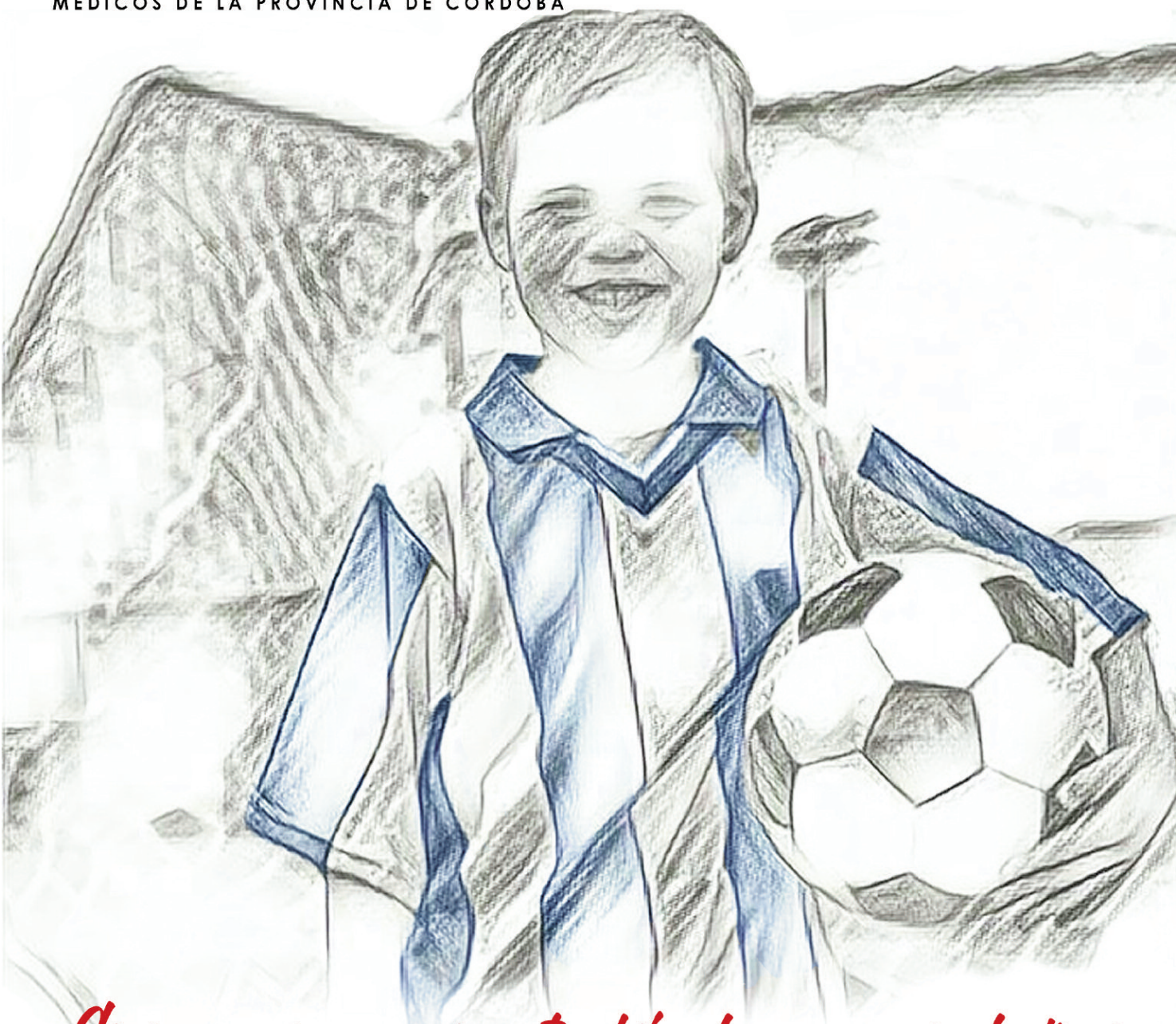




Si jugamos en equipo, también le ganamos al virus

**CMPC: 60 AÑOS
JIRONES DE UNA
HISTORIA PARA ARMAR
"EL INGRESO DE LA BIOÉTICA
EN LA PRAXIS MÉDICA"**

**LAS VACUNAS Y
SUS ALERTAS**

**EL DEBATE SOBRE
LA REFORMA DEL SISTEMA
DE SALUD**



CUOTA DE
**MATRICULACIÓN
CERO**
DURANTE
EL PRIMER AÑO.



REDUCCIÓN DEL
**50% EN LA CUOTA
DE MATRICULACIÓN**
DURANTE
EL SEGUNDO AÑO.



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

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

**Adquiera estos beneficios
adhiriéndose
al débito automático**



APOYO SOLIDARIO A LOS NUEVOS MATRICULADOS

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

www.cmpc.org.ar

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

LA TORRE DE BABEL



Pieter Brueghel el viejo. Museo de Historia del Arte, Viena, Austria

El tema reaparece cada tanto en la historia de la salud. Muchas veces, desde la vivencia de situaciones críticas, como la que vivimos. En la edición pasada de nuestra Revista, al rescatar algunos jirones de la historia de los 60 años de vida del Consejo de Médicos, recordamos a la crisis del sistema de salud – junto a la crisis económica- como crisis permanentes. O sea, el problema no es nuevo, pero vuelve potenciado por la pandemia, que arrojó más luces sobre sus deficiencias.

Casi con unanimidad, se puede verificar que la mayoría de los que integran el sistema de salud, hablan de la imperiosa necesidad de reformarlo. Pero, en la mayoría de los casos también, las propuestas representan en forma exclusiva los intereses particulares de cada subsector. Precisamente, el tema es complejo, porque hay muchos intereses en juego. A su vez, como una suerte de ritual, cada subsector cargará en los otros, la responsabilidad total de la ineficiencia y si se quiere el fracaso del sistema.

ETHICA

Número 139
Julio de 2021

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. Andrés de León
PRESIDENTE

Dr. Héctor R. Oviedo
VICEPRESIDENTE

Dr. Eduardo Sacripanti
SECRETARIO

Dr. Diego Bernard
TESORERO

Dra. Nélida Pussetto
PRIMER VOCAL

Dr. Jorge Mainguyague
SEGUNDO VOCAL

Dra. María Cristina Ferrer
Dr. Mario Vignolo
Dr. Daniel Viale
VOCAL SUPLENTE

REVISORES DE CUENTAS

Dr. Walter Sequeiro Núñez
Dr. Eduardo Ríos

CONSEJO DE DELEGADOS DE DISTRITOS

Prof. Dr. Dante Pesenti
PRESIDENTE

Dra. Noemí Fonzalida
SECRETARIA

El ex presidente del CMPC, ya fallecido, el Dr. Mario Daniel Fernández, cuando se refería a este tema, apelaba a la leyenda bíblica de la Torre de Babel. Los habitantes de la Mesopotamia tuvieron el propósito de construir, precisamente, una torre que llegara al cielo. Yahvé vio en ese intento un acto de ambición desmedida y de soberbia, de querer pasar sobre su dios y procedió a confundir sus lenguas por lo que cada quien hablaba así su propio idioma, por lo que no podían entenderse entre sí.

A diferencia de aquella leyenda, acá también cada subsector habla su propia lengua, sin lograr entenderse; pero en esta oportunidad, no se trata de un designio divino, sino de intereses particulares, algunos muy poderosos. La periodista de La Voz, Laura González, presenta a la crisis sanitaria como una mera pelea por una caja de 800 mil millones de pesos, de la que cada uno de ellos pretende la mejor tajada. El sistema de salud bien, gracias.

Solo habrá una nueva oportunidad de reformarlo para bien de la sociedad, si somos capaces de usar como único lenguaje, el de las necesidades sanitarias, para poder así construir un sistema de salud al servicio de cada habitante de este suelo, reconociendo que se trata de un derecho y no de un negocio, como lo ha planteado siempre el CMPC.

Las señales indican que no será fácil. Hasta ahora solo hay una convocatoria para repensar el sistema de salud, con una sugerencia de ir a un sistema integrado entre los tres subsistemas que existen. Sin embargo, sin contar con

un proyecto concreto a discutir, ya se han hecho distintas y contradictorias interpretaciones sobre el llamado. Hay ideas que pivotean entre el derecho y el negocio. Pero aún no hay un proyecto orgánico. Este sólo podrá ser real, después del debate, en la que todos, pero todos, deberán ser escuchados, entre ellos los médicos y los pacientes que suelen ser convidados de piedra, en estas definiciones.

El Consejo de Médicos, en más de una oportunidad ha manifestado la necesidad de esa reforma amplia, profunda y consensuada.

Los intereses particulares, como en más de una oportunidad que el tema se ha puesto en la mesa del debate, han comenzado a interpretar, de un lado y otro, las supuestas intenciones de fondo, con un sentido que hasta el momento es prejuicioso.

La Torre de Babel. Si no intentamos un solo idioma, el de la salud para todos, con fundamentaciones sólidas que partan de la realidad, no se podrá concretar una reforma que busque y encuentre los caminos de una integración, que defina el papel de Estado, que acuerde criterios de sustentabilidad, que supere la fragmentación que esteriliza los esfuerzos, que tenga en cuenta las condiciones laborales de sus trabajadores y el fácil acceso a sus servicios.

Hoy, desde ETHICA, presentamos la mirada del Dr. Rubén Torres, basada en su dilatada experiencia. Necesariamente, habrá otras, en busca de un consenso si no único, mayoritario.



La vacuna salva vidas

CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.cmpc.org.ar



INDICE

EDITORIAL

INSTITUCIONAL

INFORME ESPECIAL

DE INTERÉS MÉDICO

CULTURA



EDITORIAL

- REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD
LA TORRE DE BABEL 3

INSTITUCIONALES

- EN EL MARCO DE PREVENCIÓN
CONTRA EL COVID 19
POR LEY SE PRORROGAN LAS ELECCIONES
EN EL CMPC Y ENTIDADES SIMILARES 6
- CONVENIO CMPC Y LA SOCIEDAD DE
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA 7
- EL DEBATE SOBRE EL SISTEMA DE SALUD
SEGÚN EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD ISALUD
¿QUÉ REFORMAS QUEREMOS HACER? 8

INFORME ESPECIAL

- 60 AÑOS
JIRONES DE UNA HISTORIA PARA ARMAR
QUINTA ENTREGA
EL INGRESO DE LA BIOÉTICA
EN LA PRAXIS MÉDICA 12
- LA TRASCENDENCIA DE UN CONGRESO 14
- LOS COMITÉS HOSPITALARIOS
DE BIOÉTICA (CHB) 16
- DERECHOS DEL PACIENTE, UN PASO
ADELANTE EN LA PRÁCTICA MÉDICA 18
- RECORDANDO AUTORIDADES 221

DE INTERÉS MÉDICO

- EL APOORTE DEL GRUPO COOPERATIVO
ARGENTINO EN HEMOSTASIA Y TROMBOSIS
LAS VACUNAS Y SUS ALERTAS 22
- EL APOORTE DE INTRAMED, EL IMPORTANTE
SITIO DIGITAL MÉDICO
SOBRE LA VARIANTE DELTA, CON BASE
EN LA EXPERIENCIA DE ESCOCIA 25

CULTURA

- HOMO CORPORAL 26



La portada deportiva de nuestra edición es la adaptación de una foto de Guaiñanfil, sitio de Fabebook, dirigido por Vilma Medina, realizada por nuestro diagramador Hernán Sieber, para tomar como ejemplo el triunfo argentino en la lucha contra el virus. Una tarea de todos, en clave de equipo, para ganar al virus, Sí, de todos.

