de hacer una descripción de cabo a rabo, para que la situación pueda ser comprendida por quien toma la denuncia. Debe incluir, entre otros datos, qué (el hecho), quién (lo realizó) dónde, cuándo, por qué, etcétera. Ese relato contribuye a la recolección de evidencia.

Las unidades judiciales -dependencias del Ministerio Público Fiscal que están distribuidas en toda la provincia- están abiertas las 24 horas, los 365 días del año, y en ellas, se realiza un trabajo conjunto permanente con la Policía.

Las Fiscalías son las responsables de las investigaciones penales. El ayudante de Fiscal es el responsable de tomar la denuncia, que desde el primer momento está a cargo de la Fiscalía de Instrucción.

Si se cuenta con Cidi Nivel 2, se puede hacer el trámite 100% on line, de lo contrario, es posible hacer la mitad en forma digital (se inicia el trámite, pero la firma que valida la identidad se tienen que presentar en la Unidad Judicial).

En caso de que no se cuente con detalles de lo sucedido, se recomienda informar sobre personas de referencia que los puedan aportar. Y, más allá del relato cronológico con el máximo nivel de detalle posible, es importar contextualizar para que se comprenda la gravedad del hecho; por ejemplo, se puede indicar que ha habido persistencia en la agresión.

CONTRAVENCIÓN

Por su parte, Crisafulli fue el encargado de dar las recomendaciones sobre cómo proceder al momento de dar cuenta de haber sufrido una agresión que consiste en una contravención. Una contravención es una conducta prohibida que se encuentra contemplada en el Código de Convivencia Ciudadana. Se pueden denunciar en tres Unidades Contravencionales. Si la infracción fue cometida hacia el norte del Río Suquía, el denunciante se deberá dirigir a la Unidad Contravencional Norte, ubicada en Antonio del Viso 756, de Barrio Alta Córdoba, tel. (0351) 4335361. En tanto, si el hecho ocurrió hacia el sur del Río Suquía, se deberá dirigir a la Unidad Contravencional Sur, ubicada en Guzmán 1075, de Barrio Centro, tel. (0351) 4466707 – 4466715. Y también hay una específica para situaciones que involucren violencia de género; es decir, aquellas que, de manera directa o indirecta, en el ámbito público como en el privado, afecten la vida, la libertad, la dignidad, la integridad física, psicológica, sexual o económica de mujeres o personas del colectivo de la diversidad/disidencia sexo-genérica basada en una relación desigual de poder o motivada por actitudes de odio o prejuicio hacia la orientación sexual, la expresión y/o la identidad de género. La Unidad Contravencional de Violencia de Género se encuentra en el Polo Integral de la Mujer en situación de Violencia, ubicado en calle Entre Ríos 680, tel. (0351) 5549554. 448-1616 int. 34427.

En el resto de la provincia, las contravenciones en contexto de violencia de género, se pueden denunciar en cualquier Unidad Contravencional, las cuales funcionan en las sedes de las Comisarías o de las Unidades Judiciales (donde no hay unidades contravencionales, las denuncias se realizan en sede policial).

Cabe destacar que en un hecho pueden ocurrir delitos y contravenciones al mismo tiempo. El mismo fiscal investiga tanto el delito como la contravención. Allí donde no hay ayudante de Fiscal para tomar la denuncia, esta se puede realizar ante el juez de paz.

Por caso, pueden constituir contravenciones gritos, insultos o exhibición de carteles contra cualquier miembro o todo el personal de un centro de salud. Las sanciones pueden ser diez días de trabajo comunitario, 20 unidades de multa o tres días de arresto. El objetivo es que el atacan-

te no vuelva a maltratar al personal de salud.

Crisafulli recalcó que, aunque quien tiene la responsabilidad de gestionar el conflicto es el Ministerio Público Fiscal, el Observatorio de Violencia creado por el Consejo de Médicos representa una democratización de esa gestión. Manifestó, asimismo, que acciones como la charla que se brindó en el Consejo de Médicos constituyen actos de sensibilización que pueden generar en el futuro más denuncias.

Al momento de las preguntas, una cuestión que surgió entre los asistentes es si la agresión al personal de salud debe constar en el Historia Clínica. Compagnucci explicó que no es un requisito ni un elemento de prueba. En tanto, la Dra. Nora Castro, del Observatorio de Violencia apuntó que la recomendación es presentar una nota por escrito y por duplicado (para que la copia quede para el agredido) a la autoridad que esté a cargo de la institución.

Castro pidió a los colegas que sean orientadores de sus pares y que aprovechen el recurso del Observatorio, al que se puede ingresar desde la página del Consejo. Al respecto, el presidente del Consejo, **Dr. Héctor R. Oviedo**, destacó la importancia de efectuar el reporte de las agresiones.

Oviedo señaló que la actividad realizada era “fundamental” y recordó que uno de los objetivos de creación del Consejo fue defender la dignidad profesional. “No hay cosa más digna que ser tratado con respeto y sin violencia. Nosotros venimos trabajando desde hace años en luchar contra las agresiones contra el equipo de salud. Participamos cuando se modificaron las leyes y cuando el Código de Convivencia duplicó las penas”, manifestó. Y continuó: “Hemos seguido trabajando, primero con las comisiones internas, como el Cersa (Centro de Estudios de Recursos en Salud), que fue la que abordó primero el tema de la violencia. Y luego, con la creación de una entidad propia, el Observatorio de Violencia del Consejo de Médicos”. Además, recordó: “Desde el Cersa habíamos pedido al Ministerio de Salud que se crearan los observatorios de violencia en los distintos hospitales, para analizar esta problemática, para ver cuáles eran las causas, de manera de poderlas prevenir”.

Finalmente, agradeció a los miembros del Observatorio –además de la **Dra. Nora Castro**, los **Dres. Carla Carta, Andrés Cersosimo, Liliana Morales y Daniel Mowszet**– y dio a conocer que el Consejo continuó trabajando con el Ministerio de Salud y ha sostenido reuniones con los ministerios de Gobierno y Seguridad y de Justicia. “Todos nos han



Vista parcial de los asistentes

abierto las puertas, todos se han demostrado preocupados por este flagelo”, añadió. “También hemos trabajado con el Ministerio Público Fiscal, tengo que agradecer la presencia de la doctora Compagnucci y del doctor Crisafulli. Hace un mes mantuvimos una reunión con representantes del Ministerio donde conversamos sobre las dificultades que tenían los colegas cuando querían realizar la denuncia”, reveló. Y completó: “En ese momento, nos enteramos de que había distintos mecanismos para realizar y nos pareció importante compartir este conocimiento con todas las instituciones. Tengo que agradecer la presencia de representantes de distintos colegios profesionales, hemos propuesto que cada uno pueda crear también su observatorio de violencia”.

Por su parte, la doctora **Liliana Morales**, del Observatorio de Violencia, apuntó: “Si bien para los que ejercemos la medicina puede ser triste hablar de violencia cuando nos hemos formado para dar un servicio, no escapa a la realidad por la que atravesamos los profesionales”. Indicó que para dar cuenta de una situación de violencia, los médicos deben ingresar a la página del Consejo (<https://cmpc.org.ar/>) y hacer clic en el link “Acceder”, bajo el título “Reporte de Agresiones”. De esa manera, se despliega un formulario, que hay que completar con datos como el número de matrícula, apellido y nombre, número de contacto, dirección de correo electrónico, y una breve descripción de la agresión que se quiere informar.

Una vez que el médico realiza el reporte de violencia a la que fue sometido, se disparan mensajes de correo electrónico que llegan a todos los miembros del Observatorio de Violencia en cualquier momento de las 24 horas del día, los 365 días del año, y cualquiera de los integrantes está capacitado para contactar al colega, para dar contención y asesoramiento sobre cómo continuar el proceso.



NUEVAS PAUTAS PARA EL USO RESPONSABLE DE LOS ANTIBIÓTICOS

EL GOBIERNO NACIONAL, A TRAVÉS DE UN DECRETO, REGLAMENTÓ EN JULIO LA LEY 27.680 DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS, QUE FUERA SANCIONADA EN 2022. EL OBJETIVO DE LA NORMA ES COMBATIR UNA DE LAS PRINCIPALES AMENAZAS DE LA SALUD PÚBLICA A NIVEL GLOBAL RES-TRINGIENDO EL USO DE ANTIBIÓTICOS A LAS SITUACIONES EN LAS QUE SEAN IMPRESCINDIBLES O INSUSTITUIBLES. EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA, EL CONSEJO DE MÉDICOS, EL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS, Y EL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS ACORDARON INICIAR UNA CAMPAÑA DE CONCIENCIACIÓN Y CUMPLI-MIENTO DE LAS NUEVAS PAUTAS, QUE ENTRARÁN EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1º DE SEPTIEMBRE.

