



EL AJÍ PICANTE Y EL NOBEL DE MEDICINA

**CMPC: 60 AÑOS
JIRONES DE UNA
HISTORIA PARA ARMAR
LA HISTORIA DEL FISAP
UN SISTEMA INTEGRAL
DE PROTECCIÓN**

**CARLOS SORIANO
EUTANASIA
EL PROYECTO DE LEY**

**EL ARTE EN LA
FORMACIÓN MÉDICA**

BIENVENIDA A NUEVOS MATRICULADOS

Apellido y nombre	M.P. N°
MEAGGIA CAROLINA	42.882/0
ROMERO VIALE GONZALO EXEQUIEL	42.883/7
MORSONE MATIAS NICOLAS	42.884/4
GROISMAN MERCEDES	42.885/1
CRESCENTE NIERI DANILO	42.886/8
AUDISSIO LEILEN SOLEDAD	42.887/5
SANCHEZ MARIA FLORENCIA	42.888/2
VICIC JULIA ALEXANDRA	42.889/9
CIVALLERO ROSARIO BELEN	42.890/5
YUT MATIAS	42.891/2
SOSA FRANCISCO JAVIER	42.892/9
SARIS SOMMER PAULA IDA ELISA	42.893/6
CABRERA GASTON EMANUEL	42.894/3
ZINGERLING EMILIO	42.895/0
FERRANDINI SOFIA ANTONELLA	42.896/7
BERDEJA HURTADO NADIA	42.897/4
ALTAMIRANO FERNANDO NICOLAS	42.898/1
LIBAAK MICAELA	42.899/8
DIGNANI AGUSTINA VERONICA	42.900/7
SCHMIRA IVAN	42.901/4
BRAVO JULIETA LUCIANA	42.902/1
ABARCA LUIS SEBASTIAN	42.903/8
SALVATORI LUCIANO	42.904/5
SOLONYEZNY ROCIO AYELÉN	42.905/2
QUIROGA YESICA PAOLA	42.906/9
FERREIRA CAMILA BELEN	42.907/6
FLORES SUAREZ MAYRA ANTONELLA	42.908/3
BONIFACIO GIULIANA	42.909/0
GARCIA GASPAR GABRIEL	42.910/6
BORGIANI DANIELA	42.911/3
ORTIZ MILTON NAHUEL	42.912/0
DE BRITO CANDELA DEL VALLE	42.913/7
PALUMBO NUÑEZ ADRIAN AGUSTIN	42.914/4

Apellido y nombre	M.P. N°
DEPETRIS SANTOS	42.915/1
TARCHINI MALENA	42.916/8
DE FREITES CAROLINA ANDREA	42.917/5
VICENTINI PAULA	42.918/2
SACCHI SOFIA ANTONELLA	42.919/9
PEREZ ARAÑA MARIANA JAZMIN	42.920/5
GARGIULO JULIETA	42.921/2
HEREDIA MARIA PAULA	42.922/9
ALANIS SOFIA BELEN	42.923/6
DOTTI ELDER VERONIKA	42.924/3
GROPPO MARIA SOL	42.925/0
GIRONI PAULA ROCIO	42.926/7
CASTRO MURCIA NICOLAS	42.927/4
BARRIENTOS MARIANA	42.928/1
ALLOATTI URIEL ENZO	42.929/8
OLIVA DANA ALEXANDRA	42.930/4
BOBADILLA MARIA GABRIELA	42.931/1
ROMERO ECHEGARAY MARIANA DANIELA	42.932/8
INDARTE PAULINA	42.933/5
AMHERDT SANTIAGO	42.934/2
DI MARTINO MARIA LETICIA	42.935/9
SUAU MARIA JOSE	42.936/6
SAENZ NATALIA	42.937/3
MIAZZO EMILIO JAVIER	42.938/0
D'ALOISIO PALOMEQUE JUAN IGNACIO	42.939/7
ALVAREZ MATIAS EDUARDO	42.940/3
ROS RIBERI MICAELA	42.941/0
DE BRITO LIBERTI PIUQUE AYNÍ	42.942/7
TOURIS NICOLAS	42.943/4
CARRIZO SOFIA	42.944/1
HERNANDEZ ALVAREZ MARIA CANDELA	42.945/8
PURICELLI FRANCISCO JOSE	42.946/5
PIGLIACAMPO MARTIN	42.947/2

Apellido y nombre	M.P. N°
DUALIBE ANA CLARA	42.948/9
ROMERO LEIVA ENRIQUE	42.949/6
MALDONADO PICON SERGIO ALEJANDRO	42.950/2
TRABA CASTAGNERIS CAMILA PATRICIA	42.951/9
GALLO GIULIANA	42.952/6
OLAVE TUPAYACHI VERINIA ALEXANDRA	42.953/3
PIATTI GIULIANO GABRIEL	42.954/0
ARCHILLA MARQUEZ RENATO ADIEL	42.955/7
FERRATO JULIETA SOFIA	42.956/4
NICOLAS CRISTIAN	42.957/1
RABBIA MACARENA	42.958/8
CROVELLA LUCIA BELEN	42.959/5
TORRES LEILA MARYSOL	42.960/1
DE SIMONE JUAN CRUZ	42.961/8
MARANI MARTINEZ TOBIAS	42.962/5
DRAPERI YANINA DEL MILAGRO	42.963/2
BARONETTO GUILLERMO AUGUSTO	42.964/9
CHIESSA ALAN CARLO	42.965/6
BUSTAMANTE VICTORIA	42.966/3
CAMPOS MARIANELA RAQUEL	42.967/0
SENN MARIA ANGELA	42.968/7
BUSO AGUSTINA	42.969/4
GALLOTTI MARCELO NICOLAS	42.970/0
MUÑOZ MARTINELLI PEDRO	42.971/7
SPACCESI AGOSTINA	42.972/4
RIVES MARIA VICTORIA	42.973/1
FARAH ZAMIRA	42.974/8
RIVERO MARIA DEL MAR	42.975/5
MOLINA LUCAS IGNACIO	42.976/2
FARINI DANIELA FABIANA	42.977/9
ROUSSEU SALET CAMILA	42.978/6
DI CESARE LUCIANO DANIEL	42.979/3
MARCHANTE MIGUEL	42.980/9

MATRICULA ESPECIAL PARA JUBILADOS

Apellido y nombre	M.P. N°
LA FALCE MARCELO ARMANDO	9.268/5
PEREA JORGE ISMAEL	9.407/0
BRITO JUAN CARLOS	9.542/4
SANCHEZ AMALIA DIANA	9.634/2
SEGURA ELSA DEL VALLE	9.923/5
WARNER MANUEL HORACIO	9.944/0
CURTO FELIPE CARLOS	10.131/4
BERTOTTI HUGO LEONARDO	10.495/5
JURY VICTOR ELIAS	10.578/1

Apellido y nombre	M.P. N°
MARTIN SUSANA BEATRIZ	10.666/1
BELTRAMINO RICARDO FELIX	10.770/1
TRETTTEL GUSTAVO ALBERTO	10.771/8
ANDROMACO MARTA IRIS	11.092/3
NUMA ANA MARIA AMELIA	11.118/6
CHEJOSKI RICARDO	11.328/1
MONTENEGRO ASTOLFO HERALDO	11.377/9
MUGNAINI MARIA TERESA	11.435/2
BOSSA NESTOR HUGO	11.476/5

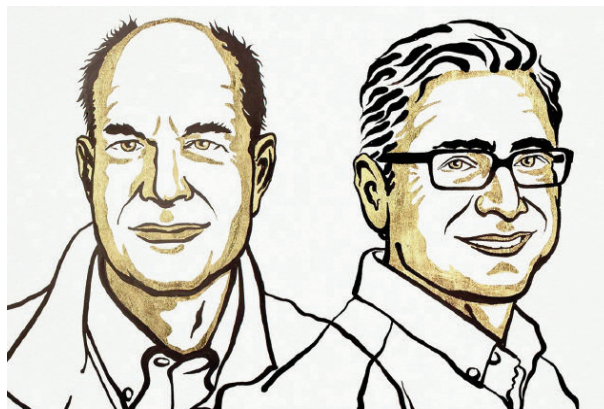
Apellido y nombre	M.P. N°
BARALE JUAN CARLOS	11.491/8
MALETTI MARTA BEATRIZ	11.648/8
FERNANDEZ PEDRO DANIEL	11.805/7
MARTINEZ JULIO CESAR	11.858/3
FULIOLA CARRERAS MARIA DEL CARMEN	11.907/4
VIRGA FERNANDO ANTONIO	12.031/3
SOLANA ANA MARIA	12.181/1
SCHERR BEATRIZ	12.201/2
DVORKIN MARCELO RUBEN	12.393/0

LOS PREMIOS NOBEL EN MEDICINA

Como todos los años, nos congratulamos con el Premio Nobel en Medicina porque es el símbolo del avance permanente de la ciencia y la tecnología médica. Nos congratulamos porque ello significa siempre, progreso en la atención de la salud.

Este año, el premio ha sido otorgado a **David Julius**, investigador de la University of California, de San Francisco, y **Ardem Patapoutian**, que desarrolla su trabajo en *Scripps Research* en California.

El Premio ha sido otorgado por la institución sueca por el descubrimiento de los receptores de temperatura y tacto en el cuerpo. El periodista Michael van den Heuvel¹ rescató las palabras de Patrik Ernfors del Comité del Nobel en su discurso dando a conocer la decisión: *"Los descubrimientos revolucionarios realizados por los ganadores del Premio Nobel de este año nos han permitido comprender cómo el calor, el frío y las fuerzas mecánicas desencadenan los impulsos nerviosos que nos permiten percibir y adaptarnos al mundo que nos rodea"*. A partir de estos estudios, bien se puede decir que hay un antes y un después en la comprensión de la fisiología de los sentidos, como expresa el periodista especializado Pablo Esteban². El conocimiento de estos factores se puede aplicar para el desarrollo de terapias para diversas enfermedades, entre ellas el dolor crónico.



David Julius y Ardem Patapoutian

Según Esteban, la capacidad de los seres humanos para percibir el tacto, el calor y el frío es fundamental para la supervivencia, en la medida en que explica el vínculo con el mundo que los rodea. La clave, desde la perspectiva científica, está en comprender cómo se inician los impulsos nerviosos que favorecen tales mecanismos.

Por su parte, Heubel nos explica que Julius usó capsaicina, compuesto activo de los chiles (pimientos) picantes, que causa una sensación de ardor, para identificar un sensor en las terminaciones nerviosas de la piel que responde al calor. Y Patapoutian, estadounidense de origen armenio utilizó células sensibles a la presión para descubrir una

1. Publicación del sitio *Conflictos de Interés* y reproducida por *Medscape*, el 4 de octubre de 2021.

2. Página 12, 5 de octubre de 2021.

ETHICA

Número 142
Octubre 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. Nélide Pussetto
PRIMER VOCAL

Dr. Jorge Mainguyague
SEGUNDO VOCAL

Dra. María Cristina Ferrer
Dr. Mario Vignolo

Dr. Daniel Viale
VOCALES 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

nueva clase de sensores que responden a estímulos mecánicos en la piel y los órganos internos.

El informe del periodista especializado relata que en la segunda mitad de la década de 1990, Julius vio la oportunidad de grandes avances, gracias a la biología molecular, que todavía era bastante joven en ese momento. Trabajó con capsaicina, un compuesto químico elaborado a partir de chiles que provoca sensaciones de ardor en la piel. Ya se sabía que la capsaicina activa las células nerviosas que desencadenan sensaciones de dolor.

“En el caso de **Patapoutian**, descubrieron que hay ciertas moléculas, entes, elementos específicos, que son capaces de detectar la deformación mecánica de la membrana celular. Cuando una persona aprieta la superficie de la piel, se detecta una curvatura (un hundimiento); un procedimiento similar sucede con las células y fue caracterizado por este científico. Sencillamente, se produce actividad eléctrica y los responsables del fenómeno son dos canales denominados “Piezo 1” y “Piezo 2”. “Al principio, se decía que los canales Piezo no parecían estar relacionados con el dolor. Sin embargo el 1 es responsable de la sensación dolorosa que ocurre cuando se obstruye el duodeno y puede generar cólico pancreático. El tipo 2, por caso, indica la expansión y contracción de las vías pulmonares”, apunta el doctor en Biología.