ETHICA

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Luis Otoniel Hormaeche

Dr. Carlos Rosales

Dr. Leandro Molina

Dr. Marín Moya

Sr. Luis E. Rodeiro

Sr. Juan Ignacio Manavella

DIRECTOR

Dr. Luis Otoniel Hormaeche

DIRECTOR PERIODÍSTICO

Luis E. Rodeiro

ARTE Y DIAGRAMACIÓN

BUNKER CREATIVO

Hernán Sieber - Tel: 153978313

hernan.sieber@gmail.com

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 entrevistas 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.

POR LEY **SE PRORROGAN LAS ELECCIONES EN EL CMPC Y ENTIDADES SIMILARES**



La ley Provincial 10.715, sancionada el 9 de junio del corriente año disponía la suspensión de los procesos electorales en los colegios profesionales, como el Consejo de Médicos, así como en la Caja de Previsión y Seguridad Social de los Profesionales, hasta el 30 de ese mes. El 28 de junio, la legislatura provincial, a través de la ley 10.763, prorroga sus efectos hasta el 31 de enero de 2022.

Ambas determinaciones se fundamentan en las medidas preventivas tomadas con relación a la pandemia del Covid-19, que establece el aislamiento o distanciamiento social.

Las mencionadas leyes tienen una mayor jerarquía que los Reglamentos Internos de cada entidad afectada, por lo

que deben ser acatadas, adecuando las disposiciones de sus normas electorales.

El marco legal transitorio prevé excepciones, que no incluye a nuestra institución, porque no puede desarrollar el proceso electoral interno, sin desplazamiento físico de sus votantes, ya que su reglamento electoral, adopta para el Distrito Capital –donde se desempeñan la mayoría de los médicos- la votación presencial.

En función de ello, la Junta Directiva, en uso de sus facultades legales, dictó la resolución, por lo que se suspende el proceso electoral, como es establecido por las leyes provinciales, hasta el 31 de enero del 2022, admitiendo la prórroga de los mandatos de las autoridades en ejercicio.



CONVENIO CMPC Y LA SOCIEDAD DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Con el objetivo de realizar en forma conjunta cursos, que sean reconocidos como válidos para la recertificación de la especialidad en cardiología, de conformidad con lo que acuerden las entidades, se firmó un convenio de colaboración entre ambas entidades, representadas por el Dr. Andrés de León, como presidente del CMPC y de la Dra. Mónica Ramaciotti, por la Sociedad de Gerontología y Geriatria.

El propósito, también, es trabajar en un programa único para el curso de formación de la especialidad en geriatría, proponiendo contenidos de temas de interés y disertantes de común acuerdo.



VIRTUAL

EL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA INVITA

ATENEO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA

"TRASTORNOS DEL SUEÑO"

Organiza: Comité de Contralor de Farmacología Clínica y Comisión de Educación Médica Continua del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

PRESENTACIÓN:
Dr. Héctor Rolando Oviedo (Vicepresidente del CMPC)

DISERTANTES:
Dr. Daniel Álvarez

"Enfoque desde la neurología de un paciente con insomnio"
Médico Neurólogo. Prof. Adjunto Neurología Facultad de Medicina UCC
Staff Servicio de Neurología Clínica Reina Fabiola
Jefe Unidad del Patologías del Sueño del Instituto Modelo de Neurología - Fundación Lennox
y de la Clínica Reina Fabiola (Cardiologo e Intensivista. Staff de Terapia Intensiva e Internado del IMC)

Dra. Rocío Contreras Roqué
"Farmacología de los trastornos del sueño"
Especialista universitaria en psiquiatría. Profesor asistente de farmacología aplicada I y II - FCM - UNC
Profesor adscrito UA de Psiquiatría - FCM- UNC

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

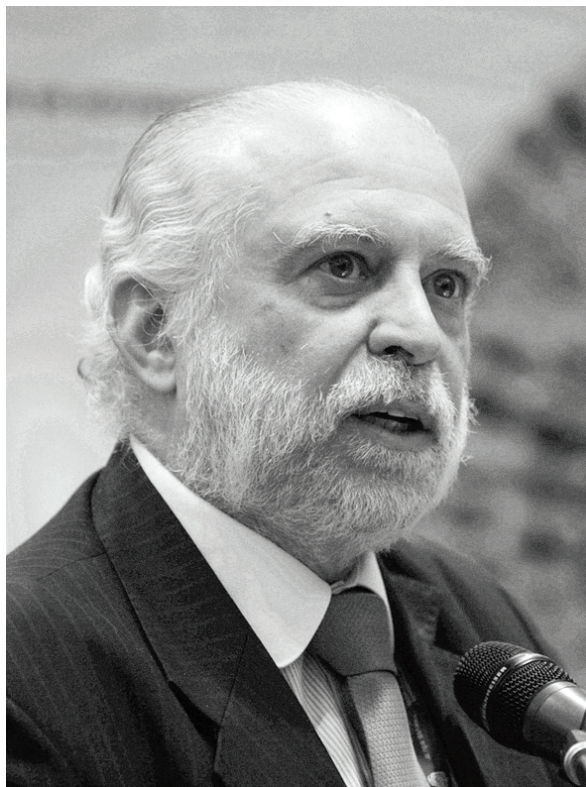
www.cmpc.org.ar

27 DE JULIO / 20:00 HS

¿QUÉ REFORMA QUEREMOS HACER?

EL VIERNES 25 DE JUNIO, INVITADO POR EL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, EL **DR. RUBÉN TORRES¹**, RECTOR DE LA UNIVERSIDAD ISALUD, DISERTÓ, VÍA REMOTA, SOBRE SU VISIÓN DE UN TEMA QUE HA RETORNADO AL DEBATE: **LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD**. LOS PROBLEMAS QUE LO AQUEJAN, EN LA MAYORÍA DE LOS PUNTOS A TENER EN CUENTA PARA PENSAR UNA REFORMA, VIENEN ARRASTRÁNDOSE DESDE HACE TIEMPO, PERO LA PANDEMIA LE HA PUESTO UNA NUEVA ACTUALIDAD. ES UN TEMA COMPLEJO, SIN DUDA, PORQUE HAY FUERTES INTERESES CONTRAPUESTOS... TODOS HABLAN DE QUE EL SISTEMA ESTÁ EN CRISIS, PERO LAS SOLUCIONES QUE SE ESBOZAN SON PROPIAS, EXCLUSIVAS DE CADA SECTOR, QUE SE ECHAN LA CULPA UNOS A OTROS DE SU FRACASO. POR AHORA, LO ÚNICO QUE EXISTE, ES UN PLANTEO DE LA NECESIDAD DE LA REFORMA, PERO NO HAY TODAVÍA UN PROYECTO CONCRETO DE LA MISMA. PARA PONER UN POCO DE RACIOCINIO EN LA DISCUSIÓN, EL CMPC ABRIÓ UNA INSTANCIA CON SUS HABITUALES CHARLAS, CON LA NECESIDAD DE ESCUCHAR. EL DR. TORRES, FUE PRESENTADO POR EL SECRETARIO DE SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA, **DR. ARIEL ALEKDANDROF** Y POR EL **DR. ANDRÉS DE LEÓN**, PRESIDENTE DE LA INSTITUCIÓN, QUE RESALTARON SU EXPERIENCIA Y TRAYECTORIA EN EL TEMA. LO QUE ETHICA DIGITAL PRESENTA ES UN RESUMEN DE SU PONENCIA.

(LUIS RODEIRO)



El Escenario

■ El planteo de una reforma integral al sistema de salud ha retornado. Para el Dr. Rubén Torres, es necesario recordar que la salud estuvo **fuera de la agenda política durante muchísimos años**. La pandemia, de alguna manera, lo devolvió a esa agenda. Citando a Camus, el autor de la inquietante novela *La Peste*, repite que la pandemia nos desnudó un espectáculo horroroso. Y no hablo solo en términos de las muertes y de lo que conlleva a ella, sino en términos del **sistema de salud**, mostrándonos sus problemas que venimos arrastrando desde hace más de 40 años.

1. Es magíster en Sistema de Salud y Seguridad Social y en Dirección y Gestión del Sistema de Seguridad Social. Especialista en planificación y gestión de políticas sociales, máster en sociología y ex superintendente de Servicios de Salud de la Nación. Es diplomado de honor como médico especialista en cirugía infantil.

A la salud, **se le prestó poca atención y poco se hizo sobre el tema.**

■ Para el disertante es un necesario punto de partida, que se pregunta e invita a preguntarse, **¿cuál es la reforma que queremos hacer?**

■ El tema es amplio, por cierto. Torres quiere referirse especialmente a los que llama una **sub-epidemia silenciosa**, que nace de morbilidades indirectas por condiciones que son prevenibles y tratables y que dado que tenemos hoy al sistema preocupado y ocupado en solucionar los temas de la pandemia, en algunos casos se han ido dejando de lado y que cabe esperar que si vamos saliendo de la actual situación, nos pueden traer algunas algunas inconvenientes.

Según datos concretos² de cómo la epidemia ha impactado, se puede señalar, afirma Torres:

- La caída de las consultas generales.
- La caída de consultas de guardia, de cierta emergencia o premura.
- La caída de aquellas afecciones que no tienen que ver con la pandemia.
- La caída de egresos en el conjunto del sistema.
- La caída de las determinaciones de laboratorio y de estudios por imágenes.
- Y lo que realmente es muy preocupante, la caída en más de 30 % en la cobertura de vacunas de los calendarios nacionales. Problema común a los países de la región. Todo esto es sumamente preocupante. Afortunadamente, Argentina está por encima de esos valores, pero es un tema a tener realmente en cuenta. Ese es el cuadro derivado de la pandemia.

De cómo definimos Sistema de Salud

■ **Desde un punto de vista político** (y el Dr. Torres agrega **“escrito con mayúscula”**), o sea de los valores que ese sistema de salud tiene para el conjunto de la sociedad y para el Estado; en qué lugar el Estado, ubica a ese sistema de salud.

■ **Desde un punto de vista económico**, que tiene que ver con cuál es el **modelo de financiación** del sistema:

cuánto se debe gastar; de dónde van a venir los recursos para sostenerlo; cómo se van a asignar esos recursos. En un país federal como es el nuestro, es importante saber cómo se hace la transferencia entre los distintos niveles: nacional, provincial y municipal. Pero, además, cómo se hace entre las distintas entidades de la seguridad sociedad ya sean empresas de medicina prepaga o del sistema público. Torres añade la definición de cómo son y deben ser los modelos de pagos e incluso de incentivos, que va a tener cada uno de los prestadores, tanto individuales como institucionales.

