



MEMORIA AÑO 2007

La Academia Nacional de Medicina desde su fundación, resume al final de cada ejercicio los hechos más salientes registrados en dicho período. Quedan así reseñadas las actividades de mayor interés que contribuyen en forma sintética a ir conformando su historia al destacar de manera objetiva las realizaciones más notorias de la actividad.

AUTORIDADES

CONSEJO DIRECTIVO (2006-2007)

PRESIDENTE	AC. CELSO SILVA
1ER. VICE PRESIDENTE	AC. FELIX LEBORGNE
2DO. VICE PRESIDENTE	AC. JUAN BONIFAZIO
SECRETARIO GENERAL	AC. ROBERTO QUADRELLI
SECRETARIO DE ACTAS	AC. HERNAN ARTUCIO
TESORERO	AC. JORGE VERCELLI
PRO TESORERO	AC. ENRIQUE PROBST
DIRECTOR PUBLICACIONES	AC. GUIDO BERRO
DIRECTOR BIBLIOTECA	AC. GLORIA RUOCCO

AUTORIDADES ELEGIDAS PARA EL BIENIO 2008-2009

PRESIDENTE	AC. ROBERTO QUADRELLI
1ER. VICE PRESIDENTE	AC. JOSE L. PEÑA
2DO. VICE PRESIDENTE	AC. LUIS GARCIA GUIDO
SECRETARIO GENERAL	AC. ENRIQUE PROBST
TESORERO	AC. JOSE H. LEBORGNE
SECRETARIO DE ACTAS	AC. HERNAN ARTUCIO

PRO TESORERO
DIRECTOR PUBLICACIONES
DIRECTOR BIBLIOTECA

AC. MARIO MEDICI
AC. GUIDO BERRO
AC. GLORIA RUOCCO

ACADÉMICOS TITULARES

ORDENACIÓN DE SITIALES

SITIALES	ACADEMICOS TITULARES	FECHA
1	PEÑA, José L.	08.12.94
2	MAZZA, Milton (**)	08.12.94
3	PRADERI, RaúlC.	08.08.91
4	FIANDRA, Orestes	29.10.87
5.	FOGEL de KORC , Eva	11.11.99
6	CORREA, Humberto	14.08.03
7	GARCIA GUIDO, Luis	8.03.07
8	SILVA, Celso	16.10.97
9	LEBORGNE, José	18.12.04
10	CATALA, Gaspar	16.10.97
11	GOMEZ FOSSATI, Carlos	18.12.04
12	PELUFFO, Ciro	15.10.77
13	PROBST, Enrique	25.03.04
14	MAÑE GARZON, Fernando	19.11.98
15	BORRAS, Antonio	22.08.85
16	TOUYA, Eduardo (*)	11.11.99
17	VERCELLI, Jorge	13.11.03
18	RUOCCO, Gloria	18.12.04
19	MEDICI, Mario	25.10.07
20	DE BELLIS, Roberto	08.08.91
21	LEBORGNE, Felix	08.12.94
22	QUADRELLI, Roberto	02.11.00
23	POLTO, Jaime	19.11.98
24	ABO, Juan C.	21.09.85
25	BONIFAZIO, Juan	18.09.03
26	PETRUCCELLI, Dante	18.09.03
27	ARTUCIO, Hernán	11.08.05
28	BLASIAK, José	11.08.05
29	BERRO, Guido	11.08.05

(*) Con fecha 12 de julio la Asamblea aceptó la renuncia presentada por el Ac. Eduardo Touyà.

(**) Con fecha 8.11.07 renunció el Ac. Milton Mazza.. Con fecha 13 de diciembre se le designó Académico Emérito.

ACADÉMICOS EMERITOS

PIÑEYRO, JOSE A.
MAZZELLA HECTOR
VIGNALE, RAUL
SANJINES, ANIBAL
MAZZA, MILTON

ACADÉMICOS HONORARIOS

BERTA, MARIO
CASTIGLIONI, DINORAH
HORTAL, MARIA
LOPEZ SOTO, ROBERTO
REBOLLO, ANTONIETA
VIOLA PELUFFO, Julio

ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

URIBURU, Julio V.	Buenos Aires – Argentina
VIACAVA, Enrique P.	Buenos Aires – Argentina
SEGUNDO, José P.	San Diego – E.U.A.
LOCKHART SURRACO, Jorge L.	Tampa - E.U.A.
WIERNIK, Peter	Nueva York - E.U.A.
BERNARD, Jean	Paris - Francia
BRICAIRE, Henri	Paris - Francia
DE SEZE, Stanislav	Paris - Francia
LOUISOT, Pierre	Paris - Francia
OBE, Gunter	Essen - Alemania
LUBIN, Ernesto	Israel
CELIA, Salvador	Porto Alegre-Brasil
PETROLITO, Jos+e	Buenos Aires – Argentina
HERRERO, Hernán	Buenos Aires – Argentina
GARCIA BADARACCO, Jorge	Buenos Aires – Argentina

SECCIONALES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN

SECCIONAL MEDICINA

Académicos:

Juan Bonifazio Crostogini, Gaspar Catalá, Humberto Correa, Orestes Fiandra, Félix Leborgne, Fernando Mañé Garzón, José L. Peña, Dante Petruccelli, Enrique Probst, José H. Leborgne, Hernán Artucio y Masrio Médiçi..

SECCIONAL CIRUGIA

Académicos:

Juan C. Abó, Antonio Borrás, Jaime Polto, Raúl OC. Praderi, Celso Silva, Carlos Gómez Fossati, José Blasiak y Luis García Guido..

SECCIONAL BIOLOGIA MEDICA,

Académicos:

Eva Fogel de Korc, Ciro Peluffo, Roberto Quadrelli y Jorge Vercelli.

MEDICINA SOCIAL Y SALUD PUBLICA

Académicos:

Gloria Ruocco y Guido Berro.

OBITUARIO

El 31 de enero falleció el Ac. Roberto De Bellis, ex Presidente y Académico Titular.

ACTIVIDADES CIENTIFICAS

El Plenario de la Academia resolvió realizar actividades científicas en sus sesiones.

Ac. Hon. Roberto López Soto- Tabaquismo.
Ac. Roberto Quadrelli- Rearreglo cromosómico complejo.
Dr. Eduardo Osinaga- Cátedra de Inmunología biológica: organización y líneas de trabajo.
Ac. Luis García Guido- Tratamiento no intervencionista de la hiperplasia prostática benigna.
Ac. Enrique Probst- Crisis de pánico.
Ac. Guido Berro-¿Qué es el cadáver?

PRESENTACION DE LIBROS

Clínica viva de Fernando Mañé Garzón por Ac. Celso Silva.
Anecdotario de Antonio Borrás por Acs. Celso Silva y Fernando Mañé Garzón.
Augusto Turenne de Ricardo Pou Ferrari por Ac. Jaime Polto.
Historia del páncreas. Un órgano escondido de John Howard y Walter Hess por Ac. Raúl Praderi.
Creadores de la neurocirugía uruguaya Alejandro H. Schroeder y Román Arana Iñiguez de Eduardo Wilson por Fernando Mañé Garzón.
El electrocardiograma en la cardiopatía isquémica de Orestes Fiandra, Walter Espasandín, Alfredo Fiandra, Albeto First, Jorge Mussetti, César Pardiñas, Daniel Fiandra y Juan Carlos Abó
Uroginecología y disfunciones del piso pélvico de Castillo, Malfatto y Pons por Ac. J. Polto
Sepsis de Ac. Humberto Correa por Hernán Artucio.

PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2007 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN ABRIL DE 2006)

GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA AÑO 2005

El Plenario en su sesión del 13/8/07 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Celso Silva (presidente) José L. Peña, Carlos Gómez Fossati. Félix Leborgne y Mario Berta, declarando ganador al trabajo
- "Citogenética del adenocarcinoma colorrectal y su relación con la sobrevida de los pacientes" por Alicia Vaglio, Estela Viera, Enrique Barrios y Mariela Garau.

PREMIO MINISTERIO DE SALUD PUBLICA AÑO 2006 Tema: Niños en situación de calle.

El Plenario en su sesión del 9/8/07 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Celso Silva (presidente) Gloria Ruocco y Enrique Probst declaró ganador al trabajo
- "Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social" por Martell, M., Buirgüeño, M-. Arbon, G. Weimberger, M. y Alonso, R.

PREMIO DIARIO EL PAIS AÑO 2006

El Plenario en su sesión del 9/8/07 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Celso Silva (presidente) José H. Leborgne y Juan Bonifazio, declaró ganador al trabajo “Epidemiología nutricional del cáncer de mama” por Alvaro L. Ronco, Eduardo De Stéfani, Hugo Deneo-Pwellegrin i y María Sélíka Mendilaharsu.

ACTO DE ENTREGA DE LOS PREMIOS AÑO 2006.

El 11 de octubre en acto público realizado en el Salón de Actos del Ministerio de Salud Pública se entregaron los Premios.

Concurrieron a dicha ceremonia la Ministra de Salud Pública, quien entregó el Premio Ministerio de Salud Pública año 2006.

En representación del Ministerio de Educación y Cultura, el Mtro. Luis Garibaldi, quien entregó diplomas y gratificaciones a los ganadores del Gran Premio Nacional de Medicina.

La Dra. Alicia Vaglio dirigió estas apalabras en nombre del equipo ganador.

Sra. Ministra de Salud Publica Dra. María Julia Muñoz.

Sr. Representante de Ministerio de Educación y Cultura Sr. Luis Garibaldi

Sr. Presidente del Ministerio de Educación y Cultura Prof. Dr. Celso Silva

Colegas, familiares y amigos

Sras: y Sres.:

Desde los inicios de nuestra actividad en Genética Médica hace mas de 30 años, nos interesamos en los aspectos genéticos de la enfermedad cáncer y en especial el cáncer colorrectal.

Asistimos a los progresos en el conocimiento de los complejos mecanismos y de su aparición y progresión, donde la citogenética y la biología molecular juegan un rol destacado.

Con los recursos y la información disponibles, durante años acumulamos datos de pacientes y familias y nos vinculamos con colegas interesados en la patología. En este contexto recibimos en el Instituto de Genética Médica del Hospital Italiano al Prof. Henry T Lynch quien describió los síndromes de cáncer colorrectal familiares que llevan su nombre. En un trabajo colaborativo con él y un extenso grupo de investigadores, se identificó una mutación, no descrita hasta el momento en la biología internacional, en una numerosa familia uruguaya con afectados en varias generaciones.

El advenimiento de nuevas técnicas citogenéticas y citogenética molecular redimensionó recientemente el valor de las mismas, junto con la genética molecular en el conocimiento de la tumorigénesis y la correlación del tipo de anomalías cromosómicas con la evolución de los pacientes.

En esa línea de trabajo, nos entusiasmó la propuesta del bachiller Búrix Mechoso de realizar estudio genético en muestras de tumores colorrectales esporádicos, por lo que dirigimos personalmente el proyecto.

La implementación del estudio requería la obtención de muestras de tumores en ocasión de la realización de intervenciones quirúrgicas para lo cual contactamos con médicos de varios servicios de cirugía: del Hospital Militar, de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, de Casa de Galicia, y Cátedras de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas que se interesaron y nos brindaron su apoyo.

Agradecemos especialmente a los doctores: Edgardo Torterolo, Carlos Sarroca, Celso Silva, Luis Carriquiri, Gonzalo Estapé, y otros médicos colaboradores.

La puesta a punto de técnicas que permitieran el cultivo del material tumoral y su análisis necesitaba de una infraestructura de laboratorio de alta tecnología que nos brindó el Instituto de Genética Médica del Hospital Italiano.

Los costos del material perecible y reactivos fueron financiados parcialmente por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer y por el Instituto de Genética Médica ya mencionado. A ellos nuestro agradecimiento.

La sólida formación en cultivo de tejidos y citogenética humana del bachiller Búrix Mechoso con la colaboración de la bachiller Estela Viera resultó fundamental en el éxito del proyecto. Contamos además con el apoyo académico de la Dra. Irma Slavutsky del Centro de Investigaciones Hematooncológicas Mariano Castex de la Academia Nacional de Medicina Argentina.

El análisis estadístico de la distribución de los tiempos de sobrevida teniendo en cuenta las diferentes covariables relevadas efectuada por los doctores Enrique Barrios y Mariela Garau, respaldan el concepto de que las características clínico-patológicas de la enfermedad junto con los hallazgos citogenéticos de los tumores pueden ser de utilidad en el pronóstico de los pacientes.

Además, los resultados obtenidos pueden proyectarse en el desarrollo de nuevas terapéuticas para el manejo del cáncer, dirigidas hacia las anomalías cromosómicas, una de las características más antiguas reconocidas en esta enfermedad.

El presente trabajo es una buena muestra de cómo, con la integración de recursos humanos y materiales, públicos y privados, se pueden realizar investigaciones de trascendencia en el campo médico-biológico.

Un agradecimiento especial a los integrantes de nuestra familia que supieron acompañarnos y comprender el retaceo de tantas horas vertidas a estas actividades.

El premio que hoy recibimos es un gran estímulo para continuar en una labor que esperamos sea de utilidad para aquellos a quienes está dirigida: NUESTROS PACIENTES. Muchas gracias.-

En representación del Diario El País el Dr. Julio Jáuregui hizo entrega de dicho premio.

LLAMADO A PREMIOS CORRESPONDIENTES A 2007.

Gran Premio Nacional de Medicina, año 2007. 31º edición. Dotación \$ 30.000. Patrocinado por la Asociación de Laboratorios Nacionales.

Premio "El País" año 2007. Se retribuye con la impresión del trabajo ganador.

Premio "Víctor y Clara Soriano" (Neurología) 17º edición año 2007. Dotación U\$ 1.000.

Premio Ministerio de Salud Pública, año 2007. Temas: Adicciones y su relación con factores socioculturales. Dotación: \$ 20.000.

AUSPICIOS

- 14 Jornadas de actualización en Medicina Ambulatoria. 27 y 28 de junio. Radisson Victoria Plaza Hotel.

- 2º Jornadas de Urusida, 5 y 6 de julio. Radisson Victoria Plaza.

- XXXVI Congreso NACIONAL DE Medicina Interna, 27 al 30 de noviembre. Radisson Victoria Plaza Hotel.

7º Congreso Latinoamericano de Psicoterapia del 20-22 de setiembre en Hotel Sheraton.

V Congreso Uruguayo de Cirugía Torácica del 5 al 8 de diciembre en el Radisson Victoria Plaza Hotel.

26 Congreso Uruguayo de Pediatría del 6 al 9 de setiembre en el Radisson Victoria Plaza Hotel.

Simposio satélite del Mundial de Nefrología, abril en Hotel Conrad.

Semana de la Hipertensión Arterial y Día Mundial de la Hipertensión del 14 al 20 de mayo y 17 de mayo respectivamente.

VI Curso de Actualización en Gastroenterología en homenaje a la Dra. Elena Fosman del 6 al 7 de julio en Hotel Sheraton.

1er. Encuentro Regional y 9º Seminario Taller Profesional Médico Continuo en octubre en el Hotel Mirador, Colonia.

NOMBRAMIENTO DE SITIALES DE ACADÉMICOS

El Plenario de la Academia Nacional de Medicina con fecha 23 de agosto designó Académico Titular al Dr. Mario Médici.

Se le dio posesión de este cargo el día 25 de octubre en acto público, haciendo uso de la palabra el presidente de la Academia, Ac. Celso Silva, presentando el Ac. Enrique Probst al Dr. Médici. Cerró el acto el homenajead.

En la misma fecha se designó Académica Honoraria a la Dra. María Hortal, quien recibirá este título en igual fecha de manos de la Ac. Gloria Ruocco.

PRESENTACION DEL DR. MARIO MEDICI

Ac. Enrique Probst

Las Academia Nacional de Medicina se congratula de incorporar al Prof. Mario Medici como miembro titular de la misma. Merecidas condiciones personales y profesionales avalan su elección.

Formado como médico en nuestra Facultad de Medicina en el año 1968 desarrolló una prestigiosa carrera en la docencia, la investigación y el ejercicio profesional. Se formó como neurólogo en el Instituto de Neurología de Montevideo en el año 1970 y posteriormente fue Asistente de Clínica Extranjero con tesis aprobada en la Universidad de Paris VI, en la Clínica del Sistema Nervioso de la Salpetriere durante 1973, 1974 En nuestra Facultad recorrió todo el escalafón docente culminando como Profesor Agregado de Neurología desde el año 1980.

Su entrenamiento en las áreas de Neurología y Neurofisiología clínica se completó en prestigiosas clínicas de Inglaterra e Italia.

Su actividad científica a través de publicaciones nacionales y extranjeras es extensa y valiosa. Ha dictado cursos en congresos nacionales y extranjeros y el detalle de los mismos, al igual que sus publicaciones llevaría mucho tiempo en enumerarlas.

Dentro del campo de la Neurología es notoria su actividad en el campo de las afecciones neuromusculares y sus publicaciones en esta área son ampliamente conocidas en nuestro país y en el extranjero.

Ha sido distinguido como miembro de honor de la Sociedad Francesa de Neurología desde 1978. Miembro de la Academia Americana de Neurología desde 1984 y Miembro del Comité de Afecciones Neuromusculares de la Federación Mundial de Neurología desde 1984.

Para finalizar este brevísimo pantallazo sobre su actividad científica diré que sus trabajos científicos publicados y presentados son alrededor de 200 y ha obtenido 10 premios científicos entre ellos.

Quiero confesarles que cuando tengo el honor de ser designado para presentar un nuevo académico estudio en profundidad su currículum pero sobre todo valoro a través de una entrevista personal algunos elementos que creo de interés destacar. Por supuesto no se trata de una entrevista psiquiátrica sino un diálogo, café mediante, en esta casa con un dilecto amigo. Siempre me ha interesado conocer como se ha gestado la vocación por la actividad médica y cuáles han sido las figuras relevantes que han sido modélicas de la actividad que el profesional desarrolla.

El Prof. Medici me confesó que durante sus años liceales pensó en seguir la carrera de ingeniería pero en el transcurso de su tercer año se interesó en la medicina a través de los

relatos del novio de un familiar que lo entusiasmó con la carrera y el ejercicio profesional del médico.

Pienso que los méritos que un ser humano pueda poseer siempre implican un precipitado de influencias, de otras personas. Por supuesto que en primer lugar está la influencia de la familia y luego la de nuestros maestros, de manera que a través de lo que somos y hacemos aquellos se siguen expresando.

Las figuras que más influyeron en su actividad como neurólogo fueron el Prof. Román Arana y sobre todo el Prof. Héctor Defféminis. A pesar de que siendo interno el Prof. Migliaro que lo estimuló a dedicarse a la Medicina Interna, la que lo llevó incluso a ser ayudante honorario de Fisiopatología, fue atraído cada vez más por la Neurología, sobre todo por esas características, casi mágicas de los diagnósticos neurológicos que permitían como en casi ninguna otra especialidad, aflorar el determinismo de la patología y su relación con la semiología investigada. Quizá esta valoración por el determinismo sea consecuencia de su primitiva vocación por la ingeniería.

Para finalizar quiero expresar que este acto tiene ciertas características y en este tomo prestado de la Antropología un concepto muy trabajado por ella- de un rito de iniciación: Más que señalar la llegada a una determinada etapa de la vida, los ritos de pasaje e iniciación, como lo es en cierta medida el que nos ha convocado hoy, tienen por objeto, en sentido genérico, ratificar una modificación ontológica del sujeto. Suponen siempre un tránsito, que en el caso de los jóvenes es un proceso de aprendizaje iniciático que incluyen un cierto sacrificio y una renovación en el nuevo modo de ser del adulto.

Las ceremonias de iniciación en los pueblos primitivos, reflejaban la cosmogonía prevalente en el grupo de los adultos. También se asocian a estas ceremonias de iniciación ciertas pruebas que el aspirante debía cumplir conjuntamente con diversas mutilaciones. Que se quede tranquilo el Prof. Medici que en esta ceremonia o ritual iniciático no le vamos a exigir nada de lo que nos relata la investigación etnográfica. Un hecho que quisiera destacar es que en estas ceremonias de iniciación hay un cambio de nombre del iniciado que implica algo vinculado a la identidad. Como verá muy pronto el Prof. Medici en el trabajo interno de la Academia, el diálogo está pautado por el término Académico. El Prof. Medici dejará en suspenso sus bien ganados títulos y pasará a ser llamado Académico Médico.

Pero este acto que en cierto sentido tiene como he mencionado el carácter de un rito de iniciación, también posee al mismo tiempo un carácter de culminación que dado los antecedentes lo condicionan para la vida futura como miembro titular de la Academia Nacional de Medicina.

Este ritual posee entonces un doble carácter, ser una ceremonia iniciática y una ceremonia de culminación.

Bienvenido Académico Médico.

PRESENTACIÓN DE LA DRA. MARIA HORTAL COMO ACADÉMICA

Ac. Gloria Ruocco

La Dra. Hortal posee una larga y fecunda actuación docente, de investigación y organizativa en el área biológica microbiológica, avalada por trabajos y títulos que siguieron a su culminación como Doctor en Medicina.

La Dra. Hortal **Docente:**

Ocupó todos los cargos del escalafón en el **Dpto. de Bacteriología y Virología de la Facultad de Medicina**, desde Ayudante de Clase hasta culminar su actuación universitaria en el desempeño del cargo de Profesor Director.

Desde 1987 ha sido y es actualmente, profesor **Investigador en el Área Biológica, Sub Área Microbiología en el PEDECIBA** (Programa de desarrollo de las Ciencias Básicas) desde donde se destaca su perfil como formadora de recursos humanos. Así lo demuestran las numerosas orientaciones realizadas en tesis de Maestría y Doctorado.

Licenciada en Ciencias Biológicas en la Facultad de Humanidades y Ciencias
Especialista en Microbiología en nuestra Universidad

Posee un **Master en Salud Pública en la Universidad de Michigan (USA)**

Como **Investigadora:**

Su labor se ha orientado al diseño y ejecución de temas de Microbiología tanto convencional como Genética.

Entre sus trabajos como **Investigador Principal** citamos los realizados a través de OPS/ MSP, de La Agencia de Desarrollo Internacional Sueca, de la Comunidad Económica Europea, y de OPS / SIREVA / MSP.

Obtuvo numerosos **Premios, entre ellos:**

1er. Premio Nacional de la Sociedad Latino Americana de Tisioneumología (2002)

1er. Premio Internacional de ULASTER en Caracas (1998)

1er. Premio de la Asociación Panamericana de Infectología, Cartagena de Indias (1995)

y en nuestro medio:

Mejor publicación del año, de la Revista Médica del Uruguay (1995)

Y un segundo lugar en el Gran premio Nacional de Medicina (1985)

A ello se agregan **Publicaciones en varios libros,**

122 Publicaciones en Revistas arbitradas nacionales e internacionales

Y otro número considerable de **Presentaciones en Sesiones, Jornadas y Congresos de diferentes Países:**

Varsovia, 2005
Méjico, 2004 y 2005
Buenos Aires, 2002 y 2004
Chile,2002

por citar solo los correspondientes a los últimos 5 años.

Esa intensa producción científica , de indudable valor en el campo de la investigación, orientada fundamentalmente a las infecciones y dentro de ellas a las respiratorias, ha hecho posible que sea considerada una de las mayores autoridades en la Microbiología respiratoria del niño, de nuestro país.

Paralelamente a su carrera en Microbiología ha incursionado en **temas de Epidemiología y Salud Pública** con publicaciones en Canadá, Estados Unidos y Oficina Panamericana de la Salud, acreditada por su Master en Salud pública en la Universidad de Michigan

Como **Organizadora:**

Es numerosa su participación en la **Gestión y Coordinación de Talleres y Cursos** sobre temas de su especialidad, tanto en Montevideo como en el Interior del país, auspiciados por OPS, CLAEH, PEDECIBA, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

A ello se agrega el haber coordinado **Proyectos de Investigación en el marco** del Programa Materno Infantil 2000 – 2004 y el ser Colaboradora en el Programa Salud **de la Niñez** en el que hoy continúa su actividad, aún retirada de la docencia activa.

Pero esta breve reseña, casi bibliográfica **no está separada, ni es ajena a su propia personalidad.**

“ **Nunca fui al colegio** “ expresa Maruja con tristeza, recordando que el temor a su delgadez impulsó a su madre a negar a su única hija, esa lejana y querida experiencia de todos los niños...o casi todos.

A través del tiempo su madre pudo comprobar que tras la siempre aparente fragilidad física de su hija, se esconde una real fortaleza de querer ser y de hacer.

Así, ingresó, como todos los niños, **a los 12 años al Liceo**, luego **Preparatorios de Derecho** y tras una reválida, su ingreso la **Facultad de Medicina**. Una orgullosa entrada, con ya presentes sus dos hijos mayores, Luis y Pablo. Mas tarde, en pleno transcurso de su examen de Fisiología, su hija Ana . Actualmente 8 nietos.

A poco de iniciada su vida en Facultad, fue **contratada en Histología** para cultivo de tejidos y en su tercer año un **contrato en Microbiología**.

Plasmó su destreza en Virología con un **Full Time** que se prolongó desde estudiante 14 años y en medio de ellos, inició su carrera docente.

De convicciones firmes, defendió siempre sus ideas y sufrió con ellas la desaparición de su hijo Luis, en Chile, con Allende, durante tres años de angustiosa e irrenunciable búsqueda en varios países, al fin felizmente culminada.

Tuvo la merecida dicha de dos excelentes compañeros, ambos de trayectoria científica remarcable, con el último de los cuales, el **Académico Profesor Ciro Peluffo**, como él mismo expresa, luego de 33 años de casados, comparte los mismos gustos cotidianos y de viajes a los que ambos son afectos (salvo las largas charlas de Maruja prendida en el teléfono).

Actúa en **varios equipos de trabajo** de estímulo mutuo, en los cuales, éstos son los beneficiados, por el permanente acicate de que son objeto.

Por su trabajo, por la persona que ha sido y es la Dra. Hortal, **la Academia de Medicina se congratula de esta nueva integración**.

Muchas gracias

DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS

- Clínica de los Acs. Leborgne- Premio a la excelencia tecnológica concedido por el LATU.
 - Ac.Ciro Peluffo-La Asamblea en sesión del 14 de junio resolvió designarlo como Presidente de Honor de la Academia Nacional de Medicina.
- En sesión del 26 de julio se le hizo entrega de dicho título en un acto que concurrieron autoridades nacionales, familiares y académicos.-

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

El 13 de setiembre se recibió la visita del Ec. Daniel Olesker y el 27 de setiembre del Dr. Javier García . Ambos disertantes abordaron el tema Sistema Nacional Integrado de Salud.

CREACION DE GRUPOS DE TRABAJO

La Academia Nacional de Medicina decidió sumarse al esfuerzo que otras Instituciones ya habían iniciado en dos temas básicos:

COLEGIACION MÉDICA

A estos efectos se designó una comisión cuyo responsable es el Ac. Milton Mazza, quien en años anteriores había trabajado intensamente en este tema.

La misma está integrada por los Acs. Eva Fogel de Korc, Gloria Ruocco y Jorge Vercelli, Dr. Raúl Lombardi en representación del SMU, Dr. Antonio Turnes del MSP y Dres. M. Moraes y Noya de FEMI.

Fueron invitados por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados el día 20 de junio para estudiar este proyecto.

DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTÍNUO

Este proyecto de estudio cuenta como responsable al Ac. Dante Petruccelli, grupo también integrado por los Acs. José Luis Peña, Juan Bonifazio y José Blasiak.

Este año se unieron los abogados de cada Institución participante quienes estudian el proyecto.

Por resolución del 14/6/2007 vista la renuncia del Ac. Petruccelli como responsable del grupo se designó al Ac. José L. Peña.

Entre los días del 4 al 6 de octubre se llevó as cabo el 1er.. Encuentro Regional y 9º Seminario Taller en Desarrollo Profesional Médico Continuo en el Hotel Mirador de Colonia, organizado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

Como delegados de la Academia concurren los Acs. José L. Peña y José Blasiak., estando presentes en la clausura del mismo los Acs. Celso Silva y Roberto Quadrelli, haciendo uso de la palabra el Presidente.

Las autoridades del Grupo de Trabajo Interinstitucional permanente integrados por el MSP, Facultad de Medicina, SMU, FEMI y las Academia Nacional de Medicina aprobaron el anteproyecto de ley para su elevación a los poderes públicos.

ENFERMEDADES LISOSOMALES

Se creó un grupo integrado por los Acs. Gloria Ruocco, José L. Peña y Fernando Mañé Garzón y Dra. Aída Lemes, quienes estudiaron la solicitud presentada por la Asociación Uruguaya de Pacientes con Enfermedades Lisosomiales, elevando su informe a conocimiento del Ministerio de Salud Pública.

REGLAMENTO GENERAL DE PREMIOS, BECAS Y CONCURSOS

REGLAMENTO INTERNO Y REGLAMENTO ESPECIAL DE CADA PREMIO

La Comisión de Reglamento integrada por Acs. Antonio Borrás (responsable) Dante Petruccelli, Juan Bonifazio, José H. Leborgne y Enrique Probst. elevó al Consejo Directivo dichos reglamentos y posteriormente se enviaron al Dr. Jorge Echevarría Leúnda para que estudiara el aspecto jurídico de los mismos.

Aprobadas las sugerencias del Dr. Echevarría Leúnda se elevarán a la Asamblea para su consideración.

REUNION CONJUNTA DE ACADEMIAS DE MEDICINA DEL PLATA

El 22 y 23 de noviembre se llevó a cabo en la ciudad de Buenos Aires la XXIX Reunión Conjunta de Academias de Medicina del Plata,
El programa que se desarrolló fue el siguiente:

Jueves 22

14.30 hs. Acto Inaugural

Palabras de los Presidentes, Acs. Vicente Gutiérrez (Argentina) y Celso Silva (Uruguay)

Designación por la Academia de Medicina del Uruguay de los doctores Jorge García Badaracco (entrega diploma Ac. Enrique Probst) Hernán Herrero y José Petrolito (entrega diploma Ac. Dante Petrucelli) como AScs. Honorarios Extranjeros.

14.50 hs. Desarrollo profesional médico continuo

Acs. José L. Peña y José Blasiak.

Comentador Ac. Dante Petrucelli

Plenario Académico

16 hs. Receso

16.30 hs. Entrega del diploma que lo acredita como Miembro Honorario Nacional al Prof. Dr. Carlos Pellegrini, quien disertará sobre "Una nueva generación de médicos: Preparación, técnica, intelectual y humano en el entrenamiento de posgrado".

Debate sobre temas de educación de pre y posgrado.

Viernes 23

9.30 hs. Visita al Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Recepción por Isa Directora Dras. María Cristina Galoppo, en la sala de la dirección.

10.00 hs. Homenaje a los Académicos fallecidos.

Ac. Ramón Guerra (Uruguay) orador Dr. José Grunberg

Ac. Alfredo Larguía (Argentina) orador Ac. Miguel Larguía (h.)

Ac. José E. Rivarola (Argentina) orador Dr. Fernando Prieto

Ac. Carlos Gianantonio (Argentina) orador Dr. Arnaldo Ruty

Ac. Juan C. Arauz (Argentina) orador Ac. Rolando G. Fonseca

Ateneo Clínico: Sobre un caso del Servicio de Nefrología del Hospital de Niños
Presenta Dra. Graciela Vallejo

Discusión abierta

Dichas reuniones se realizaron con total éxito, tanto a nivel académico como en concurrencia de profesionales médicos y estudiantes.

ENTREVISTA M.S.P martes 21 de agosto

MEC viernes 24 de agosto

CREACION DE LA PAGINA WEB

Ante gestiones realizadas ante el MEC se obtuvo esta concreción.

PUBLICACION DEL BOLETIN

A través de gestiones realizadas por el Director de Publicaciones, Ac. Guido Berro, con el Dr. Julio Jáuregui representante del Diario El País se accedió por parte de esta empresa a financiar la publicación del Boletín de la Academia correspondiente a los años 2004-2006.

SITUACION PRESUPUESTAL DE LA ACADEMIA

Con las gestiones realizadas ante el MEC nos entregaron \$ 250.000 para financiar recursos humanos, gastos de funcionamiento y pago del Gran Premio.

En el mes de octubre se solicitó una ampliación de rubros de \$ 100.000 para cubrir los gastos de los 4 últimos meses.

AGRADECIMIENTOS

La Academia Nacional de Medicina deja expresa constancia de su agradecimiento al Ministerio de Educación y Cultura y a la Fundación de Apoyo a la Academia Nacional de Medicina (FAANAM) por lo que significa su imponderable colaboración y permanente apoyo.

También se deja expresa constancia del reconocimiento a las autoridades de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes y Diario El País.

Actividad científica realizada el jueves 12 de abril de 2007.

ACADÉMICO QUADRELLI.-

“La actitud de las parejas luego de que son informadas de que su embarazo presenta una anomalía cromosómica”

Me permití traer un trabajo que ha sido publicado y que vale la pena discutir. Se trata del primer trabajo de América Latina que muestra cuál es la actitud de las parejas luego de que son informadas de que su embarazo presenta una anomalía cromosómica. Hicimos un estudio retrospectivo, averiguando qué habían hecho las parejas frente a un diagnóstico de esa naturaleza.

Hemos encontrado 376 casos de anomalía cromosómica en el período comprendido entre 1982 y 2003. Lo que hicimos fue llamar por teléfono —este proyecto pasó por la Comisión de Bioética de la Facultad de Medicina— y preguntar qué habían resuelto luego de que fueron informados de que el embarazo presentaba una anomalía cromosómica. Concretamente, pudimos contactarnos con 207 parejas y dividimos las anomalías cromosómicas en cuatro categorías. La más frecuente, el Síndrome de Down, la colocamos como una entidad aparte. Ustedes saben que en el diagnóstico prenatal hay un asesoramiento genético previo y posdiagnóstico. El Síndrome de Down es muy conocido a nivel poblacional, y nuestra experiencia indica que cuando comenzamos a explicar a la pareja en qué consiste esta anomalía, inmediatamente manifiesta tener conocimiento al respecto. En este caso, encontramos que el 89% de las parejas interrumpió el embarazo. Desde el punto de vista estadístico, podemos decir que dentro del 11% que decidió continuar y dar a luz a su hijo, había un gran porcentaje de madres de edad bastante avanzada.

