

ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 188

Febrero 2026

ISSN 1514 - 688 X



PREOCUPACIÓN POR EL ÉXODO DE MÉDICOS AL EXTERIOR

INFORME ESPECIAL
**SALUD MENTAL
Y SOCIEDAD**

DE INTERÉS MÉDICO
**NUEVOS RIESGOS
EN SALUD**



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

Es una publicación propiedad del
Consejo de Médicos de la
Provincia de Córdoba
Mendoza 251 • 5000 Córdoba
Tel. (0351) 4225004

E-mail: consejomedico@cmpe.org.ar
Página Web: www.cmpe.org.ar

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Héctor Rolando Oviedo
PRESIDENTE

Dra. María Cristina Ferrer
VICEPRESIDENTA

Dr. Jorge Mainguyague
SECRETARIO

Dra. Carla Carta
TESORERA

Dr. Mario Vignolo
PRIMER VOCAL

Dr. Diego Almada
SEGUNDO VOCAL

Dr. Adolfo Moyano Crespo
Dra. Eugenia Peisino
Dr. Leandro Molina
VOCAL SUPLENTE

REVISORES DE CUENTAS

Dra. Gabriela Alejandra Rota
Dr. Pablo Ignacio Sacripanti

**CONSEJO DE DELEGADOS
DE DISTRITOS**

Dra. Nora Castro
PRESIDENTE

Dra. Marcela Ogas
SECRETARIA

COMITÉ EDITORIAL

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

DIRECTOR

Dr. Luis Otoniel Hormaeche

DIRECTOR PERIODÍSTICO

Luis E. Rodeiro

CORRECCIÓN

Lic. Mónica Taborda

ARTE Y DIAGRAMACIÓN

Hernán Sieber

ISSN 1514-688X

Registro de Propiedad Intelectual N° 28798

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

ENTRE LOS DESEOS Y LA REALIDAD

En el 2.000, los países que forman parte de la Organización Mundial de la Salud, acordaron instrumentar políticas que permitieran que en 2030, se llegara a hacer realidad la Cobertura Universal de Salud. A pesar de los avances registrados, la dura realidad es que miles de millones de personas según el Informe de la organización internacional¹, a la que Argentina dejó de pertenecer, siguen sin acceso a servicios esenciales. La dura realidad de las desigualdades económicas y sociales que se profundizan año tras año, ponen en duda que aquel gran objetivo pueda darse por cumplido en forma total en 2030.

La mirada sobre el proceso histórico reconoce los avances realizados por numerosos países miembros que han logrado la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, que según los datos del informe de la OMS aumentaron entre 54 y 71 puntos, entre 2000 y 2023. Sin embargo, señala que las poblaciones más pobres siguen soportando la carga más importante de gastos inasequibles en atención de salud, con 1 600 millones de personas empujadas a situaciones de mayor pobreza. En conjunto, se calcula que 4 600 millones de personas en todo el mundo siguen sin tener acceso a servicios de salud esenciales y 2 100 millones afrontan dificultades financieras para acceder a la atención de salud, incluidos los 1 600 millones de personas que viven en la pobreza o se ven empujadas a ella como consecuencia de los gastos en atención de salud. "La cobertura universal de salud es la máxima expresión del derecho a la salud, un derecho

1. El informe fue dado a conocer en enero de este nuevo año, evalúa lo realizado entre el 2000 y 2025.

que, tal como muestra este informe, sigue estando fuera del alcance de miles de millones de personas, que no pueden acceder a los servicios de salud que necesitan ni asumir su costo”, precisó el **Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus**, Director General de la OMS.

En el ámbito de la salud, las dificultades financieras se definen como un gasto doméstico superior al 40 % del presupuesto discrecional del hogar en gastos directos en atención de salud. El costo de los medicamentos es una de las principales causas de las dificultades financieras: en el 75 % de los países donde hay datos disponibles, los medicamentos representan al menos el 55 % de los gastos directos en atención de salud. La carga es aún mayor entre las personas que viven en la pobreza, que destinan a los medicamentos el 60 % de estos gastos, en promedio, desviando sus escasos recursos de otras necesidades esenciales.

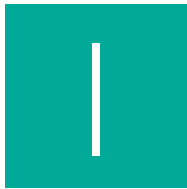
Si bien la carga de los gastos directos en atención de salud pesa de un modo especial sobre las personas más pobres, también afecta a los segmentos más acomodados de la población, que destinan a ellos buena parte de su presupuesto, sobre todo en los países de ingreso mediano, donde este grupo de población va en aumento.

Si no se aceleran los avances, la cobertura de todos los servicios sin dificultades financieras seguirá estando fuera del alcance de muchas personas: se prevé que el Índice de Costo en Salud (ICS) mundial alcance solo 74 puntos sobre 100 en el año 2030, y que casi una de cada cuatro personas en todo el mundo siga enfrentándose a dificultades financieras al final de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Lo real, ante el informe de la OMS, es que más allá de los avances destacables y meritorios, las brechas y desigualdades van en aumento. En 2022, tres de cada cuatro personas del segmento más pobre de la población se enfrentaban a dificultades financieras derivadas de los gastos en atención de salud, cifra que se reducía a menos de una de cada 25 en el segmento más rico.

Sobre ese cuadro y manteniendo el objetivo de Cobertura Universal de Salud, la OMS recomienda una serie acciones en seis áreas que considera fundamentales:

- garantizar que la atención esencial de salud sea gratuita en el punto de atención para las personas que viven en la pobreza y en situaciones vulnerables;
- ampliar las inversiones públicas en sistemas de salud;
- abordar el elevado gasto en medicamentos;
- acelerar el acceso a los servicios esenciales orientados a las ENT, especialmente a medida que aumenta la carga de la enfermedad;
- reforzar la atención primaria para promover la equidad y la eficiencia; y
- adoptar enfoques multisectoriales, reconociendo que los determinantes de la salud y los factores impulsores de la CUS van más allá del sector de la salud.



EDITORIAL

■ ENTRE LOS DESEOS Y LA REALIDAD3

INSTITUCIONALES

■ *Ateneo organizado por la Comisión de Farmacovigilancia*

LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS AVANZA
CON MAYOR CELERIDAD ¿QUÉ HACER?7

■ *Un justo y merecido reconocimiento*

MARIO VIGNOLO, UNA MEDICINA COMPROMETIDA11

■ *OPINIÓN*

APROXIMACIONES A LA MATRICULA PROFESIONAL
-ÚNICA O JURISDICCIONAL12

INFORME ESPECIAL

■ "EL DETERIORO DE LA SALUD MENTAL
EN LOS ÚLTIMOS MESES ES ALARMANTE"14

■ *El aporte de nuestros especialistas*
SALUD MENTAL Y REALIDAD SOCIAL16

■ *La mirada de los Dres. Carlos Presman y Juan Carlos Mansilla*
LA SALUD MENTAL Y LA SOLEDAD NO DESEADA18

DE INTERÉS MÉDICO

■ **NUEVOS RIESGOS PARA LA SALUD PÚBLICA**
1. NUEVA VARIANTE DE GRIPE
2. EL REGRESO DE LA SÍFILIS20

■ *Novedades Científicas*
PRIMERA ABLACIÓN POR MICROONDAS DE TIROIDES
EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CÓRDOBA22
LA CLÍNICA REINA FABIOLA PROYECTA ABRIR
UN "HOSPITAL INTELIGENTE"23

CULTURA

■ EL ESTETOSCOPIO, UN VIEJO COMPAÑERO DEL MÉDICO25

NUESTRA PORTADA

Ilustración alusiva al crecimiento en el éxodo de médicos al exterior,
en busca de mejores oportunidades profesionales y económicas,
tema de nuestra editorial hoy.



LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS AVANZA CON MAYOR CELERIDAD **¿QUÉ HACER?**



Imagen Laboratory Worker

LOS ANTIBIÓTICOS SON LOS INSTRUMENTOS MÁS EFICACES Y DISPONIBLES PARA COMBATIR UNA LARGA LISTA DE BACTERIAS QUE AFECTAN LA VIDA DE LOS SERES HUMANOS, PERO ÉSTAS, CON EL TIEMPO, HAN DESARROLLADO LA CAPACIDAD DE RESISTIR A LA ACCIÓN DE ESTOS MEDICAMENTOS. EL TEMA FUE ABORDADO EN EL ÚLTIMO ATENEO, ORGANIZADO POR LA COMISIÓN DE FARMACOVIGILANCIA, CON LA PARTICIPACIÓN DE DOS EXPERTOS (ALEJANDRA BERESOVSKY).

Como parte de las acciones que se realizan para concientizar sobre la importancia del uso adecuado de antibióticos, el Consejo de Médicos, a través de la Red de Farmacovigilancia que funciona en el marco de la institución, llevó a cabo el Ateneo sobre Resistencia Antimicrobiana (RAM).

En la actividad, participaron el bioquímico y microbiólogo **Mg. Juan Enrique Martínez** y el **Doctor Federico Romero**, con la coordinación de la **doctora Claudia Guerrero**.

En primer lugar, expuso Martínez –jefe de Microbiología del Hospital Universitario de Maternidad y

Neonatología, dependiente de la UNC, donde también forma parte del Comité de Farmacovigilancia y es jefe del Servicio de Microbiología del Laboratorio Biocon-, quien destacó el desafío permanente que plantean a la humanidad la existencia de los microorganismos y cómo la resistencia antimicrobiana es un problema que nos atañe a todos como sociedad.

Martínez recordó que los antibióticos son los instrumentos más eficaces y disponibles para combatir una larga lista de bacterias que afectan la vida de los seres humanos, pero que éstas, con el tiempo, han desarrollado la capacidad de resistir a la acción de estos medicamentos.

En ese sentido, destacó que, según información publicada por la revista científica *The Lancet* en 2019, la RAM causa 1,3 millones de muertes por año en el mundo, al tiempo que otras casi cinco millones están asociadas a esta condición. En tanto, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la RAM es una de las 10 principales amenazas frente a las que se encuentra la humanidad. Desde resultados de tratamientos oncológicos hasta los de intervenciones como una cirugía mayor podrían verse en peligro si el paciente se ve infectado por alguna cepa resistente a los antibióticos.

ANTECEDENTES

La RAM representa uno de los rasgos de supervivencia más trascendentes desarrollados por las bacterias en su evolución. Como todo ser vivo, cuando un microorganismo se desarrolla, busca perpetuarse, pasar vida a la generación siguiente, lo que explica que ellos mismos hayan desarrollado sus propios antimicrobianos, que les han permitido generar resistencia. “Se han encontrado genes de resistencia de antibióticos en microorganismos que están en la profundidad de los océanos, en lugares donde nunca llegó ningún antibiótico”, afirmó Martínez. “Por lo tanto, la información ya está dentro del propio microorganismo. Han estado entrenados durante miles de millones de años de evolución para estar en contacto con estas sustancias que desde su punto de vista son sustancias tóxicas, que ellos quieren, de alguna manera, eliminar”, añadió.

La RAM puede ser natural o adquirida. La primera comienza a expresarse ante la presencia del antibiótico, mientras que la segunda se adquiere por intercambio de material genético entre distintos microorganismos a través de mecanismos como la conjugación, transducción y transformación, así como mutaciones en el propio ADN cromosómico.

La bacteria puede ser resistente porque tiene menos permeabilidad al antibiótico, porque lo expulsa, porque se producen modificaciones enzimáticas en el sitio blanco o sitio diana (el que contiene los receptores capaces de unirse al fármaco) o por inactivación del fármaco.

Para cada mecanismo de acción de un antibiótico existe uno o más mecanismos de resistencia.

Como se mencionó anteriormente, estos mecanismos de resistencia están desde el inicio mismo de las bacterias, porque ellas mismas, antes de que existieran los antibióticos, ya lo tenían codificado en su ADN o se lo transmitían entre ellas para poder defenderse de situaciones tóxicas en los nichos ecológicos donde tenían que desarrollarse y perpetuar su vida. “El conocimiento de estos mecanismos nos puede ofrecer alguna ventana o alguna ventaja para tratamientos futuros en los que podamos devolver a esa bacteria la sensibilidad que tenía”, afirmó Martínez. No hay antibiótico que no tenga correlacionado su mecanismo de resistencia.

Además, es preciso tener en cuenta que las bacterias no viven aisladas, sino que están en lugares que permiten el contacto con otras y donde cuentan, también, con cierta protección, por ejemplo, la mucosa intestinal, los biofilm o biopelícula. “Las bacterias que están dentro del biofilm están protegidas por esa capa proteica, lo cual impide más todavía la llegada de los antibióticos y de los anticuerpos”, señaló Martínez.

Cuando están en esas superficies, producen una expresión de proteínas que están en una actividad muy baja, aletargadas, pero protegidas en ese biofilm. Esa mera persistencia, en algún momento, puede revertirse y la bacteria puede volver a su fase agresiva y producir enfermedades. Asimismo, la coexistencia con otras bacterias en el mismo biofilm permite que se transmitan entre ellas el material genético que permite la resistencia.

