

# ETHICA

LA REVISTA DIGITAL DE LOS MÉDICOS

Número 172

Agosto 2024

ISSN 1514 - 688 X



INFORME ESPECIAL

## LA LUCHA CONTRA EL DENGUE CONTINÚA

NUEVA GUÍA CLÍNICA

## LOS ADULTOS MAYORES Y EL SEXO



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

**NO DEJEMOS  
DE REPORTARLO  
a [www.cmpc.org.ar](http://www.cmpc.org.ar)**

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

E-mail: [consejomedico@cmpe.org.ar](mailto:consejomedico@cmpe.org.ar)  
Página Web: [www.cmpe.org.ar](http://www.cmpe.org.ar)

**JUNTA DIRECTIVA**

**Dr. Héctor Rolando Oviedo**  
PRESIDENTE

**Dr. Diego Bernard**  
VICEPRESIDENTE

**Dr. Jorge Mainguyague**  
SECRETARIO

**Dra. María Cristina Ferrer**  
TESORERA

**Dr. Mario Vignolo**  
PRIMER VOCAL

**Dr. Adolfo Moyano Crespo**  
SEGUNDO VOCAL

**Dra. Carla Carta**  
**Dr. Diego Almada**  
**Dra. Eugenia Peisino**  
VOCALES SUPLENTE

**REVISORES DE CUENTAS**

**Dr. Eduardo Sacripanti**  
**Dra. Néilda Pussetto**

**CONSEJO DE DELEGADOS  
DE DISTRITOS**

**Dra. Nora Castro**  
PRESIDENTE

**Dra. Marcela Ogas**  
SECRETARIA

**COMITÉ EDITORIAL**

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

DIRECTOR

**Dr. Luis Otoniel Hormaeche**

DIRECTOR PERIODÍSTICO

**Luis E. Rodeiro**

CORRECCIÓN

**Lic. Mónica Taborda**

ARTE Y DIAGRAMACIÓN

**Hernán Sieber**

ISSN 1514-688X

Registro de Propiedad Intelectual N° 28798

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

CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

# LA CONSOLIDACIÓN DE UN PERFIL

**S**in duda alguna, de acuerdo a lo realizado hasta ahora, pasado los primeros seis meses, este año 2024, será el de la consolidación de un perfil, que se buscó, se planificó y se realizó. Al histórico compromiso con todos los colegas, con mayores ofertas y servicios, se sumó una decidida apertura de nuestro Consejo hacia la comunidad, como un aporte a instituciones y a la sociedad en general.

A nivel de apoyo a los colegas, podemos citar la fuerte ampliación de cursos sobre temas de actualización, en la mayoría de los casos como válidos para la certificación o recertificación de especialidades. A modo de ejemplo, en agosto se inició un curso de Formación en Medicina del Trabajo y un conversatorio sobre El ruido ocupacional y prevención de la pérdida auditiva, así como una actualización del Curso sobre Seguridad del Paciente, aportando al control y superación del error médico.

El incremento de las actividades de formación se completa con nuevas ediciones digitales de acceso directo de los matriculado de las ya históricas Guías Clínicas, con temas –entre otros- como Las Depresiones en la Adolescencia; Pacientes con Adenopatías; el Virus del Papiloma Humano y Cáncer Uterino; Diabetes en Pediatría y el Sexo en Adultos Mayores. Todas elaboradas por reconocidos especialistas y enfocadas primordialmente a los colegas del primer nivel de atención, pero válidas en general para todos los interesados en actualizarse.

Un lugar importante ha sido la puesta a disposición de todos los colegas, logros importantes desarrollado a través de todo un proceso, como todo lo relacionado con la Receta Electrónica, declarada obligatoria a nivel nacional, volcando toda la rica experiencia del Consejo en el desarrollo de la misma. A lo que se suma la puesta en marcha recientemente de la Plataforma Digital de Telemedicina.

Como hecho sobresaliente debemos mencionar el logro –por primera vez en la historia de nuestras instituciones- de la fijación de los honorarios

médicos éticos en conjunto con la Federación Médico Gremial y los Colegios y Círculos Médicos de toda la Provincia, que consolida una posición común de la entidades médicas, que nos fortalece para exigir su cumplimiento.

Con un seguimiento permanente de la realidad y los nuevos temas que surgen y que exige una respuesta médica hemos ido creando permanentemente Comisiones nuevas, como la recientemente hecho realidad sobre Medicina Ambiental, donde hemos reunido a especialistas destacados.

Para los próximos meses está en planificación un encuentro nacional sobre Inteligencia Artificial para analizar sus aportes al ejercicio de la medicina, así como un acercamiento a la medicina narrativa, que va ganando reconocimiento entre los colegas.

Por último cabe mencionar el apoyo solidario y oportuno a los reclamos y movilizaciones médicos por un honorario digno, así como la permanente preocupación por las crisis de los sistemas de salud y las grave situaciones como la denunciada por los cardiólogos intervencionistas ante el riesgo cierto de verse imposibilitados de poder colocar stents y realizar angioplastias, por el costo de los equipos y los insumos y la limitación de los remedios oncológicos o de la situación de la niñez y la influencia de la pobreza.

Por todo esto, estamos convencidos que este año que estamos transitando será la consolidación de un perfil institucional que nos enorgullece.



# NUEVO CURSO

## Paramédico

INSCRIPCIONES ABIERTAS

**DIRIGIDO A:** No Médicos.  
**METODOLOGÍA:** Presencial.

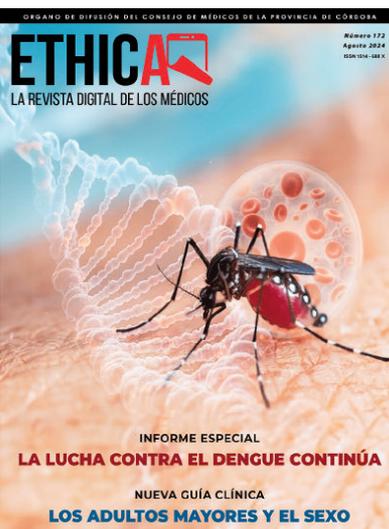
**TIPO DE CURSO:** Curso de nivelación en competencias teórico - prácticas para Técnicos Superiores en Emergencias Médicas.

