

**REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA**



BOLETÍN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

**Ac. Guido Berro Director de Publicaciones
Acs. Celso Silva y Luis García Guido**

**Volumen XXV
2008**

**Montevideo
República Oriental del Uruguay**

ACADEMIA

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.

ÍNDICE

MEMORIA AÑO 2008

AUTORIDADES ELEGIDAS PARA EL BIENIO 2008-2009
ACADÉMICOS TITULARES
ACADÉMICOS EMERITOS
ACADÉMICOS HONORARIOS
ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS
SECCIONALES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN
ACTIVIDADES CIENTÍFICAS
CICLO DE CONFERENCIAS
PUBLICACIONES
PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2008 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN ABRIL DE 2007)
ACTO DE ENTREGA DE LOS PREMIOS AÑO 2007
NOMBRAMIENTO DE SITIALES DE ACADÉMICOS
DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS
ACTIVIDADES DE LOS ACADEMICOS
GRUPOS DE TRABAJO
REUNION CONJUNTA DE ACADEMIAS DE MEDICINA DEL PLATA
REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE ACADEMIAS DE MEDICINA (ALANAM)
ENTREVISTAS
SITUACION PRESUPUESTAL DE LA ACADEMIA
PERSONERIA JURIDICA
PUBLICACION DEL BOLETIN
CHARLAS EN TELEVISIÓN
AGRADECIMIENTOS

HOMENAJE AL ACADÉMICO PROFESOR EMÉRITO DOCTOR CIRO PELUFFO. CÁMARA DE REPRESENTANTES. 8 de octubre de 2008

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

EXPOSICIÓN DEL DOCTOR GUILLERMO DIGHIERO DIRECTOR EJECUTIVO DEL INSTITUTO PASTEUR FILIAL MONTEVIDEO. 24 de abril de 2008
EXPOSICIÓN DE LA DOCTORA INÉS ÁLVAREZ, DIRECTORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÉLULAS, TEJIDOS Y ÓRGANOS. 8 de mayo de 2008
ASPECTO ACTUAL DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN SERES HUMANOS. TRASPLANTES RENALES. DOCTORES MANFREDI Y DIBELLO. 12 de junio de 2008
GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN IBEROAMÉRICA. DOCTORA SILVIA DA LUZ . 14 de agosto de 2008
A CIEN AÑOS DEL 2º CONGRESO DE CIRUGÍA. AC. RAÚL C. PRADERI. 28 de agosto de 2008
CIRUGÍA VASCULAR EN EL URUGUAY. DOCTOR CARMELO GASTAMBIDE. 11 de setiembre de 2008
¿HA CAMBIADO LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE? AC. GUIDO BERRO ROVIRA
9 de octubre de 2008

APÉNDICES

PALABRAS DE LA DRA. ALICIA VAGLIO AL RECIBIR GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA 2005

TRABAJOS PRESENTADOS EN OCASIÓN DE LA JORNADA CIENTIFICA EN HOMENAJE AL PROF. EMERITO DR. LUIS ENRIQUE PREGO SILVA "FACTORES SOCIALES EN LA PSICOPATOLOGIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE". ORGANIZADA POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL URUGUAY.

MONTEVIDEO, 2 Y 3 DE JUNIO DE 2006.

- COMENTARIOS A LA CONFERENCIA "DEPRESION PUERPERAL EN LA ADOLESCENTE", DICTADA POR EL DR. CARLOS PREGO MABERINO. DOCTOR JOSÉ ENRIQUE PONS.
- PEDIATRÍA SOCIAL. EVOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LOS NIÑOS EN URUGUAY. DOCTORA ALICIA MONTANO.
- PSICOPATOLOGIA DA VIDA MODERNA VERSUS RECURSOS E MOBILIZAÇÕES TERAPÉUTICAS. AC. DOCTOR SALVADOR CELIA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

MEMORIA AÑO 2008

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.

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 | AC. MARIO MEDICI |
| DIRECTOR PUBLICACIONES | AC. GUIDO BERRO |
| DIRECTOR BIBLIOTECA | AC. GLORIA RUOCCO |

Las reuniones de la asamblea se realizan los segundos y cuarto jueves de cada mes, y las del Consejo Directivo los primer y tercer jueves de cada mes.

ACADÉMICOS TITULARES

| SITIALES | | FECHA |
|----------|----------------------------|----------|
| 1 | PEÑA, José L. | 08.12.94 |
| 2 | | |
| 3 | PRADERI, Raúl C. | 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 | BAGATTINI, Juan Carlos | 18.09.08 |
| 17 | VERCELLI, Jorge | 13.11.03 |
| 18 | RUOCCO, Gloria | 18.12.04 |
| 19 | MEDICI, Mario | 25.10.07 |
| 20 | COHEN, Henry | 18.09.08 |
| 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 junio se aceptó la renuncia del Ac. Gaspar Catalá al sitial de académico titular

(**) Con fecha 13 de marzo se aceptó la renuncia del Ac. Fernando Mañe Garzón al sitial de académico titular, y se le designó Académico Emérito.

En este sitial se designó el 18.09.08 a la Dra. María Teresa Rotondo.

ACADÉMICOS EMERITOS

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

ACADÉMICOS HONORARIOS

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

ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| 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 |
| CASTILLA, Eduardo | Buenos Aires - Argentina |

SECCIONALES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN

SECCIONAL MEDICINA

Académicos:

Juan Bonifazio Crotoggini, , Humberto Correa, Orestes Fiandra, Félix Leborgne, José L. Peña, Dante Petruccelli, Enrique Probst , José H. Leborgne, Hernán Artucio y Mario Médici., Juan C. Bagattini y Henry Cohen.

SECCIONAL CIRUGIA

Académicos:

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

SECCIONAL BIOLOGIA MÉDICA,

Académicos:

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

MEDICINA SOCIAL Y SALUD PUBLICA

Académicos:

Gloria Ruocco, Guido Berro y Teresa ondo.

ACTIVIDADES CIENTIFICAS

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

Exposición del Director Ejecutivo del Instituto Pasteur Filial Montevideo, Doctor Guillermo Dighiero

Exposición de la Directora del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Dra. Inés Álvarez

Exposición de los Dres. Nelson Dibello y Manfredi sobre Aspecto Actual del Trasplante De Órganos en Seres Humanos.

Exposición de la Prof. Ivonne Rubio y Dra. Carmen Gutiérrez sobre: "Muerte inesperada del lactante"

Exposición del Ac. Roberto Quadrelli sobre "Inicio de la genética – Mendel".

Exposición De la Dra. Silva da Luz sobre "Atención primaria de la salud en Uruguay."

Exposición del Dr. Carmelo Gastambide sobre "Cirugía vascular en Uruguay".

Exposición del Ac. Guido Berro sobre "¿Ha cambiado la relación médico-paciente?".

Exposición del Ac. Raúl Praderi sobre "A cien años del Segundo Congreso de Cirugía"

CICLO DE CONFERENCIAS

Ac. Enrique Probst : "Consideraciones psicopatológicas sobre la identidad en la despersonalización y las alucinaciones". Moderadores Ac. Milton Mazza y Prof. Agda. Eva Palleiro.

Dr. Daniel Taullard "La endoscopia digestiva desde la Ventana indiscreta al Viaje fantástico".

PUBLICACIONES

La Academia Nacional de Medicina valora en forma muy positiva las acciones del actual gobierno en la lucha antitabaco y considera una obligación propia colaborar en igual sentido.

Con este espíritu se publicó una monografía del Ac. Hon. Roberto López Soto sobre "Hacia un futuro Uruguay libre de humo de tabaco". Se le dio amplia difusión.

PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2008 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN ABRIL DE 2007)

GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA AÑO 2007

El Plenario en su sesión del 28/8/08 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Roberto Quadrelli (presidente), Jaime Polto, Mario Médici, Gloria Ruocco y Celso Silva otorgando un 1er. Gran Premio al trabajo "Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo" de los Dres. Leonel Briozzo y colaboradores.

2º Gran Premio al trabajo "Cierre por cateterismo intervencionista de cortocircuitos cardiovasculares congénitos o postquirúrgicos: ductus arterioso permeable, comunicación interauricular, comunicación interventricular y fenestración quirúrgica. 10 años de experiencia en el Instituto de Cardiología Infantil" de los Dres. Pedro Duhagon y colaboradores.

PREMIO MINISTERIO DE SALUD PUBLICA AÑO 2007

Tema: Adicciones y su relación con factores socio culturales

El Plenario en su sesión del 11/9/08 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Roberto Quadrelli (presidente) Enrique Probst, Eva Fogel, Guido Berro y Humberto Correa declarando ganador al trabajo "Cultura y potencialización del vínculo adictivo" del Ps. Waldemar Fernández.

PREMIO DIARIO EL PAIS AÑO 2007

El Plenario en su sesión del 11/9/08 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Roberto Quadrelli (presidente), Carlos Gómez Fossati, Raúl Praderi declaró ganador al trabajo "Afecciones quirúrgicas del yeyuno íleon" de los Dres. Pablo Santiago y colaboradores.

ACTO DE ENTREGA DE LOS PREMIOS AÑO 2007.

El día 16 de octubre en el Salón de actos del Ministerio de Salud Pública se realizó la entrega de premios correspondientes al año 2007. Hicieron uso de la palabra la Sra. Ministra de Salud Pública, Dra. María Julia Muñoz, el Presidente de la Academia Ac. Roberto Quadrelli, el representante del Ministerio de Educación y cultura Dr. Omar Marcadar, el Presidente de la Asociación de Laboratorios Nacionales Sr. Ruben Donnangelo, y el representante del Diario el País Sr. Alvaro Casal, quienes hicieron entrega de diplomas y gratificaciones. Un representante de cada uno de los trabajos agradeció esta premiación.

NOMBRAMIENTO DE SITIALES DE ACADÉMICOS

La Asamblea con fecha 10 de abril resolvió proveer cuatro sitaliales de Académicos titulares, dos en medicina, uno en cirugía y uno en Medicina social y Salud pública.

Las Asamblea en sesión del 24 de julio designó como Académicos titulares a los Dres. Juan Carlos Bagattini y Henry Cohen (seccional medicina) Dra. Teresa Rotondo (seccional Biología, medicina social y Salud pública) Dr. Juan J. Ravera Académico honorario y Eduardo Castilla (Argentina) como Académico honorario extranjero.

Con fecha 18 de setiembre tomaron posesión los mencionados Académicos en un emotivo acto en el Hotel Radisson, finalizando el mismo con un brindis.

En sesión del 11 de diciembre se designaron a los Dres. Francisco Crestanello (seccional cirugía) y Nelson Mazzuchi (seccional medicina) para ocupar dos siales de Académicos Titulares.

DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS

El Ac. José Blasiak fue designado con fecha 18 de octubre Maestro de la Medicina.

La Ac. Honoraria Dinorah Castiglioni fue homenajeada por la Asociación Médica del Uruguay.

En la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, la Academia Nacional de Medicina y el Sindicato Médico del Uruguay realizaron un Acto de homenaje al Ac. Ciro Peluffo con motivo de cumplirse en el año 2008 el centenario de su nacimiento. Dicho acto se llevó a cabo el 8 de octubre e hicieron uso de la palabra el Diputado Dardo Vega, el Dr. Antonio Turnes en representación del Sindicato Médico y el presidente de la Academia Ac. Roberto Quadrelli.

Al finalizar dicho acto hizo uso de la palabra el Ac. Ciro Peluffo.

ACTIVIDADES DE LOS ACADEMICOS

El Ac. Celso Silva representó a la Academia en el acto de lanzamiento del libro que edito el Dr. Alvaro Ronco, ganador del Premio El País año 2006.

El Ac. Jaime Polto concurrió como delegado de la Academia al encuentro sobre Salud, derechos sexuales y reproductivos.

La Ac. Hon. María Hortal concurrió en representación de la Academia al Foro de salud en las Américas.

El Ac. José L. Peña asistió a la Reunión del Consejo Directivo de Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina (ALANAM) realizada en México del 17 al 20 de setiembre..

GRUPOS DE TRABAJO

Colegacion médica

Con esta finalidad se conformó un grupo de trabajo con el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI). Se realizaron reuniones semanales desde abril de 2007 a la fecha.

En 3 ocasiones se concurrió a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes y 1 a la Cámara de Senadores: en 2 a solicitud del propio grupo de trabajo de la Academia y las otras se gestaron a solicitud de las propias Comisiones de la Cámara de Representantes y Senadores.

El tema de colegiación médica está ahora a consideración del Poder Legislativo.

Desarrollo profesional medico continuo

Se constituyó una Comisión dentro del ámbito de la Academia a efectos de reactivar un tema vital para la Academia, máxime frente a la instrumentación del Sistema Nacional de Salud.

Con este objetivo se conformó un grupo de trabajo interinstitucional permanente (GTIP) entre la Academia Nacional de Medicina (como delegada del MEC),

Ministerio de Salud Pública, Escuela de Postgraduados de la Facultad de Medicina (UDELAR), el SMU y la FEMIU

El tema DPMC no se había considerado desde el año 2004. Fue a iniciativa de la Academia que se realizaron varios encuentros semanales de trabajo con dos episodios de significación que contaron con la concurrencia de la Sra. Ministra de Salud Pública, una en el propio Ministerio y otro en la ciudad de Colonia.

Aparte de las consideraciones metodológicas sobre DPMC este grupo de trabajo elaboró un proyecto de ley con la finalidad de ser presentado ante el Poder Legislativo.

Investigación en seres humanos

Se designó una comisión integrada por los Acs. Félix Leborgne, Eduardo Touyá, Guido Berro y María Teresa Rotondo para analizar una propuesta de la Cámara de Especialidades Farmacéuticas (CEFA) Luego de diversas reuniones se resolvió realizar un foro el 4 de diciembre en el Instituto Pasteur. Estuvo presente la Ministra de Salud Pública Dra. María Julia Muñoz y el Director General de la Salud Dr. Jorge Basso, el Director del Instituto Pasteur Dr. Guillermo Digiero, Presidente de la Academia Ac. Roberto Quadrelli y autoridades de CEFA.

Conmemoración de los 40 años del primer trasplante renal en Uruguay

Se designó una Comisión integrada por los Acs. Dante Petruccelli (responsable) Luis García Guido y Carlos Gómez Fossati, quienes conjuntamente con las sociedades científicas involucradas organizaron un acto en conmemoración de esta fecha.

REUNION CONJUNTA DE ACADEMIAS DE MEDICINA DEL PLATA

De acuerdo con las autoridades de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires esta reunión se postergó para los días 23 y 24 de abril de 2009. A los efectos de la coordinación de dicha reunión se designó una comisión integrada por los Acs. Roberto Quadrelli, Mario Médici y Celso Silva.

El tema central será Neurociencias.

REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE ACADEMIAS DE MEDICINA (ALANAM)

Esta reunión se realizó en la ciudad de México del 18 al 20 de setiembre. Concurrieron como delegados oficiales de la Academia el Primer vicepresidente Ac. José L. Peña y la Dra. Silva Da Luz quien disertó sobre el tema "Evaluación de la atención primaria en salud en Uruguay".

ENTREVISTAS

Se realizó con la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes. Concurrieron los Acs. Quadrelli, Artucio, Probst y Peña. En dicha ocasión se hizo una breve historia de lo que es la Academia y se detalló los temas en que se está trabajando, todo enmarcado dentro del pedido para que en la próxima Rendición de cuentas se nos asigne \$ 250.000 más lo ya otorgado el año anterior por \$ 180.000.

Asimismo se le solicitó apoyo a propósito de la Colegiación médica dado que existe la intención de aprobar una ley a ese respecto antes que finalice la actual legislatura.

SITUACION PRESUPUESTAL DE LA ACADEMIA

En el año 2008 se recibieron dos partidas presupuestales, \$ 250.000 otorgados por el MEC y \$ 180.000 otorgados a través de la Rendición de cuentas del 2007 (ley 18.172 art. 300). Por el art. 475 inc. 21 de la ley 18362 de la última rendición de cuentas año 2008 se otorgó una partida anual de \$ 230.000.

PERSONERIA JURIDICA

Luego de intensas gestiones a través del Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Salud Pública, finalmente la Presidencia de la República con fecha 23 de junio "Reconócese a la Academia Nacional de Medicina, la calidad de persona jurídica".

PUBLICACION DEL BOLETIN

Se está elaborando el Boletín correspondiente a 2007.

CHARLAS EN TELEVISIÓN

Dentro de los planes de trabajo propuesto por el nuevo Consejo Directivo fue el de realizar charlas en televisión con temas actuales del área de la salud.

Se designó una Comisión integrada por los Acs. Luis García Guido (responsable) Mario Berta y Jorge Vercelli, quienes se pusieron en contacto con el Dr. Juan Carlos Paullier, responsable del programa televisivo "Calidad de vida".

La primera aparición en el programa fue el 5 de junio con el tema Relación médico paciente, siendo los expositores los Acs. Luis García Guido y Guido Berro.

En el mes de julio los Acs. Guido Berro participó en el programa con el tema "Error médico".

En agosto concurrieron los Acs Humberto Correa y María Teresa Rotondo con el tema "Malapaxis"

En setiembre el Ac. Hernán Artucio y el Dr. Carlos Romero con "Prevención de las enfermedades cardiovasculares"

En octubre el Ac. Celso Silva y Dr. Bernardo Aizen "Cáncer de mama"

El 26 de noviembre el Ac. José L. Peña y Dr. Justo Alonso con "Sífilis congénita"

El 19 de diciembre el Ac. Roberto Quadrelli y la Dra. Alicia Vaglio tratarán el tema:"Genética médica"

HOMENAJE AL ACADÉMICO PROFESOR EMÉRITO DOCTOR CIRO PELUFFO
CÁMARA DE REPRESENTANTES
8 de octubre de 2008

Organizado por:
Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes,
Academia Nacional de Medicina
Sindicato Médico del Uruguay

(Antesala de la Cámara de Representantes)

SEÑOR MODERADOR.- En el día de hoy tenemos el gusto de realizar este homenaje al doctor Ciro Peluffo, con motivo de haberse cumplido en el presente año el centenario de su nacimiento.

Agradecemos la presencia de la señora Ministra de Salud Pública, doctora María Julia Muñoz, de las autoridades nacionales, de legisladores y del público en general.

En la apertura de este acto hará uso de la palabra el Presidente de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, Diputado Álvaro Vega Llanes.

SEÑOR VEGA LLANES.- Tengan ustedes muy buenos días.

Distinguido profesor: es un honor para nosotros brindarle este homenaje, que no está basado en el mero paso de su tiempo vital sino en sus realizaciones.

Es para nosotros un enorme honor poder dirigirnos a ustedes. Sé que los colegas médicos que me van a seguir en el uso de la palabra van a hacer una semblanza de la vida académica del profesor; por lo tanto, a nosotros no nos corresponde eso.

De todos modos, en un momento en que pensamos que la medicina atraviesa una etapa crítica de vinculación con la sociedad, creemos que hay que mirar hacia el pasado para saber adónde nos lleva el futuro. El futuro es ese tiempo que aún no pasó, que es impredecible; el presente es un fugaz momento, y el pasado es una certeza absoluta. Estamos convencidos de que no solo en la medicina, también en el país, si miramos al pasado vamos a encontrar dónde está el rumbo al cual debemos ir en el futuro. Si ignoramos esto, estoy seguro de que no vamos a encontrar jamás el rumbo.

Para nosotros es muy importante homenajear a alguien que ha tenido la trayectoria del profesor Peluffo, por diversas razones. En primer lugar, porque creemos que la valentía con que había que enfrentar algunas situaciones médicas en el pasado es mucho mayor que la que nosotros necesitamos hoy.

En segundo término, por una cuestión de agradecimiento, porque si no hubiese sido por la osadía, la valentía y el arrojo de muchos médicos que en el pasado hicieron cosas que hoy seguramente no nos animaríamos a realizar, la medicina no hubiera avanzado lo que avanzó.

Entonces, en nombre de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social -y estoy seguro de que también en el de la Cámara de Representantes le agradecemos su tiempo, su dedicación y su aporte a la medicina nacional.

Muchas gracias.

(Aplausos)

SEÑOR MODERADOR.- Antes de dar la palabra al siguiente expositor, agradecemos la presencia del Subsecretario de Salud Pública, doctor Miguel Fernández Galeano.

Seguidamente, hará uso de la palabra el doctor Antonio Turnes, en representación del Sindicato Médico del Uruguay.

SEÑOR TURNES.- Estimados legisladores, señora Ministra de Salud Pública, señor Subsecretario de Salud Pública, señores académicos, colegas, señoras y señores.

Traigo a esta celebración la voz del Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior, instituciones que en nombre de los profesionales del país quieren asociarse a esta magna fecha.

No es común -aunque afortunadamente, y gracias, en parte, a sus aportes- que un médico, un científico e investigador destacado, un docente y maestro de generaciones pase la

marca de los cien años lúcido y activo. Por eso celebramos hoy el centenario del nacimiento del Académico, Profesor Emérito, doctor **Ciro A. Peluffo Berrutti**, nacido en Montevideo el 19 de abril de 1908. Y lo celebramos en el Palacio Legislativo, hogar de la democracia uruguaya y símbolo de la pluralidad y tolerancia, porque así lo han ofrecido los distinguidos miembros de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, en un homenaje conjunto en el que se asocian con júbilo la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica del Interior y el Sindicato Médico del Uruguay. Nacido en el corazón del nuevo Montevideo, en el barrio del Cordón, en Constituyente y Yaro, cuando todavía circulaba el tranvía de caballos, fue un auténtico hijo de la Escuela "Artigas", de la calle Canelones, el Liceo "Rodó" y el Instituto "Alfredo Vázquez Acevedo" - todos ellos establecimientos públicos-, de la Facultad de Medicina en sus mejores tiempos, cuando ya en Anatomía le exigían a cada estudiante presentar una tesis. La suya versó sobre el extensor propio del dedo índice, para lo cual tuvo que realizar muchas autopsias de adultos y de fetos. Allí daría inicio una interminable vocación por el conocimiento y la investigación, que tantos beneficios daría al país y al mundo, aprendiendo la importancia del método científico, de lo más simple a lo más complejo, en profundidad y a largo plazo.

Se inició en las disciplinas de la Microbiología en el viejo Instituto de Higiene Experimental, de Sarandí y Maciel, transmitiéndonos un rico anecdotario sobre aquellos personajes míticos que poblaron aquella antigua Casa de los Ejercicios, fundada en 1799, donde en modestos laboratorios realizaban sus investigaciones desde 1895, cuando fue fundado el Instituto.

Trabajó primero con el maestro **Rodolfo Tálce**, en algunas investigaciones sobre balantidosis, y luego enfiló firmemente a la investigación y la docencia en Bacteriología, junto al maestro **Estenio Hormaeche**, con quien descubrió y clasificó numerosas especies de enterobacterias, fundamentalmente de los géneros *Salmonella* y *Shigella*, estableciéndose firmemente, a nivel mundial, la "Doctrina de Montevideo". Esta doctrina, en contraposición a la "Doctrina de Kiel", hasta entonces imperante, demostró que las salmonelas de origen animal eran capaces de producir en los lactantes graves cuadros generalizados como septicemias y meningitis, a punto de partida de las enteritis infantiles, mientras que la "Doctrina de Kiel" sostenía que sólo eran capaces de producir en el hombre procesos localizados en el intestino.

Tálce le transmitiría, en algún rincón de la Academia, muchas décadas después, el secreto de vivir más de cien años, privilegio de los Presidentes de la Academia que, además, hubieran trabajado en el Instituto de Higiene, dos condiciones indispensables.

Hormaeche le hizo vivir, con su propio ejemplo de investigador, que el científico exponía su vida buscando una verdad, cuando estuvo a punto de morir por una infección con *Brucella suis*, en tiempos en que se ignoraba la posibilidad y frecuencia del pasaje de las brucelas a través de la piel aparentemente sana, y de los riesgos de la manipulación de animales infectados, en una época en la que no había antibióticos. Así que vio la muerte cara a cara, y felizmente pudo, con alegría, ver y contar que su maestro la superaba.

