

ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 162
Septiembre 2023

ISSN 1514 - 688 X



RIESGO DE COLAPSO EN LA
ATENCIÓN DE LA SALUD

Oswaldo Guayasamin (1919-1999)

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
VOCAL SUPLENTE

REVISORES DE CUENTAS

Dr. Eduardo Sacripanti
Dra. Néilda Pussetto

**CONSEJO DE DELEGADOS
DE DISTRITOS**

Dra. Nora Castro
PRESIDENTE

Dra. Marcela Ogas
SECRETARIA

COMITÉ EDITORIAL

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

DIRECTOR

Dr. Luis Otoniel Hormaeche

DIRECTOR PERIODÍSTICO

Luis E. Rodeiro

CORRECCIÓN

Lic. Mónica Taborda

ARTE Y DIAGRAMACIÓN

Hernán Sieber

ISSN 1514-688X

Registro de Propiedad Intelectual N° 28798

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

ADVERTENCIA DEL CONSEJO DE MÉDICOS

EL RIESGO DE COLAPSO DEL SISTEMA DE SALUD



LA ATENCIÓN DE LA SALUD VIVE MOMENTOS DE PROFUNDA INQUIETUD ANTE EL REITERADO ATRASO, POR LO DEMÁS INJUSTIFICADO, QUE LOS FINANCIADORES DEL SISTEMA, OBRAS SOCIALES E INSTITUCIONES DE MEDICINA PRE-PAGA VIENEN OPERANDO EN PERJUICIO DE MÉDICOS, PACIENTES Y CLÍNICAS, SITUACIÓN CRÓNICA AGRAVADA POR EL CONTEXTO DE INFLACIÓN QUE VIVE EL PAÍS. ANTE LA SITUACIÓN, EL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA DIO A CONOCER EL 6 DE SEPTIEMBRE PASADO, A TRAVÉS DE TODOS LOS MEDIOS LOCALES, UNA DURA ADVERTENCIA SOBRE LA POSIBILIDAD DE UN COLAPSO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD. POR CONSIDERARLO DE SUMA IMPORTANCIA Y ACTUALIDAD, PUBLICAMOS EN FORMA COMPLETA, EL RECLAMO DE LA INSTITUCIÓN QUE CONGREGA A TODOS LOS MÉDICOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES EN LA PROVINCIA. EN NUESTRA SECCIÓN INSTITUCIONALES, PUBLICAMOS REPERCUSIONES Y OPINIONES SOBRE EL TEMA.

El Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba advierte sobre la situación crítica que atraviesa el sistema de salud y que deriva, pese a años de alertar sobre la problemática, en el perjuicio de los pacientes.

Esta situación es consecuencia de una serie de errores que cometen distintos actores del sistema y que luego termina afectando a los prestadores –instituciones o trabajadores de la salud– que son los que toman contacto

directo con los pacientes y sus padecimientos.

Hay dos situaciones que ya desde hace varios años complican innecesariamente a los establecimientos y profesionales y que deben resolverse para evitar medidas que afectan a los ciudadanos.

Una de ellas es la demora de, en promedio, tres meses hasta de seis meses por parte de prepagas y obras sociales para pagar una práctica médica o un estudio. Ese retraso tiene una causa histórica: antes, ese lapso se utilizaba para completar las gestiones administrativas, muchas veces engorrosas en la época de tramitación analógica. Pero hoy, con la digitalización, todos los procedimientos se han acelerado, por lo que esa brecha temporal es injustificable y, en tiempos de inflación, altamente gravosa para entidades y médicos.

Las financiadoras deben acortar los plazos de pago para evitar el quiebre de las instituciones.

Otra asimetría entre financiadores y prestadores de salud se verifica cuando hay alguna disidencia por el cobro de una práctica. En esos casos, los financiadores primero debitan el monto y luego se analiza la situación. Debería ser al revés: investigar la pertinencia de la práctica primero y después, si corresponde, debitarla del siguiente cobro.

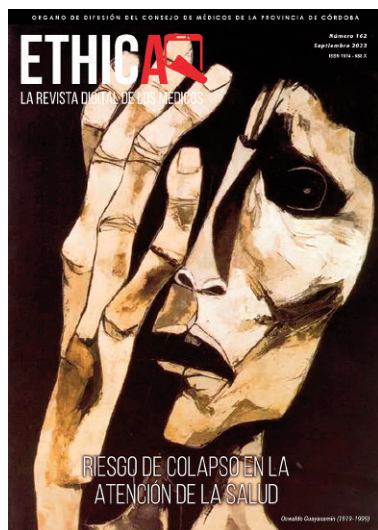
De lo contrario, se descuenta al prestador “por las dudas”, antes de que esté definida la causa de la discrepancia y cuál de los actores tiene razón en la controversia.

Los problemas económicos derivados de la inflación y de los errores del sistema no deben pagarlos los prestadores, sino aquellos que, mes a mes, perciben –sin demoras– un ingreso por su cobertura, es decir las financiadoras. No deben hacerse cargo ni los establecimientos, ni los trabajadores de la salud, ni los pacientes.

NUEVAS
GUÍAS CLÍNICAS
ACTUALIZADAS | 2023

Descargalas desde nuestra plataforma **AUTOGESTIÓN**

The advertisement features a grid of 20 book covers for 'GUÍAS CLÍNICAS' updated in 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: ENFIMIOLOGÍA, EN ALERGIAS E INMUNOLOGÍA, EN NEFROLOGÍA, EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS, EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EN GINECOLOGÍA, EN GASTROENTEROLOGÍA, EN NEUMOLOGÍA, EN ENFERMEDADES RENTALES, EN ENFERMEDADES DE LA PIEL, EN ENFERMEDADES DE LA VISTA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA, EN ENFERMEDADES DE LA OÍDIA.



EDITORIAL

- **ADVERTENCIA DEL CONSEJO DE MÉDICOS**
- EL RIESGO DE COLAPSO DEL SISTEMA DE SALUD3

INSTITUCIONALES

- **MÉDICOS, PACIENTES Y CLÍNICAS, LOS DAMNIFICADOS**
- LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN CRISIS6
- **OPINIÓN: DRA. MÓNICA SANABRIA**
- ¿QUÉ PASA CON NUESTROS HONORARIOS?.....11
- **PARA DEFENDER CON UNIDAD, ORGANIZACIÓN Y SOLIDARIDAD**
- LOS HONORARIOS MÍNIMOS DE CARÁCTER ÉTICO12

INFORME ESPECIAL

- **NATURALIZARLA Y APRENDER SOBRE LOS TEMAS ASOCIADOS, UN OBJETIVO DEL CONSEJO**
- LOS MÉDICOS ANTE LA MUERTE.....14

DE INTERÉS MÉDICO

- **ORGANIZADO POR LA COMISIÓN DE MUJERES**
- EL PARTO HUMANIZADO EN LA AGENDA DEL CONSEJO20
- **LAS RECOMENDACIONES DE UN MÉDICO APASIONADO POR LA TECNOLOGÍA**
- INTELIGENCIA ARTIFICIAL24
- **NOVEDADES CIENTÍFICAS**
- LA MEDICINA REGENERATIVA BASADA EN CÉLULAS MADRES, ESPERANZA PARA CURAR LA EPOC27

CULTURA

- **UNA MIRADA CRÍTICA DE LA MEDICINA**
- LA ERA DE LA ANHEDONIA.....30

NUESTRA PORTADA

La obra que ilustra nuestra portada, *Dolor y Esperanza*, pertenece al pintor ecuatoriano Owvaldo Guayasamin (1919-1999), que trabaja en representar, en sus obras, temas de contenido social como la injusticia, la exclusión, con mucha fuerza de denuncia y a la vez, con impactante belleza. Amigo del muralista José Clemente Orozco y del poeta chileno Pablo Neruda, recibió muchos premios, entre ellos el de la III Bienal Hispanoamericana de Arte. Su pintura refleja el dolor y la angustia en situaciones históricas críticas.



LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN CRISIS

EL ATRASO EN EL PAGO DE LOS HONORARIOS MÉDICOS Y DE LOS SERVICIOS QUE OFRECEN CENTROS DE SALUD POR PARTE DE LOS FINANCIADORES Y LAS OBRAS SOCIALES, EN EL CONTEXTO DE UNA DEVALUACIÓN, DERIVARON EN EL ALERTA SOBRE EL COBRO DE UN PLUS POR PARTE DE CLÍNICAS Y SANATORIOS Y EN EL DURO COMUNICADO DE NUESTRA INSTITUCIÓN EN DEFENSA DE LOS COLEGAS Y DE LOS PACIENTES, QUE REPRODUCIMOS EN NUESTRA PÁGINA EDITORIAL. LA SITUACIÓN VIENE ARRASTRÁNDOSE DESDE HACE TIEMPO COMO UNA PRÁCTICA INDEBIDA, QUE LA SITUACIÓN ECONÓMICA AGRAVA Y PONE AL SISTEMA EN RIESGO DE COLAPSO. AL COMUNICADO MENCIONADO QUE DESCRIBE EL PROBLEMA, LE AÑADIMOS LAS DISTINTAS REPERCUSIONES QUE HA TENIDO LA MANIFESTACIÓN PÚBLICA DEL PROBLEMA.

Los acontecimientos

Ante el atraso en los pagos y el congelamiento, las Clínicas y Sanatorios alertan que ante la grave situación, profundizada por la última devaluación, no tienen otros caminos, que acudir -en algunos casos ya está en práctica- a un cobro de copagos o plus a los afiliados a la medicina prepaga.

El argumento se basa en una serie de causas, que afectan de distintas maneras al sector, pero recaen muy especialmente en prestadores y pacientes. Entre ellos se menciona el congelamiento de las cuotas por noventa días, la fuerte suba de precios, y la falta de insumos fundamentales en la atención de la salud.

Las financiadoras y las obras sociales expresan que dicho congelamiento conduce a que “no habrá aumento de aranceles a las sanatorios y centros médicos, ni aumentos en los honorarios profesionales”, que son los que sufren directamente las prestadoras de salud y los profesionales médicos y que repercute en el bolsillo de los pacientes, que al elevado costo de su afiliación, ahora deben pagar un plus por la atención médica.

El presidente del Consejo de Médicos, **Dr. Héctor Rolando Oviedo**, en diálogo con el diario Puntal, de la ciudad de Río Cuarto, expresó que la situación es consecuencia de una serie de prácticas que realizan distintos actores

del sistema de salud, que termina afectando fuertemente a los prestadores -instituciones y trabajadores de la salud- que son los que toman contacto directo con los pacientes y sus padecimientos”.

El presidente de la institución médica señala una causa evidente que ya cuenta con el carácter de histórica, que es la demora, en promedio de tres meses a seis meses, del pago de una práctica médica o un estudio, distorsionando el funcionamiento del sistema de salud. Y la define como injustificada “porque si bien podría entenderse en los tiempos que se utilizaba para completar las gestiones administrativas, muchas veces engorrosa, ha quedado superada por la digitalización que dejó atrás la tramitación analógica”. Es por eso, que en el Documento de CMPC manifestamos claramente que “las financiadoras deben acortar los plazos de pago para evitar el quiebre de las instituciones”.