**FECHA DE INICIO:** 16 de marzo de 2024  
**DÍAS DE CURSADO:** Sábados. Un módulo al mes.  
**DURACIÓN:** 9 meses.  
**CARGA HORARIA:** 100 hs.  
**DIRECTOR MÉDICO:** Dr. Marcelo Lamon.

[www.cmpc.org.ar](http://www.cmpc.org.ar)



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



## EDITORIAL

■ *CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA*

LA CONSOLIDACIÓN DE UN PERFIL .....3

## INSTITUCIONALES

■ *Acuerdo Interinstitucional*

EL CMPC CAPACITARÁ A FARMACÉUTICOS EN REANIMACIÓN  
CARDIOPULMONAR .....6

■ *PRESENTACIÓN Y PRIMERA REUNIÓN DE LA RED  
DE FARMACOVIGILANCIA.....8*

■ *El Consejo, sede de un Workshop del Ministerio de Salud  
PLANIFICANDO LAS ACCIONES CONTRA EL DENGUE .....9*

## INFORME ESPECIAL

■ *DENGUE: CÓMO SE PREPARAN NACIÓN Y PROVINCIA  
PARA LA TEMPORADA 2024-2025 .....12*

■ *Para el CMPC se necesita voluntad política, coordinación intersectorial,  
la participación activa de la comunidad y el fortalecimiento de las leyes  
sanitarias*

DESAFÍOS PARA EL ABORDAJE DEL DENGUE  
EN LA PRÓXIMA TEMPORADA .....15

## DE INTERÉS MÉDICO

■ *Nueva Guía Clínica*

SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR.....18

## CULTURA

■ *Documento de la investigación*

SOBREVIVIR A LA RESIDENCIA ..... 22

■ *EL ERROR EN MEDICINA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ..... 25*

## NUESTRA PORTADA

Ante la probabilidad, con fundamentos de los especialistas y la organizaciones médicas que vivamos el próximo verano con un crecimiento de enfermos por dengue, los gobiernos nacionales, provinciales, municipales están desarrollando y planificando campañas especiales, nuestra Revista Ethica Digital dedica su Informe Especial sobre el tema. Es por ello que elegimos ilustrar nuestra portada con un foto del mosquito, que fue publicada en el diario Norte.



# EL CMPC CAPACITARÁ A FARMACÉUTICOS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

A TRAVÉS DE UN CONVENIO CON EL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS, EL CONSEJO DE MÉDICOS BRINDARÁ A TODOS SUS AFILIADOS DE LA PROVINCIA, CURSOS DE REANIMACIÓN CARDIOVASCULAR Y DE MANIOBRA DE HEINLICH, COMO UN NUEVO APORTE A LA SALUD DE LOS CORDOBESES, EN UNA POLÍTICA PERMANENTE DE LA INSTITUCIÓN DE EXTENSIÓN HACIA LA COMUNIDAD.

El convenio fue firmado el jueves 15 por el presidente del Consejo, Dr. Héctor R. Oviedo, y el titular del Colegio de Farmacéuticos, Germán Daniele. En el acto estuvo presente el ministro de Salud de la Provincia, Ricardo Pieckenstainer, quien destacó la importancia del acuerdo y señaló que sería positivo extenderlo a otras actividades.

*“Ojalá pudiéramos hacer esto con los otros colegios profesionales, porque tener una persona capacitada y entrenada para una circunstancia crítica como ésta es mucho mejor que nada”,* indicó Pieckenstainer.

Cabe destacar que hay unas 1.900 farmacias adheridas al Colegio en toda la provincia; 600 de ellas, en Capital. Su titular, afirmó: *“Las farmacias representan una extensión del sistema público de salud por la presencia territorial que tienen en toda la ciudad de Córdoba y la provincia. Precisamente por esa inserción, nos pareció oportuno que ese recurso humano tuviese este tipo de formación”.*



*El Presidente del CMPC y autoridades de Colegio de Farmacéuticos firmando el convenio*

Por su parte, el Dr Oviedo explicó que *“tener a alguien entrenado en maniobras de RCP puede salvar la vida de una persona, o morigerar las consecuencias de un evento cardiovascular desafortunado”.* Y completó: *“En la mayoría de los pueblos de la provincia hay una farmacia, o sea que tener a una persona entrenada y que pueda aportar en una situación de emergencia es algo vital”.*

Nuestro Consejo cuenta con instalaciones y equipamiento que per-

mitarán desarrollar rápidamente las capacitaciones, en grupos de entre 40 y 50 participantes. Para los sitios alejados de la Capital, podrán utilizarse sedes del Colegio en el interior.

*“Es una manera de asumir compromisos institucionales no sólo con nuestros afiliados, sino también con toda la sociedad. Es importante que cada vez más personas en la sociedad estén capacitadas para aportar en estas situaciones críticas”,* añadió el presidente del Colegio de Farmacéuticos.

# PRESENTACIÓN Y PRIMERA REUNIÓN DE LA RED DE FARMACOVIGILANCIA



**E**l viernes 6 de septiembre, a las 13, se realizará en el Consejo de Médicos, la presentación y primera reunión de la Red de Farmacovigilancia, en la que participarán representantes de distintos hospitales y sanatorios públicos y privados de Capital e interior, así como autoridades de Anmat.

El encuentro se realiza bajo la idea de que se trata del desarrollo de una instancia clave para contribuir a la salud de la población y se efectúa en el marco de una serie de iniciativas para fortalecer el respaldo al matriculado y colaborar así en la atención sanitaria de la población.

La acción de farmacovigilancia es clave porque prescripción y de seguimiento de tratamientos farmacológicos

de nuestros pacientes es indelegable y, por ello, es fundamental notificar las sospechas de reacciones adversas que se puedan detectar en la práctica.