La reglamentación prevé nuevas pautas para médicos, odontólogos y farmacéuticos tanto en la receta como en la venta de antibióticos, que representan un cambio radical tanto para los actores involucrados, incluidos los pacientes, que requieren ser difundidas para asegurar su cumplimiento. Es un gran paso adelante para contar con mejores herramientas y medidas multisectoriales para hacer frente a una de las diez principales amenazas de salud pública a las que se enfrenta la humanidad. Según las organizaciones internacionales de Salud se estima que para el año 2050, la Resistencia Antimicrobiana puede constituirse en la primera causa de muerte a nivel mundial si no se genera una respuesta global conjunta y sistematizada, que es la intención de la ley y su reglamentación.

¿QUÉ ALCANCE TIENE LA DISPOSICIÓN?

La ley 27.680, como su reglamentación, tiene el enfoque integral de la Salud, que implica el abordaje de la

Resistencia Antimicrobiana (RAM) como problema de salud pública desde las diferentes disciplinas de las ciencias médicas, veterinarias y medioambientales con la participación de todos los sectores y actores involucrados, con un enfoque multidisciplinario como es la génesis de su problemática y a partir de la necesidad de alcanzar un mejor manejo y control. La ciencia médica afirma que el uso indiscriminado de antibióticos produce resistencia a los antimicrobianos. Ese camino podía derivar a futuro en un problema para curar enfermedades infecciosas. De allí la importancia de la ley. Pero, además, permitirá evitar la automedicación.

¿QUÉ CAMBIA PARA LOS MÉDICOS?

La dispensa de estos medicamentos se debe realizar “bajo receta archivada”. El colega que prescribe un antimicrobiano debe entregar al paciente la **receta original y una copia o duplicado** para que una de ellas quede archivada en la farmacia en la que se dispensa.



En la reunión estuvieron presentes, además del Dr. Héctor R. Oviedo, presidente del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba; la Lic. Karina Gatica de la Dirección de Farmacia del Ministerio de Salud; Mónica Miras, presidenta del Colegio Odontológico y el vicepresidente del Colegio de Farmacéuticos, Diego Almada.

¿QUÉ DEBE INCLUIRSE EN LA RECETA?

En la receta -ya sea manuscrita, electrónica o digital- debe constar la siguiente información: **el diagnóstico** por el cual se indica su uso con nombre, apellido, número de matrícula, domicilio, número telefónico y correo electrónico, según corresponda, del prescriptor. El desarrollo de la receta electrónica realizado por el Consejo de Médicos, permite realizar la duplicación, en forma automática.

¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁN INCLUIDOS?

Se trata de los que se denominan "**antimicrobianos**": antibióticos, antivirales, antifúngicos, antiparasitarios.

¿QUÉ CAMBIA PARA LOS FARMACÉUTICOS?

La categoría de "venta bajo receta archivada" incluía ya en la ley a "todas aquellas especialidades medicinales y medicamentos industriales constituidos por principios activos que, por su acción, solo deben ser utilizados bajo rigurosa prescripción y vigilancia médica, por la peligrosidad y efectos nocivos que un uso incontrolado pueda generar". Esto ya ocurría con los **psicofármacos**. Ahora se extiende a los antimicrobianos.

¿QUÉ CAMBIA PARA EL PACIENTE?

Para acceder a un antibiótico el paciente deberá necesariamente realizar una consulta y obtener una derivación médica u odontológica, también contemplar y respetar la

dosis, el intervalo y la duración completa del tratamiento. Según los especialistas, el uso responsable de los antibióticos implica no interrumpir los tratamientos con antibióticos, tomarlos en los momentos indicados por el profesional de la salud, no consumirlos en el caso de infecciones virales, y no comprarlos sin receta y sólo pueden ser provisto por una farmacia.

Durante septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2020 el Colegio de Farmacéuticos de Córdoba realizó un estudio sobre el RAM dónde se detectó que del total de solicitudes de antibióticos en distintas farmacias de Capital y el interior provincial los pedidos sin receta constituyeron el 31,9%.

¿QUÉ EXIGE A LA INDUSTRIA?

Las presentaciones de expendio de antibióticos "deben mantener concordancia con la dosis, el intervalo de dosis y la duración del tratamiento". Según la opinión de profesionales que se dedican al tema, señalan que hay, por ejemplo, algunas cajas de antibióticos que hoy están a la venta y no alcanzan para cubrir un tratamiento y muchas veces sucede que la gente termina la caja y como ya se siente mejor, no completa la terapia. Además, establece que "los envases de los medicamentos cuyo ingrediente farmacéutico activo (IFA) tenga actividad antimicrobiana sistémica deberán contar con un etiquetado frontal especial, definido por la autoridad de aplicación, claramente visible".

El aporte de una especialista

RESISTENCIA ANTIMICROBIANA, DESAFÍO GLOBAL EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Prof. Dra. Claudia Guerrero¹

La resistencia a los antibióticos es una verdadera emergencia en salud y amenaza con hacer que las heridas y enfermedades comunes, que son fáciles de tratar, se tornen mortales, esto se debe entre otros factores a la excesiva prescripción de antibióticos y su disponibilidad sin receta que son moneda corriente.

Frente a la resistencia antimicrobiana se han propuesto estrategias globales para disminuir su impacto:

■ **Políticas de Uso Responsable:** Se han establecido políticas y guías para fomentar la prescripción adecuada de antimicrobianos en entornos médicos. Esto incluye la promoción de terapias dirigidas y el abandono del uso inapropiado o excesivo de antimicrobianos.

■ **Programas de Vigilancia y Monitoreo:** Se han desarrollado sistemas de vigilancia para la detección temprana de resistencia antimicrobiana y la identificación de patrones emergentes. La vigilancia es crucial para adaptar las estrategias de tratamiento y prevenir la propagación de cepas resistentes.

■ **Educación y Concienciación Médica:** La formación continua y la educación sobre el uso prudente de antimicrobianos son esenciales. Los profesionales de la salud deben estar informados sobre las mejores prácticas en el uso de estos fármacos para minimizar el riesgo de desarrollo de resistencia.

■ **Investigación y Desarrollo de Nuevos Fármacos:** Es crucial incentivar la investigación y el desarrollo de nuevos antimicrobianos para reemplazar aquellos que han perdido eficacia debido a la RAM. La innovación en esta área es fundamental para garantizar opciones terapéuticas efectivas.

■ **Colaboración Internacional:** La lucha contra la RAM requiere una cooperación estrecha entre países y organizaciones. Compartir datos, experiencias y conocimientos contribuye a una comprensión más completa y a la implementación de estrategias efectivas.

En este contexto adquiere una dimensión especial el papel de la Farmacovigilancia (FVG), proponiendo métodos y herramientas que detectan o sospechan resistencia o los casos de uso inadecuado de los antibióticos. Así, la identificación, cuantificación y evaluación de los riesgos asociados con el uso de los medicamentos y especialmente en relación a los antibióticos, pueden evitar o minimizar el daño a los pacientes y adoptar las medidas necesarias, poniendo en marcha, si fuese preciso, medidas reguladoras.

Concientizar y abogar por estas estrategias es una responsabilidad compartida que nos permitirá enfrentar este desafío global y proteger la salud de nuestras comunidades y pacientes.

La resistencia a los antibióticos será uno de los principales desafíos de salud pública de este siglo.

1. Doctora en Medicina y Cirugía / Especialista en Farmacología Clínica / Comité de Contralor CMPC

EJES DE LA CAMPAÑA

El mal uso y abuso de los antibióticos produce
resistencia a los gérmenes

La toma de antibióticos debe estar siempre
supervisada por un profesional (médico u odontólogo)

No automedicarse. Si aparecen síntomas o signos de enfermedad, se debe
realizar una consulta médica.

LAS CONSECUENCIAS

La ineficacia de los antibióticos cuando hay necesidad real de utilizarlos:
al haberse usado de manera incorrecta, no tiene el efecto buscado
sobre el germen que produce la enfermedad.