Oviedo reconoció que hay una asimetría muy grande entre las posibilidades de negociación de médicos y financiadores. “Los grandes tienen mucho más poder de negociación que los pequeños prestadores. Entonces hay como una posición dominante excesiva y aparecen formas de tratar de paliar estas diferencias. A veces son prolijas y otras, no tanto”. De esta afirmación, muchas instituciones médicas reclaman una mayor participación de las autoridades sanitarias.

Por eso Oviedo subraya el planteo que hace la institución al final de su comunicado cuando señala que “los problemas económicos derivados de la inflación y de los errores del sistema no deben pagar los prestadores, sino aquellos que, mes a mes, perciben –sin demoras- un ingreso por su cobertura, es decir los financiadores. **No debe hacerse cargo ni los establecimientos, ni los trabajadores de la salud, ni los pacientes**”.

El plus se hace cadena

Todos aceptamos que el plus no es legal. Todos aceptamos que su cobro falta a la ética médica. Pero su análisis debe ser integral, evitando la hipocresía de no analizar el tema de una manera total y situacional. No se puede analizar sin tener en cuenta la dura realidad de los colegas. Ya en 2002, un ex presidente de nuestra institución ya fallecido, el **Dr. Mario Daniel Fernández**, afirmaba que la incapacidad para resolver los problemas del sistema de salud o la falta de valor para afrontar los grandes intereses que lucran con la salud, con mucha hipocresía, “suelen buscar en los médicos en particular y en los prestadores de salud en general, a los chivos expiatorios de sus desatinos”.

Esa mirada sesgada no se condice con el Código de Ética Médico, ya que hay dos artículos que son –o deberían ser- inseparables. Fernández recordaba el artículo 77, “que impone como infracción la conducta de aquel que prestando servicios arancelados cobre adicionales que no corresponden. Pero muchos financiadores no citan el artículo 74 del mismo Código que “obliga al médico a no percibir honorarios inferiores a los fijados como éticos”, que su monto es definido por el Consejo de Médicos, pero que es ignorado sistemáticamente, al igual que el visado de los contratos. Y era claro en señalar que de esa negación, se puede inferir que no hay plus, cuando no se perciben honorarios de las obras sociales o de la medicina prepaga, como ocurre ahora que se paga con tres y seis meses de atraso.

Fernández recordaba al **Dr. René Favaloro**, a los dos años de su trágica muerte, cuando señalaba que la realidad política y económica, nos han convertidos en “mendigos” de un sistema en crisis, “que nos angustia, nos desvela y nos condena a llamar, llamar y golpear puertas, sin más respuesta que el silencio”.

El anuncio de los prestadores

Ignacio Escuti, presidente de la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Córdoba (Aclisa), anunció los primeros días de septiembre, que sus instituciones afiliadas cobrarán un copago a sus afiliados. Los montos variarán en función de la complejidad de cada prestación, señaló el presidente en declaraciones al diario La Voz, y su implementación en toda la provincia “no será fácil de llevarla a cabo pero en principio es una realidad que ya comenzó”, indicó. Para la entidad la situación es apremiante.

En el interior provincial, la crisis se hace sentir con mayor peso, por la escasez de recursos humanos profesionales o la falta de acceso a las especialidades. **Andrés de León**, ex presidente del CMPC, médico hematólogo y especialista en medicina transfusional, integrante de la dirección del Instituto Médico Río Cuarto, en entrevista con Córdoba Noticias da cuenta de lo difícil que es para los hospitales privados el seguir adelante.

“Desde la última devaluación los insumos médicos han sufrido incrementos de hasta el 300%, dependiendo de los componentes importados. Esta realidad no se ve reflejada en los pagos que hacen las obras sociales y los financiadores de la salud”, sostuvo. No obstante asegura que el “copago” que se le pide a los pacientes, no es justo para quienes son el eslabón más débil del sistema.

El titular de Aclisa estima que se pedirá al afiliado el pago de unos \$3.000 extra por consulta y que subirá según se trate de un estudio de diagnóstico por imágenes o incluso una cirugía, señaló a La Voz. Definió la medida como un “recurso extremo”. El titular de Aclisa estimó que es muy probable que esto no rija para los afiliados de la obra social de jubilados Pami, ya que ésta hizo esfuerzos para adecuarse a la situación de las empresas de salud, después de la devaluación. En tanto, Apress anunció que intimará a las instituciones que no cumplan con los acuerdos y según información periodísticas afirman que ya se habrían producido penalizaciones.

Por su parte, el Colegio de Psicólogos anunció que realizará una presentación judicial reclamando un amparo en contra del Apress. A su vez, la Asociación de Prestadores de Hemodiálisis y Trasplantes Renales del Centro informó que los centros de Capital y Provincia no recibirán nuevos



pacientes de diálisis, ya que sostienen no estar en condiciones de brindarles el tratamiento dialítico correspondiente. La reacción de los profesionales de la salud se extiende no sólo en Córdoba, sino en todo el país.

El drama de los pacientes

Natalia Lazzarini, periodista de La Voz del Interior, afirma tras una investigación, que ante el conflicto entre prestadoras y financiadores, ya sean obras sociales o medicina prepaga, los pacientes preocupados priorizan las urgencias. La mayoría de los centros privados ya comenzaron a cobrar las consultas a los afiliados. Algunas personas postergan controles de rutina y suspenden tratamientos por falta de medicación.

Subraya el hecho de que con motivo que el sistema de salud de gestión privada está desregulado, cada clínica tomó sus propias decisiones que, en la práctica, terminaron por confundir a muchos pacientes.

La realidad es que la mayoría de las clínicas están cobrando por consulta (desde \$2 mil en adelante), cuando se pide un turno y explican que puede haber un nuevo pago (de \$3 mil) a cobrar por el profesional cuando es atendido.

La situación de los jubilados es realmente dramática. En un ómnibus urbano, un anciano se quejaba, al borde del llanto cuando decía que hasta ahora era afiliado a un importante obra social sindical que brinda la atención de la salud a través de un también centro médico, que por su edad pagaba 48 mil pesos en el mes de agosto, que debía pagar mensualmente sin atraso, y su jubilación en ese mes apenas llegaba a los 70 mil pesos. A lo que tenía que agregar los costos de los medicamentos, que aún con los descuentos de la obra social, eran significativos, pero además vivir, con precios de los alimentos que no dejaban de subir. Con sus 82 años, había iniciado sus trámites en el PAMI, el único refugio que otorgaba atención y remedios gratuitos.

La salida individual

Según una nota de la periodista **Ana Ceballos**, la situación del sistema de salud privado, en Argentina, es cada vez más compleja y está al borde un colapso. A los pacientes con demoras en la atención, pagos extras, sanatorios y clínicas desfinanciados, se le suma que muchos profesionales optan por no atender mediante obras sociales y prepagas. Cita testimonios de médicos generalistas, funda-



mentalmente de Buenos Aires, que señalan que con la demora en los pagos, atender a pacientes de obras sociales y prepagas “no nos conviene. Una consulta que cobramos a 2 mil pesos, la terminamos cobrando 3 meses después con suerte”, afirman.

Otros colegas, ante la gravedad de no cobrar en tiempo y forma, acuden para defenderse económicamente a un plus como medida extrema y que es sin duda injusto que lo pague el paciente. Por eso, el **Dr. Diego Bernard**, vicepresidente del CMPC, afirmó en Cadena 3, que en muchos casos “no hay otra alternativa”.

Son sin duda salidas individuales, entendibles, que no resuelven la situación general y profundizan lamentablemente la crisis. Por eso resuenan las palabras de Mario Daniel Fernández, ex presidente del CMPC, ya fallecido, de una necesidad que no se ha podido concretar, a pesar de muchos esfuerzos: “La indefensión proseguirá ganando terreno, si los médicos no somos capaces de leer atentamente los datos de la realidad y reconocer sin tapujos que somos trabajadores de la salud, que no tenemos otros medios de defensa que los mecanismos y los instrumentos creados por los trabajadores en su larga historia de lucha; que requerimos como los trabajadores el ejercicio de la solidaridad; que dependemos de la capacidad de organización y movilización que supieron vertebrar como respuesta a situaciones de injusticia y negación de los derechos”.

Una crisis nacional

Hemos puesto el acento en lo que sucede en Córdoba, pero es evidente que es una crisis nacional. **Néstor Porras**, titular de la Federación de Clínicas de Buenos Aires, en entrevista con el periodista Gastón Garriga, realizaba importantes aportes para el análisis del problema.

La institución que fue creada en 1956, llegó a tener 400 miembros, en tanto que hoy apenas supera los 300. No es un dato menor. Hay quienes en medio de la crisis, según Porras, hacen grandes negocios. Según su experiencia, “las clínicas rara vez desaparecen, por lo general cambian de manos, las toma alguien con más espalda. Es decir, el viejo dicho: el pez grande se come al chico. El pez grande tiene mejor llegada a los financiadores privados, consigue mejores plazos y condiciones de pago. A río revuelto ganancia de inversores. Nosotros, en cambio, podemos llegar a cobrar a 180 días, porque primero viene la fecha de la práctica, luego la de presentación de la facturación y por último el cobro. En la provincia de Buenos Aires hay un proceso de concentración que se expande.

Opinión

Dra. Mónica Sanabria

Presidenta del Colegio Médico Regional de Río Cuarto



¿QUÉ PASA CON NUESTROS HONORARIOS?

No hay duda que estamos atravesando una profunda crisis en el sector de la salud, la peor de ellas. Esta situación no es actual, lleva años de una falta de acciones y decisiones por parte de los actores competentes, que provean una adecuación del modelo de salud a la realidad.

El contexto es multicausal, pudiendo destacar, entre ellas, algunas de las siguientes:

1. La marcada diferencia entre el aumento real de costos prestacionales (inflación/paritarias) y los aumentos arancelarios mandatorios que rigen por SSS. Diferencia que estamos amortiguando unilateralmente las Instituciones y los profesionales individuales (en ese rol no colaboran las OOS, las prepagas ni el usuario, que son los justificados financiadores).

2. La emergencia relacionada a los insumos descartables, dado que un porcentaje importante han duplicado su costo, los proveedores argumentan que, para ingresarlos al país, el precio que pagan dejó de estar fijado en valores del dólar oficial y pasó al dólar MEP; por supuesto que también

debemos sumar a la escasez de algunos de ellos, lo cual disparan su precio por la famosa ley de oferta/demanda.

3. La reciente devaluación de la moneda nacional de un 25%.

4. La pérdida de homogeneidad de precios respecto a segmentos del mercado de las prepagas e incluso de Obras Sociales sindicales.

5. Los plazos de pagos de las financiadoras de salud establecidos para las prestaciones médicas han quedado totalmente desactualizados, siendo los mismos períodos que, en algunos casos superan los 30 y 40 días.

