

**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 XXVI
2009
Montevideo**

AGRADECIMIENTOS

La Academia Nacional de Medicina agradece la imponderable colaboración y permanente sostén recibido del Ministerio de Educación y Cultura y de la Fundación de Apoyo a la Academia Nacional de Medicina (FAANAM).

Y expresa su reconocimiento a las autoridades de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, y al Diario El País.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SUMARIO

- 1.- AUTORIDADES DE LA ACADEMIA EN EL BIENIO 2008-2009
- 2.- ACADÉMICOS TITULARES
- 3.- ACADÉMICOS EMÉRITOS
- 4.- ACADÉMICOS HONORARIOS
- 5.- ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS
- 6.- ACADÉMICOS FALLECIDOS EN EL AÑO ACADÉMICO 2009
 - 6.1.- Presidente de Honor de la Academia, Ac. Ciro Peluffo,
 - 6.2.- Académico Titular Félix Leborgne
 - 6.3.- Académico Honorario Mario Berta
 - 6.4.- Académico Honorario Julio Viola Peluffo
 - 6.5.- Académico Honorario Extranjero Salvador Celiá.
- 7.- NOMBRAMIENTO DE NUEVOS ACADÉMICOS
 - 7.1.- Ac. Roberto Quadrelli. Discurso en la toma de posesión de los académicos Crestanello y Mazzuchi.
 - 7.2.- Ac. Carlos Gómez Fossati. Presentación del Ac. Francisco Crestanello.
 - 7.3.- Ac. Francisco Crestanello. Discurso de Aceptación.
 - 7.4.- Ac. Dante Petruccelli. Presentación del Ac. Nelson Mazzuchi.
 - 7.5.- Ac. Nelson Mazzuchi. Discurso de Aceptación.
- 8.- NUEVO PRESIDENTE DE HONOR DE LA ACADEMIA
 - 8.1.- Palabras del Presidente Ac. Roberto Quadrelli.
 - 8.2.- Palabras del Ac. Orestes Fiandra
 - 8.3.- Palabras del nuevo Presidente de Honor Ac. Antonio Borrás.
- 9.- SECCIONALES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN
 - 9.1.- Seccional Medicina
 - 9.2.- Seccional Cirugía
 - 9.3.- Seccional Biología Médica,
 - 9.4.- Seccional Medicina Social y Salud Pública
- 10.- COMISIONES
 - 10.1.- Comisión de Reglamentos, Becas y Premios
 - 10.2.- Comisión de Publicaciones, Difusión y Relaciones Públicas
 - 10.3.- Comisión de Planeamiento y Presupuesto
 - 10.4.- Comisión Calificadora Intersectorial
 - 10.5.- Comisiones Transitorias
- 11.- RÉGIMEN DE REUNIONES DE LA ACADEMIA
- 12.- ACTIVIDADES CIENTÍFICAS
 - 12.1.- 14 de mayo de 2009

Exposición del Profesor Agregado de Cirugía y del Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Dr. Eduardo Henderson.

Tema: Nuevo Plan de Estudios de la Facultad de Medicina de la UDELAR.

12.2.- 28 de mayo de 2009

Exposición de la Antropóloga Licenciada Magdalena Lorenzo (acompañada de los Antropólogos Daniel García Trobo y Andrea Quadrelli)

Tema: Propuesta de proyecto de un enfoque macro-antropológico del tema violencia en la salud

12.3.- 25 de junio de 2009

Exposición de la Antropóloga Licenciada Sonia Romero

Tema: Conclusiones del estudio antropológico puntual efectuado en el departamento de Salto (A pedido del Grupo multidisciplinario de estudio de la violencia en la salud que integra la Academia Nacional de Medicina)

12.4.- 24 de setiembre de 2009

Exposición del Académico Enrique Probst

Tema: Tristeza, nostalgia y depresión. Semiología y consideraciones psicopatológicas

12.5.- 27 de agosto de 2009.

Exposición del Profesor Dr. Eduardo Mizraji

Tema: "Biofísica de las redes de neuronas: teoría y aplicación."

12.6.- 8 de octubre de 2009

Exposición del Académico Humberto Correa

Tema: Informe de la marcha de la Facultad de Medicina CLAEH y proyecto de educación de la población en aspectos médicos.

12.7.- 12 de noviembre de 2009

Exposición del Académico Emérito Milton Mazza.

Tema: ¿Cuál debe ser la eupraxis médica para que no sea calificada de malapraxis?

13.- OTRAS ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

13.1.- Jornada conmemorativa de los 40 años del primer trasplante renal realizado en Uruguay

13.2.- Reunión Conjunta de las Academias de Medicina Del Plata

14.- PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2009 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN ABRIL DE 2008)

15.1.- Diversas acciones sobre los premios que otorga la Academia realizadas los años 2008 y 2009.

15.2.- Gran Premio Nacional de Medicina Año 2008

15.3.- Premio Ministerio de Salud Pública Año 2008. Tema: Gestión y evaluación de la atención primaria de salud en el Uruguay.

15.4.- Premio Diario El País. Año 2008

15.5.- Premio Nacional de Neumología "Dr. Miguel Mello Aguerre". Año 2008.

15.6.- Acto de entrega de los Premios año 2008.