Como dice la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS): "Los medicamentos, que incluyen a las vacunas, han transformado la prevención y el tratamiento de las enfermedades a lo largo del tiempo. Además de sus beneficios, pueden tener efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser indeseables o inesperados. La farmacovigilancia es la ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de las reacciones adversas o cualquier otro problema de salud relacionado con medicamentos o vacunas".

# PLANIFICANDO LAS ACCIONES CONTRA EL DENGUE

**E**l martes 27 de agosto se realizó en el Consejo un workshop sobre la Gestión de Información del Dengue, organizado por el Ministerio de Salud de la Provincia, en el cual se definió en equipo los datos a usar para combatir la enfermedad. El encuentro también involucró la participación del Instituto de Investigación y Planificación Sanitaria (IIPLAS) y el laboratorio Takeda.

Con la participación de las autoridades sanitarias de la provincia y autoridades del Consejo Médico de la Provincia de Córdoba, se contempló durante la jornada actividades para definir objetivos (incluyendo agilidad y colaboración en producir y utilizar datos propios y de otras fuentes), con foco en acelerar los procesos de abordaje que tendrán el liderazgo del Ministerio de Salud. Las actividades estuvieron orientadas a capacitar y dar herramientas a quienes producen y utilizan datos, buscando construir seguridad y confianza en la privacidad y seguridad de los datos que se utilizarán. *(Ver Informe Especial, donde se da cuenta de otras acciones emprendidas por los ministerios de salud de la Nación y de la Provincia).*



*Autoridades del Ministerio de Salud y del Consejo de Médicos, en el momento que su presidente Héctor Rolando Oviedo, les da la bienvenida a los presentes.*



# Colores y Paisajes

CM  
PCI Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba



COMISIÓN DE ACTIVIDADES SOCIALES Y CULTURALES

## INAUGURACIÓN DE MUESTRA PICTÓRICA PAISAJISTA



### ARTISTAS REPRESENTADAS EN LA EXPOSICIÓN

DRA. GRACIELA ARIZA  
DRA. ALBA VASCHETTO  
DR. CARLOS ALTAMIRANO  
DRA. GRACIELA GIACHERO



*Jueves 29 de agosto 19 hs.*

**Lugar: CMPC - Mendoza 251 - B° Alberdi**

# CONOCÉ AUTOGESTIÓN

EN AUTOGESTIÓN USTED PODRÁ

[www.cmpc.org.ar](http://www.cmpc.org.ar)

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



Descargar los CERTIFICADOS de MATRÍCULA A LIBRE DEUDA y de ÉTICA



Imprimir RESOLUCIONES CON FIRMA DIGITAL



Consultar y descargar todos los tomos de GUÍAS CLÍNICAS en PDF



Realizar el pago de la MATRÍCULA PROFESIONAL



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



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



Realizar el pago de la cuota de APROSS



Realizar pagos e inscripción a los CURSOS DE CAPACITACIÓN



Acceder e Imprimir sus RECIBOS YA ABONADOS

tus trámites  
en dos clicks



Consejo de  
Médicos de la  
Provincia de  
Córdoba



# DENGUE: CÓMO SE PREPARAN NACIÓN Y PROVINCIA PARA LA TEMPORADA 2024-2025

DESDE LA CARTERA SANITARIA NACIONAL INDICARON QUE SE VACUNARÁ A 90 MIL JÓVENES DE ENTRE 15 Y 19 AÑOS A PARTIR DE SEPTIEMBRE. INSISTEN EN LA NECESIDAD DE LUCHAR CONTRA EL VECTOR Y MEJORAR EL SISTEMA DE NOTIFICACIONES. LAS FÁBRICAS DIJERON QUE HABRÁ BUEN ABASTECIMIENTO DE REPELENTES. (POR ALEJANDRA BERESOVSKY)

Para **Mario Russo** y **Leonardo Busso**, ministro de Salud y secretario de Calidad en Salud de la Nación, respectivamente, la temporada 2023-2024 fue un aprendizaje para lo que vendrá. Los funcionarios se toparon con un hito en la historia del dengue en el país, con la mayor cantidad de casos de los que se tenía registro.

Así lo aseguraron en un encuentro con integrantes de la Red Argentina de Periodismo Científico de la que participó Ethica Digital, el miércoles 21 de agosto, cuando presentaron ante este grupo las principales líneas de acción del “Plan estratégico para el abordaje integral del dengue” para la temporada 2024-2025, que incluye, entre otras, una mejora en el registro de casos, la indicación a las provincias de reforzar la atención primaria y la adquisición de 160.000 dosis de la nueva vacuna que permite disminuir la hospitalización y los casos graves.

La compra de estas vacunas fue el resultado de un acuerdo con el laboratorio que las elabora, Qdenga, y estarán destinadas a jóvenes de 15 a 19 años por

recomendación de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaln), ya que en este segmento etario se verificó la mayor cantidad de internaciones en el último brote, en el que hubo más de 580 mil casos y 419 defunciones (una letalidad del 0,072%).

Para Russo es clave optimizar el sistema de notificaciones, porque las inconsistencias pueden generar un problema al momento de la planificación. En ese sentido, señaló que están trabajando con las distintas jurisdicciones a través de la Dirección Nacional de Epidemiología. El funcionario ejemplificó que en la temporada pasada hubo una semana en la que el número de casos informados pareció aumentar abruptamente y ser la mayoría de Córdoba. Eso se debió a que “habían enviado todas las notificaciones juntas”, según aseveró.

Los funcionarios afirmaron que el rol del Ministerio de Salud de la Nación será de rectoría, para definir lineamientos, supervisar evaluar, distribuir insumos, capacitar y asistir técnicamente y con financiamiento a través del programa SUMAR –al que consideran virtuoso

porque paga por prestación- en el que se pretende canalizar todas las acciones para no tener múltiples programas simultáneos. Desde la cartera sanitaria insistieron en la importancia de la atención primaria de la salud y en la necesidad de foco de las jurisdicciones locales.

La acción también incluirá la vigilancia entomológica y control de vectores, la comunicación (a través de una campaña de difusión a través de los medios masivos) y el apoyo operacional y logístico.