Es nuestra obligación, ante nuestros principales destinatarios, el profesional médico afiliado a nuestra institución, reconocer el problema, alertar, actuar y ser agentes activos en la generación de cambios urgentes, profundos, concretos y reales que mejoren y beneficien a toda nuestra comunidad, dignifiquen el honorario del acto médico, garanticen la calidad prestacional y la sobrevivencia de las instituciones médicas que se ven seriamente comprometidas y evitar el colapso del sistema sanitario.

LOS HONORARIOS MÍNIMOS DE CARÁCTER ÉTICO

La Ley 4.853 de Creación del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, sancionado en noviembre de 1965, establece entre las responsabilidades de la institución la de **“fijar los aranceles profesionales mínimos y sus modificaciones, los que serán de observancia obligatoria”**. Responsabilidad que se mantiene con los mismos términos, en las modificaciones posteriores plasmadas en la Ley 6696.

Tal disposición requiere de algunas precisiones, para evitar posibles confusiones¹. Entre los profesionales médicos existen dos situaciones que es necesario distinguir:

- Por un lado están los colegas que trabajan en relación de dependencia, ya sea en organismos públicos o instituciones privadas.

- Por otro lado, hay colegas que ejercen la actividad profesional en forma independiente.

Son dos situaciones distintas, con relación a lo dispuesto legalmente. En el primero de los casos, los que trabajan con relación de dependencia con el Estado, los honorarios se rigen por las normas municipales, provinciales y nacionales que reglamentan la condición de empleados, generalmente incluidos en negociaciones paritarias. Esta circunstancia a veces origina conflictos, ya que la especificidad de la tarea médica deriva en que los colegas no se sienten representados por él o los gremios que agrupan a un determinado sector.

En el caso de los que mantienen relación de dependencia con instituciones privadas, el Consejo de Médicos – de acuerdo a las facultades legales que le confiere la ley 4853 / 6396- establece un piso, que es considerado como el arancel mínimo de carácter ético. Las crisis económicas más que frecuentes en nuestro país exigen del Consejo de Médicos un seguimiento permanente para evitar su desfa-

saje de la realidad. El principal obstáculo para su cumplimiento es la falta de una organización médico-gremial sólida, que pueda negociar con fuerza con las empresas de salud, representando una pérdida histórica que hoy está ausente, ya que el Consejo de Médicos como institución deontológica, por ley tiene impedida la tarea gremial. Por eso, cada vez que se comunican los cambios en los montos del Honorario Ético, en el aviso, se solicita reclamarlo, en defensa de nuestra dignidad.

De los fundamentos

¿En qué se basa el Consejo de Médicos para definir los aranceles profesionales mínimos éticos, que deben ser obligatorios?

Se definen sobre la base de un estudio que el caso actual fue efectuado a comienzos de año que relevó el precio puesto a las distintas prácticas profesionales, cifra a la que se aplican las actualizaciones pertinentes asociadas con la inflación.

Este estudio se efectuó en Capital, Villa Dolores, Marcos Juárez, Arroyito y Río Tercero. Por otro lado, también se relevaron datos aportados por círculos médicos del interior, algunos de los cuales nuclean a profesionales de distintas ciudades.

El trabajo también tomó como parámetros los costos en los que incurren los médicos para la atención en consultorio. Aunque hay cierta heterogeneidad, los costos fijos para la atención de manera individual en consultorio particular ascendían a 221.600 pesos, al tiempo que cuando la actividad se realizaba en consultorios que no eran propios de los médicos eran de 73.100 pesos.

Los costos variables variaban en relación con la ciudad en la que se brindaban los servicios: en el caso de Córdoba

1. Ver Mario Daniel Fernández, ex presidente del CMPC, Revista ETHICA N° 64

Capital, oscilaban entre un 26% y un 33% del total facturado (la proporción más frecuente era de 30%).

En las ciudades con intervención con entidades profesionales, los costos variables aumentaban, por retención de canon o aranceles. Sobre el promedio del precio de la

consulta a comienzos de año se le fueron aplicando porcentajes de actualización que rondaron, en cada caso, en el 25%, con el fin de paliar el impacto de la inflación.

Los resultados determinaron los actuales honorarios éticos mínimos, que rigen a partir del 1° de Octubre de 2023.



La Junta Directiva del CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA determinó nuevos valores para los honorarios médicos, que rigen a partir del 1° de Octubre de 2023

Arancel Mínimo de Carácter Ético

Una cuestión de dignidad

PRIMER CONSULTA	NUEVO	+ 30%
CONSULTA DIURNA EN CONSULTORIO		\$ 6.000,00
CONSULTA DIURNA EN DOMICILIO		\$ 15.000,00
CONSULTA NOCTURNA		\$ 12.000,00
CONSULTA NOCTURNA EN DOMICILIO		\$ 18.000,00
CONSULTA ESPECIALISTA DIURNA EN CONSULTORIO		\$ 9.000,00
CONSULTA ESPECIALISTA DIURNA EN DOMICILIO		\$ 21.000,00
CONSULTA ESPECIALISTA NOCTURNA		\$ 18.000,00
CONSULTA ESPECIALISTA NOCTURNA EN DOMICILIO		\$ 27.000,00
TRABAJO MÉDICO ADMINISTRATIVO SIMPLE	NUEVO	\$ 9.000,00
TRABAJO MÉDICO ADMINISTRATIVO COMPLEJO	NUEVO	\$ 18.000,00



LOS MÉDICOS ANTE LA MUERTE

NUESTRA ENTIDAD ORGANIZÓ UNA CHARLA SOBRE DISTINTOS ASPECTOS ASOCIADOS CON EL MOMENTO EN QUE FINALIZA LA VIDA. DESDE ASPECTOS LEGALES, HASTA BIOÉTICOS, FUERON EXPUESTOS POR ESPECIALISTAS. ES EL PRIMER PASO HACIA UNA PROFUNDIZACIÓN EN EL TEMA QUE PLANEA EFECTUAR NUESTRA INSTITUCIÓN.

El miércoles 30 de agosto se realizó en el Consejo de Médicos la charla **“El rol del médico ante la muerte”**, que contó con las disertaciones de los doctores **Mario Vignolo**, médico cirujano, especialista en Medicina Legal y Criminología y primer vocal de la Junta Directiva de nuestra entidad; **Omar Hiruela**, médico forense, integrante del Ministerio Público fiscal y miembro de la Comisión de Bioética de nuestra institución, y **Carlos “Pecas” Soriano**, médico especialista en Medicina de Emergencias, Magíster en Bioética y también integrante de la Comisión de Bioética del Consejo.

SÓLO UNA PUNTA DEL ICEBERG

El Presidente del Consejo, **Héctor R. Oviedo**, estuvo a cargo de las palabras de bienvenida, destacó la trayectoria de los disertantes en relación con el tema a abordar y explicó el origen de la iniciativa.

“Esta charla se viene gestando hace tiempo y es la punta del iceberg de lo que quisiéramos hacer”, comenzó. “Hablando con Carlos, con Omar y con Mario sobre el tema de la muerte y de la relación de los médicos con la muerte, no sólo desde el punto de vista afectivo, sobre cómo dar la noticia de la muerte a un familiar de un paciente querido, sino también de los aspectos legales, de los aspectos administrativos y de los aspectos bioéticos”, explicó el Dr. Oviedo. El Presidente del Consejo destacó la trayectoria de los panelistas y su pertinencia para hablar sobre el tema abordado”, comenzó.

“La muerte es una vieja conocida de los médicos, nos acompaña siempre. Los médicos estamos desde que

comienza la vida hasta que termina y profundizar en el tema es algo que nos debemos, porque, como decía al comienzo, esta es la punta del iceberg. La idea es hacer un curso y tener una acción permanente en apoyo de los colegas”, informó.

Oviedo remarcó que, a diferencia de otras épocas, cuando la expectativa de vida era más corta y las familias más grandes y contenedoras, se ha perdido la perspectiva de la muerte como una posibilidad cercana. “Los médicos intentamos curar, intentamos acompañar, pero no podemos evitar todas las posibilidades de la muerte. Seguirá ocurriendo y debemos convivir con eso”, enfatizó.

LA MUERTE Y LA LEY

A continuación, tomó la palabra el Dr. Vignolo, quien se explayó sobre los aspectos legales asociados a la muerte y destacó que la idea de realizar un curso sobre el tema fue uno de los primeros pedidos del Dr. Oviedo cuando asumió la actual Junta Directiva.

El especialista lamentó el hecho de que, en la actualidad, muchos médicos ven morir a pacientes a quienes no habían tenido la posibilidad de seguir y recordó que, en otras épocas, un mismo profesional hacía el seguimiento de la salud integral de la persona durante años.

Vignolo destacó que nuestra actividad no sólo involucra la atención del paciente, sino también de la familia que hace un duelo.

Una primera clasificación que admite el tema es el de la muerte biológica y la muerte jurídica, contenida en el



Dr. Mario Vignolo

artículo 103 del Código Civil, que significa que la persona deja de ser tal y cesan sus derechos civiles.

Uno de los efectos de la muerte está relacionado con las herencias, por eso –ejemplificó– cuando moría una pareja sin hijos en un accidente se pedía al forense que informara cuál de las dos personas había muerto primero, porque esa heredaba a la otra y eran los parientes de esta última los que recibían los bienes.

Actualmente, la figura de la conmorienencia, prevista en el artículo 95 del Código Civil, evita esos conflictos.

Otro aspecto ilustrativo, que generalmente es desconocido, es que los velorios deben durar un mínimo de dos horas y un máximo de 36 horas, lapso de tiempo que permite que se revierta una catalepsia, episodio aparentemente letal que –contó– se registró en situaciones como la epidemia de la fiebre amarilla. La ley no era caprichosa en el máximo permitido, porque a las 36 horas comienza el proceso de descomposición del cuerpo.

La muerte biológica –explicó– se verifica con el cese de tres funciones: del sistema respiratorio, del sistema nervioso y del sistema circulatorio, con la pérdida de temperatura corporal y su regulación.

Vignolo indicó que, aunque deben cesar las tres funciones, cuando lo hace la neurológica las otras dos la siguen, porque la primera condiciona a las otras.

El especialista advirtió que un alto porcentaje de las muertes naturales son calificadas de etiología dudosa, y esa falta de identificación responde –señaló– a los problemas y resistencias asociados a la elaboración del certificado de defunción. “El médico no certificó la muerte”, ilustró. Y reveló que en ocasiones ha debido realizar autopsias a personas de avanzada edad que fallecieron por enfermedades como cáncer, pero no se les hizo certificado.

En contrapartida, informó, hay lugares en los que no se realizan autopsias a personas que han tenido muertes violentas (como las ocurridas por homicidios, suicidios o accidentes), imprevistas o inesperadas.