Trabajar en laboratorio con microorganismos no era tarea sencilla o inocua; estaba expuesto a graves riesgos. Esas contribuciones e investigaciones no eran meras especulaciones de laboratorio, sino que tenían inmediata aplicación clínica, particularmente en el campo de la pediatría.

Trabajó intensamente con pediatras de la talla de **Víctor Zerbino**, **Antonio Carrau**, **José Bonaba** -que sucedió a **Morquio**-, **Euclides Peluffo**, **Alfredo Ramón-Guerra**, **Julio R. Marcos**, **José Alberto Praderi**. Gracias a tales investigaciones, las diarreas estivales y las intoxicaciones alimenticias pudieron ser mejor tratadas y ser salvadas miles de vidas de pequeños niños, que serían luego ciudadanos de provecho.

Cerca de un centenar de bacteriólogos de toda América Latina, que luego serían los líderes en sus países, se formaron sólidamente en aquel Instituto de Higiene orientado por **Hormaeche** y **Ciro Peluffo**.

Dirigió laboratorios fuera del ámbito académico, tanto en el Centro Hospitalario **Pereira Rossell** -que también cumple cien años en el presente-, como en la **Cooperativa Nacional de Productores de Leche, CONAPROLE**.

Enseñó con diligencia y exigencia su materia, mostrando e inculcando destrezas y habilidades, como sembrar una placa de Petri en diferentes medios para identificar

bacterias, o aprender a hacer y teñir un examen directo al Gram o al Ziehl, que los estudiantes incorporaban como una habilidad para toda la vida.

Fue un ser humano excepcional, amable y recto, que cultivó su magisterio con nobleza, sin soberbia, con generosidad para transmitir conocimiento y estimular vocaciones, sin esconder secretos, que, como la inmensa mayoría de los médicos e investigadores uruguayos, vivió modestamente, sin hacer ni preocuparse por hacer fortuna.

Enseñó a estudiar, descubrir, publicar, emplear las herramientas del conocimiento y el espíritu crítico. Hizo sencillo lo complejo, en aquellos cuadros intrincados para diferenciar los Gram Negativos a través de la modificación de los colores de los azúcares: glucosa, lactosa, sacarosa, manitol, xilosa, que producían o no gas, y que eran una sinfonía visual.

Buscó el conocimiento donde estuviera. Ganó becas, premios, publicó cientos de trabajos científicos y atravesó mares, persiguiendo el saber.

Enseguida de terminada la Segunda Guerra Mundial, hizo una estadía prolongada en Londres, destruida por los bombardeos, con un racionamiento feroz. Allí, como no pudo obtener cigarrillos, inició la costumbre de fumar pipa, cuyo tabaco no tenía restricciones, la cual conserva hasta hoy -aunque respeta

las restricciones legales vigentes- como una forma de disfrutar de la lectura y la reflexión, con su inteligencia inquieta que siempre le acompañó.

Fue Delegado a la Primera Conferencia Mundial de Enseñanza Médica, en Londres, otra vez, en 1953, junto al joven estudiante Hugo Villar y otros dos profesores, haciendo llegar al Consejo de Facultad, por correo, el informe, antes de regresar -porque se iba por barco-, lo que asombró a todos, y fue la primera -y tal vez única ocasión- en que tal cosa ocurrió.

Siempre atento a la evolución de las ideas y al avance de la ciencia, ejerció su condición de universitario con dignidad, integrando diversos órganos de gobierno. En el Sindicato Médico del Uruguay fundó y presidió durante 17 años el Fondo de Solidaridad Social, junto a Ricardo Yannicelli y Aron Nowinski.

En la Cátedra formó equipos de investigadores y docentes que extendieron sus conocimientos a las áreas clínicas y permitieron grandes avances, salvando miles de vidas, sobre todo cuando se integraron con los

centros de tratamiento intensivo. De esa estirpe salieron valores como Norris Surraco, Juan Carlos Bacigalupi, Jorge Assandri, Pedro Lorenzo Aleppo, Héctor Tosi y Maruja Hortal, su esposa -trabajando en las investigaciones virales-, Joaquín Galiana, Walter Pedreira, José Russi Cahill o Felipe Schelotto -el actual Decano de nuestra Facultad y Profesor de Bacteriología y Virología-, que también tuvo a Peluffo como profesor en su tiempo.

Ama la tierra; planta árboles; corta leña. Conduce su auto -obviamente, sin permiso-; lee con pasión omnívora; disfruta de la vida ayudando a los demás, alumbrando los caminos.

Más de cuarenta generaciones de médicos aprendimos con él los fundamentos de la Bacteriología, pero sobre todo la metodología científica y la epistemología, en su Cátedra.

Muchas gracias, maestro, por tanta vida generosamente compartida.

Usted es, además de una bellísima persona, la evidencia científica de que se puede llegar; un auténtico estímulo y ejemplo para todos. Muchas gracias.

(Aplausos)

En nombre del Sindicato Médico del Uruguay, tengo que hacer entrega al profesor Peluffo de un obsequio personal.

(Aplausos)

SEÑOR MODERADOR.- Finalizando este acto de homenaje, hará uso de la palabra el Presidente de la Academia Nacional de Medicina, académico doctor Roberto Quadrelli.

SEÑOR QUADRELLI.- Señores Representantes del Poder Legislativo, señora Ministra de Salud Pública, señores académicos, colegas médicos, señoras y señores.

Podría hablarles de la proficua labor de investigador y docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que realizó el profesor doctor Ciro Peluffo, de su participación en los distintos niveles de dirección de la misma, o de sus tareas en el Sindicato Médico del Uruguay. También podría hablarles de su calidad de Profesor Emérito, o de su título de Maestro de la Medicina Uruguaya. Pero en el día de hoy sólo quiero referirme, en apretada síntesis, a la actuación del Académico Peluffo en la Academia Nacional de Medicina del Uruguay.

Peluffo es Miembro Fundador de la actual Academia, habiendo ingresado a la misma hace 31 años, apenas 10 meses después de la formal instalación de la Institución. De ahí en más, Peluffo se constituye en uno de sus realizadores más importantes, ocupando cargos vitales en todos los niveles de dirección. Para el que les habla, Peluffo es un hacedor vital en la consolidación de la actual Academia de Medicina.

Esto lo entenderemos mejor si realizamos un acotado recorrido histórico en el proceso fundacional de la Academia Nacional de Medicina, que abarca un período nada menor, de 193 años.

Con el título de “Historia de la Medicina en el Río de la Plata”, el Académico e Historiador médico argentino Dr. Eliseo Cantón, nos cuenta: “Las palabras Academia de Medicina fueron pronunciadas por primera vez en el Virreynato del Río de la Plata, en hora memorable en el transcurso del año 1783, cuando el Protomédico Dr. Miguel Gorman dirigió una bien fundada nota al Virrey Vértiz, solicitando la creación de la Academia de Medicina en la ciudad de Montevideo, a fin de que las conferencias semanales, sobre diversas cuestiones de medicina que en ella se darían, sirviesen a refrescar conocimientos técnicos y a mejorar la preparación científica de los licenciados y cirujanos que ejercían la profesión médica en ambas orillas del Plata”. Ahí termina el texto citado.

La inauguración de la Academia de Medicina de Montevideo, se realizó en los últimos días de diciembre de 1783 y los primeros de enero de 1784, época del Virreinato y de la Banda Oriental, y cuando Montevideo contaba sólo con 5.000 habitantes. Asistió al acto el propio Virrey Vértiz, venido especialmente de Buenos Aires.

No sabemos más nada acerca de esta Academia y no han podido encontrarse documentos que nos hablen de sus actividades. El desaparecido Académico Navarro interpreta este fracaso en base a que -y cito textualmente-:

“...el 7 de marzo de 1784, luego de poco más de dos meses de instalada la Academia, el Virrey Vértiz fue sustituido por el Marqués de Loreto, antítesis intelectual y moral de Vértiz. Loreto calumnió al Doctor Gorman, obstaculizó sus esfuerzos, quebrantó su espíritu e impidió que prosperaran sus beneméritas iniciativas”. Y nosotros agregaríamos: y faltó un Académico Peluffo, hombre indoblegable en sus convicciones, insigne trabajador, tesonero y muy inteligente.

El también desaparecido Académico Eduardo Palma, refiriéndose a este primer intento de creación de la Academia de Medicina, expresa: “De cualquier manera, ese breve relámpago que iluminó los comienzos de nuestra historia médica, nos muestra el mismo espíritu que siempre ha caracterizado al hombre-médico de todas las épocas: la necesidad de aunar esfuerzos, el afán de progreso, el sentido social de su actividad”.

Peluffo reúne todo eso, y mucho más.

En la larga etapa de historia transcurrida desde la inauguración de la Academia de Medicina de Montevideo de 1783 hasta la integración definitiva de la actual en 1976, existieron otros cuatro proyectos de formación de una Academia Nacional de Medicina: en el año 1915, a propuesta del Decano y Maestro Américo Ricaldoni; en el año 1936, con los Doctores Martín Etchegoyen y Eduardo Blanco Acevedo; año 1958, con el proyecto del Senador Doctor Camilo Fabini; y en el año 1963, a propuesta del Poder Ejecutivo instalado en ese momento como Consejo Nacional de Gobierno. Fueron intenciones, decretos y trámites parlamentarios que fracasaron todos.

La sexta y última iniciativa comienza por gestiones del Profesor Emérito Fernando D. Gómez y el proyecto de ley del Dr. Mario Arcos Pérez, similar en muchos aspectos a los intentos de 1958 y 1963, concretándose en el Decreto-Ley 14.260 del 27 de agosto de 1974 y la instalación formal de la actual Academia, el 27 de diciembre de 1976.

Pero la Ley no hace a los hechos. Había que establecer toda una reglamentación interna, régimen de trabajo, crear comisiones en variados temas; había que crear e ir perfeccionando el mecanismo de nombramiento de nuevos Académicos, manejar sus finanzas, realizar las conexiones con otros organismos y otras Academias nacionales y extranjeras, y otros aspectos cotidianos. En todas y cada una de ellas estuvo presente y en primera línea Peluffo. Dedicó tiempo, tesón y capacidad a la Academia naciente como pocos.

De los 32 años de existencia de la actual Academia, en 31 de ellos estuvo presente y trabajando por ella el Académico Peluffo.

Hace 20 días, se incorporaron 3 nuevos Académicos Titulares. Decíamos en el acto público a que dio lugar: "Pertener a la Academia Nacional de Medicina en cualquiera de sus jerarquías, no es sólo un premio o un reconocimiento público. Repitiendo palabras no mías pero que asumo y dirijo a los futuros Académicos: 'El sitial Académico no es cargo o función como muchos de los que habéis ocupado hasta ahora. No es mullida poltrona como recompensa para descansar luego de vuestra labor de toda una vida...'"

Peluffo interpretó a cabalidad estas palabras en su larga estadía Académica. Ingresó como Académico titular el 15 de octubre de 1977; presidió la Academia en el período 1986-1987, y actualmente sus colegas Académicos lo hemos nombrado Presidente de Honor. Es el primer y único Presidente de Honor en la historia de la Academia. Desempeñó tareas de Profesorero en los años 1989-1990; y de Tesorero en los años 1991-1992; responsable de la comisión de becas, premios y concursos en un período no menor a 15 años; integrante de la comisión de planeamiento y presupuesto; integrante de la comisión calificadora intersectorial, tarea muy delicada como es la ordenación numérica de los candidatos a Académicos; permanente integrante de los tribunales que juzgan los trabajos aspirantes a premios que anualmente otorga la Academia; administrador de los fondos "Mello Aguerre" durante un período no menor a 20 años. Fue uno de los artífices en la comunicación con las demás Academias de América Latina y delegado por varios períodos de nuestra Academia ante la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, asistiendo a sus reuniones en alternadas ciudades de la región, incluyendo el encuentro de las respectivas Academias Nacionales con las Ibero-americanas.

Téngase en cuenta que cada uno de estos eventos era precedido por la elección y elaboración de un tema puntual, que exigía tiempo y dedicación.

Participó activa y creativamente con el Académico Guglielmone en la creación y secretariado de la fundación de apoyo a la Academia.

En la vertiente científica que la Academia desarrolla fueron muy frecuentes sus conferencias que ilustraban a todos en los temas de su incumbencia. El Académico Peluffo tiene actualmente la edad que tendrían mis padres, si vivieran. De ellos aprendí a respetar a mis mayores. Cuando tuve el honor en el año 2000 de ingresar a la Academia, fue natural en mí establecer una relación intergeneracional con Peluffo. Por su accionar en el cotidiano de la Academia, lo observaba y respetaba como uno de los pilares de la misma.

Cuando el Académico Raúl Praderi me invita a que lo acompañe como Secretario para su Presidencia de la Academia en el período 2004-2006, no dudé en concurrir a la casa de Peluffo buscando orientación para una tarea que conllevaba gran responsabilidad. No busqué consejo ni opinión, ni él tampoco me los insinuó. Pero sí sabía que en Peluffo iba a encontrar algo así como el corazón de la Academia, con los claros y oscuros, como corresponde a toda institución humana. Si yo me adentraba en el conocimiento de la Academia, mejor iba a trabajar por ella. Y Peluffo me entregó varias carpetas, todas y cada una de ellas adecuadamente ordenadas por períodos: reglamentos, discusiones de plenarios importantes en la vida de la Academia, proyectos -algunos concretados y otros no-, pormenorizados relatos de situaciones difíciles vividas por la Academia, aspectos administrativos, manejo de fondos económicos. No fue extensa mi visita domiciliaria. No hablamos mucho, como es habitual en él. Con un accionar absolutamente objetivo, como corresponde a un investigador, me expresó algo así como: "Busque aquí lo que crea que le va a ser útil".

Académico Peluffo: la Academia Nacional de Medicina del Uruguay le agradece su invaluable aporte que en el correr de 31 años Usted ha realizado a la Institución. Su trabajo duro, constante y desinteresado, como también el afecto y entusiasmo puesto a disposición de la Academia permitieron, junto a otros grandes Académicos de la primera hora, la consolidación de la misma y no los caminos sin salida de intentos anteriores.

Entrego a usted esta medalla, en un pequeño gesto para materializar lo anteriormente expresado. Muchas gracias.

(Aplausos)

SEÑOR MODERADOR.- A continuación, el Presidente de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, señor Diputado Álvaro Vega Llanes, hará entrega de una placa conmemorativa al Doctor Académico Ciro Peluffo.

(Aplausos)

A continuación, las palabras del doctor Ciro Peluffo.

SEÑOR PELUFFO.- Muchas gracias a todos los organizadores de este acto y a quienes me acompañan, que son el premio más grande que he obtenido por lo que he realizado y trabajado en este país a los cien años de edad.

Yo quería hacer referencia al pasado, no solo por lo que significa en sí, sino por la referencia a cosas, personas y hechos en general.

Mi vida comenzó en la calle en aquel momento llamada Constituyente, que después fue Bulevar España. Mi primer recuerdo es de un tren de caballos -que ustedes seguramente ni por referencia conocen-, el último de los cuales circulaba por la calle Gaboto, en dirección a Playa Ramírez y en el que mi tía paterna, que vivía en la calle en aquel momento denominada Lavalleja, me llevaba como purrete. Desde luego que a eso lo sucedió la aparición de los tranvías eléctricos pocos años después, que transitaban por el frente de mi casa. El tranvía 35 pasaba hacia Punta Carretas. La calle Constituyente terminaba en Juan Paullier y el resto de lo que es ahora Bulevar España era solamente baldío y bosque. A propósito de esto, debo mencionar que cuando fui mayor y Herrera atendía a mi madre, venía en su Ford T, haciendo equilibrio sobre la vía para evitar el empedrado brutal de cuñas que existía en aquel momento. Han pasado los años, realmente.

Luego debo evocar la escuela y un aspecto de mi manera de ser.

Concurrí a la escuela en primer año. Desde luego, no existían los jardines de infantes y directamente entré a primer año. Hay un episodio que me pinta de cuerpo entero. Me mandaron a la escuela en primer año, pero volví llorando a casa diciendo que no quería volver más. El motivo fue que la maestra que me habían asignado, que se llamaba Amelia, era vieja y fea. Entonces, reclamé que me cambiaran de maestra, y así lo hicieron. Me pusieron a Josefina, que era una chica veinteañera, gorda y bonita.

Luego pasé a secundaria, a preparatoria, y de aquel momento tengo recuerdos llamativos. En primer término, con uno de mis condiscípulos trabajamos en algo insólito. Nos dedicamos a fabricar un artefacto especial que producía electricidad. Era un acumulador casero que le serviría para potenciar sus primeros avances en la telefonía. Después él fue propietario de Radio "Centenario". Otro aspecto de mi vida en ese momento se vincula a otro compañero de años, Enrique Morales, hijo de madre suiza y vinculado con los alemanes, quien me incitó a suscribirme al Club Alemán de Remo. Por varios años fuimos conjuntamente a La Barra a remar en los distintos botes de aquella época. Es interesante: íbamos en el último tren eléctrico sobre vías que funcionó en Montevideo, que iba desde Andes hasta La Barra. El letrero decía "Andes - La Barra", y nosotros decíamos que era el tranvía que no sabía adónde iba: "¿Ande's La Barra?"

En cuanto a la Facultad, debo decir que entré con un año de retraso con relación a mis compañeros debido al asma infantil que sufrí durante tercer año de escuela, que me hizo perderlo. Siempre tuve un año más que todos mis compañeros. Aquel año, en Anatomía tuvimos que escribir una tesis obligatoria, que abordé con gran entusiasmo y que fue lo que motivó el resto de mi vida científica: la investigación.

Tuve tantas actividades diferentes, que es difícil imaginarlas. En segundo año, nuestro profesor de Física Médica -no recuerdo el nombre, pero le decíamos "Conchita" porque era afeminado- me llevó al Hospital Pereira Rossell. En tiempos del doctor Morquio, me hizo colaborar con él en el Servicio de Física Médica. Estuve poco allí e inmediatamente el doctor Ledesma, que tenía algunos años más que yo en medicina, me llevó al Hospital Maciel antes de que tuviera que entrar por obligación. Hay muchos hechos curiosos, pero uno de ellos seguramente llamará la atención. En ese momento, yo tenía algún conocimiento de Laboratorio Clínico y me presentó al profesor García Otero, que era Jefe de la Clínica de Lussich. Parece que mediante un acomodo -que nunca entendí muy bien- lo habían nombrado Jefe del Laboratorio Clínico de Lussich. El profesor García Otero me propuso compartir el sueldo conmigo para que me hiciera cargo del Laboratorio, y así lo

hice. De allí pasé a la sala Ricaldoni, en la cual el doctor Benatti era Jefe de Laboratorio. Luego fui al Instituto de Higiene, porque el doctor Ledesma, que era ayudante del laboratorio, fue nombrado ayudante de investigación en el Instituto de Higiene y me llevó. ¿Saben quién me recibió? El doctor Tálce, quien posteriormente me llamó "tránsfuga", porque a pesar de haber trabajado con él en mi primer trabajo de investigación, me atrajo la bacteriología y me fui con Hormaeche.

Esto fue lo que me mantuvo activo, interesado y completó el resto de mi vida.

No voy a hablar de las otras actividades que he practicado, porque han sido múltiples, hasta en la actividad privada. Acabo de ver a alguien que rememoró mis comienzos en el Laboratorio Atenas. En los años treinta, mi padre era farmacéutico y empezó con el Laboratorio Atenas, que estaba en una antigua farmacia en la calle Rondeau. Después, se quedó colaborando con él en forma directa o indirecta.

Creo que ya es suficiente y no quiero cansarlos. Muchas gracias a todos. Quisiera invitarlos a todos a mi próximo cumpleaños, el 19 de abril del año que viene.

SEÑOR MODERADOR.- De esta manera, queda finalizado el acto de homenaje, agradeciendo nuevamente vuestra presencia.

Muchas gracias.

(Aplausos)

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

EXPOSICIÓN DEL DIRECTOR EJECUTIVO DEL INSTITUTO PASTEUR FILIAL MONTEVIDEO DOCTOR GUILLERMO DIGHIERO 24 de abril de 2008

PRESIDENTE. Damos la bienvenida al Doctor Dighiero, a la vez de señalar que es un placer contarle entre nosotros en el día de hoy. Asimismo, vale recordar que la Academia Nacional de Medicina siempre ha estado muy atenta a todo lo relativo al Instituto Pasteur. Por ejemplo, el 24 de junio de 2004, bajo la Presidencia del Académico Praderi, recibimos al Doctor Ehrlich, quien hizo una exposición sobre los prolegómenos del Instituto. Inclusive, surgió la inquietud de crear una beca para el Instituto Pasteur, que se llamaría Beca Academia Nacional de Medicina pero, hasta el presente, no se ha concretado.

DOCTOR DIGHIERO.- En lo personal, es un gran gusto estar aquí y encontrarme con muchos de mis maestros.

Adelanto que la idea para esta disertación es la de entroncar los progresos de la medicina, de la ciencia y de la tecnología para, entonces, ver cómo se inscribe el Instituto Pasteur en ese contexto. Seguramente, muchas de las cosas que exponga al principio les parecerán muy elementales.

En los siglos XVII y XVIII la consideración de los médicos no era demasiado importante; se pensaba que era gente que cubría su ignorancia empleando términos en latín y que, en realidad, resolvía muy pocas cosas. Es así que los grandes progresos comienzan a darse en el siglo XIX con la antisepsia y la cirugía, todo esto muy vinculado con la teoría infecciosa cuyo creador es Luis Pasteur. Según el libro de Barrán, la Medicina moderna se basa en la revolución de la ciencia, cuando ésta comienza a ser visualizada como el motor del progreso. Entonces, la salud empieza a ser integrada como un valor supremo. Podemos citar el miedo a la muerte y la presencia de dos enfermedades emblemáticas que dominan todo el principio del siglo XX, como la tuberculosis y la sífilis. Es así que la Medicina comienza a ser reconocida como una disciplina científica y logra instalar su autoridad. En Francia —donde tuvo una importante participación Xavier Bichat— y en Inglaterra se da paso a la Medicina clínica, basada en la observación de los casos clínicos hospitalarios. Esta Medicina —también según Barrán— estaba basada, pese a la falta de recursos terapéuticos, en la confianza en la Medicina y en el médico. Asimismo, en el propio siglo XIX nace en Francia la medicina experimental, cuyo padre es Claude Bernard quien dijo algo muy importante: *para comprender la patología es necesario entender la fisiología*. Empiezan las medidas cuantitativas de los fenómenos biológicos, que permiten presentar la Medicina como una verdadera ciencia, como la Física y la Química.

En realidad, los progresos más espectaculares son sumamente recientes desde el punto de vista terapéutico, con el descubrimiento en 1935 de las sulfamidas que cambiaron la situación de las enfermedades infecciosas. Luego surgen la diálisis, la radioterapia, la cirugía cardíaca, los procedimientos quirúrgicos no invasivos, los rayos láser, la terapia génica, la manipulación de células madres, entre otros. Por ejemplo, la tomografía surge de la conjunción de dos técnicas. La tomografía existía desde, al menos, setenta años, pero tuvo que conjuntarse con la Informática para dar existencia a la tomografía. Podría decirse que esto constituye un problema en materia de ciencias biológicas, en tanto podría decirse que van avanzando como los rieles de un ferrocarril: en paralelo sin tocarse. También podemos citar la revolución diagnóstica, los exámenes de rutina, la Medicina nuclear o los micro-arrays, que es esta técnica nueva que acabamos de implantar en el Instituto Pasteur que permite todo el genoma. Esta es una revolución absolutamente mayor y no es imposible pensar que en algunos años a cualquier paciente que ingrese al hospital se le haga su genoma. Por su parte, las enzimas de restricción constituyeron un descubrimiento mayor. Se trata de enzimas que emplean las bacterias para protegerse de los virus; cortan la secuencia viral y destruyen el virus. Recuerdo que había gente que sostenía que jamás

se iba a poder trabajar en el genoma humano porque, como ustedes saben, los genes están intercalados con intrones, que son enormes. Sin embargo, a alguien se le ocurrió utilizar estas enzimas que cortan secuencias determinadas del ADN.