15.7.- Llamado a premios correspondientes a 2009.

15.- DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS

Ac. Raúl C. Praderi. Maestro de la Medicina. Maestro de la Cirugía

16.- COLEGIACIÓN MÉDICA

17.- COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

18.- COMITÉ DE DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO

19.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LOS ACADÉMICOS

20.1.- Ac. Dante Petruccelli. Libro: RECUERDOS DE LOS COMIENZOS DE LA NEFROLOGÍA EN URUGUAY

20.- REUNIONES CON OTRAS ACADEMIAS (ALANAM, MERCOSUR)

21.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LA ACADEMIA

22.1. - Personería Jurídica.

22.2.- Presupuesto propio y permanente.

22.3.- Fondo ULAST o Mello Aguerre.

22.4.- Regularización del marco administrativo.

22.5.- Informatización.

22.6.- Planta física y equipamientos.

22.7.- Acuerdo con la Fundación de Apoyo a la Academia Nacional de Medicina (FAANM).

22.8.- Grupo de trabajo inter-institucional sobre Violencia contra los médicos.

MEMORIA DEL AÑO 2009

Desde su fundación, al final de cada ejercicio la Academia Nacional de Medicina resume en una memoria los hechos más salientes que se registraron en el mismo.

De esta manera no sólo informa por escrito y de modo transparente sobre sus inquietudes, actividades y realizaciones más notorias, sino que las registra en forma sintética para que, paso a paso, se vaya escribiendo su historia.

1.- AUTORIDADES DE LA ACADEMIA EN EL BIENIO 2008-2009

PRESIDENTE	Ac. ROBERTO QUADRELLI
1ER. VICE PRESIDENTE	Ac. JOSE L. PEÑA
2DO. VICEPRESIDENTE	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

2.- ACADÉMICOS TITULARES

SITIAL	OCUPADO POR	DESDE
1	PEÑA, José L	08.12.94
2	CRESTANELLO, Francisco	12.03.09
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	08.03.07
8	SILVA, Celso	16.10.97
9	LEBORGNE, José H. (*)	18.12.04
10	MAZZUCHI, Nelson	12.03.09
11	GOMEZ FOSSATI, Carlos	18.12.04
12	PELUFFO, Ciro (†)	15.10.77
13	PROBST, Enrique	25.03.04
14	ROTONDO, María Teresa	18.09.08
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 23 de julio de 2009 se aceptó su renuncia al sitial de Académico Titular.

(†) Falleció el 7 de julio de 2009

(**) Con fecha 23 de julio de 2009 se aceptó su renuncia al sitial de Académico Titular.

(****) Con fecha 25 de junio de 2009 se aceptó su renuncia al sitial de Académico Titular, y se le designó Académico Emérito.

3.- ACADÉMICOS EMÉRITOS

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

4.- ACADÉMICOS HONORARIOS

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

(†) Fallecido el 31 de mayo de 2009

5.- ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

VIACAVAL, 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	París - Francia
BRICAIRE, Henri	París - Francia
DE SEZE, Stanislav	París - Francia
LOUISOT, Pierre	París - Francia
OBE, Gunter	Essen - Alemania
LUBIN, Ernesto	Israel
CELIA, Salvador	Porto Alegre - Brasil
PETROLITO, José	Buenos Aires – Argentina
HERRERO, Hernán	Buenos Aires – Argentina

GARCIA BADARACCO, Jorge
CASTILLA, Eduardo

Buenos Aires – Argentina
Buenos Aires - Argentina

6.- ACADÉMICOS FALLECIDOS EN EL AÑO ACADÉMICO 2009

En el año académico 2009 fallecieron varios integrantes de la Academia.

6.1.- Presidente de Honor de la Academia, Ac. Ciro Peluffo,

Falleció el 7 de julio de 2009

Fue miembro fundador de la Academia, activo y fructífero participante, muchas veces protagónico, en sus actividades y profundo conocedor de la institución. Durante 31 años fue organizador de la misma, redactor de sus reglamentos, vínculo con otras organizaciones extranjeras similares, expositor de temas científicos de su especialidad, cronista ordenado de su historia, integrante de múltiples Comisiones y Tribunales, Tesorero, co-creador de la Fundación de Apoyo a la Academia, Presidente y, finalmente, Presidente de Honor.

6.2- Académico Titular Félix Leborgne

Falleció el 1 de mayo de 2009

6.2.1.- Palabras del Presidente de la Academia durante el sepelio.

Con la desaparición física de Félix Leborgne, la Academia Nacional de Medicina del Uruguay pierde a uno de sus integrantes más relevantes de los últimos 15 años y a uno de sus Académicos que más contribuyeron en la consolidación de una Institución todavía joven.

Ingresó a la Academia por el voto secreto de sus pares el 8 de diciembre de 1994.

Su presencia en los plenarios siempre significó una opinión ajustada y esclarecedora en todos los temas que se trataban.

Integró el Consejo Directivo en 2 oportunidades y varias Comisiones de estudio en diferentes temas así como numerosos tribunales para los premios otorgados por la Academia.

Fue Director de Publicaciones del Boletín de la Academia en el período 2002-2005, época que la recordamos como las mejores en lo que respecta a la regularidad de su aparición así como en el contenido científico logrado en cada uno de sus volúmenes.