Clase de antibiótico	Mecanismo de acción	Mecanismo de resistencia
Aminoglucósidos	Bloquean síntesis de proteínas en el ribosoma 30S	Enzimas que modifican el antibiótico, cambios en el ARN ribosomal, disminución de entrada o aumento de eflujo.
β -lactámicos	Inhiben síntesis de pared celular	β -lactamasas, proteínas de unión modificadas, menor permeabilidad.
Colistina (péptido catiónico)	Daño a la membrana externa	Modificación o pérdida del lípido A.
Vancomicina (glucopéptido)	Inhibe síntesis de peptidoglicano	Pared impermeable, modificación de precursores de pared.
Lincosamidas	Bloquean síntesis de proteínas en 50S	Metilación del ARN, inactivación enzimática, eflujo.
Daptomicina (lipopéptido)	Despolariza la membrana celular	Engrosamiento de pared y reducción de despolarización.
Macrólidos	Inhiben síntesis de proteínas en 50S	Metilación del ARN, mutaciones ribosómicas, eflujo, enzimas inactivadoras.
Oxazolidinonas	Impiden formación del ribosoma 70S	Modificaciones del ARN y protección ribosomal.
Cloranfenicol (fenicol)	Bloquea síntesis de proteínas en 50S	Mutaciones en ARN, acetilación enzimática, eflujo.
Trimetoprima (pirimidina)	Inhibe síntesis de folato	Genes modificados de la enzima diana y eflujo.
Quinolonas	Inhiben enzimas para replicación del ADN	Mutaciones en girasa/topoisomerasa, eflujo y proteínas protectoras.
Rifampicina	Inhibe la ARN polimerasa (transcripción)	Mutación del gen diana o inactivación enzimática.
Estreptograminas	Inhiben síntesis proteica en 50S	Mutaciones en ARN, enzimas modificadoras y eflujo.
Sulfonamidas	Inhiben síntesis de ácido fólico	Mutaciones en enzimas diana o variantes resistentes.
Tetraciclinas	Bloquean entrada de ARNt en 30S	Eflujo, protección ribosomal, mutaciones e inactivación enzimática.

En conclusión, dijo Martínez, la RAM es un resultado evolutivo inevitable. “Solo podemos gestionarla, conocerla, ver cómo las bacterias se relacionan entre ellas, ver cuáles son los posibles sitios target que podemos tener para mejorar el tratamiento de las infecciones producidas por esas bacterias”, afirmó.

Es preciso evitar situaciones que profundizan el problema, como la prescripción inadecuada de antibióticos; la automedicación, uso inadecuado y excesivo de antibióticos; los entornos hospitalarios deficientes, donde no se guardan las prácticas mínimas de seguridad, desde un simple lavado de manos hasta la esterilización de los materiales, y moderar el uso extensivo en la agricultura. “Por ejemplo, para aumentar la cantidad de carne, sea porcina, aviar o vacuna, se utilizan en la producción toneladas de antibióticos. En el intestino de cada uno de esos animales se produce el biofilm y se intercambia material genético, todo ello repercute en la salud humana”, puntualizó.

Por otra parte, destacó que actualmente hay disponibles pocos antibióticos nuevos y que generalmente los que surgen al mercado son variaciones de los antibióticos que ya se conocen. “La industria farmacéutica tampoco está investigando demasiada cantidad de nuevas moléculas. Sí hay una cantidad de investigaciones y destinadas a modelos moleculares que tienen que ver con nanotecnología, con inteligencia artificial, edición genética con probióticos”, concluyó.

VISIÓN DESDE LA MEDICINA

El segundo expositor fue Federico Romero, quien es médico, especialista en infectología en el Sanatorio Allende, coordinador del Comité de PROA (Programa para la Optimización del uso de Antibióticos) y es vicepresidente de la Sociedad de Infectología de nuestra provincia.

Romero coincidió con Martínez en que la oferta de antibióticos para tratamientos es muy acotada. “Estamos en una era crítica, con pocas moléculas nuevas y mecanismos de resistencia que nos van ganando rápidamente”, alertó.

El especialista hizo hincapié en el concepto de “una salud”: “Todo tiene repercusión; la salud humana se vincu-

la con factores ambientales y con la salud del ámbito animal o veterinario”. Por otra parte, señaló que hay determinantes socioculturales, como los movimientos poblacionales, algo que dejó en claro la pandemia de Covid-19, que aceleró la RAM. “En tres años, el problema avanzó como si hubiera pasado una década”, graficó.

Y anticipó: “Las proyecciones muestran que en 2050 podrían producirse a nivel mundial 1,91 millones de muertes atribuibles y 8,22 millones de muertes asociadas a la RAM. Sur de Asia, América latina y el Caribe serán las regiones con la tasa más alta. El grupo etario más afectado será el de los mayores de 70 años”. Añadió, asimismo, entre los grupos más comprometidos, a las personas inmunodeprimidas.

Informó que el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) –cuya sede está en Atlanta y es la principal agencia federal de salud pública en Estados Unidos– destaca que existe, en muchos casos, una indicación errónea de antimicrobianos. Una revisión dada a conocer por la institución menciona que el 79% de los pacientes con neumonía habían recibido la indicación de tratamiento con antibióticos que no eran acordes a su cuadro o que no precisaban y que igual situación se presentó en el 77% de las personas con infecciones urinarias. Por otro lado, el 50% de las fluoroquinolonas –antibióticos bactericidas de amplio espectro– habían sido mal prescritas y que, en un tercio de los casos, el uso de vancomicinas –que eliminan las bacterias en el intestino– había sido innecesaria.

En el caso de nuestro país, considera que existe “mucha libertad para el empleo de antibióticos de manera no supervisada, sobre todo en el ámbito ambulatorio”. Hizo alusión, asimismo, a los incentivos de los pacientes para pedirlos, como falsas creencias sobre su uso en distintos tipos de cuadros o incluso su precio relativamente bajo.

Por otra parte, algunos médicos terminan considerando, erróneamente, que es mejor administrar un antibiótico innecesario que evitar su uso en un paciente que podría beneficiarse. Es decir, piensan que la falta de prescripción pone en riesgo el bienestar del paciente, en un contexto de incertidumbre clínica.

MARIO VIGNOLO, UNA MEDICINA COMPROMETIDA

LA VOZ DE SAN JUSTO Y LA VOZ DEL INTERIOR, EN LAS EDICIONES DEL DOMINGO 8 DE FEBRERO, INFORMAN SOBRE UN MOMENTO PARTICULAR DEL DR. MARIO VIGNOLO QUE TRAS UNA EXTENSA E INTENSA CARRERA COMO MÉDICO FORENSE, CON SUS 63 AÑOS, DESDE SAN FRANCISCO, SU LUGAR EN EL MUNDO, SE ACOGIÓ A LA JUBILACIÓN, TRAS HACER REALIZADO –COMO LE RECUERDA EL TÍTULO DE LA PRENSA- 10 MIL AUTOPSIAS Y HABER COLABORADO EN EL ESCLARECIMIENTO DE UNA GRAN CANTIDAD DE ASESINATOS. JUSTO RECONOCIMIENTO DE LA PRENSA A UNA TRAYECTORIA QUE NO LE IMPIDIÓ EJERCER SU COMPROMISO COMO PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FORENSE Y HABER INTEGRADO, DESDE DISTINTAS FUNCIONES, LA CONDUCCIÓN DEL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, DONDE ES MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA. ETHICA DIGITAL PRESENTA ESTE TEXTO DE RECONOCIMIENTO BASADA EN DICHA NOTA PERIODÍSTICA Y EN OTRAS ANTERIORES EN LOS MISMOS MEDIOS (LUIS RODEIRO).