A continuación, se refirió a la muerte súbita. “Se producen 40.000 muertes súbitas por año; el 70%, fuera del espacio hospitalario. Y, por cada minuto de retraso en la desfibrilación, se pierden entre 10% y 12% de posibilidades de supervivencia en situaciones de muerte súbita”, precisó.

“El síndrome de muerte súbita infantil es la principal causa de muerte entre el mes y el año de vida, sobre todo entre los tres y los seis meses. Y no debe confundirse con la accidental, ocasionada por la compresión de los padres o los hermanos”, aclaró.

En el caso de los adultos –prosiguió–, la mayoría de los decesos por muerte súbita en menores de 50 años, las cuales están en aumento, incluso en deportistas, se producen por

hipertrofia del ventrículo izquierdo. “Cada vez vemos más casos de muerte súbita como consecuencia del estrés del sobre esfuerzo”, aseveró.

Vignolo recalcó la importancia del momento en que un médico informa a un familiar sobre el fallecimiento de un ser querido. Manifestó que es muy valiente y destacable cuando lo hace un profesional que no era médico de cabecera y subrayó que la forma en que se transmita esa información puede contribuir al duelo. Remarcó especialmente la importancia de aportar aquél dato que lleve un poco de alivio en medio del dolor, como, por ejemplo, en el caso de incendio, que la persona murió antes de ser alcanzada por las llamas.

**“La muerte no es un acto,
sino un proceso y un proceso
natural”**

“La muerte no es un acto, sino un proceso y un proceso natural”, recordó el especialista y sumó reflexiones sobre las distintas circunstancias en que puede producirse y las distintas actitudes que asumen pacientes –algunos se resisten y otros se entregan– y médicos –que pueden acompañar o insistir en tratamientos que reducen la posibilidad de una muerte en paz-. Como contrapartida, recalcó la importancia del contacto humano. Y contó una anécdota al respecto. “Una vez ingresé a una terapia y una paciente añosa me pidió que le tomara el pulso. Yo le dije: ‘Pero señora, según los monitores está todo bien’. Pero me pidió que lo hiciera de todas formas. Luego de que lo hice, me dijo: ‘Gracias, hace una semana que nadie me toca’”.

“El acto médico es profesional, pero, principalmente, humanitario”, manifestó. Y agregó que no solo la muerte, sino también la agonía debe ser acompañada por el profesional. “Los pacientes confían su vida al médico, pero también su muerte”, completó y reforzó el concepto de complementar el cientificismo con la calidad humana.

A continuación, expuso el Dr. Omar Hiruela, quien agradeció a los presentes -y a quienes se conectaron vía online- porque, señaló, el de la muerte “es un tema del que los médicos y las personas en general tenemos que hablar”. “Estamos atravesando momentos sociales en los cuales tratamos de negar la muerte, y la muerte nos va a alcanzar a todos, tarde o temprano, y es preferible que sepamos de qué se trata”, insistió.

El especialista indicó que la ley 26.413 sobre el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, exige que el médico elabore dos constancias: un informe estadístico de defunción y un certificado médico de defunción. En casi todo el país, incluida Córdoba, se encuentran unificados. La propia norma establece cómo debe elaborarse el certificado y también múltiples aspectos asociados al tratamiento de la muerte.

“La ley es extensa y detallada, pero cuando el médico tiene que actuar surgen algunos inconvenientes, dudas y problemas de interpretación, los cuales hay que corregir para evitar inconvenientes posteriores y para que el proce-



Dr. Omar Hiruela

so sea lo más llevadero posible para la familia”, opinó Hiruela.

Recordó, asimismo, que constatar la muerte de una persona “es también un acto médico”. “Vamos a recoger antecedentes, vamos a hacer una especie de anamnesis, que después debe corroborarse con datos objetivos, que permitan establecer una causa probable de muerte”, describió.

Hiruela hizo hincapié en la palabra “probable”, porque -explicó- muchos médicos no hacen certificados de defunción por temor a consignar una causa equivocada de muerte. “Es una posibilidad cierta, como lo es diagnosticar en la guardia una gastroenteritis y que no lo sea”, graficó. Es por ello que -remarcó- es preciso reunir la mayor cantidad posible de datos subjetivos y objetivos para poder llegar a ese diagnóstico.

Los pasos a seguir ante un deceso son: diagnosticar la muerte, identificar al paciente, consignar los antecedentes médico-legales, evaluar el lugar del hecho, hacer un análisis ectoscópico del cadáver, comprobar fenómenos cadaavéricos, como la rigidez o la lividez, determinar la data aproximadamente de la muerte y finalmente indicar la causa probable.

“La muerte es también un acto médico”

Informó que en Buenos Aires ya se está usando el certificado de defunción digital y que en Córdoba se está trabajando en ello. Aseguró que es una herramienta muy útil, pero que no exige a quien lo realiza de ir a la casa de la persona fallecida, revisar el cadáver y también el sitio. “El acto médico sigue siendo el mismo”, aclaró.

Existe un modelo internacional que el Ministerio de Salud de la Nación aplica para completar el certificado de defunción. Obliga a transcribir una serie de datos filiatorios del paciente y en el punto siete pide establecer la causa de la muerte.

Este punto se compone de dos partes. En la primera, se debe informar sobre las enfermedades relacionadas con la cadena de acontecimientos que condujeron a la muerte y tiene dos líneas: A y B. En la línea A hay que poner la enfermedad o condición patológica final, inmediata o directa que condujo a la muerte. “Esta línea es, quizá, la menos importante, porque todos nos morimos de un shock cardiogénico irreversible, todos nos morimos de un paro cardíaco, por lo que esta información final no nos va a brindar demasiados datos estadísticos”, aclaró. Y añadió: “Lo importante es que podamos hilar y establecer una causa de muerte que el día de mañana pueda ser útil a los fines estadísticos”. En consecuencia, en la línea B se pondrá la causa antecedente originaria y la causa intermedia o interviniente.

En la segunda parte de la causa de muerte se informará sobre otras enfermedades que pudieran haber colaborado para el desenlace fatal.

Algunos principios básicos para completar el certificado de defunción son los siguientes: la letra tiene que ser lo más clara posible, preferentemente en mayúscula; se deben evitar abreviaturas, porque pueden malinterpretarse; hay que usar información veraz (con la mayor cantidad de información dura, objetiva que se pueda recoger); se tiene que procurar establecer la causa de muerte con localización de la patología que la provocó; se debe tratar de describir una secuencia lógica entre la línea A, B y C; es necesario consignar una única causa fundamental; es preciso registrar los tumores y en el caso de muertes postquirúrgicas, señalar la patología por la cual fue operada la persona.

En el caso específico de muertes perinatales, las recomendaciones internacionales piden consignar las afec-

nes de la madre cuando se estime que hay una relación causal con la muerte del feto o del nacido vivo; y, en el caso de defunción por hipoxia, tratar de indicar si esa hipoxia fue advertida por primera vez antes del inicio o durante el parto y la gravedad, con la prueba de Apgar.

El Código Penal de la Nación y el Código Penal de la Provincia de Córdoba establecen: toda muerte suicida, homicida, accidental o de causa de etiología dudosa debe someterse a autopsia, por lo tanto, no se debe hacer certificado de defunción.

Hiruela apuntó que sólo el médico forense puede establecer una causa eficiente de muerte; en general, lo que se determina es la causa probable, por lo que alentó a los profesionales a completar sin temor los certificados de defunción.

A la hora de consignar las dificultades que puede haber para completar un certificado de defunción, enumeró: no haber completado el acto médico (por ejemplo, recordó, hay que pedir a la familia que se retire y desnudar al paciente, lo que, en momentos de intensa sensibilidad, puede ser complejo); encontrar el cadáver en avanzado estado de descomposición; que haya imposibilidad de establecer antecedentes suficientes que permitan alcanzar la causa probable; o incurrir en confusiones porque las empresas funerarias sugieren diagnósticos para evitar problemas posteriores. Es importante dar el número de teléfono y la dirección, porque existe la posibilidad de error que se puede subsanar, y se sugiere completarlo con lapicera de tinta azul y no negra, para evitar que sea considerado copia.

Hiruela también señaló algunos mitos que suelen circular en el ámbito médico: es falso que en la guardia no se pueden hacer certificados de defunción (salvo en circunstancias que obliguen a judicializar el caso); con menos de seis horas en la guardia no se hacen certificados de defunción; al ser un momento de mucha sensibilidad, muchos médicos deciden no cobrarlo, pero eso puede desalentar a hacerlo; puede haber temores que se sintetizan en frases como “es bebé”, “es muy joven”, “es famoso”; se cree que solo puede extenderlo el médico de cabecera y hay quienes sostiene que no se puede hacer el certificado porque el fallecido no tiene documento, ni familiares” (aunque es cierto que se dificulta la identificación, el Registro puede hacer esa tarea después, tomando las huellas dactilares).

Para el caso de personas o familias que no tengan médico de cabecera o no cuenten con recursos para pedir el acto médico para el certificado de defunción, funciona en Córdoba la Unidad de Constatación y Certificación de Óbitos (UCCO), creada por la Acordada 1112 del Tribunal Superior de Justicia (TSJ), en conjunto con el Ministerio de Salud y en acuerdo del Ministerio Público Fiscal.

LA MUERTE DESDE LA BIOÉTICA

El tercer orador de la charla fue el Dr. Carlos "Pecas Soriano", quien hizo referencia a los aspectos bioéticos relacionados con la muerte.

En primer lugar, Soriano destacó que, por actuación del Consejo de Médicos, en 2016 se pudo modificar la Ley 10.058, de Muerte Digna, para que no se contradijera con los artículos 59 y 60 del Código Civil. También remarcó que el 15 de junio de 2022 se presentó el libro "Morir con dignidad en Argentina". "En aquel momento -y apoyados fuertemente por el Consejo- no nos imaginábamos que ahora íbamos a estar por la presentación número 36 del libro", declaró.

"Desde la Comisión de Bioética procuramos que el proceso de morir sea lo más digno posible, porque, como decía Daniel Callahan, uno de los fines de la medicina es bregar por una muerte en paz", continuó. Asimismo, celebró que en el Consejo se vayan a dictar cursos sobre la muerte, porque, dijo, "en las facultades de Medicina no se nos ha enseñado a enfrentar esa dura realidad, que, lamentablemente, sobre todo los que estamos en terapia intensiva, tenemos que vivir casi a diario".