Era tan importantes las modificaciones y lo que la Biología Molecular empezaba a hacer, que a fines de los años setenta se dictó una conferencia en la cual los biólogos moleculares decidieron hacer detener las investigaciones porque en aquel entonces se hablaba de la bomba atómica biológica. Como pasa a menudo, a veces se toman decisiones pero luego no se cumplen y, entonces, todos volvieron a su trabajo.

En el futuro, un porcentaje muy alto de medicamentos se harán por la tecnología recombinante. Hoy, casi toda la industria farmacéutica está trabajando en crear medicamentos recombinantes dirigidos contra blancos moleculares específicos en cáncer, en enfermedades infecciosas, etcétera.

El descubrimiento de la PCR constituyó un progreso mayor que permitió multiplicar por cien la capacidad de realización de cosas, permitiendo amplificar un millón de veces un fragmento de ADN. Esta enzima permitió hacer un proceso de identificación del ADN que cambió totalmente la Medicina y la Biología Molecular. A mi juicio, la terapia génica seguirá avanzando. En el *New England Journal of Medicine* salió publicado un artículo que menciona el caso de tres pacientes trasplantados que hicieron una fiebre cuyo origen no pudo determinarse. La idea es que, seguramente, se trate de un germen nuevo. Tomaron el hígado de la autopsia de uno de los pacientes, el DNA, hicieron expresarlo y lo convirtieron en cDNA e hicieron la secuencia del transcriptoma. Allí encontraron dieciséis secuencias de una especie nueva de virus. ¿Saben cuántas secuencias hicieron para encontrar esas dieciséis? Un millón doscientas mil secuencias. Recuerdo que cuando en el laboratorio Pasteur hicimos la primera secuencia, nos llevó seis meses.

Sin dudas, todo esto trae consecuencias muy importantes en lo que hace a la relación médico – paciente. Pasamos del médico de familia que, de alguna forma, tenía una actitud demasiado autoritaria a esta nueva Medicina en la cual el peso de la Biología hace que la objetivación de la enfermedad se base en las medidas. Conocí a un colega que no tenía suficiente espacio para las consultas y, entonces, se le ocurrió sacar el diván de consulta y dividir cada box en dos ya que, a su juicio, no tenía sentido revisar a los pacientes cuando, por ejemplo, podría tener una visión mucho más acertada a través de una ecografía. Todo esto ha llevado a que el diagnóstico del paciente se haga en reuniones de *staff*, analizando documentos biológicos. Lamentablemente, esta visión olvida que el paciente constituye un todo. Como consecuencia, la principal queja que uno siente de parte de los pacientes es la falta de una relación con el médico. De alguna manera, nuestra Facultad tendrá que prepararse para la Medicina Molecular y, para ello, deberá acentuar la preparación en Genética y Biología Molecular.

Hablamos mucho de que queremos que el Uruguay se transforme en un país científico – tecnológico porque no podemos vivir solamente de los commodities y del turismo. Entonces, el país debe integrarse a la sociedad del conocimiento y empezar a trabajar en ese sentido. En el caso de las biotecnologías lo primero es arbitrar los recursos necesarios. Siempre se hace mención al ejemplo de Finlandia porque en 1989, cuando cayó el muro de Berlín, se quedó sin su principal cliente, que era la Unión Soviética. Fue así que hicieron una apuesta valiente, apostando a la enseñanza, a la ciencia y a la tecnología. Incluso, realizaron esfuerzos muy considerables desde el punto de vista económico para lograrlo. En la actualidad, invierte el 4% de su Producto Bruto para ciencia y tecnología. Asimismo, ha logrado tener los mejores estándares educativos de Europa y es el país que tiene más patentes por habitante. Para lograr todo esto, dispone de entre cinco y ocho investigadores cada mil habitantes, mientras que las inversiones en ciencia y tecnología superan el 2,5% del Producto. En el Uruguay tenemos menos de un investigador cada mil habitantes y la inversión es inferior al 0,5% del Producto. Si no podemos cambiar esas cosas, será muy difícil que se modifique el estado actual, más allá de que aparezcan diez Institutos Pasteur. Todo esto implica un plan estratégico a nivel del país —y no la obra de un partido político— que lleve la inversión en tecnología al 2,5% y que disponga la formación de recursos humanos para triplicar su cantidad en diez años. Es evidente que toda esta planificación debe hacerse a largo plazo.

Hoy en día, no es posible hacer ciencia y tecnología en la rama de la Biología si no se tiene la plataforma tecnológica adecuada. Es dentro de esta idea que voy a presentar el Instituto Pasteur de Montevideo. Nace de una iniciativa de propuesta de vinculación de instituciones

científicas de la región con el Instituto Pasteur de París. En mayo de 2001 viene una primera misión, en septiembre se firma el primer acuerdo en presencia de los Embajadores de los países del Mercosur, y se instaura el Programa que vincula a 57 instituciones de Brasil, Paraguay, Argentina y Chile. Dentro de este marco surge una iniciativa del ex Presidente Jorge Batlle solicitando que se cree un Instituto Pasteur en Montevideo. Como este Programa había sido muy exitoso, ese pedido fue aceptado. Pues bien; este proyecto vio la luz el día en que se consiguió el elemento fundamental: la reconversión de la deuda de Uruguay con Francia. Eso implicó que Francia accediera a que € 5:000.000 fueran reconvertidos en inversiones en el Instituto Pasteur de Montevideo.

¿Cuál es el objetivo de este Instituto? Es un Instituto abierto a la comunidad científica y al país, proyectada a la región, un núcleo tecnológico de residentes que apoya a las comunidades científicas nacional y regional y una estructura académica definida por convocatorias regulares abiertas a equipos científicos rotativos. En febrero de 2004 se firmó el acuerdo, en junio se elabora un proyecto de factibilidad a diez años y el 14 de julio, por unanimidad, se vota la ley que crea el Instituto. Creo que en América del Sur no hay ningún otro centro que tenga una tecnología concentrada en un espacio único. Hoy trabajamos 87 personas, hay 44 asalariados, de los cuales 4 vienen de la Facultad de Medicina y otros 4 del Instituto Clemente Estable. Además, hay 10 científicos adicionales financiados por Grants.

Los objetivos de estas plataformas que fueron seleccionadas de forma muy cuidadosa fueron: seleccionar instrumentos y tecnología que permitieran el desarrollo de una investigación moderna en Biología y asegurar su agrupación en una estructura homogénea, con una inversión racional de recursos financieros y humanos. Un punto central del Instituto consiste en la puesta a disposición de esta tecnología a toda la comunidad académica nacional y regional. Estas plataformas servirán para la creación de programas de enseñanza.

El proyecto científico del Instituto es el siguiente. A través de una Biología integradora insistimos en que nuestro objetivo es la postgenómica. Pienso que en el Uruguay ha de haber 30.000 Alzheimer, en tanto en Francia hay 80.000.

Este año hemos sacado veinticinco publicaciones referadas en algunas revistas importantes.

Aquí vemos el programa que hemos denominado *Young group leaders*. Se trata de llamados abiertos en los cuales se convoca a jóvenes científicos —tienen que tener menos de siete años desde su doctorado— a presentar proyectos científicos abiertos. Entre los dos llamados se presentaron 38 proyectos para 5 posiciones. Hemos logrado atraer a gente de muy buen nivel y de otros países. Estos llamados son juzgados por un Comité Científico Internacional en el cual hay un solo miembro uruguayo en ocho integrantes. Preseleccionan un grupo de precandidatos que son invitados a venir a Montevideo a hacer un seminario científico abierto y luego son recibidos por el Comité Científico. Los tres primeros ya están trabajando desde 2005. Nuestra idea es integrar diez grupos de jóvenes científicos que trabajarán en conexión con las instituciones académicas nacionales e internacionales.

El centro de enseñanza, que recién comienza a funcionar este año, tiene como objetivo la formación de investigadores y estudiantes de la región, como así también la realización de cursos tal como se hacen en el Instituto Pasteur de París, los cuales tienen un nivel teórico excelente que se asocia a la enseñanza práctica. Ahora el Instituto planifica la creación de cuatro grandes escuelas latinoamericanas de proteómica, biología estructural y oncología molecular.

El Instituto es la segunda sociedad biotecnológica académica del mundo, luego de CALTECH, California Institute of Technology. La idea que tenemos es la de establecer una investigación científica de primer nivel, que es lo que va a posicionar al Instituto a nivel del mapa científico mundial. A partir de esa investigación se busca que haya un pasaje rápido para su aplicación. Tenemos un algoritmo que es la identificación de targets moleculares que puedan ser interesantes desde el punto de vista terapéutico. También avanzaremos hacia los estudios estructurales a través de la cristalografía, determinando la estructura en tres dimensiones. Eso es lo que permite ver dónde está el sitio activo y cómo se puede inhibir. A partir de eso se diseña el péptido que va a ser el futuro medicamento. Al mismo tiempo, hemos establecido servicios de consultoría tecnológica con diversas empresas. Vale destacar que acabamos de firmar un contrato con *Danone*, que es una empresa francesa de productos lácteos. Dicha firma tiene la visión de que los productos alimentarios deben tener una acción benéfica sobre la salud. Entonces, ellos están

buscando cuáles cepas —de las que se utilizan para elaborar el yogur— son las más apropiadas a tales fines. Por ese motivo, nos han pedido que hagamos estudios sobre células epiteliales de intestino.

Como todos sabemos, uno de los problemas que tenemos en el Uruguay pasa por el control de calidad de los medicamentos. En tal sentido, hemos firmado un acuerdo con el Ministerio de Salud Pública.

Por otro lado, acabamos de crear una plataforma común de micro – array, que son estos métodos para estudiar genes. El INIA está muy interesado en esto por el tema de las semillas. Al respecto, se nos plantea un gran problema a nivel de la sociedad en cuanto a qué postura vamos a adoptar frente a los transgénicos. Como todos sabemos, se ha dado toda una discusión a este respecto pero, a mi modo de ver, siempre se soslaya un elemento fundamental: las grandes empresas se están apoderando de todo el mercado y, entonces, someterán a toda la agricultura del mundo a tener que comprar esas simientes, con lo cual todos los países se volverán dependientes. Entiendo que, desde el punto de vista deontológico, este asunto es fundamental, sobre todo para países muy pobres.

La Facultad de Ciencias está formando estudiantes de excelente nivel pero no tienen trabajo en el país. De todos modos, se sabe que a nivel académico en cualquier país del mundo solamente hay espacio para un 8% de cada promoción. Entonces, ¿qué hacemos con el resto? Es la industria la que debe acogerlos para que surjan nuevas empresas, tal como ha hecho Finlandia y otros países. Para ello el Estado debe proveer los *capitales semilla*, que no son demasiado importante dado que una empresa puede solventarse con USD 20.000 en los primeros dos años. Luego, si la patente se consolidó, habrá que conseguir diez veces más y luego otras diez veces más. Ustedes sabrán que, hoy en día, hacer un medicamento nuevo cuesta USD 1:000:000.000. Naturalmente, esto no puede hacerlo una pequeña empresa ni siquiera el Uruguay. Desde esa óptica, nuestra estrategia debe pasar por hacer muy buenas patentes y venderlas, para obtener las royalties. El otro problema que tiene la región pasa por su capacidad para atraer capitales de riesgo que inviertan en estas empresas. Otro aspecto a tener en cuenta es el vinculado con la propiedad intelectual. Las grandes empresas farmacéuticas tienen bufetes de abogados que estudian todas las patentes que se van publicando. El otro punto que falta en nuestro país, es el de los empresarios. Debemos crear una mentalidad empresarial que arriesgue. Encuentro que nuestra masa de empresarios —al menos los que trabajan en la industria farmacéutica— son excesivamente conservadores y no se dan cuenta que van, irremediablemente, hacia su perdición. Uruguay aprobó la Ley de Propiedad Intelectual en 2001 y las empresas están trabajando con patentes viejas, comprando el producto en los mercados de la India y de Italia, y empaquetan. Indudablemente, esa no es una actividad farmacéutica, sino de distribución. Ocurre que dentro de unos años se encontrarán con que no van a poder hacerlo.

Por el momento, era cuanto quería señalar y, por supuesto, quedo abierto al diálogo con los Académicos.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- Muchas gracias por la información que nos ha brindado.

Hace ya como cuatro años que la Academia Nacional de Medicina dedicó dos sesiones al tratamiento de los transgénicos. Pienso que con un control adecuado, puede ser algo a tener en cuenta.

DOCTOR DIGHIERO.- Creo, reitero, que es un problema de toda la sociedad. A mi juicio, lo principal es contar con buena información. Hay progresos espectaculares con los transgénicos, pero también efectos colaterales y todo eso debe ser estudiado y definido en forma seria.

Advirtamos el problema que está planteado en la Medicina con el uso de células madre. Hay dos grandes corrientes: la anglosajona, muy empirista, para la cual el fin justifica los medios, y la de la Europa Continental que, de alguna manera, tiene una visión más restrictiva y que sigue los postulados de Kant desde el punto de vista de la ética, en tanto lo importante no es lo que podemos hacer sino lo que debemos hacer. En Francia, luego de una discusión enorme, se aprobó el uso de embriones para generar células madre con finalidades de investigación. En Francia hay congelados cientos de miles de embriones y nadie sabe qué hacer con ellos. Esto del clonado va contra todas las leyes de la Biología; nadie pensaba que se podía volver para atrás, que a una

célula diferenciada se la pudiera desdiferenciar. Esto constituye una revolución pero, a la vez, genera problemas éticos muy serios. ¿Qué debemos hacer? A mi juicio, es aquí donde la Academia Nacional de Medicina tiene un rol trascendente.

Al analizar el genoma, uno puede saber si determinada persona estará predispuesta a cáncer de pulmón, etcétera. Esa información no puede ser pública y ahí se genera todo un tema a propósito de la confidencialidad.

PRESIDENTE.- Ya hay problemas éticos en la Genética y en la Agronomía porque las nuevas plantaciones de eucaliptos son todas clonadas.

DOCTOR DIGHIERO.- Son problemas que la sociedad debe abordar pero, para ello, requiere de la información adecuada.

PRESIDENTE.- Me parece que el tema de las células madre seguirá en forma empírica hasta tanto no se conozca el control de la expresión génica.

Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- Quisiera transmitir una inquietud que su excelente disertación me ha generado. Estoy en una rama muy particular que cada vez tiene más conexiones con la Biología, esto es, la Psiquiatría. Me preocuparon ciertos conceptos que usted manejó respecto de la Medicina. Confieso que cincuenta años de actividad profesional me han hecho reflexionar acerca de que el pilar básico es la relación que se establece entre dos seres humanos. Toda esta maravillosa tecnología no debe hacer perder de vista el vínculo entre paciente y médico.

Por otro lado, usted señaló como que la instrumentación es lo que nos permite abordar las problemáticas y, en realidad, eso contraría lo que decía Einstein, quien afirmaba que la teoría es lo que nos permite explorar la realidad.

DOCTOR DIGHIERO.- Estoy totalmente de acuerdo en cuanto a que la relación médico – paciente es absolutamente fundamental, pero esta nueva Medicina genera un problema por la “no relación” y habrá que resolverlo. Seguramente, un aspecto a cuidar será la etapa de formación de los médicos.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Probst.

ACADÉMICO PROBST.- En 1969, en la Facultad de Medicina se instituyó el Ciclo Básico que implicaba un período de algunos meses en los cuales se estudiaba Ciencias Sociales, Psicología, etcétera, a nivel grupal. Pude comprobar algo que realmente me preocupó mucho. Cuando terminaban el Ciclo Básico y pasaban a estudiar ciencias morfológicas y fisiológicas, los docentes decían: *Ahora empiezan a estudiar Medicina*.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Fiandra.

ACADÉMICO FIANDRA.- Debemos agradecer muchísimo al Doctor Dighiero por lo que ha colaborado para que exista el Instituto Pasteur en el Uruguay y también al Doctor Jorge Batlle que, como Presidente de la República, impulsó esa idea.

En el aspecto de la Genética, creo que para la Medicina del futuro constituya el 80% o el 90%. Desde el año 2000 soy el Presidente de la Comisión Honoraria de la Salud Cardiovascular — ente público no estatal— e implanté la Genética en grados muy modestos, porque entendí que debíamos ir teniendo un contacto mucho mayor. La venida del Instituto Pasteur a Montevideo nos ha servido muchísimo porque, por ejemplo, en nuestro laboratorio genético, estudiando la hipercolesterolemia familiar podemos secuenciar los genes.

DOCTOR DIGHIERO.- También estamos ayudando a la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa a secuenciar los genes de resistencia.

Como somos un país chico, estamos medianamente bien organizados. El estudio de esas enfermedades familiares permitirá testear nuevas drogas. Lo mismo puede pasar en el caso de la tuberculosis.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Correa.

ACADÉMICO CORREA.- Agradezco a la Academia Nacional de Medicina la oportunidad que nos dio de escuchar al Doctor Dighiero. Nosotros comenzamos juntos nuestro desarrollo cuaternario, en 1971, en Francia. En aquel momento éramos dos jóvenes médicos uruguayos, nada conocidos en Francia y poco conocidos en el Uruguay. Luego de una notable carrera y de obtener el reconocimiento internacional, el Doctor Dighiero devuelve algo a su país.

Por otro lado, todo lo que él ha mostrado es el extraordinario desarrollo en una línea de uno de los aspectos del abanico de la salud. Él nos habla de la biociencia, de la biomedicina. Un epistemólogo argentino, Bunge, que se ha ocupado de la Medicina y él la divide en la biomedicina

y la práctica artesanal. La biociencia es la creación de conocimientos para utilizar y la Medicina es la actividad directamente con el paciente, en la cual aplicamos los conocimientos que el Doctor Dighiero y otros logran, nuestra intuición, nuestra afectividad y lo que hemos hecho. Estamos ante el paradigma de la complejidad. Ayer, en una reunión con los alumnos, uno de ellos me dijo que estaban pasando del paradigma cientista al paradigma complejo. La respuesta al enorme desarrollo tecnológico y al empuje cientista, empezaría con la teoría de la maquina de Descartes.

La introducción de las materias humanísticas, de la comunicación y de la interacción temprana con el paciente, evidentemente, dan el contrapeso necesario para seguir siendo médicos aplicando las últimas tecnologías.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Praderi.

ACADÉMICO PRADERI.- Creo que aquí se ha hablado de dos cosas paralelas y una no quita la otra. Quienes estamos en la situación de médicos consultantes telefónicos, muchas veces debemos acudir a la vieja clínica.

En cierta época, un colaborador de mi clínica fue becado a una clínica alemana en la que se hizo famoso diagnosticando las apendicitis.

Danone compró la empresa *Serenísima* de productos lácteos argentina y mañana firmará un convenio con la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

¿A quién debemos todo esto? A ustedes, a la Escuela francesa y a Jorge Batlle. Este es un país culto, de comunicaciones fáciles, bastante organizado y con un nivel de país europeo.

No vamos a perder la clínica porque la vamos a usar cuando no nos quede nada. Desgraciadamente, a la mayoría de los integrantes de esta Academia nunca nos enseñaron Genética ni, por ejemplo, fisiología del oído.

**EXPOSICIÓN DE LA DIRECTORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
DONACIÓN Y TRASPLANTE DE CÉLULAS, TEJIDOS Y ÓRGANOS
DOCTORA INÉS ÁLVAREZ
8 de mayo de 2008**

PRESIDENTE.- Tenemos mucho gusto en recibir en el seno de la Academia Nacional de Medicina a la Profesora Inés Álvarez, Grado 5 de la Facultad de Medicina de la UDELAR y Directora del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos. La idea es conocer el funcionamiento del Servicio que dirige, a raíz del planteo que oportunamente formulara el Académico Fiandra en el sentido de que hay muchos órganos de jóvenes fallecidos que no se utilizan.

DOCTORA ÁLVAREZ.- Agradezco la oportunidad de poder comunicarme con ustedes para informarles acerca del funcionamiento de un Servicio que, personalmente y todos quienes trabajamos en él, queremos mucho. Voy a contar lo que ha sido la perspectiva de la política de trasplante dentro del país y la diferente evolución que ha tenido la Institución.

La donación y el trasplante en el Uruguay sólo lo podemos manejar si hablamos del contexto país, del sistema de salud en el que se encuentra, advirtiendo que existe una organización nacional cuyo nombre cambió hace tres años porque antes se denominaba *Banco Nacional de Órganos*. Existe una estructura organizativa y un marco legal, que dan base a los procesos de coordinación y procuración que hemos implementado. Tenemos una tasa de mortalidad de 16,3, una esperanza de vida de 75,7 y una superficie de 176. Es muy importante ubicarnos en el índice de desarrollo humano que tiene nuestro país. Esta es una medida sintética de los logros que tiene una sociedad que combina índices agregados de logros promedio que se administran en tres dimensiones: en salud, en educación y en nivel de vida. Si nos comparamos, vemos que este índice de desarrollo del Uruguay, que es de 0,851, es inferior al de Argentina y Chile, pero muy superior al de otros países, incluido Brasil. Asimismo, si nos comparamos con España —que representa una media de lo que es Europa— vemos que aún nos falta bastante.

En este contexto, además, tenemos un Sistema Nacional Integrado de Salud que mantiene una cobertura universal, que enlaza el sistema mixto y el privado, un Fondo Nacional de Salud, un Fondo Nacional de Recursos y una inversión en salud que se sitúa en el 10% del PBI. Dentro de esta cobertura de salud vemos que, prácticamente, hasta antes de que se creara el FONASA, solamente había un 3% sin nivel de cobertura. La distribución de profesionales de la salud es bien

importante porque vemos claramente que la relación médicos – odontólogos – enfermeros – químicos farmacéuticos y parteras es muy diferente en Montevideo y en el interior.

Entonces, ubicados en este contexto, vemos que partimos de un recurso terapéutico con material biológico que necesita, en principio, de la percepción social tanto en sus creencias religiosas como en la transparencia que damos al procedimiento. Quiere decir que el primer escalón es la percepción social, el segundo es el de la legislación y la regulación, el tercero es el de la educación, el cuarto es el del conocimiento y aceptación del propio personal de la salud como así también del donante y, el último, el de las estructuras sanitarias. Así fue que concebimos y venimos desarrollando el sistema.

El trasplante en nuestro país se realiza en un sistema único, a nivel nacional y público. El Instituto, como tal, maneja las listas únicas de todos los pacientes que necesitan un trasplante de tejidos, de órganos y de células. Mantiene y maneja los criterios de adjudicación que se da al receptor específico de ese trasplante que necesita. Hacemos la procuración de los donantes, la coordinación del trasplante y tenemos el registro único de los donantes, de los receptores y de los trasplantes. Vale destacar que el registro de los trasplantes lo compartimos con la Sociedad Uruguaya de Trasplantes. No podríamos existir si no tuviéramos una legislación importante y regulaciones nacionales. Y tampoco podría existir si este acto terapéutico, que es de alto costo, no tuviera una financiación universal como la que brinda el Fondo Nacional de Recursos. Todo esto hace que el sistema pueda ser efectivo. Acá no importa la religión, el nivel cultural ni el poder económico sino, simplemente, que el paciente necesite un trasplante.

Los centros activos de trasplante de corazón son el que estaba en el Hospital Italiano, las unidades de cardiología congénita y trasplante del Sanatorio Americano y el que funcionaba en Casa de Galicia que está suspendido temporalmente por razones administrativas. En materia de trasplante renal tenemos cuatro grandes grupos, todos ellos activos: el Instituto de Nefrología del Uruguay en el Hospital Italiano, el del Sanatorio Americano, el del Hospital Evangélico y el del Hospital de Clínicas. Por su parte, el programa de trasplante renopancreático se ejecuta en el Hospital universitario. Finalmente, el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas también se realiza en cuatro institutos: IMPASSA, Hospital Británico, Hospital Maciel y la Asociación Española en conjunción con el Hospital Pereira Rossell.