Prestigió siempre a la Academia cuando tuvo que representarla, y recordamos con admiración cuando a su iniciativa ideó y moderó el Foro sobre Medicina y Medios de Comunicación, en diálogo directo con periodistas avezados.

Nos conocimos con Félix hace más de 30 años, en los corredores del Hospital Italiano, él con su larga túnica y la cabeza algo baja, como en permanente reflexión. Siempre tuvimos una simpatía mutua que se acentuó cuando fuimos colegas en la Academia. No olvidaremos jamás cuando concurrió a nuestro Instituto a comunicarnos personalmente con la alegría en su rostro, de nuestro ingreso a la Academia.

Su prestigio científico dentro y fuera del País no se discute. Publicó más de 150 trabajos en revistas arbitradas internacionales. Montó el mejor servicio de radioterapia pública en el Hospital Pereira Rossell. Recibió el Premio a la excelencia tecnológica concedido por el Laboratorio Tecnológico del Uruguay-LATU. Sus aportes referidos a la radioterapia modulada fueron sus últimos conocimientos brindados a nuestro medio que colocan al País a la vanguardia en el tema.

Siempre fue humilde y bueno. Trató a los demás con respeto y tolerancia. Enfrentó a la muerte con la dignidad y entereza que siempre formaron parte de su persona.
Fue uno de los Grandes.
Que en paz descanse y Dios lo reciba en su gloria.

6.2.2.- Homenaje de la Academia Nacional de Medicina.

En la mañana y tarde del 17 de setiembre de 2010 en la Sala Auditorio del Complejo Torre de las Comunicaciones, la Academia organizó una Jornada sobre "La Investigación en Biomedicina. Desafíos, Éticos, Legales y Sociales".
Dichas jornadas se realizaron en homenaje a la memoria del Ac. Félix Leborgne, al que el Presidente Ac. José L. Peña se refirió en una extensa y sentida exposición.

6.2.3.- Homenajes en la comunidad internacional de oncólogos-radioterapeutas.

Entre otros se cita el artículo de los Dres. Raul C. Urtasun y Jack Fowler titulado Dr. Felix Leborgne, 1935-2009, publicado en la revista Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys. 2009; 75: 1288-1289

6.3.- Académico Honorario Mario Berta.

Falleció el 31 de mayo de 2009

6.4.- Académico Honorario Julio Viola Peluffo.

Falleció el 25 de febrero de 2009

Ac. Luis García Guido Reconocimiento de la Academia al Ac. Julio Viola Peluffo

Sr. Presidente
Colegas Académicos
Sras y Sres

Con la anuencia del plenario, me siento comprometido a ocupar algunos minutos, para realizar un merecido reconocimiento al Académico Julio Viola Peluffo, fallecido el 25 de febrero pasado.

Quiero dar testimonio de algunas de sus facetas personales. Y deseo independizarme de subjetivismos y de la adjetivación fácil, ya que me unía un profundo y fecundo relacionamiento, y como fruto de ello, una amistad, que me la confesó oportunamente, de su parte, como paternal.

Con modestia, confieso que tuve la gracia de ser uno de sus discípulos preferidos. Fui su colaborador quirúrgico por muchos años, y cultivamos una relación alumno-maestro, docente-docente, y en el ámbito mutua, una dependencia jerárquica armoniosa y constructiva.

Tengo, por lo que fue su persona, y hoy su memoria, una profunda admiración, una profunda gratitud, y guardo una gran deuda, por todo lo que significó en mi formación y actuación docente, profesional, y en mi vida personal.

Viola Peluffo, como le gustaba que lo llamaran, fue un caballero de perfil propio, de porte prolijo, sobrio y elegante.

Personalidad arrolladora, carismática, cautivante, y seductora, con alta calidez humana, y excepcional calidez de comunicación, para con

cualquiera que lo abordara. Pasiona en todos sus actos, logró el reconocimiento y la admiración de todos los que lo conocieron.

Universitario y docente de dotes excepcionales. Gremialista comprometido con las problemáticas del cuerpo médico y con la ética del ejercicio profesional.

Se graduó de médico en 1950, y luego se dedicó con gran impulso y mucho protagonismo a la urología académica y asistencial.

Para con la Facultad de Medicina, tuvo una entrega total.

Desarrolló con brillantez, la carrera docente en la Clínica Urológica hasta llegar a la titularidad de la Cátedra de Urología en marzo de 1986.

En la clínica sobresalía por sus iniciativas, gestor de ideas y grupos de trabajo. Fomentaba el hacer y dejar hacer. Fue un docente de expresión fácil, de conceptos claros y sencillos, los que nunca se olvidan.

Sincero, responsable y autocrítico. Reconocía y asumía sus desaciertos en forma crítica y pública, junto a sus pares y alumnos, contribuyendo con ello, al aprendizaje por el error, del cual mucho aprendemos, y raramente olvidamos.

Dedicado y comprometido, firme e inamovible con sus convicciones, y en el mantenimiento de los principios universitarios, éticos, gremiales y democráticos.