La necesidad de utilizar medicamentos de mayor costo y por tiempo
más prolongado.

La propagación de gérmenes multirresistentes en la comunidad,
con la posibilidad de generarse enfermedades más graves.



PROXIMOS EVENTOS

PRESENCIAL

“PARTO HUMANIZADO” Y “HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA”

ORGANIZA: COMISIÓN DE MUJERES MÉDICAS DEL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA.



**APERTURA /
MODERADOR:**

**DR. HÉCTOR
ROLANDO OVIEDO**
Presidente del CMPC.



CIERRE

**DRA. MARÍA
TERESA PUGA**
*Subsecretaria de discapacidad,
rehabilitación e inclusión
del Ministerio de Salud.*



DISERTANTES:

**DRA. MARIANA
VAN OOTEGHEM**
*Dirección de jurisdicción
de salud del embarazo,
perinatal y de la niñez.*



**DRA. FERNANDA
MARCHETTI**

*Médica. Experta y Mgtr
en Bioética. Coordinadora
del área de Bioética del
Ministerio de Salud.*

24
AGOSTO
14:00 HS.



PRESENCIAL

CONSENSO MAPEO VENOSO SUPERFICIAL

ORGANIZAN: COMISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA Y
COMITÉ DE CONTRALOR DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA
DEL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA.



MODERADORES:

DR. CARLOS SÁNCHEZ CARPIO
*Miembro del Comité de Contralor de Flebología y
Linfoflogía del CMPC.*



DR. GERMÁN JAVUREK

*Miembro del Comité de Contralor de Flebología y
Linfoflogía del CMPC.*



CONFERENCISTA

DR. DANIEL GUGLIELMONE
Médico especialista en Flebología y linfoflogía.

26
AGOSTO
10A 12 HS.



LUGAR: CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
MENDOZA 251, BARRIO ALBERDI, CÓRDOBA



LA REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA DIVULGACIÓN CIENTÍFICA OCUPA UN LUGAR IMPORTANTE EN EL DESARROLLO PROFESIONAL. ETHICA DIGITAL QUIERE DESTACAR EL ESFUERZO, QUIZÁS NO RECONOCIDO EN SU DIMENSIÓN REAL, DE LA EDICIÓN DE LA REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, QUE SE PUBLICA DESDE 1943 HASTA LA ACTUALIDAD. HOY LE OFRECEMOS A NUESTROS LECTORES UN PERFIL DE LA PUBLICACIÓN, CONVENCIDOS QUE ES UN INSTRUMENTO PARA PARTICIPAR COMO LECTORES O AUTORES.

La Revista edita cuatro números anuales. Desde sus inicios, se publican trabajos científicos y revisiones de reconocidos investigadores de esta Facultad y de otras instituciones nacionales e internacionales y está dirigida -como dice en su presentación- a un público interesado en temas relacionados a las ciencias de la salud: medicina, enfermería, kinesiología, diagnóstico por imágenes, fonoaudiología, nutrición, salud pública, ciencias químicas, odontología y afines.

Su contenido incluye artículos originales de carácter científicos, el análisis de casos clínicos, revisiones de literatura tanto nacional como extranjera. El objetivo central es difundir y promover trabajos de investigación relacionados con las ciencias médicas y biológicas.

Se suele decir que la mejor presentación es un ejemplo concreto. Por eso nos adentramos en el número actual (**Vol. 80 Núm. 2- 2023**), que está ilustrada con un fotografía de Victoria Lescano, de la sala Dr. Mirizi, del Museo en Ciencias de la Salud de la Facultad.

Su editorial, con la firma del Dr. Eduardo Cuestas, se refiere a Variabilidad y discrepancias entre Comités de Ética en la evaluación de proyectos de investigación académica.

En su sección de **Artículos Originales**, entre otros, se puede leer un texto de Araceli Minetti, Solange Duchains, Héctor Andrés Suárez, Susana Rivolta e Isabel Inés González, sobre *Validación del método inmunológico de interacción cinética de micropartículas en solución (KIMS) para la determinación de fenitoína en saliva en el hospital de Niños de la Santísima Trinidad.*

Mario Hernán Díaz, Luz G. Ibañez Ledesma, Felipe Torres Gómez, Marcelina Carretero, Rosario Pasquinelli, Bernardo Julio Martínez y María F. Grande Ratti, presentan su trabajo sobre Quimioterapia al final de la vida es compatible con muerte digna y cuidados paliativos

A su vez, Leonardo Bajda, María M. Amaro y Guillermina A. Bongiovanni pasan revista a Métodos cromatográficos optimizados para la identificación y cuantificación de terpenos en aceite de Cannabis sativa de uso medicinal.

En la sección **Revisiones de Literatura** encontramos, por ejemplo, un artículo sobre *La necesidad de un abordaje integrado de la rinitis y el asma*, firmado por Ricardo J. Saranz, Alejandro Lozano, Natalia A. Lozano, Graciela Alegre, Pilar Visconti, Marina F. Ponzio.

En **Casos Clínicos**, se puede encontrar temas como Tumor neuroendocrino primario del conducto hepático común; Marcación prequirúrgica de ganglio hipogástrico con tomografía computada asistido por hidrodissección y Elevación insuficiente de TSH antes de la terapia con I131 en paciente con carcinoma diferenciado de tiroides metastásico, firmado por grupos de investigadores.

La Revista cuenta con dos secciones titulada Imágenes en Medicina y Biología y Educación Médica. Donde se destaca un Análisis del sistema de residencias argentino desde el paradigma de las Ciencias de la Complejidad

Los interesados poder ingresar a través del correo digital: (**revistafcm@fcm.unc.edu.ar**) o contactarse con Dra. Natalia Traversaro, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas.

Teléfono 0351-4334029 int. 20051



LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

En Argentina se detecta un aumento de casos de influenza desde la Semana Epidemiológica (SE) 17 (fin del mes de abril), con un máximo en la SE 27 (primera semana de julio) y que continúa en aumento. El virus influenza A es el predominante.

Los casos de influenza se han detectado en todos los grupos de edades. Ante esta situación recordamos la importancia de lograr **coberturas óptimas de vacunación $\geq 95\%$ en cada grupo de riesgo.**

Recordemos: La vacunación antigripal debe ser efectuada en forma oportuna antes del comienzo del invierno y deberá continuar durante el resto del año debido a la dinámica de la circulación del virus

Grupos de vacunación:

Embarazada: En cualquier trimestre del embarazo. La

vacunación de la embarazada proporciona doble protección: a la madre evita complicaciones por gripe, al niño el pasaje de anticuerpos maternos lo protege los 6 primeros meses de vida, antes de que pueda iniciar su esquema de vacunación antigripal.

Niños de 6 a 24 meses: deben recibir 2 dosis de vacunas en el 1er año que se vacunan, luego será solo 1 dosis.

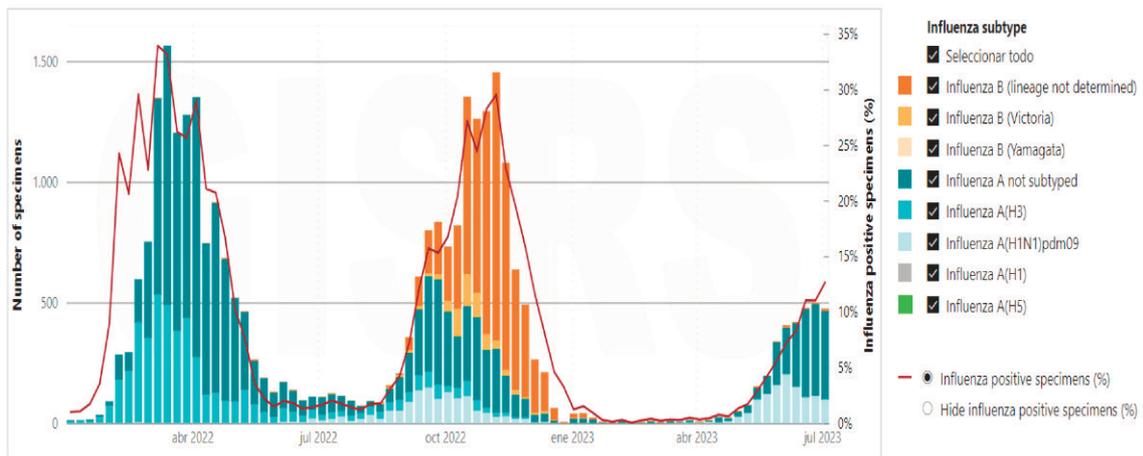
Grupos de riesgo entre 2 a 64 años: deberán aplicarse anualmente la vacuna Personas ≥ 65 años.