En el caso del descubrimiento de Julius, ya hay una aplicación clínica concreta, afirma Esteban: “Cuando uno quiere dejar de fumar, uno de los tratamientos se vincula



con colocarse un parche de nicotina. En el desarrollo promovido a partir de las investigaciones de Julius, se emplea un parche similar que contiene capsaicina muy diluida y es colocado en una región de la piel en la que el paciente afronta un dolor crónico”, destaca. Y continúa: “El sistema hace que se libere este material y que sea detectado por terminales nerviosas en la piel. Si bien en un primer momento, la persona experimenta irritación y calor, a los días esto es remplazado por analgesia, por un efecto paliativo del dolor”. A su vez: “El trabajo de Patapoutian aún no se aplica porque a la fecha no hay herramientas farmacológicas selectivas. Sabemos que son importantes en funciones que involucran cambios mecánicos, pero no hay aplicación. Será cuestión de tiempo”, afirma uno de los científicos consultados.

La vacuna salva vidas



www.cmpc.org.ar

INDICE

EDITORIAL INSTITUCIONAL INFORME ESPECIAL DE INTERÉS MÉDICO CULTURA



EDITORIAL

■ EL AVANCE PERMANENTE

LOS PREMIOS NOBEL EN MEDICINA 3

INSTITUCIONALES

■ EL CMPC TOMA POSICIÓN

LAS VACUNAS QUE SALVAN VIDAS
DEBERÍAN SER OBLIGATORIAS 6

■ PRONTA PRESENTACIÓN DEL III TOMO

PROTOCOLO PARA ENFERMEDADES
ONCOLÓGICAS PREVALENTES 10

INFORME ESPECIAL

■ 60 AÑOS

JIRONES DE UNA HISTORIA PARA ARMAR
OCTAVA ENTREGA

■ 1. LA SOLIDARIDAD VERSUS

LA "INDUSTRIA DEL JUICIO" 14

■ 2. LA SOLIDARIDAD VERSUS

LA AGRESIÓN A LOS MÉDICOS 20

■ RECORDANDO AUTORIDADES 24

DE INTERÉS MÉDICO

■ LA INTERVENCIÓN DEL DR. CARLOS SORIANO,

EN EL DIÁLOGO CON MARCOS BREUER

EUTANASIA: UN BOSQUEJO

DEL ANTEPROYECTO DE LEY 26

CULTURA

■ EL ARTE EN LA ENSEÑANZA

DE LA MEDICINA 30



La imagen presenta distintos tipos de Chile, en torno a una típica calavera azteca, en un cuadro que luce en el restaurante El Mexicano, que nos trae José Onandia y que publica Correo Jantur. Y que viene al caso porque precisamente el ají picante, es el origen de la Investigación de uno de los galardonados con el Premio Nobel de Medicina 2021. **David Julius** logró determinar los receptores de temperatura y tacto en el cuerpo, para lo cual utilizó la **capsaina**, compuesto activo de los ajíes picantes, que abre las puertas para desarrollar terapias para diversas enfermedades, entre ellas el dolor crónico.

ETHICA

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Luis Otoniel Hormaeche

Dr. Carlos Rosales

Dr. Leandro Molina

Dr. Marín Moya

Sr. Luis E. Rodeiro

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.

LAS VACUNAS QUE SALVAN VIDAS **DEBERÍAN SER OBLIGATORIAS**

EL TEMA MERECE UN DEBATE. LOS PROBLEMAS DEBEN AFRONTARSE Y EL CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, A TRAVÉS DE SU PRESIDENTE **-DR. ANDRÉS DE LEÓN-** TOMA POSICIÓN, PLANTEANDO DESDE LA CIENCIA MÉDICA Y LA EXPERIENCIA, LA NECESIDAD DE LA OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA. NADIE PUEDE DUDAR DE SU EFICACIA. ES LO QUE CONTAMOS HASTA EL MOMENTO, COMO SU ANTÍDOTO PARA HACERLE FRENTE. EN UNA NOTA, PUBLICADA EN EL SUPLEMENTO **LA SALUD Y LA GENTE**, EN LA EDICIÓN DEL PASADO 23 DE SEPTIEMBRE, EN EL DIARIO LA VOZ DEL INTERIOR, DA SUS ARGUMENTOS.



El texto del Presidente¹

Tres años atrás, el Consejo de Médicos de Córdoba llevó adelante la campaña ***“La vacuna salva vidas”***. Lo hicimos porque advertimos, no sin preocupación, el auge de los movimientos antivacunas, incluso con presencia global.

Veíamos cómo dichos colectivos eran cada vez más proactivos, difundiendo mensajes atemorizadores a la población sobre la vacunación en general.

Pero, lo que más nos sorprendía era la incipiente parti-

cipación de colegas médicos en aquellos movimientos. Eso nos llevó a ser muy firmes y claros al respecto: ***no aceptamos que profesionales médicos formados y con un juramento hipocrático a favor de la salud de las personas, tengan actitudes irresponsables, en un tema científicamente probado como son los beneficios de la vacunación***. Además, trabajamos con el sector público en acciones de concientización.

Todo esto fue antes de que el flagelo del Covid-19 cambiará nuestro mundo para siempre. Sin que nadie

1. Los subrayados son nuestros.

pudiera imaginarlo ni preverlo, nos encontramos con una pandemia que paralizó al mundo, vació los lugares públicos y las personas debieron quedarse en sus casas. Las consecuencias han sido catastróficas. En nuestro país hay más de 100 mil fallecidos, y se perdieron miles de puestos de trabajo. Después de semejante tsunami, de a poco parece salir el sol: los índices de contagio bajan notoriamente, los hospitales vuelven a sus habituales estándares de requerimiento y el personal de salud recupera energías.

Todo ello como resultado de **una de las hazañas más increíbles en la historia** de la humanidad en materia de salud: en una carrera contra el tiempo sin precedentes, se investigó, desarrollaron, probaron y se aplicaron las vacunas que nos permiten hoy mirar el futuro con esperanza.

Argentina supo tener un calendario de vacunación que era ejemplo en el mundo. Mi generación se educó con la obligatoriedad de la vacunación para concurrir a clases y gracias a ello se erradicaron pandemias como la poliomielitis, el sarampión, la vacunación a embarazadas hizo desaparecer el tétano perinatal, casi desapareció la tos convulsa y muchas otras afecciones en niños y adultos vulnerables.

Resulta inexplicable que después de lo ocurrido en Argentina, aún haya quienes estimulen la no vacunación contra el Covid-19. En el caso de las enfermedades contagiosas, el derecho a no querer proteger la salud colisiona con el derecho de los demás, de no ser contagiados por quienes no cumplen con la prevención.

Como médicos sostenemos la necesidad de establecer la vacunación obligatoria. Una mirada solidaria, responsable y una visión de construcción colectiva, nos obliga a debatir en serio sobre la obligatoriedad de la vacuna contra el Covid-19. No hacerlo es tapar el sol con un dedo y postergar decisiones que debemos afrontar como sociedad.

Otras opiniones coincidentes

Muchas opiniones en el mundo coinciden en la necesidad de la vacunación obligatoria, que solo permitirá alcanzar una inmunidad colectiva.

Para Alberto Giubilini, investigador sénior del Centro Uehiro de Ética Práctica, Universidad de Oxford, exponiendo que así como el confinamiento fue obligatorio en pos de proteger a las personas, lo mismo debe ocurrir con la vacunación. **“Es inconsistente aceptar el bloqueo obligatorio pero rechazar la vacunación obligatoria”.**

Giubilini apela a un argumento de sentido común: *“Las políticas del uso obligatorio de cinturones de seguridad han demostrado ser muy exitosas para reducir las muertes por accidentes automovilísticos y ahora cuentan con un amplio respaldo a pesar de los (muy pequeños) riesgos que conllevan los cinturones de seguridad”.* Y aconseja, entonces, que *“deberíamos ver a las vacunas como cinturones de seguridad contra el covid-19. De hecho, como cinturones de seguridad muy especiales, que nos protegen y protegen a los demás”.*

El investigador explicó que el carácter obligatorio, además de una amplia campaña de concientización, puede incluir sanciones o limitaciones por no vacunarse. Para Giubilini, *“cuanto menos pesado sea para un individuo hacer algo que prevenga el daño a otros, y cuanto mayor sea el daño prevenido, más fuerte será la razón ética para imponerlo. Estar vacunado reduce drásticamente el riesgo de dañar gravemente o matar a otras personas”.*

Los datos de la realidad

Un informe de José Gabriel Hernández, publicado en La Voz del Interior², con datos oficiales de la realidad cordobesa, comprueba que la vacuna contra el Covid 19, en cualquiera de sus variantes **“funcionó como una barrera al contagio”**: sólo se infectó el 2,5 % de los inmunizados.

“De las 2.420.876 personas vacunadas con al menos una dosis en Córdoba hasta el viernes pasado, apenas 62.700 se contagiaron con Covid-19: un 2,59 por ciento del total. El dato, difundido en el informe epidemiológico semanal que elabora el Ministerio de Salud provincial desde que se inició la pandemia, muestra que en la provincia las vacunas aplicadas no sólo muestran un alto desempeño para disminuir la hospitalización y muerte sino también como barrera contra la infección.

2. Edición del 23 de septiembre de 2021.



A su vez, fallecieron 1.210 personas vacunadas (0,05 por ciento), el 80 por ciento de ellas con una sola dosis. La proporción de decesos por la enfermedad entre los vacunados con esquemas completos es del 0,01 por ciento. Y “el 97,8 por ciento de las personas fallecidas que contaban con al menos una dosis de vacuna contra la Covid-19 presentaba comorbilidades y la mediana de edad fue de 75 años”, agrega el informe.

El reporte llega hasta la semana epidemiológica 37 -que terminó el primer sábado de octubre-, cuando el porcentaje de vacunación en la población mayor de 12 años era del 79,4 por ciento con una dosis y 59,9 por ciento con las dos. En los adolescentes, el último grupo etario habilitado para comenzar la vacunación, tenían una dosis el 9,9 por ciento y las dos el 2,9 por ciento”, resumen el informe de La Voz.

Una mirada al mundo

Por su parte, el diario El Economista³, publica un informe del periodista Jorge Elías que comienza con una afirmación certera: “Los vacunados y los que pretenden estarlo no ven una reivindicación de la libertad en los que se resisten a vacunarse sino un signo de egoísmo”.

“Que la vacuna tal, que la vacuna cual, el mundo avanza a diferentes velocidades en el afán, supuestamente generalizado, de frenar la ola de contagios y de muertes por el coronavirus. En algunos países, con exceso de dosis.

En otros, con escasez de la segunda. Y en otros, sin la primera ni la siguiente ni, menos aún, el potencial refuerzo de una tercera. La carrera contra la variante Delta, con mayor carga viral que las anteriores, tiene varios obstáculos. Desde el acierto hasta la impericia de los gobiernos y, cartón lleno, la resistencia de aquellos que desconfían de la vacuna o rezongan contra el autoritarismo de sus autoridades”, señala como introducción al tema.

Y añade: “Todo confluye en la madre de todas las dudas: ¿libertad individual o compromiso colectivo? Sólo el 14,7% de la población mundial recibió las dos dosis de la vacuna tal o cual, según Our World in Data. El 28,5% recibió una. Si en Europa se vacunaron con una dosis 85 de cada 100 personas, en Oceanía la proporción disminuye a 34. En Argentina, poco más de la mitad de la población recibió uno o dos pinchazos: el 15,6% y el 39,9%, respectivamente. La rendija entre países ricos y pobres ensancha una cicatriz previa a la peste. La de la desigualdad. En los de bajos ingresos apenas el 1,1% de las personas recibió una dosis. Estados Unidos, Canadá, Alemania, Francia e Italia, entre otros, suman frascos en el inventario. Sobran dosis, pero hormigean aquellos que se resisten a poner el hombro. Los vacunados comienzan a pagar el precio de los no vacunados. La negación del compromiso colectivo frente a la libertad individual”.