Mario Vignolo, además de su labor como médico forense es especialista en psiquiatría y toxicología, en paralelo con la especialidad en criminología. Pero la medicina forense, ha ocupado gran parte de su vida profesional, siendo reconocido tanto a nivel nacional como internacional. “Ahora, sostiene, cambiará los bisturís, la sierra para los huesos y las tijeras de disección por las tijeras de podar, ya que apasiona la jardinería”. No sabemos si ello será posible, porque es un profesional requerido, un referente de los médicos en general, con una formación que trasciende lo forense. De hecho llegó a ser director del Hospital Iturraspe de San Francisco, donde ingresó como médico generalista y donde dejó huellas importantes.

Es profundo en sus reflexiones, por ejemplo. Cuando definía que “un forense es mucha más que una rata de morgue”, en una entrevista con el periodista José Playo, que concluía a partir de esta definición, de que “el médico en ese universo asociado a la Justicia, el médico no cura, pero hace hablar a los muertos”.

Su primer caso judicial, recuerda Vignolo en la nota citada, fue el asesinato de una bioquímica de Arroyito, a



*Foto gentileza de La Voz del Interior
("En una vitrina de su casa, Vignolo atesora recuerdos de sus viajes como experto forense donde se aprecian calaveras y diablitos").*

comienzo de la década de los 90, a quien habían degollado. Al hacer la autopsia llamó su atención que el cuerpo de la mujer estaba cubierto de sangre y presentaba unos pelos que no parecían humanos: “fuimos al laboratorio y confirmamos que no eran pelos, sino cerdas de un pincel”. Esa observación de Vignolo permitió orientar la investigación hacia un pintor que había trabajado en la vivienda como el autor del crimen”.

APROXIMACIONES A LA MATRICULA PROFESIONAL -ÚNICA O JURISDICCIONAL-

ETHICA DIGITAL, PERMANENTEMENTE HA MANIFESTADO QUE, COMO ÓRGANO OFICIAL DE COMUNICACIÓN DE NUESTRO CONSEJO DE MÉDICOS, ESTÁ SIEMPRE ABIERTA A LA OPINIÓN DE LOS MATRICULADOS. EN ESTE CASO HEMOS RECIBIDO UNA NOTA DE OPINIÓN DEL **DR. JUAN CARLOS TABORDA**, ACTUAL MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE APELACIONES, SOBRE UN TEMA INSTALADO POR UN PROYECTO DE LA DIPUTADA MABEL PAGANO, SOBRE LA ELIMINACIÓN DE LA MATRÍCULA PROFESIONAL QUE OTORGA EL CONSEJO, QUE ENCONTRÓ EL RECHAZO DE INSTITUCIONES MÉDICAS Y DE OTRAS PROFESIONES, EN UNA SUERTE DE IMPASSE. DE ALLÍ LA VALIDEZ DEL APORTE QUE AGRADECEMOS Y QUE HOY PUBLICAMOS.

Desde hace varios meses se reitera el rumor que indica la intención de instalar en la sociedad, la necesidad de eliminar la matrícula profesional nacional y única para el ejercicio de la Medicina en el territorio Argentino. Incluye la probabilidad además a todas aquellas profesiones llamadas liberales.

Desde diferentes espacios vinculados al gobierno central se dice que la sanción de matrícula única nacional se justifica ampliamente porque disminuye costos laborales, atenúa la intermediación parasitaria facilita libertad en la contratación de servicios conforme al mercado tal lo hace con cualquier otra norma de comercio, favoreciendo la realización individual, siendo esa liberación base de crecimiento social. Que las organizaciones profesionales en definitiva son prescindibles y el efecto de sus actividades es inocuo cuando no perjudicial.

Propone ese concepto el libre desempeño de cada profesional que entonces procederá a su arbitrio y voluntad en la asistencia de la salud y la enfermedad. Debido a la precariedad administrativa del Estado, esa situación genera ausencia de vigilancia, seguimiento y control por parte del estado nacional. Son constancias de esa debilidad ejem-

plos dolorosos como el ultra conocido caso de Fentanilo contaminado o los desajustes ya reconocidos en la ANDIS. (fiscalización y recursos económicos). Todo ello sin mencionar el ejercicio irregular cuando no ilegal de la disciplina.

La asistencia de la salud es una de las facultades no delegadas por las Provincias al Estado Nacional asumiendo estas la responsabilidad de la seguridad sanitaria jurisdiccional en el marco de la autonomía Federal. El Art 59° de la constitución Provincial reserva para si el poder de policía en la legislación y administración de la salud. El Art 37° delega el gobierno de las profesiones a los Colegios y Consejos Profesionales creados y a crear conforme al texto y el espíritu del constituyente.

A los efectos de asegurar derechos y garantías para toda la población el Legislativo Provincial ha sancionado en el tiempo las leyes 4853/65 To 6396) y la 6222/78. La primera crea el Consejo de Médicos con obligaciones, derechos y atribuciones específicas entre ellas el definido en el Art 25° que impone como requisito previo indispensable la inscripción en los registros de la Institución, la segunda define espacios, atribuciones limitaciones requisitos e incumbencias para cada profesión en el campo de la salud y la enfermedad.

22 universidades nacionales, 13 privadas y la extranjera habilitadas por convenio forman para el ejercicio de la medicina hasta el egreso y otorgan en forma gratuita Título y Diploma de graduación. Ese Título que valida la adquisición de conocimiento actual finaliza la relación de estudio sin que exista acción posterior obligada ni vínculo alguno de la Institución con el graduado. La mera tenencia de ese título habilita al ejercicio profesional en la República. Sin perjuicio del poder de policía que corresponde a las Provincias Art 42° de la Ley 24521/95. Ellas mismas las universidades deben periódicamente (máximo 6 años) ser evaluadas y acreditadas por CONEAU

La matrícula única nacional depositaría entonces en los Organismos de la Nación el control, la validez de habilitaciones, actualización permanente en un universo científico- tecnológico que hace obsoletas tecnologías y conocimientos en forma vertiginosa.

No posee el estado a la fecha recursos, capacitación ni estructura propia de calidad para realizar dicha tarea protegiendo la salud, la ética y moralidad de cada acción profesional. Más utópico todavía tal pretensión partiendo desde el convencimiento ideológico de superávit y ajuste fiscal sostenido como innegociable por el gobierno Nacional.

Los programas nacionales de Residencias, Capacitaciones de postgrado etc. accesibles para un segmento de profesionales constituyen el aporte al conocimiento, estudio y práctica futura de quienes quedan responsables de la atención médica asistencial y deben hacerse cargo personalmente ante reclamos, pleitos y juicios librados a su suerte individual y abandonados efectivamente por el estado. Córdoba tiene mucho de esto en los últimos años como todos los sucesos acaecidos en el reconocido "Caso Neonatal".