Contraindicaciones absolutas: NO vacunar

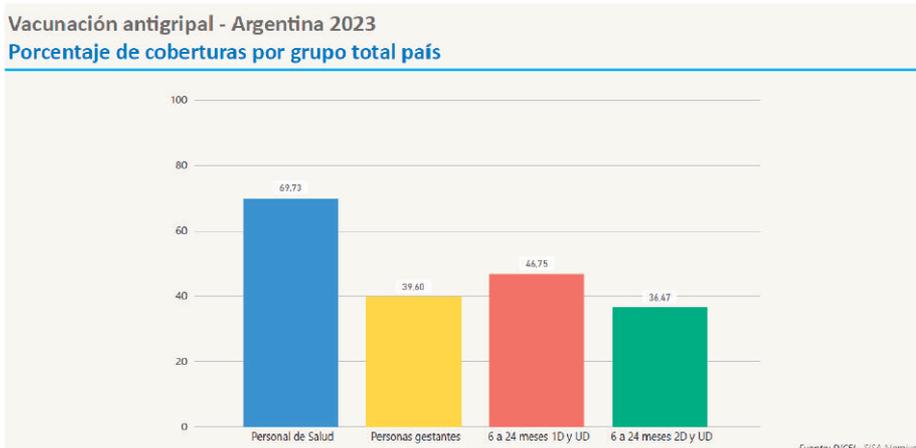
Antecedente de reacción anafiláctica a una dosis previa de vacuna antigripal

Antecedente de Síndrome de Guillain Barre ocurrido dentro de las 6 semanas de haberse aplicado 1 dosis de vacuna influenza y habiéndose descartado otras causas.

Influenza por tipo, subtipo y linaje detectados en Argentina SE1 2022 – SE27 2023



Coberturas de vacunación (datos al 31 de julio – Semana 19 de vacunación)



EL ALCOHOL Y EL CORAZÓN NO SE LLEVAN BIEN

Un estudio reciente publicado en la revista "Hypertension" encontró que incluso la toma de una sola medida de bebida alcohólica al día puede aumentar la presión arterial.

El estudio, realizado por investigadores de la Universidad de California en San Francisco, analizó datos de más de 2.000 adultos sin hipertensión.

Los participantes fueron clasificados en tres grupos según su consumo de alcohol: no bebedores, bebedores moderados (una a dos bebidas al día) y bebedores frecuentes (más de dos bebidas al día).

Los resultados del estudio mostraron que los bebedores moderados tenían un riesgo 14% mayor de desarrollar hipertensión que los no bebedores. El riesgo de hipertensión fue aún mayor entre los bebedores frecuentes, quie-

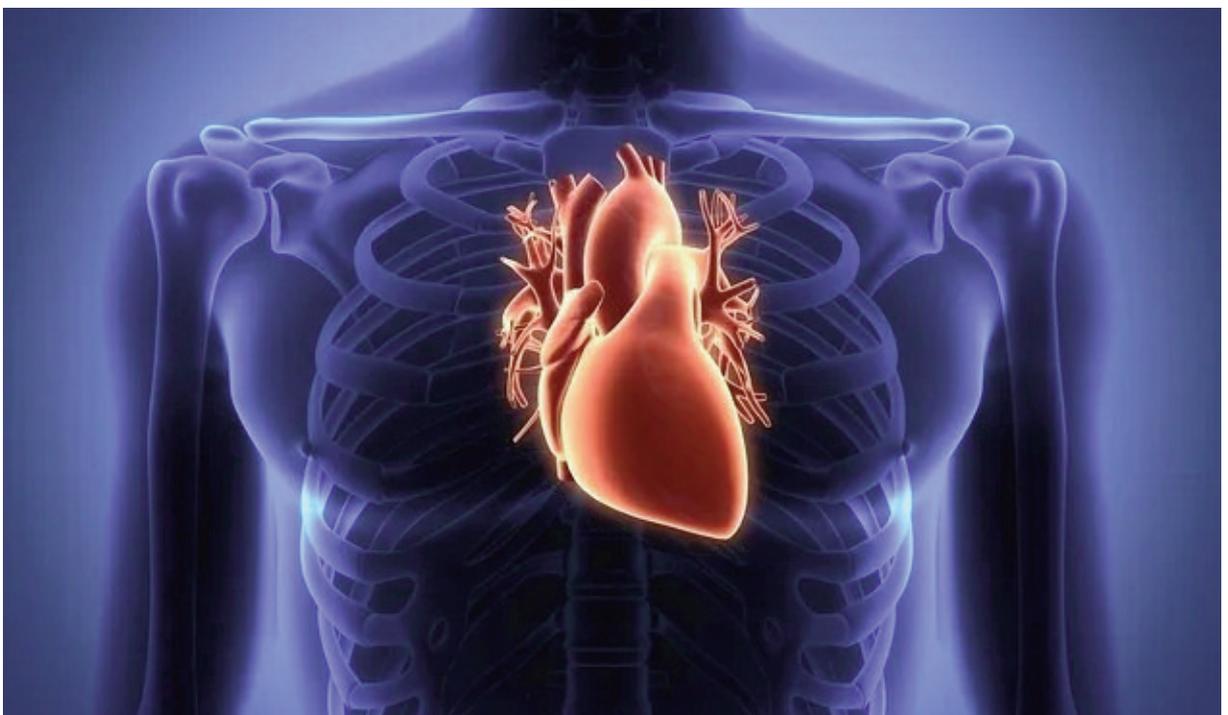
nes tenían un riesgo 41% mayor que los no bebedores.

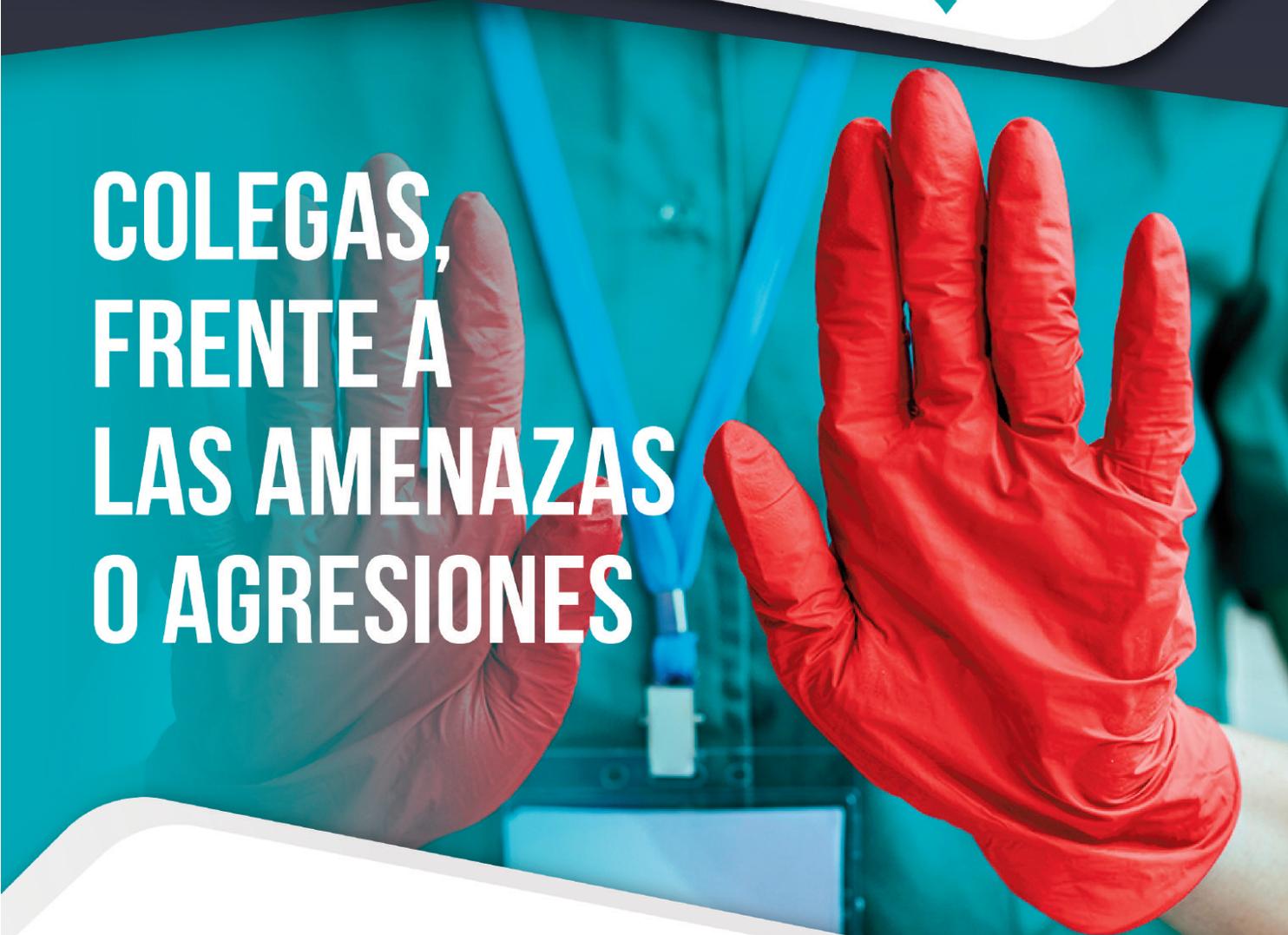
Los investigadores creen que el alcohol puede aumentar la presión arterial al estrechar los vasos sanguíneos y aumentar el ritmo cardíaco. También puede causar retención de líquidos, lo que también puede contribuir a un aumento de la presión arterial.