Más allá de todo este sistema, si no tenemos donantes, no hay trasplantes. Es así que el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos es la organización nacional responsable de hacer cumplir las reglas, las normas, la percepción social y la equidad en el acceso al trasplante. Este Instituto depende del Ministerio de Salud Pública y de la Universidad de la República. Estamos ubicados en el 4º piso del Hospital de Clínicas. La Doctora Bengochea ocupa el cargo de Subdirectora y el Doctor Mizrahi está encargado de la parte de procuración. La misión de la Institución es la de ser un servicio único nacional, destinado a brindar una atención que sea equitativa e integral en materia de trasplantes a toda la población uruguaya, de conformidad a principios legales y éticos, y los conocimientos científicos vigentes. Nuestro objetivo estratégico siempre ha sido el de fortalecer y coordinar la actividad trasplantológica en el Uruguay, contribuyendo a la mejora de la salud de nuestra población. Las metas que tenemos pasan por el aumento de los pacientes trasplantados —porque sabemos, claramente, que esta terapéutica es la mejor que puede tener un paciente que llega a una función terminal de los órganos—, de donantes cadavéricos y vivos de células progenitoras hematopoyéticas, mantener la transparencia y la equidad en el proceso de trasplante, hacer una educación académica a los trabajadores de la salud y de la sociedad y, por supuesto, acompañar los cambios de la sociedad y los biotecnológicos con políticas y normativas acordes.

Las políticas de trasplante en el Uruguay están basadas en la Ley N° 14.005, modificada en 2003 por la Ley N° 16.768, en el Decreto N° 160 de Normas de Control, Calidad y Seguridad para Trasplantes Humanos, en la creación de una organización que hoy se denomina Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, en la existencia de este instrumento fantástico que es el Fondo Nacional de Recursos y en la coordinación y el consenso entre el equipo técnico del Instituto y los equipos de trasplante en lo que hace a los criterios de prioridad para los pacientes en lista de espera y los criterios de asignación de órganos y tejidos. Una vez que establecimos el consenso, no hay excepción a la regla. Si vemos que algo está fallando, se reúne nuevamente todo el equipo técnico, evaluamos el consenso y lo modificamos si es necesario.

Los criterios de las políticas de trasplante están basados, claramente, en la igualdad, en la autonomía, en la equidad, en la gratuidad, en la libertad, en la transparencia, en la preservación del anonimato del donante receptor, en un importante respeto por la muerte y el duelo de la familia y en la ética del procedimiento.

La Ley de 1971 registra el consentimiento o el rechazo en un documento legal. Allí se consagra el consentimiento informado y el concepto de muerte —por primera vez en una legislación—, definiéndolo como el cambio irreversible e incompatible con la vida. ¿A qué obedeció la modificación del año 2003? Tengamos en cuenta que en 1971 no existían los centros de tratamiento intensivo. Ese es un dato muy importante y no es menor destacar que este cambio fue llevado adelante por dos legisladores que son médicos intensivistas. Se legitimizó la práctica que, por consenso, los médicos habíamos establecido. El diagnóstico debe estar documentado en la historia clínica en un formulario especial, que es firmado por los médicos que no están vinculados con el acto de la ablación ni con el acto del trasplante. En todos los casos está prohibido revelar la identidad del donante. Además, esta ley se aplica al donante presunto. El Decreto N° 160 de 2006 vuelve a ser como una especie de hito histórico para América Latina y el mundo. El Consejo Europeo recién en 2003 había establecido el concepto general en el sentido de que debía trabajarse con los mismos preceptos de equidad y gratuidad. De esta forma, Uruguay se puso a resguardo de todas las modificaciones biotecnológicas que están utilizando el recurso biológico para distintas técnicas y procedimientos. Además, se dejó a salvo ese concepto tan importante en la percepción social que tiene que ver con la transparencia para que nuestra gente siga confiando en nosotros.

A continuación, mostraré la estructura organizativa del Instituto. Tiene una Comisión Honoraria Asesora integrada por miembros del Ministerio de Salud Pública, de la UDELAR y del hospital universitario. Vale destacar que en dicha Comisión contamos con la presencia del Académico Berro. También contamos con un fantástico Comité de Bioética —uno de cuyos miembros es el Académico Médici— que trabaja en forma absolutamente independiente, más allá de que refiere a la Dirección y a la Comisión Honoraria Asesora. En cuanto a la parte de trabajo, está el área de Estadística y Registro, la de coordinación —que es el equipo que va a buscar la procuración de los órganos que se necesiten cuando tengamos los probables donantes— y la unidad de adjudicación que funciona en el laboratorio.

Es a través de este registro y de este Programa que nosotros nos contactamos con el mundo a los efectos de obtener donantes compatibles. Vale destacar que el Uruguay, hasta hoy, sólo ha obtenido donantes mediante este sistema, sin que ningún uruguayo haya sido convocado para ser donante en otra parte del mundo.

Podemos decir que este Banco de Tejidos es modelo en la actualidad.

En lo personal, estoy en el Servicio desde 1978, cuando ingresé como Grado 2 en el Laboratorio de Histocompatibilidad en la parte de adjudicaciones. Continué con la carrera docente y cuando alcancé el Grado 5 fui convocada por el Ministerio de Salud Pública para hacerme cargo de la Dirección. Asimismo, en 2001 integré un Programa del Tissue Banking de la Organización Internacional de Energía Atómica.

En el Uruguay, todos los procesos de donación se hacen a través de este organismo nacional y público. Se procuran donantes cadavéricos y también se procuran y estudian todos los donantes vivos, tanto relacionados como no relacionados. También se hace el recupero y la ablación de órganos y tejidos de donantes cadavéricos. Naturalmente, como decíamos, existe un registro de todos los procedimientos de extracción de donantes cadavéricos y se hace la asignación de células madre de donantes vivos. La organización de la procuración de los donantes cadavéricos cuenta con un Registro Único de Donantes que mantiene la documentación del consentimiento informado de la donación para después de la muerte. La segunda parte de la unidad consiste, específicamente, en la coordinación y el trasplante. Otra de las funciones pasa por la promoción de la donación.

¿Qué cosa diferente establecimos en este sistema? Hicimos un abordaje científico de la muerte encefálica y del donante, siguiendo la metodología del modelo español. Asumimos algunas cosas buenas del modelo español y las juntamos a las maravillosas cosas que tiene nuestro propio modelo, que es el de tener Registro de Donación Informada. Desde el punto de vista científico, el modelo español conoce la capacidad, la epidemiología de la muerte encefálica en el país, determina el porcentaje de las muertes encefálicas que se pueden convertir en donantes reales,

reconoce las principales causas de pérdidas de posibles donantes durante el proceso y describe los factores que tienen impacto sobre el proceso de la donación.

Un segundo punto de la organización es el Registro Único de Receptores. Registra y documenta los pedidos de órganos, tejidos y células, mientras que el Laboratorio de Inmunogenética de Histocompatibilidad realiza el estudio de todos los receptores y de todos los donantes vivos, como así también de los donantes muertos.

Por otro lado, la Educación para la Salud es un proyecto muy importante que se inició en 2000 a través de un convenio con la ANEP. Lo que hacemos es trabajar a nivel de los Institutos Normales, es decir, con los futuros maestros. Podemos decir que al día de hoy al menos el 70% de los maestros ha participado de un taller con nuestro equipo. Entonces, el Proyecto Siembra enseña al niño a ejercer el derecho a la vida, a la salud, a la educación y que decida en forma consciente, libre, voluntaria y solidaria. Ese es el mensaje que estamos transmitiendo a los maestros que, a su vez, harán llegar a los niños. También trabajamos en todo lo que hace a la donación, para lo cual contamos con librillos de distribución.

La implementación de un sistema de calidad llevó todo un proceso que nos cambió fuertemente el modo de trabajar. Debe quedar claro que en cada momento hacemos un abordaje científico de nuestra tarea.

Por último, queremos destacar la labor del Área de Administración y Contaduría.

Ahora bien; ¿de qué se abastece todo este sistema? Los sistemas de donación y trasplante necesitan de un presupuesto público. Esta ha sido nuestra premisa y la hemos defendido fuertemente. En concreto, el Instituto recibe USD 1:050.000 al año. Podemos demostrar que el país ahorra más de USD 2:000.000 por cada cien trasplantes renales.

Somos conscientes de que no existe una organización de este tipo si no se cuenta con un buen recurso humano. Afortunadamente, podemos decir que tenemos un excelente recurso humano que nos permite llevar adelante toda esta obra.

(Se presentan distintas gráficas y láminas)

Esta organización, normalmente, debe dar una mirada integradora para distintas realidades, la cual se da a través del Registro Mundial de Trasplantes. A nivel de la Organización Mundial de la Salud existe un observatorio global de donación y trasplante. Es bueno señalar que el Uruguay forma parte de ese Registro.

El año pasado, a nivel mundial, se llevaron a cabo 65.700 trasplantes de riñón, 21.000 de hígado y 6.000 de corazón. Sin embargo, en América Latina —cuya población total es de 470:000.000 personas— su tasa de donantes es de 6.1 por millón de habitantes.

En 2004 los Ministerios de Salud de Uruguay y Argentina firmaron un convenio por el cual cuando existiera la procuración de un órgano que no tuviera lista de espera, sería enviado al centro correspondiente del otro país.

En la primera década se hicieron 138 trasplantes de órganos, en la segunda, 358 y en la tercera, 781. Por su parte, en la primera década no se hizo ningún trasplante de corazón, en la segunda, 14 y en la tercera 9.

(Se presentan gráficas con los datos correspondientes a cada tipo de trasplante)

Para el año 2008 planteamos algunas metas, como la internalización del proceso de donación y trasplante en el Sistema Nacional Integrado de Salud, y la existencia de indicadores de calidad institucional para la donación y trasplantes. También entendemos conveniente acompasar la descentralización del Sistema Integrado mediante una regionalización operativa.

En resumen, esta es la historia y la realidad del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Fiandra.

ACADÉMICO FIANDRA.- Sin dudas, fue una exposición muy completa. Al respecto, pienso que sería bueno disponer de las gráficas porque, naturalmente, no constarán en la versión taquigráfica.

DOCTORA ÁLVAREZ.- Con mucho gusto. De todos modos, todos los datos figuran en la página web, que son actualizados trimestralmente.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Berro.

ACADÉMICO BERRO.- Felicito a la Profesora Álvarez por la completa presentación que nos ha hecho.

Por otro lado, quisiera saber si a su juicio el aumento en el número de trasplantes puede obedecer a la Ley N° 17.668, de 2003.

DOCTORA ÁLVAREZ.- El 30% de los donantes obtenidos ha provenido del cambio en la legislación. Está claro que si no tuviéramos una legislación importante con normas bien establecidas, sería imposible contar con una organización de este tipo.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Félix Leborgne.

ACADÉMICO LEBORGNE (Félix).- Quisiera saber a quién compete el seguimiento del monitoreo de los trasplantes y si tiene alguna vinculación con el Banco de Tumores.

DOCTORA ÁLVAREZ.- Todos sabemos lo difícil que se hace obtener los resultados. De todos modos, en la parte de trasplante cardíaco y renal, no hay ningún problema; incluso, esos datos están publicados en la página web.

En cuanto a la segunda interrogante, puedo decir que el Banco de Tumores ha sido convocado por el Instituto.

PRESIDENTE.- En ese Banco de Tumores, ¿se prevé la preservación de ese material para que pueda ser analizado con técnicas de genética molecular?

Tiene la palabra el Académico Vercelli.

ACADÉMICO VERCELLI.- El Banco de Tumores está en plena discusión, más allá de que está todo acordado y simplemente falta la instrumentación. Hay dos posibilidades: tener una tumoroteca en bloques de parafina o toda la parte de conservación de ADN que requiere de una técnica mucho más sofisticada. Además, esto presenta varias dificultades. Por ejemplo, en un importante centro internacional la falla de las alarmas causó la pérdida de todo el material; se descongeló todo un sector y perdieron diez años de trabajo.

El otro tema que discutíamos en la Sociedad de Anatomía Patológica era cómo iban a obtenerse las muestras.

PRESIDENTE.- Si ningún otro Académico desea hacer uso de la palabra, agradecemos a la Doctora Álvarez la información que nos ha brindado respecto de un tema que figura en las preocupaciones de la Academia Nacional de Medicina.

**ASPECTO ACTUAL DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN SERES
HUMANOS. TRASPLANTES RENALES.
DOCTORES MANFREDI Y DIBELLO
12 de junio de 2008**

PRESIDENTE.- Correspondería dar la bienvenida a los Doctores Manfredi y Dibello, quienes se referirán al tema:

SEÑOR DIBELLO.- Es un gran honor para nosotros ser recibidos en el seno de la Academia Nacional de Medicina. Nosotros nos dedicamos a la Nefrología desde hace más de 20 años. En estos momentos nos desempeñamos como jefes de un Departamento de Salud Renal y desde ahí tratamos de trabajar en todo lo que es la Nefrología. Nos basamos en un proceso de gestión porque existe una política organizacional e institucional que apoyó la asistencia nefrológica siguiendo las políticas públicas. Contamos con tres Institutos de Medicina Altamente Especializada. La idea es cubrir las necesidades de los hospitales en Montevideo y Colonia, los Centros de Medicina Familiar y las filiales del interior. Las condiciones socioeconómicas, demográficas, epidemiológicas y de valores estaban dadas, y utilizando una herramienta humana factible, oportuna y saludable a través de un programa de medicina familiar, consideramos que podíamos estar trabajando en este cambio de atención a la salud, fortaleciendo el primer nivel y teniendo metas permanentes.

A partir de 1989 se fue gestando el Departamento de Salud Renal. Nosotros no queremos dializar ni trasplantar, sino que nos interesa cuidar la función propia de los riñones. Entonces, todas esas unidades fueron conformándose progresivamente a través del vínculo que hay con las medicinas familiares y con los demás Departamentos. Tratamos de trabajar en los programas cardo-endo-renales porque, siguiendo las nuevas teorías, lo que nos une es el árbol vascular. Tratamos de tener una buena comunicación y base de datos, estimulando el mecanismo de referencia y contrarreferencia con equipos multidisciplinarios. La base consiste en el trabajo en equipo, sobre todo priorizando la confianza y el apoyo mutuo.

Se ha puesto en marcha el Programa de Salud Renal, promoviendo los hábitos y la prevención de factores de riesgo. Se trata de un Programa de carácter nacional, que tiene criterios de planificación y construcción por y para el paciente, que facilita la gestión por objetivos, que engloba la asistencia longitudinal de paciente y nos permite la medición.

En el Uruguay hay 3.800 pacientes con tratamiento sustitutivo e ingresan a razón de 400 pacientes nuevos por año. La solución para mejorar esto son los programas de prevención de enfermedades renales, tal como ha quedado comprobado.

(Se muestran diversas láminas y gráficas para mejor comprensión de los presentes)

Según la ley actual, el consentimiento o la negativa deberá ser declarado al momento de afiliarse y toda persona mayor de edad fallecida sin haber expresado su voluntad en contrario, cuya causa de muerte amerite pericia forense, también será considerada como donante. La muerte encefálica está marcada por el daño irreversible del tronco cerebral, coma reactivo, ausencia de reflejos, apnea y debe ser documentada por dos médicos. ¿Qué pasa cuando hay una muerte cerebral? La institución avisa al Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, se notifica al nefrólogo del Departamento de Salud Renal, al cirujano vascular, al urólogo, a los licenciados de bloc y de piso, y al anestesiista. Para poder trasplantar es necesario contar con una unidad de procuración en estrecha vinculación con todas estas organizaciones.

Quiero recalcar que hay 32% de diabéticos en hemodiálisis y 41 pacientes del Ministerio de Salud Pública. La Unidad de Trasplantes ha concretado 109 trasplantes; hay 60 pacientes en lista de espera y 40 en estudio. La sobrevida al primer año es del 94% en pacientes y del 92% en injertos. Asimismo, es bueno señalar que el 96% son trasplantes renales cadavéricos y que las edades de los donantes se sitúan entre los 21 y 50 años. En nuestro equipo, el promedio para la obtención de un trasplante ha sido de 28,4 meses. En 2005 se hicieron 113 trasplantes, en 2006 se llegó a 120 y en 2007 bajaron a 98. Muchas veces llama la atención que con tantos accidentes no se hayan hecho más trasplantes, pero ocurre que en una gran proporción las muertes se dan en el mismo lugar del accidente.

Por el momento es cuanto deseo informar.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Berro.

ACADÉMICO BERRO.- Quiero hacer un comentario respecto de la donación con corazón parado. ¿Cómo hacen para saber, rápidamente, si no ha expresado su negativa? Debería existir una comunicación muy rápida para saberlo.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Fiandra.

ACADÉMICO FIANDRA.- Hay un punto que concuerda totalmente con lo que está emprendiendo la Comisión Honoraria de la Salud Cardiovascular: enseñar a resucitar a toda la población del país. Esperamos que en un año y medio hayamos podido culminar con este programa.

¿Ustedes están satisfechos con el aporte de órganos o entienden que el número debería ser mayor a los efectos de cubrir las necesidades de la población?

DOCTOR DIBELLO.- No estoy satisfecho pero, a mi juicio, el problema se evita recurriendo a programas de primera y así evitar que los pacientes ingresen a diálisis.

ACADÉMICO FIANDRA.- De acuerdo, pero ese es un estado teórico ideal al que, lamentablemente, no creo que pueda llegarse.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Doctor Manfredi.

DOCTOR MANFREDI.- En lo personal, es un gusto estar aquí con ustedes.

La evolución de los trasplantes muestra, que en el Instituto de Cardiología Infantil se trasplantaron 42 adultos y 17 niños. Los trasplantes de adultos comenzaron en 1999 y se registró un crecimiento que se detiene en 2004 y 2005 sin que, sinceramente, sepamos a qué obedeció. En lo que tiene que ver con donantes aptos para trasplante cardíaco hubo una disminución de la procuración en 2006 y 2007. Se llevó a un pico de trasplante de entre 9 y 10 trasplantes cardíacos en un año en el Centro en el cual trabajo.

Los receptores de corazón tienen una expectativa de vida menor de un año por su cardiopatía, pero luego pasa a ser del 80% a los cinco años y el promedio de sobrevida supera los 10 años. Advierto que estas cifras están basadas en el registro internacional porque nosotros todavía no tenemos pacientes con tantos años de trasplantados.

Hace dos años tuvimos el primer caso de un trasplante. Se trataba de un chico que había tenido una cardiopatía congénita y se trasplantó a los 14 años. Luego, estando en la Universidad, a los 21 años, se trasplantó con éxito.

(Se proyectan varias gráficas para mejor comprensión de los presentes)

Vale destacar que de los 20.000 insuficientes cardíacos que hay en el Uruguay — aproximadamente el 1% de los adultos— sólo se están trasplantando 10 u 11 pacientes por año.

PRESIDENTE.- No me queda claro si todo esto satisface la demanda.

DOCTOR DIBELLO.- Alcanza con ver la lista de espera para responder esa inquietud. Por ejemplo, hay 400 individuos esperando un riñón para ser trasplantados.

PRESIDENTE.- ¿Eso tiene solución?

DOCTOR DIBELLO.- Creo que sí.

PRESIDENTE.- Esto es importante porque el interés de la Academia era determinar si valía la pena hacer algún esfuerzo por crear un organismo que facilite el acceso a los órganos.

DOCTOR DIBELLO.- Pienso que son las autoridades del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos quienes deberían responder esa consulta.

ACADÉMICO FIANDRA.- ¿Ustedes están satisfechos con el número de donantes?

DOCTOR MANFREDI.- No, para nada.

PRESIDENTE.- En definitiva, les agradecemos mucho la información que nos han brindado a propósito de este tema.

**GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
EN IBEROAMÉRICA
DOCTORA SILVIA DA LUZ
14 de agosto de 2008**

PRESIDENTE.- Tenemos mucho gusto en recibir a la Doctora Silvia Da Luz quien, por sugerencia de la Académica Ruocco, nos representará en la Reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina de América Latina, ALANAM, abordando el tema *Gestión y Evaluación de la Atención Primaria de Salud en Iberoamérica*. Asimismo, también concurrirá el Primer Vicepresidente, Académico Peña. Tiene la palabra la Doctora Da Luz.

DOCTORA DA LUZ.- Buenas noches.

Antes de nada, quiero expresar que para mí es realmente un honor estar hablando frente a los integrantes de la Academia Nacional de Medicina y, además, tener la posibilidad de representarlos en este evento

**Hacia la calidad de la gestión en el
Primer nivel de atención
Implementación de la estrategia de Educación Permanente en Salud (EPS)**

Introducción

El ser humano vive en permanente interacción con los demás.

En su trabajo habitual, se une en un esfuerzo común para alcanzar objetivos y metas, imposibles de lograr en forma individual.

Por esa razón, nuestra sociedad se caracteriza por estar formada por organizaciones.

Según Chiavenato (1) "una organización solo existe cuando:

- hay personas capaces de comunicarse
- dispuestas a trabajar conjuntamente
- para obtener un objetivo común

Ya a comienzos del siglo xx, Max Weber decía: "Nuestra sociedad se caracteriza cada vez más por ser una sociedad organizacional"

Este autor también expresa que las organizaciones y quienes las gestionan adquieren una responsabilidad social: prestar servicios de calidad, es decir, que sean eficaces y eficientes.(2)

Sin analizar todas las funciones correspondientes llevadas a cabo en la gestión de una organización, nos interesa destacar algunas de ellas puesto que tienen relación con el gran capítulo de la capacitación y en especial con aquellas estrategias dirigidas a la totalidad del equipo de salud. Estas funciones serían:

- organizar los recursos humanos
- liderar a personas y grupos
- ser agente de cambio

Tradicionalmente, en los servicios de salud se ha priorizado la capacitación en conocimientos y técnicas específicos de cada disciplina, aporte por demás importante para un mejor desempeño del capital humano de la organización.

Pero la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha impulsado nuevos principios educacionales que permitan el cambio en las prácticas sanitarias, a partir de la discusión colectiva de los problemas y situaciones que surgen del trabajo.

Es así que, a partir de 1995, la OPS prioriza la estrategia de Educación permanente en Salud (EPS) como paradigma dirigido a la mejora de la gestión de los servicios de salud. Es una estrategia de capacitación y una herramienta de gestión de RRHH que se puede definir como ***el proceso de aprendizaje en los servicios de salud que está presente durante toda la vida laboral del trabajador.***

La educación permanente en salud privilegia el conocimiento en acción desde una perspectiva de búsquedas de respuestas a los problemas emergentes de las prácticas de trabajo.

Es un proceso que es deseable que cumplan los equipos de salud, llevado a cabo a través de diversas estrategias, que tiene como objetivos principales la profundización del quehacer interdisciplinario y la capacitación en el lugar de trabajo, para que redunde en una eficaz mejora de la calidad de la atención.

La aspiración para esta estrategia es que las instituciones se conviertan en verdaderas comunidades de aprendizaje entendidas estas como un grupo de personas que aunadas por un interés común aprenden juntas creando lazos entre ellos (3)

Marco de acción para la implementación de la estrategia de EPS.

De acuerdo a la literatura consultada (4,5 y 6) la estrategia de EPS se basa en los siguientes supuestos:

Que a nivel mundial existen profundos cambios en los planos: político, económico, social, demográfico y ambiental.

Que los sistemas de salud de América Latina atraviesan situaciones de crisis y hoy se encuentran dedicados a la implementación de reformas del sector.

Que en relación a estas reformas, una de las áreas más críticas es la de los trabajadores del sector. Que la capacitación no ha sido, hasta ahora definida en función del nivel local ni en función de la práctica de los trabajadores.

Que no se ha vinculado lo educativo con la gestión, hecho que hoy es imposible de cuestionar.