El otro grupo que chequeamos fue el de anomalías cromosómicas sexuales, como el Turner y el Klinefelter. Aquí encontramos un porcentaje mayoritario de parejas que continuó el embarazo, que se ubica cercano al 79%. Asimismo, junto con este había otro grupo de anomalías cromosómicas que sabemos son de bajo riesgo de defectos congénitos. Allí, el 90% continuó con la gestación.

Por otro lado, en el grupo de anomalías cromosómicas que decididamente preveía malformaciones más graves que el propio Síndrome de Down, casi el 100% —más precisamente el 96%— de las parejas interrumpió el embarazo.

El Doctor Briozzo se mostró muy interesado en este tema porque, en definitiva, es un trabajo que marca una primera aproximación a la conducta que tienen las parejas en Latinoamérica frente a un diagnóstico prenatal de anomalía cromosómica.

ACADÉMICO PETRUCCELLI.- ¿Por qué hablan de Latinoamérica si se trata de un estudio uruguayo?

ACADÉMICO QUADRELLI.- Lo que sucede es que si bien los datos recopilados surgen de nuestro país, no existe otro estudio similar en toda América Latina.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Mazza.

ACADÉMICO MAZZA.- Felicito al Académico Quadrelli por el trabajo y la relevancia del tema.

A mi modo de ver, lo más interesante de todo es la actitud de las personas en relación al feto. Es un elemento altamente significativo la manera cómo los padres visualizan el problema y con qué alta frecuencia deciden interrumpir el embarazo.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Quadrelli.

ACADÉMICO QUADRELLI.- El asesoramiento genético guarda relación con la información que reciben los padres. Confieso que en más de una ocasión hemos pretendido defender al down, pero es casi imposible. Frente a anomalías sexuales o de bajo riesgo se les explica que son chicos prácticamente normales y la mayoría continúa con el embarazo.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Fiandra.

ACADÉMICO FIANDRA.- Pienso que se trata de una labor social y humana importante. Al respecto, quisiera saber cómo está el tema legal. ¿Está autorizado?

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Quadrelli.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Nuestra tarea termina con el diagnóstico y el asesoramiento. De todos modos sabemos que, indudablemente, en los últimos cuatro o cinco años las cosas han cambiado drásticamente con el uso de la prostaglandina.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Polto.

ACADÉMICO POLTO.- Hay madres que acuden al diagnóstico prenatal porque quieren conocer la situación para aprontarse para el momento del parto y del nacimiento, pero no con el espíritu de interrumpir el embarazo. Esto se refleja en el 11% al que aludía el Académico Quadrelli.

Con respecto a las instituciones en general, puedo decir que en casi todas se han interrumpido embarazos por motivos cromosómicos. A menudo se pide permiso al Ministerio de Salud Pública y, de acuerdo con el pensamiento político de quienes rigen la Salud Pública, se obtiene una respuesta. De todos modos, hoy en día la propia paciente puede acceder al misoprostol, consiguiendo un gran porcentaje de efectividad en la interrupción del embarazo. Las probabilidades son más altas en las primeras etapas de la gestación y menos exitosas a la altura de las semanas 17, 18 ó 19.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Quadrelli.

ACADÉMICO QUADRELLI.- La tendencia es hacer diagnósticos prenatales cada vez más precoces.

Por otra parte, pienso que, quizás, fuera conveniente enviar una copia de este estudio a las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

ACADÉMICO LEBORGNE (Félix).- ¿Cuál es el grado de exactitud de estos estudios citogenéticos?

ACADÉMICO QUADRELLI.- En la amniocentesis el porcentaje de acierto llega al 99,8% y en la vellosidad corial alcanza el 99,5%. En más de 17.000 casos hemos tenido un solo error, aceptado por las limitaciones de la técnica en aquel momento.

ACADÉMICO LEBORGNE (Félix).- ¿Puede haber un diagnóstico de down que no lo sea?

ACADÉMICO QUADRELLI.- No.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Polto.

ACADÉMICO POLTO.- Todos sabemos que es un delito la interrupción del embarazo por estos motivos. Todavía no se ha encarcelado a ningún médico pero puede haber algún Juez que así lo determine.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Berro.

ACADÉMICO BERRO.- El Código Penal es de 1934 y allí no se decía nada respecto al aborto. Recién en 1938 se incorpora la Ley de Aborto que establece algunas causales por el cual existe obligación del Juez a eximir de pena y otras que son optativas. Es muy interesante la interpretación que se ha hecho en relación con el aborto terapéutico. La mayoría de los juristas opinan que está referido a la salud materna. De todos modos, hay alguna interpretación en el sentido de que grandes malformaciones podrían inscribirse en la causal de aborto terapéutico. Hay un proyecto del Profesor J.C. Cuadro, que la Comisión Honoraria de Salud Pública hizo suyo en su momento, que extiende la causal de aborto terapéutico por razones de malformaciones fetales incompatibles con la sobrevivencia. Pero no está expresamente legislado este punto.

PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

Ac. Celso Silva
Presidente

Ac. Roberto Quadrelli
Secretario

Actividad científica realizada el jueves 10 de mayo de 2007.

PRESIDENTE.- En primera instancia, corresponde dar la bienvenida al Doctor Osinaga y agradecerle su presencia en la Academia Nacional de Medicina. Como todos saben, el motivo de su visita responde a la Actividad Científica, cuyo tema será:

Cátedra de Inmunología Biológica: organización y líneas de trabajo.

DOCTOR OSINAGA.- Muchas gracias por la invitación. Personalmente, es un honor poder compartir con ustedes lo que estamos haciendo, en particular, en esta nueva etapa que la Facultad de Medicina ha propiciado en los últimos años, como ser la creación del Departamento de Inmunología, que tiene tan solo diez meses de vida. Por lo tanto, es toda una novedad teniendo en cuenta que en la Facultad no se procesan, necesariamente, todos los cambios a la velocidad que, a veces, uno quisiera.

Brevemente, queremos mostrar el contexto en que esto se desarrolla, las etapas puntuales en que se lleva a cabo y, asimismo, destinar la mayor parte de la presentación a mostrar en qué investigamos y cuáles son los temas en los que tratamos de generar conocimiento.

Sin dudas, la Inmunología es una de las disciplinas que ha experimentado los cambios más profundos en los últimos cuarenta años. Tan así es, que cuando uno lee un libro de Inmunología debe fijarse que no tenga más de cinco años. Tengamos en cuenta que veintidós Premios Nobel de los últimos años han estado vinculados a progresos en el área inmunológica, lo que habla claramente del impacto en el conocimiento científico a nivel internacional. En Medicina, esto tiene un particular interés porque la Inmunología se ha incorporado a la vida del médico de una manera sustancial, por los aportes en el conocimiento fisiopatológico —hoy, el conocimiento fisiopatológico de numerosas enfermedades inmunológicas es importante— y, sobre todo, por el papel creciente de la inmunotecnología. Esto se manifestó hace veinte años, fundamentalmente, por el importante desarrollo del inmunodiagnóstico con la incorporación de la tecnología de los anticuerpos monoclonales. Hoy estamos en la etapa de los biofármacos inmunológicos. Vale destacar que la FDA de los Estados Unidos ha aprobado veinte anticuerpos monoclonales para uso terapéutico, muchos de los cuales se utilizan en el Uruguay, como es el caso del Trastuzumab.

Por otra parte, es muy importante destacar que los conocimientos que, en general, se obtienen de la investigación inmunológica tienen un pasaje a la aplicación práctica cada vez más rápido. Es sorprendente cómo nos encontramos con que conocimientos básicos que se desarrollaron hace pocos años, ya los estamos utilizando desde el punto de vista práctico.

Entonces, ninguna Facultad de Medicina debe estar ajena a toda esa concepción de la Inmunología.

En 1996, el Consejo de la Facultad designó una Comisión formada por diez personas para estudiar la realidad de la Inmunología en la propia Facultad de Medicina a nivel de la investigación y la enseñanza. Dicha Comisión trabajó durante seis meses y elaboró un informe que, sin embargo, dos años después fue archivado. Pasaron ocho años y se volvió a retomar el tema. Fue así que se nombró una nueva Comisión a la que se otorgó dos meses para expedirse. Finalmente, en agosto de 2004, el Consejo de la Facultad de Medicina aprobó crear el Área Inmunológica como una forma de interacción entre todos los equipos de Inmunología, y un Departamento de Inmunobiología con los cometidos que ya analizamos. En 2005 se hicieron los llamados para Profesor Titular y dos cargos de Profesor Agregado. Por lo tanto, el Departamento va evolucionando en su estructura docente y, de a poco, en lo que hace a su espacio físico.

¿Qué busca este Departamento? Es un área orientada al desarrollo de líneas de investigación en Inmunología básica en un entorno médico. Nos importa, particularmente, centrar la enseñanza del pregrado, cosa que corresponde a dos meses de la actividad del Departamento. Una de sus prioridades será la formación de investigadores. Todos tenemos bien claro que la mejor forma que para que una Universidad consiga excelencia académica a nivel de la docencia es contando con gente capacitada en investigación. Desde el punto de vista de la relación con los ámbitos clínicos, podemos decir que también es una de las preocupaciones del Departamento. Este año ya vamos a tener resultados en lo que hace a actividades clínico patológicas, con la participación y organización del Departamento de Inmunobiología, tendientes a ayudar a la formación de posgrados en Inmunología. Naturalmente, esto se coordinará con la Escuela de Graduados. En tal sentido, estamos implementando una diplomatura en Inmunología, la cual podrá instrumentarse en corto plazo. La idea es buscar que las Ciencias Básicas se acerquen cada vez más a las Ciencias Clínicas. En la actualidad, el conocimiento básico forma parte de un todo en la vida del médico y debemos incorporarlo naturalmente en la patología y en el diagnóstico. Esto lo vamos a propiciar con este tipo de actividades.

Quisiera mostrar hacia dónde apuntan las líneas de investigación, teniendo presente que estamos en una etapa inicial, más allá de que nosotros hacemos Inmunología hace veinticinco años. Hay otro aspecto vinculado a los genes de inmunoglobulina que coordina el Profesor Pritsch.

Como decía, uno de los ejes centrales de nuestro laboratorio está relacionado con la producción de anticuerpos monoclonales, gracias a una técnica que junto con la Doctora Beruá pudimos transferir desde Francia. En esta lámina podemos apreciar el caso de un anticuerpo monoclonal que hicimos y las imágenes en inmunohistoquímica sobre cáncer de mama. Vemos un perfil típico del anticuerpo que marca, claramente, el cáncer de mama, mientras que respeta los globulizos adyacentes, normales. Se trata de un anticuerpo que también tiene mucho interés en el diagnóstico de la diseminación ganglional, o sea que detecta las células mamarias malignas. ¿De qué se trata un anticuerpo tan específico? Esta estructura obedece a un cambio en la glicosilación en el cáncer. Si tomamos como ejemplo una célula normal, vemos que en su superficie existen mucinas donde hay estructuras peptídicas con numerosos carbohidratos. Todos conocemos que, normalmente, las mucinas, por ejemplo a nivel del tubo digestivo, sirven como elementos de lubricación o protección, pero no están exclusivamente en las

mucosas sino que toda célula epitelial tiene mucinas. Entonces, se dan mecanismos de interacción celular. Cuando una célula normal —sobre todo epitelial— se maligniza, encontramos una pobreza en la glicosilación —aquí queda muy desprovista de azúcares—, que lleva a que tenga cadenas mucho más cortas. Lo que nosotros estamos identificando con este anticuerpo es la estructura Tn. Desde el momento en que descubrimos que se trataba de esa estructura, nuestra forma de pensar cambió totalmente. Nos olvidamos del anticuerpo como lo principal y empezamos a entender que lo que interesa es la O-glicosilación en el cáncer. De ahí surgieron las etapas posteriores de nuestro trabajo. Estos antígenos de O-glicosilación han sido extensamente estudiadas. Cabe destacar que este antígeno Tn forma parte de una familia de antígenos de O-glicosilación incompleta. ¿Para qué sirven? Se han estudiado, como en nuestro caso, como marcadores de carcinomas, pero también se sabe que estos antígenos están vinculados con el desarrollo de las metástasis. Las células tumorales, cuanto más expresan Tn, más chance tienen de desarrollar metástasis, sobre todo en cáncer de mama, porque participan en fenómenos de adhesión celular. Por eso es que algunos autores han observado que esto se relaciona con el pronóstico de la enfermedad. En los últimos años se han desarrollado vacunas —con resultados sumamente alentadores— y pensamos que no demorará mucho en comenzarse con los ensayos clínicos.

¿Dónde hemos puesto el acento? Por un lado, hemos procurado generar anticuerpos por ingeniería genética con la especificidad Tn. ¿Por qué? Aquí tenemos una molécula de un anticuerpo normal. Si uno quiere utilizar las moléculas in vivo —no in vitro—, lo que importa es que esta molécula tiene demasiado tamaño para ser un biofármaco. Nosotros, hace diez años hicimos el primer anticuerpo por ingeniería genética que existió, anti Tn, y lo comenzamos a evaluar in vivo. ¿En dónde? Pusimos a punto un modelo de cáncer en ratas. Aquí vemos cáncer de mama en ratas inducido por nitrosometilurea, NMU, un carcinógeno químico. Luego de cuatro o cinco meses los animales tenían tumores de, aproximadamente, un centímetro. ¿Qué tiene de interesante este modelo? Desde el punto de vista inmunohistoquímico, las células normales de las mamas no expresan Tn, mientras que en rojo se ve el intenso marcado de los cánceres de mama de los tumores. Por lo tanto, era un modelo interesante para poder administrar una molécula radiomarcada y ver si detectaba, o no, el animal. Cabe señalar que hemos contado con la colaboración de la Doctora Balter, del Centro de Investigaciones Nucleares. En resumen, los resultados in vivo fueron sumamente interesantes.

Posteriormente, pensando más en la parte terapéutica que en la radioinmunodetección, nos propusimos tratar de transformar este antígeno, por ingeniería genética, en una molécula que pudiera ser administrada a un ser humano. Para generar un anticuerpo lo más parecido posible a lo humano deberíamos tener una molécula que supiéramos que mantiene la capacidad de reconocer lo extraño junto con el resto de la secuencia proveniente de inmunoglobulinas humanas. Para decirlo de otro modo, hicimos trasplante de genes asociando genes de inmunoglobulinas humanas —en este caso, es una IGG— a la parte variable del anticuerpo de ratón que ya sabemos que funciona bien. Esto permitió la construcción de una molécula quimérica. El primero de estos anticuerpos lo hicimos en 2000. Debo decir que estos anticuerpos han mostrado el reconocimiento de los tumores de la misma manera y lo más interesante es que en modelos de tumores humanos funcionan muy bien, lo que ha determinado que actualmente se esté en etapa de evaluación preclínica en el Instituto Curie, de París.

Ahora pasaremos a la segunda vertiente de investigación. Sabemos que el antígeno Tn es muy específico de cáncer. Entonces, uno podría preguntarse por qué se expresa Tn. En esta imagen vemos GalNac asociado a un aminoácido. Obviamente, esto es producto de reacciones enzimáticas. Aparece una familia de enzimas llamadas pp GalNac – T, que son las que sintetizan esta estructura, mientras que hay otras que las sustituyen adicionando otros azúcares, lo que llevará a la elongación de la cadena carbohidrática. En consecuencia, uno puede plantear como hipótesis de trabajo: ¿será posible que esta familia de enzimas que participa en la formación de Tn pueda constituir nuevos marcadores tumorales? ¿No será que estas enzimas están desreguladas y constituyen, en sí mismas, marcadores tumorales? Esto nos lo preguntamos hace tres o cuatro años y ahora les mostraré algunos de los resultados que obtuvimos. La primera enzima que estudiamos fue la pp GalNac – T6, que es un nuevo marcador de cáncer de mama. En tanto no se expresa en los leucocitos, puede ser un buen marcador para estudiar la médula ósea. Evaluada la casuística en sesenta y cuatro pacientes, con seguimiento prolongado, observamos que la gran mayoría de aquellos pacientes con ganglios no comprometidos y con enzimas negativas, tenían una buena evolución. En cambio, los pacientes con ganglios no comprometidos pero con enzimas positivas, tenían una mala evolución. Este trabajo nos llevó a estudiar la proteína y, en tal sentido, debimos generar una herramienta, más concretamente, un anticuerpo monoclonal específico al que llamamos P T6.3. Evaluado por inmunohistoquímica mostró marcados sumamente interesantes en la detección de células malignas respetando, en general, a las células no malignas. Aquí tenemos asociado un fibroadenoma al lado de un cáncer de mama. En las lesiones mamarias hay, habitualmente, negatividad de la enzima aunque hay otras en las que se observa una positividad de la enzima. Este trabajo fue validado en colaboración con el Servicio de Patología del Instituto Curie de París. Actualmente, se está evaluando una casuística muy interesante en pacientes con diez años de seguimiento, con tumores pequeños.

Dentro de la misma familia, también vinculada con la glicosilación, en vez de la enzima N° 6, obtuvimos resultados más interesantes con la enzima N° 13. Esto comienza con una colaboración de Russie, de París, que tienen un modelo de neuroblastoma humano. En el análisis de veintidós mil genes que se hizo en París, surgió que el gen más sobreexpresado en las metástasis era el N° 13. Entonces, nos planteamos por qué no hacer lo mismo que con la enzima N° 6. Fue así que se desarrollaron protocolos de PCR en tiempo real, donde se validó la alta expresión de la enzima en la médula ósea. Luego vino la etapa de desarrollar anticuerpos monoclonales de manera de contar con la herramienta que permitiera estudiar la proteína. Cabe señalar que esta fase fue muy laboriosa porque estas enzimas tienen quince pp GalNac – T. Si uno compara la secuencia de las distintas enzimas, observa que son muy parecidas; solamente hay algunos sectores en los que son diferentes. Entonces, de ese sector tomamos esta secuencia y diseñamos un péptido sintético para reconocer esa enzima y no a las otras. Algunas imágenes interesantes sugieren, cuando hay émbolos o células ingresando al vaso sanguíneo, la posibilidad de que esto pudiera estar relacionado con la agresividad. Esto lo hemos encontrado en cáncer de mama y de colon, pero no en la mama y el colon normales. Es ahí donde hoy estamos poniendo mucha fuerza en la investigación.

A fin de ir encarando la última parte de la presentación, mostraremos una línea de investigación absolutamente impensable hace unos años. Todos sabemos que hay algunas cosas que se parecen entre los parásitos y el cáncer. Queda claro que ambas enfermedades se caracterizan por un fenotipo invasor. También se sabe que muchos tumores producen

sustancias que contribuyen, de alguna manera, a la resistencia a ciertos fármacos y a la quimioterapia. Pues bien; hay parásitos como el Plasmodium y el Leishmania que expresan el mismo gen. Por ejemplo, el Schistosoma mansoni expresa el antígeno Sm23, que es específico del melanoma. ¿Qué pasa con la glicosilación en los parásitos? Se conoce muy poco. Entonces, con la colaboración de gente del Instituto de Higiene, comenzamos a analizar la O-glicosilación en parásitos. Clonamos y aislamos la primera enzima de este tipo a partir de un parásito. Este año encontramos un antígeno más nuevo, el Tk, asociado al cáncer. Naturalmente, esto pasó por una etapa descriptiva, pero estos elementos llevan a preguntar si, biológicamente, cáncer y parásitos pueden tener algún tipo de interacción. Comenzamos a buscar, desde el punto de vista epidemiológico, qué datos había en la literatura y encontramos uno interesante. En Brasil hay zonas donde la incidencia entre Enfermedad de Chagas parece ser inversa con la incidencia de cáncer de colon. Dicho de otro modo, parecería que los pacientes con Enfermedad de Chagas tienen pocas probabilidades de contraer cáncer de colon. En 2000, en la revista *Carcinogénesis* se publicó un trabajo que mostraba que ratas con el carcinógeno atilmetilhidrasina, cuando eran infestadas con Tripanosoma Cruzi, no desarrollaban cáncer de colon. Nosotros, a su vez, observamos que el Tripanosoma Cruzi expresa el antígeno sialil – tn. Ante esto, surgió la interrogante acerca de si estos antígenos que habíamos ido encontrando en parásitos no se expresarían en cáncer de colon. La forma de poder encarar el tema era estudiándolo experimentalmente. Para ello, pusimos a punto un modelo de cáncer de colon en rata. Este trabajo fue hecho, centralmente, por un cirujano, el Doctor Edgardo Berriel. Nos propusimos inmunizar a estas ratas con extracto de Tripanosoma Cruzi. Fue así que dividimos a los animales en cuatro grupos. A uno simplemente le administramos el adyuvante que uno utiliza para estimular la inmunidad. A otro le suministramos un antígeno que ya ha mostrado ser efectivo en protocolos de inmunoterapia con sialil – tn en animales. Un tercer grupo recibió el extracto de Tripanosoma Cruzi y, el último, también el extracto de Tripanosoma Cruzi, pero desglucosilado. Estudiamos veinte animales por grupo y se inmunizaron cinco veces durante la transformación maligna. En cuanto a los resultados podemos decir que el 80% de los animales que no recibieron ningún tipo de tratamiento contrajeron cáncer; los animales tratados con la OSM fueron inmunoprotectados en una alta proporción, ya que sólo un 30% hizo cáncer y los inmunizados con Tripanosoma Cruzi se comportaron al mismo nivel. Luego, procuramos determinar qué tenían de parecido el Tripanosoma Cruzi y el cáncer de colon. Para eso empezamos a hacer un estudio por inmunohistoquímica en animales normales inmunizados con Tripanosoma Cruzi.

(Se proyecta una serie de imágenes en relación con dicho estudio)

Para entrar de a poco en los eventos moleculares, hicimos westernblot de una línea de cáncer de colon humano y vimos el anticuerpo anti Tripanosoma Cruzi. Ahora estamos centrándonos en la proteómica, en la caracterización de ese tipo de proteína.

Finalmente —disculpen que me tomé un tiempo mayor al acordado—, debemos confesar que en este tema nos encontramos con que las preguntas superan ampliamente a las respuestas. No hemos identificado claramente qué es lo que está involucrado en esa aparente inmunoprotección que se está induciendo. Mucha gente coincide en que el Tripanosoma Cruzi es un excelente inmunogen. Esto puede estar en la base de lo que estamos encontrando

porque el hecho de que haya antígenos asociados al cáncer, no quiere decir que la mera presencia de un antígeno vaya a inducir una buena respuesta cuando se lo administre. ¿Qué proteínas están involucradas en esta detección de cáncer de colon y *Tripanosoma Cruzi*? ¿Pueden ser las que están involucradas en esta protección? Sí, pero no todas necesariamente. En un trabajo publicado en la revista *Cáncer* se da cuenta de que en Turquía, donde hay mayor incidencia de quiste hidático es baja la incidencia de tumores.

En líneas generales, era cuanto quería manifestar, espero no haberlos cansado y quedo a disposición de los señores Académicos para contestar las preguntas que deseen formular.

Muchas gracias.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Quadrelli.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Rescato la posibilidad de hacer estos trabajos en el Uruguay y de involucrar a la Biología Molecular en nuestro medio, que es tan pobre en tantas cosas. Además, me parece de extraordinario valor el intercambio que se realiza con otros laboratorios. Recuerdo que el Académico Ramón Guerra siempre nos decía que debíamos trabajar con todos los laboratorios del mundo.

Concretamente, quiero preguntar por qué Inmunobiología y no Inmunología.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Doctor Osinaga.

DOCTOR OSINAGA.- Cuando se hizo el análisis en la Facultad de Medicina se consideró que al crear el Área de Inmunología se estaba dando un primer paso en lo que hace a la unificación y coordinación de los recursos humanos y materiales. Además, se pensó que podría constituir la base de un eventual Instituto de Inmunología. Entonces, si al Departamento también se le hubiese denominado *de Inmunología*, podría haber generado cierta confusión.

ACADÉMICO QUADRELLI.- ¿Serviría de algo tener familias cáncer para trabajar en esta línea?

DOCTOR OSINAGA.- No puedo decir que no. En los cánceres familiares hay elementos inmunológicos sumamente llamativos. De cualquier modo, en principio no nos planteamos estudiar familias. Nuestro objetivo con los parásitos es, en esta primera etapa, usar los extractos. Luego procuraremos determinar qué es lo que puede estar involucrado en proteger contra el cáncer. Una vez llegado a ese punto, podríamos decir que recién comenzará la historia.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Praderi.

ACADÉMICO PRADERI.- Debo confesar que hace muchos años me compré un libro de Inmunobiología muy lindo, lo puse en la biblioteca y nunca lo leí.

Operé muchos pacientes con quiste hidático y con cáncer. En una primera inmersión en mi memoria, puedo señalar que no coincidían. En el único caso que recuerdo ahora, curiosamente me ayudó el quiste hidático. ¿Saben cómo? De una manera insólita. Los cánceres de la vía biliar intrahepática —tema sobre el cual trabajé mucho— permiten obstruir uno de los canales. Cuando se obstruye un canal se produce una hidrohepatosis. ¿Qué produce el quiste hidático? Cuando hay un quiste hidático del lóbulo izquierdo, aumenta el tamaño del derecho y viceversa. Hay enfermos que consultan por un enorme lóbulo izquierdo y resulta que el quiste hidático está en el otro. Cuando hay que sacar un cáncer de un hepático

lateral, lo lógico es hacer la resección del sector del hígado. Sacar un lóbulo izquierdo de hígado no es nada, pero con el derecho hay más riesgos. ¿Qué hacen los japoneses? Hacen lo que haría el quiste hidático, trombosando la vena porta. Operé dos enfermos con quiste hidático del lóbulo derecho, con hipertrofia. En primera instancia, una de las pacientes había sido operada por el Doctor Del Campo. Cabe destacar que se trató de la primera papilotomía endoscópica por quiste hidático. Esa enferma, al tiempo, apareció con una ictericia. El Doctor Del Campo la operó de un cáncer del hepático derecho y ya tenía la hipertrofia del izquierdo. Entonces, la operé, le saqué toda la vía biliar, el lóbulo con la cavidad hidática vieja, corté el muñón del hepático izquierdo, le hice una hepatoyeyunostomía y la mujer hace veinte años que sigue viviendo.

Por último, felicito a la Academia Nacional de Medicina por haberle dado el Premio en su oportunidad, y también a ustedes por lo que están haciendo.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Mañé Garzón.

ACADÉMICO MAÑÉ GARZÓN.- En primera instancia, debo decir que adhiero a las felicitaciones expresadas en Sala.

Por otra parte, sin dudas que estamos ante la Medicina del futuro. No recuerdo dónde leí que el médico del futuro será un inmunizador.

Asimismo, quiero referir a la importancia del neuroblastoma como un tumor muy complejo que va desde una malignidad extrema hasta curarse solo. Por ejemplo, en el recién nacido el neuroblastoma se cura solo. Otro punto que deseo destacar tiene que ver con el hecho de que se haya recurrido al *Tripanosoma Cruzi*, que es uno de los flagelados más mutantes que existen. De cualquier modo, seguramente, habrá cepas más activas y otras menos activas, pero lo cierto es que las líneas inmunológicas son muy variadas.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Doctor Osinaga.

DOCTOR OSINAGA.- Hay trabajos con cepas de *Tripanosoma Cruzi* que tienen trofismo por los tumores. Sin embargo, hay otras cepas que no tiene ningún tipo de trofismo por el cáncer.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra la Académica Fogel.

ACADÉMICA FOGEL.- En 1957 descubrimos el primer caso de agammaglobulemia. Es increíble cómo ha cambiado el panorama en estos cincuenta años.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Petrucelli.

ACADÉMICO PETRUCCELLI.- Simplemente deseo felicitar al Profesor Osinaga y, también, al Consejo Directivo de la Academia Nacional de Medicina por dinamizar las sesiones de esta manera.

A su vez, esta es una demostración de la conveniencia de mi planteamiento en el sentido de que la Academia debería hacer el esfuerzo por servir como eslabón entre todos estos sectores y los clínicos, cumpliendo así un rol fundamental en el desarrollo de nuestra Medicina. Tengamos en cuenta que todo pasa tan rápido, que el clínico se recibe y cuando a los cinco años quiere leer un trabajo actual, ya no lo entiende.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Quadrelli.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Cabe señalar que el Consejo Directivo está tratando de obtener una o dos becas para gente joven, no mayor de veinticinco años, que pueda ir al Instituto Pasteur con una línea definida de trabajo.

PRESIDENTE.- Precisamente, en el día de ayer, se aprobó a nivel de la Fundación la concesión de la beca, con un costo de USD 600 mensuales, por un período de dos años.

Tiene la palabra el Doctor Osinaga.

DOCTOR OSINAGA.- Creo que, en definitiva, más allá de que lo veamos desde distintos ángulos, trabajamos en lo mismo: es Medicina. Sin dudas, la formación del médico requiere, hoy, de todos los componentes. Puedo decir que contamos con la colaboración de numerosos clínicos que trabajan en esto. Por ejemplo, podemos citar el caso del Doctor Daniel Mazac, quien un día se acercó manifestando que estaba preocupado porque cada vez entendía menos los libros de Patología. Eso fue hace cinco años y todavía sigue con nosotros. Incluso, será el primer Patólogo que va a defender una Maestría PEDECIBA. Esto demuestra que son caminos que pueden transitarse sin conflicto.

PRESIDENTE.- Las revistas más importantes de Cirugía están incluyendo artículos sobre temas Básicos de Medicina. Particularmente, recuerdo uno llamado *Inmunología para cirujanos*.

DOCTOR OSINAGA.- Para terminar, una vez más quiero agradecer la invitación y señalar que ha sido un placer compartir este encuentro con ustedes.

PRESIDENTE.- En realidad, somos nosotros quienes agradecemos que nos haya dedicado este tiempo.

(Se retira de Sala el Doctor Osinaga)

Actividad científica realizada el jueves 24 de mayo de 2007.

PRESIDENTE.- Comenzamos la sesión de hoy con la actividad científica a cargo del Académico Luis García Guido, quien nos ilustrará acerca del:

Tratamiento no intervencionista de la hiperplasia prostática benigna.

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.-

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA

Introducción
Definición y concepto
Importancia
Etiopatogenia
Bases fisiopatológicas de la obstrucción
Historia natural
Fases de la hipertrofia prostática benigna
Próstata y vejiga
Cáncer de próstata e hipertrofia prostática benigna
Tratamiento: objetivos y alternativas
Conclusiones

Introducción

La hiperplasia prostática benigna (HPB) constituye la patología no tumoral, más frecuente del hombre adulto y adulto mayor; representa el 80% de toda la patología prostática.

Hasta hace pocos años, el único tratamiento racional y efectivo era la cirugía abierta (Fuller 1894, Millin 1945) y la resección transuretral (Nesbit, Barnes 1930').

El tratamiento farmacológico actual y efectivo, comienza con la introducción de los alfabloqueantes adrenérgicos por Caine en 1976, y de un inhibidor selectivo de la 5alfa reductasa, el finasteride por Stoler en 1987.

En la década del 80' y 90' aparecen una serie de procedimientos minimamente invasivo o técnicas emergentes, muy atractivas: termoterapia, ablación con agujas, ultrasonido focalizado de alta intensidad, vaporización eléctrica o laser, alcoholización, que se consideran todavía técnicas investigacionales, y bajo observación en cuanto a resultados a largo tiempo; que no serán analizadas.

Definición

Existen diversas definiciones de la HPB: histológica, morfológica, imagenológica, y clínica.

La definimos como una entidad anátomo-clínica, caracterizada por el aumento del volumen prostático, por un proceso de hiperplasia fibromiadenomatosa (estroma y glándula); que en el hombre adulto y adulto mayor, constituye la causa más frecuente de obstrucción vesical y de "síntomas del tracto urinario inferior". Este último término ha sustituido al clásico "prostatismo,"ya que los síntomas del tracto inferior no son dados exclusivamente por la HPB.

Importancia

Constituye por su prevalencia, un problema sanitario del mundo occidental; con implicancias económicas de alto costo en salud, del presente y futuro.

Es una condición patológica que afecta al hombre mayor de 50 años, y obviamente esta prevalencia aumenta con la edad. Los hombres mayores de 60 años, el 75 % son portadores de HPB.

Por otro lado, se suma un aumento real de la expectativa de vida; y un nivel educacional creciente de la población general, que aumenta las consultas específicas.

Se estima que HPB sintomáticas a los 50 años, requerirán algún tipo de atención médica en el 70-75 % de los casos. Y que uno de cada cinco hombres sintomáticos, deberán ser operados oportunamente.

Etiopatogenia

Se considera multifactorial, compleja y no adecuadamente precisada.

No hay duda que es un fenómeno andrógeno dependiente; y el metabolito activo es la dehidrotestosterona, producto resultante de la acción de la 5alfa reductasa, sobre la testosterona.

La edad constituye un factor de riesgo, quizás por acumulación de efectos genéticos. El rol que le compete a la raza, estrógenos, factores de crecimiento, dieta y hábitos de vida, es discutido.

Bases fisiopatológicas de la obstrucción vesical

Se considera que en la obstrucción del aparato urinario bajo, accionan tres factores.

El factor mecánico o estático, dado por el aumento volumétrico de la próstata, y/o su conformación morfológica.

El factor activo o dinámico, dado por el tono de contracción del músculo liso de la próstata, de su cápsula y del cuello vesical; y que son modulados por el sistema simpático a través de receptores alfa adrenérgicos. Se estima que el tono muscular liso puede ser responsable del 40-50 % del efecto obstructivo de la HPB.

Estos conceptos proporcionan las bases racionales para el uso de los agente alfabloqueantes adrenérgicos en el tratamiento médico de las HPB sintomáticas.

Por último el factor vesical pasivo, por disfunción vesical secundaria a la obstrucción, puede jugar un cierto efecto obstructivo.

Hoy se sabe que la vejiga puede tener una disfunción vesical primaria, independiente y concomitante con la HPB; y puede determinar síntomas del tracto urinario inferior.