Los autores del estudio señalan que los resultados no significan que todos los que beben alcohol desarrollarán hipertensión. Sin embargo, es importante que las personas que beben alcohol sean conscientes de que el alcohol puede aumentar su riesgo de desarrollar la afección.

Si tiene presión arterial alta, es importante hablar con su médico sobre si debe reducir o eliminar su consumo de alcohol.

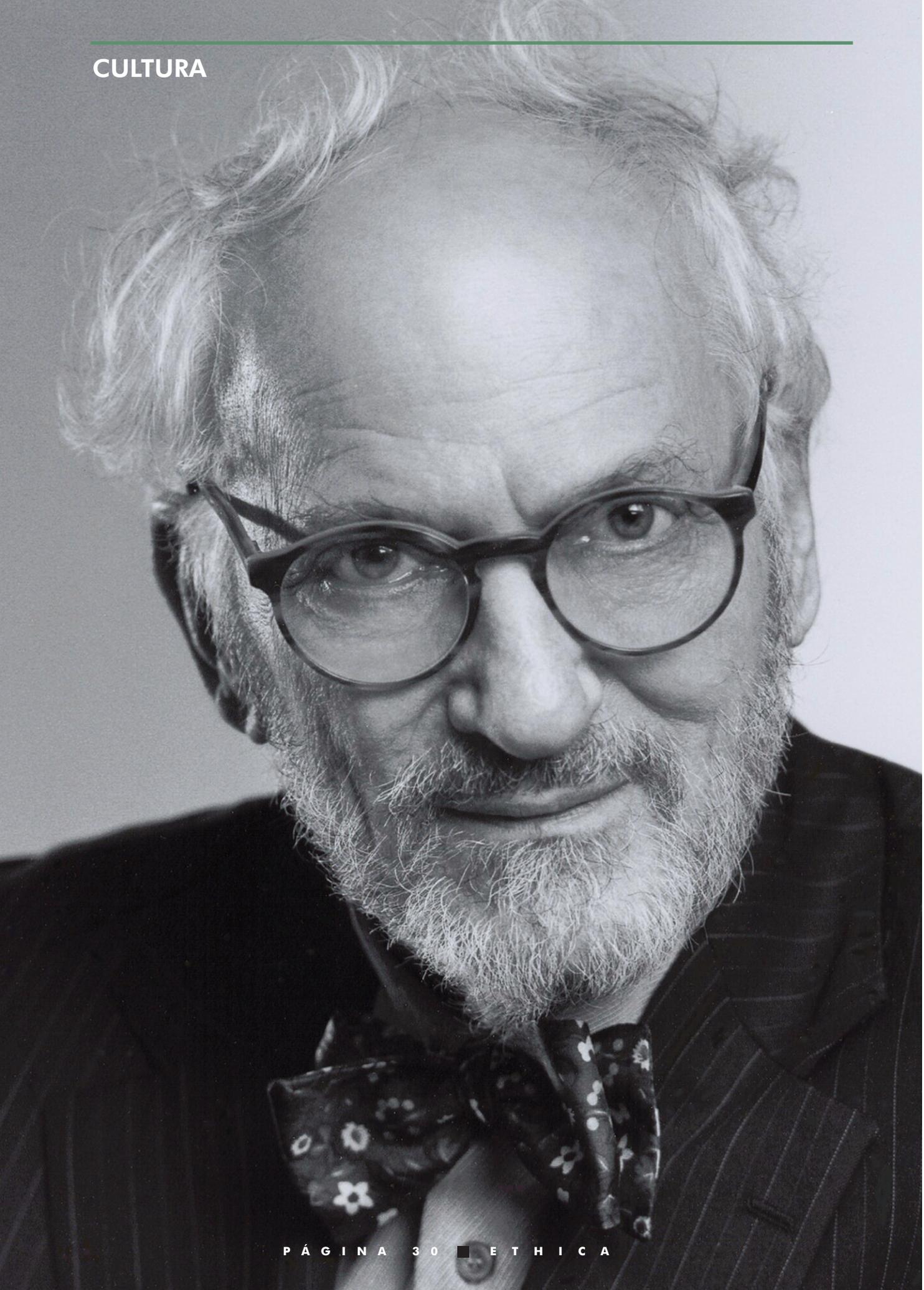
Fuente: Revista Hypertension





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

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



LA PERSONA COMO SUJETO DE LA MEDICINA

ETHICA DIGITAL PRESENTA UN TEXTO CONSIDERADO CLÁSICO DE UN MAESTRO DE LO QUE SE CONOCE COMO MEDICINA HUMANISTA. ERIC CASSELL FUE PROFESOR EN LA CORNELL UNIVERSITY Y TRABAJÓ COMO MÉDICO EN EL NEW YORK PRESBITERIAN HOSPITAL. FUE MIEMBRO DESTACADO DEL HASTINGS CENTER Y HA SIDO UNO DE LOS PIONEROS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. MURIÓ A LOS 92 AÑOS, DEJANDO TEXTOS IMPRESCINDIBLES DE LECTURA PARA COMPRENDER LA PRÁCTICA MÉDICA. EN ESTA OCA-SIÓN PRESENTAMOS UN FRAGMENTO, COMO BASE, REALIZADO POR LA **REVISTA DIGITAL INTRAMED**, DEL ARTÍCULO QUE LLEVA EL TÍTULO DE ESTA NOTA, PUBLICADO ORIGINALMENTE, EN 1982, EN **CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN VÍCTOR GRIFOLS**. HAY UNA FRASE QUE SUS LECTORES MÉDICOS RECUERDAN SIEMPRE: «LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA, QUE NO LOGRAN COMPRENDER LA NATURALEZA DEL SUFRIMIENTO, PUEDEN LLEVAR A CABO UNA INTERVENCIÓN MÉDICA QUE NO SOLO NO LOGRA ALIVIAR EL SUFRIMIENTO, SINO QUE SE CONVIERTE EN UNA FUENTE DE SUFRIMIENTO EN SÍ MISMA».

¿QUÉ ES UNA PERSONA ENFERMA?

Permítanme que comience con la típica anécdota de médico orgulloso de sí mismo. Hace mucho tiempo, hacia 1970, tres hermanas me pidieron que visitara a una tía anciana que estaba tan débil que no podía levantarse de la cama. Fui a su casa y la paciente tenía tal *anemia* que estaba literalmente tan blanca como las sábanas. Pero no presentaba ningún otro síntoma; de no ser por la anemia, no parecía padecer enfermedad alguna. Diagnostiqué una anemia perniciosa y la ingresé en el hospital, donde se confirmó el diagnóstico. La paciente se curó con un tratamiento de vitamina B12. Me sentí muy satisfecho al haber diagnosticado una *anemia perniciosa* durante una visita a domicilio.