Respecto del abastecimiento de repelentes, la cartera mantuvo una reunión con los fabricantes con el fin de que les transmitieran si necesitaban algún tipo de facilidad para la importación y para conocer el nivel de producción que tendrán. Los funcionarios aclararon que el Estado no fabricará repelentes e indicaron a la prensa que habrá un registro de productos autorizados por Anmat y que las empresas también comprometieron que encararán la difusión de medidas de prevención.

Russo y Busso aseguraron que habrá una estrategia conjunta con NOA, NEA y Centro del país, incluidas Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos y destacaron la importancia de continuar luchando contra el vector. Uno de los puntos es comenzar a vacunar en septiembre a la población objetivo (de 15 a 19 años) para llegar a la temporada con el esquema completo, ya que entre la primera y la segunda dosis deben mediar tres meses.

Acción provincial

En tanto, la Provincia anunció un desembolso de 7.500 millones de pesos en adquisición de vacunas, repelentes, kits de test rápidos, elementos descartables y otros insumos. Esta partida incluyó la compra de 150.000 dosis vacunas –cuya aplicación está prevista para septiembre– para quienes estuvieron internados, así como para personal de salud público y privado, y 60 mil test.



**¿SABÍAS QUE EL MOSQUITO TRANSMISOR DE ZIKA, DENGUE Y CHIKUNGUNYA PUEDE HABER PUESTO HUEVOS EN TU CASA?**

Por eso, lo mejor que podés hacer para cuidarte y cuidar a tu familia, es **eliminar los criaderos de mosquitos.**

**Es bien simple.**

- Se estima que el próximo verano puede darse un brote importante de esta enfermedad transmitida por del mosquito aedes aegypti.
- Los datos del pasado verano son más que preocupantes. Es el segundo año consecutivo que no se corta la transmisión del virus. Esto es lo que muestra un cambio en el comportamiento del vector, que es el mosquito.
- El objetivo de vacunación es entre jóvenes de entre 15 y 19 años de departamentos del noreste y noroeste y de Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe. Se trata de disminuir la mortalidad por esta causa.

**Seguí estos consejos para eliminar los huevos de mosquito**



Vaciá, cepillá y da vuelta objetos que acumulen agua y tirá los que no uses.



Cambiá seguido el agua de floreros y bebederos.



Vaciá el agua acumulada en cubiertas.



Tapá tanques de agua o poneles mosquitero.



Liberá canaletas de hojas y tierra, y cepillá los bordes.



Limpiá y cepillá rejillas de desagües.

- Repetí estas acciones todas las semanas y cada vez que llueva -

PARA EL CMPC SE NECESITA VOLUNTAD POLÍTICA, COORDINACIÓN INTERSECTORIAL, LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA COMUNIDAD Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS LEYES SANITARIAS.

# DESAFÍOS PARA EL ABORDAJE DEL DENGUE EN LA PRÓXIMA TEMPORADA

EL ABORDAJE DEBE SER INTEGRAL Y NO SE REDUCE AL SECTOR DE LA SALUD, SINO QUE ES ECOSISTÉMICO. LOS CAMBIOS SOCIALES Y AMBIENTALES SON FACTORES ASOCIADOS Y CONOCERLOS CONTRIBUYE AL DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y A LA ADHESIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN. PARA CONOCER EL MIRAJE DEL CONSEJO DE MÉDICOS SOBRE EL RIESGO DEL DENGUE, SOLICITÓ A LA **DRA. EUGENIA PEISINO**, MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA SOBRE LOS DESAFÍOS A TENER EN CUENTA PARA UNA CAMPAÑA EFICAZ.



**E**l dengue es una enfermedad endemo-epidémica en la mayor parte del mundo y una de las que más rápidamente se expande en el planeta. No se considera un problema vinculado exclusivamente al sector salud, y, por lo tanto, no puede ser encarado solo por los actores de ese ámbito; en cambio, debe entenderse desde una mirada transversal y amplia de determinantes ecológicos, sociales y ambientales. Se requieren, entonces, abordajes ecosistémicos, con amplia participación de varias disciplinas.

Sin lugar a dudas, hay un espacio para el debate sobre el impacto del cambio climático en la distribución del *Aedes aegypti*, dado que el aumento y, en particular, las variaciones de las temperaturas, influyen fuertemente en la adaptación que ha tenido el mosquito al clima de los denominados “nuevos territorios”, lejos de las zonas tropicales donde originariamente estaba este vector.

La relación de nuestro país con el dengue data de 1916 en Salto, donde se reportó un caso autóctono. En 1958, se certificó que el *Aedes aegypti* había sido erradicado, fruto de una acción en todo el continente promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el marco de un programa complejo internacional de gran escala. Hasta 1980, el mosquito vector quedó concentrado en las

áreas del Caribe. La reinfestación a partir de esa fecha fue vinculada al aumento de la pobreza, a la resistencia a los insecticidas y a los deterioros de las medidas de prevención y vigilancia epidemiológica. A partir de ese momento, la presencia del vector en el sur del continente fue progresiva y sin retorno.

En nuestro país, se constató su presencia en 1997. Desde esa fecha, al *Aedes aegypti* se lo encuentra cuando se lo busca con los métodos existentes para su vigilancia y su presencia varía según el departamento, lo cual depende, entre otros aspectos, a la densidad poblacional, a la cercanía con las fronteras y a los fenómenos migratorios internos y externos.

El fenómeno migratorio es un factor determinante, por su magnitud creciente y por su impacto en la transmisión de hábitos, costumbres y enfermedades. La creciente urbanización de la población, con sus cinturones de pobreza y marginación, junto a las culturas del creciente consumo de toda la sociedad, ha generado un gigantesco crecimiento de distintos tipos de desechos, de residuos, generando serios problemas para su procesamiento y reciclado. Los residuos a cielo abierto se transforman mucho de ellos en fantásticos criaderos de mosquitos *Aedes aegypti*.



En este escenario, todo el mundo coincide en que el centro de la estrategia es el compromiso social que permita cambios de comportamientos de personas, grupos e instituciones, eficaces frente a esta realidad epidemiológica. La eliminación consciente de los criaderos domiciliarios y peridomiciliarios pasa ser el centro de la estrategia contra el dengue y demás virosis transmitidas por el *Aedes aegypti*. En esto juega un papel determinante el sistema educativo, a los efectos de trabajar con la población más joven, más receptiva de estos mensajes y más dispuesta a modificar conductas.