Tuvo una producción científica calificada y numerosa en revistas, libros, relatos, conferencias, cursos y congresos. Propulsó un libro para estudiantes, "Cuadernos de Patología Urológica" que en 1986, cubrió un vacío bibliográfico en nuestro medio.

Sus trabajos de investigación, versaron en la anatomía vascular del riñón, la arteriografía renal y la urografía a dosis masiva.

Propulsó las visitas periódicas al interior del país, con cursos, talleres de trabajo, discusión de casos clínicos, con la intencionalidad de mantener la competencia profesional de los colegas. Presagió, sin saberlo, el gran capítulo de la educación médica continua.

Fue consejero y asesor del Consejo de la Facultad de Medicina. Presidió con ponderación y reconocida justicia, la Comisión de Ética Médica y Conducta Universitaria, en un momento difícil de la Facultad de Medicina, como lo fue el período posdictadura.

Integró la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, y también la Comisión Honoraria Asesora del entonces, Banco de Órganos.

Fue, desde la óptica urológica, uno de los impulsores intelectuales del primer trasplante renal en 1969.

Integró, en la década del 60· y 70· y bajo las direcciones sucesivas de los Profesores Frank Hughes y Jorge Lockhart, un verdadero grupo de notables de la urología: junto a Héctor Schenone, Juan Carlos Lorenzo, Arturo Durante y Fabián Mendy, que dieron renombre y prestigio en el mundo, a la urología uruguaya.

La Facultad de Medicina, reconocida, lo designó con total justicia, Profesor Emérito de la misma.

A nivel asistencial fue un abnegado, distinguido y exitoso urólogo, de consulta obligada en las instancias difíciles. Cirujano brillante, excesivamente pulcro y de manos seguras.

La Academia Nacional de Medicina, lo reconoció y lo incorporó, con la gran distinción de Académico Honorario en el año 2005.

En los últimos años, por su invalidez para movilizarse, y con gran frustración y pena de su parte, se vio impedido y alejado de las actividades científicas y sociales, de las cuales disfrutaba plenamente.

Con plena lucidez, a los 86 años de edad, y rodeado del calor y afecto que supo despertar en su familia, y que apreciaba orgullosamente, por parte de su Sra. Esposa, Liliana; de sus hijos: Laura, Julio, Patricia y Pablo,

de sus nietos y bisnietos, y de un grupo de íntimos amigos que le alegraron su vida en los últimos años, tuvo que enfrentar la muerte.

Frente a ese acto tan natural, como el haber nacido y crecido, pero sobrecogedor y angustiosamente intimidante, supo asumirla con hidalguía, y abrazarla con resignación. Se fue como un grande, cabalmente tal cual era.

A sus familiares, e íntimos amigos, quiero hacerles llegar mis más sentidas y sinceras condolencias.

Gracias, por permitirme el honor y privilegio de rendir un modesto, pero sentido tributo al Ac. Julio Viola Peluffo.

6.5.- Académico Honorario Extranjero Salvador Celiá.

Falleció en junio de 2009

7.- NOMBRAMIENTO DE NUEVOS ACADÉMICOS

En la Sesión Plenaria de la Academia del 11 de diciembre de 2008 se designaron a los Dres. Francisco Crestanello (seccional cirugía) y Nelson Mazzuchi (seccional medicina) para ocupar dos siales de Académicos Titulares.

Retomando una tradición anterior, el Presidente y Secretario concurren para la entrega en forma personal a los nuevos Académicos la documentación respectiva: acta de nombramiento, diploma y juramento.

Éstos tomaron posesión de sus siales en una sesión pública extraordinaria de la Academia realizada el 12 de marzo de 2009.

7.1.- Ac. ROBERTO QUADRELLI DISCURSO EN LA TOMA DE POSESIÓN DE LOS Académicos CRESTANELLO Y MAZZUCHI

En nombre de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, y cumpliendo con lo establecido en su reglamento interno, tengo el honor de abrir esta Sesión Pública Extraordinaria con la finalidad de incorporar a la Academia de Medicina a dos nuevos integrantes Titulares: en orden alfabético, el Profesor Doctor Francisco Crestanello y el Profesor Doctor Nelson Mazzuchi.- .

El acto de incorporación de un nuevo Académico es una de las ceremonias más solemnes de nuestra Institución, ya que es una de las designaciones más importantes a que pueda aspirar un médico. La selección es el resultado de un profundo análisis de los antecedentes científicos y de la calidad ética y moral del candidato. Todo ello finalizado en una votación secreta de un Plenario de Académicos regido por normas estipuladas.

Los Académicos Crestanello y Mazzuchi colmaron holgadamente dichos requerimientos, y estoy seguro que enriquecerán el acervo intelectual de la Academia.

También el acto que hoy nos convoca es una ceremonia de alegría y de esperanza. De alegría porque se reconoce públicamente la trayectoria de una persona destacada; de esperanza porque se desea que esa persona honre a sus predecesores Académicos.

Al Académico Crestanello le corresponderá el sitial número 10, ocupado otrora y en orden cronológico por los Académicos Eduardo Palma y Milton Mazza; al Académico Mazzuchi le corresponderá el sitial número 2, ocupado otrora y en orden cronológico por los Académicos Roberto Caldeyro Barcia y Gaspar Catalá.