Complementando el poder superior de la Provincia el Consejo de Médicos de Córdoba como entidad de derecho Público no estatal tiene constitucional y legalmente aprobado para sí el gobierno de la profesión, el control de su ejercicio y la facultad sancionatoria para con sus integrantes; ofrece a la población que ese ejercicio de la disciplina asegura adecuado resguardo en el tratamiento de la enfermedad y la promoción colectiva de salud. Para ello habilita el ejercicio de la medicina en todo el territorio Provincial mediante la inscripción en la matrícula correspondiente con un conjunto de normas a cumplir, incluido en modo preferente la obligación en la actualización de conoci-

mientos y méritos y la adopción de sanciones ante lo que constitucionalistas de la talla de Soler, Núñez y Jiménez de Asúa tal manifiestan de la naturaleza del orden disciplinario y jurisdiccional de los Colegios Profesionales.

La difundida insistencia sobre disconformidad del matriculado con Consejos y Colegios proveniente de grupos políticos y/o administradores de fondos para la salud que pretenciosamente los definen como instituciones expoliadoras para con sus ingresos y sin ninguna contraprestación es el argumento excluyente para su "no necesidad" igual que ocurre con otras organizaciones sociales y/o gremiales.

Sanitariamente EL CMPC ejecuta acciones tendientes a mejorar la salubridad y seguridad colectiva con acciones en terreno, cursos especiales: RCP, incendios, Vacunación etc. económicamente disminuye gastos de Gobierno pues reduce y reemplaza significativamente personal estatal no capacitado para realizar controles esenciales que aseguran en terreno la preservación del estado de salud general.

Administrativamente controla con rigurosidad toda la documentación que garantiza la legalidad de habilitación del graduado desde su Área de Matriculación y Archivo.

Científicamente mediante los dispositivos adecuados supervisa la actualización de conocimiento y habilidades para toda la matrícula contando con estructuras de conocimiento, contención y desarrollo a partir de Especialidades, Bioética, Comités de Contralor y brinda espacio Social para preservar y mejorar las condiciones laborales de cada profesional Educación Médica, CERSa, Reglamento de Publicaciones etc. y con más: la defensa de cada integrante ante acusaciones penales mediante el seguro profesional su Departamento de Asesoría Letrada y adicionalmente otorga beneficios accesorios en su vida personal y familiar ante eventos desfavorables.

Eliminar el control profesional al trabajo organizado ante la incorporación de nuevos graduados, transfiriendo responsabilidades de efecto social a registros virtuales unitarios donde se toman decisiones ostensiblemente dependientes de intereses diversos y/o necesidades políticas, no técnicas que peligrosamente obturan la participación activa del representativo médico en la toma de decisiones y promueve y propone al regreso cotidiano de ejemplos y prácticas superadas definitivamente por el desarrollo humano.



"EL DETERIORO DE LA SALUD MENTAL EN LOS ÚLTIMOS MESES ES ALARMANTE"

CON MOTIVO DEL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL, LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS, EN LOS PRIMEROS DÍAS DE OCTUBRE, LANZÓ UN ALERTA POR EL PANORAMA DEL ESTADO PSICOLÓGICO ACTUAL DE LA CIUDADANÍA. LOS DATOS SON REALMENTE ALARMANTES. SEGÚN UN RELEVAMIENTO DE DICHA UNIVERSIDAD, EL 35% DE LA POBLACIÓN ARGENTINA PRESENTA MALESTAR PSICOLÓGICO, ALGO QUE SE TRADUCE EN CUADROS DE ANSIEDAD, DESAZÓN Y DEPRESIÓN, ENTRE OTRAS COSAS. EHICA DIGITAL EN EL CONTEXTO DE LOS TEMAS QUE REQUIEREN DE UNA ATENCIÓN ESPECIAL, SE OCUPA DEL TEMA. DESPUÉS DE UNA BREVE INTRODUCCIÓN BASADA EN LAS AFIRMACIONES DEL **DR. SERGIO ZABALZA**, DOCTOR EN PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES RECURRIMOS A LA OPINIÓN DE NUESTROS PROPIOS ESPECIALISTAS QUE NOS ACERCARON UNA NOTA COMPARTIDA POR LOS **DOCTORES HORACIO LÓPEZ Y RICARDO CASTRO**. Y AÑADIMOS EL PUNTO DE VISTA DE LOS **DOCTORES CARLOS PRESMAN Y JUAN CARLOS MANSILLA**, PUBLICADO EN LA VOZ DEL INTERIOR, EN DICIEMBRE PASADO, QUE INCORPORAN A LA SOLEDAD, EN EL PLANTEO ACTUAL DE LA SALUD MENTAL Y SUBRAYAN LA CREACIÓN DE UN OBSERVATORIO MUNICIPAL DE LA SOLEDAD NO DESEADA. FELIZ INICIATIVA.

Consultado por la radio 750, Sergio Zabalza, doctor en psicología de la UBA explicó que en este contexto, cada día que pasa se encuentran con un panorama más dramático: "El deterioro de la salud mental en los últimos meses, en los últimos años, es alarmante".

Sus manifestaciones son: "angustia desbordante, suicidios, intentos de suicidios, desazón, depresión, inhibición. Todos signos de un discurso que no alcanza a tramitar los problemas de la vida", explicó. Tras lo que reflexionó sobre cómo impacta la coyuntura política económica y social en esta situación. Al 35 % de la población que sufre algún nivel de malestar psicológico, según este estudio, debemos agregar que cerca del 9 % tiene riesgo de pade-

cer un trastorno mental.

Señalo, además, que "en el ambiente adolescente esto genera paradójicamente la inhibición. Y no es un sujeto en un rincón, tímido, que no habla. Es la violencia absurda que explota". Y agregó: "Cuando se pretende tener todo, bueno, lo que aparece es un desierto que trae desazón. Lo que aparece es el aislamiento. Entonces, el diálogo se empobrece. La gente está encerrada en sí misma".

El Dr. Zabalza, señala que se dan crisis simultáneas, siendo las más mencionadas, las familiares, económicas y vitales. Entre los factores además de los económicos, políticos y sociales, señala el efecto de los modos de vida actuales, la preeminencia de lo virtual sobre lo presencial y la lógica de la imagen sobre la palabra.

El aporte de nuestros especialistas

SALUD MENTAL Y REALIDAD SOCIAL

Un dato, que sirve como ejemplo, es el caso del Hospital central de la ciudad de Reconquista, que al compás de los nuevos enfoques encuadrados en las normativas nacionales es un efector para medidas de internación. En el último mes de las 52 camas disponibles, aproximadamente 20 están ocupadas por pacientes con patologías de salud mental.

En nuestra provincia sirve como evidencia el colapso por el exponencial aumento de la demanda, que provoca importante demora para lograr consulta ambulatoria, si se sustancia por ejemplo en el ámbito de la medicina pre-paga, ronda casi a los 30 días, y mucho más si se trata del sector de obras sociales o público.

Este cuadro de situación debe ser analizado en el marco de cuestiones de índole general, relacionadas a las políticas del sector salud y de la salud mental, y en un marco más específico, desde el punto de vista psicosocial.