Su conclusión, coincide con las afirmaciones del Dr. Andrés de León, en el nombre del Consejo de Médicos: “¿Debería ser obligatoria? Tanto como el sentido común, aunque sea absurdo imponerlo”.

3. Edición del 5 de agosto de 2021.



**TU CONSEJO DICTA CURSOS,
DISEÑADOS POR ESPECIALISTAS,
CON LA MEJOR INFRAESTRUCTURA
EDUCATIVA Y CON EL MENOR
COSTO COMPARATIVO
PORQUE NO TIENE FINES DE LUCRO**

**60
AÑOS**

**LA FORMACIÓN DE RECURSOS ÓPTIMOS EN SALUD
ES UNA PRIORIDAD INSTITUCIONAL**

**CM
PC** Consejo de Médicos de
la Provincia de Córdoba

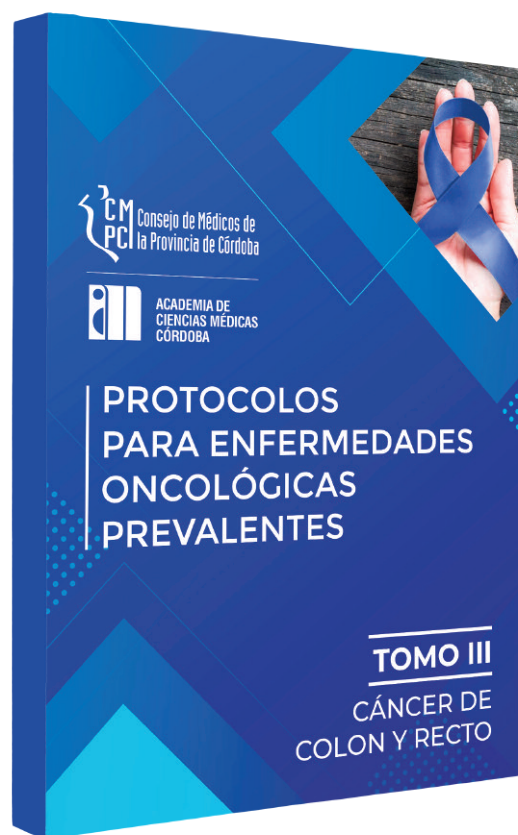


www.cmpc.org.ar

**HECHO POR MÉDICOS
PENSADO PARA MÉDICOS**

PROTOCOLO PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS PREVALENTES

EL CÁNCER DE COLON Y DE RECTO ES EL TEMA DEL TERCER TOMO DE ESTA SERIE DE PROTOCOLOS CON EJE EN LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS PREVALENTES, QUE SE ESTÁN ELABORANDO EN FORMA CONJUNTA ENTRE EL CONSEJO DE MÉDICOS Y LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS, CON LA PARTICIPACIÓN DE LAS FACULTADES DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDADES CON ASIENTO EN CÓRDOBA. ES LA CONTINUACIÓN DE LOS TOMOS 1 Y 2, DEDICADOS A LOS CÁNCER DE MAMA Y DE PULMÓN, RESPECTIVAMENTE, QUE FUERON PUBLICADOS EN FORMA DIGITAL DURANTE EL PASADO AÑO. EL NUEVO PROTOCOLO YA CONCLUIDO SE PRESENTARÁ PRÓXIMAMENTE, ANTECEDIENDO AL PROTOCOLO DE CÁNCER DE PRÓSTATA, QUE ACTUALMENTE ESTÁ EN ELABORACIÓN, COMO UN AVANCE, ETHICA DIGITAL, PRESENTA LA PRESENTACIÓN DE SU CONTENIDO.



El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte en nuestro país y Córdoba no escapa a esta situación.

La Academia de Ciencias Médicas de Córdoba interesada y preocupada por esta problemática y a instancias del por entonces presidente Académico Prof. Dr. Rubén Hugo Bengio, propició un encuentro para tratar los tumores más frecuentes en nuestro medio (pulmón, colon y recto, mama y próstata) denominado “Políticas Sanitarias Frente a las Neoplasias Prevalentes 2008”.

De allí en más, quedó la idea de unir esfuerzos con el Consejo Médico de Córdoba para reforzar de que con el diagnóstico temprano se curan prácticamente el 90 % de los pacientes.

Los tumores colorectales constituyen el tercer tipo de tumor más frecuente, luego del cáncer de mama y de pulmón. Es la segunda causa de muerte por cáncer luego de los tumores pulmonares (Globocan 2020). La distribución de este tumor es heterogénea según las diferentes regiones del mundo. Se asocia a factores vinculados con el esti-

lo de vida de las regiones industrializadas y con mayores niveles de población urbana.

Desde el punto de vista epidemiológico los países y regiones desarrolladas tienen elevados índices de incidencia de este tumor, probablemente debido a que sus poblaciones alcanzan una mayor esperanza de vida y a los hábitos de alimentación y de actividad física que se asocian con un mayor riesgo.

Por el contrario, los países y regiones en vías de desarrollo presentan niveles de incidencia más bajos. Además, las tendencias actuales indican que la carga de la enfermedad puede ser aún mayor en 2030, en las regiones menos desarrolladas del mundo, si estos países continúan con su tendencia hacia un estilo de vida más occidental, con aumento de la obesidad, con un alto consumo de carnes rojas, un menor consumo de frutas y verduras y menos actividad física (Huxley et al., 2009).

Es una patología que requiere del trabajo en equipo de manera multidisciplinaria, que es lo que ofrece este nuevo tomo.

EL CONTENIDO

CAPÍTULO I
PREVENCIÓN.

CAPÍTULO II
MANIFESTACIONES CLÍNICAS

CAPÍTULO III
ANATOMÍA PATOLÓGICA

CAPÍTULO IV
ESTADIFICACIÓN

CAPÍTULO V
CIRUGÍA

CAPÍTULO VI
TRATAMIENTO CÁNCER DE COLON
TRATAMIENTO MULTIMODAL CÁNCER
DE RECTO

BIBLIOGRAFÍA

GUIAS CLÍNICAS

Material bibliográfico práctico y actualizado, para satisfacer con éxito las exigencias crecientes de las prácticas profesionales en el área de la salud.

TEMAS TRATADOS

EJERCICIO PROFESIONAL / ENDOCRINOLOGÍA
NUTRICIÓN / GASTROENTEROLOGÍA
GINECOLOGÍA / HEMATOLOGÍA / ONCOLOGÍA
INFECTOLOGÍA / NEFROLOGÍA
NEONATOLOGÍA / NEUMONOLOGÍA
NEUROLOGÍA - PSIQUIATRÍA
OFTALMOLOGÍA / PEDIATRÍA / REUMATOLOGÍA
TOXICOLOGÍA / VASCULAR PERIFÉRICO

**CM
PCI** Consejo de
Médicos de la
Provincia de
Córdoba



LISTOS PARA DESCARGAR EN

WWW.AUTOGESTION.CMPC.ORG.AR



60 AÑOS JIRONES DE UNA HISTORIA PARA ARMAR

EN ESTE CAPÍTULO ABORDAMOS DOS TEMAS QUE HAN PREOCUPADO Y OCUPADO A LA INSTITUCIÓN, QUE TIENEN EN COMÚN EL EJERCICIO DE LA SOLIDARIDAD Y LA PROTECCIÓN. POR UN LADO, LA RESPUESTA DEL CONSEJO DE MÉDICO A UNA SITUACIÓN DE INDEFENSIÓN DE NUMEROSOS COLEGAS, DENUNCIADOS Y PREJUZGADOS SIN ASIDERO JURÍDICO ALGUNO, EN UN PROCESO DE “INDUSTRIALIZACIÓN” DE JUICIOS POR RESPONSABILIDAD PROFESIONAL. POR OTRO LADO, UN FENÓMENO CRECIENTE DE AGRESIÓN MORAL E INCLUSIVE FÍSICA, A LOS MÉDICOS Y AL PERSONAL DE SALUD.

60
AÑOS

1

LA SOLIDARIDAD VERSUS LA “INDUSTRIA DEL JUICIO”

LA “MALA PRAXIS”, EN CUALQUIER PROFESIÓN, ES POSIBLE. EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, EL TEMA TIENE UNA CARGA ESPECIAL, PORQUE EN ELLA ESTÁ EN JUEGO LA VIDA, YA SEA POR MUERTE O POR CONSECUENCIAS QUE AFECTAN EL BUEN VIVIR. SE TRATA, SIN DUDA, DE UN DELITO QUE NO PUEDE SER DEFENDIDO. EL **DR. MARIO GERMÁN VIGNOLO**¹, UN ESPECIALISTA EN EL TEMA QUE DE POR SÍ ES COMPLEJO, RECONOCE “QUE MÁS DE UNA VEZ, SOMOS TESTIGOS DE ACTOS REPROCHABLES POR PARTE DE ALGUNOS COLEGAS, **QUE NO PODEMOS NI DEBEMOS ENCUBRIR**, PORQUE SERÍA CONVALIDAR EL TÍTULO DE CORPORACIÓN QUE NOS ENDILGAN A LOS MÉDICOS”. CUANDO EL CONSEJO DE MÉDICOS HABLA DE MALA PRAXIS, NO LO HACE CORPORATIVAMENTE PARA PROTEGER A UN COLEGA DE UN HECHO REPUDIABLE, SINO QUE REACCIONA ANTE UNA SUERTE DE INDUSTRIALIZACIÓN DE ESTOS JUICIOS, QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS NO TIENEN ASIDERO JURÍDICO, SINO QUE SE TRATA DE UN MERO “LANCE” QUE SI PASA, PRODUCE UNA IMPORTANTE SUMA DE DINERO, TANTO PARA EL DENUNCIANTE COMO PARA SUS PATROCINADORES. JUICIOS TEMERARIOS QUE PARTEN DE UNA FACILIDAD PARA REALIZAR UNA ACUSACIÓN SIN RIESGOS ECONÓMICOS Y LA PROYECCIÓN SOBREDIMENSIONADA QUE UNA DENUNCIA DE ESTE TIPO ALCANZA EN EL TRATAMIENTO PERIODÍSTICO; SÓLO EN SU ORIGEN, PORQUE SE OLVIDA EN SU DESENLACE, CUANDO ES FAVORABLE AL PROFESIONAL DENUNCIADO. LA “MANCHA” QUEDA INALTERABLE. INCLUSO EL ENUNCIADO DE MALA PRAXIS, INCORPORA UN PROFUNDO PRE-PREJUICIO, PORQUE EN TODO CASO SERÍA UNA DENUNCIA POR **RESPONSABILIDAD PROFESIONAL**, QUE PUEDE O NO, DERIVAR EN UNA MALA PRAXIS. EL MÉDICO, EN TANTO, DEBÍA AFRONTAR LOS ALTOS COSTOS DE SU DEFENSA, TANTO CIVIL COMO PENAL; VIVIR EL CALVARIO DE UN JUICIO QUE NO ES BREVE EN EL TIEMPO; SUFRIR EL DESPRESTIGIO COMO PROFESIONAL QUE NO SE REPARA, SI ES ABSUELTO, PORQUE JAMÁS TRASCIENDE. ANTE ESTA REALIDAD, EL CONSEJO DE MÉDICOS, EN 60 AÑOS DE HISTORIA, HA BUSCADO DESDE LA **SOLIDARIDAD ACTIVA** UN CAMINO DE PROTECCIÓN PARA EL COLEGA. EN ESTA ENTREGA HABLAMOS DEL **SERVICIO SOLIDARIO DE ASESORAMIENTO JURÍDICO POR MALA PRAXIS**, DEL **SISTEMA SOLIDARIO DE AYUDA PROFESIONAL (SSAP)** Y FINALMENTE, DEL **FIDEICOMISO SOLIDARIO DE AYUDA PROFESIONAL (FISAP)**, TRES ETAPAS DE UN MISMO CAMINO.