■ **Desde un punto de vista técnico** que tiene que ver con el modelo de atención y con qué se va a cubrir y dónde se los va a cubrir. Esto debiera estar reflejado en lo que nosotros llamamos un **Programa Médico Obligatorio**, que en mi opinión, el que tenemos es un cachivache.

De la fragmentación y la segmentación

■ En Argentina, tenemos una enorme fragmentación y segmentación jurisdiccional en el tema salud. Para Torres, nuestra condición de país federal, hace que **no tengamos un sistema de salud, sino veinticuatro**, uno por cada jurisdicción.

■ No disponemos de una **caja única para salud**, sino que disponemos de numerosas cajas. Básicamente podríamos hablar de tres, una pública, una de la seguridad social y una privada, pero aún adentro de cada uno de esos sectores las cajas incluso son divergentes. No es lo mismo estar, por ejemplo, en una obra social con un salario que esté muy por encima del promedio general, que estar en una obra social que está en el nivel promedio o más bajo, subraya Torres.

■ La consecuencia es que carecemos de un **Estado rector**, un aspecto de naturaleza política. Como hemos dicho –recuerda Torres– la configuración constitucional que nos define como país federal hace que las decisiones del Ministerio de Salud Nacional estén **limitadas**. Y esto afecta, desde el punto de vista de la economía, la posibilidad y la necesidad de equilibrar las diferencias entre las provincias. Eso no depende del Ministerio de Salud de la

2. El Dr. Torres hace mención a estudios de la Asociación de Clínicas y de la Fundación Mediterránea.

Nación. No cuenta con el poder para tratar de equilibrar esas diferencias por razones de presupuesto. Esto hace que el sistema se transforme en **inequitativo e ineficiente**, desde el punto de vista de la financiación.

Sub-financiamiento Realidad o sensación

■ A pesar de que tenemos un gasto global muy importante, esta segmentación en distintas cajas hace que haya **sub financiamiento** en la mayoría de ellas. Lo que genera la sensación que todos tenemos de que el sistema está quebrado, que está quebrado financieramente. De esta manera, apunta Torres, tenemos por ejemplo un Programa Médico Obligatorio que no tiene **ningún criterio de priorización**; es decir, es una caja de pandora donde hay de todo; cosas que sirven, cosas que no sirven, cosas que son prioritarias, cosas que no son prioritarias. Tenemos un **sistema de atención primaria que es débil en algunas provincias**, en algunas jurisdicciones y globalmente, su integración es prácticamente inexistente. Esta es la foto de cómo está el sistema.

■ Ahora bien, Torres nos recuerda que vivimos en uno de los países con mayor acceso y cobertura de América Latina; es decir que nuestro sistema a pesar de los graves dificultades que todos vemos que existen en él, Argentina debe ser uno de los cuatro países de América Latina que tienen una cobertura del 100 por ciento y además que tienen un acceso del 100%.

■ Somos uno de los pocos países de la región, en el cual una persona puede acceder al hospital público sin pagar un peso de su bolsillo, cosa que no sucede en otros lados. Entonces hay que ser cuidadoso cuando vayamos a hacer una reforma, porque en un sistema tan intrincado como es éste, puede que algunos de los cambios que propongamos lesione **este valor**, que es un valor central del sistema de salud argentino.

Relación entre costos y resultados

■ Pero así como somos un país con el 100% de cobertura, también somos un país profundamente **inequitativo**, donde el lugar donde uno nace o vive, a veces determina

de qué se va enfermar y de qué se va a morir y estas diferencias son absolutamente inaceptable para una sociedad civilizada. El hecho de que un chico nazca en una provincia determinada y tenga 25 por ciento más de probabilidades de morir antes del año de vida respecto de otra provincia argentina o de que un señor nazca en una provincia y tenga 30 por ciento más de probabilidad de vivir 5 años más, que el que nace en otra provincia es absolutamente inaceptable en una sociedad que se diga civilizada.

■ Los más pobres de los argentinos tienen como única cobertura al sector público nacional provincial y municipal. **Ellos no tienen garantizado el Programa Médico Obligatorio**. Generalmente por razones culturales o de acceso, no acuden a la justicia para reclamar, cómo acceden quiénes pertenecen a la cobertura de la seguridad social nacional, de la medicina prepaga o incluso de las obras sociales provinciales, lo que entonces esto también es una manifestación profunda de inequidad.

■ Tenemos que tener en claro qué pasa con el enorme gasto dedicado a salud que tenemos, si este se traduce en buenos resultados, pues yo les dije que un valor del sistema es que tenemos buena cobertura y tenemos buen acceso, ahora veamos qué pasa con esa cobertura y con ese acceso y qué pasa con los resultados.

■ Un dato importante: **hay países que gastando menos dinero que Argentina, tienen resultados mejores**. Los datos, por ejemplo, de la tasa de mortalidad infantil, entre 1934 y 2018 en la región, dan cuenta que la mayoría de los países han llegado a un dígito, entre ellos Argentina. Sin embargo, cuando uno mide el porcentaje de disminución total de la mortalidad infantil en ese largo lapso **somos el país que porcentualmente menos ha disminuido la mortalidad infantil**. A pesar del enorme gasto que tenemos, señala Torres, no lo hemos podido solucionar y esto es muy grave cuando uno ve que países como el caso de Chile, que es un país mucho más desigual que nosotros desde el punto de vista de la distribución del ingreso, tiene valores que son mucho menores que los nuestros. Otro tanto sucede con las expectativas de vida.

■ Veamos otro ejemplo, invita. En un estudio que nosotros hicimos el año pasado en la universidad sobre cómo se comporta el cáncer de mama en Argentina, nos

llamó la atención que en los últimos diez años, básicamente, ha habido una disminución de su tasa de mortalidad en todos los países de la región, pero en Argentina y México – proporcionalmente– disminuyeron menos. Y no se trata que no se invierta en cáncer de mama en la Argentina, todo lo contrario. Pareciera ser que **hay algún problema o dificultad en cómo se asignan esos recursos**, de cómo se procesa eso en el modelo de atención.

■ Hay realidades que no tienen relación exclusiva con el sistema de salud, sino que hay componentes culturales y de otro tipo, que también en una reforma, habrá que tener en cuenta. Hay estudios que demuestran, que en el sector público, un porcentaje muy alto de las mujeres que llegan al diagnóstico de cáncer de mama en estadios muy avanzados, prácticamente el doble del porcentaje en que llegan las mujeres que se atienden en el sector privado. Esto es muy preocupante porque cuando uno desagrega las causas, algunas de ellas, están relacionadas con problemas para abandonar sus condiciones de trabajo o para no postergar la decisión de su familia o sea, **si vamos a hablar de igualdad de género, el Estado tendría que estar presente en estas situaciones**. Hay un 25 por ciento de mujeres que llegan en este estado y llegar en este estado, significa morir. Cuando una mujer llega en el estadio 4 de cáncer de mama, tiene 25 por ciento de probabilidad de sobrevivir a los 5 años; mientras que una mujer que llega en un estadio temprano tiene 85 por ciento de probabilidad de sobrevivir a los 5 años. Es un tema serio en el mecanismo de atención. El estudio es más amplio, pero está dicho lo fundamental.

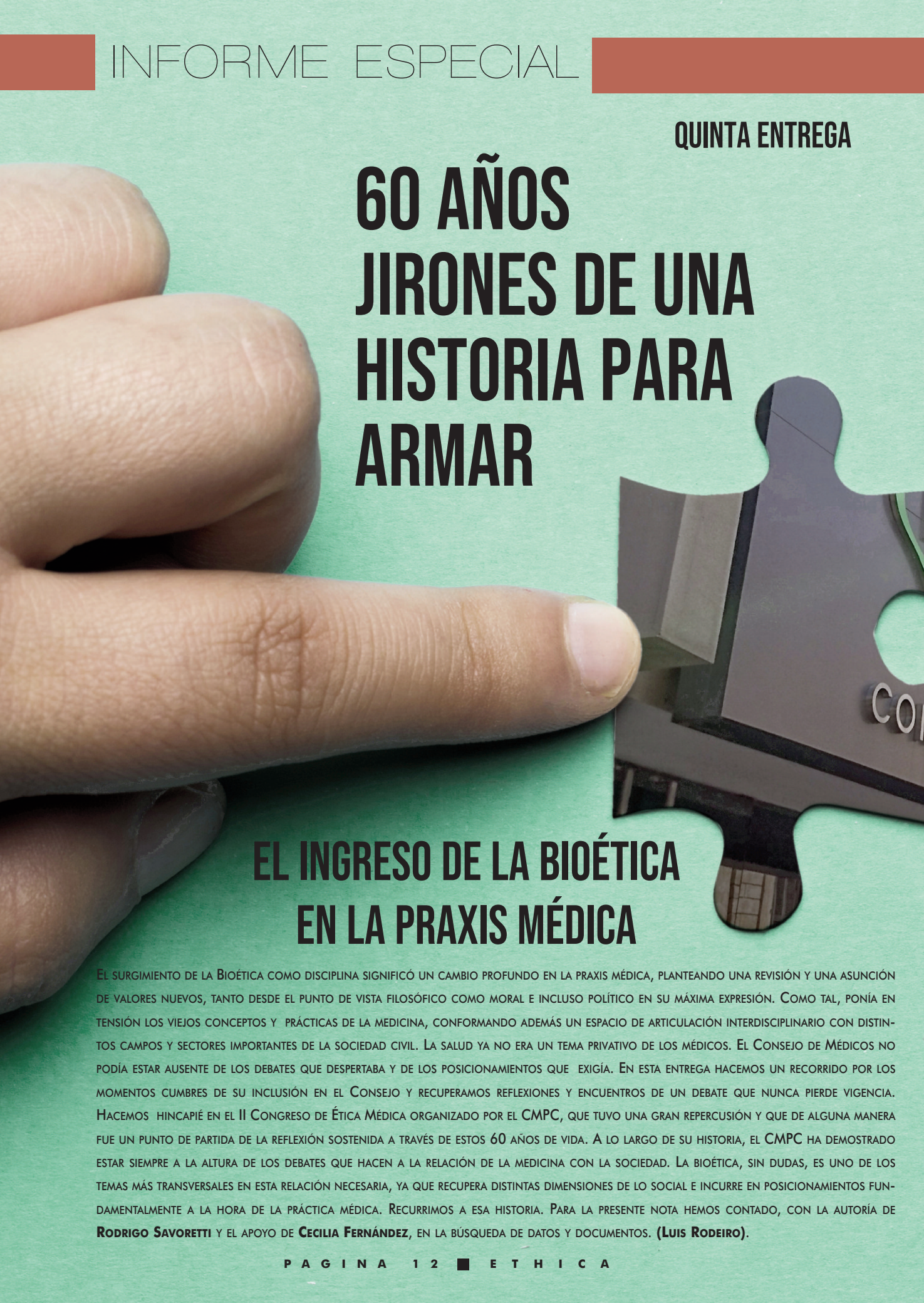
■ Se invierte en el sistema y, a su vez, está desfinanciado. En noviembre del año pasado, con la recaudación que obtenían las obras sociales, sólo el 25 por ciento, podrían cubrir el programa médico obligatorio. Esto es muy grave porque quiere decir que solo el 21 % de los beneficiarios, está en ese 25% que pueden cubrirlo. Es decir, traduce Torres, que de los 14 millones de afiliados que tiene el sistema, **solo 3 millones están en una obra social que recauda lo suficiente para cubrir el Programa Médico Obligatorio**. Más allá de la corrupción o no corrupción del sistema, este sistema siempre suelo decir que así lo maneja la Virgen María, va a tener problema. Y ese problema, insis-



te Torres, es un problema de diseño. Que después la corrupción agregue lo suyo, lo profundice, no hay ninguna duda, pero con el esquema actual de financiamiento del sistema no tiene posibilidades de cubrir lo que la ley lo obliga. Esto es lo que debatir en una reforma del sistema. Cuando se habla de reforma de los sistemas de salud en Argentina por lo general, los ojos están puestos siempre en dos lugares. las obras sociales sindicales y la medicina prepaga. Nadie habla del sector público, parecía que el sector público funciona perfecto y que el gran despelote del sistema está en las obras sociales sindicales y en la medicina prepaga.