Soriano manifestó que se ha impuesto la idea de que la muerte es un fracaso médico y existe, por otro lado, en Occidente, la negación a hablar de ella. Citó que tratados sobre Medicina, como los de Cecil-Loeb, no mencionan la palabra "muerte". Es por esa negación, manifestó, que el proceso muchas veces se alarga casi indefinidamente hasta que se convierte en un acto indigno. Lo dijo en alusión al caso sobre el que se discute en la actualidad en



Dr. Carlos "Pecas" Soriano

Córdoba protagonizado por un hombre (J. S, de 64 años) que desde hace seis meses está en "estado vegetativo persistente" -según citó- y cuya familia solicitó, de acuerdo con lo establecido por la ley 10058 y los artículos 59 y 60 del Código Civil, que le retiraran el soporte vital, incluyendo

la alimentación y la hidratación. Reveló que el director del Hospital en el que se encuentra internado J. S. pidió al Ministerio de Salud de la Provincia que se reuniera el Comité de Bioética Ad Hoc previsto por la ley 10.058 y constituido en 2016, el cual deliberó

dos días y en un informe de 15 páginas sugirió que se siguiera la voluntad de la familia. Al no seguir esa recomendación, la familia -narró- se vio obligada a presentar un recurso de amparo ante la Justicia, pese a que la jurisprudencia internacional indica que se debe evitar judicializar estos casos. Soriano instó a reflexionar éticamente "para nunca hacer sufrir a una familia". por una situación como esta". "Ensañarse pseudoterapéuticamente, porque de terapéutico no tiene nada, es una de las mayores situaciones de falta de humanidad", concluyó.

**"Ensañarse
pseudoterapéuticamente
es una de las mayores situaciones
de falta de humanidad"**



EL PARTO HUMANIZADO EN LA AGENDA DEL CONSEJO

EL TEMA FUE ABORDADO POR LAS DOCTORAS MARÍA FERNANDA MARCHETTI, PALOMA CASEB Y MARITÉ PUGA. DESTACARON LA IMPORTANCIA DE PROTEGER LOS DERECHOS DE QUIENES PROTAGONIZAN ESE MOMENTO VITAL.

El jueves 24 de agosto se realizó en el Consejo de Médicos la charla sobre “Parto humanizado y humanización de la medicina”, organizada por la Comisión de Mujeres de nuestra institución.

Estuvo a cargo de las doctoras María Fernanda Marchetti, especialista en Pediatría y en Medicina Paliativa, Magíster y experta en Bioética, Coordinadora del Área de Bioética del Ministerio de Salud y miembro de la Comisión de Bioética del Consejo de Médicos; Paloma Caseb, coordinadora del área de Perinatología de la Dirección de Salud del Embarazo, Perinatal y de la Niñez, y la subsecretaria de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión del Ministerio de Salud del Gobierno de Córdoba, María Teresa Puga.

Las palabras de bienvenida estuvieron a cargo del presidente de nuestra entidad, Héctor R. Oviedo, quien reveló que al reflexionar sobre cómo encarar la presentación, tuvo en mente la palabra “delivery”, que asociamos a la entrega de comida rápida, pero que, en inglés, quiere decir “entrega” y es también –destacó– una de las formas con las que se llama al nacimiento. “Es un momento de verdadera entrega; se entrega una nueva vida, en un acto maravilloso y, para los que hacemos medicina y conocemos los peligros de un embarazo para desarrollarlo y llevarlo a término, es, probablemente, un cuasi-milagro”. “Sabemos todo lo que puede fallar y no falla –explicó– para que ese milagro ocurra. Y esa entrega no es solo la de una nueva vida, sino la de la madre en manos del equipo de salud”.

Oviedo recalcó que ese acto de entrega, en una situación de vulnerabilidad, debe ser celosamente custodiado.

“Debemos trabajar siempre protegiendo a aquel que tenemos enfrente, aquel que está enfermo, que padece, que es un doliente o al que se entrega a nosotros, a nuestro cuidado”, insistió.

La primera en tomar la palabra fue la Dra. Marchetti, quien celebró la posibilidad de “compartir preocupaciones”. “Desde la Comisión de Bioética del Consejo también es un tema que nos preocupa y nos ocupa”, señaló y destacó la presencia de todos los integrantes de esa comisión en el auditorio.

“Nos interesa mucho y somos unos convencidos de que la mejor manera de aportar soluciones es trabajando en equipo y ésta es una temática que exige un abordaje multidimensional, en equipo”, anticipó. Marchetti enfatizó que es importante, además del marco de la Bioética, conocer los marcos legales que respaldan la práctica médica y que están fundados en los derechos.

En la Argentina, la ley 25.929 regula el parto respetado. La Dra. Marchetti recordó algunos lemas relacionados, como “Mejores partos, para un mejor futuro” o “Muchas formas de parir, con los mismos derechos”.

La Bioética propone una reflexión crítica de la realidad y, desde ahí, aportar posibles soluciones. Se insiste en el aporte concreto, que no está solo en el mundo de las ideas y que convierta a quien lo hace en parte de la solución.

Se enfoca así en todos los problemas éticos relativos a la atención y el cuidado de la vida, en las distintas etapas de una persona. Una pregunta que inspira su actuación es si todo lo técnicamente posible es éticamente válido, cuestionamiento que cabe también al tema abordado.



Dra. Marité Puga de la Comisión de Mujeres del CMPC (en el centro) rodeada de las expositoras

“Nos lo dijeron nuestros profesores durante mucho tiempo: no siempre más medicina es mejor medicina. En ocasiones, creemos que si apabullamos al paciente con todo lo que tenemos para ofrecerle somos mejores médicos o somos mejores equipos. Y no siempre es así”, advirtió.

Afirmó, en ese sentido, que debe ofrecerse a la persona lo que necesite en cada momento. “Habrá veces en las que necesitará de más tecnologías y otras en las que precisará más contacto humano”, afirmó. “Eso supone el trabajo de estar atentos a lo que el otro precisa e ir a la par de las necesidades de nuestra sociedad”, completó.

Manifestó, asimismo, que el tema está relacionado con la práctica habitual de respetar el derecho a elegir de otro, siempre que no implique un riesgo o no produzca un daño.

“Cuando hablamos de parto humanizado se tienen en cuenta los valores de la persona gestante y entran en juego su cultura y sus creencias”, apuntó y subrayó que hay diversas condiciones a considerar, porque hay una convivencia de creencias que puede generar una tensión. No se pretende –aclaró– obligar a una persona a amoldarse al sistema de salud, sino, en la medida en que no genere daño, respetar sus elecciones.

Por caso, se intenta reducir la medicalización en un proceso que es natural, salvo, por supuesto, si está indicado y es necesario. “Se trata de evitar lo que no sea necesario y aquello que no supone un beneficio y que le quita naturalidad a una situación”, reforzó.

Señaló que es importante “no perder de vista a los verdaderos protagonistas”, que no es solo la persona gestante, sino también el recién nacido, su familia y el equipo de

salud. Entre los involucrados, cada uno tiene que tener un rol definido y saber qué nivel protagónico tiene. “Si pretendemos estar en el lugar central que, a lo mejor, tiene que ocupar la persona gestante o el recién nacido, nos vamos a equivocar, pero sí tenemos una parte muy importante en esta situación”, ilustró.

Marchetti señaló que en la ley hay un intento de reforzar el derecho al vínculo corporal entre la madre y el recién nacido. “Se fomenta fuertemente la permanencia, en la medida de las posibilidades, del recién nacido en contacto físico con su madre”, indicó.

Aludió, asimismo, al derecho de que se considere a la persona gestante como sana, en un momento muy importante de su vida. Es decir, eliminar la percepción de enfermedad y sí reconocer que está afrontando una vivencia en la que se puede contribuir a que sea feliz y no un recuerdo traumático.

Hizo referencia también a la importancia de la protección de los derechos del recién nacido, quien también ha atravesado una situación vital en soledad y a quien hay que dar la bienvenida de la mejor manera, para que pueda satisfacer sus necesidades biológicas elementales, así como las del afecto y el contacto.

“Esto supone un gran desafío para las instituciones, porque, a lo mejor, los equipos de salud pueden tener la buena voluntad de hacer cosas, pero en soledad no alcanza”, aseveró. “Hay instituciones que están muy avanzadas en este sentido y otras que recién están comenzando, tanto en el nivel público como privado, hay distintas realidades”, añadió.

La especialista reveló que en pandemia muchos de los logros se paralizaron y algunos, incluso, se convirtieron en retrocesos, como el de permitir el ingreso a la sala de partos de la pareja o del familiar que decida la persona gestante.

Un trabajo importante es el de la búsqueda de consensos y acuerdos que luego faciliten la toma de decisiones. “Por eso, un espacio como el del Consejo de Médicos es muy útil -remarcó-, porque permite establecer normas, consensos, acuerdos”, elogió.

A su turno, Paloma Caseb, recordó que la ley de parto respetado fue reglamentada en 2015 y aseguró que se trata de una norma muy sencilla, de fácil lectura para quienes no son expertos en leyes.

Desde los primeros años del siglo, se trabaja para que todo el personal de la institución de salud que está en contacto con la persona gestante, desde que ingresa, hasta que se va de alta, tenga los conocimientos que contribuyan a que el parto sea lo más fisiológico posible.

Según la OMS, el 15% de los partos requerirían cesárea, práctica que es considerada como un gran avance de la humanidad y que contribuyó a reducir la mortalidad.

Las personas que están en trabajo de parto necesitan paz y protección. Requiere de un “concierto hormonal exquisito” y, para que eso ocurra, es preciso no interrumpirlo. Por eso, la primera problematización es determinar qué favorece el proceso y qué lo dificulta. La denominada “Escuela francesa” ayudó a pensarnos en la naturaleza, indicó Caseb.

Se considera que el espacio deseado para un parto fisiológico debe ser íntimo, cálido, sin corrientes de aire, con poca iluminación, donde la persona no se sienta

observada y con el que la persona esté familiarizada. Todos estos factores serían facilitadores para un buen trabajo de parto.

“Entonces, la pregunta que nos hicimos fue si se podría ofrecer un espacio de parto seguro y con calidad en nuestros hospitales de la provincia, ya sea públicos como privados, donde las personas y leyes sean respetadas”, manifestó.

Caseb narró que en los hospitales se formaron equipos, que fueron capacitados y se generaron discusiones y aportes, tanto internos como, por ejemplo, de Unicef. Asimismo, se insistió en la importancia de indicadores, para evaluar la evolución del proceso.

Finalmente, expuso la Dra. Puga, quien marcó, en primer lugar, cómo, a través del tiempo, la humanidad fue comprendiendo la importancia del parto, desde las épocas en las que parir más hijos aseguraba un lugar destacado en la comunidad, lo cual asentaba el poder masculino.

Destacó que actualmente se busca una mejor mirada y un mejor parir, teniendo en cuenta que todavía se impone un modelo médico hegemónico, lo cual está relacionado, por ejemplo, con la posición de la mujer en el parto.

“Tenemos que pujar para adelante, cuando no es lo natural”, graficó. Asimismo, señaló la importancia de la posibilidad de que el sistema de salud incorpore a profesionales de la actividad física tanto para el momento previo como posterior al parto, para contribuir a facilitar el proceso y a la recuperación.

“Somos heroínas, nos aplaudamos fuertemente todas”, resumió, y consideró que el parto humanizado y las prácticas que contribuyen a él honra la historia de padecimientos que muchas veces estuvo asociada al momento del nacimiento.

¿Por qué debería adherirme al FISAP?