1. El Dr. Vignolo ha ocupado diversos cargos en el CMPC, así como en el área de salud de la Provincia. Actualmente, es vocal de Junta Directiva.

DE LA MALA PRAXIS

Según el marco jurídico, el mal accionar de un médico, debe cumplir ciertos requisitos: **impericia** (actuar sin conocimiento o preparación); **imprudencia** (sobreactuar yendo más allá de la propia capacidad) y **negligencia** (no actuar sabiendo que estamos dejando pasar una oportunidad para el paciente)².

Es fundamental tener en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta. "La buena práctica médica no es necesariamente sinónimo de éxito o buen resultado, sino de actuar correctamente, ya que muchas veces -a pesar de haber aplicado científicamente el conocimiento médico con criterio y pautas establecidas- el resultado no es el deseado, por diferentes razones, entre ellas causas fortuitas que no siempre son previsibles", remarcaba Vignolo. Es por ello, la importancia que el médico establezca una buena relación con el paciente; que lleve en forma rigurosa su Historia Clínica; que incorpore a su práctica el consentimiento informado; que deje asentado el incumplimiento y/o discontinuidad de tratamientos; que haya simultaneidad de consultas múltiples, entre otras "culpas" del paciente y muy especialmente para el médico, subraya Vignolo, que ejerza el acto médico sin soberbia.

En diciembre de 2002, el **Dr. Mario Daniel Fernández** -entonces presidente del CMPC- escribía en *La Voz del Interior*, subrayando la importancia de la responsabilidad profesional, porque es un requerimiento básico de toda sociedad que se precie a sí misma, pero aclaraba que hay situaciones en que "los médicos nos sentimos atrapados en un laberinto legal". El rechazo a la realidad de una industria del juicio por mala praxis no es una defensa corporativa. Es un gesto de solidaridad frente a "la creación de un nicho de mercado fundado en meras apetencias económicas", sin desentrañar la realidad de la denuncia. "No es desconocido que hay estructuras dedicadas a la producción de estos juicios. Los propios medios de comunicación se han encargado de mostrar a personas vinculadas a estudios jurídicos que montan guardia frente a hospitales y sanatorios a la 'pesca' de clientes". Y agrega, lo que ya hemos señalado, que "poco se conoce, sin embargo, sobre las conclusiones de los procesos judiciales que en más del 90 % de

los casos son desestimados"³. La realidad es que ciertamente hay algunos pacientes que son verdaderas víctimas de decisiones **erróneas y/o irresponsables de ciertos colegas**, pero otros muchos -los más- se convierten en **victimarios** patrocinados por abogados con intenciones de lucrar con la desgracia ajena, decía Vignolo.

Sin duda, el tema venía arrastrándose desde comienzos de la década de los 90's: el crecimiento de los juicios preocupaba al CMPC. En el N° 2 de la revista ETHICA, edición de julio de 1992, con la firma del **Dr. Guillermo Fontaine**, se alertaba sobre el inusitado aumento de las acciones civiles y penales en nuestro país, reconociendo que se trataba de una tendencia mundial, que preocupaba por el alto costo de los seguros contra la responsabilidad civil. La nota advertía, además, que los efectos a mediano plazo serían perjudiciales para una eficiente prestación médica, ya que los escasos ingresos profesionales no serían suficientes para solventar eventuales acciones civiles. "Esto podía llevar a un ejercicio profesional temeroso, eludiéndose situaciones de riesgo frecuentes en la asistencia médica y dedicando un excesivo esfuerzo a evitar acciones legales". Un análisis verdaderamente premonitorio, agravado porque en la mayoría de los casos no había fundamentos jurídicos reales, convirtiéndose en el origen de lo que comenzó a llamarse, desde entonces, "**la industria de los juicios de mala praxis**".

El contexto resultaba propicio porque junto a los grandes avances en la concepción de la salud, como el surgimiento de los derechos de los pacientes, la consolidación de la bioética, surgía una "**medicalización de la vida**" y una "**mercantilización de la medicina**". La conjunción de ambas, traía como consecuencia, nuevos sistemas de salud, impulsados por los organismos internacionales, que dejaban atrás la concepción de la medicina como un derecho, para convertirse en una mercancía; el deterioro de la relación médico-paciente; la crisis del hospital público; la caótica utilización de los recursos humanos, tecnológicos y económicos; las deplorables condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, el surgimiento de la medicina pre-paga; el auge de las empresas aseguradoras y el avance de las gerenciadoras, entre otras.

2. Ver nota del Dr. Vignolo, Prevención de la mala praxis, en ETHICA N° 57, julio 2004.

3. ETHICA N° 52, febrero de 2003, reproduce la nota publicada en La Voz del Interior, en diciembre de 2002.

EL INICIO DEL CAMINO SOLIDARIO

Por fin, en noviembre de 1995, ETHICA⁴ anuncia la creación del **Servicio Solidario de Asesoramiento Jurídico por Mala Praxis**, como un viejo anhelo del Consejo de Médicos, que se hacía realidad. La presentación está a cargo de los **Dres. Hugo Frey y Eduardo Ruibal**, vocales suplentes de la Junta Directiva, quienes estuvieron a cargo de la coordinación de dicho proyecto.

Se plantea una primera etapa para el Servicio, que cubrirá –sostenía el anuncio de su creación– el “asesoramiento preventivo, la asistencia, el patrocinio y/o la representación en toda denuncia o juicio que se le formule al colegiado por hechos o actos de la profesión **presumidos** de mala praxis”.

Para una segunda parte, se prometía la posibilidad de cubrir algún tipo de indemnización, mediante la creación de un **fondo solidario**. Los coordinadores destacan que el Servicio, en esa primera etapa no tendrá un costo extra, y se sustentará –anunciaban– con la cuota de colegiación en función de la situación económica que viven los matriculados. Afirman y se comprueba, que el Consejo ha logrado contar con un equipo especializado, para hacer frente a la situación y ayudar a los matriculados a salir de laberinto legal.

LA HORA DEL SSAP

Tras tres años, con la experiencia lograda, se inicia una nueva etapa, más ambiciosa. El 18 de agosto de 1998, la Asamblea Extraordinaria de Delegados de Distritos, máxima autoridad del Consejo, aprobó el nuevo proyecto presentado por la Junta Directiva, para la creación de un **Sistema Solidario de Ayuda Profesional**⁵, abreviado con la sigla SSAP, que hacía realidad la segunda etapa prometida: la creación de un fondo solidario para apoyar a los matriculados.

El Sistema es definido como “un fondo solidario para ayudar a todos los colegas, en la prevención del riesgo y la asistencia médico legal, jurídica y económica frente a las

situaciones de conflicto derivadas del ejercicio profesional”. No se trata de una aventura, ni de una improvisación, sino fruto de un análisis puntilloso de distintas experiencias en el país y en el mundo, que intentan proteger a los médicos ante las dificultades reales de acceder a los seguros por eventual “mala praxis”, que además desde los modelos económicos de mercado, son exigidos como requisitos de ingreso por las empresas de medicina pre-paga y las obras sociales, a través de un planteo solidario.

El objetivo es, precisamente, ofrecer al médico “una cobertura que permita satisfacer los requerimientos de las obras sociales y de los sistemas pre-pagos”, pero además otorgarle la “necesaria tranquilidad que surge de la seguridad de encontrarse al amparo de un sistema que le brinda asistencia jurídica y médico legal especializada, e incluso, la eventual reparación de un daño”.

El sistema aprobado –se subraya– no tiene fines lucrativos, su adhesión es **voluntaria**. De esta manera se constituye una cuenta con fines específicos, administrada por el Consejo, “cuyos recursos provendrán de los aportes de una cuota mensual que realicen los matriculados adherentes al sistema y eventualmente de todo otro recurso que en forma onerosa o gratuita ingresen al mismo”, según se expresaba. La cuota estipulada era exactamente la misma que había en el limitado servicio anterior y la ayuda solidaria alcanzaba la suma de \$100.000, con valores de entonces. Los fondos logrados solo podían utilizarse al pago de las indemnizaciones de los adherentes afectados, los honorarios de letrados y peritos en las causas judiciales y en las actividades de prevención previstas.

El SSAP, nació con el respaldo del Consejo como sello de garantía, con una cuota al alcance de todos, muy inferior a la fijadas por la aseguradoras, con plena vigencia a partir del séptimo día hábil siguiente al primer pago del aporte solidario y, además, permitía el control por los propios médicos adherentes al sistema.

Las actividades de prevención eran puntuales y se manifestaban con la publicación de una serie de libros llamados Guías Clínicas, con textos que incluían normas y

4. Edición N° 16 de noviembre de 1965.

5. Ver Revista ETHICA N° 32, septiembre-octubre de 1998.

protocolos en distintas áreas médicas, con la autoría de destacados especialistas y con un capítulo especialmente dedicado a los riesgos de iatrogenia en cada caso. La publicación se distribuía en forma gratuita para los adherentes al Sistema y tenía un costo de venta para los que no lo eran.

Junto a ello, se desarrollaba un programa intenso de capacitación de su cuerpo jurídico y la realización de jornadas sobre responsabilidad médico legal en distintos lugares de la Provincia, en hospitales públicos y privados y Círculos Médicos.

La iniciativa fue bien recibida por los matriculados, pero el proyecto en marcha debió luchar contra una verdadera ofensiva que los artífices de las nuevas políticas de salud planteaban contra el proyecto solidario, favoreciendo los intereses económicos de las empresas de seguro. Los argumentos iban desde cuestionar que fuera una función que el Consejo podía realizar; de la falta de confiabilidad que el fondo solidario pudiera cumplir con la cobertura o, bien directamente, era rechazada por algunas obras sociales, como un instrumento de protección de los médicos. Es el caso del IPAM “gerenciado”, del que hemos hablado en otro capítulo de esta historia.

SUS FELICES CUMPLEAÑOS

A pesar de las trabas, el SSAP estaba vigente. En agosto de 2003, cumpliría sus primeros cinco años y contaba con 2.500 adherentes. La revista ETHICA⁶ convoca a los abogados **Andrés Cuñado, Francisco Linares y Felipe Trucco**, integrantes de la asesoría letrada de la institución, para intentar una evaluación de lo actuado.

El Dr. Cuñado no duda en afirmar: *“La experiencia demostró que ha sido un instrumento adecuado, eficiente para una correcta tarea de prevención y de defensa para aquellos matriculados que se integraron al Sistema”*. Y agregaba, no sin orgullo, que *“su estructura nos ha permitido llevar adelante defensa prolijas y eficaces en todos los casos que nos ha tocado actuar y como prueba de ello es que hasta ahora no hemos tenido sentencias adversas”*.

Por su parte, el Dr. Trucco, señala un aspecto que lo distingue de los sistemas comerciales como es el hecho de que los médicos están asistidos en las causas civiles, pero no tienen –como en el SSAP– defensa en el aspecto penal. Con el sistema solidario, al médico afectado, *“se lo asiste desde el momento en que recibe una notificación del fuero penal que da comienzo el proceso, hasta que concluye toda la causa”*.

En esa etapa, el sistema incluye a los médicos, no a los nosocomios ni instituciones de salud, ni las responsabilidades funcionales por actos técnicos-administrativos en caso que fueran, por ejemplo, director de una clínica o jefe de un Servicio, que son actividades de control.

La revista mencionada, cierra la nota, con un recuadro donde rescata palabras del **Dr. Eduardo Gasparrini**, con el título **Para Pensar**: *“La solidez alcanzada por el SSAP contrasta con la realidad de las empresas aseguradoras. Según datos oficiales en el lapso que va de 1990 al 2001, había un total de 217 entidades aseguradoras (de retiro, vida, riesgos de trabajo y patrimoniales o mixtas), 177 fueron revocadas en el mismo periodo. La conclusión es obvia: **nadie está seguro, por tener seguro**”*.