MARCO GENERAL

Un aspecto que sobresale es el problema presupuestario, a la hora de calibrar la implementación de ley nacional y provincial de salud mental.

El fetichismo del superavit fiscal en la macroeconomía imperante ha tenido como una de sus víctimas, la reducción de las transferencias de recursos desde la órbita nacional a las provincias.

Esto tiene consecuencias directas y ha profundizado el ajuste en el campo de la salud mental a nivel provincial, que si bien tiene su inicio antes del cambio de la administración nacional (2023), en el último año ha tenido un fuerte impacto en uno de los vectores más importantes a la hora de ofrecer alternativas al incremento de la demanda, como es el programa destinado al financiamiento de centros de salud mental.

Dicho esto, conviene puntualizar que del funcionamiento de éstos centros es imprescindible a la hora de sos-

tener y profundizar la estrategia de Atención Primaria, pilar primordial de la prevención, promoción, intervenciones prontas y oportunas y rehabilitación si lo que se pretende es hacerse cargo de una demanda mayor y más compleja.

Se está ante el serio riesgo de que “desmanicomializar”, uno de los ejes sobre los que pretendidamente anclan tanto la ley nacional como la ley provincial (los otros dos son el enfoque de derechos y la atención primaria), se convierta en un equivalente del ajuste perpetuo (para más detalles ver el trabajo “La ley de salud mental en Córdoba: avances en medio del ajuste?”, de I. Ase y J. Burijovich.

MARCO ESPECÍFICO ALARMA PERMANENTE Y SUBJETIVIDADES

Un camino para explicar la mayor necesidad de intervención de los distintos actores que confluyen en el campo de la salud mental, en los tiempos actuales, podría pasar por:

a) La instalación de niveles elevados de lo que llamaríamos estrés crónico; que tiene un fuerte condicionante en la amenaza diaria que promueve la pérdida de derechos (lo acontecido con la poda de asistencia a jubilados y discapacitados es un buen ejemplo), y que no solo exige un alto precio a la salud mental, sino que también puede causar estragos en el funcionamiento gastrointestinal por ejemplo, lo que a su vez promoverá cambios en el microbioma que, como ya bien se sabe, alteran o al menos interfiere con la síntesis de neurotransmisores, como por ejemplo la serotonina, que está implicada en el control de la ansiedad el humor y el ritmo de sueño;

b) Existe un predominio de mensajes que apuntan a la desvalorización de la consistencia de las conductas como valor. Esta cualidad es lo que permite un cierto orden interno en la subjetividad, sustentado en la asimilación de los restos de las sucesivas elecciones de objetos. Lo opuesto,

pregonado intensamente es la situación de un mundo interno donde reina la dispersión, la no integración y los intentos patológicos de resolverlos.

c) "Intoxicación" de la subjetividad, que necesariamente implica exteriorización de demandas que interpelan a las mismas prácticas que tienen el encargo social de dar cuenta del estado de la salud mental (es decir a los componentes del equipo interdisciplinario). Esta "contaminación" se mueve a través, por ejemplo, del *rechazo de la falta y de la dependencia simbólica*:

- Predominio de la autosuficiencia.
- Proyección agresiva: el mal está afuera, es un enemigo.
- Intelectualización y elaboración racionalista defensiva frente a lo afectivo.
- Desplazamiento hacia la grandiosidad.
- Exceso de emociones que funciona como descarga.

■ Sobre-idealización de la terapéutica farmacológica como única alternativa al estado de sufrimiento psíquico.

La "explosión" de la demanda en el ámbito de la salud mental y la radiografía del deterioro podría ser resumidamente explicada por el paso pronunciado de un predominio de la dinámica de asimilación sustentada por un proceso de identificación que posibilita el enriquecimiento, a un movimiento cargado de grandiosidad, donde la aceptación de los límites y de la dependencia se ha dado como mero hecho de "darse a sí mismo la ley", es decir una subjetividad auto-fundadora de sus propios límites, una especie de narcisismo defensivo.

En definitiva: la realidad social parece ser que se ha convertido en una realidad virtual, con una fuertísima influencia de las redes sociales, lo que genera distorsiones manifiestas y síntomas.



CM
PCI Consejo de
Médicos de la
Provincia de
Córdoba

**CURSOS DE
ACTUALIZACIÓN
MÉDICA**

**INSCRIPCIONES
ABIERTAS 2026**

Modalidades:
Presencial, Sincrónico o
Asincrónico por Aula Virtual



CM
PCI Consejo de
Médicos de la
Provincia de
Córdoba

**CURSOS DE
FORMACIÓN
MÉDICA**

**INSCRIPCIONES
ABIERTAS 2026**

Modalidades:
Presencial, Sincrónico o
Asincrónico por Aula Virtual

La mirada de los Dres. Carlos Presman y Juan Carlos Mansilla

LA SALUD MENTAL Y LA SOLEDAD NO DESEADA

Durante muchos años, en nuestras ciudades se consideró que la soledad era un hecho privado; una suerte de elección silenciosa, que no merecía la atención de la política pública. Pero, como ha ocurrido en otros temas –las adicciones, el *bullying*, la violencia de género–, lo que antes se consideraba un asunto íntimo y hasta banal, hoy sabemos que encierra profundas consecuencias sociales, económicas, psicológicas y médicas.

La llamada “soledad no deseada”, no sólo duele a quien la padece, sino también enferma. Empobrece vínculos, debilita comunidades y acorta vidas. Por eso, desde la Municipalidad de Córdoba, en alianza con universidades y con apoyo técnico internacional, hemos iniciado durante 2025 un Observatorio Municipal de la Soledad No Deseada.

Desde la psicología, la soledad no deseada, es una experiencia subjetiva, en la que dicha persona percibe una desconexión emocional respecto de su entorno. No se trata de cuántas personas nos rodean, sino del valor que tienen esos vínculos.

Esta forma de soledad, en la sociedad moderna, suele ser muy persistente, silenciosa, devastadora y su impacto se refleja en la salud física y mental. Impacta en la salud al afectar el metabolismo (insulina, glucosa, colesterol, triglicéridos), en el aparato cardiovascular (hipertensión arterial, arritmias, disfunción endotelial) y en el sistema inmu-

nológico (fibrinógeno, proteína C reactiva, inflamación crónica) y al constituirse en causa de enfermedades más prevalentes: obesidad, diabetes, adicciones (alcoholismo y tabaquismo), infarto de miocardio, accidente cerebrovasculares, infecciones, cáncer y depresión.

En un inicio, decidimos localizar este trabajo en personas mayores. No porque sean las únicas que sufren esta problemática, sino porque representan un grupo especialmente vulnerable.

Córdoba atraviesa una transición demográfica profunda: cada vez son más las personas mayores, que viven más años, muchas veces en condiciones de aislamiento afectivo y social.

La vejez, que debería ser una etapa jerarquizada, pero termina convertida en una especie olvidada en la sala de espera.

Esta es una realidad que buscamos visibilizar; que la soledad no deseada no es natural ni inevitable, sino una construcción social que puede prevenirse y revertirse.