A modo de Conclusión

■ Creo, dice Torres, que el 99% de los que trabajamos en salud estamos de acuerdo en que el sistema necesita reformas. De esto no hay duda. Se trata de un debate sobre valores. El sistema de salud es un sistema de valores. Requiere de un consenso político importante. Por eso importa que logremos sentar a la mesa a todos los actores, a todos, sin ningún tipo de exclusión y que nos pongamos de acuerdo hacia dónde queremos ir como meta final de la reforma.



60 AÑOS JIRONES DE UNA HISTORIA PARA ARMAR

EL INGRESO DE LA BIOÉTICA EN LA PRAXIS MÉDICA

EL SURGIMIENTO DE LA BIOÉTICA COMO DISCIPLINA SIGNIFICÓ UN CAMBIO PROFUNDO EN LA PRAXIS MÉDICA, PLANTEANDO UNA REVISIÓN Y UNA ASUNCIÓN DE VALORES NUEVOS, TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA FILOSÓFICO COMO MORAL E INCLUSO POLÍTICO EN SU MÁXIMA EXPRESIÓN. COMO TAL, PONÍA EN TENSIÓN LOS VIEJOS CONCEPTOS Y PRÁCTICAS DE LA MEDICINA, CONFORMANDO ADEMÁS UN ESPACIO DE ARTICULACIÓN INTERDISCIPLINARIO CON DISTINTOS CAMPOS Y SECTORES IMPORTANTES DE LA SOCIEDAD CIVIL. LA SALUD YA NO ERA UN TEMA PRIVATIVO DE LOS MÉDICOS. EL CONSEJO DE MÉDICOS NO PODÍA ESTAR AUSENTE DE LOS DEBATES QUE DESPERTABA Y DE LOS POSICIONAMIENTOS QUE EXIGÍA. EN ESTA ENTREGA HACEMOS UN RECORRIDO POR LOS MOMENTOS CUMBRES DE SU INCLUSIÓN EN EL CONSEJO Y RECUPERAMOS REFLEXIONES Y ENCUENTROS DE UN DEBATE QUE NUNCA PIERDE VIGENCIA. HACEMOS HINCAPIÉ EN EL II CONGRESO DE ÉTICA MÉDICA ORGANIZADO POR EL CMPC, QUE TUVO UNA GRAN REPERCUSIÓN Y QUE DE ALGUNA MANERA FUE UN PUNTO DE PARTIDA DE LA REFLEXIÓN SOSTENIDA A TRAVÉS DE ESTOS 60 AÑOS DE VIDA. A LO LARGO DE SU HISTORIA, EL CMPC HA DEMOSTRADO ESTAR SIEMPRE A LA ALTURA DE LOS DEBATES QUE HACEN A LA RELACIÓN DE LA MEDICINA CON LA SOCIEDAD. LA BIOÉTICA, SIN DUDAS, ES UNO DE LOS TEMAS MÁS TRANSVERSALES EN ESTA RELACIÓN NECESARIA, YA QUE RECUPERA DISTINTAS DIMENSIONES DE LO SOCIAL E INCURRE EN POSICIONAMIENTOS FUNDAMENTALMENTE A LA HORA DE LA PRÁCTICA MÉDICA. RECURRIMOS A ESA HISTORIA. PARA LA PRESENTE NOTA HEMOS CONTADO, CON LA AUTORÍA DE **RODRIGO SAVORETTI** Y EL APOYO DE **CECILIA FERNÁNDEZ**, EN LA BÚSQUEDA DE DATOS Y DOCUMENTOS. (LUIS RODEIRO).

60
AÑOS

La trascendencia de un Congreso

Uno de los hechos más significativos en esta historia del CMPC, fue el **II Congreso Nacional e Internacional de Ética Médica** desarrollado entre el 9 y 12 de Octubre del año 1997, que a diferencia del primero¹, incluyó el **Simposium Nacional de Ética y Política**, lo que le dio una gran repercusión y puso en el debate público la bioética como tema de investigación y debate. Ambas propuestas se realizaron en el Complejo Hotel de la Cañada, que reunió a más de trescientos profesionales de la salud, el derecho y la comunicación. La inauguración contó con la presencia del vicegobernador provincial, **Luis Molinari Romero**; del ministro de Salud, **Enrique Borrini**; del secretario de Salud Municipal, **Hugo Juri**, y del director del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS), **Julio Mont Momborg**. El Congreso fue presidido por **Alberto Sassatelli**, titular del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

Las grandes cuestiones vinculadas a los principios de la bioética, los derechos de los pacientes, la ética de la investigación científica, el consentimiento informado, la tecnología reproductiva, la justicia sanitaria, fueron abordadas desde distintas perspectivas disciplinarias, epistemológicas, sectoriales e ideológicas. El Congreso fue fundamental para impulsar el diálogo profesional y ciudadano con respecto a la ética médica y su necesaria vinculación con sectores políticos, mediáticos y de distintos campos de las ciencias sociales. *"Una medicina sin compromiso moral corre el riesgo de convertirse en una joya técnica, una práctica comercial, ya que pierde su esencia. La bioética es la disci-*

plina que sirve de puente entre la cultura de las ciencias y de las humanidades. Constituye una revolución que sirve para repensar la medicina en el umbral del tercer milenio", manifestaba Sassatelli al dejar inaugurado el Congreso. La ciudad de los doctores comenzaba a debatir en el centro de su metrópolis, el desarrollo de la ética médica desde todas las perspectivas posibles.

El intendente de la Ciudad, **Rubén Américo Martí**, dejó inaugurado el I Symposium de Ética y Política, que dio cita a una gran pluralidad de sectores políticos, ávido de escuchar y participar, que colmaban la sala de conferencias. Participaban del panel principal, **Octavi Quintana Trias** (España); **Giovanni Berlinguer** (Italia); el diputado nacional (FREPA-SO), **Carlos Álvarez**; el presidente del Comité Nacional del radicalismo, **Rodolfo Terragno**; el senador nacional (P.J.), **José Manuel De la Sota**.

En las palabras de presentación de los panelistas, el intendente capitalino decía: *"No podemos entender la política fuera del marco ético, ya que tarde o temprano se convierte en algo lamentable"*. Luego de la disertación de Quintana Trias, quien analizó la política desde la óptica del liberalismo y del socialismo, hizo uso de la palabra Berlinguer, ex diputado y senador por el Partido Comunista Italiano. A su turno, el diputado Álvarez expresó que el debate entre dirigentes planteado en el congreso es un tema *"oportuno"*, ya que en Argentina *"la ética y la política han sido un matrimonio desavenido. Vivimos en una suerte de pragmatismo salvaje, falta un soporte de valores, hay una crisis de los grandes relatos, es una etapa donde no hay verdades absolutas que dan pie al relativismo moral del todo vale"*, enfatizó el legislador. Por

**"NO PODEMOS ENTENDER
LA POLÍTICA
FUERA DEL MARCO ÉTICO,
YA QUE TARDE O TEMPRANO
SE CONVIERTE
EN ALGO LAMENTABLE"**

1. El primer congreso, organizado por el CMPC, se realizó el 13, 14 y 15 de Agosto de 1992, donde se analizaron temas como los fundamentos filosóficos de la ética médica; principios éticos sobre la vida y la muerte; afecciones de alta contagiosidad y discriminación social, los problemas de la investigación y tecnología médica, desde la ética; el ejercicio profesional. Especialmente invitados estuvieron presentes H. Fuenzalida (Washington); O. Quintana Trias (España) y especialistas nacionales como J.A. Mainetti, G. González García; G. Klimovsky, Aldo Neri y los cordobeses R. Bergoglio, S. Bergman, R. Rodríguez, entre otros.

su parte, el entonces senador nacional De la Sota remarcó la necesidad de reconciliar la política con la ética porque la gente piensa que los políticos son "mentirosos". Por último, Terragno expresó que *"el objeto de la ética médica o política es el deber"*, y aseguraba que *"juega un papel insignificante o nulo en la política contemporánea"*. Calificaba a esta pérdida de la noción del deber, como *"un retroceso a estadios muy primitivos del pensamiento político"*, y afirmaba que *"la gran misión moral de los dirigentes en la actualidad es reproducir este concepto"*.

En la temática más estrechamente ligada a la medicina, se abordaron las transformaciones de la bioética desde sus comienzos en la década del 70', hasta el momento en el que se desarrollaba el encuentro. Una de las figuras más comprometidas con la ética sanitaria, el profesor **Henk Ten Have** (Holanda), expresaba: *"La bioética como disciplina no es tan nueva porque la ética siempre ha formado parte de la historia de la medicina, más bien es una nueva fase, un nuevo estadio en esta historia"*. **José Alberto Mainetti, Marcos Meeroff, Oscar Esquizabel** y el presidente del CMPC se sumaron al debate encabezado por Ten Have y profundizaron aún más en temas específicos como la crisis sanitaria global, la procreación asistida y la bioética misma. Al abordar el tema de la terminalidad de la vida, Mainetti, doctor, filósofo e investigador argentino, decía que la misma se ha transformado en *"un problema para la sociedad"*, ya que *"el dolor, la vejez y la muerte son tres realidades que se presentan de manera cada vez más salvajes y contienen además de la carga real otra simbólica"*. Aseguró que esta problemática no se resuelve con un modelo de bioética *"sino con una ética del cuidado"* y bregó por *"un modelo que atienda no al triunfo de la técnica sino al reconocimiento de la finitud humana"*.

Consultado por la bioética en la Argentina, Mainetti respondía: *"la bioética llega como un nuevo movimiento, con la característica de una cultura como es la norteamericana, en un momento histórico tan particular como es la década*

de los 60'. Lo que tratamos de hacer en Argentina es adaptarlo a nuestra cultura ya que así podríamos conformar un discurso y una práctica más acorde a nuestra realidad". Según su visión en Argentina y en Latinoamérica se tienen problemas distintos, propios. *"Tenemos el problema de la pobreza, de la precariedad, de la mala conciencia de los recursos sanitarios, etc. Eso es común a todos los países latinoamericanos. No podemos quedarnos en una ética preventiva, para de alguna manera dirimir conflictos de carácter jurídico. La ética tiene que calar más hondo en la praxis médica y en la cultura civil"*.