La elección de un nuevo miembro es una permanente preocupación del Plenario Académico, porque de ello depende el futuro de la Institución.

El futuro de la Academia es necesario elaborarlo desde hoy. Es una Institución joven y deberá ser consolidada en todos los aspectos. Son apenas 33 años de vida desde el acta fundacional del 27 de diciembre de 1976, cuando se designaron los primeros 20 miembros Titulares. Ese fue el día que alcanza éxito el 6to. y último intento por tener en el Uruguay una Academia de Medicina.

Otros intentos lo habían precedido, pero todos efímeros. De ellos, el más antiguo y notable es de 1783, a ciento noventa y tres años de la creación de la actual Academia. Era todavía aquí, época de la dominación española, del Virreinato y de la Banda Oriental. En ese entonces tan lejano y primitivo, Montevideo contando apenas con cinco mil habitantes, tuvo la primera Academia de Medicina del Río de la Plata, de América Latina y del Caribe.

Su impulsor fue el Dr. Miguel Gorman, irlandés de nacimiento pero formado médico en Francia, quien arribó a estas tierras como médico jefe en la expedición del primer Virrey del Río de la Plata. Fundamentó su iniciativa en la necesidad de establecer "...una Academia médica para estímulo de los peritos, instrucción de los curanderos y expulsión de los inútiles...". No existen documentos posteriores relativos a la vida de la Academia recién fundada, aunque ciertamente fue de duración fugaz.

Los otros cuatro intentos para establecer una Academia de Medicina transcurrieron entre los años 1915 y 1963. Todos fracasaron.

Si bien la actual Academia es joven, tiene una muy rica trayectoria elaborada por los ilustres médicos que la forjaron con un enorme peso intelectual : ellos establecieron su marco normativo; estimularon el conocimiento y la investigación; fomentaron la dignidad y la ética en el ejercicio profesional; dieron su opinión frente a los grandes problemas médicos; asesoraron a las instituciones públicas y privadas en todo lo referente a la Medicina, publicaron con la mayor regularidad posible el boletín de la Academia con importante contenido científico. Últimamente la Academia ha logrado significativos progresos en la consolidación de su marco administrativo. Pero falta mucho más...

Pertenecer 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 nuevos Académicos: "El sitial 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...". Y agrego: implica un esfuerzo pleno de obligaciones y un nuevo desafío en una etapa de la vida en la que muchos aspiran a un plácido descanso.

No nos es ajena la presencia de familiares y amigos de los nuevos Académicos, cuya contribución al realce de este acontecimiento no nos pasa desapercibida. A todos ellos, gracias por vuestra presencia. Sabemos de los sacrificios de la familia que se instalan con la carrera médica, y bueno es que también la familia participe en la recolección de los frutos.

Señores Académicos Crestanello y Mazzuchi:

La Academia Nacional de Medicina del Uruguay se complace en recibirlos como miembros Titulares de ella, significando para mí, no sólo un honor, sino también una alegría y una emoción que compartiré con todos los presentes, entregarles el diploma que los acredita como tales.-

Gracias a todos.

7.2.-

Ac. CARLOS GÓMEZ FOSSATI

PRESENTACIÓN DEL Ac. FRANCISCO CRESTANELLO

Señor Decano de la Facultad de Medicina, Señor Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, Señor Presidente de la Academia, Señores Académicos, Señoras y Señores.

El Ac. Quadrelli me ha designado la muy honorable y grata tarea de presentar al nuevo miembro de la Academia Nacional de Medicina, el Dr. Francisco Alfredo Crestanello, tarea muy honorable porque el ingreso de todo nuevo académico lo es, y en este caso el Dr. Crestanello tiene una muy valiosa carrera que respalda su nominación. Y tarea muy grata también ya que me une al Dr. Crestanello muchos años, más de cincuenta, de una gran amistad.

Si bien su trayectoria debe ser ampliamente conocida por muchos, tal vez la mayor parte de los presentes, permítaseme destacar algunos aspectos de su carrera, que tal es el rol que se me ha encomendado.

El Dr. Crestanello ingresó a la Facultad de Medicina en el año 1957. De una generación muy numerosa, de casi 450 integrantes, rápidamente se mostró como una de sus figuras más destacadas. Pasó Ciencias Morfológicas con sobresaliente, Ciencias Fisiológicas con sobresaliente y felicitaciones de la mesa examinadora, y a partir de esos dos mojonos cruciales construyó una carrera de grado casi perfecta, con una escolaridad históricamente difícil de superar que le valió merecidamente la obtención de la Medalla de Oro que en esa época otorgaba la Facultad de Medicina al graduado de mejor escolaridad de cada año lectivo.

Durante su pregrado fue además Practicante Externo del Ministerio de Salud Pública por concurso y Practicante Interno también del Ministerio de Salud Pública, obteniendo en este concurso el primer lugar de la generación. Orientado muy precozmente hacia la Cirugía, dirigió su carrera para dotarse de sólidas bases para la especialidad que había elegido seguir y concursó y obtuvo en titularidad dos cargos de Ayudante de clase de Anatomía como prestigioso Disector de muchas generaciones de estudiantes y luego de Patología Quirúrgica, más adelante Departamento Básico de Cirugía, en 1966, iniciando con estos dos cargos lo que sería una brillante carrera docente en la Facultad.