La urodinamia muestra que 30% de pacientes considerados como "prostáticos" no están obstruidos. Igualmente, un 20-25% de pacientes operados por HPB sintomáticas, no complicadas, mantienen la sintomatología miccional.

Historia natural de la HPB

La tendencia natural es a la progresión sintomática y a la aparición de complicaciones, pero esta evolución no es obligatoria.

Varias poblaciones de HPB fueron seguidas por años sin tratamiento, y evidenciaron que un 15% mejoraron espontáneamente; un 30% se mantuvieron estabilizadas en su sintomatología por largo tiempo, y un 55% empeoraron.

A nivel individual, si bien hay indicadores de progresión sintomática, el curso evolutivo es altamente variable y difícil de precisar.

Fases de la HPB

La HPB transcurre primero por una fase microscópica, que comienza lentamente alrededor de los 25-30 años; luego una fase macroscópica.

Del punto de vista clínico, transcurre por una fase asintomática; luego sintomática cerca de los 50 años, y finalmente una fase de complicaciones: infección, hematurias, litiasis vesical, retención de orina, incontinencia por rebozamiento, y dilatación del aparato urinario alto e insuficiencia renal.

HPB y cáncer de próstata

HPB y cáncer de próstata son dos entidades nosológicas diferentes, no dependientes, que se pueden presentar en forma aislada, concomitante, o el cáncer de próstata suceder a la resolución terapéutica de la HPB.

Tratamiento de la HPB

El tratamiento deberá contemplar tres objetivos.

El primero es una mejora fisiopatológica, es decir, solucionar la obstrucción vesical.

El segundo, una mejora sintomática, permitiendo una mejora en la calidad de vida.

Y por último, prevenir la progresión de la enfermedad, y de las complicaciones evolutivas.

El tratamiento va a depender fundamentalmente, de la severidad sintomática y su impactación en la calidad de vida, y de las complicaciones.

El encare del tratamiento se realiza con tres alternativas: abstención y control, tratamiento farmacológico, y tratamiento intervencionista.

La abstención y control periódico se sugerirá en hombres asintomáticos, o con sintomatología leve a moderada, sin complicaciones, que asuman la misma, sin ver comprometida su calidad de vida. Igualmente en pacientes sintomáticos con mejoras espontáneas y estables.

Se indicarán medidas higiénico dietéticas: evitar el sedentarismo y constipación intestinal, exceso en la ingestión líquida, alcohólica, y de condimentos; evitar medicación con acción adrenérgica como descongestivos y antigripales; y las medicaciones anticolinérgicas, que inhiben el detrusor.

En el otro extremo del espectro de pacientes, tenemos aquellos que deben ser operados: cuando la invalidez funcional sintomática, no responde al tratamiento farmacológico, y el paciente ve alterada su calidad de vida; o cuando aparecen complicaciones, como: hematurias o infecciones recidivantes, aparición de litiasis y/o divertículos vesicales, o cuando se suceden retenciones agudas de orina, o hay retención crónica completa o incompleta con residuos elevados, o cuando hay repercusión morfológica (dilatación) sin/con insuficiencia renal.

El tratamiento farmacológico está indicado en pacientes sintomáticos, no complicados, que sienten alterada su calidad de vida.

A la farmacoterapia moderna, se suma la fitoterapia, que incluye un conjunto de unos treinta extractos vegetales, o compuestos de los mismos; de uso empírico, con modo de acción desconocida o especulativa. Su uso no es aconsejable, ya que no hay estudios prospectivos randomizados, de valor académico, que justifiquen su uso.

No se debe olvidar que en próstata, el efecto placebo positivo, se ha estimado en un 30-40%.

Los alfabloqueantes adrenérgicos, inhiben el factor dinámico de la obstrucción; son eficaces, rápidos y durables en su accionar, y no modifican el antígeno prostático específico.

Mejoran el flujo urinario en 2-4 ml/seg.; y las mejoras sintomáticas oscilan en un 60-75%.

Su efectividad está comprobada en ensayos controlados; y constituyen la terapia farmacológica de primera línea, cuando se decide el tratamiento médico. Las medicaciones utilizadas son: Alfuzosina SR 10 mg. día, Doxazosina 4-8 mg día, Tamsulosina 0,4 mg. día y Terazosina 2-10 mg. día. Todas tienen eficacia similar.

El tratamiento hormonal, se basa como ya se dijo, en que el proceso de crecimiento de la HPB, es un fenómeno andrógeno dependiente.

Se debe recordar, que el primer tratamiento hormonal racional de la HPB fue la castración quirúrgica (White J.W 1885 y Cabot 1886) con 50-83% de mejoras sintomáticas y 44% de recuperaciones miccionales.

En 1940 Huggins demostró que los hombres castrados, reducen significativamente el componente glandular de la HPB luego de los noventa días.

El tratamiento hormonal actual, se fundamenta en el bloqueo o inhibición selectiva de la enzima 5alfa reductasa, que transforma la testosterona en dihidrotestosterona, siendo éste el metabolito activo sobre el crecimiento glandular. Con ello se logra una disminución del crecimiento celular epitelial y apoptosis del epitelio glandular, con atrofia y pocos cambios estromales.

La caída de la tasa de dehidrotestosterona determina una reducción en el volumen de la HPB de un 25-30% a los doce meses de su utilización, en próstatas mayores de 50 gms. Ello determina mejoras sintomáticas durables en un tercio de los pacientes; disminuye el riesgo de retención aguda de orina en un 7% y la necesidad de terapias invasivas en un 50%. Puede modificar favorablemente la historia natural de la HPB en un 30%.

La relación eficacia/efectos adversos, es aceptable.

Las drogas utilizadas son: el Finasteride 5 mg. día y Dutasteride 0,5 mg. día, con eficacia similar.

Otras opciones hormonales las constituyen los antiandrógenos y los análogos LHRH, de muy limitada y excepcional indicación por efectos adversos significativos y altos costos.

La terapia combinada, asociando un alfabloqueante adrenérgico con un inhibidor de la 5alfa reductasa, constituye la forma más efectiva de tratamiento para los síntomas del tracto urinario inferior por HPB, según la Asociación Americana de Urología (2005); igualmente disminuye la progresión, las complicaciones y la necesidad de cirugías.

Conclusión: el tratamiento farmacológico de la HPB es la alternativa terapéutica de primera línea, efectiva y duradera, para los pacientes sintomáticos, no complicados, que ven afectada su calidad de vida. Hoy el encare terapéutico es más racional, más conservador, y efectivo, en cuanto a las mejoras sintomáticas, prevención de la progresión lesional y aparición de complicaciones.

Muchas gracias por la atención.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- Quisiera preguntar cómo se da la relación entre la hipertrofia prostática benigna y el antígeno prostático específico.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico García Guido.

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.- En los rangos útiles de antígeno prostático específico, éste no es específico de cáncer ni de HPB. Un 30% de las HPB elevan el antígeno prostático no más allá de treinta unidades. Cuando se percibe con el tacto rectal un agrandamiento de tipo benigno y tenemos un antígeno elevado, hay que ver cómo definir la situación. Entonces, ante la duda, si hay factores de riesgo se propone la biopsia como elemento definitorio del diagnóstico, haciendo saber al paciente que hay falsos negativos de un 14% al 30% en la primera biopsia.

(Dialogados)

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Félix Leborgne.

ACADÉMICO LEBORGNE (Félix).- ¿La HPB puede producir uropatía obstructiva aun en ausencia de alteraciones en el tracto urinario bajo?

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.- Es lo más peligroso. Por razones de tiempo, limité un poco el tema pero, confieso, hay un montón de conceptos que me hubiera gustado exponer. Uno de ellos tiene que ver con que la HPB puede ser evolutiva, sin obstrucción y asintomática.

ACADÉMICO LEBORGNE (Félix).- Eso es muy peligroso.

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.- Sin dudas, como dije, es la más peligrosa de las situaciones. El paciente sigue orinando sin inquietarse por tener que levantarse varias veces.

ACADÉMICO LEBORGNE (Félix).- ¿Serviría la indicación de una ecografía, por ejemplo, en las personas de tantos años?

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.- Si bien es discutida la indicación sistemática de una ecografía en un control prostático, personalmente la solicito porque entiendo que es conveniente.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico José Leborgne.

ACADÉMICO LEBORGNE (José).- Quisiera referir al tema del nódulo prostático y el PCA elevado...

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.- Hay que hacer tomas selectivas porque todo depende del tamaño del nódulo. Sabemos que el 50% de los nódulos son benignos. Cuando uno indica una biopsia, de pronto no sólo hay que pedir tomas del área, sino también tomas selectivas y randomizadas en el resto de la glándula. Hoy se entiende que una biopsia debe llevar, al menos, diez o doce muestras randomizadas en las áreas de mayor frecuencia, que son las posterolaterales. Incluso, cuando se indica una segunda biopsia, se aumenta el número de muestras.

PRESIDENTE.- Frente a la consulta de un neófito respecto a su control prostático, ¿el tacto es suficiente? Sabemos que es un paso ineludible, pero ¿qué otra cosa debe acompañarlo?

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.- En el *screening* individual se sugiere que a todo hombre por encima de los cincuenta años se le haga, anualmente, un tacto rectal y un antígeno.

PRESIDENTE.- ¿Qué lugar ocupa la ecografía?

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.- No es un elemento básico de diagnóstico. Podemos decir que su valor real es que sirve de guía para la biopsia.

ACADÉMICO PEÑA.- ¿Hay alguna relación entre antígeno prostático y edad?

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.- Si. Naturalmente, hay muchas variables a tomar en cuenta para indicar una biopsia. Por ejemplo, se estima que debe haber una expectativa de vida de más de diez años en el paciente.

PRESIDENTE.- Agradecemos mucho al Académico García Guido por la brillante exposición que ha realizado en el día de hoy, de la cual todos hemos aprendido mucho.

Actividad Científica realizada el jueves 14 de junio de 2007.

PRESIDENTE.- Comenzamos la sesión de hoy con la actividad científica a cargo del Académico Honorario López Soto, quien expondrá a propósito del tema:

Tabaquismo.

ACADÉMICO HONORARIO LÓPEZ SOTO.- Durante muchos años los médicos han sido prescindentes en encarar una solución efectiva para contrarrestar los efectos desastrosos que causa el uso del tabaco sobre la salud y la economía de la población. El Académico Kasdorf fue un verdadero pionero de la lucha antitabáquica en nuestro país, habiendo promovido la realización de un congreso multitudinario entre diferentes integrantes de la sociedad a los efectos de informar sobre el peligro del uso del tabaco.

En realidad, lo que el fumador obtiene con su hábito, es un efecto gratificante. Cuando la nicotina activa sus receptores específicos en el área mesocorticolímbica del Sistema Nervioso Central se produce un aumento de neurotransmisores, especialmente dopamina a nivel sináptico. El incremento de la transmisión dopaminérgica causa bienestar y fomenta el deseo de volver a fumar. Por el contrario, cuando esa neurotransmisión merma al dejar de fumar, disminuye la función cognitiva, aparecen importantes disturbios emocionales y otros síntomas que constituyen el síndrome de abstinencia a las sustancias psicoactivas. Éste presenta en el individuo dificultad para concentrarse; irritabilidad, frustración y angustia, insomnio, inquietud, depresión, aumento del apetito y ganancia de peso, disminución de la frecuencia cardíaca y ansia irrefrenable de fumar o *craving*.

Dentro de los criterios para considerarla una sustancia psicoactiva encontramos: consumo más prolongado o en mayor cantidad de lo inicialmente previsto; deseo de abandonar el consumo; limitación de actividades diarias que interfieren con el hábito de fumar; mantenimiento de su consumo aun conociendo sus efectos nocivos; aparición progresiva de tolerancia; y desencadenamiento de un síndrome de abstinencia.

En la actualidad, la prevalencia del tabaquismo en el Uruguay en la población de entre 12 y 65 años de edad es de 30.1%. Un estudio más reciente sobre personas mayores de 40 años, en Montevideo y su Área Metropolitana, encontró que el 28% de los encuestados eran fumadores y el 29% ex fumadores. Por lo tanto, más de la mitad de los adultos fue o es fumador. En nuestro país mueren, aproximadamente 5.000 personas al año por causas atribuibles al tabaco, lo cual equivale a 15 defunciones diarias y constituye el 18% de la mortalidad anual.

No disponemos de estudios epidemiológicos cuantitativos completos sobre la morbilidad de las enfermedades tabaco dependientes en el Uruguay. La Comisión Europea para el control del tabaco acepta que el impacto del mismo sobre la morbilidad de una población sería veinte veces mayor que las cifras de la mortalidad. Por cada muerte debida al tabaco, existen veinte individuos que viven y sufren por una enfermedad causada por fumar cigarrillos. De acuerdo con esta estimación, serían cien mil los pacientes que en nuestro país padecen una enfermedad crónica atribuible al uso del tabaco.

Motivadas por el crecimiento de la economía global, las tabacaleras han expandido su actividad a los países en desarrollo. En la actualidad, fuman 1.3 billones de personas en el mundo, de modo que uno de cada cinco, de los 6.4 billones de habitantes de la Tierra, es

fumador. En los países con alto desarrollo, el consumo de tabaco permaneció estable entre los años 1970 y 2000. Por su parte, los países de desarrollo medio duplicaron el consumo en igual lapso, en tanto que los de menor desarrollo multiplicaron el uso del tabaco en los últimos años y subieron el consumo un 100% entre 2000 y 2005. Estos datos hacen plantear una fuerte morbimortalidad actual de las enfermedades tabáquicas y también en el futuro inmediato.

La mortalidad anual que causa la pandemia es de 5.000.000 de personas, es decir, una muerte cada nueve segundos. Esta cifra se divide en partes iguales entre las poblaciones de países desarrollados y en vías de desarrollo. Según las previsiones actuales en 2025 la mortalidad por el tabaco será de 10:000.000 de muertes anuales, de las cuales 7:000.000 ocurrirán en el Tercer Mundo. Una amenaza de esta magnitud sobre la salud mundial no tiene antecedentes en la historia de la humanidad.

En esta lámina se observan las cuatro etapas de la epidemia tabáquica seguida por los países desarrollados durante el Siglo XX. En el primer estadio aparece un rápido aumento de los fumadores hombres, en el segundo de las fumadoras mujeres, en el tercero una meseta de los fumadores hombres y mujeres, y en el cuarto una meseta y una caída final del número de fumadores de ambos sexos. La tendencia de las curvas de prevalencia es acompañada por variaciones similares de las curvas de mortalidad, que se producen cada dos o tres décadas.

El modelo de epidemia descrito obedece a que en los países desarrollados se ha diseñado, desde hace mucho tiempo, una estrategia eficaz para controlar el uso del tabaco. Su aplicación precoz logró la reducción del tabaquismo, con la consiguiente disminución de la mortalidad. Por el contrario, otros países se encuentran en las etapas tres y cuatro, que son aquellas en las cuales hay mayor prevalencia e incidencia de las enfermedades tabáquicas dependientes.

Las numerosas enfermedades relacionadas con el uso del tabaco no son causadas por la nicotina sino por alguna de las más de cuatro mil especies químicas contenidas en el humo del cigarrillo. Se destacan por su importancia los radicales libres, las sustancias carcinógenas y el monóxido de carbono. Estas sustancias reaccionan con aproximadamente unos cuarenta tipos celulares diferentes del tracto respiratorio y con las células hemáticas residentes en el mismo. Se produce, entonces, una injuria y una inflamación pulmonar. Luego, a través de la circulación sanguínea, los compuestos xenobióticos toman contacto con el resto de las células de toda la economía y pueden actuar directamente a nivel molecular en el espacio extra e intra celular corporal.

En esta figura vemos un bronquio que forma parte de lo que se llama *pequeña vía aérea*. Está conformada por los bronquios más pequeños y por los bronquiolos.

(Se proyecta una lámina con distintas figuras)

Sólo luego de muchos años de tal exposición aparecen las manifestaciones clínicas de las enfermedades tabáquicas. El daño que estas producen alcanza casi a todos los órganos del cuerpo humano. Se puede afirmar que el consumo de tabaco es la mayor causa de enfermedades en la historia de la Medicina. Como consecuencia, las víctimas humanas se cuentan por millones y los gastos de la salud global por billones de dólares.

Entre los efectos adversos provocados por el humo del cigarrillo, podemos destacar: cáncer de pulmón, de cavidad oral, de faringe, de laringe, de esófago, de páncreas, de vejiga urinaria, de riñón, de estómago, de cuello uterino, de leucemia mieloide, de cavidad nasal, de

senos nasales y de hígado; enfermedad obstructiva crónica, enfermedades respiratorias agudas, incluida la neumonía, todos los síntomas respiratorios del adulto, incluidos la tos, la expectoración, las sibilancias y la disnea, pérdida del control del asma bronquial, efectos respiratorios sobre el feto en la mujer embarazada, disminución del crecimiento pulmonar, efecto temprano sobre la declinación de la función pulmonar, síntomas relacionados con el asma, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, aneurisma de aorta, arteriopatía periférica, úlcera gástrica, cataratas, periodontitis, úlcera duodenal, efectos adversos postoperatorios en la cicatrización de heridas y aumento de las complicaciones respiratorias, fractura de cadera, infertilidad en mujeres, Enfermedad de Crohn, degeneración macular relacionada con la edad, ambliopía tabáquica, osteoporosis, complicaciones en el embarazo, parto a pretérmino, menor crecimiento fetal y bajo peso al nacer, síndrome de muerte repentina en recién nacidos, etcétera.

Existen más de cincuenta sustancias carcinógenas en el humo del tabaco, la mayor parte en forma de procarcinógenos que constituyen el factor de riesgo mayor de cáncer en el mundo. La posibilidad de un pulmón canceroso es más del doble en un fumador que en un no fumador, y ésta aumenta tres veces si se fuman más de 25 cigarrillos diarios. Las estadísticas internacionales señalan al cáncer de pulmón como la causa de muerte por tumores malignos en ambos sexos. En nuestro país el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte en el hombre y tiene una tasa de mortalidad acelerada en la mujer. En 1980, la estadística era de seiscientos casos. Ibarra, en su libro, pronosticó que para el año 2000 el número superaría los mil, y así efectivamente ocurrió.

La enfermedad obstructiva crónica, EPOC, es causada por una inflamación pulmonar secundaria de la emanación del humo de cigarrillo y se caracteriza por una limitación progresiva del flujo aéreo que nunca es totalmente reversible. Se trata de una infección inflamatoria pulmonar que en estadios avanzados puede presentar graves lesiones de todas las estructuras anatómicas del pulmón.

Aquí tenemos representado la pequeña vía aérea —que señalamos que era el punto de la obstrucción—, vemos tres bronquiolos y se da una semicontracción por un agrandamiento de la pared. También podemos observar que los tabiques auriculares están rotos y, entonces, el bronquio pierde esa especie de tienda elástica que hace que se mantenga en una posición semiabierta. Asimismo, se producen lesiones arteriales. Aquí vemos la explicación y el origen de la hipertensión pulmonar.

La EPOC representa la cuarta causa de muerte con una morbilidad que ocupa el séptimo lugar de frecuencia en el mundo actual. Para el año 2020 se pronostica que sea la tercera causa de muerte y el quinto motivo de incapacidad mundial.

En esta figura vemos un cuadro referido a la tasa de mortalidad, ajustada a la edad, en Estados Unidos, durante el período 1965 – 1998, para todas las enfermedades. Con gran sorpresa, vemos que la única enfermedad que aumenta es la EPOC. ¿Qué explicación tiene esto? Sucede que, originariamente, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica fue mal definida y se le concedió poca importancia. Esto motivó una reacción mundial y se creó un organismo que estudia las causas, la prevalencia y los métodos de diagnóstico, con el fin de abatir su incidencia. En América Latina se hizo un estudio en el cual intervinieron cinco ciudades —Montevideo, Santiago de Chile, San Pablo, Caracas y Ciudad de México— con el objetivo, justamente, de estudiar la prevalencia de la enfermedad.

Cabe destacar que las enfermedades cardiovasculares tienen de dos a cuatro veces más posibilidad de desarrollarse en los fumadores que en los no fumadores. El acto de fumar también daña a personas que no fuman pero comparten un ambiente cerrado con el fumador, siendo denominados *fumadores pasivos*. El humo ambiental del tabaco es una mezcla del humo exhalado por el fumador y el producido por el extremo encendido del cigarrillo mientras el sujeto no fuma. Cabe señalar que tiene los mismos componentes tóxicos y carcinógenos del humo del tabaco original. Algunos de estos constituyen genotóxicos que se han encontrado en la sangre y en la orina de los fumadores pasivos, lo cual demuestra el peligro de la exposición ambiental.

Frente a este panorama y a esta epidemia tabáquica, cabe preguntarse qué medidas se han implementado en el mundo para tratar de frenarla. Aquí podemos ver las disposiciones sanitarias sobre el consumo de cigarrillos que se adoptaron en la primera mitad del siglo pasado. Como ya hemos visto, a principio del siglo comenzó el consumo masivo de tabaco, poniendo en evidencia que una publicidad agresiva y bien planificada puede generar la demanda de un producto que, prácticamente, no existe en el mercado. Tengamos en cuenta que si bien el tabaco ya existía, no había un consumo masivo y, menos aún, la forma en que luego se impuso, que fue a través del cigarrillo. Esto se vio facilitado porque a fines del Siglo XIX se inventó una máquina capaz de llevar adelante una producción masiva de cigarrillos. Indudablemente, la Primera Guerra Mundial tuvo una incidencia significativa en el incremento del hábito de fumar. Luego decae un tanto por la razón del artillero: no había dinero. Sin embargo, con la Segunda Guerra Mundial el consumo creció nuevamente. Mientras tanto, comienzan a aparecer algunos indicadores acerca del daño del tabaco. En Alemania, Wimper elaboró un trabajo en el cual estudió a una serie de obreros de una fábrica de cigarrillos y encontró la incidencia del cáncer de pulmón.

En 1931, Rofo produce cáncer en cobayos con el alquitrán del tabaco. Finalmente, en 1950, Willer demuestra que el tabaco produce cáncer de pulmón. Es así que se produce un descenso en el consumo de cigarrillos como consecuencia de que la gente comienza a tomar conciencia del daño que produce el tabaco. A posteriori, la sanidad americana demuestra, de manera inequívoca, que el tabaco genera cáncer de pulmón, bronquitis, eufemias y otras enfermedades pulmonares. No obstante, vuelve a incrementarse el consumo de cigarrillos cuando aparece el filtro.

El estado de situación que estamos relatando dio lugar a un debate muy complicado porque en Estados Unidos cada Estado tiene su propia legislación y, entonces, es muy difícil formar un frente antitabáquico común. Lo positivo de todo esto es que la discusión llamó la atención y comenzó a generar reacciones en contra del tabaco. Incluso, en algún momento se consiguió que las tabacaleras costearan una propaganda contra el tabaco. La evidencia y el conocimiento sobre el daño causado por el tabaco fueron aumentando y la epidemia comenzó un franco descenso en Estados Unidos. Algunas medidas fueron muy efectivas para ese fin, como la prohibición de hacer propaganda en radio y televisión, y la duplicación del impuesto federal que se generalizó al consumo de tabaco. La creación de áreas libres de humo fue una medida muy resistida por las tabacaleras. Todo este movimiento fue acompañado por una contrapropaganda, en algunos casos muy novedosa, como la de los pictogramas. De este modo, se advertía a los consumidores que el tabaco era dañino para la salud.

(Se muestran imágenes de distintas leyendas y diseños de cajas de cigarrillos)

Importantes estudios estadísticos sobre la salud mundial, pronostican un aumento dramático de la mortalidad causada por el tabaco en el primer cuarto de este siglo. Estas muertes ocurren en la edad media de la vida, después de un período de evolución de varias décadas. Por lo tanto estarán más afectadas por los adultos que dejan de fumar, que por los jóvenes que inician el hábito. De este modo la cesación en los adultos mejorará la salud pública en el corto y mediano plazo. En nuestro país, Goja y Portos inauguraron, en 1988, en el Hospital de Clínicas el primer centro de cesación de fumar incorporando el tema del tabaquismo a la actividad asistencial y docente a la Facultad de Medicina.

Se consideran tres principales categorías de intervenciones para dejar de fumar: una breve advertencia para dejar de fumar, consejo y apoyo comportamental y farmacoterapia (terapia de reemplazo nicótico, bupropión y agonistas parciales de los receptores nicotínicos).

Existen suficientes pruebas de que una advertencia oportuna es muy útil desde el punto de vista de la salud pública. Hay fuerte evidencia científica de la efectividad de un soporte médico presencial intenso para dejar de fumar. Lo mismo vale para el tratamiento farmacológico.

Las intervenciones breves de menor intensidad, logran una abstinencia menor; alcanzan hasta el 10-20%, mientras que las más intensivas llegan al 35%. Sin embargo, los tratamientos breves pueden ser ejecutados en la consulta médica y tienen mayor aceptación por el fumador. Por lo tanto, tienen más alcance poblacional.

El patrón oro para dejar de fumar es el siguiente: el algoritmo de los cuatro ases. Se trata de una intervención breve, de utilidad comprobada, que se puede cumplir en tres minutos en cualquier ambiente médico.

En el Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay se instrumentó un Programa intensivo de cesación de fumar, con terapia del comportamiento y fuerte apoyo psicosocial. A ello se agregó, en el 90% de los casos, medicación de primera línea nicotina y bupropión, o ambos fármacos combinados. Se trataron 517 fumadores. A los 12 meses, 113 se mantenían sin fumar, lo que significó una abstinencia del 31,6%. La abstinencia fue validada por la determinación del CO espirado. La tasa de cesación anual es similar a la publicada por otros centros a nivel mundial.

PRESIDENTE.- Disculpe que lo interrumpa, pero si usted considera que necesita más tiempo para continuar desarrollando el tema, podríamos incluirlo en el Orden del Día de la próxima sesión.

ACADÉMICO HONORARIO LÓPEZ SOTO.- Como este trabajo fue repartido, quizás sea conveniente hacer un redondeo y terminar aquí mi exposición.

PRESIDENTE.- Reitero que no hay ningún inconveniente en proseguir en la próxima sesión pero, en última instancia, la decisión es suya.

Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- Simplemente deseo advertir que, en lo personal, tendría varias preguntas que hacer.

(Dialogados)

ACADÉMICO PRADERI.- Creo que todos sabemos leer y, en consecuencia, no tiene sentido que el Académico Honorario López Soto continúe dando lectura a las láminas.

ACADÉMICO HONORARIO LÓPEZ SOTO.- Tiene usted razón; acepto su observación.

ACADÉMICO PETRUCCELLI.- Creo que respecto de este tema todos queremos discutir y formular preguntas. En ese sentido, pienso que —tal como sugirió el Presidente— deberíamos volver a abordarlo en la próxima sesión.

PRESIDENTE.- Si no hay objeciones, así se hará. De cualquier modo, corresponde felicitar al Académico Honorario López Soto por este trabajo.

(Aplausos en Sala)

Actividad científica realizada el jueves 28 de junio de 2007.

PRESIDENTE.- Ingresamos a la consideración del Orden del Día con la actividad científica. Al respecto, el Académico Probst se referirá a los:

Trastornos de pánico.

ACADÉMICO PROBST.- Advierto que solamente haré una breve exposición respecto a un tema bastante complicado, sobre el cual he debido elegir describir aspectos psicológicos, clínicos y de tratamiento, más que de la fisiopatología del fenómeno.

Hace muchos años —aproximadamente, en 1985— el Profesor Gómez Haedo me llama por teléfono para comentarme que estaba muy preocupado por un amigo suyo que lo había ido a consultar, a quien había derivado a una psicoterapia en tanto presentaba una cantidad de síntomas que él pensó constituían un estado de angustia. En aquel entonces, la conceptualización que existía respecto a un individuo angustiado hacía que, directamente, tuviera que ir a psicoterapia. Como esta persona estuvo dos años en terapia y su cuadro clínico permaneció incambiado, el Profesor Gómez Haedo me pidió que lo viera. Como es lógico, accedí a ese pedido y advertí que se trataba de un trastorno de pánico.

A los efectos de clarificar un poco el panorama de estos trastornos, debo decir que los sistemas clasificatorios hablan de trastornos de ansiedad generalizada y de trastornos paroxísticos. El primer caso lo vemos en pacientes ansiosos, nerviosos, con desasosiego, etcétera, que de vez en cuándo tienen exacerbaciones y una sintomatología mucho más intensa. Por otro lado, los trastornos paroxísticos se suceden como crisis, que pueden ser una exacerbación del trastorno de ansiedad generalizada o plantearse como este tipo de crisis que, desde 1980 —a partir de la Clasificación Estadística y de Diagnóstico norteamericano—, se caracterizan por ataques de pánico. Lo curioso fue que en 1962 y 1963 estuve becado en Europa y durante un año trabajé con el Doctor López Ibor, Catedrático de Psiquiatría en Madrid, quien hacía el siguiente razonamiento. Así como hay depresiones que tienen un componente biológico, endógeno, genético, hay otras que son, de alguna manera, reactivas a problemáticas que padecen los individuos. Del mismo modo, en el caso de la angustia, él sostenía que existían angustias relacionadas con la personalidad, con el mal manejo de los conflictos vitales, etcétera, y otras que se presentan en crisis, las cuales denominó *timopatía ansiosa*. Sus trabajos fueron publicados en 1949 en un famoso libro llamado *La angustia vital*. Sin dudas, en tanto yo tenía muy poca experiencia, no podía opinar al respecto. Los tratamientos que se hacían para estas crisis de angustia biológicamente condicionada eran horribles. Sinceramente, creo que se curaban del susto. Pasa el tiempo y los norteamericanos traen como gran novedad las *crisis de pánico*, que era aquello que él había

descrito como *timopatía ansiosa*. Ahora bien; ¿qué son las crisis de pánico? Son crisis de angustia paroxística, que se caracterizan por el hecho de que suceden de la forma más inesperada. Por ejemplo, la persona está en un restaurante, en una fiesta o en una reunión y, de pronto, comienza a sentirse muy mal, presentando síntomas tales como disnea, palpitaciones, sofocos, inestabilidad, entre otros. Lo básico de estas crisis pasa por el hecho de que provocan algo así como el terror a enloquecer, a morir o a que sobrevenga una situación catastrófica. Lo más importante del diagnóstico es que no duran más de quince o veinte minutos. Tan así es, que cuando llega el médico ya todo ha pasado y lo único que puede constatar es, quizás, una taquicardia.

¿Qué características tienen estas crisis? Pueden ser provocadas mediante una infusión de lactato sódico intravenoso. Naturalmente, no se trata de un marcador tan específico porque tiene resultados positivos en un 70% de los casos. Esta es una demostración de que existe un componente biológico. Por supuesto que en un estado de angustia también lo hay, pero en este caso tiene la característica de cesar en determinado tiempo y de que puede ser tratado y así evitar las crisis de pánico. Vale destacar que los ataques de pánico pueden ser con o sin agorafobia, es decir, con o sin un miedo irracional que impide a un sujeto poder desempeñarse en ámbitos externos, por decirlo de algún modo. En los pacientes que no tienen agorafobia, con un tratamiento médico y con un clínico que se tome el trabajo de tranquilizar al individuo, la cosa marcha bastante bien. Se descubrió que ciertos medicamentos específicos—sobre todo los tricíclicos— tienen la característica de, una vez encontrada la dosis requerida, dejar al paciente libre de crisis. Años atrás, los médicos suponían que toda persona que tenía un estado de angustia más o menos prolongado era debido a la existencia de conflictos inconscientes que amenazaban con volverse conscientes, por lo cual la indicación, reitero, era la de enviarlo a una psicoterapia. En general, la psicoterapia no da buenos resultados en materia de crisis de pánico, siendo las de tipo cognitivo conductual las más adecuadas, sobre todo cuando están presentes esos temores que se expresan en la agorafobia.

Hoy en día es una moda hablar de crisis de pánico pero, en realidad, muchas veces el diagnóstico es erróneo.

Ahora me referiré, en pocas palabras, a los aspectos fisiopatológicos que acontecen en las crisis de pánico. Muchos años atrás se comenzaron los estudios experimentales para provocar crisis de angustia. Hoy en día es posible inducir una crisis de pánico a través del lactato de sodio, lo que provoca una modificación del calcio ionizado en la superficie de la membrana. Si a la infusión agregamos este ion, la reacción de pánico no se produce. El lactato de sodio provoca una alcalosis sistémica que, a su vez, produce una vasoconstricción e isquemia cerebral, afectándose la concentración de piruvato. Por otro lado, la hiperventilación y el lactato elevan la concentración de anhídrido carbónico en el sistema nervioso central. En realidad, la hiperventilación es un mecanismo útil para evitar la alteración de receptores que se supone son sensibles a este gas.

El locus cerúleo es una estructura protuberencial que alberga el 50% de las neuronas noradrenérgicas de todo el sistema nervioso central. Se cree que la estimulación brusca del locus cerúleo es la que provoca el cuadro de pánico.

El 2% de la población general tiene prolapso de la válvula mitral, lo cual podrá corroborar el Académico Fiandra. Dentro de este porcentaje, hay entre un 20% y un 25% de personas que tienen crisis de pánico. En cuanto al porqué de esta asociación se tejen una cantidad de hipótesis que no han llegado a ninguna conclusión. Sin dudas, en todo esto hay

una gran importancia de los aspectos genéticos. Por ejemplo, el 25% de familiares de pacientes con crisis de pánico, también presentan este trastorno.

Finalmente, debo señalar que la crisis de pánico puede ser provocada por múltiples circunstancias. Es así que tenemos que la marihuana o la cafeína pueden provocar una crisis de angustia.

En realidad, podría extenderme más en el tema —incluso traje varias anotaciones—, pero creo que ha sido suficiente como para tener una visión global de esta problemática tan de moda hoy en día.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Fiandra.

ACADÉMICO FIANDRA.- Estoy muy de acuerdo con vincular la crisis de pánico a factores genéticos. Se acompañan de estigmas físicos, uno de los cuales es el signo del pulso. El clonazepam se usó desde hace más de sesenta años para el tratamiento de ciertas epilepsias. En el Hospital Bautista de Alabama, un cardiólogo atendía pacientes con prolapso de válvula mitral. Cierta día uno de ellos le dijo que se le había acabado el medicamento que le recetaba el neurólogo y le pidió una receta, a lo cual accedió. A los dos meses volvió y le comentó que no había tenido más crisis de pánico. Fue entonces, que comenzó a utilizarse el clonazepam como medicamento de excelencia.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico García Guido.