La soledad no deseada está creciendo en el mundo, y si no la nombramos hoy y nos ponemos a trabajar sobre ella, mañana será demasiado tarde.

Así ocurrió, por ejemplo, con las adicciones, hace 30 años: eran vistas como un tema Marginal; sin embargo, hoy ninguna ciudad con políticas públicas las deja fuera de su agenda.

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

*Somos mucho más
que un seguro*

Porque acompañamos hace

25 AÑOS
a todos los colegas





El uso indebido de los **ANTIBIÓTICOS** es un gran riesgo para la salud



Tomar antibióticos cuando no se necesitan acelera la aparición de resistencias a estos medicamentos, **que es una de las principales amenazas para la salud mundial.**



Las infecciones por patógenos resistentes a los antibióticos **aumentan la duración de las hospitalizaciones, los costos del tratamiento y la mortalidad.**



El uso inadecuado de los antibióticos hace que las bacterias se vuelvan resistentes, y que los tratamientos actuales dejen de funcionar.

Vos podés ayudar a reducir la resistencia a los antibióticos



Seguí siempre las recomendaciones de un profesional de la salud antes de tomarlos



Las infecciones por patógenos resistentes a los antibióticos **puede afectar a cualquier persona de cualquier edad en cualquier país.**



Son las propias bacterias, y no las personas o los animales, las que adquieren resistencias a los antibióticos.



Debido a estas resistencias, **las infecciones comunes no podrán tratarse.**

NUEVOS RIESGOS PARA LA SALUD PÚBLICA



1. NUEVA VARIANTE DE GRIPE¹

Los países europeos enfrentan nuevamente una variante de la Gripe H3N2 identificada con la letra K y aumenta la preocupación por su llegada a América Latina. Los países más afectados hasta el momento incluyen a Inglaterra, Alemania, Francia, Italia y España. Según la información médica, los síntomas pueden ser similares a los del Covid 19.

Según un informe del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), en España, por ejemplo, la tasa media de incidencia supera los 600 casos por cada 100.000 habitantes, aunque en determinados departamentos se registran cifras por encima de los 1.600 casos por cada 100.000 habitantes. En Reino Unido, debido a la rápida propagación de contagios, varias escuelas debieron cerrar temporalmente sus puertas. El brote más significativo se produjo en Caerphilly (Gales), donde más de 250 alumnos y empleados se enfermaron de manera simultánea, por lo que las autoridades optaron por una desinfección profunda y la interrupción temporal de las clases para aminorar los contagios.

Es importante saber que la eficacia de la vacuna se mantiene estable, por lo que recomienda la inmunización y si avanza volver el lavado de manos y la utilización de barbijos.

De acuerdo a lo que se vive en Europa, la variante de la Influenza A H3N2 subclado K contiene varias mutaciones genéticas que la hacen más transmisible, aunque no se comprobó que generen cuadros más graves que otras variantes. Se trata de un virus que afecta particularmente a menores de cinco años y adultos mayores. Los síntomas incluyen malestar general intenso, fiebre alta, dolor muscular, tos seca y cansancio.



Foto de Curenpass

2. EL REGRESO DE LA SÍFILIS²

Los casos de sífilis se incrementaron en un 68 por ciento en 2025, si se lo compara al período 2020-2024, según lo confirma el Boletín Epidemiológico Nacional. En total, más de 45 mil personas contrajeron la enfermedad de transmisión sexual el año pasado. La mayoría de los diagnósticos se localiza en personas de entre 15 y 39 años, y una de las principales hipótesis que explican esta situación es la merma en el uso del preservativo.

La sífilis es una infección bacteriana (provocada por *Treponema pallidum*) de transmisión sexual (ITS) y, según estima la Organización Mundial de la Salud, cada año la contraen más de 8 millones de adultos. Aunque se trata de un fenómeno global, en Argentina el detonante es fácilmente ubicable: la ausencia del Estado. En diciembre pasado, un informe elaborado por la Sociedad Argentina de

Bioética y Derechos Humanos y la Federación de Médicos Generalistas informó que si se compara el tercer trimestre de 2023 y el mismo período de 2024, la distribución de insumos de salud sexual y reproductiva (entre ellos de preservativos) cayó un 64 por ciento.



Foto archivo de Página 12

1. Revista Médica IntraMed / 2. Pablo Esteba, Página 12

NOVEDADES CIENTÍFICAS

PRIMERA ABLACIÓN POR MICROONDAS DE TIROIDES EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CÓRDOBA



Foto: La Voz del Interior

El acontecimiento científico tuvo lugar en el Nuevo Hospital San Roque y fue llevado a cabo por los Servicios de Cirugía de Cabeza y Cuello, coordinado por los doctores Nicolás Menso y Gabriel Flores, y del Servicio de Endocrinología. El Consejo de Médicos expresa el reconocimiento a todos los colegas que lo hicieron posible. (Fuente La Voz del Interior).

Se trata de ablaciones por microondas (*MWA, microwave ablation*) para el tratamiento de nódulos tiroideos

benignos. Los procedimientos tuvieron lugar en octubre y diciembre del pasado año.

La nota que destaca el logro, cuya autoría pertenece a Analía Martoglio, señala que la MWA utiliza energía térmica controlada para reducir el tamaño del nódulo y es ambulatoria, poca invasiva y eficaz. Su principal beneficio es que evita extirpar la glándula tiroides y lo que esto conlleva: cicatrices, internación, recuperación, daño del tejido tiroideo sano y medicación de por vida para suplir la función de la glándula.

LA CLÍNICA REINA FABIOLA PROYECTA ABRIR UN “HOSPITAL INTELIGENTE”



CONTEMPLA UNA PRIMERA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO Y UNA INTERNACIÓN EN DOMICILIO, CON EQUIPAMIENTO APORTADO POR LA INSTITUCIÓN Y MONITOREO REMOTO. RESPONDE A LA NECESIDAD DE OPTIMIZAR EL RECURSO HUMANO CRÍTICO QUE SE PRESENTARÁ EN EL FUTURO. (ALEJANDRA BERESOVSKY)

La Clínica Reina Fabiola planea abrir un nuevo establecimiento bajo el modelo de “hospital inteligente”, un formato que contempla el uso de alta tecnología para el monitoreo y atención sin necesidad de que el paciente esté internado en el nosocomio.

En el país no existe una institución con estas características y la referencia más próxima es el hospital Albert Einstein, en San Pablo, Brasil.

“La característica de estos hospitales es que tienen una tecnología pensada para el mundo que se viene. En un futuro tendremos mucha tecnología, pero el recurso humano será crítico, tanto de médicos como de apoyo, como enfermería, entre otras profesiones. Al mismo tiempo, la población mundial va a requerir cada vez más atención por envejecimiento y porque querrá estar bien y consumirá más salud”, explica el Dr. Enrique Majul, subdirector de la Clínica Universitaria Reina Fabiola. “La cantidad de pacientes no va a disminuir, sino que va a crecer, mientras

que el recurso humano, no”, añade. Agrega que, en consecuencia, la tendencia será buscar aprovechar al máximo el equipo con que se cuenta y hacer una medicina de alta calidad asistida por tecnología.