Asimismo, es clave el rol de los medios de comunicación y la difusión de mensajes claros y permanentes, que superen la imagen de la fumigación masiva como paradigma de la lucha contra el mosquito.

Dentro del sistema de salud, el primer nivel de atención juega un rol sustantivo, si se considera que los determinantes de la salud tienen, en gran medida, un carácter más social que biológico, y que están más asociados a la desigual distribución de la riqueza que a su producción, o a los logros y avances de la ciencia de un país en particular, donde el incremento de la desigualdad y la exclusión de la sociedad son algunas de sus consecuencias.

Ver a la salud y su determinación como un producto social significa estudiar a la población interconectada a la realidad social en que vive, a los diferenciales, desigualdades e inequidades en salud que se encuentran presentes en ese contexto y que se hacen visibles a partir de la caracterización de los determinantes de la salud y de las premisas para su estudio. No hay dudas del impacto que ejercen el ingreso y el nivel social, las redes de apoyo social, la escolaridad, la cultura y la organización de los servicios sanitarios sobre los niveles de salud de la población.

Las estrategias de intervención consisten en identificar y organizar un conjunto de medidas sanitarias aplicadas a una persona, grupo o comunidad, que implican acciones de promoción, mantenimiento y restauración de la salud, que deben tener como base la intersectorialidad, indispensable para su realización. Sin lugar a dudas, la solución menos costosa y más segura para transitar de la enfermedad al bienestar encuentra diversos obstáculos derivados de formas de pensar que no se han modificado a la misma velocidad que requiere la transformación. Es curiosamente, un problema, porque no siempre es valorada como solución por todos los que tienen que ver con su ejecución y porque aun cuando es concebida de manera clara, en su forma de materialización puede encontrar dificultades.

Además, para exigir la participación comunitaria y tener éxito en la misma, debemos tener en claro que las necesidades básicas de la comunidad no pueden estar insatisfechas; de lo contrario, no habrá motivación para el compromiso, ni abordaje integral de la problemática planteada.

Indudablemente, la intersectorialidad constituye la forma de abordaje adecuada para las estrategias en las que se requiere la participación de todos los sectores de la sociedad, y es la forma de plasmar en la realidad las políticas públicas relacionadas. El dengue es una de las enfermedades más relacionadas con las comunidades, porque depende del desarrollo social y educativo, además de estar asociado a patrones socioculturales y ambientales.

Para el control de esta enfermedad, se necesitan – como decíamos al comienzo- cuatro elementos básicos: voluntad política, coordinación intersectorial, participación activa de la comunidad y fortalecimiento de las leyes sanitarias.

# DENGUE



Evitá tener recipientes en la vivienda y alrededores que puedan acumular agua.



Protégete con prendas que te cubran los brazos y las piernas.



Aplica repelente en las áreas expuestas de tu piel.



Instalá mosquiteros en las ventanas y puertas de tu vivienda.



Extremá la precaución en embarazadas, niños y enfermos crónicos.



# SEXUALIDAD

## EN EL ADULTO MAYOR

*Dr. Pablo Vega M.P.Nº 31335/3 Médico especialista en Medicina General M.E.Nº 12025 Médico especialista en Medicina de Emergencias 14358 Diplomatura en Diabetes Mellitus. Diplomatura en Sexología Clínica*

### INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ser sexuado desde su nacimiento y hasta su muerte. La sexualidad no solo posee una connotación física, sino que es una forma de interrelación humana. Nuestro desarrollo sexual comienza antes de nacer y permanece aún en la vejez.

La OMS plantea que la sexualidad es un aspecto central del hecho de ser humano, y abarca el sexo, las identidades, los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.

En general cuando hablamos de sexualidad asociamos esta idea con personas jóvenes y de mediana edad, pero rara vez pensamos en adultos mayores. ¿Estamos presuponiendo? ¿En qué nos basamos para pensar que los adultos mayores no tienen sexualidad? Claramente nos estamos equivocando; los adultos mayores sí gozan su sexualidad, la viven, la disfrutan, todo a su justa medida solo que con algunas pequeñas diferencias.

Antes de abordar las disfunciones más comunes que pueden presentar tanto mujeres como hombres en esta etapa de la vida, debemos aclarar dos cuestiones:

- La primera es que existen cambios relacionados con la edad que no constituyen patología alguna.

- La segunda es que desde hace ya mucho tiempo que se intenta despatologizar estas “disfunciones” y por eso cuando hablamos de que un paciente que nos consulta por alguna de ellas, preferimos utilizar el término “consultante”.

Hacer que la persona que consulta entienda que “el problema” por el cual acude no siempre tiene como causa una patología orgánica, es fundamental para que posible solución.

### Cambios relacionados con la edad en el funcionamiento sexual masculino

En cuanto a las erecciones que en los jóvenes son prácticamente instantáneas y se producen de tan solo ver a la persona que le gusta o con solo besarse, cuando el hombre está en sus 60 años esto no es tan así. Para lograr la erección se necesita una estimulación más larga e intensa.

Por otro lado, disminuye la cantidad de orgasmos semanales con los cuales el hombre se siente satisfecho.

En cuanto al período refractario que sería el tiempo que transcurre después del orgasmo hasta que el hombre puede lograr una nueva erección, también se prolonga de manera significativa. Este tiempo que en los jóvenes puede ser de algunos minutos, en los hombres mayores de 60 años esto se puede prolongar entre 12 y 24 horas.

Los hombres de esta edad refieren que el orgasmo va perdiendo importancia dentro de la experiencia sexual y que cobran notoriedad los abrazos, los besos y las caricias, o sea el juego amoroso.

Sin embargo, los hombres de edad avanzada siguen siendo potencialmente sensibles a la estimulación erótica y especialmente si han mantenido una sexualidad activa.