Que hoy ya se trabajan los temas de derechos y equidad, en conjunto la población y los trabajadores de la salud.

Que ha ocurrido una pérdida del sentido de responsabilidad social frente a la población.

Que todos estos elementos constituyen un escenario propicio para la implementación de la EPS.

Guerra de Macedo nos habla de " la necesidad de transformar la visión que se tiene acerca del desarrollo integral de los trabajadores de salud (...).es ya aceptado universalmente que ellos son actores importantes del proceso salud enfermedad(...)que son elementos esenciales para concretar planes y procesos (...)para elevar la calidad de la vida, a través, principalmente, de la

salud y la educación, para sistematizar el conocimiento relevante que emerge del trabajo, y, en suma, para avanzar en la transformación de las prácticas y los procesos de trabajo en salud”

Soporte conceptual de la EPS

Algunos aspectos a destacar:

Se realiza el análisis del propio lugar de trabajo, a partir de los problemas identificados por el equipo.

Cada trabajador pasa a conocer todo el proceso de trabajo, y así comprender la importancia de cada uno de los roles en este proceso.

Cada individuo aprende a través de su permanente interacción con los otros y a lo largo de toda su vida.

Se conforman equipos de trabajo con alta capacidad de reflexión crítica, lo que lleva a la mejora de la organización y de la prestación de servicios a la población.

Se basa en una pedagogía problematizadora.

Apunta a dignificar la función pública.

Davini (6) afirma que esta nueva perspectiva” supone un giro radical en las prácticas de pensar, proyectar y hacer educación. Supone, solidariamente con ello, asumir las múltiples dimensiones del proceso, y valerse de ellas como herramienta de transformación de las instituciones de salud.”

La misma autora afirma que “La Educación Permanente hace énfasis en la máxima desescolarización del aprendizaje, desarrollando técnicas que proviene de la educación de adultos, de la psicología social, de la administración estratégica, con énfasis en la cultura organizacional y en enfoques de calidad centrados en los usuarios de los servicios.(7)

En pocas palabras: en el trabajo, por el trabajo, desde el trabajo (6)

Implementación de la estrategia de EPS en un efector de salud del primer nivel de atención.

Pasamos a describir dos años de experiencia en la implementación de esta estrategia educativa en el Centro de Salud Jardines del Hipódromo del Departamento de Montevideo, Uruguay. Este departamento tiene 12 centros de salud, que junto a sus policlínicas dependientes y efectores de salud de la municipalidad, constituyen la red de efectores del primer nivel de atención del sector público del Sistema de Salud.

La capacitación de los recursos humanos es preocupación central del equipo de gestión de este Centro. Y especialmente en la posibilidad de implementación de metodologías que permitieran dirigir esa capacitación a la totalidad del equipo de salud.

Es así que, junto al área pedagógica del Dpto. de Educación Médica de la Facultad de Medicina, UDELAR, (Lic. A. Careaga) se inicia la implementación de esta estrategia en el año 2006.

Condiciones esenciales para la implementación de la estrategia

Para la implementación de un proceso de EPS son necesarias algunas condiciones de partida:

- Liderazgo estratégico
- Equipo directivo comprometido
- Tiempos institucionales específicos
- Lugar específico de reunión
- Participación activa de los integrantes del equipo
- Compromiso de todos los actores
- Tutores capacitados
- Seguimiento y monitoreo de la experiencia

Metodología

En instancias de trabajo cada 15 días se utilizan recursos metodológicos diferentes:

1. Presentación general de la estrategia de EPS.
2. Identificación de los problemas del trabajo.
3. Trabajo en pequeños grupos y con la totalidad del equipo.
4. Preguntas disparadoras para la reflexión crítica. (¿Qué problemas se visualizan en el centro de salud?) (¿Cómo nos gusta que nos atiendan?)
5. Presentación de programas y actividades realizadas en el centro por parte de quienes las operativizan, lo que conduce al conocimiento del trabajo por parte de la totalidad del equipo de salud.
6. Elaboración de trabajos de investigación acerca de un problema específico del centro de salud, realizados por los Internos de Medicina.
7. (pre-grado de la Carrera de Medicina –Universidad de la República)
8. Relacionamiento teoría – práctica. En cada instancia, se relaciona el marco teórico de la EPS, de la teoría de la organización, del aprendizaje, de la motivación, con los problemas que surgen en la práctica en el propio lugar de trabajo, en el día a día.
9. Evaluaciones:
 - a. -encuestas de satisfacción al usuario y a los participantes
 - b. -observaciones de las facilitadoras a través de un registro
 - c. sistemático de las diferentes instancias.
10. Seguimiento de la implementación: retroalimentación permanente a los participantes a través de estrategias que promueven la reflexión sobre los procesos de aprendizaje.

Resultados de encuesta realizada a los participantes.

En el mes de mayo 2007 se realizó una encuesta a los participantes que mostró que el 94% se encontraba trabajando en forma “Cómoda-Positiva” en esta modalidad de trabajo.

Resultados de encuesta realizada a los usuarios

Se realizó una encuesta en agosto 2007 que evidenció que el 84% de los usuarios catalogaba entre buena y muy buena a la atención brindada por el Centro de Salud. La próxima encuesta se realizará en agosto 2008.

Logros

Desde las percepciones de los participantes se constata que a través de la estrategia de EPS:

- Se profundiza el sentimiento de pertenencia.
- Existe un mayor intercambio con los compañeros
- Se busca más fácilmente la solución de los problemas en la práctica y de forma conjunta.
- Hay un mayor crecimiento personal
- Se visualiza una mejora en la atención al usuario

Las facilitadoras observan:

- Ambiente colaborativo

- Aumento de la autoestima de los participantes
- Mejora en la capacidad de resolución de conflictos de los integrantes del equipo de salud
- Aumento de propuestas de trabajo en actitud crítica

Otros logros

- Permanencia en el tiempo (2 años)
- Asistencia regular(promedio de 60 personas)
- Inserción del Interno de Medicina en esta estrategia a pesar de ser un recurso en rotación. La misma permite que el Interno reflexione sobre su práctica, que se inserte en la interdisciplina, que comprenda la forma de actuar y de aprender del médico en su lugar de trabajo. Esta inserción contribuye a la construcción del perfil del médico establecido por el Claustro de la Facultad de Medicina 1995.
- Mejora en aquellos servicios en los cuales se habían identificado problemas que repercutían en el trabajo diario: por ejemplo: Archivo de historias clínicas , cuyo funcionamiento fue mejorando progresivamente con esta intervención
- Inserción del usuario en este proceso

Nuestro aprendizaje en este proceso:

- Aprender la estrategia en la práctica día a día , aprender haciendo
- Trabajar desde la diversidad : distintos enfoques, trayectorias y biografías
- Vencer las resistencias iniciales
- Escuchar al otro de forma atenta
- Respetar las diversas perspectivas , enfoques y opiniones
- Profundizar competencias de trabajo en equipo
- Relacionar el aprendizaje con la gestión.
- Enriquecimiento sin repetición innecesaria de los discursos
- Modestia

El aprendizaje es un proceso individual y colectivo

- Pasión por lo que se hace

Nuestro desafío:

Perfeccionar instrumentos que nos permitan seguir evaluando el nivel de satisfacción de las personas, y de ahora en mas evaluar lo aprendido en las tareas diarias junto al impacto de esta estrategia en la calidad de la atención

Es una verdadera "aventura intelectual" (9) que nos permite crecer juntos.....desde el pie.

Bibliografía

- 1) Chiavenato,I. Administración de recursos humanos. McGraw-Hill, Colombia, 1996.
- 2) Pini,J. Capacidad gerencial en los Servicios de Salud. En: Publicación de Diploma de Posgrado en Gestión de Servicios de Salud. Centro de Posgrados. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración y Facultad de Medicina.UDELAR.Edición 2007.
- 3) Wenger,E. Communities of practice: Learning, meaning, and identity. Cambridge University Press, 1998
- 4) OPS-OMS. Gestión de proyectos de Educación Permanente en los servicios de salud. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud N°44. OPS-OMS, 2002.
- 5) OPS. Educación permanente de personal de salud: La gestión del trabajo-aprendizaje en los Servicios de Salud. Serie de publicaciones científico-técnicas N°17, OPS, 1997.
- 6) OPS-OMS. Educación permanente de personal de salud. Serie Desarrollo Recursos Humanos N°100. OPS-OMS, 1994.

- 7) OPS-OMS. Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Proyectos relacionados con los proyectos de Reforma Sectorial. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud N°3. OPS-OMS. Quito, 2002.
- 8) OPS-OMS. Evaluación en Procesos de Educación Permanente y capacitación en Salud. Experiencias y lecciones. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N°45. OPS-OMS, Washington, 2006.
- 9) Morin, E. Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa, Novena reimpresión, Barcelona, 2007.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Peña.

ACADÉMICO PEÑA.- Sin dudas, es un tema que nos gusta mucho y en el cual estamos inmersos. Todo esto que dijo la Doctora Da Luz nos permitió ver cuál es la metodología de esta estrategia. A nuestro entender, todo esto debe volcarse en resultados en materia de asistencia. Es necesario que haya un sustrato de trabajo que reciba esta estrategia y luego manifieste el impacto. Entonces, hoy vimos lo relativo a la estrategia, pero nos queda el otro capítulo, que es el más interesante: el de los resultados. Por lo tanto, quisiera saber en qué etapa comenzará a evaluarse esos distintos aspectos.

DOCTORA DA LUZ.- Nosotros ya tenemos algunos resultados. Por ejemplo, podemos citar la mejora que se produjo en un sector capital del centro de salud, como lo es el archivo de historias clínicas. Otro aspecto destacable tiene que ver con la inserción de los internos con sus trabajos de investigación, en tanto eso constituye un producto de la estrategia.

Ahora bien; en cuanto al impacto en la atención, pensamos que es algo muy difícil de medir. ¿Cómo hacemos para saber que una eventual mejora es sólo producto de esta estrategia y no, también, de otras acciones?

PRESIDENTE.- Tiene la palabra la Académica Honoraria Hortal.

ACADÉMICA HONORARIA HORTAL.- Se ha hablado de un equipo interdisciplinario y, al respecto, quisiera saber si los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria tienen un rol.

DOCTORA DA LUZ.- Los recursos humanos en formación que rotan en el equipo de salud son múltiples. Tenemos residentes de Pediatría, de Medicina Familiar y Comunitaria, estudiantes de la Facultad de Psicología, de Enfermería, de Psicomotricidad, etcétera.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra la Académica Ruocco.

ACADÉMICA RUOCCO.- Conozco personalmente el trabajo de la Doctora Da Luz y creo que es algo excepcional. Quizás mi apreciación suene un poco exigente, pero lo cierto es que lo que conozco no se ve reflejado en la presentación que nos ha brindado en el día de hoy. ¿No habrá otra forma de mostrar este trabajo formidable, quizás de una manera más gráfica? Tengamos en cuenta que es el primer centro de este tipo que hay en el país y, justamente, eso no está plasmado en la presentación.

PRESIDENTE.- Desconozco el tema pero, de todos modos, coincido con el Académico Peña en cuanto a que faltan resultados.

ACADÉMICA RUOCCO.- Sobre el particular, reconozco que es muy difícil mostrar resultados, pero sí podría darse a conocer de forma más explícita la obra que se lleva adelante.

DOCTORA DA LUZ.- Naturalmente, acepto con gusto todas las sugerencias y estoy abierta para introducir a la presentación los cambios que se entiendan pertinentes.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Petruccelli.

ACADÉMICO PETRUCCELLI.- Deseo felicitar a la Doctora Da Luz por el trabajo que viene realizando. Incluso, junto con una colega, ha escrito un excelente libro que yo he presentado hace unos años y cuya lectura vale la pena.

Tal como se ha señalado, realizó una exposición conceptualmente muy valiosa pero, quizás, faltarían algunos otros detalles más prácticos.

Por otro lado, quiero señalar que es cierto que hace treinta años que la OPS está en esto y que en algún momento reconoció que el sentido que se le da a todo esto había sido avasallado por la evolución contraria de los temas económicos, el marketing y todos los elementos que hacían imposible evolucionar en este sentido. El lugar en el que trabaja la Doctora Da Luz es uno de los más aptos para aplicar esa teoría.

Finalmente, deseo destacar que el 90% de estos conceptos figuran en el Plan 68, que fue elaborado por gente magnífica; todos los elementos básicos del aprendizaje, el trabajo en equipo, etcétera, los encontramos en dicho Plan.

PRESIDENTE.- Si ningún otro Académico desea hacer uso de la palabra, agradecemos nuevamente a la Doctora Da Luz por su exposición.

A CIEN AÑOS DEL 2º CONGRESO DE CIRUGÍA

AC. RAÚL C. PRADERI

28 de agosto de 2008

PRESIDENTE.- A continuación, el Académico Praderi ocupará el espacio dedicado a los temas científicos.

ACADÉMICO PRADERI.- Estamos en 2008 y quiero hacer mención a un acontecimiento que ocurrió en 1908, es decir, hace exactamente cien años. En los últimos veinte años me he preocupado de averiguar los centenarios de los principales sucesos. El siglo de la Cirugía y también de la Medicina fue de 1880 a 1980. En 1881 se hizo la primera gastrectomía con sobrevida, a cargo de Billroth. A su vez, en 1882 Langebuch hizo la primera colecistectomía con sobrevida. Al cumplirse el centenario de la gastrectomía hice una pequeña comunicación a la Sociedad de Cirugía. Al año siguiente me di cuenta de que era el centenario de la colecistectomía y lo interesante era que se había creado una sociedad nueva, la International Biliary Association. En 1982 me invitaron al Congreso de esa organización, donde presenté una conferencia sobre los cien años de la cirugía biliar. El Presidente era Leslie Blumgart, Profesor de Cirugía en el Hammersmith Hospital de Londres. Presenté un diapositivo que saqué del libro de HD, en el cual había una figura del Uruguay y en su interior Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. Di la conferencia y al terminar me pidieron las diapositivas. En ese momento, un norteamericano me pidió la conferencia para publicarla en Estados Unidos.

En 1904 se hizo la primera operación de pancreatocistomía cefálica con sobrevida, la cual estuvo a cargo de Walter Kausch, cirujano alemán. Al respecto, tengo una anécdota que vale la pena ser contada. En cierta ocasión estábamos en un congreso que se desarrollaba en Barcelona y cuando Pi Filgueras preguntó qué operación se hacía en los cánceres de coledoco distal, primero contestaron tres famosos cirujanos norteamericanos: Schwartz, Thompkins y Cameron. Schwartz contestó que para el cáncer de páncreas y de coledoco distal hacía la operación de Whipple. Thompkins y Cameron, respondieron lo mismo. Pues bien; cuando llegó mi turno, respondí: *Kausch operation*. Fue como que hubiera tirado una bomba encima de la Mesa. Finalmente, Imrie, un escocés, también contestó: *Kausch operation*. Ante esto, Schwartz me señaló: *Pero el primero que la hizo en Estados Unidos fue Whipple*. Le contesté que Kausch la hizo en 1909, diez años antes que Whipple, y que estábamos en España. Ya en Montevideo, recibo un llamado de Schwartz quien me solicitó que le enviara el trabajo original de Kausch. Así lo hice.

También escribí sobre el colon y el páncreas, y días pasados me di cuenta de que había publicado un artículo en Estados Unidos en el cual hablo de toda la historia de la Cirugía Biliar. Allí figuraba un personaje realmente increíble, como Hans Kehr. Tengo un libro de 1928, de Rolleston y Mc Nee, que dice que los enfermos con patología biliar litiásica —cálculos— tienen que hacer las tomas de agua en los spa, pero si son pobres deben operarse.

En 1933 se celebró un Congreso en Vichy, Francia, para abordar lo relativo a las complicaciones de la cirugía biliar y el tratamiento con las aguas termales. En Halberstadt trabajaba Kehr, y hacían las ictericias y colecistitis por los cálculos. En ese momento se organiza el Congreso Mundial de Cirugía. El International College of Surgery había realizado el primer congreso el año anterior, en Bruselas. Entonces, en 1908 se realiza este segundo congreso sobre *Tratamiento en la litiasis biliar*. Lo interesante a destacar tiene que ver con la cantidad de operaciones. Recordemos que ese año se presentaron las primeras coledocotomías. Concretamente, Kehr presentó 280 casos operados por él, relatados uno por uno; William Mayo, 207; Mayo Robson —famoso cirujano inglés— 130; Caerny —uno de los discípulos preferidos de Billroth—, 108 y Körte 74. A su vez, siete cirujanos franceses, en conjunto, presentaron 102 casos. Quiere decir que la cirugía biliar, al igual que la cirugía gástrica, fue un invento de los cirujanos alemanes.

Este mismo año los astutos franceses propusieron el mismo tema en el 21º Congreso Francés de Cirugía. ¿Y qué hicieron? Repitieron las cifras y los textos de Kehr. Tengamos en cuenta que Kehr era un hombre muy honesto y de bajo perfil; ni siquiera era profesor aunque después fue nombrado Profesor de Cirugía, en Berlín. En 1913 publicó su Tratado de Cirugía Biliar, que durante cuarenta años fue la biblia de esa especialidad. Falleció en 1916 durante la Primera Guerra Mundial.

El problema de sacar la vesícula estaba prácticamente resuelto, pero la dificultad se presentaba con la vía biliar principal. El invento genial estuvo en la utilización de un tubo en "T", que hoy se conoce como Tubo de Kehr. Lo que hacía, además, era sacar los cálculos y la vesícula, y poner su tubo.

(Se muestran imágenes que reflejan la utilización de diversas técnicas)

La cuestión es que los franceses aprendieron la técnica y en este congreso se adelantaron muchas cosas.

En una oportunidad vino Bismuth —cirujano francés muy amigo nuestro— a Montevideo y dio una conferencia sobre Cirugía Biliar. Allí se dio cuenta de que nosotros habíamos estudiado muy bien a los cirujanos franceses. Cuando habló de Roux, le recordamos que no era francés, sino suizo y que su técnica la había hecho para la cirugía gástrica. La primera hepatectomía reglada la había hecho Caprio en el Uruguay en 1931. Cuando se lo explicamos a Bismuth, lo citó en la Enciclopedia Francesa de Técnicas Quirúrgicas.

El hecho es que los cirujanos franceses adquirieron todos los grandes inventos alemanes. Fue así que en 1919 los alsacianos tradujeron toda la bibliografía biliar alemana. Uno de ellos fue Henri Hartmann, el maestro de Navarro y de Mayo. Escribió unos libros de vías biliares resumiendo toda la experiencia de los cirujanos alemanes.

En definitiva, esto era lo que quería contar porque este año se cumple el centenario de la coledocotomía sistematizada. Y el primero que la hizo fue Hans Kehr.

PRESIDENTE.- Agradecemos al Académico Praderi por su exposición.

Se levanta la sesión.

CIRUGÍA VASCULAR EN EL URUGUAY DOCTOR CARMELO GASTAMBIDE 11 de setiembre de 2008

PRESIDENTE.- Es un gusto recibir al Doctor Carmelo Gastambide, conocido de todos nosotros —incluso, algunos supimos ser sus pacientes—, Jefe de Cirugía Vasculardel de la Asociación Española y del Sindicato Médico, con una profusa actividad científica, académica y docente.

DOCTOR GASTAMBIDE.- Confieso que es un honor estar aquí pero, particularmente, deseo agradecer al Académico Praderi quien, de algún modo, es el responsable de mi presencia hoy en la Academia Nacional de Medicina.

La idea es mostrar a ustedes que la cirugía vascular en el Uruguay ha tratado de seguir esa frase de Darwin, muy conocida y seguramente acuñada por todos ustedes, en el sentido de que en los cambios, en las especies no sólo sobreviven las más inteligentes sino aquellas que pueden responder a ese cambio que se da con el transcurrir del tiempo.

Quiero iniciar mi exposición con el Acta Fundacional de la Sociedad de Angiología del Uruguay, concretada en julio de 1966 en el Hospital Maciel, presidida por el Profesor Eduardo Palma y en la que también participaron los Doctores Abó, Rodríguez, Ormaechea, Esperón, Ugarte, Rubio, Arias, entre otros. A partir de allí se sucedieron una serie de eventos científicos. En 1970 se celebra el 1er Congreso Uruguayo de Angiología, estando entre los integrantes del Comité organizador el Profesor Raúl Praderi, entre otros. Sin dudas que la cirugía vascular en Uruguay se nutrió de jornadas con visitantes extranjeros, todas ellas de gran nivel. Hay dos cirujanos vasculares, aún vivos, que tuvieron gran impacto en nuestro medio y en el mundo entero: los Doctores Parodi y Criado. No puedo dejar de mencionar al Doctor Dotter, quien en 1964 fue el primero en destapar arterias con catéteres y balones. Es a partir de entonces que aparecen una serie de instrumentos como los catéteres, catéteres con balón para hacer angioplastia, stent, coins para embolsar, etcétera. El Doctor Parodi, en 1991, trató un aneurisma de aorta abdominal

implantando una endoprótesis. Esto cambió el tratamiento del aneurisma de aorta en el mundo entero. Por supuesto que acompañando este cambio explosivo y vertiginoso en Latinoamérica, germina alguna idea.

Esta Sociedad de cirujanos cardiovasculares de Latinoamérica se gestó con un grupo de amigos en la ciudad de Punta del Este en 1997. Tiene por fin desarrollar todos los conocimientos en cirugía vascular y pudimos organizar el 2º Congreso Latinoamericano con visitantes de varias partes del mundo, en la ciudad de Punta del Este, en 2001. Quiere decir que estamos entrando al nuevo siglo y la cirugía vascular uruguaya trató de acompañar lo que se está haciendo en el mundo entero como terapia de avanzada en las patologías vasculares.

Hemos hecho varios cursos, el último de ellos en agosto, en la ciudad de Colonia, al cual concurrieron más de ochenta médicos, entre los cuales había argentinos, chilenos, colombianos y paraguayos.

Los cirujanos vasculares uruguayos hemos evolucionado, de aquella etapa de los grandes maestros, donde el cirujano era cirujano general y, además, cirujano vascular. Quiere decir que hacía la clínica quirúrgica en cualquier hospital universitario de Salud Pública o en la práctica mutual. Pero la cirugía vascular en el mundo entero ha cambiado y, hoy en día, se ha incorporado el tratamiento endovascular. Es así que el cirujano vascular ha tenido que aprender Radiología, Hematología, anticoagulación, etcétera. Esto quiere decir que se ha transformado de cirujano general y vascular, en cirujano vascular y endovascular.

Sin dudas, no podemos dejar de homenajear a ciertas personalidades visionarias dentro de la cirugía vascular, como ser los Doctores Mazza, Arias, Danza y Portos. Estos fueron los únicos cirujanos vasculares que en el Uruguay, durante veinticinco años, se dedicaron pura y exclusivamente a la cirugía vascular.

¿Qué somos los cirujanos vasculares? Sin dudas, somos angiólogos, cirujanos que hacemos procedimientos convencionales pero transitamos hacia la terapia endovascular y a la cirugía videoasistida y a la cirugía robótica, que ya se está haciendo en muchas partes del mundo, fundamentalmente en la etapa de investigación.

Como se ha mencionado, la clave para sobrevivir a los cambios radica en poder adaptarnos a ellos. Debemos proteger celosamente los conocimientos que ya tenemos como cirujanos vasculares, pero tenemos que dedicarnos muy intensamente a la nueva tecnología para mejorar el cuidado de nuestros pacientes. El impacto de la nueva tecnología endovascular, en particular, ha hecho efecto en el sector arterial y, parcialmente, en el venoso. Por ese motivo hoy quiero compartir con ustedes algunos aspectos de estos distintos territorios.

La indicación del tratamiento carotídeo está totalmente normatizado en el mundo entero. El Académico Médici puede corregirme si me equivoco. Incluso, los resultados obtenidos en el Uruguay soy prácticamente los mismos que se obtienen en otro país del mundo. En esta casuística de 180 pacientes, entre 2002 y 2005, tenemos 165 endarterectomías primarias, con una edad promedio de 69 años, con un 56% de sintomáticos y 44% de asintomáticos.