ACADÉMICO GARCÍA GUIDO.- Quisiera saber si hay alguna relación entre la crisis de pánico y los temores nocturnos de los niños.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- En general, las crisis de pánico se ven en la adolescencia —más bien tardía— y, luego, alrededor de los cuarenta años. Confieso que no tengo mucha experiencia en ese aspecto, por lo cual no sé si llamar pánico a esos temores infantiles.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Mañé Garzón.

ACADÉMICO MAÑÉ GARZÓN.- Siempre se ha relacionado el temor nocturno de los niños con las crisis de pánico. En tal sentido, habría que definir psicológicamente a las crisis de pánico. Según he leído, la persona no se puede mover ni hablar. La hiperventilación era uno de los elementos fundamentales para hacer diagnóstico, antes de contar con el electroencefalograma.

Por otro lado, esa relación con el prolapso de válvula mitral es misteriosa, pero existe.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Honorario Berta.

ACADÉMICO HONORARIO BERTA.- Creo que el Académico Probst ha hecho muy bien al traer este tema de actualidad al ámbito de la Academia. No recuerdo haber recibido durante mi formación psiquiátrica una clase sobre crisis de pánico, justamente, porque es un problema de los últimos años. En tal sentido, el Académico Probst hablaba de *una moda* y tiene razón. Más allá de los factores orgánicos y genéticos, me pregunto si los agentes situacionales y ambientales no están incidiendo mucho en las crisis de pánico.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- Sin dudas, la pregunta es muy adecuada. Claramente, hay factores situacionales que pueden disparar una crisis de pánico pero no olvidemos que, en general, el individuo no presenta ningún conflicto en forma consciente y, sin embargo, padece repentinamente ese trastorno. Asimismo, hay teorías psicogenéticas que tratan de explicar las crisis de pánico. A mi juicio, hay que ser un poco cauto a la hora de hacer generalizaciones. Pensemos en una persona que tiene fobia a los aviones y debe viajar a un país lejano. Casi

con seguridad, mucho antes de subir al avión ya esté nerviosa, ansiosa, etcétera. Aclaro que uno de los casos que atendí, presentaba esta particularidad. Incluso, el paciente me señaló que acudía a mi consulta porque la familia lo obligaba. Lo cierto es que había intentado solucionar su problema bebiendo bastante alcohol antes de viajar, tomando pastillas, etcétera, pero no había obtenido ningún resultado. Personalmente, lo derivé a una terapia cognitivo conductual y nunca más supe de él.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Quadrelli.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Las asociaciones entre lo molecular y trastornos de conducta lo trabajan mucho quienes hacen modelo animal. Lo que se ve en Medicina son esas asociaciones preferenciales, como la referida al prolapso de válvula mitral y crisis de pánico. Sin duda, todo esto tiene una base orgánica.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Praderi.

ACADÉMICO PRADERI.- La referencia del Académico Honorario Berta a la influencia que podrían tener los factores ambientales, me trajo a la memoria la gran cantidad de hemorragias digestivas que se daban luego de los bombardeos a Londres, sin dudas generadas por el estrés.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra la Académica Fogel.

ACADÉMICA FOGEL.- Realmente, el tema de los ataques de pánico en los aviones es muy delicado. ¿Qué se hace?

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- Lo principal es tratar de tranquilizar a la persona. En una época atendí a una paciente joven, con varios hijos, que tenía trastornos de pánico. Vivía en un establecimiento rural del interior del país y no salía de la casa. Luego de un tiempo de tratamiento comenzó a mejorar, le rebajé la medicación y en determinado momento me anuncia que estaba embarazada, consultando si continuaba tomando alprazolam. Confieso que la duda que se me generó fue muy grande. En el ínterin participé en un Congreso en Europa, al cual asistió el especialista número uno en materia de pánico, un Profesor de Psiquiatría de la Universidad de California. Cuando le planteé el problema me dijo que, a su juicio, habría que suspender la medicación y brindar una terapia intensiva de apoyo, de sostenimiento de la paciente. Lo cierto es que la paciente tuvo un óbito fetal.

ACADÉMICO POLTO.- Disculpe que lo interrumpa, pero no hay casos concretos descritos de malformación fetal por alprazolam o benzodiacepina.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Mazza.

ACADÉMICO MAZZA.- Quisiera hacer algún comentario a propósito de la presentación que realizó el Académico Probst.

Parece evidente que hay como una constitución social de la enfermedad y, en particular, de la psiquiátrica. Hay ciertos momentos en que aparecen ciertas patologías y otros en los cuales declinan y son sustituidas por otras manifestaciones de carácter clínico.

El otro tema es que el término angustia tiene un significado muy polisémico, esto es, desde una connotación patológica que puede alcanzar su máxima expresión en los ataques de pánico, configurando entidades nosográficas bien definidas, hasta aquella angustia vista como un dato de la existencia que tiene como enorme virtud permitir a los sujetos acceder a la autenticidad.

Una de las características más interesantes de los ataques de pánico es que se dan absolutamente desvinculados de circunstancias externas. Como decía el Académico Probst,

resulta que el individuo está sumamente contento disfrutando de un cumpleaños o una fiesta y, sin motivo aparente, aparece el cuadro. Ahora bien; entiendo que el ataque de pánico así definido, tiene un componente reflexivo, en tanto uno de los rasgos fundamentales es esa sensación de pérdida de identidad, ese miedo a despersonalizarse.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Quadrelli.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Con relación a lo señalado por el Académico Honorario Berta y por el Académico Praderi, debo decir que quienes trabajan en modelo animal están borrando aquel concepto de innato y adquirido, dando jerarquía a ambos en su conjunto.

PRESIDENTE.- Agradecemos al Académico Probst por habernos ilustrado respecto de este tema que, como se dijo, está de moda.

(Aplausos en Sala)

Actividad científica realizada el jueves 12 de julio de 2007.

PRESIDENTE.- Ingresamos a la consideración del Orden del Día con la actividad científica. Al respecto, el Académico Berro se referirá al tema:

¿Qué es el cadáver?

ACADÉMICO BERRO.- En realidad, titulamos esta presentación con esa pregunta, sobre todo, para enfocarnos hacia el estatus médico legal del cadáver, que es un tema no tratado comúnmente y que posee su importancia a la hora de considerar lo que tiene que ver con la ley de autopsias y transplantes. No vamos a ver los aspectos forenses, sino más bien qué es el cadáver en ese sentido jurídico – médico. A veces, es un buen pretexto —y sumamente necesario— para la docencia y la enseñanza de la Medicina.

El cadáver es el testigo mudo de lo que pasó y, entonces, hay que hacerlo “hablar”. El Profesor Camilo Simonin, maestro de la Medicina Legal de Estrasburgo, decía: *El arte de la autopsia forense es hacer hablar al cadáver.*

(Se muestran imágenes de distintos cadáveres)

Como dije, el sentido de la exposición es determinar qué estatus se da al cadáver y, para comenzar, algo muy complejo como son las definiciones. La vida supone un complejo conjunto de fenómenos biológicos que se mantienen en un equilibrio constante, a veces inestable, integrados y organizados en un ser único. Esa es la vida. La muerte, se puede aceptar como concepto inequívoco, es lo que viene después de la vida. Si bien nadie se atreve a definirla con precisión, podríamos decir que es lo que viene después de la detención irreversible de las funciones vitales organizadas e integradas. Entonces, la muerte está constituida por una sucesión de fases de desestructuración más o menos rápida y progresiva anatómo funcional del organismo como unidad. ¿Cómo se denomina a ese cuerpo una vez ocurrida la muerte? En general se le llama cadáver. Este término proviene del latín *caedere*, que viene a ser *caer*, *caído*. En el sentido opuesto, si agonía es lucha, una vez que ésta termina la persona cede, cae y hay una pérdida de vida. Pues bien; a ese cuerpo se le ha llamado caído. Por ese motivo, precisamente, está el Día de los Caídos, el Valle de los Caídos, etcétera. A su vez, llama la atención el hecho de que, etimológicamente, el término occiso referiría a quien muere violentamente, aunque por extensión se le dice a todo muerto. Digo

esto porque tenemos varios sinónimos, como caído, occiso —que ya mencionamos—, difunto, finado, fallecido, óbito, entre otras. Incluso, en el lunfardo hay infinidad de formas de referirse a los muertos; en tal sentido por ejemplo *estiró la pata*, o decenas de otros modismos. No podemos desconocer que, a este respecto, también existe una jerga en el ambiente médico.

En síntesis, ¿cómo definiríamos al cadáver? El cadáver humano ha sido escasamente definido, lo cual llama la atención. A los efectos jurídicos puede tener importancia, incluso, hasta saber cuándo deja de ser cadáver. Arbitrariamente, se han tomado plazos de tres o cinco años. Una de las definiciones clásicas aceptada por la Tanatología española dice que el cadáver es el cuerpo humano durante los cinco primeros años siguientes a la muerte real. Debo precisar que en algunas legislaciones este plazo va, como refería solamente hasta los dos o tres años; la nuestra no lo especifica. Por *restos cadavéricos* se entiende lo que queda del cuerpo humano terminados los procesos de destrucción de la materia orgánica, transcurridos los dos, tres o cinco años siguientes a la muerte real y según las referencias normativas correspondientes. Sabemos que esto tanatologicamente no es así puesto que hay materia orgánica en el hueso, al menos hasta veinte, treinta o cuarenta años después de la muerte y la presencia o no de restos de partes blandas es muy aleatorio.

Entendemos que el plazo de cinco años ha sido tomado porque, en general, luego de dos o tres años, ha terminado la etapa reductiva y ya se asiste a etapas de esqueletización. De cualquier modo, eso es muy variable. ¿Qué es el cadáver para el médico legista? Como decíamos al principio, para el médico legista el cadáver es el testimonio mudo de un hecho criminal, judicial o banal. Sin embargo, el cadáver es mucho más que esto; está signado por la tradición, la piedad, el culto a los muertos, las creencias religiosas, etcétera, todo ello asentado en lo que representa más que en el cuerpo en sí mismo.

La ciencia que estudia los fenómenos que ocurren después de la muerte se llama Tanatología. Advierto que la Tanatología Forense es de gran importancia en los textos de Medicina Legal pero, reitero, no profundiza acerca de qué es el cadáver desde el punto de vista jurídico y, a lo sumo, plantea alguna mera referencia al estatus jurídico del mismo.

El estatus del cadáver es muy peculiar porque si bien podemos lograr un consenso en cuanto a que se trata de un objeto, no es una cosa cualquiera, no es cualquier objeto. Su existencia material a veces pasa a tener un valor secundario, salvo como prueba de investigación, docencia o trasplante, pero los valores morales que representa no los tienen los demás objetos. De cualquier manera, cabe decir que aun como objeto se ha revalorizado al haberse constituido en una reserva de órganos y tejidos con fines terapéuticos. Aquel antiguo concepto de la inviolabilidad del cadáver ya no es absoluto. Las prácticas de trasplantes han llevado a legislar sobre el cadáver como reservorio de órganos y tejidos, y a agudizar la pregunta *¿a quién le pertenece el cadáver?* Entonces, el cadáver tiene una importancia creciente en el mundo de los vivos. A partir de estos hechos, además, han surgido una cantidad de repercusiones jurídicas.

Estimo importante transmitir algunos lineamientos para la discusión y consideración del concepto médico legal y jurídico de lo que es el cadáver. Respecto de la consideración jurídica, hay dos extremos: uno es el concepto de sujeto de derecho y, el otro, el de la noción de cosa. Luego de recoger distintas opiniones, me reafirmo en que el cadáver es jurídicamente un objeto pero, reitero, no es cualquier cosa porque tiene una característica muy peculiar: es una cosa que anteriormente fue sujeto de derecho. Incluso, cuando fue sujeto de derecho pudo signar el manejo para cuando pasara a ser cosa. Recuerdan que hoy nos preguntábamos a

quién le pertenecía. Pues bien; al primero que le pertenece es al propio cadáver cuando no era cadáver, cuando era sujeto de derecho. Sin dudas, es una situación muy peculiar a nivel del orden jurídico. Dicho en otras palabras, quien antes que nadie pudo disponer anticipadamente del futuro cadáver fue la propia persona. Entre los ejemplos de disponer de sí mismo tenemos los de cederse a instituciones científicas, a instituciones de enseñanza, exigir una futura necropsia o negarse a una futura necropsia, siempre y cuando la ley no la imponga en caso de tratarse de una muerte violenta. La Ley N° 14.005 es nuestra primera norma en materia de autopsias y trasplantes. Luego, en 2003, se aprobó la Ley N° 17.668, que modifica algunos aspectos de aquélla. Estas leyes recogen el concepto que veníamos manejando, en tanto dan prioridad a la voluntad de la persona como donante. Si se negó, no es donante. El problema es que, en ocasiones, no fue consultada y, entonces, decide la familia. En el caso de que no se den ningunos de los dos supuestos anteriores, pasado un plazo de tres horas la sociedad tomaría el cadáver. En este sentido, debemos prestar atención a una interesante modificación que introdujo la Ley N° 17.668. Si la persona no expresó su negativa a ser donante y pasa a pericia forense, se entiende que lo es. Entonces, hoy es donante todo cadáver que amerita pericia forense, salvo lo haya negado en vida. De cualquier forma, como política del Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (INDT) —antes banco de Órganos y Tejidos—, todavía se trata de recabar el consentimiento de donación por parte de la familia. Vale recordar que este cambio suscitó una importante discusión a nivel parlamentario. En Francia y en Argentina, por ejemplo, todos son donantes salvo manifestación en contrario, aunque siempre se consulta porque hay toda una cuestión cultural que hace muy difícil tomar órganos de un cuerpo sin el consentimiento familiar. Como se ve, entonces, además del individuo y su familia, la sociedad está adquiriendo derechos sobre el cadáver. Inclusive, algunas sociedades estiman que es un bien de su propiedad y, si el individuo no estableció su negativa no dudan que puede ser utilizado para el progreso científico, como recurso terapéutico, docente y de investigación.

Quisiera formular dos advertencias que entiendo fundamentales. Cuando se es donante total, no es sólo para trasplante de órganos, sino también para autopsias. Quiere decir que podemos realizar la autopsia y no extraer nada para trasplantar o injertar. A su vez, la ley no distingue, cuando habla de investigación, entre entidades públicas y privadas. En tal sentido, personalmente estimo que el acceso a estos materiales no está restringido a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, pero esto ha sido motivo de mucha discusión, y es cierto que la intencionalidad de la ley fue el trasplante y no específicamente el uso del cadáver para la docencia.

A lo largo de toda la historia de la humanidad, el cadáver ha estado cargado de consideración, respeto y derechos. Según diferentes tradiciones, ritos funerarios y religiones, al cadáver se le venera para, finalmente, reincorporarse al todo. Otro ejemplo que muestra que el cadáver no es cualquier cosa, está dado por la repatriación del cuerpo.

Distintas normas municipales, por razones de salubridad pero también por consideración y respeto, obligan a sepultar los cadáveres, salvo que esté pendiente una investigación judicial, que se haya donado con fines científicos o docentes, o que se autorice la conservación o embalsamamiento.

Relacionado con el tema del respeto, está también el decreto de reglas de conducta médica 258/92 dictado cuando era ministro de Salud Pública el Doctor Carlos Delpiazzo, que establece que el secreto profesional no se agota con la muerte, sino que se prolonga mas allá

de la misma. Si el paciente nos pidió que guardemos secreto más allá de su fallecimiento, no podemos hacer ninguna revelación. Esto, en ocasiones, puede generar inconvenientes a la hora de llenar el certificado de defunción. Además, hay normas que señalan que si se transgreden estos valores, cabe la configuración del delito de violación de secreto profesional y hasta vilipendio. La codificación procesal penal y la propia ley de autopsias y transplante de órganos y tejidos exigen la preservación al máximo de la integridad física del cadáver, en tanto habla de que luego de la autopsia hay que tratar de reconstruirlo, preservar su máxima integridad posible, cerrarlo. Quiere decir que el individuo pudo ceder sus restos pero nunca se admite que se utilice para otros fines que los expresamente nobles y específicamente cedidos.

Hay que tener en cuenta que si bien el cadáver es un objeto, no es como las demás cosas que están en el tráfico entre hombres. A partir del principio incontestado de la no comercialidad del cuerpo humano y de su inalienabilidad, se afirma en forma categórica que está, además, excluido tanto el cuerpo como sus partes, del patentamiento. Actualmente hay un nuevo decreto del Ministerio de Salud Pública respecto de las células madres que retoma este concepto de la no comercialización, en este caso de las partes del cuerpo. Esto, que puede parecer obvio, creemos que es de suma importancia y actualidad, ya que el conocimiento, por ejemplo, de la estructura del genoma humano ha planteado la discusión respecto de si es posible comerciar con partes del ser humano. En este sentido, hay por el momento consenso en cuanto a que NO. La Ley N° 17.668 y el nuevo decreto sobre células madres establecen claramente la prohibición comercial. En cuanto al patentamiento, tenemos un ejemplo muy claro en la ley francesa. El artículo 4° de la ley francesa del año 1994 modifica el Código de Propiedad Intelectual y establece que el cuerpo humano, sus elementos y sus subproductos, así como el conocimiento de la estructura total o parcial del gen humano no pueden, en tanto tales, ser objeto de patentes.

Los cadáveres tampoco son cualquier cosa desde el momento en que donde yacen convocan al recuerdo. Se podrá decir que se trata del recuerdo y no del cuerpo pero, coincidentemente, se plantea la recordación en el lugar en que está el cuerpo. Desde ese punto de vista, puede concebirse que el cadáver sea un referente, y sin necesidad de poner como ejemplo el hecho de tumbas reverenciadas y visitadas por multitudes. ¿Quién no visita la tumba de Napoleón si está en París? ¿Tendría sentido el esplendor de las tumbas, la arquitectura funeraria, si lo que está allí son restos sin trascendencia? Creo que no.

En esta lámina vemos el corazón de Eugenio Garzón, el cual tuvimos que reacondicionar porque había perdido el líquido conservador. Si me permiten la digresión, quiero decir que agradeceré toda mi vida que me hayan pedido ese trabajo, porque entre otras cosas me llevó a estudiar quién había sido Eugenio Garzón.

En cuanto a lo que representa el cadáver, es interesante la reflexión filosófico – epistemológica que ha hecho Vaz Ferreira sobre el concepto de sucesor. El término no está referido a aquel que hereda los bienes materiales, sino a quien es convocado a ser continuador, seguidor de ideas.

Finalmente, es notorio que el cadáver y la muerte son fuentes de inspiración de poetas, novelistas, pintores y artistas en general. En tal sentido, deseo compartir con ustedes un poema muy bello de Walt Whitman, aclarando que la traducción no se si es totalmente correcta. Dice así:

“A las puertas de la morgue en la ciudad

*como si anduviera ocioso,
tratando de aislarme del tumulto
me detuve curioso.
Vedla, pues, esta resaca de paria,
una pobre ramera muerta que acaban de traer.
Depositán allí su cadáver que nadie ha reclamado,
yacente sobre el húmedo suelo de los ladrillos.
La mujer divina, su cuerpo,
no veo más que su cuerpo, no miro más que eso,
ese cuerpo ayer desbordante de pasión, de belleza,
no veo más que eso.
Ni el silencio glacial ni el agua que fluye de la canilla,
ni los olores cadavéricos me impresionan.
Sólo ese cuerpo, ese prodigioso cuerpo,
ese delicado y espléndido cuerpo,
esa ruina, ese inmortal cuerpo,
más suntuoso que todas las hileras
de edificios construidos o por construir.
O que el Capitolio de Blanco Duomo,
rematado por una majestuosa estatua.
O que todas las viejas catedrales de flechas altivas.
Este pequeño cuerpo es más que eso.
Pobre cuerpo. Un cuerpo desesperado,
bello y terrible despojo, alojamiento de un alma,
alma él mismo, casa que nadie reclama, casa abandonada,
Acepta un soplo de mis labios trémulos,
acepta una lágrima que vierto
en tanto me alejo pensando en ti.
Cuerpo de amor, cuerpo de locura y de crimen,
desecho en polvo, cuerpo de vida
antaño lleno de palabras y de risas.
Más, ay, pobre cuerpo, ya estabas muerto entonces,
desde meses, desde años
eras una casa amueblada resonante,
pero muerta, muerta, muerta”.*

Nada más. Muchas gracias.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Praderi.

ACADÉMICO PRADERI.- Los profesores agregados de Cirugía tenían la obligación de hacer las técnicas quirúrgicas, pero eso luego se perdió. Mi primer contacto con la Cirugía no fue con el cadáver, pero sí con un disector. Mi primo Zunino nos usaba de maniquí quirúrgico para practicar las maniobras de Farabef. Por otro lado, el primer cirujano que abordó anatómicamente el hígado a través del tórax, fue Mérola. Incluso, describió cosas muy

ingeniosas practicando con cadáveres. Virchow había dicho que la trombosis de la íliaca izquierda estadísticamente es mucho mayor. Eso tiene una base anatómica, en tanto la arteria íliaca que la cruza por delante, la aprieta. Entonces, así como provoca la trombosis, también impide la embolia. El Académico Mazza se acordará bien de todo lo que estoy diciendo. Hay una pinza de Randerson que tiene exactamente la misma curvatura que la forma de la íliaca. En definitiva, quería destacar todo lo que hemos podido aprender gracias a los cadáveres.

Por último, quiero consultar al Académico Mañé Garzón si es cierto que en los países musulmanes está prohibida la autopsia.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Mañé Garzón.

ACADÉMICO MAÑÉ GARZÓN.- Creo que hemos aprendido mucho con esta puesta al día respecto al cadáver. En los últimos tiempos, el cadáver ha adquirido dos grandes importancias. A una de ellas se refirió el Académico Berro y la otra tiene que ver con lo que presentará en una de las próximas conferencias el Profesor Soria, esto es, el cadáver viviente. Quiere decir que el cadáver no sólo tiene importancia médico legal, sino que es el reflejo de la vida del sujeto.

¿Cuándo una persona está muerta? Muchas veces, cuando ocurre un accidente automovilístico en invierno, se piensa que la persona está muerta porque está helada y no siempre es así. Por ese motivo en los países donde las temperaturas son muy bajas, se ha establecido que ninguna persona puede ser declarada muerta si no está caliente. Asimismo, quisiera referirme a la situación que se da con los cadáveres que se mueven. Personalmente, interpreto que esto obedece a que la rigidez muscular no puede darse en todos lados al mismo tiempo.

En cuanto a quién pertenece el cadáver, debo decir que en el momento actual pertenece al Estado en tanto puede hacer lo que cree conveniente. Si me permiten, quiero recordar una anécdota. Idiarte Borda fue asesinado en Sarandí y Juan Carlos Gómez, pero lo curioso fue que antes de caer dijo *Estoy muerto*. El hecho dio lugar a un juicio en el cual el Doctor Melián Lafinur afirmaba que ese revólver no mataba. Lo cierto es que como la familia se negó a hacer una autopsia, nunca se supo el real motivo de su muerte.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- Quisiera saber acerca de un concepto que en el ámbito de la criminología se utiliza con mucha frecuencia, esto es, el de autopsia psíquica.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Petrucelli.

ACADÉMICO PETRUCCELLI.- Evidentemente, parece que nos olvidamos de determinadas cosas. Hubo un cadáver hasta 1950 y otro luego de ese año, estableciendo esa fecha de manera más o menos arbitraria. Digo esto porque después de 1950 comenzaron a realizarse los trasplantes exitosos. Entonces, podríamos decir que a partir de allí el cadáver da vida. Desde el Siglo III DC, los monjes médicos Cosme y Damián, querían transplantar miembros, pero nunca se intentó con órganos vitales. El primer trasplante vital que se hizo en el Uruguay, lo realizó el Profesor Larre Borges en 1968. De todos modos, en realidad, el primer trasplante exitoso se hizo en 1952, de madre a hijo, y funcionó durante quince días. Más adelante, en 1954, Murray —quien ganó el Premio Nobel— hizo el trasplante entre hermanos univitelinos y funcionó perfectamente.

Entonces, comienza a plantearse la interrogante acerca de si el cadáver pertenece a la familia o a la comunidad, en tanto dador de vida. Sin dudas, se trata de un problema filosófico complejo que ha sido resuelto de maneras muy diversas.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Mazza.

ACADÉMICO MAZZA.- Quiero situar mi comentario en el interior del espíritu de la presentación del Académico Berro, que fue tan rica de contenido. Él preguntaba qué era el cadáver. Pues bien; se trata de una pregunta ontológica, en tanto se consulta por el ser del ente de la cosa de la que se habla. Aristóteles nos enseñó que el ser se dice de muchas maneras. Por lo tanto, el cadáver se puede decir de muchos modos. En tal sentido, el Académico Berro eligió un modo de hablar del cadáver, esto es, la perspectiva jurídica y biológica de ese objeto. También podría hablarse del cadáver desde el humor o desde la poesía. De modo que la pregunta *¿qué es el cadáver?* es compleja, desde el momento en que el discurso sobre el cadáver se puede hacer desde muy diversas perspectivas. Sartre decía que el cadáver era el momento en el que el para sí se convierte en el sí.

En el interior de esa problemática, lo que más inquietaba al Académico Berro era distinguir entre el cadáver como cosa y el cadáver como un algo que no es una cosa. Para nosotros, los objetos siempre están dotados de valor. Del mismo modo que el cadáver es una cosa valiosa desde muy diversos puntos de vista, los objetos que le pertenecieron pueden ser tan valiosos como él e, incluso, hasta motivar guerras. Evidentemente —y coincido con el Académico Berro—, para nosotros el cadáver nunca es una cosa sin valor.

En consecuencia, sobre el cadáver se pueden decir muchas cosas y todas tienen que ver con el valor. Pues bien; a propósito del valor del cadáver y de lo que significa desde la perspectiva biológica y jurídica, la presentación del Académico Berro ha sido muy esclarecedora para todos.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Mañé Garzón.

ACADÉMICO MAÑÉ GARZÓN.- Pido disculpas al Académico Praderi porque olvidé contestar su interrogante. El país que tiene más alta frecuencia de autopsias es Hungría, en donde alcanza con la simple firma del médico. En el otro extremo, tenemos a los países musulmanes ya que las autopsias están prohibidas.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico José Leborgne.

ACADÉMICO LEBORGNE (José).- El tema del cadáver ha generado toda una especie de cultura a su alrededor, básicamente a través de los atavismos religiosos. Por ejemplo, la religión Tai considera al cadáver como un envoltorio de un espíritu que luego se reencarnará. En el cristianismo la profanación era vista como un último acto de maldad. Hoy en día, este aspecto que nos ha mostrado el Académico Berro en materia de extracción de órganos, me lleva a pensar qué pasaría si una persona se hiciera un trasplante de cerebro. ¿Qué persona pasaría a ser?

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Berro.

ACADÉMICO BERRO.- Sin llegar al trasplante de cerebro, de cualquier forma intervienen consideraciones psicológicas muy importantes a nivel del receptor que, en ocasiones, padece un síndrome similar al de Lázaro o, por el contrario, llega a sentirse despersonalizado.

En cuanto a las preguntas que se han planteado, trataré dar respuesta a todas ellas.

La ley no define cuándo se considera muerto a un individuo, sino que establece el modo de constatarlo. Concretamente, habla del cese irreversible de funciones vitales, pero no aclara cuáles son por lo cual queda a criterio de los médicos. En tal sentido, el criterio que se maneja actualmente es el de la muerte encefálica. Dentro de las posibilidades de error en el diagnóstico de muerte encontramos el enfriamiento o la presencia de depresores del sistema nervioso como el alcohol o los psicofármacos.

ACADÉMICO PROBST.- Para constatar la muerte encefálica es necesario un registro de actividad cerebral y, sin embargo, eso nunca se hace.

ACADÉMICO BERRO.- Básicamente, hay dos tipos de constatación de la muerte. A la persona que está en un CTI sí se le hace el registro. En los casos de muerte en el domicilio o en la calle, la forma más común es la auscultación del corazón.

(Dialogados)

Finalmente, la autopsia psicológica es muy interesante porque ha servido, en la metodología del estudio de las muertes violentas, para diferenciar entre un homicidio y un suicidio. Se dice autopsia pero, sin dudas, el término no es el más feliz. De lo que se trata es de realizar una entrevista con los familiares o con aquellos que convivieron con esa persona, haciendo un relevamiento biográfico por un psiquiatra entrenado, prestándose especial énfasis a la biografía del occiso y los últimos momentos de su vida.

Creo que he dado respuesta a las preguntas.

PRESIDENTE.- Muchas gracias por su aporte, Académico Berro.

Actividad científica realizada el jueves 9 de agosto de 2007.

PRESIDENTE.- Ingresamos a la consideración del Orden del Día con la actividad científica. Al respecto, quiero dar la bienvenida al Doctor Soria. Realmente, la Academia Nacional de Medicina se congratula de tenerlo hoy aquí para que nos hable de un tema al que, nos consta, le ha dedicado un gran esfuerzo. Me refiero a:

La evolución de la historia de la Anatomía en la Facultad de Medicina desde su inicio hasta la Anatomía Clínica.

DOCTOR SORIA.- Agradezco sus palabras y me congratulo de volver a ver a tantos distinguidos profesores, lo cual me genera muy gratos recuerdos. Incluso, con algunos de ellos transitamos por aspectos de la Anatomía, como los Académicos Blasiak y García Guido, como así también con el Académico Félix Leborgne junto con quien, si bien no es anatomista, nos deleitábamos viendo los cortes de oído.

Sinceramente, no puedo sentirme más que agradecido, en lo personal y en nombre del Departamento de Anatomía, por el hecho de que la Academia Nacional de Medicina nos brinde la oportunidad de hablar sobre la docencia, tema que por lo general despierta muy poco interés. También deseo agradecer al Académico Mañé Garzón quien, especialmente, nos invitó para realizar una actividad muy similar a esta en la Sociedad de Historia de la Medicina.

Llevo treinta y siete años de docencia y sé que uno de los grandes problemas que existen, incluso en la ponderación de las carreras, es la dedicación a la enseñanza, que ha sido siempre postergada por otros elementos que no vale la pena mencionar aquí.

Lo que pretendemos es rendir un homenaje a quienes nos han precedido y no establecer juicios de valor sobre lo que se ha hecho anteriormente a la hora de presentar una metodología de enseñanza un tanto diferente a la que clásicamente se dio. Por el contrario, entendemos que quienes nos precedieron han sido el soporte de lo que nosotros podemos hacer en la actualidad.

Deseo hablar unas breves palabras sobre la Anatomía Universal y sobre algunos conceptos de los que es imposible separarse cuando nos referimos a la evolución de la

enseñanza en el país. En ese sentido, recordamos algunos aspectos tales como el interés que la Anatomía despertó en los artistas. En esta lámina podemos ver una pintura de Rembrandt que nos recuerda que uno de los motivos de crecimiento del interés por conocer la anatomía del hombre estuvo aquí, y ni qué hablar de Leonardo Da Vinci. En esta otra figura vemos la Biblioteca de Alejandría, que también ha tenido mucho que ver con el desarrollo de esta disciplina. Esta iconografía que hemos incluido pertenece a Andreas Vesalius, uno de los más destacados anatomistas quien, en cierta forma, estableció un rigor científico. Fue el primero que dijo que era absolutamente necesario diseccionar para poder aprender Anatomía. El desarrollo de la Anatomía, desde su inicio, estuvo vinculado a la transmisión del conocimiento por parte del que lo tenía. Aquí podemos ver el papiro de Ebers, que recoge información egipcia de 1.500 años AC, en donde se hacen descripciones vinculadas a hallazgos o situaciones clínicas. Por ejemplo, se hace una excelente descripción de un hombre que había recibido un golpe en un lado de la cabeza y que tenía el déficit motor contralateral. Quiere decir que la observación siempre formó parte del interés del hombre en relación con esos aspectos. De allí que la importancia de la comunicación y del lenguaje técnico en la transmisión del conocimiento anatómico fue absolutamente jerárquico. En el Siglo I, Rufus de Efese fue el primer nomenclador de la Anatomía, el primero que comenzó a poner nombres que pretendían tener cierta universalidad en el manejo de los términos anatómicos. Le siguió Galeno quien, en ese sentido, tuvo una conducta muy jerárquica, esencialmente en un aspecto: fue quien tuvo la hegemonía del conocimiento en el siglo siguiente. Pasan muchos siglos hasta que comienza a especializarse el lenguaje de la transmisión del conocimiento de la Anatomía. Esa evolución lleva a un lenguaje científico y a la aparición de la nomenclatura anatómica. La primera se genera en 1885 y vale recordar que nuestra Facultad de Medicina se fundó en 1875. Podríamos hablar de la Anatomía Microscópica de Malpighi y Bichat, de la Anatomía Patológica de Santorini y Morgagni o de Harvey quien, en 1578, escribe su libro a propósito de la circulación de la sangre y de la contracción cardíaca. Al respecto, es importante apreciar que Harvey fue discípulo de Acquapendente, quien fue discípulo de Fallopio y éste, a su vez, de Vesalio.

Hubo muchas nomenclaturas anatómicas que permitieron manejar un lenguaje científico. La nomenclatura anatómica es exigida no sólo en los libros de Anatomía, sino también en los trabajos de producción científica vinculados con la denominación de estructura del cuerpo humano.