Mejoras de las técnicas sexuales pueden ayudar a acomodar estos cambios, ya que la única diferencia es que los sujetos de más edad requieren una estimulación física más intensa y más tiempo para gozar del sexo de una manera plena.

## **Cambios relacionados con la edad en el funcionamiento sexual de la mujer**

En los años postmenopáusicos, la respuesta sexual femenina muestra también grandes variaciones de una mujer a otra. Las mujeres que cuentan con oportunidades sexuales de manera regular suelen conservar su capacidad de respuesta sexual, pero aquellas que nos las presentan su sexualidad comienza a declinar. En esta etapa también se da una disminución física del impulso sexual.

Fisiológicamente, si existe un declive, la lubricación vaginal tiende a producirse más lentamente. En marcado contraste con los varones, las mujeres de más edad siguen siendo capaces de gozar de múltiples orgasmos.

## **Para ambos sexos**

Si bien las anomalías relacionadas con la erección y la libido se van haciendo más acentuadas con la edad, una pareja de cierta edad puede gozar del placer sexual a lo largo de toda su vida.

La gran mayoría de las quejas sexuales en esta etapa de la vida son producto de reacciones psicológicas adversas a los cambios biológicos normales relacionados con la edad y que afectan a la respuesta sexual.

A estas parejas se las puede ayudar haciéndoles ver que los cambios sexuales relacionados con la edad no son idénticos en la mujer y el hombre; y que son producto de ciertos ritmos biológicos y no de la calidad del amor o de la capacidad de seducción.

La pareja debe aprender a aprovechar esas diferencias y cambios para incrementar su intimidad y el placer y la gratificación que pueden darse el uno al otro.

## **Disfunciones sexuales más frecuentes:**

### **■ DISFUNCIÓN ERÉCTIL:**

**Definición:** trastorno caracterizado por la incapacidad para lograr y mantener una erección suficiente que permita un coito satisfactorio y es junto con la Eyacuación Precoz (que no será descripta en este capítulo, ya que en el adulto mayor es poco frecuente) la disfunción más frecuente en los hombres.

**Epidemiología:** Es un trastorno progresivo de alta prevalencia dada su asociación con enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, diabetes y depresión, así

como algunos medicamentos utilizados para el tratamiento de estas entidades. El MMAS (Massachusetts Male Aging Study) mostró una prevalencia de 52% en pacientes entre 40-69 años.

Se considera que después de los 40 años uno de cada dos hombres sufre algún grado de disfunción eréctil.

**Diagnóstico:** Un correcto interrogatorio y detallado examen físico son capaces de brindar un diagnóstico etiológico en 90-95 % de los casos. Debemos tener en cuenta que la anamnesis es fundamental en la mayoría de los casos para acercarnos al diagnóstico.

**Tratamiento:** Es fundamental lograr un diagnóstico etiológico de la Disfunción Eréctil, porque de acuerdo a esto sabremos si podemos brindarle un tratamiento al consultante.

Cuando la disfunción pueda generarse por una medicación, debemos evaluar si es posible un cambio en la medicación, para controlar después de un tiempo.

Por otro lado, cuando la sospecha sea una causa psicógena la derivación con un Sexólogo es primordial y en caso de ser necesaria la derivación con psicología.

También debemos tener en cuenta que en los casos de causas orgánicas existe la posibilidad de que dicha disfunción no mejore incluso con la utilización de vasodilatadores como sildenafil y/o tadalafilo, en estos casos se debe explicar al paciente claramente su situación y sugerir consulta con sexólogo para que pueda conversar sobre sexualidad sin penetración y de esta manera descartar como única posibilidad el coitocentrismo.

### **■ DESEO SEXUAL HIPOACTIVO**

**Definición:** Según la DSM-IV el deseo sexual hipactivo es una disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. Se deben tener en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan la actividad sexual.

En líneas generales el/la paciente llega a nuestro consultorio manifestando: "No tengo ganas". Entonces, debemos comenzar una anamnesis focalizada, para poder evaluar cual es la causa, los posibles desencadenantes y poder ayudar a nuestro/a consultante a conseguir solucionarlo.

Como en la mayoría de las disfunciones, las causas son múltiples y se pueden relacionar tanto con factores orgánicos y problemas de salud, como con problemas psicológicos personales, problemas de la relación (sistémicos), o problemas ajenos a la relación pero que la afectan.

**Es muy importante resaltar que la frecuencia de las relaciones sexuales depende de múltiples factores y que no existe la definición de frecuencias “normales” o “anormales”.**

**La disfunción, es tal, cuando la “queja” por la misma surge de la propia persona y no por las expectativas y/o demandas de la pareja.**

**Etiología:** Las causas de esta disfunción pueden ser:

■ **Médicas:** depresión, medicamentos utilizados para distintas patologías, déficit de andrógenos, etc.

■ **Psicógenas:** ésta es la causa de la mayoría de los casos.

Es muy importante la derivación a un sexólogo clínico para el abordaje

### TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO

**Definición:** Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres presentan una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. Se constituye la disfunción cuando la alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones de la paciente.

La mujer relata que no logra llegar al orgasmo aún cuando la estimulación previa sea acorde a sus expectativas y habiendo alcanzado un elevado nivel de excitación durante un tiempo que considera razonable.

**Diagnóstico:** La mujer que consulta llega a la entrevista relatando claramente el problema. De cualquier manera, es fundamental una buena anamnesis, ya que esto quizás nos acerque al diagnóstico etiológico.

**Tratamiento:** Va a depender de la causa. Podemos iniciar un proceso de reconocimiento de sus sensaciones y la búsqueda de las formas de estimulación más placenteras. Puede ser de utilidad la derivación con un sexólogo clínico.

Es importante que derivemos a la paciente a realizar psicoterapia, terapia de pareja, además de la consulta con

sexología.

Cabe aclarar que no existe un tratamiento médico que solucione la disfunción.

Como dijimos al comenzar, estas son 3 de las disfunciones sexuales que pueden ser frecuentes en los adultos mayores, pero de ninguna manera ocupan el puesto principal de las consultas sobre sexualidad en esta etapa de la vida.