El reconocido especialista manifestó su creencia que la bioética será un movimiento importante, en la medida en que sepamos hacer de esto una cultura, porque en defini-

tiva la propuesta de la bioética es una **cultura**. No es estrictamente una moral médica, sino que responde a la moral civil. Entonces es bueno que la gente se haga cargo del problema, por ejemplo, de responsabilizarse por los actos médicos, de rechazar o aceptar los tratamientos o aceptar morir dignamente. Esto acompaña un cambio sanitario que se hace cada día más imprescindible.

El debate fue ampliando su dimensión social y un tema que atrajo la atención de los asistentes fue la

**"NO PODEMOS QUEDARNOS
EN UNA ÉTICA PREVENTIVA,
PARA DE ALGUNA MANERA
DIRIMIR CONFLICTOS
DE CARÁCTER JURÍDICO.
LA ÉTICA TIENE QUE
CALAR MÁS HONDO
EN LA PRAXIS MÉDICA Y
EN LA CULTURA CIVIL".**

Reproducción Asistida (RA). Oscar Esquizabel, profesor de filosofía y colaborador de la Escuela Latinoamericana de Bioética, respondió lo siguiente cuando fue consultado si esta técnica generaba una *"nueva moralidad"*: *"Por sí mismas, las técnicas de RA no crean una nueva moralidad. Deben insertarse en un nuevo modo de entender la familia, la procreación misma, que de alguna manera está perfilándose a través de un modo moderno o contemporáneo de la vida. Por ejemplo, los países centrales progresivamente van produciendo procesos de privatización de la vida, en que cada vez hay más individuos que viven solos. Ya en la vida familiar, el matrimonio como tal está perdiendo su entidad. Esa ya es una nueva concepción de la moralidad por decirlo así. No una moralidad en el sentido del deber pero sí en las formas de vida"*.

Sobre la maternidad subrogada, el profesional aseguraba: *"no se trata de rechazar las tecnologías de reproducción asistidas sino rechazar la maternidad subrogada porque es la gestación como objeto de contrato donde los valores de la gestación maternal son subvertidos, lesionados, perdidos"*.

Algunos de los temas más importantes abordados en el Congreso fueron sin dudas, el derecho de los pacientes, el principio de justicia y el rol del periodismo. En sus abordajes participaron personajes como **Pedro Hooft, Domingo Viale, Nelson Castro, Miguel Clariá, Miguel Kotow**, etcétera.

El derecho de pacientes fue el tema que marcó las actividades de la mañana en la tercera jornada, a través de la disertación de Berlinguer sobre la incorporación a la medicina del

principio de autonomía. Un panel de discusión compuesto por **Susana Vidal**, quien se refirió a algunos aspectos de la práctica clínica, **Cristina Donda**, a los filosóficos, **Manuela Cabezas de Oviedo**, a los de salud mental y **Horacio Bordenave**, a los jurídicos, redondeó las disertaciones precedentes con una óptica local y alimentó el posterior debate.

El Congreso fue un hecho político inédito por su carácter interdisciplinario y por la calidad de sus participantes nacionales e internacionales. Logró poner en la agenda pública a la bioética y atrajo la discusión política respetando la pluralidad de posturas. Y, sin duda, abrió la puerta para su incorporación a la práctica. Desde entonces, La Comisión de Bioética del CMPC, ha jugado un papel importante en la vida institucional.

Los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB)

El CMPC supo desde un principio reconocer la importancia de la ética médica en la práctica profesional, como también abrirse al debate sobre cómo bajar a la realidad lo que se debatía en congresos y distintos encuentros nacionales e internacionales sobre el tema. Uno de los abordajes que mayor atención generó entre los galenos, en ocasión del Congreso fue el de los Comités Hospitalarios. El Consejo se hace eco de estos espacios innovadores a través del Curso Introductorio a la Bioética, dictado por el **Doctor Norberto Cragno** en agosto de 1994.

"La aparición de esta figura institucional que es un Comité de Bioética tuvo su origen en la problemática incorporada sobre nuevas tecnologías médicas y una nueva conciencia social orientada hacia las acciones médicas. Esto ocurrió en Norteamérica a principios de la década del 70'. En su comienzo los Comités se constituyeron en foros de discusión y realmente son foros de discusión, y de consulta para evaluar las distintas opciones terapéuticas aplicables a determi-

nados pacientes", recordó el doctor Cragno. *"Posteriormente se transformaron en grupos interdisciplinarios que se ocupan de la docencia, de la investigación y de la consulta de casos entre los hospitales frente a problemas o dilemas morales",* relataba el profesional ante un nutrido público de médicos que oían con profunda atención aquella novedad que empezaba a tocar tierra cordobesa.

La idea de la implementación de los Comités Hospitalarios en Córdoba, de la que el CMPC se convirtió en su promotor, surge *"en un contexto donde se han producido en el campo de la salud una serie de transformaciones que han determinado importantes cambios en los modelos sanitarios tanto a nivel de la organización de los sistemas de salud como en el terreno mismo de la realización clínica con el paciente"*, afirmaban la Dra. M. Vidal y el Dr. Eduardo Scozzari en un informe sobre el tema publicado en la Revista ETHICA N° 30, correspondiente a mayo-junio de 1998.

Con el afán de ser coherente con este contexto y estas nuevas demandas donde prevalezca el derecho del

paciente a participar en las decisiones sobre su salud, los Comités Hospitalarios *"han sido propuestos como instrumento de cambio, estructuras intra-institucionales de conformación interdisciplinaria que, contando con formación en metodología de toma de decisión en ética clínica, podrán asesorar y proponer caminos alternativos en referencia a estas problemáticas"*, expresaban los galenos. Los Comités Hospitalarios de Bioética CHB) comenzaban a ser presentados como los modelos propuestos para dar respuestas en este sentido y construir modelos locales a partir de la propia realidad institucional y social de Córdoba. Con la aclaración de que el problema no se agota en tener Comités Hospitalarios de Bioética que asesoren en la resolución de casos clínicos que encierran un conflicto ético, función por excelencia de los CHB, sino que siguiendo a Mainetti, dichos comités forman parte de un **'programa de reforma social'** y tienen objetivos vinculados no sólo al nivel de la Ética Clínica sino también al político-cultural.

Con un diagnóstico de las distintas experiencias implementadas en otros países y reconociendo las condiciones propias del territorio cordobés, se implementa – con participación activa de la Comisión de Bioética del CMPC, en diciembre de 1996, desde el Área de Capacitación en Servicio del Departamento de Capacitación y Docencia del Nivel Central, una estrategia para el desarrollo de Comités Hospitalarios de Bioética en cada Hospital dependiente del Ministerio de Salud, entendida como un proceso. Los objetivos generales de estas comisiones eran la autoformación intensiva, difusión y capacitación institucional sobre Bioética, adquirir experiencia de carácter éticos y en estrategias de análisis y procedimientos de toma de decisión en cuestiones dilemáticas que surjan en las prácticas de salud, difundir normativas éticas internacionales y nacionales, detectar áreas y temas de investigación.

Un proceso que se proponía culminar en una Red Provincial de Comités y Comisiones Hospitalarias de Bioética, en cuyo seno se convocara a todos los grupos hospitalarios que se encuentren trabajando en Bioética Clínica. No solo

dependientes del Ministerio sino de otras dependencias del ámbito público y privado, concluía el informe especial.

Un proyecto ambicioso que se concretó. En la actualidad esa Red sigue conformada y su participación es bien nutrida, ya que la Provincia de Córdoba cuenta con 13 Comités Hospitalarios de Bioética. Y también con un espacio estatal específico, el "Área de Bioética", donde se discute, reflexiona y ejecutan políticas referidas a la ética médica.

En plena pandemia, el coronavirus ha instalado nuevamente la importancia de la bioética en el derecho a la salud. El CMPC ha organizado las jornadas provinciales de bioética, muy ligada a los CHB. Se ha puesto mucho empeño y compromiso en un área de suma importancia por lo trascendental que implican las decisiones allí tomadas con respecto a la salud y la vida de la ciudadanía, más aún

cuando hay un virus nuevo y letal enfermado cada vez a más y más seres humanos. También en este último tiempo se ha trabajado con respecto a las pautas para el acompañamiento de pacientes en situación de últimos días y pacientes con condiciones especiales en contexto de

"NO DEBERÍAMOS PERMITIR QUE NINGUNA PERSONA MUERA SOLA"

pandemia por Covid-19.

Con participación del CMPC, el año pasado se conformó el **"Comité de Ética y Derechos Humanos en Pandemia Covid-19"**, que busca asesorar sobre las implicancias éticas en la salud pública. La resolución establece criterios para guiar un proceso de toma de decisiones con enfoque en Derechos Humanos que contempla el respeto igualitario, la no discriminación por razones que no sean médicas, transparencia, comunicar con claridad y sintetiza criterios de solidaridad, justicia, razonabilidad y factibilidad.

Cada centro de salud tiene su propio Comité de Bioética que define cómo elegir a un paciente por sobre otro cuando la oferta de respiradores es menor a la demanda. También permite definir quién ingresa o a quién se le retira el soporte. **"No deberíamos permitir que ninguna persona muera sola"** fue la frase que sintetizó el encuentro realizado en septiembre del año pasado entre la Comisión de Bioética del CMPC, la Red Provincial de Comités Hospitalarios de Bioética de la Provincia de

Córdoba, el Área de Bioética del Ministerio de Salud, un grupo de especialistas en cuidados y medicina paliativa, la fundación FEIB y el grupo de expertos que redactaron las recomendaciones bioéticas publicadas por el COE Provincial.

Dentro de lo posible, no es fácil, pero sería importante estimar que *“las instituciones cuenten con equipos de cuidados integrales (paliativos) y con equipos de soporte espiritual*

y duelo. La atención que se debe proporcionar a todos los/las pacientes, y sus familias, cuidadores o allegados, especialmente a los más vulnerables, debería incluir, siempre que sea posible, medidas que permitan el acompañamiento de un familiar/cuidador/allegado, asistencia psicológica y acompañamiento espiritual (confesional o no confesional) si así lo desean”, brega el documento vigente.