A pocos meses de graduarse en 1967, entró como Asistente titular de Clínica Quirúrgica en el Servicio que por entonces dirigía el Profesor Eduardo Palma en el Hospital Maciel, y prácticamente apenas terminado su asistentado entró como Profesor Adjunto titular en el Servicio del Profesor Roberto Rubio en el Hospital de Clínicas. Ambos Servicios, tanto el del Profesor Palma como el del Profesor Rubio, tenían una especial vocación por la Cirugía Vasculuar, de modo que el Dr. Crestanello, aparte de adquirir en su pasaje por los mismos una sólida formación en Cirugía General, también lo hizo en Cirugía Vasculuar Periférica, que sería a posteriori una parte muy importante de su quehacer profesional.

También trascendente para esta etapa formativa fue una Beca de Perfeccionamiento que le otorgó el Gobierno de Francia por la cual en 1977, entre los meses de enero y septiembre hizo una pasantía en un servicio de gran prestigio en París, en el Hospital Paul Brousse, que dirigía por entonces el Profesor Henri Bismuth, servicio en el que se practicaba una cirugía de avanzada con un gran preciosismo técnico, y que además tenía anexo un laboratorio de Cirugía Experimental de alto nivel, magníficamente equipado.

A su regreso de Francia siguió avanzando en su carrera docente, tanto en Materas Básicas como en Materias Clínicas. En Materias Básicas fue por un corto lapso Profesor Adjunto de Anatomía, luego entró de Profesor Adjunto titular en el Departamento Básico de Cirugía que había organizado y formado y liderado el Profesor Uruguay Larre Borges, y luego fue Profesor Agregado titular del mismo Departamento bajo la dirección sucesivamente del Profesor Larre Borges, del Académico Celso Silva y del Profesor Alberto Del Campo.

En materias Clínicas también su carrera fue progresando, fue Profesor Adjunto titular del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, luego Profesor Agregado del mismo Profesor Larre Borges cuando éste accedió a una de las Clínicas Quirúrgicas que funcionaban en el Hospital Maciel, y finalmente culmina su carrera académica siendo nombrado en 1987 por decisión unánime del Consejo de la Facultad como Profesor titular de Clínica Quirúrgica.

Organizó la Clínica Quirúrgica "A" en el piso 10 del Hospital de Clínicas de manera ejemplar. Creó incluso un archivo propio de sus pacientes con un sistema de codificación de su autoría. Formó a muchas generaciones de estudiantes de pregrado y a muchos cirujanos que hoy se reconocen con orgullo como sus discípulos en la práctica de una cirugía moderna apoyada en una evidencia sólida y con una técnica sistematizada y muy prolija.

En paralelo con toda esta proficua labor clínica el Doctor Crestanello ocupó cargos de responsabilidad en el gobierno universitario. Integró el Comité del Cuerpo Médico del Hospital de Clínicas del que fue Presidente por un breve lapso, fue delegado docente a la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas durante un período, y más recientemente en base a su prestigio académico e impecable trayectoria fue nombrado por el Consejo de la Facultad integrante de la Comisión de Ética y Conducta Universitaria, cargo que hoy ocupa.

Fue también el Dr. Crestanello Presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay en el año 1990, Presidente del 45º Congreso Uruguayo de Cirugía en el año 1994, y culminando una larga y proficua relación con la Cirugía Francesa, presidió la Bial de Cirugía del Profesor Michel Huguier en el Hospital Tenon de la Universidad parisina Saint Antoine, en el año 1995.

Tuvo a lo largo de toda esta carrera, tanto en materias básicas como en clínica una extensa producción científica: 152 trabajos entre presentados y publicados, entre ellos dos monografías, una tesis de doctorado, una tesis de docencia, todas con las máximas calificaciones. Destacamos de esta profusa producción sobre variados temas clínicos, el interés del Dr. Crestanello por diversos temas conceptuales del ejercicio de la Cirugía en los que hizo valiosos aportes: las mesas redondas de los Congresos Uruguayos de Cirugía sobre Enseñanza de la Cirugía al Graduado, sobre Presente y Futuro de la Cirugía en el Uruguay, y sobre Control de Calidad en Cirugía.

Y en múltiples oportunidades y en diversos ámbitos fue integrante de grupos de estudio sobre estos temas que atañen el ejercicio de la Cirugía, y casi siempre, por su inteligencia y capacidad de síntesis, el redactor obligado de sus conclusiones.

Su producción científica culminó en el año 2005 con la publicación, luego de un titánico esfuerzo y los aportes de varios colaboradores, del libro "El Diagnóstico Contemporáneo en Cirugía General. Principios y Práctica" que, en más de 700 páginas y con una abundante y magnífica ilustración gráfica, da un panorama de lo que debe ser el diagnóstico en Cirugía en los comienzos del siglo XXI.

Con esta breve exposición he hecho la presentación del nuevo Académico, Dr. Francisco Crestanello, que honra a nuestra Academia, que pasa a ocupar el sitial que casualmente ocupó previamente el Académico Eduardo Palma, uno de sus maestros, y no dudamos que este sitial se convertirá en un nuevo sitio de acción desde el que continuará aportando mucho para el progreso de la Medicina en nuestro país.