Como profesiones de la salud es nuestra tarea desmitificar que los adultos mayores no tienen deseo y son seres asexuados porque nada más alejado de la realidad que este preconceito. Lo importante es que como médicos interroguemos a nuestros pacientes sobre su sexualidad ya que, en muchas ocasiones, quizás por pudor no realizan preguntas que los podría ayudar a resolver algunos inconvenientes que presentan.

Entender que la mayoría de los casos planteados como disfunciones, son en realidad procesos habituales del envejecimiento que con algunos consejos prácticos podemos ayudar a resolver.

Si los profesionales de la salud logramos reformular conceptos que teníamos sobre la sexualidad de los adultos mayores, podremos ayudar a que nuestros pacientes continúen viviendo su sexualidad de una manera plena y feliz.

### Bibliografía:

- *Sexualidad en personas mayores, Clases posgrado de Sexología Clínica, Dr. Juan Carlos Kusnetzoff – Lic. Lucia Báez Romano*
- *Manual Médico de Terapia Sexual, Dr. Francisco Cabello Santamaria.*
- *La nueva Terapia Sexual, Tratamiento Activo de las disfunciones Sexuales, Helen Singer Kaplan.*
- *Fenomenología de la sexualidad en el adulto mayor, Cayetano Fernández Sola, editoras Jessica García Gonzáles - María Isabel Ventura Miranda.*
- *Hablemos de Sexo, diálogos con expertos. SASH (Sociedad Argentina de Sexología Humana)*



# SOBREVIVIR A LA RESIDENCIA

Errar es de humanos, perdonar es divino  
Un relato conmovedor que desnuda las  
emociones de una médica residente  
enfrentando sus mayores fantasmas

*Autor/a: Victoria Johnson*

*Fuente: N Engl J Med 2024 Jul 4;391(1):6-7  
To Forgive, Divine*



Cuando entré al hospital para una guardia de 28 horas como médico residente de medicina interna de último año, no tenía idea de que estaba a punto de cometer un grave error.

Cerca de la mitad de mi guardia, me llamaron para admitir a un paciente que había tenido una caída varios días antes y había desarrollado el síndrome de cauda equina debido a fracturas vertebrales. También había presentado otros problemas, incluyendo fibrilación auricular de nuevo inicio, una infección del tracto urinario, y una posible neumonía.

No sabía mucho sobre el síndrome de cauda equina - este fue mi primer caso de la vida real - excepto que era una emergencia quirúrgica. Desafortunadamente, por neurocirugía, la parálisis del paciente probablemente sería permanente, por lo que la intervención debía retrasarse hasta que sus otras condiciones se estabilizaran en el servicio de emergencia.

Sabía cómo manejar la fibrilación auricular. Pedí un ecocardiograma y calculé su puntuación CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, que indicaba que estaba en riesgo sustancial de accidente cerebrovascular y era candidato a anticoagulación. Decidí que un goteo de heparina sería lo mejor, ya que sus efec-

tos disminuirían rápidamente si necesitara ir a cirugía.

Más tarde esa noche, no pude escapar de la sensación de que me estaba perdiendo algo, así que consulté el caso con un amigo residente que trabajaba en el departamento de emergencias. Me sentí tranquilo, hasta que me preguntó si había un hematoma epidural complicando las fracturas. Ni siquiera sabía que debía preocuparme por eso. Rápidamente controlé los informes de la tomografía computarizada y la resonancia magnética. Y cinco líneas abajo de la larga lista de hallazgos significativos en el informe de la RMN, ahí estaba, informado evidente: hematoma epidural.

Eran como las 3 a.m. En pánico, de inmediato corté el goteo de heparina. Recordé que el antídoto era protamina, pero nunca lo había indicado, así que llamé al farmacéutico para pedir ayuda.

Sentí que mi credibilidad se desintegraba cuando le dije lo que estaba pasando y él respondió de esa manera horrorosamente tranquila y controlada que te dice que algo horrible ha pasado.

Cuando sos un estudiante de medicina y marcas la opción equivocada en una pregunta de opción múltiple porque te perdiste un detalle crítico, no pasa nada malo con nadie excepto contigo. Las apuestas son más altas

cuando, como pasante, empezás a escribir órdenes, pero en gran medida todavía estás siendo supervisado.

Convertirse en un residente de último año significaba la primera prueba verdadera de mi habilidad como médico para determinar el tratamiento correcto por mi cuenta. Y había fallado, rotundamente.

Mi médico superior era un respetado líder, venerado entre los residentes por su juicio clínico y muy querido por su compostura empática. Antes de las rondas, le pedí que subiera al pasillo y le conté de mi error. Estaba mortificado, esperando lo peor, pero su respuesta fue calma y orientada a la acción. Preguntó sobre el progreso del paciente y sugirió una nueva imagen del hematoma.

En ese momento, casi que parecía peor que no me gritara y me dijera que no valía la pena sentirme como me sentía, que en realidad no era alguien peligroso para los pacientes. Deduje que no estaba más molesto porque esperaba que fracasara, habiendo notado ya mis deficiencias. Ahora mirando hacia atrás, más de 10 años después, veo su respuesta llena de compasión.

Afortunadamente, el desenlace del paciente no fue peor como resultado de mi error. Se recuperó tan bien como se podía esperar. En cuanto a mí, estaba perdido. Mi vergüenza no tenía fondo. Mi identidad estaba envuelta en el trabajo diario de la residencia, e inesperadamente cometí este terrible error que contradijo completamente mi juramento de ante todo no hacer daño.

Demasiado agotado y abrumado para contemplar cualquier otra opción, seguí trabajando. Más tarde esa semana, cuando estaba caminando por el pasillo de la sala, mi médico superior me dijo que cuando era residente, había dejado por error a un paciente con una hemorragia gastrointestinal en un goteo de heparina durante varios días. Me sorprendió que este venerado médico, a quien hubiera elegido con gusto cuidar de alguien de mi familia, podría haber cometido un error tan peligroso.

En mi opinión de ese momento, cultivada dentro de una cultura tóxica de perfección, los buenos médicos no cometían errores graves. Sin embargo, me quedó claro que mi superior no era un médico malo, todo lo contrario. Si alguien como él pudiera cometer un error tan serio, tal vez yo no era una causa perdida después de todo. ¿Podría ser un buen médico ser compatible con cometer errores?