Derechos del paciente, un paso adelante en la práctica médica

“Un nuevo capítulo en la relación médico-paciente comienza a desarrollarse con intensidad: los derechos de los pacientes”, advierte el comienzo de una publicación sobre el tema, publicada en esta revista en el año 1994. Y continúa: *“Si bien este aspecto tiene vigencia desde el principio de las culturas, el mismo no adquiere carácter relevante hasta la formulación concreta por distintos sectores de la sociedad”.*

Los derechos de los pacientes comenzaban a ganar terreno en la agenda pública y obviamente el CMPC no era ajeno a la discusión. Reconociendo su trascendencia, ese mismo año se decidió, a través del Comité Controlador de la Medicina Legal, organizar unas jornadas referidas al tema en cuestión. *“Es allí donde los elementos propios de la democracia pasan a integrarse con características específicas en la relación médico-paciente y es donde comienza a hablarse de derechos”,* bregaba el discurso inaugural de aquel encuentro. Tomando como base la declaración de Lisboa (1981) en donde el paciente tiene derecho a elegir libremente a su médico, a morir con dignidad, a aceptar o rechazar el tratamiento elegido por el médico, entre otros; como también adhiriendo a la declaración de derechos del paciente por parte de la Asociación Americanas de Hospitales y a la declaración de los Derechos Humanos por

parte de la ONU, los galenos cordobeses reflexionaban y debatían sobre el giro del modelo paternalista -en plena retirada-, que consistía primordialmente en un médico autoritario que era autoridad máxima, cuál padre-hijo, a un modelo autonomista, impulsado luego de la Segunda Guerra Mundial, donde el paciente adquiere un nuevo lugar en la relación y sus opiniones, deseos y decisiones son respetadas reconociendo sus derechos como sujetos protagonistas del derecho humano a la salud. La autonomía y el consentimiento informado, sobresalen como conceptos y derechos fundamentales a la hora de desarrollar la relación médico-paciente en el marco de la salud.

La Comisión Nacional de Bioética, que surgió como fruto directo del II Congreso de Ética Médica organizado por el CMPC, y que funciona bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, se encontraba estudiando una declaración propia de los derechos de los pacientes en aquellos años. Pero es recién en el año 2010, bajo el gobierno de Cristina Kirchner, donde a través de la Ley 26 529, denominada “Derechos del paciente”, se regulan estos derechos en cuanto a la autonomía de la voluntad. Se legisla sobre la información que el médico debe dar y que el paciente tiene que recibir y respecto de la documentación clínica.

Interrupción voluntaria del embarazo

Sin dudas, uno de los temas que más ha generado discusión y prolongados debates en el seno de la sociedad argentina y por supuesto en el CMPC, es el aborto. Tras una masiva presencia en las calles por parte de las mujeres y las disidencias sexuales, el Congreso de la Nación sancionó la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que entró en vigencia el 24 de enero de este año.

“El Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, como integrante del Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas (Confemeco), comparte las conclusiones de la reunión nacional celebrada en Córdoba, el 8 de junio pasado, en la decisión de no realizar una declaración oficial, ya que Confemeco respeta la postura ideológica individual que puedan tener los colegiados a nivel país, respecto de la problemática planteada. Confemeco respeta la objeción de conciencia individual y debidamente expresada ante los colegios y/o consejos correspondientes, por parte de los profesionales médicos”, expresaba el CMPC en el año 2018 cuando la Ley IVE obtenía media sanción del Senado de la Nación.

El Consejo trabajó en la constitución de una comisión de análisis del tema del aborto poniendo énfasis en la **objeción de conciencia**. *“Luego de la discusión social y legislativa sobre la despenalización del aborto, que tantas controversias ha traído consigo y que demandó que se protocolice el accionar ante la presencia de posibles abortos no punibles, que muchas veces resultan cuestionables por algunos profesionales médicos, es que se confeccionó un modelo de objeción de conciencia para ser utilizado por los médicos que por razones de índole moral, religiosa o de su propia*

convicción hipocrática no están dispuestos a realizar interrupciones legales del embarazo”³, manifestaba el 7 de enero del corriente año y proponía un modelo de ficha de objeción de conciencia, así como el protocolo sobre consentimiento informado que se puede encontrar en la web institucional (Sección Noticias).

Muerte digna: otro debate permanente

La muerte siempre ha sido un tema existencial muy controvertido que ha generado debates de lo más diversos, especialmente cuando se trata de la “muerte digna” y de la eutanasia. En sociedades religiosas como las latinoamericanas, el debate nunca deja de teñirse de moralidades, valores occidentales y discusiones entre sectores conservadores y progresistas. Pero el tema, específicamente en el ámbito de la medicina, va mucho más allá, porque finalmente son los médicos y los pacientes, quienes habitan la praxis del tema en cuestión. Aunque a veces se mezclen, muerte digna y eutanasia son dos conceptos distintos. El primero de ellos es un derecho en la Argentina, amparado por la Ley 26.742 de Derecho al Paciente que modificó la ley 26.529, sancionada en 2010 así como el artículo 59 del código civil. El segundo ha generado mucho mayor debate por el hecho de que son los galenos quienes “inducen” a los pacientes terminales a “morir dignamente”. Esto ha traído consigo un mar de preguntas, reflexiones y toma de posición entre los propios médicos. En una publicación del año 1996, ya se publicaba en *Ética* un artículo titulado “en torno a la muerte digna” del escri-

3. El modelo puede ser consultado en la Página Web institucional (www.cmpc.org.ar)

4. Revista *Ethica* N° 18, julio de 1996.

Una decisión temprana

La incorporación temprana del Consejo de Médico a la problemática y los debates que plantea la Bioética, se pone de manifiesto en la creación de la Comisión, en el año 1994. Los avances en estos 27 años son notorios y la institución ha estado presente siempre. En su versión original estaba integrada por el Dr. Alberto Sassatelli, como presidente que a la vez era el titular de Junta Directiva, del

Dr. Roberto Sayago, como secretario y por los doctores Hugo Vilarrodona, Liliana Maldonado, Raúl Alasino y la licenciada Cristina Donda, el sacerdote José Raimundo Alessio y la Dra Susana Vidal. Actualmente, dicha Comisión está integrada por los dres. Lilián Virginia Viale, Carlos Alberto Soriano, María Fernanda Marchetti, Cristina Eva Gava, Omar Francisco Hiruela y José Manuel Torres.

tor y periodista Luis Marcos Rojas⁴, donde se relataba -en síntesis- lo siguiente: *“conservar a una persona viva mediante un sinfín de artefactos y sistemas de sostenimiento que permiten mantener ilusoriamente las funciones vitales, sin considerar sus sentimientos ni deseos, es una forma de idolatría tecnológica que niega cruelmente la condición finita de la existencia humana, a cambio de una aventura faustiana a costa del moribundo”*.

Como podemos percibir, el tema calaba hondo al interior del CMPC, y las posiciones divergentes fueron limando asperezas con el pasar de los años y las distintas experiencias con respecto al tema. Y claramente la bioética, estaba y está involucrada de lleno en esta cuestión. Sin ir más lejos, el Comité Hospitalario de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias, con el **Dr. Carlos Soriano**, miembro de la Comisión de Bioética del CMPC, a la cabeza de la Comisión creada para tal fin, elaboró un libro donde se exponen 26 pautas a tener en cuenta por profesionales de la salud y las familias de los pacientes, para ayudar a tomar decisiones correctas con el propósito de lograr una muerte más humana. *“El presente texto asume el coraje teórico y práctico de abordar la difícil situación que le cabe enfrentar al personal sanitario que ha de tomar decisiones en el límite de la vida de los pacientes a su cargo. Esta Guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico se hace cargo de una apuesta: como texto práctico, toma la forma de un conjunto de inquietudes y sugerencias que pretenden ayudar a tomar decisiones correctas, con el afán de lograr que cuando la muerte advenga, la humanidad y la dignidad del paciente sean preservadas”*, reza uno de los prólogos a cargo de la Lic. Cristina Solange, vicerrectora de la maestría de Bioética de la UNC.

“CONSERVAR A UNA PERSONA VIVA MEDIANTE UN SINFÍN DE ARTEFACTOS Y SISTEMAS DE SOSTENIMIENTO QUE PERMITEN MANTENER ILUSORIAMENTE LAS FUNCIONES VITALES, SIN CONSIDERAR SUS SENTIMIENTOS NI DESEOS, ES UNA FORMA DE IDOLATRÍA TECNOLÓGICA QUE NIEGA CRUELMENTE LA CONDICIÓN FINITA DE LA EXISTENCIA HUMANA, A CAMBIO DE UNA AVENTURA FAUSTIANA A COSTA DEL MORIBUNDO”

La ley provincial de muerte digna sancionada en 2016, que apuntaba a establecer el derecho a decidir en forma anticipada la negativa a someterse a tratamientos o procedimientos médicos que impliquen un encarnizamiento terapéutico, quedó -para la Comisión de Bioética del CMPC- atrasada con respecto a las reformas incorporadas en el nuevo Código Civil y Comercial.

En agosto del mismo año, en una reunión entre el CMPC y la Comisión de Salud de la Legislatura Provincial, la Comisión de Bioética fijó posición sobre el desconocimiento de los cordobeses de las Leyes de Muerte Digna y reclamó la urgente revisión y modificación de la Ley Provincial 10.058, para adecuarla a las reformas incorporadas en el nuevo Código Civil y Comercial. En aquella oportunidad se solicitó adecuar la ley 10.058 a lo que dice el nuevo Código Civil modificado, que establece de acuerdo a la ley nacional de muerte digna *“que todo paciente podrá rechazar cualquier terapia física o biológica con o sin manifestación de causas, inclusive aquellos tratamientos de hidratación y/o nutrición, cuando por ello se prolonga un estado terminal, irreversible o incurable”*, afirmó el doctor Carlos Soriano, en representación del CMPC. El reclamo encontró recepción positiva por parte de los legisladores, integrantes de su Comisión de Salud.

De este modo, la nueva norma aprobada establece, así, que las medidas mínimas ordinarias que deben ser mantenidas en todos los enfermos son *“las acciones tendientes a suministrar higiene y curaciones al paciente en etapa terminal”*. De esa manera se sustituye el texto original (inciso g, artículo 5°) que disponía que siempre se debía suministrar *“hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y curaciones”* al paciente terminal. Un logro del Consejo de Médicos.

RECORDANDO AUTORIDADES

1988-1991

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Eduardo P. Wyse

Presidente

Dr. Carlos Gonzalez Achaval

Vice-Presidente

Dr. Gustavo Dellamaggiore

Secretario

Dr. Roberto Sayago

Tesorero

Dres. Alberto Sassatelli / Eduardo Benavidez

Vocales Titulares

Dres. Carlos Vicente / Juan Carlos Garcia / Alberto Nasi

Vocales Suplentes

CONSEJO DE DELEGADOS

Dr. Juan Uez

Presidente

Dr. Carlos Padró

Secretario

1991-1994

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Alberto Sassatelli

Presidente

Dr. Héctor Maisuls

Vice-Presidente

Dr. Hugo Lussi

Secretario

Dr. Juan Carlos Garcia

Tesorero

Dres. Emilio Amato / Juan Carlos Larghi

Vocales Titulares

Dres. Roberto Sayago / Carlos Fagetti / Hugo Frey

Vocales Suplentes

CONSEJO DE DELEGADOS

Dr. Hector Villafañe

Presidente

Dr. Jorge Cacciabue

Secretario



CMPC Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

Seguinos en nuestras redes sociales

   Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

www.cmpc.org.ar

LAS VACUNAS Y SUS ALERTAS

PROSEGUIMOS HABLANDO DE VACUNAS. EN NUESTRA EDICIÓN ANTERIOR COMENZAMOS A BRINDAR INFORMACIÓN, CON LA NOTA DEL **Dr. MARTÍN MOYA**, PRESENTANDO LAS CARACTERÍSTICAS, DE LAS QUE ESTÁN APLICÁNDOSE EN NUESTRO PAÍS. EN ESTE NUEVO NÚMERO DE ETHICA DIGITAL. CON EL APOORTE DEL **GRUPO COOPERATIVO ARGENTINO DE HEMOSTASIA Y TROMBOSIS**, NOS RESPONDEMOS SI ES REAL LA AFIRMACIÓN CIRCULANTE DE QUE PUEDEN PROVOCAR TROMBOSIS. Y CON INTRAMED, IMPORTANTE PUBLICACIÓN DIGITAL PARA MÉDICOS, ENTRAMOS EN EL ANÁLISIS DE LA NUEVA AMENAZA DE LA VERSIÓN DELTA EN UN APRETADO RESUMEN.