Bienvenido a la Academia.

7.3.-

**Ac. FRANCISCO CRESTANELLO
DISCURSO DE ACEPTACIÓN**

Señor Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, señores miembros del Consejo Directivo, señores académicos, familiares, amigas, y amigos.

Acontecimientos como éste, que ocurren sólo una vez en la vida profesional, constituyen una oportunidad para tender una mirada al pasado, interpretar el presente e imaginar el porvenir.

Desde las primeras etapas de mi relación con la Medicina me acompañan dos fuertes convicciones.

La primera es que la esencia de la profesión es esa relación directa, calma, íntima y confiada entre un paciente preocupado por su salud y un médico que en forma diligente, humana y oportuna le brinda su atención, el tiempo necesario y todo lo mejor de su capacitación para solucionarlo. Ella es el fruto de los ejemplos de mi padre, un modesto pero envidiable médico de familia, y de su gran amigo el Profesor Héctor Muñíos autor del notable y hoy olvidado libro "Medicina, una noble profesión".

La segunda es que curar con las manos prolongadas con instrumentos es algo cruento que inevitablemente provoca de una manera particular en cada paciente, un sentimiento de cierta agresión, crueldad y deshumanización, por lo que los cirujanos, en forma tal vez más necesaria que otros especialistas médicos, debemos poseer una disposición paciente y permanente a percibir y mitigar ese sentimiento y así darle a la asistencia la necesaria cuota de personalización y humanidad. Esta convicción primariamente la debo al ejemplo de uno de mis tíos, que era cirujano.

En las últimas décadas, la Medicina y la Cirugía avanzaron en forma notable y los costos asistenciales superaron la capacidad de financiación transformándose en uno de los problemas principales del cuidado de la salud. Estos dos hechos afectaron a todas las especialidades médicas, y desencadenaron diferentes respuestas de adaptación.

Los cirujanos centramos nuestras respuestas particularmente en cómo asumir los avances de la especialidad, profundizando nuestra capacitación, diversificando nuestras habilidades, y dando mayor seguridad a nuestra práctica. También acortamos la internación hospitalaria. Pero sobre todo, atentos al creciente poder de nuestras nuevas técnicas desarrollamos los parámetros para su manejo ético y establecimos con la sociedad una relación llamada profesionalismo. En lo esencial éste acentúa nuestro compromiso tradicional de servirla con lo mejor de nuestra ciencia y nuestro arte, y ella nos reconoce autonomía para la toma de decisiones asistenciales y derecho a organizarnos en instituciones legalmente reconocidas con capacidad de autorregulación mediante normas técnicas y éticas propias. La Sociología considera que el profesionalismo es un baluarte moral que contribuye a estabilizar la sociedad, porque protege adecuadamente a sus personas y a sus valores vulnerables, y aumenta la confianza de sus integrantes en sus profesiones y sus organizaciones.

Las respuestas de adaptación de la administración de los sistemas asistenciales apuntaron casi exclusivamente al control de la elevación de los costos. Unas fueron conceptuales, como la consideración equilibrada de la universalidad y el beneficio social de la asistencia. Y más recientemente la utilización del concepto del costo de las oportunidades perdidas desarrollado en el campo de la economía, cuya validación ética y aplicación práctica a los casos particulares presenta numerosas dificultades.

Las demás respuestas de la administración se dirigieron al proceso asistencial. Comenzó por intermediar la relación entre pacientes y cirujanos con la aplicación impersonal de pautas y cupos genéricos que se ajustan a enfermos virtuales promedio, pero no a la mayor parte de los enfermos reales. Luego paulatinamente no satisfizo la creciente demanda de los insumos necesarios para ejercer la parte operatoria de la especialidad. Y últimamente con el nombre de caminos críticos o clínicos comenzó a aplicar a la asistencia una herramienta industrial que busca reducir las variaciones en la producción, la utilización de recursos y la ineficiencia.

Los pacientes, razón de ser de la profesión y del sistema asistencial, en forma cada vez más nítida percibieron que éste no los trataba como esperaban y por diversas razones comenzaron a expresarlo en forma más frecuente y clara.

Y mientras todo esto ocurría se definió el concepto moderno de calidad asistencial que implica sentido de servicio personal y humano de la Medicina, ejercicio con alto grado de profesionalismo, satisfacción de las expectativas razonables de los pacientes y todos los demás actores del escenario asistencial y manejo responsable de los costos del sistema.

Con la referencia de mis dos convicciones personales reflexioné mucho sobre estas respuestas de adaptación.

En el nivel mundial unas fueron avances, otras fueron cambios pero no mejoras, y otras llegaron al extremo de ignorar las características esenciales de la buena asistencia y transformarla en una caricatura industrializada de lo que debería ser, en la que todos los actores fueron disminuidos en su dignidad.

En el nivel local me fue más difícil realizar una reflexión objetiva porque pertenezco a uno de los grupos de actores del mismo y mi percepción puede estar sesgada; pero refleja matices particulares que no siempre son adecuadamente comprendidos por los que no ejercen la especialidad.