Todavía no era consciente de que los médicos no están exentos de la máxima de que el error es inevitable siempre y cuando los humanos estén involucrados y que los médicos realmente cometen errores cada día.

Ahora me doy cuenta de lo increíblemente afortunado que fui que mi superior compartió su historia conmigo. Al hacerlo, normalizó no sólo la realidad del error médico, sino también la idea de hablar de errores fuera de los ajustes formales de la revisión de casos. Esos tipos de procedimientos, si bien son útiles para identificar los factores que contribuyen a los errores, hacen poco para aquietar las voces dentro de tu cabeza que te mantienen despierto por la noche, diciendo, "esto no habría pasado con un mejor médico".

Desde esa noche, he cometido más errores, y ahora entiendo por qué cada cirujano lleva dentro de sí un pequeño cementerio, donde de vez en cuando se van a rezar, un lugar de amargo arrepentimiento, donde ellos deben buscar una explicación para sus fracasos. Esta metáfora refleja una profunda tristeza que acompaña errores graves. Hay una sensación de algo sagrado que se está perdiendo, una violación de nuestro voto de sanar y nunca dañar.

En medicina, no hablamos a menudo de nuestros errores. Sin embargo, a raíz de un grave error, las conversaciones más sanadoras que he tenido ha sido con otros médicos que me han hablado de sus equivocaciones. Su vulnerabilidad y empatía al compartir estas historias difíciles ha demostrado ser el único antídoto verdadero a mi vergüenza. Ahora que tengo un cementerio propio, cuando lo visito no estoy solo, ya que recuerdo las historias de los médicos que respeto y confío.

Es aterrador y profundamente humillante darse cuenta de que podemos cometer errores dolorosos. Pero también hay algo alentador en la forma en que todavía nos presentamos todos los días, sabiendo que, a pesar de nuestros mejores esfuerzos, cometeremos errores, y posiblemente serios. En las conexiones que formamos en nuestra lucha compartida, mientras nos reunimos en urgencias, pasillos y salas de examen vacías, abrazados por las historias de nuestros peores juicios y faltas, reconocemos al universo la realidad de nuestras limitaciones.

Y luego volvemos al trabajo.

# EL ERROR EN MEDICINA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**E**l error es una acción u omisión inapropiada e involuntaria. Hay que aceptar que en la medicina existe la posibilidad del error, comprensible por la incertidumbre inherente a toda actividad humana y a la predictibilidad incompleta de los hechos clínicos.

Provoca en el profesional médico un profundo dolor moral y un sentimiento de culpa si ha generado un daño, y la magnitud de ese sentimiento será proporcional a la magnitud del daño y al reproche del paciente y sus allegados.

Equivocarse pone en peligro la autoestima y el prestigio. Resulta imposible que aquellos que inician su experiencia asistencial no cometan errores. Es una fuente esencial de aprendizaje y de hecho existen mecanismos institucionales de supervisión que evita que esos errores se activen hasta el daño. Por ello, la notificación del error debe ser lo más rápido posible, lo cual exige no ser ocultado ni olvidado como condición de aprendizaje.

Los médicos jóvenes deben prepararse para elaborar un duelo normal cuando se ha cometido un error. Contener la reacción emocional de devastación y depresión no justifica olvidar el error y descartar su valor para el aprendizaje.

La reacción ante el error se encuentra dentro de las situaciones más dolorosas de la asistencia médica, similar a la notificación al paciente de una enfermedad maligna o a la comunicación a familiares de una muerte. Así, el médico se enfrenta a dos problemas, el primero, cometer el error y la afectación personal que ello conlleva, y el segundo, su notificación (confesión o denuncia).

Reconocer el valor ético de la verdad es inexcusable para el médico, jerarquiza la autoestima y el derecho a la propia dignidad, lo cual es una paradoja en esta sociedad donde legalmente nadie está obligado a declarar contra sí mismo (Art. 18 de la Constitución Nacional). Esta actitud, de decir valientemente todo lo que uno tiene que decir a quien fuere sin callarse nada, es decir hablar con franqueza y sin miedo (parresia), le costó la vida a Sócrates y a los médicos nos amenaza con el desprestigio o un juicio de mala praxis. Este dilema constituye la base de la dignidad médica.



Es fundamental evitar que el temor a juicios de mala praxis nos incline al ocultamiento de nuestros errores, conducta que solo consigue multiplicarlos. La comunicación del error permitiría su estudio, la elaboración de una hipótesis de su causa y la prevención de su repetición futura a través de una narrativa que movilice una actitud positiva frente a este problema. Para ello, se recomienda una cierta protección legal cuando los profesionales de los hospitales públicos notifican sus errores a un Comité de Seguridad de Pacientes para la corrección de las causas subyacentes, derogando el sumario administrativo para juzgar los casos de eventos adversos (sólo confiable a la justicia), y que promueva positivamente su notificación y evite el ocultamiento.

El proyecto de Ley de Calidad y Seguridad Sanitaria, denominada "Ley Nicolás", contiene en su Formulación del Registro Único de Eventos Centinelas que asegura la investigación de las causas con criterio no punitivo, garantías de confidencialidad y la consecuente adopción de medidas que eviten su repetición.

Esta transparencia sólo será posible cuando se sustituya una concepción moral punitiva por una acción de perfeccionamiento humano, en la que el error no sea equivocarse, sino no aprender de él.

**Dr. Héctor Maisuls**

*Ex-Director de Seguridad de Pacientes del Ministerio de Salud de Córdoba*



FIDEICOMISO SOLIDARIO  
DE AYUDA PROFESIONAL

## ¿Por qué debería adherirme al FISAP?

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

*Somos mucho más  
que un seguro*

- (+54) 351 4262550
- contacto@fisap.com.ar
- Santa Rosa 922 4° Piso • B° Alberdi • Córdoba
- fisap.cordoba
- FISAP

[www.fisap.com.ar](http://www.fisap.com.ar)