Esta anécdota típica se refiere a un acontecimiento: el **diagnóstico** de una enfermedad poco común durante una visita a domicilio. Pero ahí no acaba la cosa. ¿Cómo lle-

gué a esa casa? Las tres hermanas eran pacientes mías –las conocía bien desde hacía casi una década– y todas compartían piso. Por eso, cuando visité a la tía, no me consideraron un extraño. Gracias a lo cual, la tía –que era muy pudorosa– me permitió que la examinara y no ofreció resistencia al ingreso en el hospital. Luego siguió siendo mi paciente durante muchos años hasta su fallecimiento. Esta señora me vio como un médico de confianza en el papel tradicional del doctor amable que diagnostica y trata enfermedades y que protege contra la muerte.

¿Dónde aprende un médico a portarse correctamente con los pacientes, a valorarlos y a sintonizar con ellos? Se aprende en la facultad de medicina y en la formación una vez graduado. Los educadores médicos lo denominan «*currículo informal*», ya que no se enseña de forma activa, como si estos temas no se considerasen importantes. Puede que en 1970 no se creyese importante comprender

a los pacientes, pero ahora esta comprensión resulta fundamental para una buena práctica médica, ya que las enfermedades han cambiado, del mismo modo que la asistencia médica (...).

Las enfermedades típicas de nuestra época son **afeciones crónicas**, como el cáncer, la insuficiencia cardíaca, el VIH-sida, la artritis, las enfermedades pulmonares crónicas, la demencia o las enfermedades propias del envejecimiento. Las enfermedades crónicas no son atendidas principalmente por médicos, sino por los mismos pacientes, por la familia y por otros cuidadores con el asesoramiento de médicos. Muchas de las personas que sufren estas enfermedades realizan numerosos desplazamientos al hospital a lo largo de los años y terminan sus vidas ingresadas. Saber quiénes son como personas y cómo la enfermedad transforma su condición de persona mejora la atención que estas personas reciben.

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD?

Creemos que la gente está enferma debido a su afeción –su cáncer, su insuficiencia renal o cardíaca– y esto deriva de nuestra definición de la persona enferma como alguien que padece una enfermedad. Me gustaría que considerasen otra definición de la enfermedad que resulta más útil y está más relacionada con lo que supone *estar* y *sentirse* enfermo. **Los pacientes están enfermos cuando, debido a un deterioro funcional, no pueden perseguir sus metas y objetivos.** La reacción de los médicos ante lo que los pacientes les cuentan, lo que revelan sus reconocimientos y toda la información técnica que descubren se dirige a realizar un *diagnóstico* y tomar una decisión en cuanto al *tratamiento*. Deben recordar que el *diagnóstico* no es algo en sí mismo; **el diagnóstico no es más que un nombre que se ha asignado a una abstracción.** Se trata de una abstracción muy útil –el nombre de la enfermedad y lo que significa–, ya que con ese nombre uno puede descubrir muchas cosas sobre la enfermedad que son el resultado de décadas de experiencia, investigaciones en laboratorios y toda la sabiduría acumulada sobre dicha enfermedad.

La enfermedad, independientemente de cualquier nombre o significado que le asignemos, es «*un trastorno o anormalidad de la función*». La enfermedad es mayor que la afección a la que se refiere el nombre del diagnóstico y

mayor que la experiencia de enfermedad del paciente, ya que incluye aspectos de los que no tienen conciencia ni los pacientes ni los médicos. Por ejemplo, si el pensamiento de un paciente se ve afectado por la enfermedad, o su expresión emocional, o su capacidad para mantener relaciones, pero ni el paciente ni sus médicos son conscientes de ello, estos aspectos no se incluirán en las definiciones de la enfermedad. Su enfermedad abarca más que unos síntomas y la experiencia de pacientes. Existen, pues, **tres «entidades»** distintas que describen qué le ocurre al paciente:

■ **La enfermedad como dolencia:** una característica del paciente que se compone de todas las molestias o trastornos de la función que se den.

■ **La enfermedad como padecimiento:** la atribución subjetiva a las manifestaciones del trastorno de un nombre, una descripción o una creencia, por parte del paciente, según las experimenta él mismo.

■ **La enfermedad como afeción:** el nombre o el proceso patológico al que el médico o el diagnóstico atribuye el trastorno del paciente.

¿Dolencia, padecimiento y afeción? ¿Se trata de dividir a la persona del mismo modo que, por ejemplo, se divide entre *mente* y *cuerpo* o *persona* y *cuerpo* (las famosas dicotomías)? **No.** Sólo hay una persona enferma que padece trastornos funcionales, los cuales existen efectivamente en dicha persona. Es como si los trastornos funcionales, la enfermedad como dolencia, fueran un texto que el paciente leyera de un modo y el médico de otro. Nada de lo anterior es a lo que nos referimos cuando queremos comprender mejor el significado de la enfermedad como dolencia para describir a una persona enferma. Si contemplamos la **funcionalidad** desde una perspectiva distinta, sin embargo, nos damos cuenta de que el deterioro funcional se da en todas las personas enfermas.

¿QUÉ ES LA FUNCIONALIDAD?

La funcionalidad humana es un conjunto exhaustivo y absoluto de actividades que incluye toda la gama, desde la celular hasta la espiritual; comer, pensar y amar son todas funciones entre miles más. En el logro de objetivos, aspiraciones y metas interviene una jerarquía de funciones que

van desde la molecular hasta la social y la espiritual. No existe *ninguna* frontera entre el cuerpo y las demás partes de la persona en lo que respecta a sus funciones y a los objetivos que éstas apoyan. La enfermedad como **dolencia** se compone de todo el fenómeno que le sucede a la persona enferma: personal, emocional, social, físico y espiritual.

Recuerden que lo único real es la persona enferma, que es la amalgama de todas las características tanto de la enfermedad como afección, que es lo que ve el médico, como de la enfermedad como padecimiento, que es lo que experimenta el paciente. Por ejemplo, el cáncer de mama no es simplemente el característico bulto y la patología del tejido mamario. El cáncer de mama es todo el espectro, para la persona que lo padece, de todos los aspectos físicos, psicológicos, sociales y personales que se han asociado al tejido mamario anormal o han sido iniciados por el mismo, tratamiento inclusive: la cirugía y sus efectos, la radiación, la quimioterapia, la desfiguración (si ocurre), el miedo, la vergüenza, la ira, los conflictos emocionales conocidos o desconocidos. Todo esto es lo que es el cáncer de mama para esa mujer (o ese hombre).

ETAPAS DE LA ENFERMEDAD COMO DOLENCIA

El sello distintivo de la enfermedad como dolencia son los **síntomas**: desde una nariz que sangra hasta un dolor atroz. Todos los síntomas son consecuencia de alteraciones de la funcionalidad. Las personas pueden presentar síntomas leves, o síntomas muy molestos pero durante periodos relativamente cortos, como una nariz que sangra, dolor en la garganta, estornudos o tos, en cuyo caso no suelen considerarse enfermas. Los síntomas como la tos, la expulsión de flema o la sibilancia intermitente pueden prolongarse durante semanas o meses, pero los aceptamos o los atribuimos a causas cotidianas como el tabaco y no nos consideramos enfermos. En ocasiones, el peso de los síntomas puede ser considerable: –dolores, dificultades en la vida cotidiana debido al anquilosamiento de las articulaciones, dificultades para caminar, falta de aliento, molestias abdominales, trastornos intestinales y otras molestias similares– pero nos acostumbramos a estas cosas, cambiamos nuestros comportamientos cotidianos, elaboramos racionalizaciones y excusas para los síntomas y no nos consideramos enfermos. Hay personas que son

capaces de cualquier cosa antes que reconocer que tienen algún problema o que deberían ir al médico. Hay incluso personas extraordinarias que, a pesar de padecer enfermedades muy graves o que implican un riesgo de muerte, y de sufrir síntomas de peso, viven sus vidas *adaptadas* a su dolencia y sin considerarse enfermas. Hacen lo que les parece importante y viven sus vidas como si no estuvieran enfermas. Pero luego algo cualitativamente distinto sucede y la enfermedad como *padecimiento* ocupa un lugar central en la vida del paciente. Estamos ante un estado de *padecimiento*.

ESTADO DE PADECIMIENTO

La característica fundamental de este estado consiste en la desviación de todos los pensamientos y las acciones de la persona hacia dicho estado:

- Hacia la desesperanza en un estado de desesperación.
- Hacia el dolor en un estado de dolor.
- Hacia el objeto del amor en un estado de amor.
- Hacia la dolencia en un estado de dolencia.