(Se proyecta una serie de láminas en torno al tema objeto del discurso)

El tiempo de estadía luego de la cirugía de la carótida es corto. En general, los pacientes están sólo dos días internados en el sanatorio. Asimismo, las complicaciones son escasas, no llegando casi al 2%. En cuanto a las complicaciones neurológicas, que son las más temidas, el porcentaje se ubica en el 1,21% y tenemos un paciente fallecido en algo más de 160. Todo esto hace una morbimortalidad de 2,4% en sintomáticos y asintomáticos. Esto está en línea con los estándares de cualquier parte del mundo.

Costó mucho y está costando mucho incorporar la nueva tecnología. Está de moda hablar del stenting carotídeo, sobre todo por parte de los colegas cardiólogos y radiólogos. Sin embargo, los cirujanos analizaron con más detalle el tema y se ha visto que los resultados que se presentaban no eran tan satisfactorios y poder “desbancar” —hablando pronto y mal— a la cirugía convencional con tan buenos resultados no era tarea sencilla.

(Se proyectan distintas imágenes cuya explicación es imposible registrar en forma escrita)

Como decía, es difícil comparar lo endovascular con la cirugía abierta, pero en el mundo entero se lo acepta para determinado tipo de pacientes. Hemos tratado pacientes con restenosis posquirúrgica, con cuello hostil, con cardiopatía severa en el preoperatorio, con enfermedades respiratorias severas, entre otros. Debe quedar claro, entonces, que hemos sido muy selectivos en la indicación del tratamiento endovascular de la carótida. Felizmente, las complicaciones son

bastante pocas. Al respecto, vale señalar que hemos perdido un solo paciente y hemos tenido dos stroc mayores no fatales en la evolución.

Por otro lado, la patología renal tiene, hoy en día, un grupo de indicaciones. ¿Cuándo hay que tratar a un paciente con estenosis de arteria renal? Cuando tiene demostrada una relación causal entre la hipertensión severa, una insuficiencia renal, que haya hecho edemas agudos de pulmón, esto es, que tenga este escenario clínico vinculable a la enfermedad renovascular.

Por otra parte, tendríamos los grupos de pacientes asintomáticos. En estos, hoy en día, la cirugía de revascularización renal no se hace a través de la laparotomía. La primera elección pasa por implantar, por vía percutánea, desde la arteria femoral, los dos stent. Hay algunas situaciones de enfermedad de la arteria renal que impiden emplear esta técnica. En esos casos hay que recurrir a la cirugía abierta.

Pasemos ahora a la arteriopatía obstructiva aorto - ilíaca e intrainguinal. Desde 1993 ó 1994, el by pass fémoro - poplíteo ya se pudo extender hacia el cuello del pie, en particular en pacientes diabéticos. En síntesis, para lesiones focales pero que invalidan mucho al paciente, la cirugía endovascular tiene su lugar. Todo esto está normatizado por este Comité Transatlántico que hizo el primer Consenso en el año 2000.

Veamos que se trata de pacientes con isquemia muy grave, que tienen estenosis arteriales mayores o igual a un 75, o una obstrucción, por ejemplo, de arteria femoral menor a cinco centímetros. Aclaro que esto se hace por vía percutánea, con anestesia local. Esta tecnología se ha extendido a las arterias de la pierna, pero no en todos los pacientes. Sí está indicada para aquellos que han sido operados varias veces, ya que en el Banco Nacional de Órganos y Tejidos no tenemos arterias criopreservadas para utilizarlas y trasplantarlas al paciente. Es bueno destacar que se obtienen muy buenos resultados, aun en las arterias tibiales o peroneas.

Ahora vamos a ingresar a un área que en el mundo entero ofrece serias dificultades tanto a nivel torácico como abdominal en el tratamiento quirúrgico. Comencemos por la arteria aorta en determinadas patologías, tanto en enfermedades congénitas como adquiridas.

En esta lámina observamos una pléyade de enfermedades, tales como: disección tipo B, aneurisma, traumatismo, úlceras, etcétera. La disección tipo A y las enfermedades valvulares de la aorta todavía no se están tratando con lo endovascular, pero sí ya se están implantando válvulas en la arteria aorta por vía endovascular, en lugar de la cirugía.

Sin dudas, el quirófano se transformó porque hemos tenido que incorporar el equipamiento radiológico, al técnico radiólogo y la bomba de inyección para teñir las arterias. Estos tratamientos endovasculares en la aorta, en este caso, torácica se pueden hacer con anestesia local o general.

Naturalmente, hay varios desafíos a enfrentar cuando uno comienza un tratamiento en la arteria aorta, como ser hemodinamia de la aorta, cambios anatómicos en la aorta y, en particular, la vecindad de estas enfermedades de la aorta con las ramas viscerales, con el tronco celíaco, con los troncos supraórticos —muchas veces, los aneurismas en el callo de la aorta están pegados a las carótidas—, el compromiso en la circulación de la médula —la temible paraplejia—, que tiene una alta incidencia en la cirugía de la aorta torácica en todas partes del mundo. Sin dudas, para tratar a estos enfermos uno debe disponer de imagenología de alta definición.

A continuación, podemos ver una pequeña experiencia de disección tipo B, entre 2000 y 2007. Tratamos 30 pacientes y el objetivo del tratamiento endovascular era evitar sellar la comunicación entre la luz verdadera y la luz falsa, mediante el implante de una endoprótesis en la luz verdadera, cerrando el sitio de ruptura y disminuyendo la presión en la falsa luz y obtener una trombosis de la luz falsa, redireccionando el flujo de sangre a los efectos de que vaya por la luz verdadera, de forma que cure la falta de circulación en las vísceras del abdomen o los miembros inferiores, a la vez de inducir la remodelación de la aorta que tiene rota sus capas por las láminas de disección. Como se observa en el cuadro, la mayoría de nuestros pacientes son personas de entre 50 y 69 años. Antes de llamar al cirujano vascular, todos estos pacientes fueron vistos por el equipo de cirugía cardíaca y todos fueron descartados para la cirugía abierta por la alta morbimortalidad que se tiene con estos tratamientos quirúrgicos. Quiere decir que se trata de todos pacientes que estaban condenados a morir.

¿Qué podemos decir a propósito de los resultados? El éxito técnico llegó al 100%, dado que pudimos tratar a todos los pacientes. Hubo un solo paciente que tuvo una fuga de sangre entre la prótesis y la pared de la aorta, por lo cual tuvimos que poner una segunda prótesis. A su vez, ningún paciente murió en el acto de la operación, en ningún caso fue necesario pasar rápidamente

a la cirugía abierta ni se dieron casos de migración de la prótesis. Sólo hubo un paciente con paraplejía.

¿Qué complicaciones debimos afrontar? Perdimos dos pacientes, en treinta; hubo dos pacientes que hicieron disección tipo A postimplante de la endoprótesis. Debe quedar claro que estas cifras son las mismas que pueden relevarse en cualquier parte del mundo. En las disecciones crónicas no perdimos ningún paciente. Vale destacar que a aquellos que murieron les hicimos la autopsia. A pesar de que en el CASMU nunca se había hecho una autopsia, la actual Ministra, que era la Gerenta, nos autorizó a realizarla. Tengamos en cuenta que cuando uno pierde un paciente con esta tecnología nueva, objetivamente debe saber por qué murió. Ello nos permitió determinar que ninguno de los pacientes falleció como consecuencia del implante.

(Se proyecta una serie de láminas en torno al tema objeto del discurso)

Quiero mostrar un caso que para nuestro medio creo que es inédito. Se trata de un chico de 16 años que jugando al fútbol sufre un traumatismo de cráneo, hace una crisis de hipertensión y padece un dolor torácico con isquemia sin pulso femoral. Se le hace la tomografía computada y luego se le implanta la endoprótesis. También descubrimos que había una nueva comunicación entre la luz verdadera y luz falsa que alimentaba en sentido retrógrado hacia el tórax toda la luz falsa. En otras palabras, la endoprótesis estaba perfectamente bien pero la sangre estaba presurizando a contracorriente la luz falsa de la aorta. Para solucionar esto, colocamos un stent desnudo. Reitero que es el primer caso que se hace en el Uruguay de esta manera.

Los aneurismas de la aorta torácica se trataban con cirugía cardíaca o con toracotomía. La mortalidad de esta cirugía en el Uruguay está por encima del 70%.

(Se proyecta una serie de láminas en torno al tema objeto del discurso)

Ahora vamos a entrar en el escenario del traumatismo de la aorta que todos ustedes conocen muy bien. A esto se le conoce como *lesiones cerradas de la aorta torácica*. Tenemos una referencia del Doctor Barrios, especialista en trauma, que señala: 50.000 accidentes de tránsito, 8.000 lesionados y 500 muertos por año. Constituye la primera causa de muerte en menores de 44 años. En 1960, en el Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el Doctor Praderi reporta el primer caso diagnosticado de ruptura de la aorta torácica postraumatismo cerrado. En 1976, los Doctores Cazabán, Bergalli, Piacenza y Chifflet, presentan estos dos tomos a propósito del I Centenario de la Facultad de Medicina, en donde se hace referencia a lesiones en los grandes vasos en el tórax. El segundo caso publicado en el Uruguay, responde a los Profesores Bruno y Castiglioni. Posteriormente, en 1985, el Doctor Luis Giammetti, en un estudio autopsico, encuentra un 3% de accidentados de tránsito fallecidos con ruptura de aorta torácica en etapa aguda. Tenemos otra referencia de los Doctores Filgueira, Russo y colaboradores, de 1988. En Estados Unidos hay de 7.500 a 8.000 casos por año y sólo un 25% llega vivo al hospital; de estos, el 30% muere en las primeras seis horas y de estos, el 50% no vive más allá de 24 horas si no es tratado.

(Se proyecta una serie de láminas en torno al tema objeto del discurso)

Podemos preguntarnos qué ocurre en la gente joven con el paso del tiempo. Hasta ahora no ha habido migraciones, deterioros de los injertos ni complicaciones pseudo aneurismáticas en la pared de la aorta. Hoy en día, la introducción de las técnicas endovasculares ha cambiado el tratamiento de las enfermedades de la aorta.

Ahora les voy a mostrar procedimientos que conjuntan la cirugía abierta con la endovascular y es por ello que se denominan *procedimientos híbridos*.

(Se proyecta una serie de láminas en torno al tema objeto del discurso)

Podemos ver el ejemplo de un paciente de 35 años que en 2002 hace una disección tipo B, lo operan y le colocan una válvula metálica en la aorta. En 2007 hace un aneurisma de aorta torácica. Entonces, planificamos una revascularización de los troncos supraórticos e implantarle una endoprótesis.

(Se proyecta un video mostrando la tomografía realizada al paciente)

Entre los beneficios de esta técnica, podemos citar que no es necesario abrir el tórax, no aparecen los sangrados, hay menos isquemia medular, el paciente se recupera más rápidamente, etcétera.

De 2002 a 2008 hemos tratado por vía endovascular a 100 pacientes con aneurisma de aorta abdominal y 54 con enfermedades torácicas. Asimismo, utilizando el procedimiento híbrido hemos tratado a 13 pacientes. La mortalidad ha sido del 15% a 30 días y hemos tenido un 0% de

parapleja. Como dije, estos resultados son comparables a los obtenidos en cualquier parte del mundo.

Para finalizar, quisiera referirme al presente y futuro de la cirugía endovascular. Al respecto, puedo decir que los tratamientos endovasculares se han incorporado definitivamente a la cirugía vascular en nuestro país. Por desgracia, no existe en el Uruguay un mecanismo solidario por el cual pueda disponerse de los materiales para el tratamiento de los enfermos. Aspiramos a que en un plazo breve pueda incorporarse toda esta tecnología a nuestro sistema de salud a los efectos de que esté al alcance de todos los que la necesiten y no sólo de quienes tienen dinero.

Muchas gracias por su atención.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Praderi.

ACADÉMICO PRADERI.- Deseo felicitar al Doctor Gastambide, a quien conozco muy bien y sé todo lo bueno que está haciendo en esta materia, siendo un referente de primer nivel.

**¿HA CAMBIADO LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE?
AC. GUIDO BERRO ROVIRA
9 de octubre de 2008**

PRESIDENTE.- A continuación, pasamos a la Actividad Científica: *¿Ha cambiado la relación médico-paciente?*

Tiene la palabra el Académico Berro.

ACADÉMICO BERRO.- Este tema es tan viejo como la Medicina, pero me pareció importante plantearlo ya que hace menos de dos meses (el 15 de agosto de 2008) que se aprobó una nueva ley que contiene puntos muy interesantes. Dicho marco normativo cambia bastante la relación médico paciente, más allá de que ese cambio se viene dando a través de la evolución histórica del relacionamiento con los pacientes.

La propuesta es dar un panorama rápido y general de la evolución de la relación médico paciente para luego analizar alguno de los principales artículos de la Ley N° 18.335.

La relación médico paciente es un vínculo interpersonal entre el paciente —término que deriva de *paddere* (que *padece*) — y el médico, que es el que cuida y no el que cura, como mucha gente cree. Se establece un compromiso mutuo y a veces se convierte en una necesidad absoluta, sobre todo para el paciente, en situaciones de emergencia.

Esa relación médico paciente ha sido definida de varias maneras, pero distintos autores hacen énfasis en la comunicación, en el encuentro de la confianza, puesta por el paciente, y la conciencia, puesta por el profesional. Todos sabemos que actualmente esa relación atraviesa por algunos problemas. Se ha dicho que el niño cree ciegamente en la figura del médico, mientras que el adulto es más escéptico, más allá de que las encuestas muestran que el médico mantiene cierto prestigio. El adulto cree en la Medicina, en la ciencia más que en el Médico.

La relación médico paciente se concreta, desde el punto de vista médico legal, en una obligación moral y legal —en tanto estamos conminados a prestar asistencia— con un hondo contenido ético. Nadie puede valer como médico lo que no vale como ser humano. Entonces, el paciente y el médico aportan lo que son y lo que tienen. Me refiero a la relación médico-paciente verdadera y no a aquella, prácticamente hoy muy frecuente, que lleva a cuestionarnos, cuando el paciente es nómada y el médico fugaz, si realmente existe. La verdadera relación médico paciente implica un vínculo más o menos duradero y un conocimiento mutuo.

¿Qué espera el paciente de esta relación? Fundamentalmente, quiere saber qué le pasa, ratificar muchas veces un diagnóstico que ya trae, el pronóstico y el tratamiento. Según el clima que se genere en esa entrevista será la relación que se establezca. El paciente, como es quien trae la información, puede escamotear los datos, brindarlos totalmente o hasta falsearlos. Eso muestra, frecuentemente, la divergencia que se da entre el motivo de consulta esgrimido y el verdadero. Muchas veces, por una inadecuada comunicación, el paciente se retira sin haber expresado el motivo de consulta. Por lo general, cuando el médico pregunta también por los aspectos emotivos y psíquicos y lleva adelante una correcta revisión, aparece una buena comunicación.

El paciente trae su diagnóstico, posee creencias, prestó oído a sugerencias de todo tipo, consultó a más gente, confía en los mensajes publicitarios, tiene buenos o malos recuerdos según las experiencias vividas, carga con prejuicios a propósito de los médicos, de la Medicina o de las instituciones de asistencia. Por todo esto, ese primer encuentro se ve acompañado de un cúmulo de fantasías. En ocasiones, el paciente es reticente y rechaza mostrarse débil o asustado. También puede usar su enfermedad para obtener certificados de licencia, etcétera. Puede ocurrir que el médico no tenga interés en atenderlo o puede caer en un “error” muy común. Cuando el estudiante se recibe de médico, ha aprendido unos 13.000 términos nuevos lo cual lo enriquece por un lado pero, por otro, lo aleja paradójicamente del resto de las personas, en este caso del paciente.

En síntesis, para la relación médico paciente se ha destacado la importancia de la primera impresión, en la cual influye la vestimenta, el ambiente, el clima que se genera, los factores ambientales, el costo de los honorarios, la comunicación verbal y gestual, etcétera. Lo bueno sería crear un clima de calidez y la sensibilidad en la consulta mediante una Medicina comunicativa, asertiva, en la cual la comunicación ocupa un rol importante. Más allá de esto hay que mantener cierta distancia y neutralidad en cuanto a opiniones filosóficas, religiosas y políticas.

En cualquier hipótesis, esta relación es muy compleja porque la posibilidad del error está siempre presente. Al respecto, esta frase de Sir William Osler me parece muy acertada: *La Medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de lo probable.*

El modelo tradicional de relación médico paciente mostraba una asimetría en el sentido de que el médico era el que sabía, ejercía el poder, y el paciente era más sumiso. Muchas veces, la propia enfermedad tornaba al paciente incapaz de adoptar ciertas decisiones. Es un modelo basado en la beneficencia ejercida a través del paternalismo, en ocasiones benevolente y en otras, autoritario. Con esto no quiero decir que haya fracasado porque, mal o bien, este modelo persistió durante más de veinte siglos. En este modelo tradicional, en general el médico es benefactor, paternalista, capaz de ejercer autoridad, tiene poder, es frecuentemente represivo aunque a favor de “su” enfermo. Muchas veces se genera la omnipotencia médica de la cual nos advertía Maimónides tras su oración: *Oh, Señor, aleja de mí la idea de que todo lo puedo.*

El cambio social ha generado un nuevo tipo de paciente, y aparece el término *usuario*. Cuestiona la asimetría, trata de poner al médico en el mismo nivel de horizontalidad que el paciente. Éste adopta un comportamiento de consumidor —por algo se le pasa a llamar *usuario*—, seleccionando ofertas, busca oportunidades, compara precios y elige según el mercado. En este nuevo modelo encontramos distintos tipos de pacientes, muchos de ellos críticos, desconfiados y beligerantes, posiblemente en respuesta a insatisfacciones propias o de allegados. Pide segundas y terceras opiniones antes de decidir, consulta por internet y cuestiona las indicaciones que recibe. Incluso, se ha creado la Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud, algo impensado en el modelo tradicional. Se reconocen derechos pero con cierta frecuencia nos preguntamos si este nuevo modelo no puede estar vulnerando aquellos lazos afectivos y aquella confianza. Sin ninguna duda, este nuevo modelo reconoce la autonomía, la libertad, el derecho a la información, a participar en las decisiones, a consentir, a rechazar, a la libre elección del médico y la institución. Naturalmente, no siempre se dan todos estos parámetros porque, por ejemplo, en materia de elección de una institución en nuestro país todavía está el llamado “corralito”. Como puede apreciarse, se ha tornado casi como en una relación contractual: el usuario —paciente— contrata los servicios de un médico – prestador de servicio.

Podemos decir que se ha dado una evolución de la relación médico paciente. A esto debemos sumar las relaciones con los interpositos, con los demás. Hoy, más que nunca, podemos hablar de la relación *médico – máquina – paciente* o *médico – institución – paciente*.

Es así que ha circulado en internet un lamento crítico anónimo del actual modelo. Dice así: *“Yo era un médico, ahora soy un proveedor de servicios de salud. Yo solía practicar medicina, ahora funciono en un sistema de atención gerenciada. Solía tener pacientes, ahora tengo una lista de consumidores o clientes. Solía hacer diagnósticos, ahora me aprueban para realizar una consulta. Solía dar tratamientos, ahora tengo que esperar la autorización. Solía tener una práctica exitosa, ahora tengo una insuficiencia de papel. Solía destinar tiempo a escuchar a mis pacientes, ahora lo utilizo para justificarme ante las autoridades. Solía tener sentimientos, ahora tengo una actitud. Ahora no se bien lo que soy...”*

Si les parece, ingresaremos a analizar algunos aspectos de la nueva Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, cuyo título es *Pacientes y usuarios de los servicios de salud. Se establecen sus*

derechos y obligaciones. El artículo 1º dice: *La presente ley regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.* Mientras tanto, el artículo 2º, establece: *Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.* A su vez, el artículo 3º sostiene: *Se considera servicio de salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud.* El artículo 5º, reza: *Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla. En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.* Quiere decir que los familiares dado el caso también son pacientes, según esta norma. Más adelante, el primer inciso del artículo 11 señala: *Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- del profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.* Por su parte, el artículo 17, establece: *Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a: — vamos a saltar algunos literales— D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley Nº 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.* Por último, el artículo 18 dispone que todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad y en el literal D) expresa: *Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte. La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente. El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita. En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario. La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente. El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediar orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.* Si la historia clínica es propiedad del paciente, ¿el Ministerio de Salud Pública puede acceder a ella sin consultarlo, el juez siempre y en forma irrestricta? ¿El paciente puede tenerla en su casa? Sin dudas, el tema de la propiedad genera algunas dudas.

Muchas gracias.

(Aplausos en Sala)

PRESIDENTE.- ¿Se sabe quiénes participaron en la elaboración de esta ley o a qué instituciones consultaron?

ACADÉMICO BERRO.- Se trata de un proyecto de nuestro colega el Doctor Cid que, seguramente, ha de haber sido modificado en el transcurso del análisis parlamentario. Incluso, el señor Senador Cid concurrió al Departamento de Medicina Legal y compartimos algunas puntualizaciones. Podemos decir que ciertas ideas que conversamos fueron recogidas.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Vercelli.

ACADÉMICO VERCELLI.- Agradezco al Académico Berro por su magnífica exposición.

Sin dudas, habrá pacientes “fáciles” o “complicados” pero es parte de la habilidad del médico tratante manejar ese aspecto en aras de un buen diagnóstico y tratamiento.

En este momento, algunos grupos médicos reivindican, desde el punto de vista sindical, pasar a atender seis enfermos por hora. Hace muchos años, cuando fui interno, el Profesor Ferrari me recomendaba dar un alta por día. El primer contacto con el paciente —sobre cuya importancia alertó el Académico Berro— nos insumía aproximadamente una hora y media. Por lo tanto, me parece sorprendente que en este momento se reivindique una consulta de diez minutos.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra la Académica Fogel.

ACADÉMICA FOGEL.- Puedo asegurar que cuando estuve en el Servicio del Profesor Purriel, se cumplía con todos los cánones en materia de relación médico paciente.

Quisiera saber si el médico tiene derecho a pedir disculpas cuando se equivoca.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Berro.

ACADÉMICO BERRO.- Es muy interesante esa consulta.

En el marco de esa comunicación que pregonamos entre médico y paciente, se ha visto que los pacientes saben perdonar si el médico sabe explicar el error que ha cometido. El tema es que no se nos ha enseñado a pedir disculpas e, incluso, hay quienes no pueden hacerlo por su estructura psicológica o egolatría.

ACADÉMICA FOGEL.- Sin embargo, los Seguros no permiten pedir perdón.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Félix Leborgne.

ACADÉMICO LEBORGNE (Félix).-El consentimiento informado hace tiempo que se usa. ¿Hay un formulario tipo?

ACADÉMICO BERRO.- La ley no lo establece y creo que hace bien. Desde mi punto de vista, son mejores las leyes abiertas a distintas posibilidades. Hoy podemos estar de acuerdo con que sea bueno un tipo de formulario pero, quizás, el año próximo sea necesario cambiarlo. Los mejores formularios son aquellos que tienen mucho espacio en blanco.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Praderi.

ACADÉMICO PRADERI.- Sin dudas, fue una conferencia muy amena y agradable sobre un tema que tiene que ver con el hecho de que los abogados se hayan entrecruzado con la profesión de médico. Por ejemplo, en Argentina hay abogados que estudian especialmente para dedicarse a este tipo de problemas.

PRESIDENTE.- Tiene la palabra el Académico Silva.