El primer profesor de Anatomía en el Uruguay fue Julio Jurkowsky. Desde ese primer momento hay algunos detalles que vale la pena mencionar, tales como la jerarquía que se daba al recurso humano. El primer concurso que da el Profesor Jurkowsky para ingresar a la Facultad de Medicina fue, metodológicamente, igual a lo que hacemos ahora. Dio una prueba práctica y luego otra oral. Quiere decir que esas cosas no se perdieron y ojalá que no las perdamos nunca. Hubo decisiones políticas que permitieron que los primeros anatomistas pudieran ir a diseccionar al cementerio. El Profesor Jurkowsky se desempeñó durante ocho años en ese cargo y luego de su renuncia se fue del país, falleciendo en Misiones. Su alejamiento de la Cátedra estuvo esencialmente motivado por aspectos amorosos, vinculados con una famosa señora que está inmortalizada en un cuadro de Blanes. Lo sucedió el Profesor José Máximo Carafí, quien fue designado a los 31 años de edad. Este hombre hizo una excelente labor, apoyado en el hecho de que había completado su formación en Francia. Luego llegó el Doctor Ernesto Quintela, quien accedió a la Cátedra a los 28 años. Fue el fundador del Instituto de Ciencias Morfológicas. Dejó un legado absolutamente importante que conservamos y mantenemos actualizado: la Biblioteca del Departamento de Anatomía. Posteriormente, ocupó

el cargo el Doctor Humberto May, hombre destacado por la calidad de sus disecciones, a quien sucedió el Doctor Alfredo Ruiz Liard, con quien me inicié en la formación anatómica. Luego se designó al Doctor Gonzalo Estapé y, finalmente, a quien les habla. En 1991 fundamos la Sociedad Uruguaya de Anatomía y tuvimos el honor de que el Profesor Alfredo Navarro fuera uno de sus socios fundadores. Dentro de los anatomistas uruguayos, cabe recordar a Alfredo Navarro, Pedro Belou, Lorenzo Mérola, L. Zunino Praderi, Luis Praderi, Raúl Praderi, Manlio Chizola, Héctor Guglielmono, José Nozar, Guaymirán Ríos Bruno, Líber Mauro, Carlos Suero, Bolívar Delgado, José Blasiak, Alberto Valls, Oscar Pedemonte, Wolfgang Goller, Bruno Rinaldi, Carlos Gomez Fossatti, Francisco Crestanello, Milton Mazza, Alberto Alves, Raúl Morelli, Mario Schimchack, Luis Carriquiry, Jorge De Vecchi, Sonia Boudrandi, Carmelo Gastambide, Daniel Varela, Elías Regules, Gustavo Veirano, Jorge Martínez Torena, Jose Luis Quagliotti, Domingo Perona, Gerardo Badell, Carlos Pressa, Carlos Carriquiry y Guillermo Carriquiry.

En cuanto a la evolución de la Anatomía, vamos a considerar tres aspectos: modelo de enseñanza aprendizaje, planes de estudio y evolución de los cursos. En este proceso de enseñanza aprendizaje, lo primero que queremos decir es que no vamos a emitir juicios de valor ya que no puede ser analizado en forma aislada de su contexto, por la razón que siendo el producto de la interacción de causas multifactoriales, sociales, culturales, económicas y del desarrollo académico de la época, está inserto en una realidad propia para cada situación. El modelo clásico que primó estuvo fundado en una actividad práctica, que era la disección, a la cual se sumaban los preparados del Museo. Esos cortes del Museo constituyeron un adelanto fenomenal porque precedieron a toda la imagenología. A su vez, siempre se trabajó en grupo. Por su parte, el modelo actual es muy similar, con el agregado de que incluimos los talleres clínicos y actividades de integración Básico Clínica. Vale destacar algunos datos históricos. En 1876 comienzan los cursos, en 1945 se dicta un plan de estudios que es modificado en 1968, cuando se empieza con la integración de las Materias Básicas esencialmente por aparatos y sistemas. En 1973 se produce la intervención de la Facultad y se suspende ese tipo de Plan hasta 1985, cuando se retoma el Plan 1968. En 2006 la Facultad de Medicina logró la acreditación a nivel del MERCOSUR. A partir de 1945, los cursos tenían, esencialmente, un año de duración —que, en realidad, eran nueve meses—, comenzando en marzo y finalizando los primeros días de diciembre, para dar paso al primer período de exámenes en los últimos días de ese mes. En el Plan 1968 se produce la integración con Materias Básicas por aparatos y sistemas. Eso llevó a que los contenidos anatómicos del Plan 1945, que estaban todos agrupados en una sola disciplina, la Anatomía, comiencen a ser una parte en la Neurobiología, otra en Cardio - Respiratorio, otra en Digestivo, Renal y Endócrino, Reprodutor y Aparato Locomotor. No es que estemos expresando nuestras discrepancias con respecto a esto, porque lo vivimos y sabemos las ventajas que tiene, pero hay un elemento que no podemos dejar de señalar: la pérdida de la anatomía topográfica. Creo que no hubo el equilibrio suficiente como para poder pensar que se jerarquizaba mucho más la integración por aparatos y sistemas, y había ciertos aspectos de la unidad del hombre que no se podían dirimir. A este respecto, se nos planteaba la siguiente situación. Cuando enseñábamos la unidad temática de Cardio – Respiratorio, era como que el esófago sobraba y no podíamos hablar mucho. A la vez, cuando hablábamos del aparato respiratorio alto, no había que hacer mucha referencia a la faringe desde el punto de vista digestivo.

Cuando en 1985 se reinicia el Plan 1968, se comienza con las unidades que ya mencionamos. A propuesta del Departamento de Anatomía, logramos fusionar los contenidos anatómicos y se aprueba nuestra propuesta, llamada *Anatomía Esplácnica*. Por lo tanto, a partir de 1985 el Departamento de Anatomía participa en tres unidades temáticas. En 2004, se hace la fusión de la Anatomía Esplácnica y el Aparato Locomotor, a la vez que se continua con lo que venía realizándose pero con un acento mucho mayor: la proyección clínica de los conocimientos anatómicos. En 2007, la Anatomía Clínica contiene toda la Anatomía Esplácnica, el Aparato Locomotor, algunos contenidos de la Neuroanatomía y vamos a incorporar la Anatomía del Niño, que nunca antes estuvo presente. Empezamos a jerarquizar aspectos que están vinculados con las finalidades y el perfil del médico que definió el Claustro de la Facultad, teniendo claramente establecido que nuestra labor como docentes es formar un médico y no un cirujano. Precisamente, ese médico debe tener una formación anatómica que le permita desempeñarse atendiendo en los sectores primarios de salud, tal como se denomina actualmente. Concomitantemente con eso, se dio el resurgimiento del conocimiento anatómico.

Me formé como Neurocirujano antes de la era tomográfica. Nuestros métodos de estudio eran la neumoencefalografía y la arteriografía. Cuando aparece la tomografía computada y la resonancia magnética, se nos abrió un mundo que, supongo, fue el mismo que se abrió para todas las disciplinas.

La vida nos está enseñando que el conocimiento anatómico debe hacerse extensivo, por ejemplo, al niño, de éste al anciano y que también debemos aprender la anatomía de la mujer embarazada. Esto es muy importante porque antiguamente, todo estaba centrado en el cadáver. Estos aspectos, que son de relevancia suprema en el ejercicio de la Medicina, no pueden aprenderse en cadáveres.

Tenemos cursos de pregrado para la Facultad de Medicina, incluyendo las unidades temáticas que ya mencioné, pero también somos los responsables de la enseñanza de la Anatomía en las Escuelas dependientes de la Facultad. Inclusive, damos clases a estudiantes de la Facultad de Ciencias que concurren al Departamento de Anatomía, sobre todo en el sector de neurociencias. Asimismo, hemos celebrado un convenio con la Facultad de Química por el cual enseñamos Anatomía a bioquímicos clínicos y a químicos farmacéuticos. En cuanto a los posgrados, tenemos en Anestesiología, Cardiología, Cirugía, Cirugía Plástica, Ginecología, Imagenología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología.

El curso de Anatomía Clínica —adelanto que me estoy acercando al final— forma parte de la aplicación de una metodología de la enseñanza, en donde los elementos tenidos en cuenta van desde el perfil del médico hasta los aspectos éticos que en la enseñanza de cualquier disciplina tienen que estar presentes.

En el momento actual, en América Latina, somos uno de los países que tiene mayor cantidad de donaciones de cuerpos. De cualquier modo, deseo destacar algo que pertenece, pura y exclusivamente, a la tradición cultural del Uruguay. Firmo, aproximadamente, entre tres y cuatro certificados por semana de gente que va a la Facultad de Medicina a donar su cuerpo. Aclaro que esto no obedece a una razón exclusivamente económica. Hay gente que ha ido al Departamento de Anatomía a donar su cuerpo como forma de agradecimiento.

La metodología que estamos usando es de un volumen horario de, aproximadamente, cuatrocientas ochenta horas en un curso de dieciséis semanas. Como debemos repetir el curso en tres turnos, hablamos de una inversión de mil cuatrocientas cuarenta horas. Vale

destacar que nuestros estudiantes llevan estetoscopios a la sala de anatomía, martillo de reflejos y linternas. Además, aprenden las bases anatómicas de la imagenología, BAI, y las bases anatómicas de uso corriente en la clínica, BAT. Otra actividad muy importante que desarrollamos, son los talleres clínicos y la discusión de historias clínicas que plantean problemas anatómicas. Como se aprecia en la gráfica, las actividades teóricas representan tan solo el 10% de clases de anfiteatro y conferencias.

(Muestra distintas imágenes sobre la infraestructura con que cuenta el Departamento de Anatomía y otras que muestran diferentes prácticas docentes)

Hemos empezado a jerarquizar el hecho de que el estudiante de Medicina tiene que aprender a explorar a los otros y experimentarlo en sí mismo. Esta exploración se hace entre los condiscípulos —con todas las normas correspondientes— y luego con colaboradores que la Facultad paga para que oficien de pacientes modelo.

El examen final consta de dos partes, una práctica y otra denominada EACE, Examen de Anatomía Clínica Estructural. Se trata de una prueba totalmente distinta a la que tradicionalmente conocemos. Los estudiantes ingresan a seis estaciones, cada una de las cuales dura cinco minutos. Lo primero que debe hacer el estudiante es colocar la placa correctamente en el negatoscopio. Asimismo, cada docente tiene un cuestionario en el cual se puntea todo, desde si saludó al paciente hasta la forma de realizar las maniobras.

Por primera vez, el año pasado se hizo una evaluación docente y otra de los estudiantes con relación al curso, sobre la base de treinta y ocho ítems.

Agradezco, una vez más, que me hayan dispensado su atención.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- Nosotros hemos aprendido mucho porque, realmente, ignorábamos lo que se estaba haciendo. La mayoría de quienes estamos aquí, nos formamos en el Plan 1945 y entendíamos que era el mejor. Confieso que hoy se ha presentado una visión totalmente moderna de lo que debe ser la docencia, en la cual está enrabada la Anatomía con la Clínica.

Tiene la palabra la Académica Fogel.

ACADÉMICA FOGEL.- Quiero felicitar al Doctor Soria porque me abrió otro mundo. Luego de escucharlo, debo señalar que tendría muchas ganas de volver a hacer el curso.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Peña.

ACADÉMICO PEÑA.- Felicito al Profesor Soria por su brillante exposición, a través de la cual nos ha mostrado algo que desconocíamos totalmente y que tiene que ver con una dinámica de docencia novedosa.

Por otro lado, quiero señalar un aspecto al que no estamos acostumbrados y que, en lo personal, asigno gran trascendencia. Me refiero a la presencia de estudiantes, a propósito de lo cual también felicito al Profesor Soria por invitarlos y, de más está decir, a ellos por haber asistido. Sin dudas, para nosotros es una situación emotiva que no olvidaremos.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- Reitero las felicitaciones y el asombro que me generó la exposición acerca de cómo se está concibiendo la metodología de la enseñanza de la Anatomía, tan distinta a lo que ocurría hace cincuenta y siete años cuando ingresamos a la Facultad junto con el Presidente. Desde el punto de vista psiquiátrico debo decir que, en aquella época, entrar a una sala de Anatomía a los dieciocho años generaba niveles de angustia sumamente importantes que eran manejados de diversa manera. Había que hacerse el guapo frente a los compañeros y todo el horror que generaba el cadáver muchas veces se manifestaba a través

de actitudes maníacas, tales como risas o guerrillas con trozos de cadáveres entre mesa y mesa.

Por otro lado, a partir de 1969 la Facultad de Medicina introdujo el Ciclo Básico que, a mi juicio y el de otros muchos docentes, era muy importante en tanto se entendía que había que empezar por la vida y no por la muerte. Entonces, se trataba de enseñar Psicología, Sociología, etcétera, a pesar de la resistencia de algunos docentes y de los propios estudiantes. Incluso, esa tarea que se realizaba durante nueve meses luego era desarmada por los docentes que recibían a estos alumnos diciendo: *Ahora dejamos de perder el tiempo y empiezan a aprender Medicina*, como si preocuparse por las angustias de los pacientes en situación de enfermedad no valiera la pena.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Quadrelli.

ACADÉMICO QUADRELLI.- ¿Hay algún intento de mezclar la Anatomía, la Biología y la Genética como determinante de posiciones espaciales?

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Doctor Soria.

DOCTOR SORIA.- Me acompaña mi esposa, que es la Coordinadora de la Unidad Temática de Biología en Desarrollo, que antecede a la Anatomía Clínica temporalmente en el curso. Una de las cosas interesantes que se ha hecho este año, ha sido que los estudiantes que están haciendo ese curso, por ejemplo, han concurrido al hospital de niños a fin de tomar contacto en la realidad clínica con la importancia que tiene lo que se está mencionando.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Gómez Fossatti.

ACADÉMICO GÓMEZ FOSSATTI.- Coincido con lo que han señalado otros Académicos en cuanto a que nosotros desconocíamos que se hubiera producido un cambio tan radical en la enseñanza. Cuando integré el Departamento de Anatomía se tenía un enfoque más tradicional, más allá de que personalmente siempre intenté agregar una faceta de explicación clínica a los conocimientos. En definitiva, entiendo que es bienvenido todo aquello que apunte a una vinculación con la clínica porque va en consonancia con la tendencia moderna en materia de educación médica.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Blasiak.

ACADÉMICO BLASIAK.- Adhiero a todo lo manifestado y lo único que quiero agregar es que uno aprende lo que le interesa en determinado momento. Creo que esta es una manera de enseñar mucho más práctica que la que se utilizaba antes. Hoy aprenden Anatomía y también saben valorar la maniobra que deben hacer en el hospital. Realmente, creo que vamos por buen camino.

PRESIDENTE.- Quizás, algún estudiante desee plantear una pregunta o aportar un comentario. De no ser así, quiero destacar que a pesar de que el Doctor Soria hizo referencia a figuras relevantes de la Anatomía previas a él, soy consciente de que todo lo que nos ha mostrado es obra suya y no de sus predecesores. Naturalmente, eso no significa ignorar la historia de la Anatomía en la Facultad de Medicina. Como bien señaló, se paró en los hombros de los gigantes que lo antecedieron y dio a la enseñanza de la Anatomía una proyección que no tenía. De modo que mi felicitación no es solamente por la exposición, sino también por haberse embarcado en una tarea que, seguramente, le significó un enorme esfuerzo. En general, se dice que cuando se quieren introducir cambios en la enseñanza surgen tres dificultades: económicas, administrativas y psicológicas. En ese sentido, los estudiantes deben valorar el hecho de que este docente haya sacado adelante este proyecto, sorteando tantas barreras.

Finalmente, volvemos a agradecer al Doctor Soria por la magnífica presentación que realizó, por la tarea que está llevando adelante y por habernos mostrado algo que, con sinceridad, desconocíamos.

(Aplausos en Sala)

Actividad científica realizada el jueves 27 de setiembre de 2007.

PRESIDENTE.- Antes de nada, en nombre de la Academia Nacional de Medicina, quiero agradecer la presencia del Representante Nacional Doctor Javier García, quien expondrá a propósito de un tema de tanta trascendencia para los médicos y el país todo:

El **Sistema Nacional Integrado de Salud**.

DIPUTADO GARCÍA.- En lo personal, es un honor que me hayan invitado a compartir con ustedes este tema. Advierto que todos han sido profesores míos, de hecho o de derecho. Siempre digo que los asuntos vinculados con la salud son como el fútbol: todos los uruguayos opinan porque los tienen arriba de la mesa, independientemente de los conocimientos que tengan. De Economía hablan los entendidos, pero de su relación con la Medicina, hablan todos. Incluso, este tema estará en la consideración pública a partir de la próxima semana, ya que el martes comenzará a ser debatido el proyecto de ley en el Senado, para luego pasar a la Cámara de Representantes. Hasta ahora, la gente no tiene conocimiento cabal de esta reforma. En realidad, muchos de nosotros tampoco lo tenemos. De cualquier modo, una vez que termine la exposición quedará abierto a las consultas que deseen formular los Académicos y, en la medida de lo posible, intentaré responderlas con la mayor honestidad intelectual.

Antes de comenzar, deseo aclarar que todo lo que voy a decir está teñido por la mayor subjetividad. No me pidan un discurso técnico porque soy político y es desde ese punto de vista que encaró este tema. No obstante lo dicho, es imposible que me desprenda de mi condición de médico.

Desde el punto de vista personal y del Partido Nacional, ¿cuál es el objetivo que tiene el Poder Ejecutivo al impulsar esta reforma? Con la mayor honestidad, debo decir que, a mi entender, lo que está detrás de esta reforma es la búsqueda de un control político sobre todo el sistema. ¿Cómo se ejecuta? Por el diseño de un sistema que se apodera de todo el sistema—valga la redundancia— de salud, tanto del sector público como privado, creando organismos que van a estar en la cúpula con una dirección integrada por designación estrictamente política. Ustedes podrán pensar que hago esta afirmación porque estoy en la oposición. Pues bien; es la visión que tiene el Partido Nacional pero, también, la confesión que ha hecho el Gobierno. El Subsecretario de Salud Pública, el Doctor Fernández Galeano definió a esta reforma como ideológica. Inclusive, en el diario *El País* se transcriben las siguientes declaraciones: *Concluyó que el Gobierno se ha definido por resolver solidaria y socialísticamente el tema de la salud*. El instrumento para lograr esto es el ejercicio de un control político sobre todo el sistema. Eso, por su parte, se ejecuta a través de la Junta Nacional de Salud que tiene una mayoría de integrantes por designación directa.

Aclaro que todo lo que voy a decir no está inspirado por un sentido irónico en tanto presumo la mejor de las intenciones de parte de quienes impulsan esta reforma. En la vida

política me formé al lado de Wilson Ferreira Aldunate y aprendí que no se trata de una lucha en contra de las personas sino de un debate de ideas.

A nuestro entender, ¿cuál es el ánimo que contamina la reforma de la salud y otras que ha llevado adelante el Gobierno? El ánimo refundador. Para este Gobierno el Uruguay comenzó el 1º de marzo de 2005 y 170 años de vida previa no existen. Entonces, se desconocen los avances que se dieron en diferentes ámbitos. No es por casualidad que en Uruguay tengamos, en materia de salud, índices que nos ponen a la delantera en Latinoamérica. Esas son las herencias benditas. En lo personal, siempre utilizo cuatro ejemplos para referirme al área de salud. Creo que la mortalidad materna debe ser de los índices más sensibles y, al respecto, tampoco es por casualidad que Uruguay tenga un índice que se ubica en el 11 por 100.000, siendo una de las más bajas de América Latina. A su vez, cabe destacar que de 1985 al presente, nuestro país redujo a la tercera parte la mortalidad infantil, pasando del 30 por 1000 en 1985 al 10 por 1000. Incluso, es bueno señalar que entre marzo de 1985 y el 28 de febrero de 2004, había bajado del 30 por 1000 al 12 por 1000. Siempre digo que cada punto de mortalidad que baja representa 52 niños más que viven en el Uruguay; no importa qué votan sus padres. Entonces, no interesa de quién es el logro porque, entre otras cosas, es de gente anónima, de médicos, de funcionarios de la salud, de políticas sociales del Uruguay a lo largo de su historia en materia de alimentación, etcétera. Por consiguiente, que Uruguay logre un índice de mortalidad infantil que hoy lo coloca, luego de Chile, en el más bajo de América del Sur y en el cuarto más bajo de América Latina, contando el Caribe, no es una casualidad. Naturalmente, se puede mejorar. En la actualidad, la esperanza de vida en el Uruguay se ubica en el entorno de los 78 años para la mujer y en los 75 años para el hombre, situándose en el mismo nivel que los países escandinavos y casi en el mismo que en Estados Unidos. Esto tampoco ha de ser una casualidad. En este caso, naturalmente que también se puede mejorar. En consecuencia, no partimos del desastre en materia de salud. El cuarto ejemplo que siempre utilizo es el relativo al plan de inmunización, que es ejemplar a nivel internacional. Hoy estamos discutiendo si hay que administrar en forma obligatoria la vacuna del HPV. Tengamos en cuenta que hay países que no cuentan con la vacunación básica. Claro; lo damos por bueno porque nos formamos así.

Por lo tanto, el Gobierno plantea la reforma de la salud a partir de un concepto equivocado, en tanto actúa como si se partiera del caos y del desastre en materia sanitaria. Precisamente, por ese motivo se afirman cosas que son insostenibles. Se dice que hay 500.000 niños sin asistencia en el Uruguay. No es honesto intelectualmente sostener eso. Ustedes habrán visto que uno de los pilares del discurso oficialista para promover la reforma es que haya cobertura para 500.000 niños. Además de no ser verdad, no condice con los documentos oficiales. El último estudio que publicó el Instituto Nacional de Estadística, titulado *Los uruguayos y la salud. Situación, percepciones y comportamiento*, sostiene que hay un 2,5% de la población que afirma no tener derechos y no utilizar ninguna institución de salud. Más allá de esto, hay otros datos que hacen insostenible esta afirmación. En las conclusiones del estudio de la economista Trilesinsky —que fue presentado por el Subsecretario de Salud Pública— se dice que en el invierno, en pleno pico de enfermedades respiratorias, entre las personas que se sintieron enfermas, el 5,5% de la población, casi el 80% consultó al médico, sin que se registraran diferencias importantes según su nivel de ingresos. Esto no habla de un desastre en materia de salud, sino de un acceso casi universal a la misma.

¿De dónde se parte? De un intento de reforma que tiene neto corte partidista y que camina en el sentido inverso al que debiera recorrer una reforma de la salud. En vez de transformarla en una política de Estado, la convierte en una propuesta política de corte partidista. ¿Por qué afirmo esto? Cuando uno desea generar una política de Estado debe procurar la mayor base posible de sustento político. Eso implica, entre otras cosas, diálogo político, independientemente de los porcentajes de adhesión partidaria. En tres años que se lleva hablando de este tema, no existió ni una llamada de teléfono de parte del Gobierno a algún integrante de la oposición. Fíjense ustedes a lo que se llegó. Hace una hora el Vicepresidente de la República citó a los senadores de la oposición para mostrarles el proyecto de ley que el próximo martes será considerado por el Senado. Sinceramente, entendemos que es una tomadura de pelo.

¿De qué otras premisas equivocadas parte el sustento de este proyecto de ley? De que la gestión estatal en salud es más justa y mejor que la privada; sobre todo que es mejor. No tengo un preconceito acerca de la gestión estatal o de la privada, sino que creo que hay aspectos que el Estado gestiona mejor que el ámbito privado y viceversa. Este proyecto de ley, como dijo el Doctor Fernández Galeano, tiene una inspiración socialista. Como establecen los abogados, *a confesión de partes relevo de pruebas*. Entonces, reitero, se parte de la premisa de que la gestión estatal es mejor que la privada. ¿Esto es así en materia de salud en el Uruguay? Desgraciadamente, no. Todos sabemos que el subsector público atiende, mayoritariamente, a quienes tienen menos recursos. Aquellos que tienen un trabajo, gracias al sistema de seguridad social, están en condiciones de acceder a una mutualista. ¿Los índices de salud y los de egreso son iguales? Desgraciadamente, no. Aclaro que no hablo del recurso humano porque, en definitiva, es el mismo en el sector público que en el privado. El proceso asistencial, ¿es el mismo? Desgraciadamente, no. Traje un ejemplo y confieso que no pensé que el profesional a citar fuera a estar presente. Me estoy refiriendo al caso del Doctor Leborgne. Cuando fue destituido del Hospital Pereira Rossell —más allá de la figura jurídica que se haya utilizado—, ¿qué hizo el Gobierno? Primero indicó que se haría un concurso para ocupar ese cargo. Pues bien; hasta hoy lo estamos esperando. Asimismo, como muestra de eficiencia, para reemplazar al Doctor Leborgne, nombró a tres técnicos y, posteriormente, designó una Comisión, con otros tres técnicos, para controlar a los primeros. A mi entender, este no es el mejor ejemplo de eficiencia ni de eficacia en la administración de la cosa pública.

La otra premisa equivocada es que supone que los problemas de la gestión de la salud pasan, únicamente, por los recursos económicos. Siempre se dice que, en el Uruguay, por cada socio de una mutualista, se destinan USD 600 por año pero, sin embargo, para atender a una persona beneficiaria de Salud Pública se destinan USD 200 y eso indica una iniquidad. El Hospital de Tacuarembó tiene beneficiarios de Salud Pública y, sin embargo, su gestión es totalmente diferente. Entonces, ¿por qué esos USD 200 rinden de una manera en Montevideo y de otra en un hospital del que todos nos llenamos la boca hablando? Esto muestra que los problemas de la salud no son solamente de índole económico, sino también de gestión.

El centro inspirador de esta reforma de la salud es el de los seguros centralizados que, está comprobado, han fracasado en todo el mundo. Es más; no se ha podido nombrar un solo ejemplo de un seguro centralizado exitoso. Se habla de Canadá, pero para saber cómo funciona alcanza con ir al cine. Invito a los Académicos a ver *Las invasiones bárbaras*, cuya trama refiere a la relación entre un padre y un hijo que se reencuentran como consecuencia de la enfermedad de aquél. Lo cierto es que en un cierto momento “pinta” el sistema de salud

canadiense. ¿Por qué se han abandonado los seguros centralizados? Porque son más caros, dan una pobre calidad asistencial —de lo cual no se habla en todo el proyecto de ley— y porque son emporios de corruptela. Y esto no sucede solamente a nivel de la salud, sino de todos los ámbitos. Cuando hay un jerarca o un burócrata —y esto no tiene nombre propio— sobre el cual pesa la administración de las decisiones de todos los ciudadanos, indefectiblemente termina habiendo hijos y entenados. Por lo general, los hijos son aquellos que suelen estar más cerca de quien debe tomar las decisiones o quienes logran acercarse por derecha o por izquierda, por arriba de la mesa o por debajo de la mesa.

Como decía al principio, este proyecto de ley da todo el poder al Estado y a la política. ¿Cuál es el instrumento? La Junta Nacional de Salud que, repito, está integrada por siete miembros, cuatro de los cuales son de designación política: dos del Ministerio de Salud Pública, uno del Ministerio de Economía y Finanzas y otro del Banco de Previsión Social. A estos se suman otros tres integrantes, uno de los cuales es un representante de los usuarios. Confieso que me cuesta imaginar cómo se elige un representante de los usuarios, porque son 3:300.000. La única elección parecida fue la de los representantes de los pasivos en la cual participaron 50.000 jubilados, número significativamente menor. Asimismo, habrá un representante de las instituciones prestadoras. Como ya habrán advertido, llama la atención que no haya un representante de los médicos. Siempre está la discusión acerca de si los médicos son personas idóneas o no para la administración de los servicios de salud. No negamos que se trata de un debate intelectualmente abierto, pero no caben dudas respecto de que algo pueden aportar. A nadie se le ocurriría discutir la reforma del proceso penal sin consultar a un abogado. Sin embargo, se reforma toda la salud obviando la opinión de quienes son, en buena medida, actores directos de los procesos sanitarios. Por otra parte, esta Junta Nacional de Salud exorbita las potestades estatales, lo cual voy a demostrar con un ejemplo. El artículo 17 de este proyecto de ley dice: *Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oírá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud para:*

- a) *Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica;*
- b) *Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica;*
- c) *Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.*

Quiere decir que si GREMEDA, en Bella Unión, quiere crear una policlínica de diabetes, debe pedir autorización al Ministerio de Salud Pública el que, a su vez, consulta a la Junta Nacional de Salud. Lo mismo ocurre si también GREMEDA desea impermeabilizar la azotea o hacer un baño en un block quirúrgico. A todas luces, parece algo descabellado. Sin embargo, tiene una lógica: esta es una reforma de tono ideológico que busca el apoderamiento de todo el sistema de salud.

El proyecto de ley consta de 63 artículos, de los cuales en 29 se delegan potestades al Poder Ejecutivo y en 17 de ellos se remite a la reglamentación. Voy a leer una de las tantas cosas que corresponden al Poder Ejecutivo: *establecer precios de referencia en los contratos de la salud; determinar la cuota salud; definir la fecha de vigencia de la incorporación al sistema de cónyuges o hijos menores de los usuarios.* Por su parte, según el artículo 5º, al Ministerio de Salud Pública corresponde: *registrar y auditar prestadores de salud; controlar la gestión sanitaria contable y económica financiera de las entidades; aprobar los programas de*

prestaciones de salud; todas y las demás atribuciones legales del MSP; aprobar tecnología de diagnóstico terapéutico, determinar formulario terapéutico único de medicamentos; dictar y controlar las normas técnicas; autorizar los servicios médicos, plantas físicas y los derechos reales sobre bienes muebles, inmuebles y equipos sanitarios; controlar publicidad; autorizar a entidades no incorporadas al Sistema; aprobar contratos sobre prestaciones; habilitar farmacias; aprobar programas integrales de prestaciones y controlar técnicamente las no incluidas como obligatorias. Por su parte, a la Junta Nacional de Salud compete: *autorizar y evaluar las integraciones de entidades ya existentes; suscribir contratos de gestión con cada prestador, cuyo contenido se va determinar en la reglamentación; regular y fiscalizar los mecanismos de financiamiento; pagar cuotas salud previa verificación de los cumplimientos; regular las relaciones entre prestadores con terceros; suspender el pago de la cuota salud por incumplimiento; autorizar relación de jerarcas con proveedores; informarse sobre el proceso y estancia en instituciones de salud; y ordenar al Banco de Previsión Social el pago de las cuotas salud.* Como se observa, son cuarenta y cinco las funciones delegadas en el Poder Ejecutivo en 63 artículos que contiene el proyecto de ley. Además, como si esto fuera poco, es descabellado delegar la administración de USD 1.500:000.000 —que constituye, básicamente, el gasto anual en salud que tiene el Uruguay— a sola firma, en el Presidente de la Junta Nacional de Salud. No sé quién será, aunque lo supongo. De cualquier forma, aun cuando fuera mi padre, tampoco se lo delegaría porque es una responsabilidad demasiado delicada. Ustedes podrán interpelarme porque señalé que dicha Junta estaba integrada por siete miembros. Lo que sucede es que en el proyecto de ley se establece que su Presidente, en una vastísima gama de potestades, podrá resolver por sí y ante sí la inmensa mayoría de las decisiones que deben tomarse, las cuales, para ser rectificadas, deben contar con el voto conforme de cinco miembros. Entendámonos; entre esos cinco está el del propio Presidente. Parece algo difícil de lograr que alguien esté a favor y en contra al mismo tiempo.

A nuestro juicio, esto llevará a la desaparición del mutualismo tal como lo conocemos en el país desde hace más de 150 años. Cada uno podrá tener su opinión respecto de su funcionamiento y no negamos que se puede mejorar y que algunas instituciones tienen problemas de gestión, pero hay que poner todo en el inventario. Durante más de 150 años han servido para la atención de más de la mitad de la población del Uruguay con enorme eficacia y eficiencia. Tan así es, que cuando uno trata de explicar el sistema de salud uruguayo, al extranjero se le dificulta mucho entender cómo es esto de la asistencia integral por el equivalente a USD 30 o USD 40. Nadie entiende cómo una persona puede tener cubierta la atención por una gripe o por un transplante renal por ese costo. Eso, entre otras cosas, es lo que ha hecho grande al Uruguay y es lo que habla de la equidad.

¿Por qué desaparece el mutualismo como tal? Porque pierde las dos características definitorias: la capacidad de gestión y la independencia técnica. Quien para hacer una reforma o abrir un servicio debe pasar por este calvario de autorizaciones carece de toda autonomía. Y esto sólo se explica por la voluntad de ejercer el control político sobre esas decisiones. Además, su supervivencia financiera depende de una persona que mes a mes va a decidir si le paga o no. Incluso, un mes puede abonarle el premio porque cumplió las metas y al siguiente, no. A nuestro entender, es imposible pensar en una buena administración cuando no se sabe qué ingresos se tendrán. Vale destacar que hay organizaciones gremiales que han dicho que a partir de esta reforma se pone en serio riesgo financiero a muchas instituciones. En el caso de

Montevideo se dice que hay cuatro o cinco instituciones mutuales que tendrán serias dificultades, mientras que en el interior se hace mención a media docena.

Se señala que a partir de la reforma de la salud habrá libertad de elección y no es verdad. No puede haberla cuando no existe equivalencia en los prestadores. Hay libertad cuando uno puede optar entre instituciones que dan, más o menos, lo mismo. Entre cualquiera de las instituciones que están a cuatro cuadras de aquí y el Hospital Pasteur no hay equivalencia; desgraciadamente no la hay. Además, el acceso del cual se habla a instituciones tiene vallas que hace que mucha gente que podría optar por una mutualista, no lo hará: los tiques moderadores, los copagos.

Consideramos que esta reforma se transforma en una segunda reforma tributaria y que tiene una intención directamente vinculada a aumentar la recaudación fiscal. Téngase en cuenta que se duplica el aporte de los trabajadores, que pasan del 3% al 6% o al 4,5% para aquellos que no tienen hijos. En estos días, el Gobierno ha transmitido muy bien algo que no es verdad, en cuanto ha manifestado que los trabajadores que no tienen hijos verán reducido su aporte del 6% al 4,5%.