El impacto de un estado de padecimiento en la persona es generalizado: abarca desde lo social hasta lo molecular. Lo que le ocurre al paciente se compone del fenómeno completo –las cosas personales, emocionales, sociales, físicas, espirituales– que le suceden a la persona enferma. Esta es la experiencia *personal* que a menudo queda **oculta** por el enfoque del médico en las características y el fenómeno de la enfermedad como afección. Pero es esta experiencia *personal* –decrepitud, fragilidad, debilidad, falta de energía, extenuación– más que, por ejemplo, la tos o la pérdida de apetito, lo que hace que la persona sepa que está realmente *enferma*.

LA PERSONA ENFERMA

Ahora sí podemos empezar a describir a las *personas enfermas* y a compararlas con las personas ordinarias. Primero hemos tenido que deshacernos de toda idea de enfermedad (en el sentido de dolencia) como lo que los pacientes que padecen una enfermedad experimentan. Hemos tenido que deshacernos de nociones cotidianas de las enfermedades (en el sentido de afecciones) como si éstas fueran lo verdadero. Hemos tenido que entender que el concepto de una **persona enferma** es mucho más

amplio que simplemente alguien que sufre una enfermedad (en el sentido de padecimiento), aunque sea grave. En la mayoría de los casos, las personas enfermas presentan síntomas que son visibles y que parecen ser toda la enfermedad. La experiencia de los síntomas destaca por encima de lo demás; sobre todo el dolor. Aunque también las náuseas y los vómitos, la disnea o quizá todo síntoma si es lo suficientemente grave como para dominar la experiencia del paciente.

El miedo y la incertidumbre. Estas y todas las demás manifestaciones de la enfermedad como padecimiento ocupan un lugar central en la vida del paciente y en las acciones de sus médicos. El paciente como persona parece desplazarse a la periferia. Existen determinadas características que están presentes en todas las enfermedades (en el sentido de padecimiento) *graves*, independientemente de qué enfermedad sea y dónde se encuentren los pacientes. Las personas que padecen una enfermedad están desconectadas de los sanos y de su mundo. En la salud sabemos que estamos vivos mediante nuestra conexión con el mundo. Mediante el tacto, el oído, la vista y los demás sentidos; mediante nuestro interés en las cosas que nos rodean, nuestras relaciones con otras personas y nuestro trato con otros. En la enfermedad como padecimiento, por leve que sea, algunas de estas conexiones se pierden. Cuando el padecimiento se agrava o se convierte en un estado vital, la conexión del paciente con el mundo se reduce aún más, una situación que empeora por el aislamiento en lugares especiales como los hospitales. O mediante la pérdida de interés y la reducción progresiva del campo sensorial. La persona que padece una enfermedad pierde la sensación de indestructibilidad que se posee normalmente (lo que en psicología se suele llamar *omnipotencia*).

¿Por qué es una estupidez decirle a alguien a quien acaban de comunicar que su enfermedad podría ser mortal que todos nos podemos morir en cualquier momento? Porque esa persona ya lo sabe. Cuando la sensación de indestructibilidad se pierde, el mundo se convierte en un lugar muy peligroso. La persona enferma se centra en los miedos, las amenazas, los peligros, los riesgos y la fragilidad. La persona que padece una enfermedad pierde omnisciencia; la plenitud de la razón. Cuando estamos sanos, creemos que sabemos cosas sobre el cuerpo, las

enfermedades, los médicos, los tratamientos, etc. Creemos que poseemos un conocimiento bastante completo. Y hoy en día todo el mundo lo sabe todo. Pero cuando sobreviene la enfermedad (en el sentido de *padecimiento*), de repente, el conocimiento resulta incompleto. Lo que sabemos no resulta suficiente; sobre todo en vista de todas las incertidumbres que se presentan. Y si a esto sumamos la pérdida de interés, resulta muy difícil pensar con claridad.

La enfermedad (en el sentido de *dolencia*) provoca un deterioro cognitivo. Cuando una persona está confinada a la cama y precisa cuidados habituales, su capacidad para pensar se ve dañada. No puede ponerse en el lugar del otro. No puede manejar abstracciones; es una persona concreta. Simplemente, no puede pensar con claridad. Esto se suele denominar **regresión**, como si fuera una característica de esta persona en particular, en lugar de ser el padecimiento en sí. La enfermedad como dolencia provoca un **deterioro emocional**: el enfermo puede sentirse alejado de sus emociones o incluso no sentir las en absoluto; especialmente los sentimientos de amor y afecto. La persona que padece una enfermedad se vuelve impotente y pierde el control; lo que a menudo constituye el aspecto más aterrador de la dolencia. El médico debería reconocer la posibilidad de que el paciente se sienta impotente o sin control. La enfermedad como padecimiento tiene **síntomas**: la percepción, la sensación o la conciencia de que algo va mal, un cambio o pérdida de funcionalidad o un deterioro funcional, una sensación anormal, como dolor. La persona enferma asigna un significado a estos síntomas, que se convierten en su centro de atención. Todo lo que forma parte del mundo de enfermedad del paciente se convierte en el centro de atención. Estos síntomas y las demás realidades sobre la enfermedad (en el sentido de padecimiento) se convierten en el centro de atención de la persona enferma. Todo se escrutina en busca de pistas que indiquen qué le pasa o qué le pasará al paciente. El comportamiento del personal –incluso su expresión; si sonríen o fruncen el ceño–; todo se escrutina en busca de pistas que indiquen qué le pasa a la persona enferma.

Los acontecimientos y las circunstancias del mundo exterior que antes importaban al paciente pierden relevancia en comparación con el mundo de enfermedad del paciente. Puede que parezca que médicos, enfermeros y

demás personal sanitario adquieren más importancia que incluso la propia familia. Al fin y al cabo, parecen ser los que guardan las llaves de la supervivencia. Alguien que visita al paciente todos los días, o que está allí «todo el tiempo», y se muestra especialmente atento puede adquirir una relevancia cada vez mayor para el paciente, de un modo desproporcionado a su importancia real. Por eso, en ocasiones, los testamentos se cambian en el hospital a favor de personas que desempeñan este papel.

La enfermedad como padecimiento implica un cambio en los objetivos. Mientras permanecemos despiertos, nuestra vida está en todo momento repleta de objetivos, y las miles de funciones del cuerpo y la persona se encuentran al servicio de esos objetivos y metas. Los objetivos y las metas forman una pirámide. Los objetivos menores, como preparar el coche, están al servicio de otros mayores, como ir en coche al trabajo, los cuales se encuentran a su vez al servicio de otros aún mayores, como ascender en el trabajo, y éstos también facilitan otros mayores, todos los cuales acaban estando al servicio del objetivo fundamental, que es *ser uno mismo*. A excepción de los objetivos más básicos de la pirámide, la satisfacción de objetivos precisa de otras personas. Aunque podamos hacer cosas nosotros mismos, rara vez puede uno realizar incluso las tareas más ordinarias completamente solo. Los empleados de correos, los dependientes, los operadores de los servidores informáticos, los trabajadores de la empresa o los compañeros de trabajo, los familiares y muchas otras personas son necesarias para completar tareas, facilitar la realización de cosas y llevar a término tus metas. En la enfermedad (en el sentido de dolencia), los objetivos se estrechan y se centran en la conservación de uno mismo de un modo mucho más restringido que en las personas sanas. Consisten en el alivio del sufrimiento, la realización de funciones fisiológicas sencillas

“(Los pacientes) son seres humanos, personas como nosotros, pero heridos. Su cambio de condición y nuestra atención, unidos en términos de igualdad, serán los que en última instancia transformarán la medicina”
Eric Cassell

pero necesarias, estar en presencia de otros y cumplir las funciones sociales más básicas. Aun así, a menos que se dé un sufrimiento agudo, el objetivo central de ser uno mismo sigue ocupando un lugar muy importante.

EL SUFRIMIENTO

El sufrimiento es un estado vital especial y una forma extraordinaria de angustia que se puede dar en enfermos porque las causas más reconocibles de sufrimiento a menudo son provocadas por enfermedades físicas. Incluso cuando el sufrimiento ha sido provocado por una enfermedad, dicho sufrimiento no es la enfermedad; es sufrimiento. Cuando la causa del sufrimiento es un dolor, dicho sufrimiento no es el dolor; es sufrimiento. Cuando existe dolor y comienza el sufrimiento, la terrible angustia no es ya el dolor, sino el sufrimiento. El sufrimiento aparece cuando una fuente de angustia resulta tan amenazante o tan grave que la persona pierde la sensación de estar intacta o íntegra como persona y continúa hasta que la angustia o su amenaza desaparecen, o bien hasta que la persona vuelve a estar intacta o íntegra de algún otro modo.