Somos mucho más que un seguro

Porque cubrimos a quienes trabajan en

PROTOSCOLOS DE INVESTIGACIÓN







¿ESTAMOS LISTOS?



(Diálogo entre los doctores Luis Majul y Héctor Oviedo)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA, ENRIQUE MAJUL, DIALOGÓ CON EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DE MÉDICOS, HÉCTOR R. OVIEDO, COMO PRESENTADOR, EN LA SEDE DE LA INSTITUCIÓN SOBRE **“EL IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA MEDICINA. ¿ESTAMOS LISTOS?”** DESDE LAS INNOVACIONES CREATIVAS, HASTA LOS DIAGNÓSTICOS MÁS PRECISOS, RÁPIDOS Y FIABLES, PASANDO POR UNA COMUNICACIÓN MÁS EMPÁTICA DE LAS NOVEDADES A LOS PACIENTES. TODO LO QUE PROMETE ESTE RECURSO. DESDE LA CREACIÓN DE UNA PELÍCULA O LA PREPARACIÓN DE UNA DISERTACIÓN, HASTA LA DEFINICIÓN DE UN DIAGNÓSTICO MÉDICO Y SU COMUNICACIÓN AL PACIENTE. ESOS USOS PERMITE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA).

El tema fue desarrollado el miércoles 16 de agosto, en el Consejo de Médicos, por el Dr. Enrique Majul, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba (UCC) y un apasionado estudioso de las innovaciones tecnológicas. Majul estuvo a cargo de la charla “El impacto de la Inteligencia Artificial en la Medicina, ¿estamos listos?”, que se realizó de manera virtual.

El presidente del CMPC, Héctor R. Oviedo, quien ofició de presentador y moderador, destacó: “Los desafíos que nos impone la vida a veces nos parecen promisorios y otras, nos llevan por delante”. “Los argentinos estamos acostumbrados a los desafíos futuros. Estamos en un momento especialmente sensible para todos en materia de cambios y tenemos que estar abiertos a las innovaciones. La inteligencia artificial es una herramienta y la herramienta no es mala o buena en sí misma, sino que depende de cómo es usada”, añadió.

Oviedo explicó que el objetivo de la charla fue desarrollar una de las preguntas que despierta la IA y que fue elegida como disparador: “¿Estamos preparados?”. “Sin dudas, la Inteligencia Artificial nos plantea muchos interrogantes para el futuro. Creo que involucrarnos en el tema y, sobre todo, en las normas que regulen su uso y el de las herramientas que ella misma crea es algo que nos tiene que ocupar”, continuó.

El Dr. Majul aseguró que ya se puede vislumbrar que la IA impactará en todo el quehacer médico, pero, en primer lugar, mostró cuál puede ser su efecto en el mercado laboral.

De acuerdo con un informe de este año del Foro Económico Mundial citado por el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCC, habrá menos creación de puestos de los que se irán eliminando por el avance de la tecnología. Respecto de los que se crearán, en primer lugar, estarán los asociados a la IA y al aprendizaje de máquina (conocido por la expresión en inglés “machine learning”).

Posteriormente, el expositor hizo un repaso por diversas noticias publicadas en medios sobre el uso de la IA en la medicina, como, por ejemplo, las resumidas con los siguientes títulos: “La inteligencia artificial acierta como médicos de elite en algunas cuestiones de salud” o “Cómo la inteligencia artificial va revolucionando la medicina, ya supera a los humanos analizando los ojos o el corazón”.

La IA ya es omnipresente en nuestra vida, y realiza tareas que nos son próximas, como detectar nuestros gustos y preferencias en redes sociales, desde Instagram hasta TikTok, pero, sin dudas, lo que más nos ha sorprendido en los últimos tiempos, es su capacidad para la generación de contenidos.

Es por eso que Majul repasó el impacto que tuvo, por caso, Chat Gpt a partir de su liberación al público, en noviembre del año pasado. “La mayoría de la gente que lo adoptó, lo hizo en dos meses. En dos meses llegó a 100 millones de personas, que, por lo menos, ingresaron al sitio y abrieron una cuenta. Muchas de ellas, a lo mejor, ya no lo utilizan”, estimó. La conclusión, entonces, es que la adopción de avances de la IA por parte de la población es más rápida que la que se produce con otros sistemas, incluidas las redes sociales.

Una curiosidad respecto de Chat Gpt es que la mayoría de quienes lo utilizaron lo hicieron en el periodo inmediato a su liberación: en un lapso de dos meses tuvo 100 millones de usuarios. Y una de las cualidades que exhibe es que interpreta el lenguaje humano, es decir, no requiere de lenguaje de programación, como en otras etapas de la IA.

En el lapso de cuatro años, ChatGPT pasó por cuatro versiones. En las primeras, se despertó el miedo de la generación de información falsa, que casi frena el desarrollo. En las últimas, aumentó la cantidad de información procesada, lo que sumó fiabilidad: pasó de 117 millones de datos a seis terabytes (TB). En tanto, la información de entrenamiento (el sistema se entrena para ser luego usado en tareas específicas) pasó de 117 gigabytes (GB) a un petabyte (PB). Se espera que su capacidad de procesar datos para crear textos, imágenes o audios continúe aumentando. Además –contó Majul–, se le ha sumado un intérprete de código, que le permitirá analizar documentos y sacar conclusiones o hacer propuestas de elaboración o mejora. El decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCC aclaró, sin embargo, que estas mejoras que lo potencian están en la versión paga de ChatGPT, la cual recomienda para quienes quieran hacer un uso intenso.

Posteriormente, Majul mostró el caso del algoritmo para la creación de imágenes mediada por la palabra. Se trata de DALL-E que pertenece a la plataforma Open AI y que ya está en su segunda versión. Otra IA generativa de imágenes es la plataforma MidJourney, que permite la fusión de conceptos.

Una anécdota asociada a la creación artificial de imágenes es la que protagonizó el artista alemán Boris Eldagsen, quien ganó el prestigioso premio Sony World Photography Awards en la categoría Fotografía Creativa, pero lo rechazó porque la imagen presentada había sido creada con IA. Eldagsen explicó que lo había hecho para poner en conocimiento y en discusión lo que podía generar la IA.

Finalmente, Majul destacó la posibilidad de usar la IA para clonar voces y crear películas, pero también alertó sobre los riesgos de todas estas formas de utilización: desde los plagios y fraudes, hasta la falta de transparencia, pasando por la inequidad en el acceso de estas herramientas.

Además, aclaró que puede cometer errores, por lo que debe utilizarse con cuidado, más si se pretende hacer un uso profesional en las carreras asociadas a la salud.

“Si comparamos la Inteligencia Artificial con un humano, podemos decir que en su desarrollo se podría comparar a un adolescente: hoy, un adolescente no es capaz de darnos, por ejemplo, respuestas a cuestiones médicas, todavía necesita más entrenamiento”, alertó. “Deben conocer la disciplina para la cual la van a utilizar, porque, de lo contrario, pueden ocurrir errores groseros”, añadió.

Pero sí hay datos promisorios. Por ejemplo, que la IA contribuirá a la denominada “medicina de precisión”, muy esperanzadora, por ejemplo, en oncología. Entre otras cosas, se trabaja en la creación de “gemelos digitales”, es decir clonar digitalmente a una persona para probar primero en la versión digital los tratamientos. Se espera también que mejoren y aceleren los diagnósticos.

Una aplicación que generó impacto fue la experimentada por la revista científica JAMA, que comparó la percepción de la transmisión de un diagnóstico médico negativo realizado por un médico con el realizado por Chat GPT. El resultado fue que el 79% de los pacientes consultados prefirió el realizado por la IA. Es posible, incluso, cuestionar el mensaje producido por Chat GPT con expresiones como “me defraudaste”, “creí que podrías ser más empático”. Y el sistema mejora el discurso.

NOVEDADES CIENTÍFICAS

LA MEDICINA REGENERATIVA BASADA EN CÉLULAS MADRES, ESPERANZA PARA CURAR LA EPOC¹



LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) MATA APROXIMADAMENTE A TRES MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO CADA AÑO Y NECESITA DESESPERADAMENTE TRATAMIENTOS NUEVOS Y MÁS EFICACES

Un trasplante de células pulmonares procedentes de los propios pacientes ha logrado recuperar el tejido dañado. Los resultados, presentados en el Congreso Internacional de la Sociedad Respiratoria Europea, muestran por vez primera que la medicina regenerativa a través del autotrasplante de células pulmonares es una posible cura para la EPOC. De los 20 pacientes que participaron en un ensayo clínico de fase I, 17 pudieron respirar mejor, caminar más y tuvieron una mejor calidad de vida después de recibir este tratamiento experimental.

El equipo de Wei Zuo, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tongji, en Shanghai, (China), y científico jefe de Regend Therapeutics Ltd, ha estado investigando si un tipo de célula llamada células progenitoras pulmonares P63+ podría regenerar el tejido pulmonar dañado por la EPOC.

«La medicina regenerativa basada en células madre y células progenitoras puede ser la mayor, si no la única, esperanza para curar la EPOC», señaló Zuo durante la presentación de los resultados en el congreso.

DE INTERÉS MÉDICO

«Las células progenitoras P63+ son conocidas por su capacidad para regenerar los tejidos de las vías respiratorias, y ya se ha demostrado en experimentos con animales que pueden reparar el tejido epitelial dañado en los alvéolos, los pequeños sacos de aire en los pulmones que desempeñan un papel importante en el intercambio de gases entre el aire respirado y el suministro de sangre a los pulmones», explicó.

En este ensayo clínico de fase I, los investigadores se propusieron investigar la eficacia y seguridad de células progenitoras P63+ obtenidas de los pulmones de 20 pacientes con EPOC, para usarlas para cultivar millones más en el laboratorio, antes de trasplantarlas nuevamente a los pulmones de los pacientes.

Wei Zuo explica los pasos dados en la investigación: «En nuestro ensayo, el 35% de los pacientes tenía EPOC grave y el 53% tenía EPOC extremadamente grave. Por lo general, muchos pacientes con una EPOC tan grave morirán si la enfermedad progresa», aseguró.

A través de un pequeño catéter que contiene un cepillo se recogieron las células progenitoras de las propias vías respiratorias de los pacientes. A continuación, se clonaron las células para fabricar hasta mil millones más y luego se trasplantaron a los pulmones de los pacientes para reparar el tejido pulmonar dañado.

Los pacientes fueron evaluados dentro de las 24 semanas posteriores al tratamiento para evaluar qué tan bien

toleraron el tratamiento y su efectividad.