Resulta que se reforma todo el sistema, pero tan solo se financia una parte de él. ¿Quiénes son los que van a integrar el Seguro de Salud? Los trabajadores dependientes, tanto públicos como privados, sus hijos menores de 18 años y los jubilados con ingresos menores a \$ 4.200. Por su parte, queda afuera el resto de la población. Lo más preocupante es que se sabe que no hay financiamiento para incluir al resto de la población. ¿Por qué? Porque sólo el ingreso de 500.000 jubilados, cuya cápita es de \$ 2.200, implica una erogación de USD 480:000.000. La arquitectura del financiamiento reposa sobre el pasaje, a partir del 1º de enero, de 500.000 menores al sistema mutual. Sólo se puede sostener que el día que comience a efectivizarse esta reforma van a pasar 500.000 niños, como por arte de magia, a atenderse en las mutualistas si se desconoce el sistema de salud. ¿Cuál es la razón por la cual la madre o el padre de un niño que hoy se atiende —y esto es muy claro para quienes conocemos el interior— en el hospital de Salud Pública de su localidad del interior, donde trabaja el mismo pediatra que está en la mutualista, lo llevará al sector mutual? Pensemos que en el hospital no paga tiques ni, por ejemplo, el Amoxidal, y en las mutualistas sí. Esas son las razones por las cuales de 130.000 pasivos que tienen cobertura sólo 50.000 han pasado a las mutualistas. Y a partir de abril, cuando se aprobó el FONASA, de los 80.000 restantes sólo 300 han pasado a las mutualistas. Si esto pasa en Montevideo, donde la despersonalización de los hospitales, por el número de personas que asisten, es muy grande, cabe preguntarse por qué será distinto en el interior.

Las cuotas salud, que son la llave de paso del proyecto de ley, adolecen de una característica, esto es, de su falta de transparencia. El Poder Ejecutivo ha determinado el costo para atender a cada persona. Si se trata de un niño chico el valor es de cerca de \$ 1.000, cuando es un poco mayor es de \$ 600 o \$ 700, de 20 a 44 años es de \$ 450, etcétera. Hemos preguntado, reiteradas veces, cuáles son los criterios para aplicar esas cuotas salud y no hemos obtenido ninguna respuesta. Es más; se dice que esto se hace a partir de la información que han dado las instituciones prestadoras de salud y no es así. He hablado con varias de las instituciones y todas me han dicho que la información que dieron es genérica.

Una de las cosas que debiera resolverse en el sistema de salud es lo relativo a que no pueden jugarse determinados roles al mismo tiempo. Todos sabemos que en materia de salud prestar asistencia y controlar dicha prestación es imposible o, al menos, no es deseable en

tanto no hay contraposición de intereses. En buena medida es lo que ha hecho el Ministerio de Salud Pública que, por disposición constitucional, ejerce la policía sanitaria y al mismo tiempo presta asistencia. En este proyecto no sólo no se resuelve sino que se agrava el problema porque el Estado prestará la asistencia, ejercerá la función de policía sanitaria y, además, será tesorero. Creemos que si antes era malo prestar asistencia y controlarla, prestar, controlar y pagar es mucho peor.

En suma —porque me parece que me extendí más de lo recomendable—, pensamos que es un proyecto de ley muy riesgoso, con una característica estatista, con una significativa participación política y una centralización absoluta. Sin dudas, llevará a disminuir inexorablemente la calidad asistencial porque va a nivelar hacia abajo, a la vez que agregará incertidumbre en cuanto a la atención de la salud de los uruguayos.

Vale aclarar que no he hecho mención a los prestadores de los seguros parciales como las emergencias móviles que han pasado a ser integrantes de un sistema de asistencia prehospitalaria que, en buena medida, ha descongestionado y alivianado la tarea de las instituciones de asistencia médica colectiva. Antes se decía por parte del Gobierno que se iba a integrar en la cuota salud un fondo destinado a la cobertura de la emergencia, pero les adelanto que no será así. Tal como se equivocaron en los cálculos de la reforma tributaria, lo mismo sucederá con la reforma de la salud, pero ustedes coincidirán conmigo en cuanto a que las consecuencias serán más graves. Siempre utilizo el ejemplo del juego en el que se forma una suerte de torre de maderitas y hay que ir sacándolas de a una sin que se desmorone. Pues bien; el sistema de salud es como ese juego: está en un fino equilibrio.

Lo que más lamento es que se haya hablado durante 30 años del sistema de salud y de la necesidad de reformarlo y que, al final del camino, nos encontremos con esto que nadie sabe cómo termina. Creo que en el Uruguay los políticos debemos acostumbrarnos a ser más humildes y entender que, a veces, debemos conjugar el verbo *mejorar*, reconociendo las cosas que ya han hecho otros y que son buenas. Entendemos que el camino no debió ser el de una gran reforma, sino el de profundas mejoras, buscando caminos de complementación entre lo público y lo privado.

Nada más. Muchas gracias.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Petrucelli.

ACADÉMICO PETRUCCELLI.- Realmente, es muy difícil hacer un comentario frente a un tema tan complejo sobre el cual se tiene muy escaso conocimiento.

El Diputado Doctor García ha abordado muchos temas y realizó una descripción muy alentadora de la situación actual de la salud en el Uruguay. Creo que no podemos desconocer que décadas atrás tuvimos algunos problemas que nos dejaron muy atrás. El Uruguay que yo viví —cuando usted todavía no había nacido— venía con la fusta abajo del brazo, mirando a los que lo seguían atrás. Sin dudas, llegamos a estar en una posición destacable.

Creo que toda concepción en materia de salud, de algún modo, tiene una base ideológica. Como ha dicho un gran educador, la educación tiene una base política; usted la orienta hacia un lado u otro según su concepción política.

Estoy de acuerdo con muchas de las cosas que señaló, en el sentido de que esto aparece como algo demasiado apresurado. También sé que los países que salieron de la guerra, como por ejemplo Inglaterra, instrumentaron seguros de salud por razones económicas

y no políticas. Ya en aquella época la salud era muy cara; ahora es carísima. Luego siguieron ese camino Francia y España. Al respecto, tengo datos en cuanto a que el sistema español es muy bueno. Confieso que no sé cuán centralizados son, ya que se trata de países mucho más complejos que el nuestro. Podríamos decir que somos un país de laboratorio, más allá de que lo complejizamos nosotros con diecinueve departamentos.

Personalmente, no soy tan optimista como usted en cuanto a cómo funcionaba, hasta no hace mucho, el modelo de salud. No podemos obviar el desastre de algunas mutualistas como, por ejemplo, Casa de Galicia, en la cual trabajé durante cuarenta años. Lo que sucede con el CASMU es algo sorprendente. Realmente, hay problemas económicos sumamente difíciles de solucionar. En tal sentido, quizás algunas centralizaciones de servicios puedan ser apropiadas, sin anular la posibilidad del desarrollo particular.

Por otro lado, siempre digo —y a mis colegas académicos los tengo aburridos— que en 1966, en la apertura del XVII Congreso de Cirugía, el Decano de Medicina, Profesor Hermógenes Álvarez, señaló que teníamos un modelo de salud lamentable. Asimismo, en el último año de vida del General Seregni se organizó una especie de Mesa Redonda —en la cual, si no recuerdo mal, usted estuvo presente— en la Intendencia, acto al que concurrió mucha gente. Él tenía la idea de que el modelo de salud uruguayo estaba perimido.

Ahora hay un planteo que, en lo personal, me preocupa mucho. De todos modos, creo que se necesita una reforma porque la Medicina es cada vez más compleja y cara. Hace muchos años, en plena dictadura, se planteó la creación del Fondo Nacional de Recursos. La idea de que se destinara \$ 1 por socio, venía de muy atrás, de la época del Hospital de Clínicas, donde los Doctores Fiandra, Campalans, Dighiero y quien habla, entre otros, manejábamos esa cuestión. ¿Por qué? Porque todo se hacía en el Hospital de Clínicas en forma gratuita. Después llegó la dictadura y todo quedó trancado hasta que en determinado momento el Académico Fiandra vio el claro, tiró al arco e hizo el gol. El Ministro de entonces era el amigo Cañellas con quien tenía muchas discrepancias ideológicas aunque, también, un profundo respeto. Lo que quiero decir luego de este preámbulo, es que me asombró la cantidad de modificaciones que le introdujo el entonces Consejo de Estado y que beneficiaron al Fondo. Por lo tanto, como ciudadanos y como médicos esperamos que el Parlamento, de algún modo, introduzca las modificaciones que el proyecto de ley merece para evitar, al menos, algunas de las cosas que usted ha señalado. Sé que el Partido de Gobierno tiene mayoría absoluta pero, conversando, quizás se pueda encontrar una solución.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Praderi.

ACADÉMICO PRADERI.- Sin dudas, la exposición ha sido muy clara.

El Académico Fiandra, distinguido cardiólogo, ideó lo mejor que se hizo en el Uruguay en la segunda mitad del siglo pasado: el Fondo Nacional de Recursos. Además, contamos con el Académico Petruccelli, quien también contribuyó en ese logro. Personalmente, debo agradecerles mucho e, incluso, confieso que el equipo del Académico Fiandra me metalizó las coronarias y, como ven, aquí sigo con ochenta años. Sin embargo, el otro día vino el Economista Olesker y, entre otras cosas, se refirió al deterioro que sufrió la asistencia médica en la década del noventa. Cuando le pregunté a qué atribuía esa situación, no supo contestarme. El problema se dio con el ingreso de la tecnología médica: la tomografía computada, la ecografía, la gamagrafía, la fibra óptica, la cirugía laparoscópica, etcétera. Recuerdo que en la revista *Time* salió la foto de un médico con un tapaboca que era un billete

de un dólar. Sin embargo, este Economista desconocía esa realidad. Lamentablemente, esta gente es la que está llevando adelante este tipo de reformas.

Mi primera apendicitis la operé en 1950 y mi última colangitis esclerosante en 2000. Este país era un ejemplo y ocupaba los primeros lugares en todo sentido. Hay un filósofo, Santayana, que ha sostenido que quien no conoce la historia está condenado a repetirla. Como usted dijo, ahora parece que todo nació el 1º de marzo de 2005; daría la impresión de que todos fuéramos bobos.

No me equivoco al decir que el Fondo Nacional de Recursos le gana a este proyecto como por diez puntos, así como le gana el Académico Leborgne a los “sargentos” que han ocupado su lugar.

Sin dudas, esta situación crea gran desconcierto y da la sensación de que se pretende convertir a la salud en un imperio romano, con una persona que dirige todo. El Economista Olesker señaló que en el Consejo habría tres delegados del Gobierno, un representante de los usuarios y otro de las instituciones. Es curioso que los médicos no figuremos en ningún lado. Se dice que los médicos somos malos administradores pero, sin embargo, conocí excelentes directores de hospital. ¿Con quiénes nos enfrentábamos cuando algo salía mal? Con los directores de los hospitales o con el Ministro de Salud Pública. Recuerdo que, en una oportunidad, tenía que operar y había huelga de anestesistas. Me comuniqué con el Ministro para explicarle la situación y me envió un abogado para labrar un acta. Operé con anestesia local y luego llamé al Ministro y le dije: *Le leí toda el acta al enfermo pero no logré que se durmiera.*

(Hilaridad)

Por otro lado, me da mucha gracia que insistan con el tema de la asistencia primaria. Se trata de un invento de la Facultad de Medicina que surgió en la época de Carlevaro, que era profesor de Física y que nunca atendió un enfermo.

¿Cómo funcionaba la Medicina en nuestra época? Cuando alguien tenía que someterse a una operación al corazón, iba al hospital público. El Hospital de Clínicas era un ejemplo. En aquel entonces, las mutualistas funcionaban bien. Yo trabajaba en el Sindicato Médico, que estaba dirigido por una sola persona, el Doctor Grille; ahora hay como ocho mil. Justamente, muchos de los que armaron esta reforma son los que fundieron al CASMU, dejándolo con una deuda de USD 99:000.000. Otro problema que surgió fue que los seguros de salud nos dejaron sin la clientela privada.

Por último, quiero marcar una discrepancia con lo que usted señaló. Concretamente, se preguntó por qué una persona, en el interior, iba a pasar a la mutualista cuando en el hospital lo atendía el mismo médico y no tenía que pagar nada. Va a optar por la mutualista por si tiene un traumatismo, por si debe operarse, etcétera.

DOCTOR GARCÍA.- Ese es el caso de un adulto, pero yo me refería a los niños.

ACADÉMICO PRADERI.- Es verdad.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico José Leborgne.

ACADÉMICO LEBORGNE (José).- Me llama mucho la atención que un sistema de salud del siglo XXI no incluya a los médicos. Si la memoria no me falla, de 1950 a la fecha, hubo tan sólo dos Ministros de Salud Pública que no fueron médicos: los abogados Aparicio Méndez y Delpiazzo. No concibo la Medicina sin médicos.

Por otro lado, me gustaría saber si existe algún mecanismo de control frente a ese organismo que tendrá tanto poder.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Doctor García.

DOCTOR GARCÍA.- No hay organismo de contralor y eso es muy peligroso. Basta recordar la frase del Prócer: *Hay que tener cuidado con la veleidad de los hombres*. Como dije antes, ni a aquella persona en la que más confío le otorgaría la administración de USD 1.500:000.000, equivalentes a la atención de salud de todo el Uruguay. Al igual que a usted, eso me preocupa mucho.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Félix Leborgne.

ACADÉMICO LEBORGNE (Félix).- Escuché con mucha atención sus palabras y, realmente, advierto que ha hecho un análisis en profundidad sobre este tema. Confieso que me ha dejado muy desalentado en tanto no me explico cómo un proyecto de esta magnitud no es más claro, no tiene una mayor transparencia.

En la sesión anterior, creo que el Economista Olesker afirmó que el objetivo de que este proyecto no se difundiera era que en el Parlamento no se le introdujeran modificaciones. ¿Esa es también su percepción?

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Doctor García.

DOCTOR GARCÍA.- Sí. Además, se condice con la conducta que ha tenido el Gobierno en estos tres años en los que ha venido procesando la reforma. Como señalé anteriormente, recién hoy se convocó a la oposición —que, naturalmente, no asistió— para darle a conocer un proyecto de ley que se someterá a consideración del Senado el próximo martes. Sin dudas, parece una tomadura de pelo. Algo similar sucederá a nivel de la Cámara de Representantes porque sabemos que esta iniciativa será aprobada a tambor batiente en el Senado. Incluso, algunos han hablado que pedirán que se vote a tapas cerradas. Lamentablemente, no hay forma de impedir que se haga lo que pretende el oficialismo porque las matemáticas mandan. De cualquier modo, me consta —y quiero ser absolutamente honesto— que hay legisladores del Frente Amplio que no están de acuerdo con ese procedimiento pero, como se dice siempre, donde manda capitán no manda marinero. Al respecto, en el semanario *Búsqueda* se publica una nota que habla de la necesidad de acelerar todos los procesos de reforma. A mi juicio, el Gobierno está siendo presa de sus promesas electorales y se siente obligado a poner sobre la mesa algunas de ellas sin tabular, quizás, que es peor ese camino que el adoptar una actitud más humilde.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Borrás.

ACADÉMICO BORRÁS.- Debo reconocer que la exposición del Diputado Doctor García me ha dejado un poco asustado. Estamos en presencia de un proyecto de ley que tendrá una gran importancia en la vida de todos los uruguayos y, por sus palabras, daría la impresión de que también estamos en presencia de una gigantesca improvisación. Además, ahora desaparecerá un aspecto que ha sido fundamental en el avance de la Medicina: el empuje individual. Me gustaría hablar de lo que he visto en los más de cincuenta años de actividad en Oftalmología. El 95% de los adelantos que llegaron al país, lo hicieron a través de la órbita privada. Después que el oftalmólogo particular logró imponerlo, se tomó como una conquista definitiva. Pues bien; según lo que escuché, eso va a desaparecer.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Gómez Fossatti.

ACADÉMICO GÓMEZ FOSSATTI.- Realmente, quedo preocupado luego de escuchar la exposición del Doctor García. En tal sentido, me pregunto si no cabría que la Academia Nacional de Medicina realizara algún llamamiento para profundizar en el estudio de esta reforma y, así, lograr una solución de consenso. Entiendo que no podemos quedarnos de

brazos cruzados esperando que la aplanadora de las mayorías absolutas vote a tapas cerradas este proyecto de ley, lo cual sería de una gravedad extrema como no hay antecedentes en la vida del país. No es posible aprobar algo tan importante sin procurar una política de Estado que cuente con un amplio consenso.

PRESIDENTE.- Precisamente, ha sido la inquietud de varios Académicos no dejar pasar la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud sin emitir opinión. Sin embargo, el problema que teníamos era que desconocíamos totalmente el proyecto de ley. Tengamos en cuenta que el Diputado García nos informa que recién hoy se le entregó el texto a la oposición.

Tiene la palabra el Doctor García.

DOCTOR GARCÍA.- Quiero referirme a algo que ustedes conocen muy bien, que es lo relativo al secreto médico. El artículo 49 señala que los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrales del mismo: *d) a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las instituciones de salud, sin perjuicio de las facultades de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos, cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo.* Es claro que el financiamiento de un acto médico no da derecho a levantar la confidencialidad. El único que está autorizado a hacerlo es el Juez o el usuario. ¿Cómo puede tener el derecho una institución pública a acceder al secreto médico por el mero hecho de que financia el acto médico?

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Quadrelli.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Se me ocurre que lo más importante de estas dos charlas que hemos tenido a propósito del Sistema Nacional Integrado de Salud, es que ha quedado claro que se trata de un proyecto de ley esencialmente político. Cuando asistió el Economista Olesker manejó conceptos de tipo económico y, en consecuencia, no logramos entender a cabalidad la reforma planteada.

Por otro lado, estoy de acuerdo con el Académico Gómez Fossatti y, en tal sentido, podríamos nombrar una Comisión.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra la Académica Fogel.

ACADÉMICA FOGEL.- Hace varios días que vengo hablando con distintos Académicos sobre el mismo tema. Confieso que a pesar de que trabajo en el Ministerio de Salud Pública, desconocía totalmente el proyecto. Por lo tanto, también entiendo que la Academia debe tomar parte en el asunto.

ACADÉMICO QUADRELLI.- La Academia tomó parte desde el momento en que hace un par de meses el Consejo Directivo resolvió solicitar estas entrevistas.

PRESIDENTE.- Incluso, nos reunimos con la Ministra de Salud Pública por este tema.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Efectivamente, fue la propia Ministra quien nos sugirió que habláramos con usted.

ACADÉMICO PRADERI.- Hace poco me encontré con uno de los jefes del Ministerio, quien me preguntó qué opinaba de este plan. Le respondí que parecía muy complejo pero que, en realidad, no sabía nada.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Doctor Cuestas.

DOCTOR CUESTAS.- Si bien el proyecto de ley se tratará en breve en el Senado y más allá de la eventualidad de la aplanadora política, no estoy seguro de que no se pueda hacer algo para tomar el camino del mal menor. Conozco el proyecto de ley hace más de dos meses el cual, incluso, ha sido publicado en la página web del Ministerio. ¡Cuán importante sería que los

legisladores pudieran cambiar la integración de la Junta Nacional o la representatividad de sus miembros! De acuerdo con la iniciativa, esta Junta cuenta con cuatro delegados del Poder Ejecutivo. ¿Por qué no puede pensarse en algo similar a lo que ocurre, por ejemplo, en la Corte Electoral? Entonces, a través del diálogo parlamentario se podría tratar de mejorar lo más posible este proyecto de ley.

Como bien se dijo, hace más de treinta años que se está hablando del sistema de salud, pero este es el primer proyecto que aparece. Esto es malo y habrá que tratar de modificarlo para que en el futuro sea mejor. En ese camino, me pregunto cuán importante podrá ser el diálogo parlamentario. Parece difícil que pueda darse a nivel del Senado pero, tal vez, sí en la Cámara de Representantes. En cualquier caso, pienso que debe quedar sentado en los Diarios de Sesiones del Parlamento que esto se hizo así aun cuando pudo hacerse de otra manera.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Doctor García.

DOCTOR GARCÍA.- Creo que tenemos discrepancias filosóficas respecto a este proyecto de ley. Más allá de que pudiéramos obviar ese aspecto y se propusiera un diálogo, de todos modos hay algo que lo evita, que es la voluntad hegemónica del Gobierno. Esta queda claramente de manifiesto por el hecho de que en tres años que lleva procesando la reforma nunca ha consultado a la oposición. Sin dudas, es muy difícil tratar de modificar algo cuando la contraparte no quiere hablar.

En definitiva, reconozco que es muy difícil transitar por un camino de sensatez como el que usted plantea.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Borrás.

ACADÉMICO BORRÁS.- Dada la premura del tiempo, creo que será difícil que la Academia pueda dar una opinión. En todo caso, deseo felicitar a la Comisión Directiva por la idea que ha tenido en cuanto a invitar a representantes de las dos posturas. En lo personal, entiendo que una de las pocas cosas que podríamos hacer, sería publicar estas dos exposiciones. Eso podría hacerse con relativa facilidad y la Academia Nacional de Medicina no quedaría embanderada con ninguna posición en particular.

PRESIDENTE.- Acepto la sugerencia pero, de todos modos, considero que la Academia debe emitir su propia declaración. Tengamos en cuenta que esa superestructura de siete miembros puede llevar al cierre de determinada mutualista, según cómo disponga el aporte.

Tiene la palabra el Doctor García.

DOCTOR GARCÍA.- Es así. La cuota salud está integrada en un 94% por esa tabla que se generó en función de las franjas etarias, y un 6% que es premio o castigo. Eso me hace acordar a la época del dólar diferencial que, como todos sabemos, terminó por ser algo con nombre y apellido. Además, si hablamos de USD 1.500:000.000, el 6% son casi USD 100:000.000, los cuales quedan al libre albedrío del administrador, quien los otorga o quita de acuerdo con criterios que no son objetivos. Realmente, me da pavor.

ACADÉMICO PRADERI.- ¿No se prevé una auditoría?

DOCTOR GARCÍA.- No recuerdo si en alguno de los 63 artículos se habla de ella. Lo que está claro es la potestad absoluta de la Junta Nacional de Salud, como ordenadora del pago, de determinar cuánto debe volcar el Fondo a cada institución.

ACADÉMICO PRADERI.- ¿Tampoco se cita al Tribunal de Cuentas?

DOCTOR GARCÍA.- Usted sabe que el Tribunal de Cuentas estudia la legalidad del gasto y no el mérito.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- Participo en lo que han dicho otros Académicos en cuanto a la alarma que genera todo este tema y, desde la óptica de mi especialidad, debo decir que esto muestra, en forma flagrante, una patología institucional. Lógicamente, un Gobierno que ha sido electo democráticamente por el voto popular, tiene derecho a imprimir la impronta que quiera a los proyectos sociales, económicos, educativos, etcétera. Sin embargo, cuando no hay posibilidad de intercambiar ideas, se configura, desde el punto de vista sociológico y psicológico, una patología institucional. Es inconcebible que los médicos estén excluidos de poder discutir este tipo de proyectos. Toda estructura política democrática tiene un fundamento ideológico, y está bien. El tema es que las ideologías deben saber hasta dónde pueden llegar en la aplicación de sus planes.

ACADÉMICO GÓMEZ FOSSATTI.- No estoy de acuerdo con la propuesta del Académico Borrás como único acto de la Academia.

PRESIDENTE.- Ya dijimos que la Academia debe dar su opinión. En tal sentido, propongo que el próximo jueves, a la hora 18, se acerquen a la reunión de la Comisión Directiva todos los Académicos interesados en este asunto, a los efectos de redactar una nota que trasunte la preocupación de la Academia Nacional de Medicina.

(Dialogados)

Naturalmente, esa nota no podrá tener ningún tinte político. El Doctor García ha dejado un clima de pesadumbre, justificado. Quienes trabajamos en el hospital y en el sistema mutual durante muchos años sabemos, por la experiencia acunada, que esto no mejorará a los hospitales sino que deteriorará al mutualismo. Este apresuramiento no está justificado.

Por otra parte, espero que a nivel del Parlamento, usted y otros compañeros suyos, pongan énfasis en estos defectos.

DOCTOR GARCÍA.- Sin dudas, la opinión de la Academia es más que calificada.

En realidad, no fue mi voluntad dejar este ánimo de pesadumbre pero, las cosas son así. Hubiera preferido que este tipo de debate se pudiera dar en el Parlamento. Nuestro partido político organizó una Convención para tratar este único tema a los efectos de ponerlo en la agenda.

PRESIDENTE.- Le agradecemos, nuevamente, su presencia en esta reunión y la información que nos ha brindado.

(Aplausos en Sala)

(Se retira de Sala el Representante Nacional Doctor Javier García)

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

JORNADA CIENTIFICA EN HOMENAJE AL PROF. EMERITO LUIS ENRIQUE PREGO SILVA
"FACTORES SOCIALES EN LA PSICOPATOLOGIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE"

Viernes 2 y sábado 3 de junio de 2006
Sede: Anfiteatro Hospital Pereira Rossell

Organiza: Academia Nacional de Medicina del Uruguay
Participan: Academia Nacional de Medicina
Universidad Luterana de Brasil. Facultad de Medicina-Porto Alegre
Servicios de la Facultad de Medicina: Departamento de: Neonatología del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Clínica Psiquiatría Pediátrica
Clínicas Pediátricas A, B, C.
Sociedad Uruguaya de Pediatría

PROGRAMA

Viernes 2 de junio

- 10.00-10.10 Acto de apertura.
Presidente de la Academia Nacional de Medicina Ac. Celso Silva
- 10.20-11-10 Introducción.
Ac. Enrique Probst
Ac. Gloria Ruocco
- 11.20-12.05 Datos preliminares sobre salud mental de la infancia y adolescencia en el Uruguay
Prof. Dra. Laura Viola.
- 12.15-12.30 Comentarios
Ac. José L. Peña
Prof. Emérito Juan C. Rey.

- 13.00-15.00 Descanso
- 15-15.45 Depresión puerperal en el adolescente.
Dr. Carlos Prego Maberino
- 15.55-15.10 Comentarios.
Prof. Dr. Enrique Pons
Ac. Enrique Probst.
- 16.20-17.05 Prematurez extrema en contexto de pobreza. Qué podemos hacer por un desarrollo saludable.
Prof. Dr. Raúl Bustos y Dr. Mario Moraes.
- 17.15-17.30 Comentarios:
Ac. José L. Peña
Prof. Raúl Bustos.
- 17.30-18.00 Coffee break
- 18.00-18.45 Conferencia
Prof. Salvador Celia (Brasil)
- 19.00-19.45 Semblanza del Prof. Emérito Luis E. Prego Silva.
Ac. Fernando Mañé Garzón (15 minutos)
Prof. Salvador Celia (30 minutos)
- 20.00-21.00 Brindis

Sábado 3 de junio

- 9.00-9.45 Conferencia: Pediatría social.
Prof. Dra. Alicia Montano.
- 9.55.-10.10 Comentarios
Prof. Dra. Ivonne Rubio
- 10.20-11.05 Conferencia: Desarrollo y pobreza. El aporte de la psicomotricidad desde la observación del niño hospitalizado-
Lic. Claudia Ravera y Prof. Dra. Ivonne Rubio.
- 11.15-11.30 Comentarios
Prof. Dra. Laura Viola

11.30-12.00 Coffee break

12.00-12.45 Conferencia: Lactancia materna
Dra. María Laura Michelini

12.55-13-10 Comentarios
Dra. Nora Rodríguez

FACTORES SOCIALES EN LA PSICOPATOLOGÍA

INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

LA VULNERABILIDAD INFANTIL

Ac. Gloria Ruocco

La vulnerabilidad infantil obedece a múltiples problemas, entre los cuales cuentan como fundamentales, la pobreza, la desestructuración familiar y la ineficacia de las políticas sociales en asegurar las necesidades básicas de la infancia y la adolescencia.

Se presenta aquí una síntesis de los hechos más relevantes de las condiciones socio culturales y políticas que influyen en la situación de la infancia y la adolescencia

I.- LA POBREZA

“Los problemas mas graves de los niños, tanto en los aspectos biológicos como psico-sociales están ligados a la pobreza” Juan Pablo Terra

La situación de pobreza es definida como la carencia de medios para cubrir el costo en alimentación y otros bienes y servicios (vestimenta, vivienda, salud, transporte, educación) en función de la cantidad de miembros del hogar y la presencia de niños y/o adolescentes-

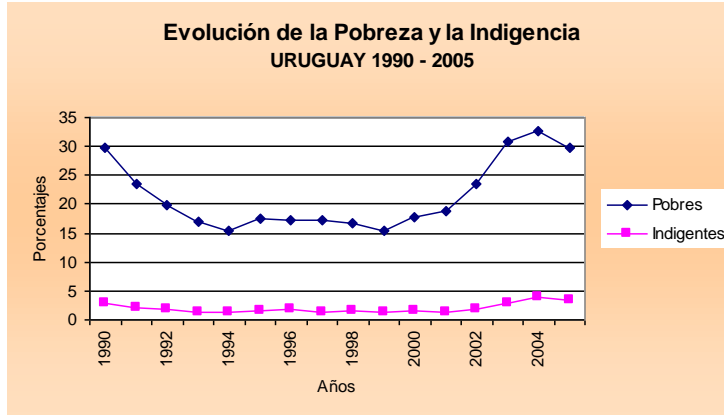
La situación de Indigencia se define como la capacidad para acceder al costo de una canasta básica de alimentos para la correcta nutrición de una persona en un mes

La mayor parte de las calificaciones de pobreza están referidas al ingreso per cápita

1.- Evolución de la Pobreza

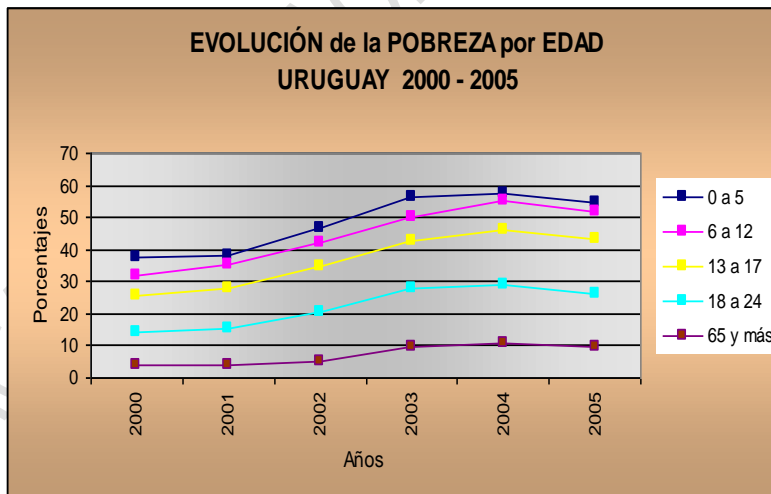
En la década de los 90 la pobreza experimentó un descenso progresivo hasta 1994. El incremento notorio se produjo en el período de crisis, 2002 – 2004.

La Indigencia sostenía valores sin mayores cambios hasta el año 2002, en que también inicia un ascenso.



Existe una notoria disparidad en la incidencia de pobreza según diferentes grupos de edad.

Si se considera el porcentaje de personas pobres por grupo etareo, la pobreza afecta proporcionalmente más a los jóvenes que a los adultos, sobre todo cuanto menor es el grupo de edad considerado de ahí la denominación de **INFANTILIZACIÓN DE LA POBREZA** cuando se habla del curso que ha tomado su evolución



La leve disminución de la pobreza en 2005, alentadora, desde que interrumpe la tendencia al ascenso de los últimos años, no muestra una sustancial mejoría en la brecha intergeneracional.

2.- La concentración residencial

Existe una alta concentración geográfica de la pobreza tanto en los departamentos como en determinadas áreas de las ciudades constituyéndose en los llamados “Asentamientos irregulares”

Los Departamentos :

Los valores más altos de pobreza se sitúan al norte y noreste, destacándose por su pobreza, Artigas, Salto , Treinta y Tres, Rivera y Cerro Largo.

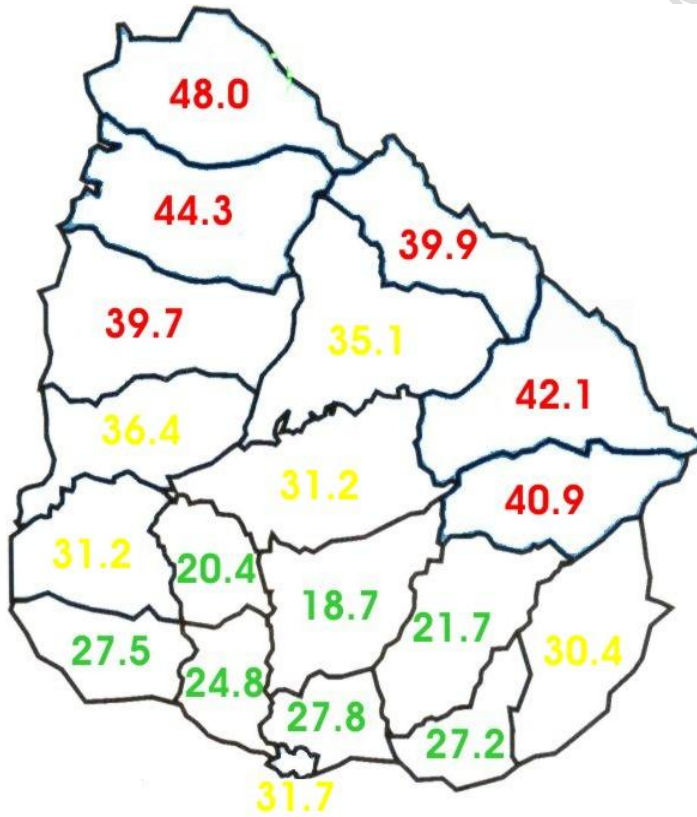
Los valores más bajos están en: Maldonado, Canelones, Colonia, San José, Lavalleja, Flores, Florida

En cuanto se encara específicamente la pobreza infantil, por debajo de un porcentaje de 40 solo se hallan Lavalleja, Flores y Florida

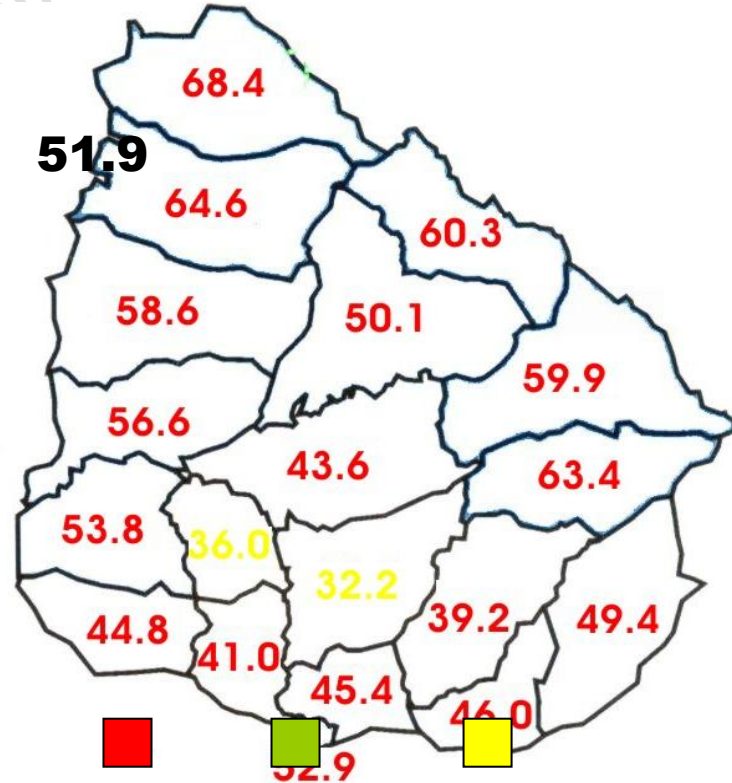
Pobreza según Departamentos

Uruguay 2005 (en porcentajes)

Población total : 32.1 %



Menores de 18 años: 51.9 %



en Uruguay (2005

Montevideo

En Montevideo existe una gran disparidad social entre sus barrios; en algunos, en general periféricos, las cifras de pobreza afectan a más de la mitad de la población

Los Asentamiento Irregulares:

Los Asentamientos Irregulares comienzan a aparecer en Uruguay en la década de los ochenta por la imposibilidad de muchas familias de afrontar los costos de una vivienda.