Cuando cumplió 10 años de vigencia, pese a las resistencias, idas y vueltas y operaciones en su contra, el Sistema Solidario de Ayuda Profesional, estaba de alguna manera consolidado. El Dr. Fernández, presidente del CMPC, recuerda en un editorial de la revista Ethica, las razones de su existencia: *“Lo que negamos, rechazamos, es **la irresponsabilidad, la ligereza y la facilidad de la denuncia y reclamos por presunta mala praxis**, que en la mayoría de los casos quedan desestimadas en los procesos judiciales, pero que -potenciada por la prensa sensacionalista- hiere al profesional médico en su prestigio, en su tranquilidad e incluso en sus recursos económicos”*. Y agregaba: *“las estadísticas nacionales nos dicen que **uno de cada cinco médicos -cerca de 40.000 profesionales de la salud en el país- han recibido una demanda por mala praxis**. La única manera de entender el dato, es pensando que hay una verdadera organización ilícita, corporativa, profesional que solo busca hacer daño”*.

6. Edición N° 54, año 2003.

Y haciendo una evaluación, enumeró los reclamos pendientes: reducción del plazo de prescripción de las acciones fundadas en responsabilidad contractual; modificaciones en el beneficio de litigar sin gastos; reformas en el Código Penal de la Nación diferenciando a los responsables del accidente de tránsito y la derivada del ejercicio profesional; limitación de los montos indemnizatorios, y la obligatoriedad del informe técnico científico previo a la demanda, son las demandas que no se cumplieron a diez años de la creación del SSAP.

Pese a ello, al cumplirse una década de su entrada en vigencia, los beneficios para los médicos se multiplicaron: se incorporó una Póliza de Seguro colectiva para permitir la facilitación de la aceptación del Sistema, aumentando la protección y resguardando la responsabilidad profesional en todo el territorio nacional.

Los diez años se festejan con otro paso adelante para ofrecer **mayor seguridad y ampliar los alcances de la cobertura**⁷. La asamblea de delegados aprueba la propuesta de asociar el SSAP, a una empresa líder en este tipo de seguros. Esto se tradujo en un incremento en la cobertura; póliza de seguros colectivos, con entrega de certificados de coberturas individuales para cada uno de los adherentes válida en todo el territorio nacional. El sistema solidario se transformaba en un seguro y aportaba así, aunque parezca un juego de palabras, una mayor seguridad”, expresaba el **Dr. Héctor R. Oviedo**, miembro de la Junta Directiva, al informar de la asociación con la empresa aseguradora.

La respuesta de los matriculados fue inmediata. Se pasó de 1997 adherentes en el 2.000, a 7936 en septiembre de 2009. Cuatro años más tarde, sobrepasaba los diez mil. Actualmente superan los 12.000. La historia había comenzado con 100, que fueron sus pioneros. Las ocho o nueve causas que se atendían en el 2000, pasaron a ser alrededor de 500, en el 2013.

EL FISAP, OTRA VUELTA DE TIMÓN

El Sistema Solidario pasó de tener, repetimos, un centenar de afiliados en 1998, a contar con más de 10.000 médi-

cos con cobertura del Consejo. El Dr. Oviedo recurre a una imagen muy clara, para explicar el proceso: *“el chico creció; la ropa le quedó ajustada y era preciso dotarlo de una vestimenta adecuada a ese crecimiento”*. En agosto de 2.014, una Asamblea Extraordinaria de Delegados de Distritos, decide la creación de un **fideicomiso** para su administración.

En una entrevista realizada en el 2014 al Dr. Oviedo⁸, hoy Administrador de dicho fideicomiso y actual vicepresidente del CMPC, reconoció que el camino hasta allí *“no fue fácil porque había resistencia: no todos las obras sociales lo aceptaban, incluso había problemas y reclamos para que el entonces IPAM y el PAMI, la reconocieran públicamente. En esos primeros años, no se llegaba a 100 afiliados, pero marchaba”*.

La ropa adecuada consistió en la adopción de una figura jurídica más acorde con la realidad y la proyección del SSAP, que pasó a llamarse **Fideicomiso Solidario de Ayuda Profesional (FISAP)**. Por una parte, resolvía un problema de riesgo institucional y por otra, una ampliación de los beneficios.

“A pesar de la clara separación administrativa del Consejo como institución y del SSAP, la responsabilidad legal seguía siendo del Consejo. Y esto era, sin duda, un riesgo. No olvidemos que el Consejo ha crecido enormemente en funciones, estructuralmente y puede, eventualmente, llegado el caso, estar en problemas, como puede estarlo el SSAP”.

Con la nueva decisión, al tratarse de un fondo con un fin determinado y con responsabilidad propia, se convierte en **inembargable**, lo que generó un alivio en las autoridades que durante 10 años asumieron riesgos y desafíos. *“Es una manera de defender los aportes de los colegas, con el fin de ofrecer protección por eventuales situaciones de responsabilidad profesional, a la vez que se defiende el patrimonio del Consejo de Médicos como institución”*.

Las primeras consecuencias a nivel solidaridad, es decir de beneficios concretos para el adherente fue **aumentar significativamente la cobertura**, en consonancia con la situación económica del país, con dos alternativas a elección del adherente; añadir una suma de dinero por **daño moral** en juicios finalizados, que hayan sido favorables a

7. Revista ETHICA N° 70, otoño 2008.

8. Revista ETHICA N° 93, verano de 2014.



Una adherente al FISAP recibe del Dr. Héctor Oviedo, su subsidio por maternidad.

sus miembros; conservar la atención jurídica, tanto **civil** como **penal**; su validez en todo el **territorio nacional**; la entrega de **pólizas individuales** y la continuidad de los programas de **prevención**. Y otro gran paso adelante, la cobertura universal **no hace diferenciaciones entre especialidades** –como sí lo hacen otras ofertas aseguradoras– e incluye a directivos médicos, jefes de departamentos, de servicios o de equipos, que estaban excluidos.

A los que se añade, y he aquí el plus que ofrece el FISAP, que permite decir en las campañas de adhesión afirmar con seguridad que es **mucho más que un seguro**:

- Una cobertura por **accidentes personales**, en caso de invalidez parcial o total y/o por fallecimiento, con alcance provincial o nacional y con previo aviso del viaje, internacionales.
- Subsidio por **incapacidad laboral transitoria**.
- Subsidio por **maternidad**.

Y, a partir de la pandemia y su incidencia en la vida del profesional, se agregaron beneficios puntuales:

- Subsidio a los colegas, que –en su tarea profesional– **contraen el Covid 19**.
- Subsidio por **emergencia económica**.
- Apoyo económico a los colegas que pagan monotributo, que representan un porcentaje elevado de los matriculados.
- Y en momentos de escribir esta historia está a punto de concretarse, un subsidio por las consecuencias psíquicas como consecuencia de la extenuante acción profesional en torno a la pelea frente al virus.

En palabras del Dr. Oviedo, titular del Fideicomiso, “*quizás sea en estos momentos especiales, como el que estamos viviendo, cuando podemos apreciar en toda su dimensión, la importancia de contar institucionalmente con un instrumento solidario como el FISAP*”. Ya no se trata de un simple seguro para el colega adherido, sino de un **instrumento solidario de protección integral**, mucho más amplio, que al no tener finalidad de lucro puede plantearse apoyos extraordinarios como en el caso concreto del Covid-19. Es una oferta superior a cualquier otra opción.

Precisamente, la solidaridad ha sido la palabra y la acción siempre presente en el gobierno de la institución y se expresa no sólo a través del FISAP, sino que el propio Consejo puso la mirada, por ejemplo, en los nuevos matriculados, en aquellos que iniciaban su actividad profesional, que en la mayoría de los casos no tienen una situación económica consolidada. Por ello, Junta Directiva decidió una reducción del 50 % en el valor de la cuota de matriculación, en el primer año, y de 25 % en el segundo año, que prosigue totalmente vigente. Con el mismo criterio, se resolvió una reducción del 50 % en el costo de cursos de capacitación del Consejo para los matriculados recién egresados hasta tres años de recibidos. Es decir, acciones complementarias, como la muy reciente creación de una Comisión de Veedores, que con acuerdo de la Fiscalía General de la Provincia, estará presente en los casos de allanamiento o secuestro de Historia Clínica, para asegurar así el debido proceso, así como preservar el secreto profesional.

2

LA SOLIDARIDAD VERSUS LA AGRESIÓN A LOS MÉDICOS

LA VIOLENCIA CONTRA LOS MÉDICOS ES UN FENÓMENO QUE SE HA INCREMENTADO DURANTE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS A NIVEL MUNDIAL. ¿A QUÉ RESPONDE? ¿CUÁLES SON SUS CAUSAS SOCIALES Y POLÍTICAS? ¿QUÉ RELACIÓN GUARDA ESTE ACCIONAR VIOLENTO CON LAS CONDICIONES DEL SISTEMA DE SALUD? ¿POR QUÉ CONCENTRARSE EN LA AGRESIÓN VERBAL O FÍSICA LIMITA EL ANÁLISIS GENERAL? ¿EL INSULTO O LA VIOLENCIA SON UN SÍNTOMA INEQUIVOCABLE DE UN PROBLEMA AÚN MAYOR? ¿QUÉ HERRAMIENTAS COMUNICACIONALES Y LEGALES TIENEN LOS MÉDICOS PARA EVITARLO? ESTAS SON ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS QUE EL CMPC PUDO EMPEZAR A RESPONDER LUEGO DE INICIAR UNA CAMPAÑA EXITOSA QUE SE DENOMINÓ “AGREDIDO, REPÓRTELO”, DONDE LA FRASE DE CABECERA FUE “**BASTA DE AGRESIÓN A LOS MÉDICOS**” Y LOS DATOS RECABADOS ALLÍ ESBOZARON UNA REALIDAD DESBORDADA DESDE TODA DIMENSIÓN SOCIAL.

UN FENÓMENO EN CRECIMIENTO

Desde el Consejo se comenzó a abordar la problemática desde el año 2012. “*La agresión a los médicos, una violencia que crece*”, era el título de una nota publicada en la edición N° 83 de Ethica⁹. Allí se exponían los primeros señales de un accionar violento en permanente incremento.

“No hay datos específicos y seguros que permitan dimensionar la gravedad del problema. Pero, es un hecho real que la violencia, la agresión contra los médicos crece día a día y está entre las causas del estrés profesional, que en las situaciones más extremas, le plantean al médico, especialmente a los más jóvenes, la alternativa hasta de abandonar la profesión”, denunciaba entonces la publicación. En esa nota, se informaba sobre datos de una encuesta publicada en el sitio Intramed, a nivel nacional: “el 36% de los profesionales de la salud que respondieron, reconocían haber sufrido agresión física; en tanto que 80% habían

sido agredidos verbalmente”.

La información relevada exponía que los más agredidos eran el personal de enfermería y luego los médicos. Se reconocía aquí, a nivel institucional, la importancia de contar con una fuente de información que pudiera constatar con datos fehacientes la violenta realidad. Con el agravante que los médicos y enfermeros -por diversas y comprensibles razones- no denunciaban la violencia sufrida.

Desde Ethica, se entendía que las agresiones abarcaban a todos los sectores sociales y ocurrían tanto en instituciones públicas como privadas. La nota también ponía especial énfasis, en afirmar que la agresión a los médicos, no era -ni lo es ahora- una cuestión local. “El fenómeno de la agresión a los profesionales de la salud va más allá de nuestras fronteras”, advertían. Y se ponía el ejemplo de España, donde tres de cuatro médicos confirmaban haber recibido amenazas verbales.

9. ETHICA 83, julio 2012.

El problema de casos cada vez más repetidos, no sólo preocupaba a médicos de nuestro país o latinoamericanos. La Organización Internacional del Trabajo, junto con la Organización Mundial de la Salud y el Consejo Internacional de Enfermeras, elaboraron en el 2002, un protocolo de prevención y abordaje a la violencia contra los profesionales de la salud, ante el incremento de situaciones violentas en todo el mundo.