ACADÉMICO SILVA.- Quiero destacar algunos aspectos referentes al consentimiento informado. En realidad, éste no exime de responsabilidad al médico que cometió errores pero los Jueces prestan mucha atención sobre si se dio una adecuada información al paciente. Vale recordar el caso en el que un médico tuvo que pagar más de USD 35.000 por un error cometido por otro médico en una intervención. Quiere decir que el Juez culpó a quien pidió el examen y no a quién lo ejecutó. ¿Por qué? Porque partió de la base de que el paciente debió ser informado exhaustivamente sobre las complicaciones que podría haber.

El paciente debe firmar en la historia clínica reconociendo que fue informado sobre los riesgos que puede tener el tratamiento u operación que se le indica.

ACADÉMICO BERRO.- Es una garantía más, pero la Ley no lo pide.

ACADÉMICO SILVA.- De acuerdo, pero es un dato muy importante que luego tienen en cuenta los Jueces.

Hay que hablar con términos simples para que la explicación sea accesible a la gente, y no con expresiones grandilocuentes o académicas que sólo pueden entender los médicos. Tampoco es bueno infundir un excesivo optimismo luego de la operación porque hay riesgos que pueden sobrevenir.

(Dialogados)

ACADÉMICA ROTONDO.- En realidad, el consentimiento informado es un proceso y no algo puntual.

APÉNDICES

**PALABRAS DE LA DRA. ALICIA VAGLIO
AL RECIBIR GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA 2005**

Sra. Ministra de Salud Pública Dra. Maria 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
Señoras y Señores.

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

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 Carriquiry, 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.

**TRABAJOS PRESENTADOS EN OCASIÓN DE LA JORNADA
CIENTIFICA EN HOMENAJE AL PROF. EMERITO DR. LUIS
ENRIQUE PREGO SILVA "FACTORES SOCIALES EN LA
PSICOPATOLOGIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE".
ORGANIZADA POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
DEL URUGUAY.
MONTEVIDEO, 2 Y 3 DE JUNIO DE 2006.**

**COMENTARIOS A LA CONFERENCIA "DEPRESION
PUERPERAL EN LA ADOLESCENTE", DICTADA POR EL DR.
CARLOS PREGO MABERINO.
DOCTOR JOSÉ ENRIQUE PONS.**

He aceptado participar en esta Jornada por una doble razón, La primera, asociarme al merecido reconocimiento que realiza la Academia Nacional de Medicina a la señera figura del Prof. Emérito Dr. Luis Enrique Prego Silva. La segunda, ilustrarme acerca de aspectos trascendentes en el mejor conocimiento del proceso salud-enfermedad en niños y adolescentes en general, en niñas y adolescentes mujeres en particular (un terreno al cual he dedicado largos años de mi vida profesional) y en especial a la salud mental de esta última población, un aspecto insoslayable en épocas en que el ejercicio de la medicina requiere un abordaje interdisciplinario y transdisciplinario, que la alta complejidad, así como la necesidad de dedicar horas y esfuerzo a la profundización entre aludes de información, parece hacer cada vez más utópica.

La conferencia del Dr. Carlos Prego Maberino ha versado – y nunca tan ajustado el término, ya que en los 45 minutos asignados ha realizado un admirable esfuerzo de síntesis para volcar el destilado resultado de su vasta versación – sobre "Depresión puerperal en la adolescente". Y lo ha hecho llegando a los aspectos propios de su especialidad, la Psiquiatría, a punto de partida en sólidas reflexiones surgidas desde un análisis social y psicológico que dan razón al título que preside toda esta Jornada. Me permitiré extraer la esencia de su conferencia en un concepto que entiendo, en función de lo antes señalado, que resume su ponencia: los factores psicosociales en la depresión puerperal de la adolescente. Mi comentario se fundamentará en el único aspecto de ese resumen que puedo abordar con solvencia: el puerperio. Reconozco que mi

pericia en factores sociales, factores psicológicos y depresión es apenas la de un médico curioso, inquieto por ampliar el horizonte de la disciplina que abraza.

Parafraseando al conferenciante, iniciaré el comentario propiamente dicho señalando que “no existe algo como una embarazada”. Esta “boutade” requiere explicación. Es cierto que una mujer embarazada – y esto incluye a la adolescente embarazada – es “una embarazada”. Sin embargo esa catalogación suele invertir el orden en el cual se enfrenta la condición de embarazada de la mujer en cuestión, transformando su biografía, su momento biográfico especial, en un encasillamiento dentro de una categoría biológica, o pero aún médico-patológica. La adolescente embarazada (biografía) pasa a ser el embarazo (biología) en una adolescente. En pleno acuerdo con lo que el conferenciante señalaba, entiendo que es la condición de embarazo la que debe subsumirse en la biografía, para darle tonalidad especial, única. Me afilio a una nueva redacción de aquella frase: “existe cada embarazada”, o con mayor precisión: “existe cada mujer, en este particular instante, embarazada”.

Entre otras múltiples variables, lo que hace única a cada mujer, y en consecuencia único a su embarazo – este embarazo – es su historia y su presente, en los que los factores sociales y psicológicos juegan un papel primordial. “Este” embarazo tendrá como futuro un particularísimo nacimiento, un/a particularísimo/a recién nacido o nacida y un particularísimo puerperio. La depresión puerperal, por lo tanto, si se presenta no será sino “la” particular depresión puerperal que sigue a esa historia única.

Son innumerables las interacciones posibles entre biografía, momento, condiciones obstétricas, nacimiento, hijo/a, y se podría ampliar la lista de factores, pero ahora sólo quiero incluir uno especial: el personal sanitario a cargo de la asistencia. El riesgo de desmigajamiento a que conduce lo que arriba señalé – la necesidad de dedicar horas y esfuerzo a la alta complejidad y a la profundización entre aludes de información, que aísla el ejercicio de la medicina dificultando el necesario abordaje interdisciplinario y transdisciplinario – puede consiguientemente llevar a nuevos riesgos.

Uno de ellos es ver al embarazo como un campo de exclusiva incumbencia de los obstetras. La exhaustiva formación en este terreno, que en las últimas décadas se ha ampliado para incorporar especialistas en obstetricia de adolescentes, no impide que se pueda caer en lo que el conferencista ha destacado “no dar justo valor a los síntomas”. Precisamente, según nos ha ilustrado, en el 80% de los casos de la estadística de Marcus, los síntomas presentes durante el embarazo y que predicen la eclosión de la depresión puerperal, no son justipreciados por los especialistas. Ello obedece al desconocimiento o a la minusvaloración de síntomas que no son adecuadamente valorados.

Asimismo, señaló el conferencista el llamado de atención de Osofsky hacia el mayor riesgo de depresión puerperal en adolescentes. Dentro de las condiciones predisponentes, remarco que existe una que está presente en más casos de adolescentes embarazadas que en otras edades: la pérdida del soporte psicosocial, sea por la dependencia económica y social de la adolescente que aún no ha logrado su autonomía en esos terrenos, o por el rechazo familiar o social, que todavía se sigue viendo en algunos medios. Son factores de exageración de estos problemas, el embarazo no deseado, el ocultado, el intento de aborto fallido, el abandono por parte del varón responsable-irresponsable del embarazo. Todos ellos requieren alerta y disposición de ayuda de parte de los técnicos involucrados en la asistencia, si se pretende prevenir la depresión y otros problemas psicológicos.

Otro riesgo señalado por el conferencista es la asistencia de estos casos por personal “no técnico”. Aún concordando con esa opinión, creo necesario apuntar un primer dato alentador para avizorar un futuro más auspicioso. En rigor, tanto los especialistas en ginecología y obstetricia de adolescentes, como el personal sanitario no médico que asiste adolescentes embarazadas y puerperas, somos “no técnicos” en el área psicológica. Sin embargo, se tiene entre aquellos especialistas y este personal, clara conciencia de que el componente médico es importante, pero

no único, en el universo de la problemática de las adolescentes en general y las embarazadas en particular. En función de ello se ha logrado instrumentar capacitación, forzosamente limitada pero presente, en las áreas social y psicológica. Pero más importante aún, se han generado vías expeditas para interconsulta y referencia.

Un nuevo elemento, igualmente alentador, ha surgido de la institucionalización de la práctica de consultas específicas para adolescentes, que incluyen un fuerte componente educativo. Ello ha conducido a que en los últimos años, en medios tan deprimidos social y económicamente como el de la población que se asiste en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, las adolescentes embarazadas se controlen más y mejor que las mujeres de otras edades. Asimismo, los resultados obstétricos del grupo adolescente son mejores que para el resto de las mujeres.

Finalmente, quiero destacar que estos cambios, asentados en una clara toma de conciencia acerca de sus bases psicológicas y sociales, apuntan a un irrestricto respecto a la ética asistencial. Esta afirmación me parece una justa última referencia a las enseñanzas del Maestro Prego Silva, que asentó toda su cátedra de vida y de profesión sobre los más prístinos principios éticos.

PEDIATRÍA SOCIAL. EVOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD DE LOS NIÑOS EN URUGUAY.

DOCTORA ALICIA MONTANO

**Directora de Clínica Pediátrica Facultad de Medicina.
Universidad de la República**

**Co-coordinadora del Proyecto Implementación de la estrategia AIEPI en Uruguay. Ministerio de Salud Pública.
Dirección General de la Salud - Facultad de Medicina
Universidad de la República.**

Los problemas de salud de los niños considerados con un concepto biopsicosocial siempre han sido preocupación de los pediatras, que se encuentran entre los profesionales que más se han ocupado de comprender y buscar soluciones a los aspectos sociales que influyen en la salud del niño. Fue Gregorio Araoz Alfaro, Prof. Honorario de las Facultades de Buenos Aires y Montevideo, durante un "Curso de Perfeccionamiento" en noviembre de 1941 en el Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura "Dr. Luis Morquio", en Montevideo, Uruguay, quien definió la importancia de la pediatría social. Allí afirmaba el Prof. Bonaba "En el momento actual se plantean y debaten cuestiones médico – sociales de enorme trascendencia futura, ante las cuales el médico necesita poseer la exacta comprensión, la clara concepción, la segura orientación y el espíritu de cooperación, sin los cuales ninguna realidad efectiva podría ser posible." Morquio y otros pioneros se referían a la importancia del binomio madre-hijo, de la familia y a la necesidad de realizar la asistencia conjunta de madre e hijo integrando de ese modo al pediatra y ginecólogo. También la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios con enfermeras, asistentes sociales y dispensarios ambulantes que permitieran llegar a los lugares alejados, con escaso acceso a los centros de atención. Para contribuir a disminuir la mortalidad infantil, decía Morquio, era imprescindible contar con todos esos recursos y mejorar además, las condiciones socioeconómicas de la familia. (1).

Mucho fue el esfuerzo que se invirtió en la atención de niños y madres desde esas épocas. Se crearon los consultorios conocidos como Gotas de Leche y Centros de Salud, el Plan Aduana y muchos otros (2). En el año 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la "Convención sobre los Derechos del Niño" que fue firmada por los jefes de gobierno de casi todas las naciones. Promulgada en 1990, hoy es ley nacional en muchos países y algunos la han incorporado a su Constitución.

Desde los años ochenta se incorporaron en el país programas tendientes a mejorar la calidad de atención y disminuir la morbimortalidad de madres y niños: prevención del embarazo no deseado

en adolescentes, promoción de lactancia materna, control y atención del parto y del recién nacido, programas de Infección Respiratoria Aguda, Terapia de Rehidratación Oral, control del crecimiento y desarrollo, apoyo a las inmunizaciones. Durante los años noventa la Comisión Materno Infantil dependiente del Ministerio de Salud Pública realizó cursos y talleres relacionados con estos temas, dirigidos al personal de salud a nivel de todo el país¹

En noviembre de 1988 la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP) y la Comisión de Asuntos Universitarios (CAU) del Sindicato Médico del Uruguay convocan a las Jornadas "Atención Primaria de la Salud y mortalidad infantil en el Uruguay" (3). Intervienen en la discusión sobre mortalidad infantil representantes de la Facultad de Medicina, de OPS/OMS y de la Facultad de Ciencias Sociales. Los expositores expresan su preocupación por el "deterioro progresivo de los indicadores de salud y en particular la mortalidad infantil.... En la década del '50 Uruguay tenía una mortalidad infantil ubicada en primer lugar entre los países de América Latina y el Caribe, sólo superado por Estados Unidos y Canadá.... Entre 1970 y 1975 pasa al octavo lugar y entre 1985 y 1990 al undécimo". Se señalaba asimismo: "... que la mejora de la atención médica y primaria en salud junto a las mejoras socioeconómicas influyen en la reducción de la mortalidad infantil...."

La Facultad de Medicina adhirió a estas propuestas y comenzó hace más de 15 años la docencia en comunidad entendiendo la importancia de la formación a nivel extrahospitalario. Allí comenzaron a concurrir los médicos generales y también los futuros pediatras (4). Desde ese entonces los estudiantes de medicina y los alumnos de postgrado de pediatría (residentes y no residentes) asisten a centros de atención del primer nivel, habiéndose logrado en la mayoría de ellos un trabajo multidisciplinario y una estrecha vinculación con la comunidad. Otros docentes y alumnos de enfermería, nutrición, odontología, salud mental, epidemiología se suman a la experiencia de práctica y aprendizaje en este ámbito.

A fines de los años 90 el empobrecimiento del país comienza a reflejarse claramente en la salud de la población y en particular, de los niños. "La magnitud del fenómeno no admite dudas: más de la mitad de los niños de nuestro país nacen y viven en familias en situación de pobreza..." (5) "No existen aún datos de cómo la crisis económica y financiera del 2002 ha golpeado en los contextos más desfavorecidos, pero todo hace pensar que estas cifras son incluso, mucho peores" (6)

La Prof. Irma Gentile y otros pioneros de la Pediatría uruguaya reiteradamente insistieron en la importancia de los aspectos sociales para lograr el estado de salud pleno del niño y su familia (7).

En mayo de 2004 el Instituto de Pediatría envía al Consejo de la Facultad de Medicina un informe manifestando su preocupación por el deterioro del estado de salud de la población materno-infantil. El Consejo de la Facultad decide elevar este informe a la Comisión de Salud Pública del Parlamento. El informe estaba referido a:

- 1) El aumento de las tasas de mortalidad infantil en el año 2003 que agravó el estancamiento en el descenso que se venía registrando en los últimos 5 años, así como la perpetuación de la brecha en estas cifras entre los niños según su condición socioeconómica.
- 2) Entre las causas de mortalidad infantil se destacaban las referentes al recién nacido, la prematuridad y sus complicaciones. Se había producido aumento del número de embarazos entre las adolescentes de menor nivel socioeconómico. En el año 2003 hubieron en el Centro hospitalario

¹ MSP-OPS/OMS Curso Actividades de Control de Enfermedades Diarreicas., Durazno, Uruguay 1985, Junio 3-14. OPS/OMS, Curso "Primer Seminario Taller sobre terapia de Rehidratación Oral" MSP-OPS/OMS Curso Actividades de Control de Enfermedades Diarreicas., Durazno, Uruguay 1985, Junio 3-14., Curso "Primer Seminario Taller sobre terapia de Rehidratación Oral" Montevideo, Uruguay ,10-12/XII/86. Jornadas de Atención Primaria de Salud. "Prevención de Infecciones Respiratorias Agudas"..Treinta y Tres, Uruguay. 1987, Junio 26-27. Talleres de Fortalecimiento y Normatización en áreas prioritarias de Montevideo para la Atención Materno-Infantil en los Centros de Salud. Julio ,1996.

Pereira Rossell 51 casos de madres con edades entre 10 y 14 años. En el año 2003 en la Maternidad del Hospital Pereira Rossell 32 % de los recién nacidos fueron producto de embarazos no controlados. Los embarazos no controlados fueron responsables de 52 % de los recién nacidos pequeños para la edad gestacional. De los partos en ciudad el 27% correspondían a embarazos no controlados. De los recién nacidos prematuros el 73 % correspondieron a embarazos no controlados. La cifra de prematuridad aumentó de 15.7 a 16.9 % desde el 1997 a la fecha.

3) Aumento de las tasas de muerte por enfermedades prevenibles, para las que existen tratamientos eficaces si se realiza diagnóstico y tratamiento oportuno (infecciones respiratorias, influenza, diarrea, sepsis). Este problema era mayor en los departamentos con mayores tasas de mortalidad. Las infecciones respiratorias agudas continuaban entre las principales causas de mortalidad infantil y aún en los menores de 4 años. Dos trabajos realizados en nuestro medio mostraron que la probabilidad de que un niño con neumonía desarrolle empiema se relaciona con la tardanza en el diagnóstico y que es necesario mejorar conductas de padres y médicos en relación con estas enfermedades para mejorar la atención de estos niños (8, 9). Similares consideraciones merece la diarrea aguda infantil, figurando aún entre las principales causas de morbimortalidad a pesar de que se dispone de sales de rehidratación oral para la prevención y el tratamiento de la deshidratación.

3) Disminución en los niveles de cobertura de las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones. La disminución de las cifras de cobertura para la mayoría de las vacunas constituye un riesgo para la reaparición de enfermedades graves que se habían dejado de detectar en el país (sarampión, malformaciones por rubéola congénita, enfermedades invasivas graves por *H. Influenzae*, poliomielitis) **. Aquí también la situación era más grave en los niños provenientes de hogares pobres. Si bien se han realizado esfuerzos para revertir estas cifras mantener esa mejora es un gran desafío (10).

4) El maltrato infantil que ocupó el 5º lugar como causa de ingreso al Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el 2002 y el suicidio que representó la tercera causa de muerte, sólo superada por neoplasias y accidentes entre los de 5 a 14 años completan el desolador panorama de nuestra niñez.

5) Aumento de los casos de desnutrición y anemia grave. Dos trabajos realizados por practicantes internos en el CHPR permitieron cuantificar el número de niños hospitalizados que presentaban algún tipo de anemia y describieron niños con anemia con niveles de hemoglobina igual y menor a 5 mg/dl en el año 2002, hecho infrecuentemente descrito anteriormente entre los niños del país. (11,12) ***

6) Aumento del número de mujeres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) entre la población de menores recursos. En la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell hubo 45 casos en el año 1999 aumentando a 75 en el año 2003 (tasas de 5.6% y 8.2 % respectivamente) (*). Algunos programas dirigidos a madres con embarazos no controlados han logrado la disminución del número de niños infectados (13).

Aplicar estrategias que mejoren la calidad de atención es una obligación ética y eso es un desafío para la pediatría y todos aquellos que se ocupan de la atención de los niños.

Se necesitan espacios y horarios más amplios para la atención, se debe asegurar el control del embarazo, del niño sano y enfermo, la disponibilidad de medicamentos, la comprensión de los padres de la importancia de la enfermedad y asegurar el cumplimiento del tratamiento en el hogar.

* Sistema Informático Perinatal. Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2003.

** División Inmunizaciones de la Comisión Honoraria de Lucha antituberculosa y Enfermedades prevalentes. Montevideo, 2002.

*** Informe elevado al Consejo de la Facultad de Medicina, Universidad de la República mayo 2004 y presentado a las Cámaras de Salud del Parlamento 2004.

Estas medidas deben alcanzar a todos los niños, en cualquier lugar del país. Es necesario recordar que cuando un niño enferma depende de otra persona para la consulta. Para ello la persona debe percibir adecuadamente la enfermedad de ese niño, concurrir a un lugar de atención, que en ese momento se disponga de médicos capacitados, medicación y condiciones para su traslado si fuera necesario. Son los niños pertenecientes a poblaciones pobres los que enferman más gravemente y mueren. Es obvio que el esfuerzo en observación, investigación y tratamiento de la enfermedad no es suficiente. Debemos continuar expandiendo los conocimientos a todo el personal de salud. Debemos aplicar atención de buena calidad. Las causas sociales de estas diferencias necesitan ser tan conocidas y tratadas como las médicas; sólo así lograremos disminuir esta causa de mortalidad.

En Uruguay se ha iniciado la implementación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia como herramienta para contribuir a disminuir la morbimortalidad grave de los niños menores de 5 años, mejorar la calidad de atención, racionalizar la utilización de los recursos disponibles para la atención de la salud, fomentar la aplicación de medidas preventivas y aumentar el conocimiento de los padres sobre el cuidado de sus hijos en el hogar (14). Durante los años 2001-2004 se desarrolló un convenio firmado entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina para implementar esta estrategia en Uruguay (15). Se ha introducido su enseñanza en la carrera de Medicina (16). Seguramente son necesarias tareas de capacitación y supervisión para obtener el impacto deseado. Nuevamente las causas sociales también deberán ser resueltas.

En esta como en ninguna otra situación una medida es indiscutible: ir hacia la población. Cuando la situación socioeconómica empeora, las prioridades cambian, cuando los padres de los niños pobres están ocupados en conseguir trabajo y alimentos para sus hijos, las acciones preventivas se olvidan. El pediatra aislado difícilmente pueda afrontar estas situaciones que provocan serias alteraciones en la salud y bienestar de los niños y sus familias. Es necesario el trabajo conjunto de todos los que desarrollan actividades relacionadas con la salud y calidad de vida de los niños y sus familias (17).

Los gobiernos deben comprometerse con el logro de estos objetivos.

Bueno es recordar con Disraeli, el gran Ministro de la Reina Victoria de fines del siglo XIX, que "La salud pública constituye el fundamento en que reposa la felicidad del pueblo y el poder de un país y su cuidado constituye la obligación primordial de todo buen estadista" (1).

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Bonaba J. Medicina e higiene sociales de la infancia. Conceptos- Correlaciones- Trascendencia- Enseñanza. Conferencia pronunciada el 18 de noviembre de 1941 en el "Curso de Perfeccionamiento" del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura "Dr. Luis Morquio". Consejo del Niño. Problemas Médico Sociales de la Infancia. Montevideo 1941, 43 – 85.
- 2) Ramón Guerra A. La mortalidad infantil en el Uruguay y sus dos grandes crisis. Mortalidad infantil, marginalidad y delincuencia infantojuvenil. Arch Pediatr Uruguay 1988; 9: 191-202.
- 3) Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP) - Comisión de Asuntos Universitarios (CAU) del Sindicato Médico del Uruguay. Jornadas "Atención Primaria de la Salud. Mortalidad infantil en el Uruguay" Sociedad Uruguaya de Pediatría – Sindicato Médico del Uruguay Ed. López Mercao Caligráficos S.R.L. Julio 2000. Montevideo, Uruguay .
- 4) Schiaffino A, Da Luz S, Nairac A, Portillo J. Evaluación de una experiencia de docencia extramural en pediatría. Arch Pediatr Uruguay 1987; 58: 147-151.
- 5) Kaztman R, Filgueira F. Panorama de la infancia y la familia en Uruguay. IPES, IIN, Universidad Católica del Uruguay, 2001, Montevideo.
- 6) Arias A y Morales M "Infantilización de la pobreza ¿pobrerización de la infancia? Organización San Vicente Obra Padre Cacho ED Konrad Adenauer Stiftung 2002
- 7) Gentile I. Perspectivas de la pediatría del Uruguay para el nuevo milenio . Editorial. Arch Pediatr Uruguay 2002; 73: 123-125
- 8) Montano A, Pujadas M, Ithiz M, Mari K, Más M, Santiago P, Falero P, Lugstemberg C, Mercader N, Nin M, Pérez LF, Suárez C, Techera R. Estrategia AIEPI: signos de peligro para

- neumonía. Prácticas de padres y médicos. 2003, Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina Montevideo, Uruguay. Presentado en el Congreso de Pediatría Social y Ambulatoria, Montevideo, 2004.
- 9) Gutiérrez S, Stewart Y, De Olivera N, Gándaro P, García C, Pérez MC, Rubio I. Factores de riesgo de empiema paraneumónico en niños uruguayos menores de 5 años. Rev Chilena Pediatr. 2004; 75: 536- 542
- 10) Laurani H. Evolución y situación actual del programa de inmunizaciones en el Uruguay. Comunicación personal .
- 11) Montano A, Giachetto G, Krivianski N, Osta C, Robuschi ,F, Rodríguez M, Tourelles A. Validez del signo palidez palmar para la evaluación y clasificación niños menores de 5 años Libro de Publicaciones del XXIV Congreso Uruguayo de Pediatría, Montevideo, mayo /2003.
- 12) Gómez M, Grierson C, Rial M, Soca AL, Souberville S, Giachetto G, Pérez MC, Palomino G, Montano A. Anemia en niños hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell Clínicas Pediátrica A y B. Facultad de Medicina. Presentado en el XXIV Congreso Uruguayo de Pediatría y X Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica Mayo 2003
- 13) Quian J, Gutiérrez S, Picón T. Transmisión madre hijo del VIH según quimioprofilaxis recibida, vía de nacimiento y amamantamiento. Rev Med Uruguay 2002; 18: 265-269.
- 14) Benguigui, Y. Bases técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las IRA en el primer nivel de atención. Infecciones respiratorias en niños. Serie HCT/AIEPI-OPS/OMS; 1997:347-352
- 15) Rubio I; Montano A. Implementación de la estrategia de atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en Uruguay. 2001-2004. Informe del Convenio Ministerio de Salud Pública (DIGESA) – Facultad de Medicina para la Implementación de la estrategia AIEPI en Uruguay .
- 16) González M; Pérez F; Ward E; Montano A; Ferrari AM. Enseñanza de AIEPI en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Uruguay. Presentado en la “Reunión del COEME, 26º Seminario Nacional de Enseñanza de la Pediatría. Buenos Aires 8 al 10 de Diciembre de 2005
- 17) Puga T. Bioética en pediatría. Conferencia Arch Argent Pediatr 1999; 97: 26-35.