Descubrimos que el trasplante de células progenitoras P63+ no solo **mejoró la función pulmonar de los pacientes con EPOC, sino que también alivió sus síntomas, como dificultad para respirar, pérdida de la capacidad de hacer ejercicio y tos persistente**. Esto significa que los pacientes podrían vivir una vida mejor y, normalmente, con una esperanza de vida más larga

En una persona con EPOC, si progresa el enfisema, aumenta el riesgo de muerte. En este ensayo, añadí hemos descubierto que el trasplante de células progenitoras P63+ podría reparar el enfisema leve, haciendo desaparecer el daño pulmonar. No obstante, todavía no podemos reparar el enfisema grave

A raíz de estos prometedores resultados se ha diseñado un ensayo de fase II que evaluará su eficacia en un grupo más grande de pacientes. También se está probando una estrategia terapéutica similar en pacientes con enfermedades fibróticas pulmonares letales, incluida la fibrosis pulmonar idiopática. Vamos a probar la eficacia del tratamiento en grupos más grandes de personas con más enfermedades pulmonares. Esperamos desarrollar el tratamiento para uso clínico dentro de dos o tres años

1. Tomado de ABC Salud. Nota de Rafael Ibarra, publicada el 12 de septiembre de 2023.

xxx

Cursos de ACTUALIZACIÓN

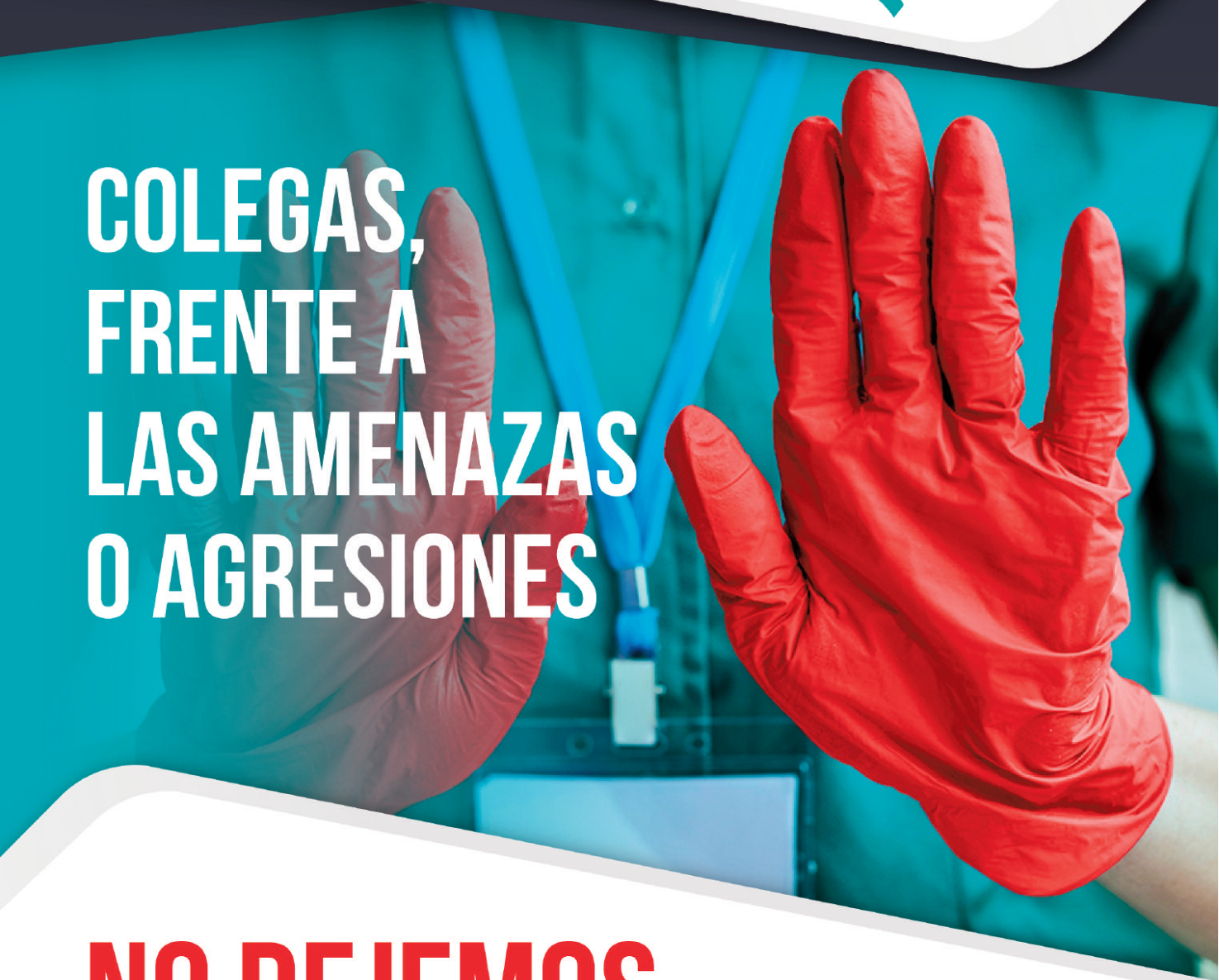
con validez para recertificar la **especialidad**:

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

Más información: educacionmedicacontinua@cmpec.org.ar

www.cmpec.org.ar @ f t y d

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba



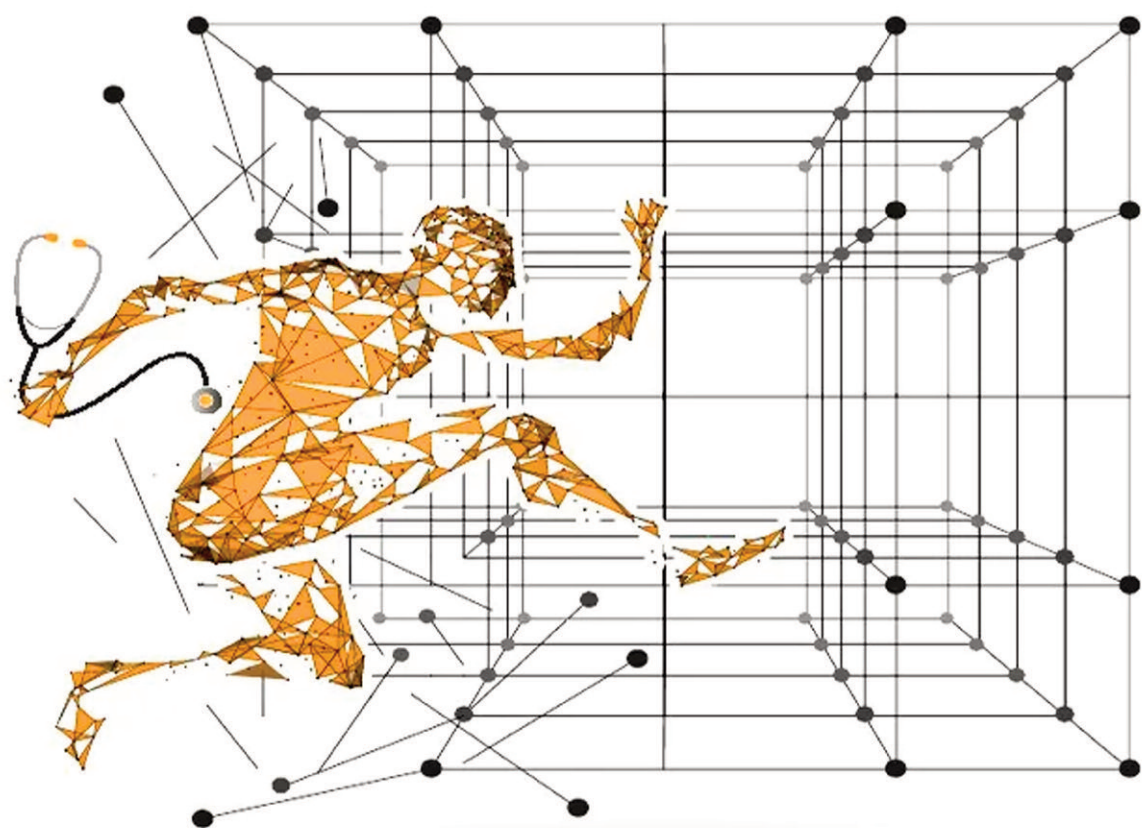
**COLEGAS,
FRENTA A
LAS AMENAZAS
O AGRESIONES**

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

CULTURA

Ediciones
IntraMed

Literatura & Medicina



DANIEL FLICHTENTREI

CEREBRO CLÍNICO

Una mirada crítica sobre la medicina

— CON PRÓLOGO DE MARIO BUNGE —

LA ERA DE LA ANHEDONIA

ETHICA DIGITAL PUBLICA UN CAPÍTULO DEL LIBRO **CEREBRO CLÍNICO**, ESCRITO EN SEPTIEMBRE DE 2017, POR **DANIEL FLICHTENTREI**, MÉDICO Y PENSADOR, QUE NOS HA VISITADO EN DOS OPORTUNIDADES Y HA ESTADO PRESENTE EN NUESTRA SECCIÓN CULTURAL EN VARIAS OCASIONES. HA SIDO DIRECTOR DE LA REVISTA DIGITAL INTRAMED E IMPULSOR DE LA MEDICINA NARRATIVA. **MARIO BUNGE**, OTRO GRAN PENSADOR ARGENTINO, LO DEFINE COMO HEREDERO DE LA TRADICIÓN DE LOS GRANDES MÉDICOS ARGENTINOS DE LA GENERACIÓN DEL 80, EDUARDO WILDE, MIGUEL CANÉ Y CARLOS MALBRÁN. Y AFIRMA QUE HA TENIDO EL PRIVILEGIO DE ESPÍARLO COMO EL IATROMÉDICOS O FILÓSOFO MÉDICO EMPEÑADO EN IR MÁS ALLÁ DEL DATO CLÍNICO O DE LABORATORIO, PARA ALCANZAR LOS MECANISMOS BIOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA ENFERMEDAD, Y UNO DE LOS POCOS MÉDICOS QUE SE HAN OCUPADO DE POLÍTICAS Y ACCIONES SANITARIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UN CIUDADANO QUE CREE QUE LA MISIÓN DEL ESTADO ES FACILITAR EL BIENESTAR INDIVIDUAL. EL TEXTO QUE PUBLICAMOS TIENE UN TÍTULO PROVOCATIVO: **LA ERA DE LA ANHEDONIA**, QUE HACE REFERENCIA A LA INCAPACIDAD PARA EXPERIMENTAR PLACER, LA PÉRDIDA DE INTERÉS O SATISFACCIÓN EN CASI TODAS LAS ACTIVIDADES. LO PUBLICAMOS COMO UN DESAFÍO A LOS COLEGAS: ¿HEMOS AVANZADO O SEGUIMOS EN LA ERA DE ANHEDONIA? SI NOS HACEN LLEGAR RESPUESTAS, LAS PUBLICAMOS. (LUIS RODEIRO)

Vivimos una época de pérdida del entusiasmo, ya casi no queda nada que nos encienda. Las recompensas están devaluadas por su propia inmediatez y las pasiones se han licuado en una satisfacción incesante, estúpida, urgente, vacía. Estamos atravesando un período refractario donde los estímulos se han hecho inútiles por exceso. El único premio que todavía funciona es el dinero pero su capacidad para comprar nuestra voluntad es cada vez menor.