“Este modelo contempla tener un número de camas necesarias para internación, pero que cuando el paciente esté estabilizado, continúe la atención en su domicilio, con equipamiento aportado por la institución y monitorizado de manera remota”, prosigue Majul.

Para determinar la posibilidad de internación en domicilio, se aplicará un sistema de triage o clasificación en función a criterios internacionales y factores como la patología en sí y el entorno familiar.

El proyecto de Reina Fabiola incluye erigir el centro en un predio con el que ya cuenta en la zona norte de la ciudad de Córdoba y prevé un plazo de aproximadamente cinco años en dos etapas, la primera de la cual será de atención ambulatoria con cirugía.



Fuente: IntraMed

EL ESTETOSCOPIO, UN VIEJO COMPAÑERO DEL MÉDICO

RENÉ LAENNEC ES EL NOMBRE DEL INVENTOR DE ESTETOSCOPIO, QUE CAMBIÓ LA ATENCIÓN MÉDICA, AL PERMITIR INTERPRETAR RUIDOS CARDÍACOS Y RESPIRATORIOS CON UNA EXACTITUD INÉDITA EN SU ÉPOCA. ETHICA DIGITAL ACERCA SU HISTORIA, TOMADA COMO ES FRECUENTE DE LA REVISTA DIGITAL INTRAMED, DE ENERO DE ESTE AÑO.

René Théophile Hyacinthe Laennec nació el 17 de febrero de 1781 en Quimper, Bretaña (Francia), en el seno de una familia de recursos modestos. Tras la muerte temprana de su madre, fue criado por su tío, **Guillaume François Laennec**, médico de profesión, quien despertó en él el interés por la anatomía y la práctica clínica. A los catorce años comenzó a formarse en medicina en Nantes, en un contexto convulsionado por la Revolución Francesa, que marcó profundamente su juventud.

En 1800 se trasladó a París para perfeccionar sus estudios en la *École de Médecine*. Allí fue discípulo de **Jean-Nicolas Corvisart**, médico personal de Napoleón y defensor de la percusión torácica como herramienta diagnóstica. Laennec destacó tanto por su dedicación como por habilidades poco habituales en un clínico: era un talentoso dibujante anatómico, conocía griego y tocaba el flautín. Aquella sensibilidad, combinada con su formación rigurosa, sería clave para su aporte más importante.

EL NACIMIENTO DEL ESTETOSCOPIO

En el **Hospital Necker de París**, donde trabajaba como médico asistente, Laennec se enfrentaba a diario a las limitaciones de la auscultación directa, que consistía en apoyar la oreja sobre el pecho del paciente. La técnica tenía inconvenientes evidentes: escasa amplificación del sonido, dificultades con pacientes corpulentos, barreras de pudor e higiene y gran variabilidad entre examinadores.

En **septiembre de 1816**, mientras evaluaba a una joven con síntomas cardiopulmonares, la palpación y la percusión resultaron insuficientes. La auscultación directa no era posible sin incomodidad. Recordó entonces que los sonidos viajan mejor a través de los sólidos que del aire. **Tomó una hoja de papel, la enrolló formando un cilindro y apoyó un extremo sobre el tórax y el otro en su oído.**

El resultado lo sorprendió: los ruidos cardíacos se oían más fuertes y definidos.

A partir de ese experimento improvisado, diseñó un tubo de madera de unos treinta centímetros, monaural, hueco y desmontable, que llamó estetoscopio —del griego *stēthos*, “pecho”, y *skopein*, “observar”—. En 1819 publicó *De l'Auscultation Médiate*, la obra en la que detalló la nueva técnica diagnóstica y la clasificación de los sonidos torácicos.

UNA NUEVA FORMA DE ESCUCHAR EL CUERPO

El estetoscopio no solo facilitó la auscultación: permitió describir y sistematizar fenómenos acústicos que antes resultaban imprecisos. En su tratado, Laennec introdujo términos que hoy forman parte del lenguaje clínico cotidiano: crepitantes, roncós, sibilancias, matidez, timpanismo, pectoriloquia y egofonía. Esa precisión terminológica dio origen a un vocabulario compartido que permitió transmitir hallazgos de manera clara, reproducible



y comparable entre distintos médicos.

El impacto de su método fue profundo. Por primera vez, la semiología del tórax contaba con un sistema que integraba sonido, anatomía y patología. Laennec demostró que los ruidos respiratorios podían interpretarse como signos específicos y no como impresiones subjetivas. Esto facilitó el diagnóstico de neumonía, derrame pleural, consolidación pulmonar, valvulopatías cardíacas y, especialmente, tuberculosis, la enfermedad que estudiaba con particular dedicación.

Aunque algunos colegas recibieron inicialmente con escepticismo su instrumento —al considerar que añadía un elemento innecesario entre el médico y el paciente—, la evidencia acumulada fue difícil de ignorar. Los casos clínicos que Laennec documentaba mostraban diagnósticos más tempranos, correlaciones anatomoclínicas más precisas y un aumento significativo en la capacidad de diferenciar patologías que antes se confundían entre sí. En pocas décadas, el estetoscopio se difundió por toda Europa y se convirtió en un elemento indispensable del examen físico.

Laennec complementó sus observaciones con una intensa actividad docente en el *Collège de France* y en la Facultad de Medicina de París. Sus clases, basadas en la observación directa y la correlación entre signos físicos y hallazgos *post mortem*, formaron a generaciones de clínicos y consolidaron el método francés como modelo de enseñanza.

LOS ÚLTIMOS AÑOS Y SU MUERTE

De salud frágil desde joven, Laennec padecía síntomas compatibles con tuberculosis, la enfermedad que más había investigado y descrito. En 1826, debilitado y con episodios recurrentes de fiebre y tos, regresó a su Bretaña natal con la esperanza de recuperarse. Sin embargo, su estado empeoró rápidamente.

Falleció el 13 de agosto de 1826, a los 45 años, dejando una obra que influiría en la medicina durante siglos. Su tumba, en el pequeño cementerio de Ploaré, continúa siendo un punto de interés para médicos, historiadores y estudiantes.

UN LEGADO QUE PERDURA

El estetoscopio, nacido de un sencillo cilindro de papel, se transformó en un símbolo universal de la práctica médica. A pesar de los avances tecnológicos, continúa siendo una extensión del clínico y un gesto que sintetiza proximidad, escucha y diagnóstico.

Cada crepitación identificada, cada soplo clasificado y cada murmullo respiratorio interpretado remiten, sin saberlo, al trabajo de aquel joven médico francés que decidió escuchar el cuerpo de una manera diferente. Su nombre persiste en aulas, consultorios y hospitales de todo el mundo, recordándonos que la medicina también avanza cuando aprendemos a oír con mayor precisión.



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