El sufrimiento posee otras características únicas.

- El sufrimiento es personal: siempre implica un futuro; por ejemplo, qué pasará si el dolor continúa, incluso aunque el dolor no sea tan agudo ahora mismo.

- El sufrimiento siempre abarca no sólo la angustia en sí, sino su significado. Los cuerpos no tienen sentido del futuro y los cuerpos no crean significados; sólo las personas pueden hacerlo. El sufrimiento es algo que le ocurre a las personas, no a los cuerpos. Los cuerpos no sufren; las únicas que sufren son las personas.

- El sufrimiento siempre es individual. Lo que causa sufrimiento a una persona puede que no lo cause a otra. Incluso cuando más de una persona sufre a raíz del mismo estímulo –por ejemplo, un tipo de dolor determinado como el de un aneurisma torácico–, las características del

sufrimiento de cada persona serán distintas porque las personas son diferentes.

■ El sufrimiento siempre implica un conflicto con uno mismo. Un ejemplo muy simple: puede que una persona quiera ceder o sucumbir al dolor, mientras que otra parte de esa misma persona prefiera combatirlo y sobrevivir, creándose un conflicto que no hace más que sumarse a la angustia que está sufriendo.

■ En el sufrimiento que tiene lugar en las enfermedades crónicas, la persona puede que quiera e intente ser como cualquier otra persona, pero resulta imposible debido al deterioro funcional que se produce en la enfermedad. Aquí surge un conflicto entre el deseo de ser como los demás y la parte que quiere contenerse debido al deterioro funcional.

■ El sufrimiento siempre implica la pérdida de un objetivo fundamental. Cuando sobreviene el sufrimiento, los objetivos de la persona centran su atención en la raíz del sufrimiento. Las ideas de uno mismo en el sentido más amplio –características de la persona sana– desaparecen.

■ El sufrimiento siempre es solitario. El sufrimiento es solitario porque siempre tiene su origen dentro del individuo y no se comparte con otros. Y es solitario debido a la pérdida de un objetivo fundamental.

COMPARACIONES ENTRE ENFERMOS Y SANOS:

VARIOS ENUNCIADOS SENCILLOS

En este apartado comparamos entre *enfermos* y *sanos*. Las características de la enfermedad como dolencia se manifiestan de un modo más pronunciado en un «estado de enfermedad» (en el sentido de dolencia), pero el deterioro funcional se halla en grados diversos en todas las personas enfermas. Las personas que permanecen en cama con una enfermedad de larga duración, pero que en todos los demás aspectos parecen ser como las personas sanas, sufrirán los deterioros relacionales, cognitivos y emocionales característicos de los enfermos. En el extremo contrario, las personas que de un modo repentino y contundente son arrojadas al mundo de la enfermedad –por ejemplo, a raíz de un accidente–, comenzarán inmediatamente a manifestar características de la enfermedad como padecimiento; por ejemplo, iniciará inmediatamente una relación terapéutica con los médicos que las traten –personas completamente desconocidas– caracterizada por la confianza y la obediencia.

Recuerden que recapitulé la definición de **persona** del siguiente modo: «Una persona es un individuo humano corpóreo, determinado, pensante, sensible, emocional, reflexivo, relacional y actuante». Si pensamos en la persona enferma nos damos cuenta de que, aunque sigue siendo un individuo humano, todos los demás calificativos de esta breve definición han cambiado.

Aunque la persona enferma sea **corpórea**, lo cierto es que su cuerpo ha cambiado, al igual que la relación de la persona con su cuerpo.

La persona enferma tiene **objetivos**, pero su centro de atención se ha desviado a su misma persona. Si además sufre, su atención se ha restringido aún más y se dirige a la raíz del sufrimiento.

La persona enferma **piensa**, pero su función cognitiva está afectada y su centro de atención se ha reducido a su propia persona y poco más. No sé cómo definir la corriente de pensamientos del enfermo, ya que no tengo constancia de que se haya estudiado.

La función emocional también se ha transformado. Aunque la emotividad esté presente y puede estar al servicio de la función valorativa de las emociones, la emotividad como forma de ser (como sería mostrarse afectuoso) ha cambiado en el enfermo y se distancia de sus objetos.

El mundo del enfermo es un lugar donde la existencia es inmediata; es el mundo deteriorado del aquí y el ahora. Cuando se piensa en el pasado es para recordar como eran las cosas antes y ya no. El futuro se percibe como el mundo deteriorado de ahora prolongándose hasta el futuro.

Al igual que la persona sana, la enferma vive en una red de relaciones. Pero sus relaciones son diferentes. Quien antes desempeñaba un papel dominante –ya sea como marido, hermano mayor o jefe– ahora se percibe como más débil y dependiente.

En una enfermedad aguda, otras personas ayudan y prestan su apoyo al enfermo, por lo que su importancia personal se mantiene con la expectativa de que pronto volverá a ser la misma persona de antes. Sin embargo, en una enfermedad crónica caracterizada por un deterioro funcional que se prolonga durante mucho tiempo, el poder personal del enfermo es una de las funciones deterioradas.

Dependiendo del tipo de enfermedad –por ejemplo, una enfermedad renal crónica que requiere diálisis–, el

personal médico puede adquirir una gran importancia que se resta a los familiares. Igualmente, la persona enferma se encuentra ahora en una nueva e importante red de relaciones y los médicos y enfermeros adquieren una importancia cada vez mayor. Toda decisión de cierta envergadura que tomamos implica siempre a otros –por lo general, de un modo informal–, ya que podemos ver el punto de vista de otras personas –y a menudo lo hacemos–, además del propio.

El **deterioro cognitivo** de las personas enfermas se expresa, entre otros modos, en que *no pueden* ver el punto de vista de otros. No pueden ver las cosas del mismo modo que las ven otros. Toda decisión adoptada por un enfermo se toma principalmente en base a su punto de vista y no al de otros. Los seres humanos pueden actuar, hacer cosas, construir cosas y facilitar la realización de cosas. No es el caso del enfermo. Cuando Aleksandr Solzhenitsyn quiere definir nítidamente qué le ocurre al médico de la sala de oncología que desarrolla cáncer, se lo lleva a que le hagan una placa. En realidad, en ese momento no sabemos si tiene o no cáncer, pero no importa; está enfermo y *los enfermos no hacen, sino que se les hace*.

Ninguna de estas características de la persona enferma nos sorprende. Aunque en unos enfermos unas caracterís-

ticas serán más pronunciadas que otras, así se manifiesta una dolencia grave. Las razones por las que las personas no quieren estar enfermas son de peso. Lo que resulta sorprendente es que todas estas características del enfermo hayan permanecido *ocultas* en lo que respecta al mundo de la bioética. En épocas anteriores, antes de que los pacientes se convirtieran en personas, dudo mucho que hubiera sido necesario recordarle a nadie cuál es la naturaleza de la persona enferma. Por alguna razón, cuando al enfermo se le otorga la condición de *persona*, tras la segunda Guerra Mundial, es como si esperásemos que fuera igual que los demás. Pero no lo es. El gran desafío lo representa el cambio en la posición del enfermo. Hasta la segunda Guerra Mundial, los enfermos recibían un tratamiento distinto al de los sanos. Estar enfermo suponía perder la categoría plena de persona en la sociedad. Como los discapacitados, los ancianos y los pobres, los enfermos no participaban de la libertad personal de los sanos. Aunque estas categorías humanas se reconocieran oficialmente como personas, no compartían la posición social de los sanos. A veces, en el mundo occidental del siglo XXI, nos cuesta trabajo comprenderlo. Sin embargo, aún existen sociedades en las que los enfermos pierden su posición de personas plenas en la sociedad.

xxx

Cursos de FORMACIÓN

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

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

Más información:
educacionmedicacontinua@cmpc.org.ar

www.cmpc.org.ar @ f t y

CMPCI Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba



FIDEICOMISO SOLIDARIO
DE AYUDA PROFESIONAL

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

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

Somos mucho más que un seguro

☎ (+54) 351 4262550

✉ contacto@fisap.com.ar

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

🌐 fisap.cordoba

📍 FISAP

www.fisap.com.ar