PSICOPATOLOGIA DA VIDA MODERNA VERSUS RECURSOS E MOBILIZAÇÕES TERAPÊUTICAS

AC. DOCTOR SALVADOR CELIA

(Palestra proferida na Jornada Científica em homenagem ao professor Luis E. Prego Silva, no dia 02 de junho de 2006, em Montevideo, Uruguay).

Escolhi este tema por me parecer muito atual, tendo em vista a forma como estamos vivendo e conseqüentemente enfrentando os novos quadros clínicos ou manifestações psicopatológicas, ou várias formas de se apresentar antigos problemas. Igualmente, penso também trazer alguns recursos e mobilizações de minha prática clínica cotidiana, tanto no ensino docente como no de trabalhador da área da saúde, não somente na clínica privada, mas também na comunidade.

Vivemos hoje uma crise social intensa, onde vários fatores existentes podem provocar ou mesmo gerar situações psicopatológicas, muitas vezes decorrentes da própria vulnerabilidade biológica existente.

Muito progredimos ao chegarmos no século XXI, com o fantástico desenvolvimento tecnológico atingindo pontos exuberantes, facilitadores da vida humana, porém, esse mesmo progresso acarretando também uma série de dificuldades e transtornos devido a sua rapidez, seu poder de transformação de hábitos, só para citar algumas das variáveis.

Temos acesso pela Internet ao mundo globalizado, nos trazendo grandes vivências e conhecimentos, mas por outro lado grandes problemas, tipo uma “iatrogenia” provocada por tanto estímulo, sem termos lugar para “holding”, “continência”, espaços e ritmos próprios para absorver essas informações.

Assim como temos o “mundo em casa”, temos também o exagero, por exemplo, de recebermos recentemente um canal exclusivo para bebês ou crianças até os três anos, por se ter descoberto que 68% dessas crianças ficam em casa vendo TV, absorvendo e passando seu tempo em frente a um “ecran”. Não é um canal de TV para pais com informações sobre interações e desenvolvimento, não; é para os próprios bebês se ocuparem. Onde estão as canções de ninar, os jogos, os espaços lúdicos, as conversas tão necessárias para o enriquecimento do desenvolvimento da personalidade?

Sendo um Psiquiatra de crianças, adolescentes, bebês e famílias, seguidor do “Mestre Prego”, começo por um dos problemas mais sérios citados por Golse que é a perda dos direitos de ter infância, talvez um dos maiores fatores a desencadear a terrível violência que hoje nos aflige como nunca, violência essa que atinge todas as camadas sociais, mas, principalmente os mais pobres, tendo em vista as circunstâncias que os rodeiam, tanto são os fatores de risco a que estão expostos.

Os bebês ou as crianças até os três anos têm que se adaptar às novas situações da vida familiar. Mamãe precisa trabalhar, papai nem sempre faz parte dessa constelação, cuidadores ou *baby sitters* nem sempre existem e nem sempre são de boa qualidade, tornando desse modo as creches cada vez mais necessárias.

Não se trata de não respeitar a mãe, seu trabalho, suas necessidades e desejos, pois a mulher para ser feliz e exercer uma boa maternagem precisa ser reconhecida e dotada de intenções, vontades, emoções, expectativas e planos para poder desempenhar bem seu papel, sua nova identidade de mulher, esposa e trabalhadora quando se torna mãe.

A desestruturação familiar, a violência em todas camadas sociais dentro da família, a monoparentalidade que no Brasil já atinge a taxa de 28%, sendo 23% só de mulheres, as dificuldades de acesso à saúde e educação tornam a busca da cidadania, para alguns, um estágio quase impossível de alcançar. A gravidez na adolescência, ao redor de 22%, a droga com seus vários tipos e conseqüências, a depressão que já ocupa o quarto lugar entre todas as doenças e aqui, especialmente, irei me referir a depressão Pós partum, de 15 a 22% dependendo do nível social em que estamos vivendo, acarretando efeitos severos no desenvolvimento do bebê, da criança e do adolescente.

Não poderia deixar de citar também, como problema de nossa época, o parto cesariano que nas camadas mais desenvolvidas alcança até 78% nos hospitais de renome, por exemplo, em Porto Alegre, não sendo apanágio só desta cidade.

Lembro aqui Michel Odent, em seu último livro “O camponês e a parteira”, quando fala que nós, como sociedade, prejudicamos a terra, não a respeitamos mais, estamos nos alimentando mal, roubamos dela suas preciosidades sem cuidá-la, numa comparação ao incremento da cesariana em substituição ao parto natural que tem acarretado sérias conseqüências aos bebês e suas famílias.

Pesquisas francesas mostram que bebês que nasceram de cesariana, logo no início tiveram mães mais tranqüilas se comparado às mães que tiveram parto natural e estas relatam que sofreram mais no início, mas na seqüência confirmam uma facilitação maior para o apego e conseqüente desenvolvimento de seus bebês com o passar dos dias.

Há, como se vê, uma “carência”, um vazio existencial na humanidade, acarretando problemas “agora” e segundo estudos longitudinais já feitos, severos para o desenvolvimento dos adolescentes e dos adultos.

Exemplo disso é a alta prevalência, para mim nem sempre confirmada, do “TDAH”, com o uso indiscriminado de estimulantes e anfetamínicos que resolvem o problema do professor, da escola e dos pais mas não da criança. Refiro-me a que muitos deles têm na sua falta de atenção a “falta do olhar” intencional, respeitoso, desejante e na sua hiperatividade, quem sabe não estarão em busca de um limite, um espaço continente uma “pele psicossocial” que o contenha e o acalme para que possa se sentir seguro.

Os estudos de depressão pós parto estão cada vez mais conectados com os efeitos da psicopatologia infanto-juvenil. Me sinto impactado com as declarações da atriz Brooke Shields em seu livro “Depois do parto a dor”, quando diz que: *“achava que a depressão pós parto não afetava pessoas como eu. Não me sentia vinculada a minha filha Rowan, e tive idéias suicidas. Há um verdadeiro estigma cercando a depressão pós parto e ela pode ser crônica e devastadora. Creio que há pouca informação sobre o assunto. Tive contato com muitas mulheres com o mesmo*

problema e em muitos casos o médico também demorou a identificar a depressão. Uma parte da responsabilidade é a falta da informação, pois a paciente demora a procurar ajuda, rejeitando a idéia de estar doente, num momento em que deveria estar feliz.

Nós mulheres, pensamos na maternidade como uma coisa sacralizada, incapaz de produzir sentimentos ruins, doenças. É uma barreira cultural difícil de transpor.”

Isto tudo me faz lembrar novamente de Prego, sua adoração por Winnicott quando diz: “uma mãe tem mil razões para ter ódio de seu bebê”.

Posso então retornar ao direito de se ter infância, acrescentando o direito à maternidade o que me faz estar no Brasil junto com a Sociedade de Pediatria lutando por uma licença maternidade de seis meses.

Na verdade, para se ter direito à infância, necessita-se ter o direito de ser mulher e conseqüentemente o acesso a maternagem. Das contribuições de D. Stern destaco uma chamada “constelação da maternidade”, em que ele fala que a mulher, principalmente com seu primeiro filho, vive uma circunstância especial longe da edípica em que ela é muito mulher, é uma mamífera necessitada de ajuda. Nessa teoria aparecem termos como o discurso com sua mãe (sua história anterior), com o seu bebê (sua contingência e empatia) e o colóquio com ela mesmo, agora na busca da nova identidade.

Esses discursos são acompanhados pelos temas como vida e crescimento, relacionar-se com ela mesma, rede de apoio e nova identidade. Isto tudo num momento de vulnerabilidade ou “transparência psíquica” tão necessária que seja entendida para se cuidar melhor o pré-natal.

Tais fatos me levam a acreditar que os problemas psicopatológicos de hoje e principalmente do futuro têm muito a ver com a herança cultural, somada à genética, assim como também se seremos mais saudáveis ou não no futuro.

Penso que nossa vida mental (expressão didática) irá se centrar pelo que fomos no início da vida, no que diz respeito a atenção dos cuidadores principalmente das mães, geralmente as primeiras.

Nascemos biologicamente para nos vincular. Há, inclusive, uma propensão genética como na escolha da vinculação do modelo mostrado por Lorenz, com seus gansos, e Harlow, com seus macacos, desenvolvendo o que se chamou *imprinting* sendo Bowlby quem organizou a idéia da base segura com sua teoria do apego. Não ficou ele somente na teoria da regressão, seja oral ou anal, mas foi em busca de outras idéias utilizando junto a psicanálise, a etologia, as teorias cognitivas, o comportamental. Foi muito criticado por Margareth Mead que disse “que era um passo atrás na idéia da conquista das mulheres atribuindo tantas responsabilidades aos cuidadores.”

A idéia da intenção, ou seja, a reciprocidade entre uma e outra, o biológico e o ambiente, a mãe e o bebê, me parece fundamental pois, na verdade, é uma interação, uma relação que buscamos para nos desenvolver.

A sintonia materna, dotada de contingência que tem a ver com a sensibilidade da mãe para conseguir a regulação das emoções e controle do bebê me parece de fundamental importância.

Olhar o bebê como um ser desejante (ter um outro olhar), ver suas intenções, crenças e pensamentos fazem com que ele seja único, compreendido, tendo um *self*, uma individualidade, uma função reflexiva. Isto tudo foi dito sobre a mãe, mas é também extensivo ao pai, e outros “cuidadores”.

Que função têm os adultos nessa idéia vincular e reflexiva de Fonagy? “Eu penso logo existo” não nos trás firmeza. “Eu penso que tu pensas que eu penso, então sou um ser pensante, logo eu existo” é a individualidade, a saúde mental. Não é fácil chegarmos a isto sabendo inclusive que essas interações são transmitidas de geração em geração. Não fora assim, não haveria humanidade: é necessário projetarmos em nossos filhos, porém sem sermos iatrogênicos pois, como citando outra vez o Mestre Prego, sem criarmos “a jaula”, respeitando o desejo, a individualidade de cada um. Essas interações, relações com os cuidadores serão internalizadas e funcionarão como um sistema biocibernético, tipo redes neurais em que tudo acontecerá conforme as imagens e sentimentos vivenciados.

Serão o MOIs (Modelos Operantes Internos) que irão aparecer sempre que necessários em situação de separação e individuação. Teremos que buscar o desapego, pois caso contrário seremos indivíduos simbiotizados que viverão numa sociedade tipo parasitária.

Essas internalizações, após o oitavo mês, nos trarão com o desenvolvimento da memória, a sensação de sentirmos angústica diante de estranhos, de nos individualizarmos e criarmos

apegos seguros ou inseguros, talvez do tipo evitante, resistente ou desorganizado. Tudo será construído conforme nossas primeiras vivências, nos acompanhando no ciclo vital, ou seja, na infância, na adolescência e em outras etapas da vida.

A patologia pode não ser tão severa. Gosto da metáfora da linha de trem (ferrocarril) quando diz que num cruzamento poderemos sair da rota principal, mas poderemos voltar após, percorrendo outros caminhos laterais.

Bowlby e Winnicott se aproximam ao dizer que a violência, o roubo pode ser devido às carências, a falta do que não se teve ou se teve pouco e se perdeu.

É nessa situação humana solidária que nasce uma das maiores qualidades do ser humano, a empatia. No início é pré-verbal, fase da mímica, do olhar, do escutar mas que será fundamental para se conseguir uma boa qualidade de vida. A mãe sintônica, contingente, lê nos olhos e deixa-se ser olhada e escutada, toca e é tocada, levando o bebê a se harmonizar sentindo os outros seres.

Os estudos de Rhodes e Lewis, nos Estados Unidos e no Canadá, mostram que todos os criminosos não tinham empatia, falavam das tristezas de suas infâncias, negligências, abusos físicos, sexuais, carências e inclusive fome. Essa violência poderá ser perpetuada e repetida.

Tremblay mostra, em Quebec, que aos sete anos as crianças escolares já apresentam níveis de violência, como agressividade. Na verdade diz ele, já deveriam apresentar isto antes, no maternal, quando tinham menos idade. Estudando e aplicando os conhecimentos apropriados conseguiu mudar a agressividade e a regulação do controle para as crianças de dezoito meses em diante.

Ao enfatizar as teorias do apego, a criação da base segura, embasada na segurança e confiança, pensei em construir recursos terapêuticos que mobilizados poderiam trazer o atendimento com a diminuição dos problemas, e se ocorrer violência atacar os focos para que deixe de ser epidêmica para torná-la endêmica.

Proponho a construção de alianças terapêuticas embasadas no apego, na empatia para o atendimento das patologias antigas e modernas. Para isso, vislumbro não só o atendimento individual, mas também o grupal, o comunitário e o envolvimento de ações políticas.

Necessitamos criar anticorpos não rejeitantes, “apegos seguros”, para enfrentarmos os desafios, nos tornarmos mais resilientes, mais adaptáveis diante das adversidades do mundo moderno.

Proponho ações didáticas, docentes, mobilizações de profissionais, de auxiliares de profissionais, das famílias, enfim da própria comunidade. Essas ações, como veremos, poderão se transformar em verdadeiros programas de instrução com enfoque nos primeiros anos de vida.

Essa “capacitação” poderá vir a se tornar o caldo de uma “cultura” mais saudável para o desenvolvimento dos bebês, enfim dos seres humanos.

Comecei no início da década de 80, trabalhando em Saúde Pública, nos Centros de Saúde, capacitando psicólogos, ginecologistas, pediatras, enfermeiras e assistentes sociais para o atendimento de gestantes e mães de bebês até os três anos. Nosso grupo era chamado o “Grupo do Perfume”, por se tratar de “perfumarias” (prevenção, psicoprofilaxia). Me dei conta de que tinha que ter um outro olhar sobre a pediatria. Quem cuidava da mãe? Seria o ginecologista? Seria o pediatra? Começava aí a me preocupar com a depressão pós partum, sua prevalência, seus efeitos.

Lembro que em dezembro de 2004, o *British Medical Journal* trouxe um editorial alertando que numa clínica de pediatria do Reino Unido, de trezentos bebês e suas mães examinados, 88 delas mostravam depressão e somente trinta foram diagnosticadas. A idéia era capacitar o pediatra para dar atendimento psicológico, e quando tivesse que encaminhar, o fizesse com muito cuidado para não cometer iatrogenia.

No início dos anos 90, no Projeto Vida, apresentamos um estudo em que correlacionamos desnutrição infantil e depressão materna. Encontramos, na zona norte de Porto Alegre, numa vila popular, 23% de crianças com desnutrição, filhas de mães que sofriam de depressão materna. Nossa terapia, inicialmente, não trazia resultados, as mães não mudavam seu perfil, não conseguíamos criar uma aliança terapêutica; na realidade, privilegiamos demais os bebês e “esquecíamos os bebês internos de cada mãe”. Foi quando entendemos que maternizá-las, dando um reforço positivo que conseguimos uma melhora. Com o passar dos anos alcançamos os índices de 8% de desnutrição nas crianças.

Uma das maiores referências nessa mobilização foi o ato de realizarmos visita domiciliar. Mães com vários fatores de risco, que não frequentavam nunca o Centro de Saúde, nos levaram a fazer o que Selma Fraiberg recomendava: a “Psicoterapia na Cozinha”.

Essa vivência serviu de referência e exemplo quando, em 1996, iniciei minha docência numa faculdade de medicina. A ULBRA, que iniciava um novo curso, com perfil voltado para a família e a comunidade.

Imaginamos então, junto com o professor Odon Cavalcanti, o “Ciclo da Vida” dedicando dois semestres ao bebê e seu mundo. Pensamos nos estudos de Fraiberg, Lebovici e Bion, que deveriam ser destacados em uma nova realidade. Atender famílias com problemas múltiplos, bebês carenciados, mães com estrutura emocional tipo depressiva, limítrofe.

O estudante teria que agir logo; afinal, ele iniciava o curso vendo a “vida”, não só com alegrias, mas acompanhada de muitos problemas. O estudo do cadáver, da anatomia também acontecia, mas nosso curso seria diferente. Como enfrentar as circunstâncias da favela? Traficantes, falta de higiene, falta de estrutura social? Enfim, além de observar um bebê e sua mãe, teria ele de cuidar das vacinas, da desnutrição, do *stress*, dos maus tratos e da negligência. Teria que, na verdade, ser um agente de saúde.

Com o passar dos anos nos demos conta de que o grande problema era o sentimento transferencial que o aluno sentia ao enfrentar esse problema. Ele estava qual a gestante no estágio de “transparência psíquica” que somente com muito apoio e supervisão (Holding) poderia enfrentar essa situação.

Com o decorrer do tempo notamos que as famílias estavam mais saudáveis, mais competentes e conectadas ao Posto de Saúde e o estudante, recebendo supervisão e até aulas de teatro, estava mais humanizado, mais empático, enfim recebera os efeitos do “Professor Bebê.”

Os anos passaram e levamos os estudantes para a Psiquiatria Infantil. Já tinham adquirido algumas experiências e então poderiam atender em ambulatórios crianças, adolescentes e adolescentes grávidas num lar ou abrigo. Lá, nesse “foyer”, se depararam com outras situações críticas causadas muitas vezes pelo próprio pai ou padrasto como estupro, gravidez indesejada, exclusão da vida familiar, uso de drogas ou prostituição. Usamos técnicas psicoterápicas, novamente a teoria do apego nos servindo de referência para a construção da aliança terapêutica, a busca de uma “base segura”. O terapeuta teria que ser seguro, confiável, atento e deveria compreender que esses pacientes viviam num estado limítrofe.

A Abordagem do Desenvolvimento de Fraiberg, a Abordagem Interativa de McDonough aliados a Psicodinâmica de Cramer, a escuta atenta de Bion e a empatia de Lebovici foram usadas. Que desafio, que experiência! Como enfrentar o apego evitante nessa defesa tão necessária que as mães usavam para se proteger no início das intervenções! Outra possibilidade surgia! Acompanhar os bebês dessas mães numa creche. Além delas, outras mães da comunidade foram frequentar com seus bebês nossa instituição. Podíamos agora acompanhar a interação mãe-bebê, seu ritmo, seu espaço, e a conquista de sua autonomia. Um novo achado surgiu: 50% das outras mães também apresentavam carências, depressões. Observavam os estudantes que os bebês recebiam estímulos dos cuidadores sendo a média de três a quatro bebês para um cuidador e as mães foram atendidas por eles com abordagens psicoterápicas de apoio.

Participavam das reuniões de supervisão da equipe cuidando o ambiente da creche que deveria funcionar como uma comunidade terapêutica sedimentada na ambientoterapia.

Com isto tínhamos conseguido uma prática importante, pois os estudantes atendiam e observavam entrevistas individuais, de grupo e a formação de cuidadores. Todavia sentíamos que poderíamos buscar mais oportunidades de intervenção.

De uma idéia surgida numa das conferências da “White House” em 1997, nos veio a possibilidade de intervirmos em uma outra comunidade e num outro momento. Pensamos observar mães e bebês, num dia especial, o dia da vacinação, o momento mágico em que as famílias buscam a saúde para seus filhos em visitas aos Centros de Saúde.

Escolhemos a comunidade da cidade de Canela e criamos uma escala para observar as interações de mães e bebês até um ano de idade, numa cidade onde nascem em média oitocentos bebês ao ano. Privilegiamos observar na interação o olhar, a escuta, o pegar, o segurar no colo, as conversas lúdicas como principais itens. Os resultados avaliados mostraram uma tendência entre 12-15% de possíveis dificuldades nas interações. Decidimos fazer uma visita domiciliar dentro de

um mês, após o dia da vacina, para verificarmos esses resultados e depois então encaminharmos os possíveis casos para os agentes e serviços de saúde.

Junto com a equipe de Canela, da área da saúde, passamos a capacitar agentes para conhecer termos como apego, resiliência, depressão entre outros. Após, realizamos uma pesquisa longitudinal que apresentava dados onde possivelmente 22% das mães poderia ter depressão, e verificamos também fatores protetores e de risco. A idade mais avançada da mãe, o menor número de filhos, o maior tempo de aleitamento materno, a escolaridade mais desenvolvida, a presença do companheiro eram dados muito significativos para uma melhor “interação” pais-bebês.

Com isso, havíamos criado um “caldo de cultura” em Canela, com o apoio do governo municipal e da comunidade em torno da “primeira infância”.

Em 2000, após concluirmos o “Curso de Psicopatologia do Bebê à Distância”, dirigido pelos professores Barriguette (México) e Lebovici (França) surgiu a idéia, com o grupo de alunos, de continuarmos juntos, sendo que o tema que iria nos unir era o da organização de uma Semana em Canela dedicada aos Bebês!

A frase de Nelson Mandela “necessita-se de uma comunidade para educar uma criança”, citada em 1997 por Hillary Clinton em seu livro, nos estimulava e nos trazia expectativas em torno do novo desafio.

Buscamos a rádio da cidade, o jornal local, os governos municipal, executivo e legislativo, as organizações comunitárias como Lyons, Rotary, associações de moradores, professores e voluntários que convidados para esta tarefa organizamos então, em maio de 2000, a 1ª Semana do Bebê.

Seria uma semana de sensibilização que traria mais apoio as crescentes ações já desenvolvidas por técnicos da saúde, educação e cidadania. Várias idéias surgiram como dar o “título” de Bebê Prefeito para o primeiro bebê que viesse a nascer durante essa semana, expor fotografias nas vitrines da cidade, proferir palestras nos bairros para a população e a criação de um seminário internacional. Para os estudantes de 1º e 2º grau da cidade foram criadas oficinas de sexualidade e concurso de redações sobre o tema. Manifestações culturais como canções, e obras teatrais passavam a fazer parte do programa que finalizaria com uma benção ecumênica e a “Passeata dos Bebês”.

Transcorridos sete anos notamos frutos, vendo-se ocorrer o mesmo fato em várias cidades do estado, sendo que o próprio governo estadual criou o dia estadual e a Semana Estadual do Bebê que ocorre, anualmente, em novembro. Em nível de Brasil, o Congresso Nacional prepara-se para aprovar a lei que cria a “Semana Nacional de Prevenção da Violência” com investimentos na primeira infância, iniciativa do senador Pedro Simon, do estado do Rio Grande do Sul.

Concluo aqui minha participação dizendo que são com recursos terapêuticos individuais e grupais, com a capacitação de técnicos e a participação comunitária que poderemos chegar à prevenção e dentro dela a psicoprofilaxia institucional e comunitária tão necessárias para chegarmos a um estágio de uma melhor qualidade de vida.