Se definen como el “agrupamiento de más de diez viviendas ubicadas en terrenos públicos o privados, construidos in autorización del propietario, en condiciones irregulares y sin respeto por la normativa urbanística, con la consiguiente carga de carencias y de servicios”

Desde 1998 se vienen efectuando relevamientos con diferente enfoque metodológico. Últimamente se han identificado 676 asentamientos en todo el país , de los cuales 412 se ubican en Montevideo 264 en el Interior del país.

Montevideo es el departamento con mayor número de Asentamientos (10.9 %). Lo siguen Artigas (8.9 %) , Maldonado (5.4 %) y Soriano (4.7 %), en un total de 6 % de ellos en la población general , 196.000 personas en 53.700 viviendas (Información censal de julio de 2004) . Cabe destacar que se consignan datos sujetos a una permanente revisión periódica a través del aporte de nuevos relevamientos

Caracteriza a estos conglomerados pobres, el alto número de niños y adolescentes.

En la última publicación de UNICEF (2005), se comparan las Pirámides de edades entre la población que habita en asentamientos y el resto, poniéndose de manifiesto la estructura demográfica joven en la primera, situación por demás preocupante si se piensa en la transferencia inevitable de modalidades de vida.

Se señala que una de cada dos personas, que reside en ellos, es menor de 20 años (47 %) . En la población que no reside, los menores de 20 años constituyen el 31 %

Porcentaje de población en Asentamientos Irregulares
y resto de la población según edad

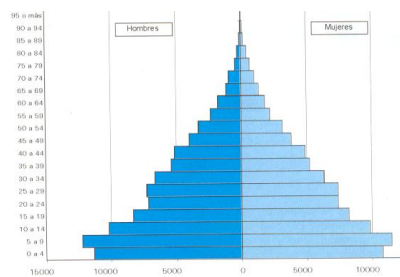
Uruguay 2004

	Asentamientos	Resto
Total	100	100

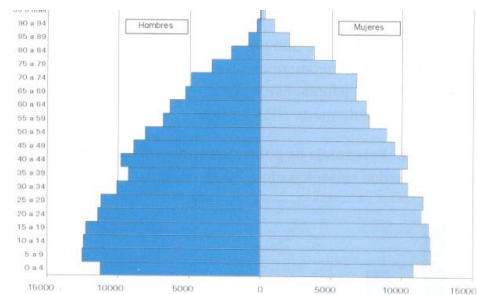
0 a 4 años	12.7	7.2
5 a 9	13.6	8.0
10 a 14	11.5	8.0
15 a 19	9.5	7.9
20 a 29	16.8	14.8
30 a 39	13.5	12.9
40 a 59	16.5	22.8
60 años y mas	5.9	18.4

UNICEF (2005)

Asentamientos irregulares



Resto del país



Fuente: UNICEF (2005) Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay

II.- EL CONTEXTO FAMILIAR DE RIESGO

Con frecuencia diferentes riesgos suman efectos en un mismo hogar.

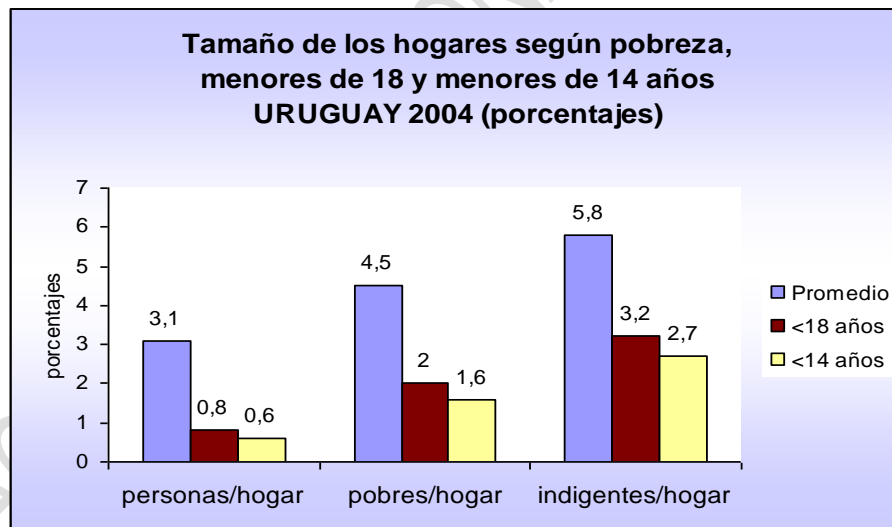
En las últimas décadas la conformación de las familias ha experimentado fuertes variaciones.

1.- La composición de los hogares

El tamaño promedio de los hogares del país es relativamente reducido, 3.1 integrantes, contando un niño o adolescente.

En los hogares pobres el tamaño es mayor, alrededor de 4 personas y dos niños por hogar.

Un hogar indigente está compuesto por más de 5, de las cuales 3 son menores de 18 años. A mayor pobreza el mayor número de niños ahonda las dificultades de subsistencia.



Fuente: Elaborado a partir de ECH del INE (2004)

Con respecto al Tipo de hogar , aún cuando se citan frecuentes situaciones de menores que no viven con su padre biológico, tanto en Hogares pobres como Indigentes no se observa un mayor crecimiento de Hogares Monoparentales, sino un aumento de Hogares Extendidos como estrategia de sobrevivencia

Tamaño de los hogares según pobreza total,
de menores de 18 años y de menores de 14 años de edad

Uruguay 2004 (porcentajes)

TIPO DE HOGAR	TOTAL	INDIGENTES	POBRES
TOTAL	100	100	100
UNIPERSONAL	19	---	2
NUCLEAR	50	60	53
MONOPARENTAL	11	13	13
EXTENDIDO/COMP.	21	27	32

ECH del INE 2004

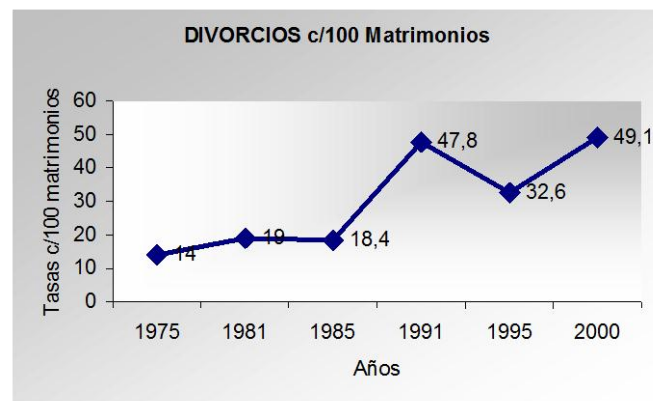
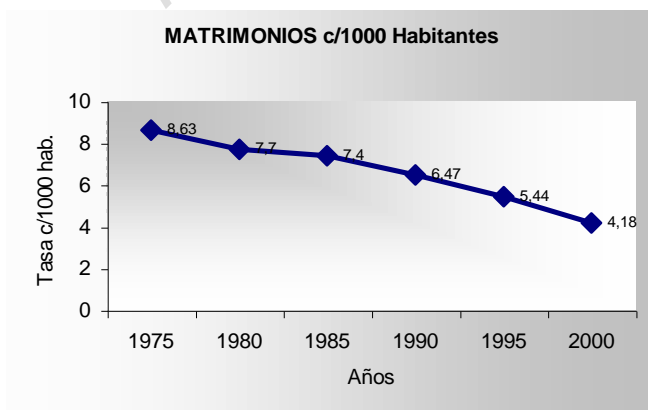
2 Nupcialidad y Divorcios

Los cambios en la familia son también relevantes en las tasas de nupcialidad y divorcios Mientras que las Tasas de matrimonios han descendido a la mitad desde 1975, los Divorcios se han incrementado al triple

Cabe señalar, además, que Uruguay presenta una de las mayores tasas de divorcios de América Latina.

Evolución de las Tasas de Nupcialidad y Divorcios

Uruguay 1975 - 2000



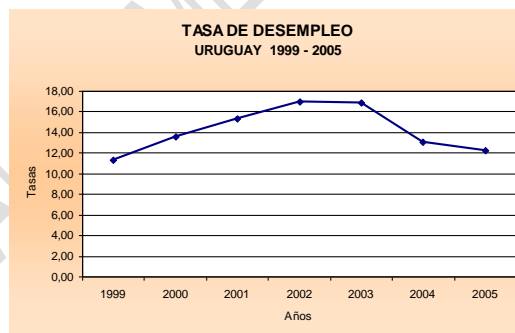
Fuente: Facultad de Sociología – Dpto. de Sociología – Banco de datos

3.- Desempleo del jefe de hogar

El descenso experimentado por el desempleo, luego de la crisis del 2002, aún no ha alcanzado los niveles de la década del 90 y sigue siendo considerablemente mayor en los hogares pobres con niños más pequeños.

Tasa de desempleo
Uruguay 1999 - 2005

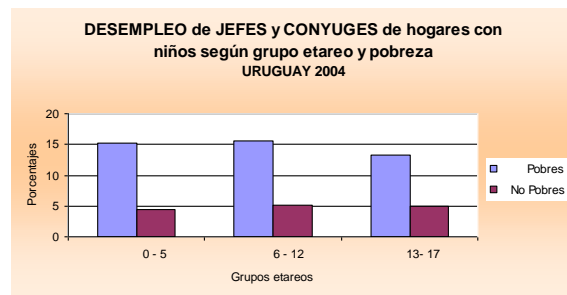
1999	11.3
2000	13.6
2001	15.3
2002	17.4
2003	16.9
2004	13.1
2005	12.2



Fuente: ECH del INE (2004)

Desempleo de los Jefes y Cónyuges
de hogares con niños según pobreza
Uruguay 2004

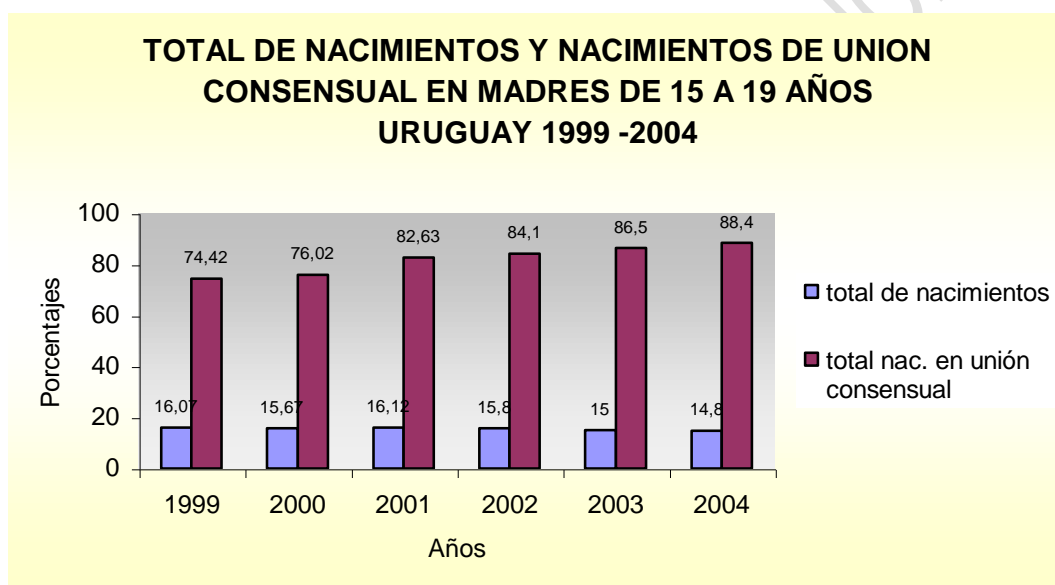
Edad	Pobres	No pobres
0 - 5	15.2	4.5
6 - 12	15.5	5.1
13 - 17	13.3	5.0



Elaborado a partir de datos de UNICEF (2004)

4.-La maternidad adolescente

La Maternidad en el grupo de edad de 15 a 19 años ha tenido una tendencia con pocos altibajos, en cambio, en uniones consensuales en las mismas edades se observa una evolución progresivamente ascendente. En el año 2004 contribuyen con 88 % de los nacimientos de su grupo.



Fuente: INE . MSP

Las jóvenes de 15 a 19 años contribuyen con el nacimiento de 88 % de los nacimientos de su grupo de edad

Si bien es frecuente y socialmente aceptable la unión consensual, el bajo porcentaje de pareja estable de las adolescentes, en este tipo de unión conyugal, es un motivo de vulnerabilidad

76 % en el grupo de 15 a 19 años
27 % en las menores de 15 años

3.-El Trabajo infantil

El trabajo de los adolescentes predomina en las familias de ingresos bajos e irregulares donde los niños ayudan a complementar los ingresos

El hecho va frecuentemente unido a una deserción educativa que compromete su inserción laboral como adulto

Adolescentes de 14 a 17 años
que trabajan según pobreza
Uruguay 1998 - 2004

	Pobres	No Pobres
1998	17.7	14.5
1999	14.1	13.4
2000	14.3	10.0
2001	13.9	9.8
2002	12.0	6.7
2003	10.4	5.8
2004	11.0	6.0

Fuente : UNICEF (2005) con datos ECH del INE

Con respecto al destino de las tareas que desempeñan niños entre 5 y 11 año:

Niños de 5 a 11 años de edad que trabajan ,
según destino de la tarea Areas urbanas 1999

% Valor
absoluto

Trabajan para su familia 63.0 % (1. 700)

Trabajan por su cuenta	29.6 %	(800)
Trabajan para otras personas	7.4 %	(200)
Total	100 %	(2.700)

UNICEF (2003) con datos de ECH del INE

La edad considerada y el hecho de que uno de cada tres de esos niños trabaje por su cuenta implica una preocupación tanto sobre los aspectos educativos como culturales subyacentes.

III.- LAS POLÍTICAS SOCIALES

“ Las Políticas sociales engloban todas las disposiciones y acciones de los poderes públicos y de los grupos sociales que buscan proteger la existencia y la calidad de vida de los individuos de una sociedad “ (Rama, 2001 , citado por UNICEF 2005-)

Las Políticas Sociales orientadas a la Infancia, fundamentalmente a combatir la pobreza Infantil, encaran dos componentes esenciales:

El fortalecimiento en Salud y Educación
La Protección Social, o sea políticas destinadas a reducir el riesgo y la vulnerabilidad social

1.- La Atención de la salud

A menor edad,, mejor cobertura de salud. A medida que se avanza en edad, fundamentalmente en la edad de la Adolescencia, los niños están peor atendidos.

En consonancia con lo expresado sobre la “Infantilización de la pobreza” ,el grueso de población de niños pequeños se atiende en Instituciones Públicas MSP, Policlínicas Municipales, Hospitales Militar y Policial, Asignaciones Familiares.

La mayoría de los grupos etareos superiores a los 20 años, por consiguiente, tiene mejor cobertura a través del Mutualismo

Niños sin cobertura de salud según edad

Uruguay 1998 – 2004 (en porcentajes)

	Edad de los niños		
	0 a 5	6 a 12	13 a 17
1998	2.9	3.8	6.2
1999	2,9	4.3	6.4
2000	2.3	3.7	5.4
2001	2.8	3.4	4.3
2002	2.8	3.3	4.4
2003	2.3	3.3	4.8
2004	1.9	2.7	4.4

UNICEF (2004)

Atención de la salud según Institución por edad
Uruguay 2004 (en porcentajes)

Edad	Mutualismo	MSP	Otros*
13 años y -	25.7	61.2	10.4
14 a 19	30.8	55.3	9.3
20 a 24	44.8	43.6	5.6
25 a 29	49.0	38.9	6.1
30 a 39	50.0	38.1	7.0
40 a 49	54.9	32.9	7.5
50 a 59	53.5	33.4	9.6
60 y más	60.4	31.6	6.4

* Incluye Pol. Municipales, Hosp. Militar y Policial y AAFP
Fuente : ECH del INE (2005)

2. – La Educación

En el Ciclo Primario la asistencia al Sistema Educativo es prácticamente universal.
 Pero la repetición en el primer año es de importancia considerable:

18 % en el primer año
 9.1 % en el total de primaria

Con un costo anual de repetición que para el país ha sido de 11 millones de dólares en el total del año 2003, la repetición, solamente en el primer año, conlleva 4 millones de dólares.

En el Nivel Pre Primario se halla el importante aporte a la escolarización con la implementación de los CAIF, a mediados de la década del 90, con una cobertura importante en niños de 4 y 5 años. Se trata ahora de lograr la universalización en el tercer año de edad.

En el Post primario, cabe señalar el abandono, que empieza a hacerse significativo a partir de los 15 años con la Enseñanza Media, vinculado fundamentalmente a la pobreza.

Población de 4 a 25 años que asiste a la educación
 en hogares ordenados por quintos de pobreza

Uruguay 2005

	Total	Q. 1	Q. 2	Q. 3	Q. 4	Q. 5
4 a 5 años	87.8	82.8	91.7	93.6	96.2	98.1
6 a 11 años	98.6	98.6	98.5	98.3	98.6	99.6
12 a 14 años	95.3	93.2	96.3	96.5	98.5	99.1
15 a 17 años	78.5	65.0	80.9	90.6	95.2	98.8
18 a 25 años	40.8	19.7	33.2	48.5	61.8	73.9

ECH del INE (2005)

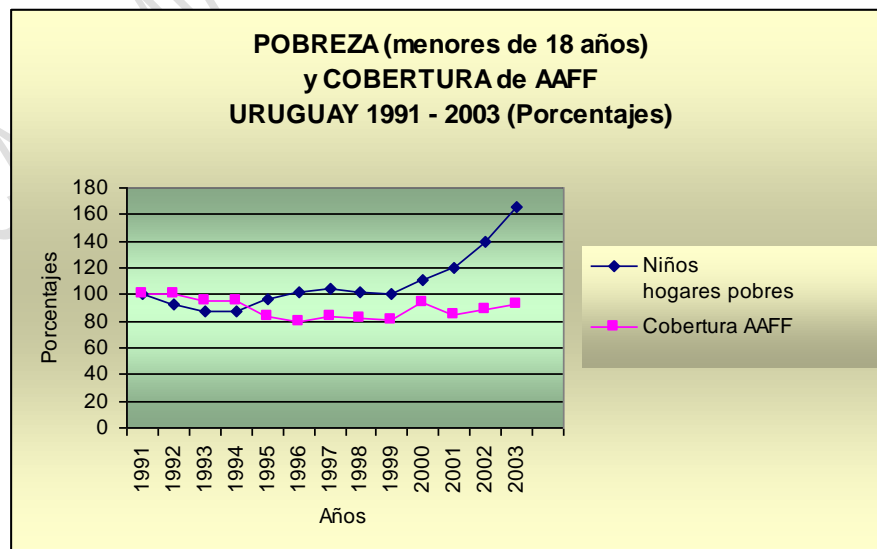
3.- Asignaciones Familiares

Para la pobreza infantil, específicamente, los mecanismos de la política se centran en la transferencias de recursos del Estado que varía entre transferencias monetarias fijas mensuales y programas que suministran alimentos.

Las prestaciones en dinero a los hogares con niños se han realizado a través del Sistema de Asignaciones Familiares que tiene un papel importante en mejorar el ingreso de los hogares carenciados con niños , aunque no está diseñado para retener a los niños en el sistema educativo.

La evolución de la pobreza y su cotejo con la evolución de las prestaciones familiares ha demostrado que éstas no contribuyen significativamente a la reducción de la pobreza y sus efectos actúan más sobre la severidad que sobre la incidencia misma.

Al inicio de los 90 la cobertura era superior al número de niños que viven en hogares pobres; al final de la década, la prestación se hace inferior, fundamentalmente por el aumento de la pobreza



“Mientras que la infancia representa el 29.5 % de la población total y es el grupo en que se concentra una parte significativa de la pobreza del país, solamente recibe el 19.5 % del Gasto Público Social” UNICEF (2005) Inversión en la Infancia en Uruguay

El Gasto Público en Salud destinado a la Infancia , 2002, si bien subestimado por estar referido a menores de 15 años, presenta un escaso 1.2 % del PBI con un Gasto elevado para el total del país, de 10.9 %

Existe además notoria incongruencia si se tiene en cuenta que los menores de 18 años constituyen casi un tercio (29,5 %) de la población total y es el sector del país que ostenta la mayor pobreza

El Gasto Público en Educación destinado a la infancia es de los más bajos de la región; la mayor parte se concentra en Enseñanza Primaria y Previa (año 2002):

Gasto Público Social en la Infancia como porcentaje del PBI

Menores de 18 años: 29.5% de la población
19.5 % del PBI de gasto

Uruguay 2002

Gasto en Salud	Gasto en Educación
infantil < 15 años	Comprende población
ASSE y Otros.....1.17 %	E.Primaria.....1.41 %
FNR.....0.03 %	E. Secundaria.....0.87 %
Promedio.....1.2 %	Otros.....0.42 %
	ANEP.....2.70 %

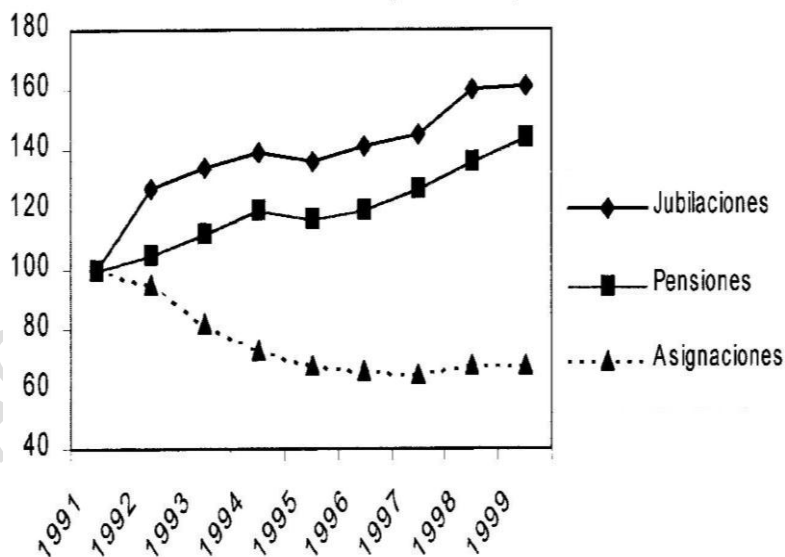
Fuente C.Grau Perez. Citado por:
UNICEF (2005) Inversión en la infancia

Gasto en salud en la Población total: 10.9 % del PBI.

Si bien los beneficios destinados a los grupos pobres tienen siempre un mayor efecto sobre la desigualdad que las jubilaciones y pensiones, en nuestro país, el gasto público social ha tenido un sesgo hacia los adultos sin un criterio de aplicación de una política integral y articulada para combatir la pobreza.

Kaztman y Filgueira así lo demuestran gráficamente en un estudio sobre la evolución de estos diferentes tipos de prestaciones con una evolución de las Asignaciones Familiares en continuo descenso

Evolución del valor real de las Jubilaciones, Pensiones y Asignaciones Familiares Uruguay 1991 - 1999 (1991 = 100)



Fuente: IPES en base a ECH del INE (jubilaciones y pensiones) y BPS (Asignaciones Familiares)

Comentarios finales:

Uruguay no ha podido sobreponerse a la evolución creciente de la pobreza (52 % en menores de 18 años), ni a la segregación residencial (6 % dela población).

La familia ha experimentado variaciones en su composición, nupcialidad y divorcio, desempleo, maternidad adolescente, trabajo infantil y otros, posicionando a la infancia en riesgo de situación social.

Las políticas sociales no se han acompasado para aliviar la pobreza Infantil

En Salud: los resultados no se hallan acordes con el nivel de gastos

En Educación: el gasto no se adecua a las necesidades: 2.8 % del PBI en todos los niveles de educación nos ubica junto a países africanos y centro americanos.

Existen, sin embargo programas que prometen cambios en la pobreza Infantil:

CAIF, ya con éxito en la marcha
Expansión de escuelas a tiempo completo
Plan de Emergencia Social

Referencias

Facultad de Sociología. Dpto. de Sociología. Banco de datos: Relaciones de Género

Intendencia Municipal de Montevideo (2000) Montevideo en Cifras

Instituto Nacional de Estadística (2002) Evolución de la pobreza por el método de ingreso Uruguay 1986-2001 Montevideo INE

Instituto Nacional de Estadística (2004) Estimaciones de pobreza por el método de ingreso 2003) Montevideo INE ECH

Instituto Nacional de Estadística (2005) Encuesta Continua de hogares

Instituto Nacional de estadística (2006) Incidencia de la pobreza en 2005 Comunicado de prensa 5 de abril de 2005

Kaztman R., Filgueira F. (2001) Panorama de la infancia y la familia en Uruguay
Montevideo IPES Univ. Católica del Uruguay

Lijtenstein S. (2004) Riesgos y vulnerabilidades en la infancia y adolescencia II Congreso uruguayo de Pediatría Ambulatoria y Social

PNUD (2005) Desarrollo humano en Uruguay

Probst E. (2000) Las fronteras invisibles. Imprenta Americana. Colección descubrir

Terra J.P. (1987) Las políticas sociales en el Uruguay 1975 –1984 CEPAL

Terra J.P. (1989) Creciendo en condiciones de riesgo.- Niños pobres del Uruguay
CLAEH/ UNICEF

UNICEF (2003) El trabajo infantil y adolescente en Uruguay y su impacto sobre la Educación

UNICEF (2004) Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay

UNICEF (2005) Observatorio de los derechos de la infancia y adolescencia en el Uruguay

UNICEF ((2005) Asignaciones familiares, Pensiones alimenticias y bienestar de la infancia en Uruguay

UNICEF (2005) Inversión en la infancia en Uruguay

DATOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS URUGUAYOS¹.

Viola L, Garrido G, Varela A.

(Presentación en Jornada Académica en Homenaje al Prof. Emérito Dr. Luis Enrique Prego Silva: “Factores sociales en la psicopatología de la infancia y la adolescencia”)

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

¹ Estos datos corresponden a la Investigación realizada por el Equipo de Evaluación de instrumentos en Psiquiatría Pediátrica de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica y el Departamento de Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina, UDELAR, integrado por Viola L, Garrido G, Varela A, Gotta I, Camiruaga A, Roca G, Sadovnick S, Resquin S, Quintán M.

I. Introducción

Nos preguntamos qué es lo que ha llevado a la demora mundial en reconocer, aún hoy, que la Salud Mental del Niño necesita de una respuesta médica específica⁽¹⁾.

No ha de haber una respuesta unívoca, y seguramente es la conjunción de distintos factores y, también, de aquellos que tienen que ver con la creencia popular de la “infancia feliz” la que explica las dificultades de reconocer los trastornos psiquiátricos del niño, producto no sólo de factores biológicos y emocionales sino de la familia y de la sociedad. “La imagen del niño que ríe feliz con esperanzas para el futuro, no es más que un sueño para demasiados niños y sus familias.”⁽²⁾

II. Infancia y Salud Mental en el Uruguay

La situación de la infancia en Uruguay está enmarcada en la realidad socio- política y económica que transita nuestro país y la región.

Los fenómenos de la pobreza, el desempleo, la exclusión social, la violencia en sus distintas modalidades, el impacto de los medios masivos de comunicación, al igual que las adicciones, la depresión y el suicidio, afectan a la totalidad de la población. Es en la población infantil y adolescente que, en forma directa o a través de los desajustes del mundo adulto, este sufrimiento se amplifica.⁽³⁾

El incremento de los factores que exponen a los niños a situaciones adversas, en forma aislada o permanente y, las situaciones de calle, el trabajo infantil, la limitación de los derechos del niño a la educación y salud, asociados a la vulnerabilidad biológica personal, pueden llevar a trastornos mentales que limitarán el desarrollo integral saludable y determinarán consecuencias en etapas posteriores.⁽³⁾

La Salud Mental es un componente básico de la salud integral del individuo y la sociedad y ésta se constituye, al referirnos a la infancia y adolescencia, en un pilar fundamental de todas las dimensiones del desarrollo.

“La Salud Mental puede ser considerada como un recurso colectivo al que contribuyen tanto las instituciones sociales, la comunidad entera, como las personas individualmente consideradas”⁽⁴⁾

La “buena” Salud Mental tiene sus cimientos en la primera infancia, comenzando con el vínculo que el infante establece con sus padres o cuidadores estableciendo así una base segura y confiable para su desarrollo. Es este contexto familiar y social el que provee los ingredientes esenciales de una salud mental permanente⁽⁵⁾.

III. Magnitud del problema de la ausencia de la Salud Mental

La magnitud epidemiológica de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia en el mundo es preocupante.

De acuerdo a los distintos datos internacionales, se estima que más del 20% de los niños padecen, a lo largo de su vida, una enfermedad mental y entre el 3 al 4% requerirá un tratamiento específico. Globalmente los trastornos mentales afectan entre un 10 al 20% de

niños y jóvenes menores de 18 años. (OMS, 2003). Se considera que el 50% de las enfermedades del adulto comienzan en esta franja etaria.

No se puede pensar en establecer planes para una Política Nacional de Salud sin dar extrema importancia a la Salud Mental Infantil, dado que:

1- Los trastornos mentales específicos ocurren en ciertos estadíos del desarrollo del niño, por lo cual, los programas de screening e intervención para dichos trastornos deben ser implementados en el momento en el cual éstos tienen mayor probabilidad de manifestarse.

2 –Hay un alto grado de continuidad de los trastornos de la infancia con los del adulto, la intervención temprana puede prevenir o reducir la probabilidad de un deterioro prolongado(6)

3 – Las intervenciones efectivas reducen la carga del trastorno mental en el individuo y en la familia y reducen los costos para el sistema sanitario y para las comunidades.

Estas tres razones precisas, dan cuenta de la necesidad imperiosa de desarrollar una intervención efectiva y específica.

Para el establecimiento de una Política en Salud Mental Infantil se requiere el conocimiento de la prevalencia de los problemas mentales. “Comprender la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños es un componente esencial de cualquier política pública para proveer servicios de salud”(7)

IV. Datos epidemiológicos internacionales

A nivel internacional los estudios epidemiológicos en esta temática son escasos y la comparación entre ellos es dificultosa. Sin embargo, una revisión realizada por Roberts(7) de 52 estudios procedentes de 20 países, muestra una prevalencia media de 15,8%, con importantes variaciones de acuerdo a la franja de edades comprendida y a la procedencia de los estudios.

Existe un proyecto de la Organización Mundial de la Salud para realizar un “Mapeo Internacional de Recursos Terapéuticos, Sistemas y Políticas en Salud Mental” denominado Proyecto ATLAS, que en su versión relativa a niños y adolescentes, sostiene(8):

- 1. Que el cuidado del **desarrollo integral** de los niños, es **central** para el desarrollo cercano y futuro de nuestros pueblos.
- 2. Que es una necesidad, contar con información **coherente, continua y comparable**, para poder detectar insuficiencias, proponer acciones y evaluar resultados.

V. Datos nacionales

En nuestro país no contamos con estudios epidemiológicos nacionales, lo cual resulta ser un obstáculo a la hora de intentar planificar políticas y organizar servicios.

En una colaboración realizada por algunos integrantes de nuestro equipo de investigación con el informe de Uruguay al Proyecto ATLAS, 2004(9), en su versión para Niños y Adolescentes, surge que no se disponen datos sobre:

- Prevalencia de enfermedades mentales.
- Necesidades asistenciales en Salud Mental.
- El número de Niños y Adolescentes que efectivamente reciben asistencia en esta área.
- La totalidad de los recursos en Salud Mental para Niños y Adolescentes

Se detectan asimismo, a partir de la búsqueda de información, algunas fortalezas con que cuenta nuestro país:

- Importante caudal en leyes de protección
- Un nuevo Código del Niño signatario de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.
- Existencia del Programa Nacional de Salud Mental con un subcapítulo sobre Salud Mental Infantil.
- Avances en la descentralización de los servicios de salud mental y los logros en la atención ambulatoria.
- Recursos económicos globales destinados a la salud.
- Importante número de Recursos Humanos especializados.
- Unificación de las formaciones de Postgrados en el ámbito de la Universidad de la República o bajo su control.
- Existencia de múltiples instituciones públicas y privadas para la atención de esta población.

Simultáneamente se dejan planteadas carencias y necesidades:

- Falta reglamentación de algunas leyes y el control de su aplicación.
- Dificultades con la implementación del nuevo código de Infancia y Adolescencia.
- Necesidad de revisión del Programa de Salud Mental.
- Profundización de la atención en el primer nivel de atención,
- Se destaca la ausencia de Centros Especializados en el segundo nivel, de Centros Rehabilitación y de Salas de internación para niños y adolescentes.
- Heterogénea distribución de recursos económicos y humanos con falta de racionalización en la capacitación de los mismos.