Estas instituciones afirmaban que la violencia en el sector de la salud conformaba la cuarta parte del total de la violencia que se tiene en el mundo del trabajo. Con base en este documento internacional, el **Dr. Ricardo M. Castro Bourdichon**, por entonces titular del Comité de Controlador en Psiquiatría del CMPC, ensayaba la siguiente definición: “la violencia ocupacional contra profesionales del sector de la salud es un incidente (aislado o en serie) en forma de conducta hostil (generalmente verbal, a veces física), dirigida por una o varias personas (pacientes, familiares o acompañantes) hacia personal que los atiende en el marco de una organización de servicios sanitarios, en circunstancias relacionadas con su trabajo y que ponen en peligro la seguridad del mismo, su bienestar o su salud consideradas en su triple dimensión somática, psicológica y social”.

CAUSAS MÚLTIPLES Y COMPLEJAS

Hace ya diez años, el CMPC reconocía que la violencia sobre los profesionales de la salud respondía a causas múltiples y complejas, en la que las realidades particulares tenían gran incidencia, pero también **“una crisis general de los servicios de salud que impacta por igual a países industrializados, como a los subdesarrollados”**. Se advertía, además, que “la entrada de la salud al espacio de los mercados, que llevaron a cabo los modelos neoliberales en el mundo, fue impulsada por organismos económicos internacionales, alcanzando una globalización manifiesta”. Líneas más abajo explicaban esta relación, señalando que el auge de los sistemas de gerenciamiento parásitario que tuvieron una validez universal, y se presentaron como recetas infalibles para la solución de la crisis en salud, ya habían comenzado a ejecutarse por los países



DIGAMOS BASTA!

A LA AGRESIÓN CONTRA LOS MÉDICOS

EL NUEVO CÓDIGO DE CONVIVENCIA CIUDADANA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (LEY 10326) – A INSTANCIAS DE NUESTRA INSTITUCIÓN – ESTABLECE SANCIONES DE HASTA 10 DÍAS DE TRABAJO COMUNITARIO, MULTA DE \$12.120 Ó ARRESTO DE HASTA TRES DÍAS PARA QUIEN AGREDIERA DE PALABRA O DE HECHO A UN MÉDICO O INTEGRANTE DE LOS EQUIPOS DE SALUD, CON MOTIVO O EN OCASIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTAN EN CUALQUIER CENTRO MÉDICO DE LA PROVINCIA. SI LA AGRESIÓN FÍSICA PONE EN RIESGO LA INTEGRIDAD FÍSICA EL MÁXIMO DE LAS SANCIONES SE DUPLICA.

SI ES AGREDIDO REPORTELO!

 Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

BUSQUE ESTE LINK EN NUESTRA WEB

 **Agredido REPORTELO**

LO ASESORAMOS

WWW.CMPC.ORG.AR

centrales y que estaba lejos de la realidad. Se mencionaba como ejemplo ilustrativo, al sistema de salud de los Estados Unidos: “el país más poderoso de la economía capitalista, es expresión cabal de ese enfoque puramente economicista de la atención médica, que deja fuera del sistema a millones de ciudadanos que deben deambular en la asistencia pública”.

Añadían que “estos sistemas produjeron reformas que conllevan al deterioro de las relaciones médico-pacientes; a la subordinación de los criterios médicos a los económicos; a la inestabilidad y los honorarios en el mejor de los casos insuficientes; a la negación práctica de la dignidad profesional; a la triste y frustrante realidad de una medicina para ricos y una medicina para pobres; a la imposición de criterios soliviantados por los negocios de la industria farmacéutica o de tecnología vinculada con la salud”, recriminaban desde la columna, publicada en la revista institucional.

Otra de las causas que se subrayaba, era la ligazón de la violencia con la falta de infraestructura adecuadas y recursos necesarios. **“Es casi lógico que pacientes que tie-**

nen que hacer cola desde las cinco de la mañana para pedir un turno, o los que deben esperar de tres a seis meses para ser operados se ponen de malhumor y ante cualquier inconveniente reaccionen de una manera inadecuada”, señalaban. Se dejaba en claro allí que los médicos y enfermeros, lamentablemente, son la **cara visible** de la falta de políticas justas y dignas a la hora de ejercer y garantizar el derecho a la salud para todos.

LA INCIDENCIA DE LAS AGRESIONES

¿Cómo incidían las agresiones a los profesionales de la salud? Desde el CMPC, respondían: “afecta la vida laboral y social de los profesionales, incide en la productividad, eficiencia y excelencia organizacional, incluso en los costos de los servicios sanitarios, al adoptarse estrategias de una **medicina defensiva**, que suele traducirse en el aumento de pruebas complementarias innecesarias, la derivación sistemática a urgencias hospitalarias o a especialistas, la prescripción injustificada de fármacos, la autorización automática del uso de ambulancias o la prolongación de bajas laborales por la simple petición de pacientes exigentes percibidos como peligrosos. También se le suma la pérdida de motivación, el deterioro de la autoestima profesional, y hasta el estrés médico traducido en problemas respiratorios, insomnio, cefaleas, fatiga y demás problemas graves”.

Especialistas en el tema, como Manuel Luis Martí, señalaban en la nota de Ethica, que los sistemas de salud vigentes habían transformado al médico “en un engranaje intercambiable con muy pocos derechos y numerosas obligaciones”. Y advertía: “la remuneración que recibimos es inadecuada y escasa, carecemos de tiempo para perfeccionarnos y debemos trabajar horas extras y en distintos sitios para poder sobrevivir y cubrir nuestras necesidades básicas”.

“La violencia es muy amplia y sutil”, denunciaba por su parte, el psiquiatra Néstor Kodolbsky, al indicar que las indignas condiciones laborales, los sentimientos de amor/odio y prejuicios recibidos de muchos pacientes, más las transferencias emocionales que reciben los profe-

sionales de la salud, tales como la ira, la desconfianza, las presiones y exigencias, confirmaban que los médicos están mucho más expuestos a la violencia social de lo que las encuestas podrían llegar a ratificar.

Años más tarde, el ex presidente del CMPC, **Dr. Mario Daniel Fernández**, señalaba en una entrevista otorgada a esta revista, que la agresión a los profesionales de la salud constituía **“un verdadero problema de salud pública”**. Y agregaba: “esta realidad, no es solo verificable en nuestro país. En la medida que es consecuencia directa del modelo neoliberal todavía hegemónico en el mundo. Conocemos la dimensión del problema en nuestro país y en nuestra provincia porque es comentario obligado entre colegas, pero todavía no hay datos precisos, porque todavía los médicos tienen el pudor de no denunciarlo”. En este sentido, el Dr. Fernández concluía la entrevista confirmando la elaboración de un Formulario de Denuncia, que facilitara dicha acción y donde el CMPC pudiera tomar medidas concretas y prácticas a la resolución de este conflicto permanente.

Desde la institución se realizaron distintas acciones, tales como la creación de la Comisión de Asuntos Profesionales¹⁰, destinada a analizar el problema y los posibles resguardos, para lo cual se diseñó y ejecutó una encuesta que permitiera realizar un diagnóstico adecuado. Es así que en el año 2014, precisamente en julio, el Consejo de Médicos presentó un sistema de reportes online, de gestión confidencial, disponible en su Página Web, donde los colegas podían denunciar oficialmente las agresiones sufridas en el ejercicio de su trabajo. En menos de un año, 53 médicos escribieron allí las situaciones padecidas con algunos de sus pacientes. El 36 % admitían haber sido insultados y/o amenazados públicamente; un 16 % le sumaba difamaciones y un 14%, reconocía además, agresiones físicas.

¿Qué es lo que más provoca enojos en pacientes y familiares? Según el estudio, el malestar por el funcionamiento interno del centro de salud. Así, el 30% de los casos se debieron a personas enojadas con la clínica y/o el hospital. El tiempo de espera para ser atendido representó un

10. Cambios en la estructura organizativa del CMPC, el tema pasó al Centro de Estudios de Recursos en Salud (CERSA)..

14%. Mientras que las discrepancias por la atención fue del 19% al igual que las discrepancias personales.

Otros resultados arrojados por el instrumento creado por el Consejo, establecieron que el 42% de las agresiones se dieron en instituciones públicas, el 23% en clínicas, 21% en consultorios privados, 10% en ambulancias, un 4% en el domicilio del profesional.

Apenas el 27% de los casos fueron denunciados y sólo el 32% recibió apoyo de la institución donde trabajaba en el momento del hecho.

LA INCORPORACIÓN DE LA AGRESIÓN COMO FALTA PUNIBLE

Un gran avance fue lograr que se incorporara al personal de salud, en la ley 10.326, que originalmente establecía penas a quienes agraven al personal de centros educativos. En nuestra provincia, la Ley de Convivencia Ciudadana contempla multas, trabajo comunitario y hasta tres días de prisión a quienes agraven al personal de centros educativos y de salud. A pesar de ello, la UTS denunció en su momento, que la ley no se cumplía como debía. Por eso mismo, el CMPC colaboró con la Secretaría de Seguridad de la Provincia en la elaboración de protocolos que permitieran la mejor aplicación de la ley en los hospitales públicos.

Del mismo modo, la institución tomó conciencia de que los médicos agredidos necesitan contención cuando estos hechos suceden y se propuso una tarea orientada a la toma de conciencia del problema, tanto para el personal de salud, como para la sociedad. De este modo se lanzó un alerta, a través de afiches, que se distribuyeron y se distribuyen en todos los hospitales y clínicas de la Provincia, con el lema de ***“Digamos Basta a la agresión contra los médicos”***.

La permanente tarea de la institución en generar acciones para prevenir o disminuir la violencia se encontró con datos aún más alarmantes. La mayoría de las agresiones las sufren las médicas y enfermeras, por su condición de mujer y la presunción de los atacantes de que son más débiles y vulnerables. Lo paradójico es que las agresiones son realizadas también mayoritariamente por mujeres.



Otro dato preocupante, fue que en ciertos establecimientos, un 25% de las agresiones se producía entre los propios integrantes de la comunidad hospitalaria. En función de ellos, el Consejo trabajó en dos nuevas propuestas. Por una parte, considerando la vigencia de la Ley provincial 10.543 de Mediación, entendida como un método alternativo de solución no adversarial de conflictos, promover su aplicación en los establecimientos de salud. Para ello propusimos –iniciativa muy bien receptada por parte de las autoridades sanitarias- acordar un convenio entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia (que incluye la Dirección de Mediación) y el Consejo de Médicos, para realizar un plan de capacitación en los hospitales y poder así utilizar la mediación para la solución de los conflictos hospitalarios. Y, por otro, la creación de Observatorios de Violencia Hospitalarios, integrado por personal de cada establecimiento de salud, para realizar un estudio más profundo de la situación y poder elaborar programas de prevención y reducción de la violencia, sugerencia que cuenta con el apoyo del propio ministro. En esta tarea, el CMPC está realizando permanentes visitas a hospitales y clínicas y ofrece su experiencia para la capacitación y creación de dichos observatorios.

Los reclamos del Consejo fueron finalmente escuchados. Primero, el año pasado, se incorporó al Código de Convivencia Ciudadana como artículo 40, una clara definición contra la agresión, maltrato o intimidación en dos situaciones: la primera hace referencia a razones de géne-

ro, etnia, orientación sexual, edad, religión, opinión, nacionalidad, caracteres físicos, condiciones psicofísica, por padecer una enfermedad infectocontagiosa o con motivo de su profesión u oficio; la segunda hace referencia directa a la agresión contra el personal de salud y personal auxiliar, a sus familiares o bienes en el contexto de una emergencia sanitaria o circunstancia extraordinaria. La ordenanza establece sanciones en cada caso.

En el transcurso de este año, la Legislatura de la Provincia de Córdoba modificó dicho Código endureciendo las sanciones. Las penalidades incluye ahora trabajos comunitarios de hasta 10 días, una multa que hasta fines de 2021 superaría los \$30.000 y hasta 3 días de arresto, según el caso, y establece situaciones en las que estas san-

ciones podría generar la duplicación de las mismas, cuando se hubiere puesto en juego la integridad física o los bienes de las personas afectadas. El autor del proyecto, el legislador Oscar González, agradeció la participación del Consejo, por su asesoramiento y apoyo en el contenido de la ley.