¿Las vacunas para COVID-19 producen trombosis?



GRUPO CAHT

GRUPO COOPERATIVO ARGENTINO
DE HEMOSTASIA Y TROMBOSIS

¿Las vacunas para COVID-19 producen trombosis? ¿Cuál es la preocupación de vacunarse contra COVID-19?

Recientemente se han publicado efectos adversos relacionados a la vacuna, en los cuales se presenta una forma de trombosis inusual (relacionada a plaquetas bajas) asociada a la vacuna de AstraZeneca y Janssen (Johnson & Johnson). Esta condición es extremadamente rara, de 0,001% de las dosis. Se describe en gente joven (menor a 50 años), sin enfermedades previas y se presenta de 4-28 días después de la vacunación. Por otro lado, la posibilidad de trombosis durante infección con el virus SARS-CoV-2 es mucho más elevada, aproximadamente 15% en promedio, siendo 23% en pacientes hospitalizados y hasta 45% en pacientes en terapia intensiva.

¿Qué vacuna debo recibir?

Hasta el día de la fecha, no se recomienda una vacuna sobre la otra. La trombosis está reportada "muy infrecuentemente" con las vacunas de AstraZeneca Y Janssen (Johnson & Johnson), pero no está reportada con el resto, lo que no implica que no tengan esos eventos adversos.

Las personas con trombofilia o trombosis previas, ¿tienen mayor riesgo de desarrollar esta complicación?

NO. La complicación es infrecuente, y no se asocia a enfermedades clínicas previas. Hasta ahora no se ha identificado ninguna enfermedad como predisponente a esta complicación.

¿Los pacientes anticoagulados pueden recibir la vacuna para COVID-19?

SI. No hay contraindicación. La vacuna es de colocación intramuscular, por lo cual se debe hacer compresión luego de la inyección.

¿Debe tomar algún medicamento peri vacunación, o específicamente para la vacuna de AstraZeneca?

NO. No está indicado usar ninguna medicación (pre, peri ni post vacuna), sea aspirina, anticoagulantes orales directos (Apixaban, Rivaroxaban, Dabigatran) o heparina.

Si está embarazada o tomando anticonceptivos orales, ¿tiene mayor riesgo de trombosis por la vacuna?

NO. El embarazo es una situación de riesgo para COVID-19, y se deben seguir las recomendaciones obstétricas de vacunación. No está indicada la suspensión, ni el cambio de anticonceptivos antes de la vacunación.

SIGNOS DE ALARMA

Con las vacunas en general es esperable presentar: fiebre, dolor de cabeza o cuerpo, malestar general, dolor en el sitio de la inyección o en todo el brazo. Estos pueden durar hasta 72 hs. No todas las personas los presentan. No presentar ningún síntoma, no quiere decir que la vacuna no es eficaz.

Si dentro de los 4 a 28 días post vacunación aparecen: dolor de cabeza importante, dificultad en la visión, mareos, vómitos o dolor abdominal, engrosamiento de una pierna, se debe hacer una consulta.

OBSERVACIONES

1. Pacientes mayores a 40 años con enfermedades de base. Esta población tiene mayor riesgo de complicaciones con COVID-19, por lo que se sugiere la vacunación. Los beneficios de las vacunas superan ampliamente los efectos adversos, que son extremadamente raros. Es importante que tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la Sociedad Internacional de Hemostasia y Trombosis (ISTH), y la



Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CoNaSeVa) de Argentina, luego del análisis minucioso concluyeron que **los beneficios superan ampliamente a los riesgos y recomiendan la vacunación con todas las vacunas aprobadas hasta el momento.**

2. Las noticias preliminares demuestran que las defensas podrían durar a largo plazo. Otro beneficio de la vacunación demostrado recientemente en Inglaterra es que la misma fue efectiva en reducir del 40-50% de las transmisiones por SARS-CoV-2 en las familias vacunadas, en relación a las no vacunadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elalamy I, Gerotziafas G, Alamowitch S et al. SARS-CoV-2 vaccine and thrombosis: Expert opinions. *Thromb Haemost* 2021. DOI: 10.1055/a-1499-0119
2. Shimabukuro TT, Kim SY, Myers TR et al. CDC v-safe COVID-19 Pregnancy Registry Team. Preliminary Findings of mRNA Covid-19

Vaccine Safety in Pregnant Persons *N Engl J Med* 2021; 384(24): 2273-82. DOI: 10.1056/NEJMoa2104983

3. Greinache Ar, Thiele T, Warkentin TE, et al. Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. *N Engl J Med* 2021; 384: 2092-101. DOI: 10.1056/NEJMoa2104840

4. MacNeil JR, Su JR, Broder KR, et al. Updated Recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices for Use of the Janssen (Johnson & Johnson) COVID-19 Vaccine After Reports of Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome Among Vaccine Recipients — United States, April. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 2021 Apr 30; 70(17): 651-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr>.

5. Makris M, Pavord S, Lester W, et al. Vaccine-induced Immune Thrombocytopenia and Thrombosis (VITT). *Res Pract Thromb Haemost*. 2021; 5(5): e12529. DOI: 10.1002/rth2.12529

6. Leentjenz J, Van Jaap TF, Wessel PF et al. COVID-19-associated coagulopathy and antithrombotic agents-lessons after 1 year. *Lancet Haematol* 2021; 8(7): e524-33. doi: 10.1016/S2352-3026(21)00105-8

Sobre la Variante Delta, con base en la experiencia de Escocia



■ Afectó más a jóvenes, no vacunados, duplicación de ingresos hospitalarios en comparación con la variante alfa (B.1.1.7), las vacunas fueron efectivas con diferencias¹.

■ El 19 de mayo de 2021, la **variante de preocupación Delta** (VOC), anteriormente conocida como VOC india o B.1.617.2, se convirtió en la cepa dominante de SARS-CoV-2 en Escocia. El Alpha VOC (anteriormente conocido como Kent VOC, B.1.1.7, o gen S negativo) había sido la cepa dominante anteriormente, pero ha sido reemplazada rápidamente.

■ EAVE II es una plataforma de vigilancia de COVID-19 en toda Escocia que se ha utilizado para rastrear y pronosticar la epidemiología de COVID-19, informar la estratificación del riesgo e investigar la eficacia y seguridad de las vacunas. Analiza conjuntos de datos de atención médica de 5-4 millones de personas (aproximadamente el 99% de la población escocesa) vinculados a través del número único del Índice de Salud Comunitaria de Escocia.

■ Se usó dicha plataforma para realizar un análisis de cohorte para describir el perfil demográfico de los pacientes con COVID-19, investigar el riesgo de ingreso hospitalario por COVID-19 y estimar la efectividad de la vacuna para prevenir los ingresos hospitalarios por COVID-19 en casos positivos para el gen S. También empleamos un diseño de prueba negativa para estimar la **efectividad de**

la vacuna contra el riesgo de infección por SARS-CoV-2.

Las conclusiones, en síntesis, de los investigadores fueron:

■ La variante La variante Delta VOC en Escocia se encontró principalmente en grupos más jóvenes y ricos.

■ El riesgo de ingreso hospitalario por COVID-19 se duplicó aproximadamente en aquellos con Delta VOC en comparación con el Alpha VOC, con un riesgo de ingreso particularmente mayor en aquellos con cinco o más comorbilidades relevantes.

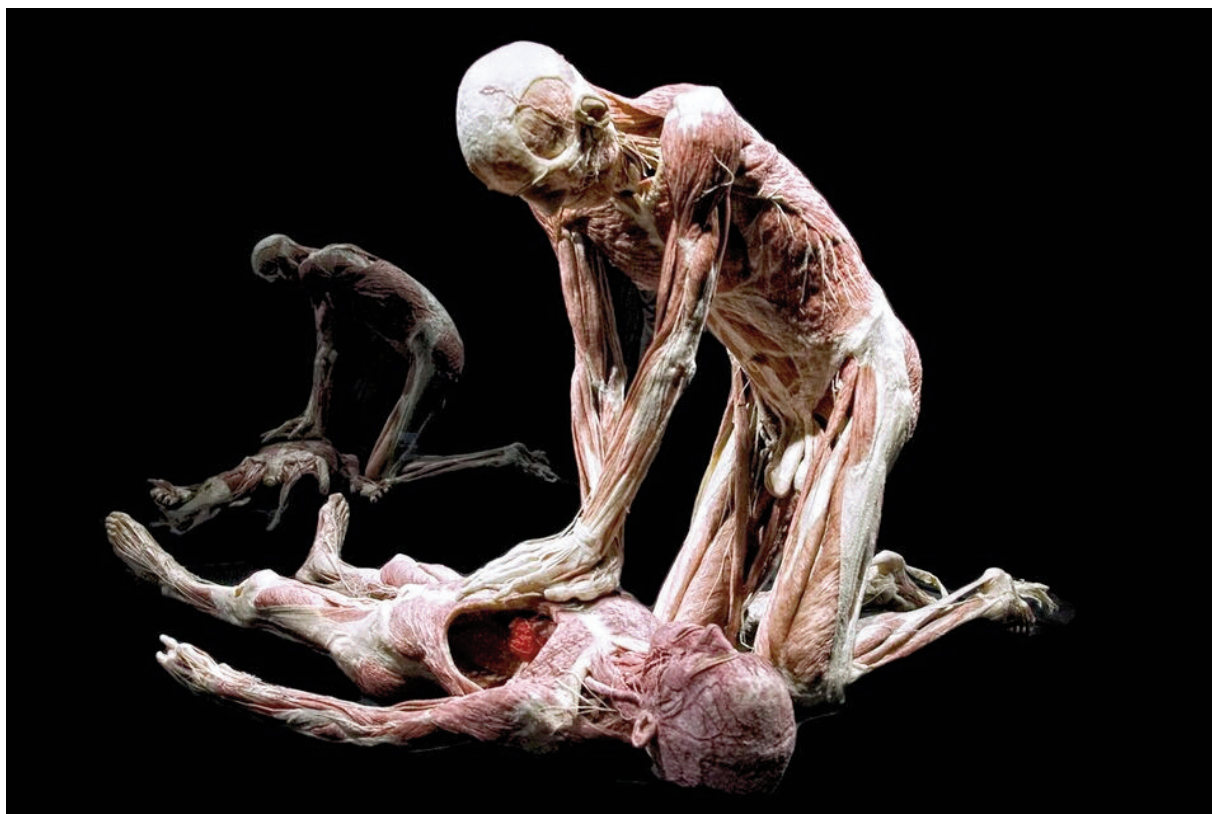
■ Tanto las vacunas Oxford-AstraZeneca como Pfizer-BioNTech COVID-19 fueron efectivas para reducir el riesgo de infección por SARS-CoV-2 y hospitalización por COVID-19 en personas con Delta VOC, pero estos efectos sobre la infección parecieron disminuir en comparación con aquellos con Alpha VOC.