- Carencias en registros continuos, bancos de datos, con la consecuencia de un muy incipiente desarrollo de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades no trasmisibles.
- Poco apoyo para la investigación en general y más aún en epidemiología en Salud Mental Infantil.

La situación de la infancia y la posibilidad de establecer políticas que ayuden a disminuir los riesgos de los trastornos emocionales y la discapacidad inherente a ellos, debe ser comprendida en su complejidad, desde un trabajo “entre” varios, desde individuos y disciplinas, hasta instituciones y sectores.

VI. Responsabilidad desde la Academia

Ubicada desde el ámbito universitario, la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, asume como necesidad y requerimiento de nuestra sociedad, la producción de insumos para elaborar planes y acciones, tendientes a modificar aspectos de la realidad descrita. Entendimos prioritario el desarrollo de estudios epidemiológicos en vistas a obtener datos sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la infancia, a la vez que la obtención de instrumentos validados para utilizar con este objetivo.

VII. Diseño de una investigación

Las investigaciones transculturales son un componente importante de la investigación epidemiológica en la psicopatología del niño. Más que imponer los mismos criterios nosológicos a todas las culturas, los hallazgos deben permitir una comparación entre ellas.

Estos hallazgos sugieren que los ítems que reflejan competencia en una cultura no deben generalizarse en otras e iluminan la necesidad de normas específicas para cada país⁽¹⁰⁾. Esto requiere de una metodología estandarizada.

Esta situación impone la necesidad de contar con estudios epidemiológicos nacionales confiables, que permitan describir este fenómeno y aporten insumos para políticas de salud pública acordes. Se requiere, a su vez, que esos instrumentos puedan ser aplicados en forma de screening y que permitan una evaluación del comportamiento, las emociones y las habilidades sociales. Se opta en consecuencia por una escala global, pasible de ser validada, para luego desarrollar proyectos de validación sobre instrumentos específicos para otras patologías.

Elección de un instrumento

Se selecciona el “Children Behavior Checklist”⁽¹¹⁾ por tratarse de una escala global de medición ya validada y adaptada en diferentes países. Es un instrumento sensible, de extrema utilidad como screening en población general.

Representa un complemento a la entrevista clínica ya que permite realizar un perfil del individuo y, es de utilidad en el control de la evolución tanto de la población clínica como de la no clínica.

| La CBCL es un instrumento de evaluación de aspectos del comportamiento y de la competencia social de niños y adolescentes, que valora los últimos seis meses previos a la entrevista, de acuerdo a información aportada por los padres o tutores. Consiste en dos subescalas, una relacionada con el comportamiento y la otra describe el desempeño del niño o adolescente en actividades extracurriculares, relaciones sociales y funcionamiento escolar. Dos escalas adicionales se han obtenido mediante análisis factorial denominadas problemas externalizados e internalizados, para cada grupo de edad y género.

En la última versión de 2001, se agregan escalas de orientación diagnóstica de acuerdo al DSMIV. Es de esta última versión que el equipo investigador posee la licencia otorgada por el autor en julio de 2005.⁽¹²⁾

A pesar de estar bien establecidas las propiedades psicométricas de la CBCL, es aun necesaria su investigación cuando el instrumento es utilizado en un nuevo setting. Las bondades de este instrumento deben ser comprobadas en la población uruguaya.

Se realizó una cuidadosa traducción validada por los autores y se testeó la misma en una muestra piloto.

El instrumento fue aplicado a una muestra representativa² con el fin de testar su confiabilidad y su validez y obtener normas para nuestra población específica. La muestra se compone de 1500 niños de 6 a 11 años, escolarizados del Uruguay urbano. Dentro de la muestra se respetaron las variables que influyen en los resultados tales como edad, sexo y nivel socioeconómico.

² Muestra diseñada por la Gerencia General de Gestión y Planeamiento del CODICEN, 2005

La muestra fue seleccionada de modo de asegurar una adecuada representatividad de la variabilidad de la población y poder inferir los resultados a la población del Uruguay.

El tamaño de la muestra de 1500 niños, asegura un nivel adecuado de confiabilidad y precisión en la estimación de las propiedades psicométricas de la escala estudiada, de acuerdo a criterios de precisión y significación estadísticas y de significación clínica^(13, 14). La muestra seleccionada es apropiada para hacer tanto un análisis factorial global como de Montevideo y/o del Interior.

Se aplicó un cuestionario complementario para recabar información adicional sobre distintas variables socio-económicas, culturales y eventos vitales estresantes.

Dado que se trata de un cuestionario autoadministrado y previéndose que existe cierto número de padres que no pueden completar el llenado en forma independiente, se instrumentó un mecanismo para asistirlos tomando los criterios de aplicación para situaciones especiales acordado por los autores.

VIII. Resultados preliminares: Datos Normativos.

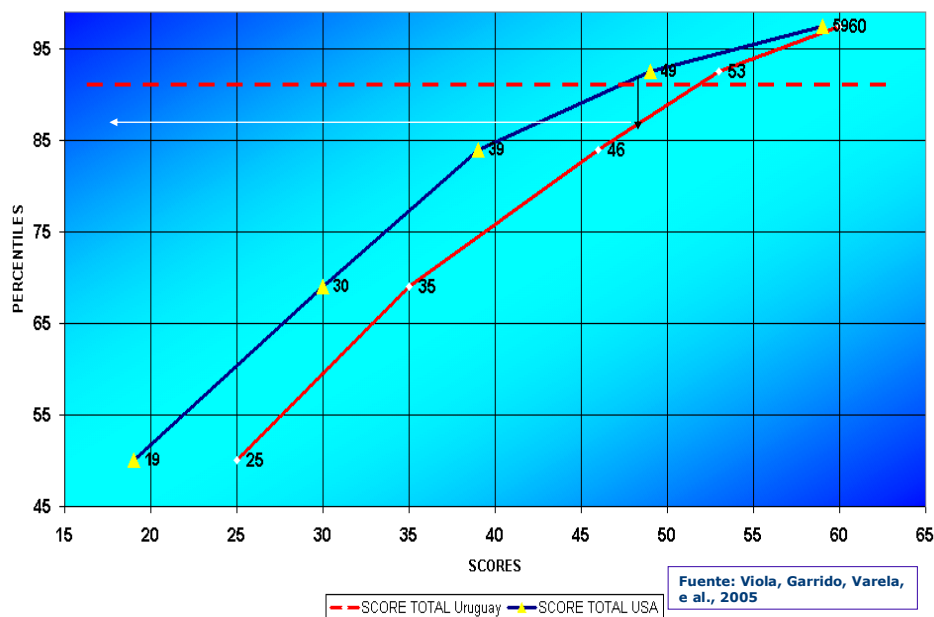
Los datos normativos se obtuvieron para Montevideo, a partir de una muestra representativa de 600 niños.

En la muestra sana, obtenida a partir de la selección de la población no-clínica, se analizó la distribución de los escores de la CBCL y su variación en función del sexo. A partir de esta curva de distribución empírica se establecen los valores normativos para nuestra población.

Hemos encontrado una discrepancia entre los escores usados en Norteamérica y los de nuestra población, para los cuales hay un desplazamiento hacia valores más altos en la puntuación global.

Por lo tanto si nos rigiéramos para detectar población de riesgo por valores no uruguayos, el rango de riesgo comienza con un puntaje de 39 (percentil 84). La aplicación a esa misma población de la CBCL-U da resultados diferentes: el percentil 84 se obtiene con puntajes mayores (45 puntos) y el puntaje de 39 corresponde a un percentil de 74, tal como se observa en el siguiente gráfico.

COMPARACIÓN ENTRE SCORES DE USA Y URUGUAY



Estos resultados preliminares confirman la importancia de la validación de los instrumentos al país donde serán aplicados y la posibilidad de establecer normas propias.

Ese 10% de sobreestimación de la población en riesgo, supone un abordaje epidemiológico inadecuado con consecuencias económicas por la gestión de recursos humanos y materiales, de consideración, no sólo en lo inmediato sino también a largo plazo.

La disminución de las cifras de prevalencia, a través de políticas de prevención, detección y tratamiento precoz de patologías invalidantes para el individuo, permitirá diseñar estrategias dirigidas a los grupos de riesgo y población más vulnerable.

IX. Conclusiones:

La situación de la infancia y la posibilidad de establecer políticas que ayuden a disminuir los riesgos de los trastornos emocionales y la discapacidad inherente a ellos, debe ser comprendida en su complejidad.

La alta prevalencia de la patología mental evaluada a escala internacional y su incremento en los últimos años, requiere en el ámbito nacional, corroborar estos datos con el fin de establecer estrategias, tomando en cuenta la real escasez de recursos humanos y económicos. Esta discrepancia entre recursos y necesidades no es nueva y obliga a una gestión eficaz de los mismos.

Debemos pensar acciones que contemplen la Salud Mental del Niño y Adolescente en su concepción más amplia con el objetivo de lograr mejores condiciones para el desarrollo integral y fundamentalmente, para prevenir la aparición de trastornos tempranos.(3)

Bibliografía

1. Lavigne JV, Binns HJ, Christoffel KK, Rosenbaum D, Arend R, Smith K, et al. Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatric Practice Research Group. Pediatrics* 1993;91(3):649-55.
 2. World Federation MH. Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. In: Health M, editor.; 2003.
 3. Garrido G. La incorporación de la población infantil al Programa de Salud Mental. In: Equipos Comunitarios de Salud Mental: un modelo en movimiento. Montevideo: Gega SRL; 2004. p. 23-26.
 4. Perú CNdSM. Lineamientos para la acción en Salud Mental. In: OPS; 2004.
 5. Shonkoff J, Phillips D. De las neuronas a los vecindarios: la ciencia del desarrollo infantil temprano. In: Medicina. CNdeld, editor. Washington DC ed: Board on Children, Youth and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences Education,; 2004.
 6. WHO. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. In; 2005.
 7. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998;155(6):715-25.
 8. OMS. ATLAS: "Mapeo Internacional de Recursos Terapéuticos, Sistemas y Políticas en Salud Mental". In; 2005.
 9. Garrido G, Cherro M. "Proyecto ATLAS en el Uruguay. Versión para Niños y Adolescentes". In: Organization WH, editor.; 2004.
 10. Stanger C, Fombonne E, Achenbach TM. Epidemiological Comparisons of American and French Children: Parent Reports of Problems and Competencies for Ages 6-11. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1994;3(1):16-23.
 11. Achenbach TM. The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6--11. *J Consult Clin Psychol* 1978;46(3):478-88.
 12. Viola L, Garrido G, Gotta I. Validación del inventario de la CBCL en la población uruguaya de 6-11 años. Informe de avance. In: Comisión Sectorial de Investigación Científica; 2006.
 13. Charter RA. Sample size requirements for precise estimates of reliability, generalizability, and validity coefficients. *J Clin Exp Neuropsychol* 1999;21(4):559-66.
 14. Cicchetti DV. Role of null hypothesis significance testing (NHST) in the design of neuropsychologic research. *J Clin Exp Neuropsychol* 1998;20(2):293-5.
-

PREMATUREZ EXTREMA EN CONTEXTO DE POBREZA, QUE PODEMOS HACER POR UN DESARROLLO SALUDABLE.

Moraes Castro M (1), Bustos R (2), Canesa L (3), Carbajal A (3), De Feo R (3), Mancuello Pippo AK (4), Prego Maberino CE (5), Asplanato F (6), De La Valle L (7).

- 1) Profesor Adjunto, Departamento de Neonatología; Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, Montevideo; Uruguay.
- 2) Profesor titular, Departamento de Neonatología; Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, Montevideo; Uruguay.
- 3) Postgrados de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes.
- 4) Licenciada en Psicomotricidad.

- 5) Profesor Agregado, Cátedra de Psiquiatría Infantil y Adolescentes. Facultad de Medicina, Montevideo; Uruguay.
- 6) Licenciada en enfermería. Servicio de Recién Nacidos, Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- 7) Auxiliar de enfermería. Servicio de Recién Nacidos, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Introducción

En primer lugar deseo manifestar mi alegría de participar en estas jornadas homenaje a Prego Silva. Muchos de ustedes conocen el gran afecto que nos unió. Compartí con él los últimos años de su vida, que él vivía como si fueran los primeros. Me impresionaba su interés por seguir aprendiendo y transmitiendo sus conocimientos. Fue para muchos de nosotros un verdadero maestro. Recuerdo siempre una anécdota que él y sus hijos cuentan con respecto a su padre. Cada vez que necesitaban algún artículo sus hijos le pedían al abuelo. Este subía al attillo y de dentro de un baúl misterioso sacaba un lápiz, un tintero, unos tiradores ingleses para pantalones; cualquier artículo que se necesitara. Al decir de Fernando Prego Maberino “toda la humanidad cabía en ese baúl”. Cuando falleció el abuelo todos subieron a ver que había dentro del baúl, que para su sorpresa y encanto, estaba vacío. Él heredó ese baúl de su padre, él fue ese baúl misterioso en el cual cabía toda la humanidad, y nos dio como si surgiera de un manantial inagotable su impulso vital, sus ganas de aprender y enseñar. Creo que al emprender su último viaje hacia nuestros recuerdos, al igual que ese baúl también se hallaba un poco vacío, porque dio todo lo que tenía a sus pacientes y a sus alumnos. Aún me descubro sentado en su escritorio escuchándole atentamente, maravillado compartiendo un café o una copa de cognac que alguien le regalaba; mientras me contaba que él fue prematuro, que pensaron que no sobreviviría y le colocaron en una caja de zapato. Señalaba en esos momentos la cicatriz en su cráneo del fórceps que le practicaron. Fue un ejemplo viviente de la resiliencia que nos ayudó a descubrir en nuestros pacientes.

Situación actual de los niños menores de 1000 g al nacer

En nuestro país la incidencia de nacimientos de menores de 1000 g en el Hospital Pereira Rosell duplica o triplica los resultados del total de Uruguay (año 2001 0.92 versus 0.39 por mil). En el año 2002 a pesar de este bajo porcentaje constituyeron el 47% de la mortalidad neonatal en este centro hospitalario.

Actualmente la sobrevida entre 750 y 1000 g es de 80% en el Uruguay, en los menores de 750 g cada vez se logran mejores resultados. (1)

En otros centros la sobrevida entre 750 y 1000 g es mayor del 90% y entre 500 y 749 g supera el 60%. (2) La mayoría de los sobrevivientes en nuestro país no presenta secuelas neurológicas o incapacidad mayor.

A medida que los niños sobreviven se observa alta incidencia de alteraciones de la salud mental. Los adolescentes que pesaron menos de 1000 g al nacer presentan alta incidencia de

alteraciones psiquiátricas (46% versus 13% en el grupo control. OR 5.7, 95% IC: 2.5-13.0), mayor porcentaje de enfermedad psiquiátrica (25% versus 7% en el grupo control. OR 4.3, 95% IC: 1.5-12.0) y síntomas de inquietud, ansiedad y dificultad de aprendizaje. (3)

Estos niños permanecen internados durante 3 meses, tiempo en el cual están alejados de su familia, en un ambiente ruidoso, con luz constante, y sometidos a estrés casi permanente. Durante ese tiempo asistimos al desarrollo neurológico, a la formación de la corteza encefálica y a la proliferación sináptica.

Las condiciones ambientales influyen en la manera en la cual el encéfalo se desarrolla y organiza. El desarrollo actual de las neuroimágenes con la utilización de resonancia magnética volumétrica demuestra que comparando prematuros extremos con sus hermanos nacidos a término se encuentra disminución en el cuerpo caloso en la adolescencia y alteraciones en el volumen del hipocampo en adolescentes que nacieron antes de las 30 semanas de gestación. (4,5)

En los recién nacidos prematuros extremos internados en terapia intensiva se ha documentado aumento de glucocorticoides a nivel de plasma y saliva. Los glucocorticoides producen disminución del flujo sanguíneo en el hipocampo, regulación negativa de las proteínas de mielina, retraso en la mielinización de los axones del nervio óptico e hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. En estudios animales se documenta alteración en el limbo y el hipotálamo por efecto de glucocorticoides. (6)

Aunque el ambiente en el cual permanecen los prematuros incide sobre el desarrollo neurológico este no es el único determinante de los resultados. Estudios científicos avalan la importancia del ambiente en el cual son criados luego del alta y el apego en el desarrollo posterior.

En estos momentos estamos realizando un estudio prospectivo sobre los recién nacidos menores de 1000 g en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Voy a presentar los datos preliminares de los 5 primeros meses del año 2006. Un 80 % de las madres tienen 19 años o menos de edad, el 60% completó la educación primaria. Uno de los datos que nos interesa valorar es la incidencia de síntomas depresivos en estas madres. Como método de screening se utiliza la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo por ser un instrumento de selección bien validado. Se puede realizar de manera fácil en un tiempo menor de 10 minutos y el sistema de calificación es sencillo. (7, 8)

El puntaje mayor de 12 tiene un 100% de sensibilidad y un 95.5% de especificidad para depresión mayor. Las calificaciones mayores de 9 al quinto día posparto aumentan 33 veces el riesgo de depresión a las 3 semanas y 20 veces a los 3 meses. (9) Se utiliza en este estudio durante la segunda semana, debido a que el 75% de la mortalidad se produce en la primera semana. El objetivo es cuantificar la presencia de elementos depresivos en las madres y la influencia de la intervención precoz. El 80% de las escalas que se realizaron tienen un puntaje mayor de 12, en realidad de 17 o más. Existe fuerte evidencia de los efectos de la depresión posparto en el desarrollo a largo plazo. (10)

Importancia del ambiente en el desarrollo

En nuestro medio se estudiaron 18 prematuros menores de 1250 g a los 8 y 9 años comparándolos con dos grupos control. El grupo control 1 niños de término de peso adecuado con ingresos muy bajos y que no terminaron la enseñanza primaria y el grupo control 2 familias con ingresos más estables y primaria completa o más.

No se encontró diferencia significativa entre el grupo de prematuros y el grupo 1.

No contar con un adecuado nivel educativo y trabajo estable tiene tanta incidencia como la prematuridad extrema en el desarrollo.

En otros estudios se documenta que los resultados finales se asocian al nivel de instrucción materna con mayor fuerza que el peso. Teplin concluye que los efectos biológicos del peso al nacer son mínimos en comparación con el impacto negativo mayor del ambiente psicosocial al no encontrar diferencias en el desarrollo y coeficiente intelectual al comparar los grupos según el nivel psicosocial materno. (12)

En un seguimiento a los 8 y 10 años un ambiente casero más positivo como ser provisión de experiencias de aprendizaje activo, lectura y paseos estimulantes mejoró todos los parámetros evolutivos. (13)

Klebanov en un seguimiento a 9 años encuentra que los niños de muy bajo peso al nacer tienen menor puntaje en lenguaje y atención. El ingreso familiar y el ambiente se vincularon en un primer análisis con los peores resultados, pero una vez que se controlaron la depresión materna y el ambiente casero los ingresos familiares no tuvieron incidencia. Los niños de familias más pobres, de madres más deprimidas y de peor ambiente casero tuvieron los peores resultados. (14)

Influencia del ambiente y el apego en el desarrollo neurológico

El ambiente social creado en conjunto por el bebé y su cuidador principal (generalmente la madre), afecta de manera directa la interacción entre lo genético y lo ambiental con efectos perdurables. "La madre naturaleza se une a la madre nutricia". (15)

En los primeros momentos el bebé establece un importante intercambio de miradas y el cuidador en forma inconsciente y espontánea establece una comunicación facial, gestual y vocal. Las interacciones cara a cara son fundamentales para el desarrollo del bebé. La madre se torna contingente, predecible y manipulable para el niño. Ellos sincronizan la intensidad del intercambio emocional a cada instante. Esta sincronía se desarrolla debido a que cada uno aprende la estructura rítmica del otro y se adapta a ella. (16) Pero en la mayoría de las ocasiones se producen frecuentes momentos de ruptura de la sintonía. Son estos momentos de ruptura y transición lo que le permite al niño crear su capacidad de autorregulación. En estos momentos el bebé sufre estrés que el cuidador con sintonía suficiente y capacidad de regulación soluciona y ayuda al niño a regular su afecto negativo. Volver a sentir el afecto positivo luego de estos episodios le permite al niño aprender que se puede tolerar experiencias negativas generando la capacidad de resiliencia. (17)

Preferencia de las madres de cargar a sus bebés del lado izquierdo y neurodesarrollo

Fue Lee Salk quien primero propuso que existía preferencia por cargar a los hijos del lado izquierdo y que no dependía de la habilidad manual. Realizó 42 visitas al zoológico de Nueva York para observar monos rhesus con sus crías y en solo 2 ocasiones tenían a sus hijos del lado derecho. Luego realizó 287 observaciones en madres durante los primeros 4 días de vida y en solo 32 casos las madres tenían a sus hijos del lado derecho. Propuso que debían existir bases neuropsicológicas para esta conducta. Las niñas desde los 6 años de edad muestran preferencia por cargar a sus muñecos durante los juegos del lado izquierdo y este fenómeno se asocia con un mejor apego. (18)

El hemisferio derecho comienza un período crítico de desarrollo previo al izquierdo, desde la semana 25 hasta el comienzo del segundo año. El aspecto del cerebro adulto se observa a los 2 años y los haces de fibras principales se identifican a los 3. La comunicación madre-bebe es una comunicación de cerebro derecho a cerebro derecho, facilitada por la ubicación de los bebés a la izquierda. La resonancia magnética por emisión de positrones de bebés a término muestra activación del cerebro derecho cuando se expone a la cara de una mujer. La tendencia de la madre a acunar a su bebé del lado izquierdo envía señales auditivas y visuales al cerebro derecho del bebé y la madre recibe la retroalimentación a su cerebro derecho. (18, 19)

Estudios demuestran que la respuesta al estímulo auditivo y visual es diferente en el prematuro, el niño de término y el adulto. Estudios realizados con RMN funcional detectan activación de áreas encefálicas específicas que se correlacionan anatómicamente con la localización funcional y anatómica en el adulto. Antes de las 40 semanas RMN con emisión de positrones no muestra presencia de flujo sanguíneo medible en áreas de la corteza occipital que son funcionales en ese período. Entre las 40 y 50 semanas se observa una señal negativa en la RMN debido a que la demanda supera la capacidad funcional del flujo sanguíneo. En el adulto se observa señal positiva. (20)

Los estudios concuerdan con los estudios de anatomía patológica que demuestran el período máximo de proliferación dendrítica y sinaptogénesis de la corteza auditiva y visual entre las 27 semanas y 3 meses. (21)

Estos estudios demuestran que la maduración funcional no requiere maduración anatómica y metabólica. Aún más la función precede y estimula el desarrollo anatómico y metabólico. La estabilización sináptica es crucial para la especialización neural. A diferencia del adulto las áreas anatómicas que están involucradas en la visión y reconocimiento de la cara de la madre reclutan las que serán más tarde las áreas del lenguaje facilitando la interacción social. El cara a cara con la madre favorece el desarrollo del lenguaje. (22)

Aunque no existen trabajos que hablen sobre la preferencia lateral de madres con depresión posparto el 20% de las madres que cargan a sus hijos del lado derecho puede ser el 20 % de las madres deprimidas. Las madres muestran diferencia en la comunicación cuando cargan a sus hijos del lado derecho: hablan menos, usan un tono de voz monótono, tienden a mirar menos a sus hijos, similar a lo que ocurre con las deprimidas. (23) Cuando se sostiene y abraza a un niño se activan redes neurales, cuando se le canta se activan y alimentan otras, la aparición repetida de la madre proporciona un

objeto de fijación como una huella. Estos circuitos son marcados a fuego afectivamente en el cerebro derecho en redes que se mielinizan intensamente en los primeros 18 meses. (17)

“En los primeros momentos, meses y años de la vida, cada *caricia, movimiento, emoción* sentidos por un niño se traducen en una *explosión de actividad eléctrica y química en el cerebro*, una vez que billones de células están organizándose en redes que requieren trillones de sinapsis entre si. En esos primeros años de vida *experiencias e interacciones con los padres, miembros de la familia y otros adultos* influyen la manera como la mente de un niño se desarrolla con *un impacto tan grande como los factores de la alimentación adecuada, buena salud y agua limpia.*”

UNICEF. Situación mundial de la infancia 2001.

Que podemos hacer por un desarrollo saludable

Durante la actividad educativa de observación de bebés desarrollada en conjunto con la Cátedra de Psiquiatría y el Departamento de Neonatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que comenzó a realizarse con la coordinación del Prof. Emérito Prego Silva una madre relata lo siguiente:

“Para mañana, no; hoy es 28, para hoy. Bueno **para mi es como si recién hubiera nacido** hoy. Aparte verla ahí tan chiquitita y todo, pobrecita, las manitos eran transparentes, **toda ella era transparente...**” “Al principio angustia...”

Donald Winnicot dijo que el espejo en el cual se mira un bebe es la cara de la madre. Las madres de niños prematuros como esta madre no pueden ver a sus hijos porque son transparentes. Por otro lado el niño cuando se mira en el rostro de su madre ve la tristeza, la culpa, la apatía de una madre deprimida o muchas veces no la encuentra. Una de las primeras tareas del neonatólogo es hacer este niño visible para su madre. Inscribirlo en la historia familiar. Este niño solo podrá hacerse visible si no es el hijo de las enfermeras, del CTI, de la incubadora. Acompañar a la madre junto a su bebe, mostrarle sus capacidades, permitir que esté acompañada por su marido y sus hijos. Según Daniel Stern la maternidad es cosa de mujeres y necesita una red de apoyo. Que los abuelos entren a la unidad y conozcan al bebe desde le primer momento les ayudará a integrarlo a la historia familiar. La presencia del profesional en salud mental desde el nacimiento permite acompañar a la madre, disminuir la angustia, servir de sostén a la madre e indicar tratamiento psicoterapéutico o farmacológico cuando esté indicado. Nunca debemos olvidar la importancia del padre junto a la madre y a su hijo. El padre no solo es sostén de la madre sino que su presencia se asocia con un mejor desarrollo en comparación con los hogares monoparentales y además es fundamental en la construcción de la terceridad.

Estudios en ratas demuestran que la manipulación disminuye la secreción de glucocorticoides. Los animales no manipulados presentan pérdida de células del hipocampo y déficit de memoria espacial. (24) El cuidado contingente del premature por el equipo de salud y la presencia de los padres junto a su hijo tendrá efectos beneficiosos sobre el desarrollo.

Niños Rumanos adoptados, luego de los 8 meses de vida estudiados con RMN a los 4 años presentaban importantes alteraciones frontotemporales a diferencia de los niños adoptados precozmente. Los primeros mostraban alta incidencia de apego inseguro y desorganizado. Altos niveles de glucocorticoides en forma crónica en el cerebro de estos niños explican estos hallazgos. El apego seguro disminuye la secreción de glucocorticoides, evitando las alteraciones estructurales.

En 1990 el gobierno de Chile gastó 750 millones de dólares en educación básica y media. En el año 2005 2.800 millones de dólares, 2.000 millones más. A pesar de esta inversión los resultados de evaluaciones demuestran un 40% de retraso de desarrollo especialmente en el lenguaje en los sectores marginales, resultados iguales a 1960. Las pruebas de evaluación del sistema educativo (SIMCE) realizadas por el Ministerio de educación de Chile no se modificaron a pesar de esta inversión. El Dr. Brand concluye que esta realidad se debe a que los niños acceden al sistema educativo luego de los 2 años cuando se perdió el período más importante de desarrollo del sistema nervioso. (25)

En Estados Unidos de América los costos de la atención de un niño entre 500 y 1000 g fue de aproximadamente 85000 dólares por cada sobreviviente en el año 1994. (26)

Según datos aportados por la dirección del Hospital de La mujer en el año 2004 cada sobreviviente generaba un gasto en la internación entre 50000 y 100000 dólares. (Gabriel Cheguem, comunicación personal). Luego de 3 meses de internación con el esfuerzo de una gran cantidad de personal y un alto costo estos niños vuelven al medio deficitario del cual provienen, muchas veces cuidados por madres solas. El esfuerzo que está realizando el sistema de salud por lograr un adecuado seguimiento de estos niños luego del alta redundará en un claro beneficio. Estos cuidados deben implicar no solo los controles habituales de salud sino la promoción de un apego seguro, el tratamiento de la depresión postparto y el asistente social creando una red de apoyo a estas familias.

Apego, relación madre-bebé y educación médica.

El Dr. Salvador Celia creó en la Facultad de Medicina de la Universidad Luterana de Brasil en Porto Alegre un modelo de educación que implica el contacto del estudiante desde los primeros momentos de la carrera con madres y bebés con resultados claros en mejoría de la empatía de los médicos con sus pacientes. Desde hace 3 años, con la participación en el primer año del Profesor Prego Silva el Departamento de Neonatología y la Cátedra de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República lleva a cabo la formación conjunta de postgrados en vínculo madre-bebé. La capacidad de evaluar las relaciones de apego y la salud mental de los lactantes debe estar incluida en los recursos de diagnóstico del pediatra y en la educación médica. Los principios de la relación madre-bebé también se aplican a la relación médico paciente. El arte de la relación médico paciente que involucra la capacidad empática del médico y la escucha receptiva supone establecer el mismo tipo de relación persona a persona que es fundamental para el desarrollo del recién nacido. En esos momentos el médico utilizará los mismos mecanismos que utilizó en la relación con su figura de apego y quedaron grabados en su hemisferio derecho. (17)

Bibliografía

- 1) Costas M, Domínguez S, Giambruno G, Martell M. Morbimortalidad y crecimiento de los niños con muy bajo peso al nacer hospitalizados. *Arch Pediatr Urug* 2005; 76(4): 289-304.
- 2) Bancalari E. Factores perinatales en el pronóstico del prematuro extremo. *Arch Pediatr Urug* 2003; 74(3):158-165.
- 3) Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S, Kulseng S, et al. Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2004 Sep;89(5):F445-50
- 4) Fearon P, O Connell P, Frangon S, et al. Brain volumes in adult survivors of very low birth weight: a sibling-controlled study. *Pediatrics.* 2004 Aug;114(2):367-71.
- 5) Isaacs EB, Lucas A, Chong WK, et al. Hippocampal volume and everyday memory in children of VLBW. *Pediatr Res* 2000; 47:713-20.
- 6) Perlman J. Déficit cognitivos y conductuales en prematuros que abandonan la unidad de cuidados intensivos. *Clin Perinatol* 2002(4): 765-784.
- 7) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edimburg postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1997; 150:782-786.
- 8) Guédeney N, Fermanian J., Guelfi J D, Delours M. Tradução e validação de Escala de Edimburgo para Depressão Materna Pós-natal em população Parisiense. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos.* Correa Filho L, Girade Correa ME, França PS. L. G. E. Editora Ltda. Brasília 2002: 263-285.
- 9) Currie ML, Rademacher R. Sitio del pediatra en el reconocimiento y la intervención en la depresión posparto. *Clin Ped de Norteamérica*; 2004(3): 739-753.
- 10) Currie ML, Rademacher R. Sitio del pediatra en el reconocimiento y la intervención en la depresión posparto. *Clin Ped de Norteamérica*; 2004(3): 739-753.
- 11) Martell M, Arbón G, Burgeño M, Weinberger M, Balbi C, Mundo A, Martinotti L, Murillo S. Relación entre la morbilidad neonatal y el desarrollo en neonatos pretérmino. Póster. Primer Congreso Uruguayo de Neonatología. Noviembre 2005.
- 12) Teplin SW, Burchinal M, Johnson-Martin N, et al. Neurodevelopmental, health, and growth status at age 6 years of children with birth weights less than 1001 g. *J Pediatr* 1991; 118: 768.
- 13) McCormick MC, Workman-Daniels K, Brooks-Gunn J. The behavioral and emotional well-being of school-age children with different birth weights. *Pediatrics* 1996; 97: 18.
- 14) Klebanov PK, Brooks-Gunn J, McCormick MC. Classroom behavior of very low birth weight elementary school children. *Pediatrics* 1994 (94): 700.
- 15) Crabbe JC, Phillips TJ. Mother nature meets mother nurture. *Nature Neurosci* 2003; 6: 440-442.
- 16) Lester BM, Hoffman J, Brazelton TB. The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infant. *Child Develop* 1985; 56: 15-27.
- 17) Schore A. Apego, regulación de los afectos y hemisferio derecho en desarrollo: relación de la neurociencia del desarrollo con la pediatría. *Pediatrics in Review* 2005; 26(6):204-217.

- 18) Sieratzki JS, Woll B. Neuropsychological and neuropsychiatric perspectives on maternal cradling preferences. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002(3); 11: 170-178.
- 19) Sieratzki JS, Woll B. Why the mothers cradle the babies on their left? *Lancet* 1996; 347: 146-1748.
- 20) Anderson AW, Marois R, Colson ER, Peterson BS, Duncan CC, Ehrenkranz RA, SchneiderKC, Gore JC, Ment LR. Neonatal auditory activation detected by functional magnetic resonance imaging. *Magnetic Resonance Imaging* 19 (2001) 1–5.
- 21) Yamada H, Sadato N, Konishi Y, et al. A milestone for normal development of the infantile brain detected by functional MRI. *Neurology* 2000; 55; 218-223.
- 22) Tzourio-Mazoyer N, Schonon S, Crivello F, Reutter B, Aujard Y, Mazoyer B. Neural correlates of Woman Face Processing by 2-month-old infants. *Neuroimage* 2002; 15: 454-461.
- 23) Reissland N. The cradling bias in relation to pitch of maternal child-directed language. *British Journal of developmental Psychology*. 2000; 18: 179-186.
- 24) Meany MJ, Dioro J, Francis D, et al. Postnatal handling increases de expression of c-AMP inducible transcription factor in the rat hippocampus: the effects of thyroids hormones and serotonin. *J Neurosci* 2000;20(10):3926-3935.
- 25) Brand G. Romper el círculo de la pobreza: un desafío y una obligación para la pediatría.
- 26) Rogowski J: Measuring the cost of neonatal and perinatal care. *Pediatrics* 1999; 103(1 suppl E): 329.