La violencia hacia el personal de salud, fenómeno que venía creciendo, se agudizó durante esta pandemia de Covid. Según los reportes de agresiones del Consejo, los pedidos de intervención –de profesionales que sufrieron atropellos– aumentaron cerca de un 30 por ciento desde el inicio de la misma”. Muchos médicos sufrieron estigmatizaciones por trabajar en establecimientos donde se trata el covid y, otro tanto, sufrió especies de “linchamientos mediáticos”, solo por estar contagiados.

Tanto en la Parte 1 como en la Parte 2 de esta entrega, se ha contado con la colaboración de Rodrigo Savoretti.

RECORDANDO AUTORIDADES

2006 - 2009

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Mario D. Fernández

Presidente

Dr. Ruben Spizzirri

Vice-Presidente

Dr. Horacio Paolasso

Secretario

Dr. Jorge Paruccia

Tesorero

Dres. Concepción Zárate / Hugo Cuadraro

Vocales Titulares

Dres. Jorge Dellacasa / Héctor Oviedo /

Norberto Ferrero

Vocales Suplentes

CONSEJO DE DELEGADOS

Dr. Dante Pesenti

Presidente

Dr. Nélica Pussetto

Secretaria

2009 - 2012

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Mario D. Fernández / Ruben Spizzirri (asume por fallecimiento del titular)

Presidente

Dr. Ruben Spizzirri

Vice-Presidente

Dr. Horacio Paolasso

Secretario

Dr. Jorge Paruccia

Tesorero

Dres. Concepción Zárate / Hugo Cuadrado

Vocales Titulares

Dres. Héctor Oviedo / Norberto Ferrero / Néstor Viale

Vocales Suplentes

CONSEJO DE DELEGADOS

Dr. Dante Pesenti

Presidente

Dr. Nélica Pussetto

Secretaria



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

EUTANASIA: UN BOSQUEJO DEL ANTEPROYECTO DE LEY

COMO INFORMÁRAMOS EN NUESTRA EDICIÓN ANTERIOR, EL PASADO 2 DE SEPTIEMBRE, EL CONSEJO DE MÉDICOS ORGANIZÓ –EN SU CICLO PERMANENTE DE CHARLAS Y CONFERENCIAS- UN ENCUENTRO PARA ANALIZAR UN TEMA POLÉMICO, AHORA A PARTIR DE UN PROYECTO LEGISLATIVO, COMO ES EL DE LA EUTANASIA. EN NUESTRA SECCIÓN **DE INTERÉS MÉDICOS** DIMOS CUENTA DE LA EXPOSICIÓN DEL DR. MARCOS BREUER, QUIEN A TRAVÉS DE SUS PALABRAS Y DE SU MIRADA SOBRE EL TEMA RESPONDIÓ A LA PREGUNTA **¿POR QUÉ UNA LEY DE EUTANASIA?** PROMETIMOS ACERCAR A NUESTROS LECTORES LA INTERVENCIÓN DEL **DR. CARLOS SORIANO**¹, QUIEN REALIZÓ UN ESBOZO DEL CONTENIDO DEL ANTEPROYECTO DE LEY, QUE SERÁ PRESENTADO PRÓXIMAMENTE POR LA DIPUTADA GABRIELA ESTEVEZ, EN LA QUE HA COLABORADO, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA BIOÉTICA. HE AQUÍ UN APRETADO RESUMEN DE SU PONENCIA (L.R.)

Una toma de posición desde la evidencia

Pecas Soriano, como gusta ser llamado, reconoce que a pesar de trabajar hace 25 años en bioética, no estaba convencido sobre el tema de la eutanasia. Relata que cambió de posición, cuando tuvo que vivir de cerca el caso de Alfonso Oliva, un joven paciente que ya falleció, quien padecía de una “esclerosis lateral amiotrófica”. Mientras la foto de Alfonso aparece en pantallas, Soriano cuenta que “lo único que podía hacer era movilizar las pestañas; estaba todo el día postrado en una silla de ruedas; no podía tragar, no podía comer; estaba alimentado permanentemente por una sonda, que iba directamente

al estómago. A la noche, soñaba que bailaba; que corría, y que hacía el amor y de día, se despertaba en la misma pesadilla cotidiana”.

Recuerda que charlaban, “como se podía hacerlo con Alfonso, a través de una computadora, movilizando sus pestañas que era lo único que podía movilizar y Alfonso decía que él no quería una ley para sí mismo, sino que quería que después de su fallecimiento, yo le prometiera trabajar en una ley de eutanasia.

Comencé –afirma Soriano- a trabajar, en ese momento con las legisladoras Montero, Austin y Estévez, en 2019, en el proyecto de ley que pensábamos que podría llamarse

1. Reconocido especialista en temas bioéticos, miembro de la Comisión respectiva del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba y autor de numerosos trabajos vinculados con las grandes cuestiones que se plantea una concepción ética de la medicina, como es el caso de la muerte digna.



Alfonso Oliva y su triste historia que reclamaba una ley de Eutanasia, que debería llevar su nombre en honor de haberla impulsado.

*Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente o quizá también se podría llamar la Buena muerte asistida por un médico, pero quedamos convencidos que sí o sí, se debe llamar **Ley Alfonso**, en honor a su impulsor verdadero”.*

Las principales definiciones

El anteproyecto, aclara que todavía no está presentado, lleva un proceso de redacción de dos años y medio. Incluye definiciones que estimamos fundamentales “sobre la prestación de ayuda para morir dignamente”. Se trata de la acción derivada en proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir dignamente. Para Soriano, habría dos modalidades: una que sería la eutanasia propiamente dicha, con la administración directa al paciente o a la paciente, de una sustancia por parte de él o la profesional de la medicina competente; y la otra, que éste pueda auto administrarla, que sería lo que se llama suicidio asistido.

Otra definición importante –señala Soriano– es que debemos estar frente a una enfermedad grave e incurable, en la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes o insoportables, sin posibilidad de

alivio. Es decir, que estamos ante una persona afectada por limitaciones, que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria: que no pueda valerse por sí misma, con limitaciones en su capacidad de expresión y relación y que lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable. Pero, además, con gran probabilidad de que tales limitaciones, vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación.

De cómo buscar seguridad

En búsqueda de mayor seguridad –indica Soriano– se piensa en tres instancias de participación. Por un lado, la intervención del médico responsable, que tiene a su cargo la coordinación de toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor del mismo o de la misma, en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial. Vale decir el médico de cabecera.

Por otro, en una segunda instancia, el médico consultor, que debe tener formación en el ámbito de las patologías que padece él o la paciente y que no pertenece a la misma institución del médico o médica responsable.

Después existe una consejería, que es un equipo de

apoyo conformado por profesionales de la psicología y psiquiatría, con el propósito de ayudar al médico o a la médica responsable a confirmar la situación del paciente y su inequívoca voluntad de morir dignamente, así como su plena capacidad de tomar la decisión. El objetivo -subraya Soriano- es evitar de que no sea un paciente que esté con una depresión momentánea o que esté con algún grave conflicto que puede ser solucionable en el tiempo.

Soriano, enfatiza que se debe contar con una voluntad inconfundible, permanente y una decisión en el tiempo, que sea realmente verdadera y producto de un consentimiento informado. Es decir, con una declaración de la voluntad expresada por el paciente, en pleno uso de sus facultades, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada para que la petición suya, pueda dar lugar a la prestación de ayuda para morir dignamente.

Solo el médico responsable

En otras de las definiciones fundamentales, Soriano destaca que la persona que puede prestar ayuda a un paciente para morir dignamente, es únicamente el médico responsable. No se habla, como lo hace la ley española, de profesionales de la salud,

Hay requisitos establecidos para el paciente, como que es el que debe tener nacionalidad argentina o, en su caso, residencia permanente no menor de un año, plenamente capaces en el momento de solicitar la prestación de ayuda para morir dignamente y tener mayoría de edad. O sea, que en el proyecto no se habla de menores de 18 años, a pesar de la modificación del código civil.

Se contemplan, explica Soriano, situaciones especiales. Por ejemplo, en los casos que él o la paciente haya sido declarado incapaz por autoridad competente, encontrándose inconsciente. Solo se dará curso a la prestación de ayuda para morir dignamente mediante interpósita perso-

na, previo mandato constituido especialmente a tal fin, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8 que legisla sobre las directrices anticipadas. No es el caso de la muerte digna, acata Soriano, que es cuando un paciente queda en coma o en estado vegetativo permanente y sus familiares pueden solicitar la muerte digna o el retiro del soporte vital. En el caso de la eutanasia, si el paciente no hubiera manifestado su voluntad anticipada, no puede hacerlo un familiar a no ser que el paciente hubiera dejado en forma fehaciente su voluntad a recibir la eutanasia. Este requisito es determinante: la voluntad expresa de haber solicitado la ayuda para morir dignamente, de una manera libre, voluntaria y expresada por escrito cuando sea posible, con su firma y de las dos testigos que no pueden ser familiares o en su defecto, por otro medio que le permita dejar constancia. Por ejemplo, en el caso de Alfonso, él lo pudo hacer mediante su computadora.

Otro aspecto sobre el que hay que insistir, es la obligación del médico responsable informar fehaciente y detalladamente al paciente, sobre su situación médica que debe incluir un diagnóstico pronóstico, las diferentes opciones terapéuticas de la medicina paliativa y sus potenciales beneficios y riesgos. Cuando el paciente y su médico concluyen que no existe otra alternativa, queda un camino que recorrer, con la participación de todos los médicos que participan del caso.

Por último, cierra Soriano, como toda ley que amplía derechos, debería ser bienvenida, ya que no obliga a nadie a emplearla y le otorga más autonomía a toda la población en el final de su existencia. El proyecto, además, contempla la objeción de conciencia para aquellos profesionales, que no estén de acuerdo por problemas ideológicos o religiosos. En este sentido, es respetuosa de todos los credos. En España, país de raíz ampliamente católica, una reciente encuesta expresó que el 85% de los habitantes está de acuerdo con la misma.

CONOCÉ AUTOGESTIÓN

EN AUTOGESTIÓN USTED PODRÁ

www.cmpc.org.ar

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



Descargar los CERTIFICADOS de MATRÍCULA A y J LIBRE DEUDA y de ÉTICA



Imprimir RESOLUCIONES CON FIRMA DIGITAL



Consultar y descargar todos los tomos de GUÍAS CLÍNICAS en PDF



Realizar el pago de la MATRÍCULA PROFESIONAL



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



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



Realizar el pago de la cuota de APROSS



Realizar pagos e inscripción a los CURSOS DE CAPACITACIÓN



Acceder e Imprimir sus RECIBOS YA ABONADOS

tus trámites
en dos clicks



Consejo de
Médicos de la
Provincia de
Córdoba



EL ARTE EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

ETHICA DIGITAL PRESENTA EL RESULTADO DE UNA BÚSQUEDA POR INTERNET, QUE CREEMOS PUEDE INTERESAR A NUESTROS LECTORES. SE TRATA DE UN TRABAJO QUE FORMA PARTE DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA QUE PRETENDE FORMAR A ESTUDIANTES EN LA OBSERVACIÓN E INTERPRETACIÓN CRÍTICA UTILIZANDO PARA ELLO OBRAS DE ARTE. FUE PUBLICADO POR EL SITIO EDUCACIÓN MÉDICA ORIGINAL, PERTENECIENTE A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD CEU CARDENAL HERRERA, ALFARA DEL PATRIARCA, VALENCIA, ESPAÑA. SUS AUTORES SON ZOSER SAURA-CARRETERO, MARINA LÓPEZ-ARAGÓ, ALICIA LÓPEZ-CASTELLANO Y VICENT RODILLA (DOS ESTUDIANTES Y DOS PROFESORES DE MEDICINA). EL TRABAJO ESTÁ CENTRADO EN LA HISTORIA DE SAN ROQUE, LA PATOGENIA ES LA PESTE Y SE BASA EN EL LEGADO PICTÓRICO DE LOS SIGLOS QUE VAN DESDE EL SIGLO 15 AL 17. POR RAZONES DE ESPACIO, PRESENTAMOS UNA VERSIÓN RESUMIDA, QUE NO PIERDE EL OBJETIVO DEL TRABAJO ORIGINAL, QUE SE PUEDE ENCONTRAR EN ([HTTPS://WWW.ELSEVIER.ES/ES-REVISTA-EDUCACION-MEDICA-71-ARTICULO-EL-ARTE-COMO-HERRAMIENTA-DOCENTE-S1575181318300019](https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-el-arte-como-herramienta-docente-S1575181318300019))

“Uno de los principales fines de la medicina es, esencialmente, preservar la dignidad humana, y para ello, y frente a las incógnitas médicas actuales, quizá es de utilidad analizar cómo vivieron nuestros antepasados, a qué sucumbieron y con qué resurgieron más fuertes. Es importante observar y analizar cuidadosamente nuestra herencia cultural, de la que se puede extraer información muy útil. No hay duda que en la práctica médica algunas de las virtudes más importantes son ser prudente y crítico. Estas virtudes no se aprenden de los tratados médicos, sino a través de las experiencias propias y ajenas, de los vaivenes de la humanidad y en los ejemplos vitales de hitos históricos que dejaron su huella en las raíces de nuestra sociedad (...)”.