■ Tuvimos un número insuficiente de ingresos hospitalarios para comparar las vacunas a este respecto. La vacuna Oxford-AstraZeneca pareció **menos eficaz** que la vacuna Pfizer-BioNTech para prevenir la infección por SARS-CoV-2 en personas con Delta VOC.

■ Dada la naturaleza observacional de estos datos, las estimaciones de la eficacia de la vacuna deben interpretarse con cautela.

1. Trabajo de investigación Aziz Sheikh, Jim McMenamin, Bob Taylor, Chris Robertson Fuente: The Lancet DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01358-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01358-1) SARS-CoV-2 Delta VOC in Scotland: demographics, risk of hospital admission, and vaccine effectiveness

HOMO CORPORAL



LA CONTRATAPA DEL DIARIO PÁGINA 12, ES SIEMPRE UN LUGAR ESPECIAL DE LECTURA, DESDE SU APARICIÓN. MUCHOS PENSADORES RECONOCIDOS HAN COLABORADO EN SU PRESTIGIO. UNO DE ELLOS ES, SIN DUDA, RODRIGO FRESÁN, HOY RESIDENTE EN BARCELONA. ESCRITOR DE CULTO, HA ESCRITO NOVELAS Y CUENTOS, ENTRE LOS QUE FIGURAN VIDAS DE SANTOS, ESPERANTO, LA VELOCIDAD DE LAS COSAS. EN LA CONTRATAPA DEL PASADO 22 DE JUNIO, PUBLICÓ ESTE TEXTO QUE REPRODUCIMOS, QUE DA VUELTAS SOBRE EL CUERPO Y SUS SIGNIFICADOS, EN EL CONTEXTO DEL COVID 19.

Desde Barcelona

UNO. Poner el cuerpo. A Rodríguez la expresión siempre le llamó la atención y le despertó la inquietud. Y (desde que al cuerpo se le puso Covid-19 produciendo la mayor crisis demográfica en España desde la Guerra Civil, con mínimo de cuerpos recién nacidos y máximo de cuerpos recién muertos) aún más. Desde entonces, al despertarse (al volver a ponerse su cuerpo), Rodríguez invoca alguna de esas tantas expresiones corporales: dar la espalda o la cara, decir las cosas a la cara o tener la cara dura, mostrar los dientes o sacar las uñas, ser uña y carne o poner el dedo en la llaga o que todo salga como anillo al dedo, hablar hasta por los codos o empujar el codo, estar todo el tiempo de brazos cruzados o dormir a pierna suelta, ser mano derecha o levantarse con el pie izquierdo, empezar con mal pie o acabar no dando pie con bola, meter la pata o dar una mano, tener los pies en la tierra o sentirse el ombligo del mundo, tomárselo a pecho o tomar el pelo, no tener un pelo de tonto o salvarse por un pelo, no tener pelos en la lengua o tener algo en la punta de la lengua, ser boca sucia o salir a pedir de boca, tener colmillo o hincar el diente, no tener dos dedos de frente o no tener ni pies ni cabeza, estar hasta las narices o tener la mosca detrás de la oreja, parar la oreja o meter la nariz donde no importa, tener a alguien entre ceja y ceja o quemarse las pestañas...

DOS ...y una cosa es segura: Rodríguez no mira con buen ojo lo que está mirando ahora y se pregunta para qué lo mira de nuevo si ya lo miró hace años. La excusa/coartada es que entró aquí a dosis gratis de aire acondicionado que, en casa, al precio de la electricidad, le sale un ojo de la cara. Pero aún así... Es decir, podría estar aquí dentro viendo película o espiando libro o tomando café con hielo. Pero ha elegido volver a visitar lo ya visitado (y no puede sino preguntarse si será esto lo que experimentan una y otra vez, con raro y enfermo placer, todos aquellos que no dudan en leer algo que saben no les va a gustar pero lo mismo lo hacen para así poder después emitir al mundo su desagrado/incomprensión generalmente bajo alias entre infantiles y seniles). Pero Barcelona exhibe los cadáveres de 12 asiáticos sin ningún documento que aclare su origen

era el titular en La Vanguardia que acababa de leer Rodríguez. Y ahí estaba una nueva entrega de la expo Human Bodies del anatomista alemán Gunther von Hagens, maestro de la "plastinación" de cuerpos humanos. En el mismo sitio en el que Rodríguez había visto todo esto, en el 2014, en Las Arenas. Retorno a la escena del crimen de algún modo también plastinizada por el arquitecto Richard Rogers: porque el lugar supo ser plaza de toros y ahora es centro comercial. Y ahora, en sus altos, esos cadáveres marca Von Hagens. Cuerpos alguna vez "elaborados" en su planta de Dalian, China, de donde vienen tantos otros productos que suelen poner patas arriba al mundo entero. Ahí están: uno de ellos en actitud de jugar al fútbol, otro como si practicara yoga, unos más (acaso el tableau mort más perturbador entre todos allí) practicándose maniobra de resurrección. La mayoría de origen asiático y sin identificación clara o causas de su deceso precisas (se asegura que no hubo violencia en sus adioses pero se susurra que muchos provienen de cárceles o de psiquiátricos sin conocimiento de sus familiares). Ninguno con esa mascarilla (que este sábado ya no será obligatoria en espacios abiertos para, según dijo uno de esos especialistas líricos, ay, "recuperar nuestros rostros"). Y, sí, se venden en Alibaba en caso de que alguien no sepa qué poner en esa esquina de la sala (un cuerpo entero cuesta unos 57.000 euros, pero se lo arma de a piezas como modelo de Lego o de un mueble de Ikea). Y, sí, Rodríguez los ve intentando no verlos demasiado y se acuerda de aquello de "donar el cuerpo a la ciencia", y de Miguel Ángel eviscerando muertos a escondidas para entender musculatura a esculpir y pintar, y de los "resurreccionistas" victorianos a la caza de carne fresca recién muerta y, si no se la conseguía, se la mataba sin demora. En lo que a Von Hagens respecta, hace ya unos años anunció que padece Mal de Parkinson e instruyó en cuanto a lo que tienen que hacer con sus restos mortales: inmortalizarlos y exponerlos; porque no hay que morder la mano que te dio de comer y que cada cual haga de su cuero el tambor que mejor le suene.

TRES Lo que resonará pronto --ahí afuera, en todas partes, en el cielo y en la tierra-- serán los explosivos fuegos artificiales de la ancestral y flamígera Nuit de Sant Joan. Y, en



ella, todos esos cuerpos celebrando y contagiándose los unos a los otros su euforia más que visible y alguna otra cosa que no se ve pero que se hará notar de aquí a unos días si no se tuvo suerte. Así, muchos de esos excitados cuerpos ahora en reposeras serán deprimidos cuerpos en camillas. Rodríguez --en casi sin fuego cuerpo sin alma-- tiene mal cuerpo, porque casi todo lo que ve le deja mal cuerpo y después, visto lo visto, se le queda mal cuerpo ante tanto cuerpo desalmado. Calor bestial y jaqueca y --como decía su abuela-- cuando duele la cabeza, duele todo el cuerpo. Nada de mente sana en cuerpo sano por estos tiempos. Apenas, cuerpos... Los cuerpos a rescatar de las profundidades del mar (incluyendo al del monstruo al que ahora tertulias televisivas dedican horas de autopsia psicológica a cargo de los hasta no hace mucho "expertos" en cepas y vacunas); el cuerpo de ese hombre arrojándose por una ventana antes de ser desahuciarlo; los cuerpos del delito y los cuerpos a indultar; el paseillo del trajeado cuerpo gentil de Pedro Sánchez arrimándose al cuerpo católico de Joe Biden y con tantas ganas de ser bautizado y reconocido; los retorcidos cuerpos de la siniestra Derecha, los cuerpos vacunados de la acalambada Selección de Fútbol Española; el cuerpo del Rey Emérito viviendo a cuerpo de rey tan lejos pero tan cerca y el cuerpo preparado de su hijo en funciones y en boca de todos los miembros de la política; el cuerpo cansado de la corporación

Internet cada vez más caedizo y rumbo al "Cybergeddon"; y los anticuerpos cada vez más débiles y menos preparados para aguantar el embate de incorpóreos pero cada vez más corporales pestes por apestar a todos esos cuerpos a tierra.

CUATRO Pero, en verdad, desde hace unas semanas, el cuerpo que más le interesa a Rodríguez es ese que encontraron, en el interior de un dinosaurio "decorativo" de cartón piedra, en la cercana Santa Coloma de Gramenet. El cuerpo del hombre tenía unos cuarenta años y faltaba de casa desde hacía varios días; y el cuerpo del dinosaurio correspondía a un estegosaurio en la puerta de una escape room de tema jurásico o algo así. Lo descubrieron un padre y un hijo espiando a través de una ranura del megalagarto hueco y la policía "no apreció indicios de criminalidad". Es decir: un cuerpo se extinguió dentro de otro cuerpo extinto. Desde entonces, Rodríguez es lo primero que googlea cada mañana pero no hay novedades sobre al asunto salvo la de que, al despertarse, su dinosaurio sigue estando ahí. Y su cuerpo también. Y Rodríguez se levanta y se toma un aromático café con cuerpo. Y va de cuerpo y sale a luchar cuerpo a cuerpo. Y así será y seguirá siendo para él (sin plastinación, con nombre y apellido y denominación de origen) hasta que el cuerpo aguante, hasta dejar de ponerlo, hasta sacar el cuerpo.

RESPALDO SOLIDARIO EN TIEMPO DE PANDEMIA



***Estamos cuidando
a quienes nos cuidan***

- SUBSIDIO POR COVID-19
- SUBSIDIO POR MATERNIDAD
- SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA
- SUBSIDIO POR ACCIDENTE PERSONAL EN CASO DE INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO
- SUBSIDIO SOLIDARIO DE EMERGENCIA
- BENEFICIOS PARA MONOTRIBUTISTAS

Más información en

www.fisap.com.ar



FIRMA DIGITAL Y SELLO DE COMPETENCIA

CÓRDOBA CAPITAL

Estimado colega:

Le informamos que estamos realizando de forma presencial el trámite de renovación de **Firma Digital** y **Sello de Competencia Digital** en nuestra Sede Institucional (Mendoza 251).

Requisitos necesarios para realizar el trámite:

- DNI y CUIL/CUIT
- Smartphone vinculado al mail
- Descargar la aplicación de GOOGLE AUTHENTICATOR

**SOMOS LA PRIMERA INSTITUCIÓN
EN IMPLEMENTAR ESTA TECNOLOGÍA
PARA SUS MATRICULADOS**



**SACAR TURNO
PREVIAMENTE
EN AUTOGESTIÓN**

www.cmpc.org.ar

Para mayor información: ✉ consejomedico@cmpc.org.ar