Mientras no seamos capaces de aprender y enseñar que hay objetivos que justifican el esfuerzo no podremos salir de esta loca carrera cuya meta se nos ha desdibujado

en un horizonte borroso e indefinido. Estamos atrapados en el mismo lugar con los pies corriendo a varios centímetros del piso. Sobrestimulados por quienes compiten por capturar nuestra atención y por oscurecer nuestro entendimiento. Nos han adiestrado para no tolerar la falta de estímulos, para sentirnos vacíos sin ese constante bombardeo. Al tiempo para la reflexión y la contemplación hoy se lo llama "aburrimiento". Es una desgracia.

Los proyectos se agotan en la pura planificación. Hacer, implementar, tomar acciones guiados por ellos se ha convertido en un paso imposible de dar. Las propuestas están para ser enunciadas, La era de la anhedonia 84 ya no

está para ser concretadas. Los sueños son para ser soñados y no para ser convertidos en realidad. Sentimos el vértigo virtualizado de la velocidad sin movernos. La abulia es consecuencia de la anhedonia. No estamos quietos sino paralizados. No es que no sepamos adónde ir sino que no encontramos los motivos para hacerlo.

ENSEÑAR Y APRENDER MEDICINA

Los alumnos se proponen estudiar, pero no lo hacen. Los docentes enseñan, pero no lo logran. Hay pocas tareas más difíciles que despertar la pasión y el entusiasmo a una generación de estudiantes hieráticos y narcotizados ante la hipnosis del Power Point. Nadie pregunta, nadie propone, nadie busca el camino personal que lo conduzca desde la teoría a la práctica.

La educación de posgrado es un trámite cuyo objetivo es la adquisición (¡carísima!) de una certificación que asegure que alguien ha estado allí, aunque su tránsito por las aulas se haya limitado a una ceremonia de cuerpo presente (en el mejor de los casos) y de entusiasmos ausentes. Las innovaciones pedagógicas y didácticas son a menudo juegos de parvulario que buscan el entretenimiento como sustituto del esfuerzo. Se declaman y se exhiben en circuitos académicos pero jamás se muestran sus resultados en el aprendizaje concreto ni su impacto en la conducta profesional.

Son los enfermos y no los congresos pedagógicos la única medida del éxito o del fracaso de una intervención en la educación médica. La medicina no es una práctica discursiva ni una retórica intoxicada de jerga posmoderna y constructivista que considera que la realidad es una construcción y los hechos un detalle minúsculo. Lo que se construye es el conocimiento de una patología, no la enfermedad. Nadie que no sepa medicina puede enseñar medicina. Aunque saberlo tampoco garantiza la eficacia del proceso. Es una condición necesaria pero no suficiente.

La medicina se aprende a través de un saber milenario que se transmite de generación en generación y que no puede ni debe desvalorizar la figura del maestro. La transmisión del espíritu de una profesión es una cadena de eslabones que vinculan al joven con las generaciones que lo precedieron. Esta continuidad le permite saber de dónde viene y tomar conciencia de hacia dónde va. No se puede ingresar a una comunidad de pares aislado de los aconteci-

mientos que la fundaron ni del conocimiento de su historia. Aprender medicina es una actividad que lleva toda la vida.

El eje alrededor del cual se ejerce la práctica de la medicina es el padecimiento humano, no el acatamiento impersonal a las recomendaciones genéricas que siempre proceden de la epidemiología, del promedio y no siempre aplican al caso individual. En la práctica, lo aprendido se convierte en acto en circunstancias que son siempre únicas e irrepetibles. No es posible conocer medicina sin adquirir sus fundamentos científicos pero tampoco es suficiente limitarse a ellos. La práctica médica es una relación humana entre un ser que padece y otro que tiene los conocimientos y la voluntad para ayudarlo.

La educación médica busca la adquisición de habilidades, competencias y valores. En todos los casos estas aptitudes pueden aprenderse. Existen diversas formas de hacerlo y las facultades ofrecen con ese propósito ambientes distintos para estimularlos: el aula, el hospital, los laboratorios, los centros de salud, la comunidad. Se aprende de los libros tanto como de los maestros. De ellos recibimos el fundamento que nos dice para qué, por qué hacemos lo que hemos elegido como forma de vida. Sin sus ejemplos el saber técnico es un repertorio de datos huérfanos de valores que le den sentido.

ISLAS PERDIDAS

Los algoritmos, las guías de práctica clínica, la exorbitante complejidad de los exámenes complementarios son islas perdidas sin el sustento de la compasión, de la vocación de servicio y de una empeñada voluntad de comprender las historias personales de 86 aquellos en quienes las aplicamos. La artificial división entre una historia clínica saturada de información y de jerga y la historia de vida constituye un dramático obstáculo epistemológico que le resta a nuestro trabajo eficacia terapéutica y satisfacción existencial.

Las competencias clínicas no se aprenden tanto cuando se entienden como cuando se aplican. Las destrezas técnicas requieren de largos períodos de entrenamiento. Las capacidades humanas de compartir el sufrimiento ajeno, de acompañar, de limitar las intervenciones fútiles y de emplear lo que se sabe con racionalidad, empatía, oportunidad y respeto por las creencias y los deseos del paciente son un aprendizaje permanente. Es imposible



enseñar o aprender medicina sin ejercerla al lado del enfermo que tiene hoy un rol activo en la toma de decisiones acerca de su propia salud.

Los desvaríos teóricos de una pedagogía desvinculada de las auténticas necesidades de las personas o de una didáctica lúdica de kindergarten no solo han fracasado, sino que han hecho daño. Nadie aprende sin esfuerzo, no es inteligente sustituir el rigor y el trabajo metódico por el entretenimiento y los juegos de niños. Aunque en muchos casos sigan proponiéndose con la arrogancia de quien no cree necesario evaluar sus propios resultados.

Es imperativo evitar la fragmentación del conocimiento, su desarticulación de las necesidades de la población, el enfoque tecnocrático y sin comprensión del contexto social o de las necesidades subjetivas o el tribalismo disciplinar. Pero también es necesario huir del falso humanismo que vacía de contenido médico a la medicina. El relativismo extremo, el prejuicio anticientífico o el dualismo son otros de los peligros que acechan a la enseñanza de la medicina en tiempos de posmodernismo trasnochado.

Los estudiantes tienen el derecho a recibir una educación que los prepare para responder a lo que la sociedad

espera de ellos, que los proteja de los desvaríos conceptuales y de la enfermedad profesional. Pero también tienen la obligación de entregar su esfuerzo para lograrlo, su pasión para ser felices y plenos haciéndolo y su responsabilidad para someterse a la evaluación permanente de sus competencias.

LA ANHEDONIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Como mencionamos, la medicina es una profesión que convive con la incertidumbre. Aprender a pensar científicamente es una parte indispensable de la formación profesional. Reclamarla como un derecho o exigirla como obligación es responsabilidad de todos los actores involucrados.

Los médicos damos con demasiada frecuencia consejos que sabemos que la gente no puede cumplir. Los pacientes piden recomendaciones que no seguirán. Prescribimos fármacos que las personas reclaman pero no toman. El arduo trabajo sobre la salud muere en la soledad del consultorio. Allí dos personas acuerdan acerca de qué cosas es necesario hacer, pero jamás conversan acerca de cómo hacerlo (faltan evidencias acerca de los métodos de implementación).

La inercia clínica, la falta de adherencia, las propuestas imposibles de cumplir o de comprender y la carga de tratamiento en enfermedades crónicas muchas veces no articulan lo que se necesita con lo que se puede o con lo que se quiere de acuerdo con los valores y las preferencias del enfermo. La ausencia de estrategias de motivación o la resignación como estilo clínico ante lo que juzgamos inevitable o inmodificable, el paternalismo que resiste al empoderamiento del paciente en patologías que durarán toda la vida y que exigen de su autogestión. Mucho de lo que hacemos es un simulacro. Una pantomima virtual que reproduce un movimiento mientras permanece en el mismo lugar. Un triste ejercicio de cinismo clínico.

La medicina es una profesión maravillosa que exige entusiasmo, pasión y compromiso. Desde ya que las condiciones objetivas para su ejercicio son un derecho inalienable de quienes la practican y de quienes la necesitan. Las jornadas agotadoras de trabajo que reducen el rendimiento físico y mental o las retribuciones indignas que obligan al multiempleo permanente conspiran contra la eficacia de lo que hacemos. Pero sin el fuego que enciende la recompensa simbólica del placer por ayudar a quien nos necesita, nuestra tarea cotidiana puede convertirse en un pobre ejercicio automático y desangelado que no solo no nos hará felices como médicos, sino que nos expondrá a la enfermedad laboral, a la insatisfacción con nuestras propias vidas y, lo que es más grave aún, les quitará a nuestros pacientes la posibilidad de recibir el beneficio de un contacto intersubjetivo, sincero y sanador.

LA ESTÚPIDA CULTURA DEL ME GUSTA

Las ficciones ya no evocan experiencias, las producen. Esto nos releva del trabajo de vivirlas. No nos han cortado las piernas. Todavía están allí, pero ya no nos resultan necesarias. Entre la potencia y el acto se ha levantado un muro infranqueable. Nadie se mueve de la silla simplemente porque nos hemos quedado sin respuestas a la pregunta: "¿para qué?" Vamos sustituyendo la experiencia por la mera vivencia, y ni siquiera nos damos cuenta de lo que eso significa. Afirma el filósofo coreano Byung-Chul Han: "Información y datos están siempre desnudos. Convierten a la interacción en pura transacción. Cuentan (computan), pero no 'cuentan' (narran)".

Vivimos en una época donde se manipulan nuestras emociones (automáticas, somáticas, performativas) y se obturan nuestros sentimientos (narrativos, lentos, reflexivos). La velocidad no es una virtud en sí misma si no se sabe hacia dónde se va. La adherencia o el rechazo intuitivo nos condena a la superficialidad y cierran las puertas al pensamiento crítico. La resistencia a lo que parece dado e inevitable como una zeitgeist tóxica que nadie discute, nos condena a la trivialidad y a la estúpida cultura del me gusta. Alguien debe decir: "¡no!"

Ninguna de estas cuestiones es eterna o definitiva. Nada de lo que hoy registramos es inmodificable si nos lo proponemos. Pero es imposible y estéril todo esfuerzo para lograrlo si antes no admitimos descarnadamente la magnitud de lo que nos pasa. Silenciar lo que está delante de nuestros ojos es una estrategia de avestruz que solo puede contribuir a perpetuar lo que quisiéramos cambiar.

22 de septiembre de 2017

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

*Somos mucho más
que un seguro*

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





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



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



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

**Adquiera estos beneficios
adhiriéndose
al débito automático**



APOYO SOLIDARIO A LOS NUEVOS MATRICULADOS

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

www.cmpc.org.ar

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



FIDEICOMISO SOLIDARIO
DE AYUDA PROFESIONAL

¿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