“San Roque, originario de Montpellier y de alta cuna, vivió alrededor del 1300. Al quedar huérfano, donó su fortuna y emprendió un viaje a Roma que duraría toda su vida

atendiendo altruistamente a los afectados por la peste. Patrón de las epidemias, es reconocible por sus atributos de peregrino (bordón, capa de peregrino, esclavina y sombrero) y el característico bubón de la peste. A veces se le representa acompañado por un perro que, según la leyenda, lo alimentaba diariamente con un trozo de pan o un ángel representando el auxilio de Dios. En Roma emerge a todas horas allá donde se le necesita, con una caridad ilimitada que los enfermos asocian a un poder extraordinario. En el camino de vuelta a su patria contrae la infección, se convierte en un apestado más y decide aislarse en un bosque de la costa norte de Italia.

En la iconografía devocional. San Roque frecuentemente aparece retirándose la túnica para mostrar el bubón en su pierna afectada, como se observa en el cuadro *San Roque* de Urbano de Fos (1615-1658). (Fig. 1).



Figura 1. Museo de Bellas Artes de Valencia.



Figura 2. Museo de Bellas Artes de Castellón.

El mismo autor pinta un San Roque sedente, en un paisaje aparentemente mediterráneo, con la herida de la pierna izquierda destapada junto al perro que le da el pan para comer, con cara de súplica, propia de la pintura expresiva del renacimiento (**fig. 2**). Aunque las bubas suelen aparecer en las zonas inguinales, existen datos de que esta clínica puede aparecer en las zonas donde el vector actúa. Es

de suponer que Roque estuviera padeciendo fiebre, descenso de presión arterial (en muchas representaciones está sentado) y confusión (causada por encefalitis). No se observan petequias por mala coagulación, aunque seguramente en esa época no se llegaría a esa fase y solo se podría ver esta clínica en el cuadro neumónico.



Figura 3. Museo Nacional del Prado.

Las diferentes historias cuentan que San Roque o bien fue curado por un ángel y murió al tiempo en Voghera, o consiguió sobrevivir a su enfermedad y, de vuelta a Montpellier, fue apresado como espía por las tropas francesas y encerrado en una prisión de su ciudad natal hasta su muerte. Ambas versiones están representadas a lo largo

de su iconografía. Cuadros como el *San Rocco in carcere confortato dall'angelo* que Tintoretto pintó en el año 1567, augura una fatídica muerte para Roque en prisión. En otras obras como, el *San Roque* de Diego Polo (1610-1659) (**Fig. 3**), vemos al ángel curando la herida del santo.



Figura 4. Iglesia de San Roque, Venecia.

Varias obras muestran la estrecha relación de Venecia con el santo. Así, en la iglesia de San Roque de Venecia, donde se custodian sus reliquias, y en la adyacente Scuola Grande di San Rocco se conservan un gran número de lienzos de Tintoretto que representan la clínica de la enfermedad. *San Roque en el Hospital* (**Fig. 4**) representa al santo en el momento de realizar una de sus curaciones, fue pintado en 1549.

Los enfermos contagiados, representados en situación nefasta en el cuadro, presentan bubas en zonas axiales, como describen los tratados médicos. En la obra se aprecian también torsiones y gestos de dolor ostensibles en los

enfermos. Tintoretto pintó a los pacientes sin apenas ropajes, que rozarían sus lesiones ocasionando dolor, la mayoría tumbados y alguno muerto.

En la misma iglesia, también de Tintoretto, se encuentran *San Roque apresado* y *San Roque presentado al Papa*. Tintoretto vivió en un periodo en el que hubo brotes de peste en Italia, por lo que su convivencia con la enfermedad le permitió plasmar fidedignamente en sus obras los síntomas de la misma.

San Roque vive en una Europa muy poblada en núcleos urbanos, pero al mismo tiempo profundamente empobrecida. Se atisban mejoras en el tratamiento de la enfer-



medad gracias al impulso cultural de la Iglesia, con la creación de la Facultad de Medicina de Montpellier en 1220, o en 1255 la de la *Confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien*, primera asociación profesional de los cirujanos de Francia entre otros. Pero aun así la profesión médica todavía estaba lejos de enfrentarse con éxito a epidemias como la de la peste negra, cuya agresividad ha marcado muchos episodios de la historia.

En el contexto del siglo xiv aparece una enfermedad nombrada de diferentes formas y en diferentes lugares, pero considerada una enfermedad devastadora y rápida. Por ello, médicos de diferentes puntos (Lleida, Perugia,

Nápoles, París y Montpellier, entre ellos) comenzaron a estudiarla, reuniendo sus ideas en diversos compendios y argumentando entre ellos.

Los médicos universitarios de la época (Jacme d'Agramont, Gentile da Foligno, Giovanni da Penna, Alfonso de Córdoba, un anónimo «práctico de Montpellier» y el Colegio de doctores de la Facultad de Medicina de París) se basaron en la experiencia de antiguos autores como Avicena, Galeno, Alejandro Magno o Aristóteles para ofrecer una explicación válida, así como en su propia experiencia, en su formación médica y utilizando argumentos de causalidad universal.

Por lo que respecta a la etiología y transmisión, algunos eruditos de la época indican en sus textos que la enfermedad se debía a un posible castigo de Dios a las personas, regida por causas naturales como alteraciones de los humores o del aire; por las posiciones de las estrellas y planetas que influenciaban en la tierra y las malas constituciones de las estaciones.

Por otra parte, Agramont consideraba que la peste se debía a mutaciones del aire, ya que era un elemento necesario para la vida que se desplaza con rapidez, que influía en agua y alimentos y que llegaba fácilmente a los pulmones y el corazón. Gentile da Foligno se inclinó por una explicación moral, alegando que la peste se produce tras guerras, ya que los cuerpos que se conducen de modo desordenado producen humores de putrefacción; es decir, lo atribuye a un componente moral de la persona y a un castigo divino. Otras causas descritas fueron terremotos liberadores de humos tóxicos y putrefacción de cadáveres y aguas estancadas.

Asimismo, se acusó injustamente de la diseminación de la enfermedad a judíos (y también a leprosos), apuntando a un posible envenenamiento del aire, comidas y alimentos para atacar a los cristianos. Empezó a postularse un posible contagio interpersonal a través del aliento, la piel o la mirada, ascendiendo la enfermedad al cerebro y siendo expulsada por los nervios ópticos hasta los ojos, de modo que cuando una persona miraba a un afectado se estaba contagiando.

Las teorías de la patogenia de la peste apuntaban a una sustancia venenosa que entraba en los cuerpos envenenando el corazón, extendiéndose por los pulmones, por la sangre arterial y por el cuerpo; en el momento de la muerte de la persona salía para contagiar a la siguiente.

Alfonso de Córdoba refiere una predisposición a padecer la enfermedad por personas con humores muy corrompidos, que hubieran comido y bebido en exceso el año previo, que hubieran abusado de relaciones carnales, que tuvieran porosidades dilatadas con complexión cálida y húmeda, y una vida inadecuada.

Del cuadro clínico, los médicos de la época distinguieron entre signos que prevenían la futura enfermedad y los signos de enfermedad ya existente. Entre los primeros se señaló a las inflamaciones del cuerpo producidas por el aire, de tamaños diversos en función del castigo divino; los

que revelaban una pestilencia ya existente eran la nubosidad en el aire, la putrefacción de alimentos y de la cosecha y el comportamiento anormal de los animales. Entre los signos de la peste se encuentran fiebre, mal olor, putrefacción y tumoraciones en axilas, ingles y otras partes del cuerpo.

A pesar de la carencia de conocimientos médicos sobre el agente patógeno, todos los médicos relevantes (cristianos y musulmanes) creyeron que era curable. El cuadro clínico descrito de la enfermedad se aprecia en determinadas obras de arte sobre todo de temática religiosa y con San Roque como protagonista, ya que el arte cristiano contiene la mayor parte de la producción artística en Europa hasta la Edad Moderna.

Es obvio que se desconocía la bacteria como agente causante y que su medio de transmisión eran las pulgas y las ratas. En su lugar, se formularon teorías sobre alteraciones del aire y alimentos y castigos divinos o fenómenos universales. Acerca de la patogenia, acertaban que la enfermedad se propagaba por la sangre, pudiendo incluso llegar a los pulmones (provocando peste neumónica); sin embargo, no comenzaba en el corazón como se pensaba, sino en el lugar de inoculación, produciendo una inflamación de los ganglios (explicando la aparición de los bubones) para después propagarse por el cuerpo. El tratamiento de la enfermedad se centraba en el uso de remedios y plantas medicinales. Si bien es cierto que las curaciones espirituales poco podían ayudar en el tratamiento de la infección, la utilización de plantas medicinales para un tratamiento sintomático sí era efectiva en muchos casos.

En la prevención y control de la enfermedad las recomendaciones eran claras. Era imprescindible la huida del territorio infectado y no realizar ejercicio ni mantener relaciones sexuales con las personas infectadas. Asimismo, se recomendaba quemar maderas olorosas y llevar ropas perfumadas, ya que sus vapores corregirían el aire y era necesario proceder a la limpieza de las calles y al enterramiento de los cadáveres. Poco a poco se fueron creando extramuros de las ciudades, donde se aislaba a los enfermos (el comienzo de la actual cuarentena), se les quemaba la ropa y recibían tratamiento y los santos sacramentos. Los médicos que atendían la epidemia de la peste llevaban como prevención la conocida máscara blanca acabada en pico



Figura 5. Grabado de Paul Fürst: Der Doktor Schnabel von Rom, con un poema macarrónico satírico en latín/alemán («Vos Creditis, als eine Fabel, / quod scribitur vom Doctor Schnabel»...), 1656.

que tapaba la cara para no contagiarse (Fig. 5). La utilidad de la máscara era doble; por una parte, se rellenaba la zona del pico con plantas aromáticas que ayudaban a mitigar los malos olores, y al mismo tiempo impedía que el médico se acercase demasiado al aliento de los apestados. En lo que respecta a la prevención, el aislamiento de los enfermos se realizaba acertadamente, ya que este se encuentra entre las principales medidas de prevención actuales.

Las representaciones pictóricas de signos y síntomas comunes de la peste negra aparecen fielmente representadas en las obras analizadas, dado que algunos de los pintores que dedicaron trabajos a su figura convivieron e incluso padecieron la enfermedad.

Los autores agradecen al Museo del Prado, al Museo de Bellas Artes de Valencia y al Museo de Bellas Artes de Castellón la autorización para la reproducción de sus obras.

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