La reflexión me mostró una realidad local de respuestas que es compleja, heterogénea y con bastantes aspectos insatisfactorios.

La primera percepción es que en nuestro sistema asistencial, calidad es una palabra muy usada, y una condición frecuentemente escrutada, certificada, y utilizada como argumento publicitario por las instituciones. Pero en la práctica en bastantes casos todavía no se aplican muchos de los aspectos que hoy integran el concepto moderno de calidad. En forma inexplicable el sistema todavía no ha establecido una organización profesional de los médicos en colegios. Existen situaciones que no permiten que la relación cirujano-paciente se desarrolle con todo el contenido personal, humano y de oportunidad que necesita, porque la intermediación administrativa sistemática de las decisiones responsables de los cirujanos es un factor limitante del ejercicio de su profesionalismo, los enfrenta al dilema ético de fidelidad a los pacientes o a los mandatos burocráticos de las instituciones, y los transforma injustamente en blanco de la insatisfacción de los pacientes con el sistema.

La segunda percepción es que nuestro sistema asistencial no es totalmente eficiente, porque la calidad de la Cirugía que brinda no es en todos los casos todo lo elevada que sus recursos permitirían. Esta percepción no es sólo personal; creo que puedo afirmar que, con matices en la apreciación, es similar a la de muchos de los cirujanos locales, que han llegado a ella a través de un procesamiento razonablemente objetivo, realizado durante algo más de dos décadas en incontables actividades en la Facultad de Medicina y en la Sociedad de Cirugía, en muchas de las cuales he participado.

Y finalmente la tercera percepción es que nuestro sistema asistencial ha respondido a los avances en forma disarmónica. Desde hace bastante tiempo en demasiados aspectos no existen puntos de vista ni objetivos compartidos por cirujanos y administración y en ciertos momentos hay demasiada confrontación entre ambos.

Y mientras tanto las deficiencias que comprometen la calidad global de nuestra Cirugía se siguen acumulando y le confieren cierto grado de marginación que crece, porque los paradigmas de la Cirugía en el mundo avanzan y se distancian más de los de la nuestra.

Comenzando por los componentes del sistema en los que tuve responsabilidades específicas, percibo que el programa de formación de cirujanos de nuestra Facultad no está suficientemente adaptado a esta nueva realidad; que no insiste suficientemente en enseñar a atender los aspectos éticos, personales y humanos de la asistencia quirúrgica; que la capacitación inicial de nuestros cirujanos particularmente en el desarrollo de su habilidad operatoria podría ser mejor; y que las instituciones asistenciales que demandan cirujanos bien

formados, por el momento no contribuyen con nada al proceso de formación, lo que no es justo.

En cuanto a la organización del trabajo quirúrgico, la existente debería permitir globalmente una práctica más actualizada, más eficiente para el sistema asistencial, y más atractiva como forma definitiva de ejercicio.

En materia de espectro de prestaciones asistenciales el actual Sistema Nacional Integrado de Salud diseñado con predominio del encare contable, enfatiza la asistencia primaria. Pero no está claro si tendrá realmente la proporción necesaria de espacios para la realización regular y segura de los procedimientos de mayor complejidad de la Cirugía General, que un sistema realmente integrado equitativo y justo necesita.

Respecto a los costos asistenciales permanentemente las instituciones, hacen llamados a racionalizarlos y ejercen un férreo control sobre los mismos. Pero sin criterio ni control aparente gastan ingentes recursos económicos en lujo de sus edificios y en diversas formas de mercadeo que vende asistencia como un producto industrial omnipotente, cuando sería más ético educar a la sociedad mostrando objetivamente las posibilidades reales y las incertidumbres de la misma.

Con esta percepción insatisfactoria de la realidad presente de nuestro sistema asistencial en Cirugía, recibo esta investidura de miembro titular de la Academia Nacional de Medicina. ¿Cómo debo interpretarla?

Esta institución congrega a las personas más representativas de las ciencias médicas. Como en verdad no creo que yo sea una de ellas, ante todo interpreto la investidura como una distinción enorme, y también es enorme mi gratitud a nuestro recordado amigo el Ac. Roberto De Bellis, que fue quien me invitó a postularme, y a todos los académicos que me apoyaron con su voto.

También es un reconocimiento que en lo personal no estoy seguro de merecer. Las apreciaciones del Presidente Quadrelli, y del Ac. Gómez Fossati, fueron excesivamente generosas, porque no han podido sustraerse a la subjetividad de nuestra amistad de 52 años. Todo eventualmente merecido reconocimiento debe ser transferido a las personas de mi entorno que me dieron todo lo que posibilitó que madurara como persona, universitario, profesional y especialista. Felizmente muchas de ellas hoy están aquí acompañándome; las demás están en mi recuerdo. En el centro está la familia de donde provengo, mi inigualable esposa, la familia de donde proviene que siento como propia, nuestros tres hijos y sus familias con los vástagos de una tercera generación. A su alrededor están mis maestros, profesores y tutores, mis compañeros, colegas, amigos y colaboradores, mis pacientes, todos los cirujanos en formación y estudiantes de Medicina que traté de orientar en la Facultad, y muchos amigos cirujanos universitarios del Río de la Plata, Francia y Estados Unidos.

En todos ellos encontré una fuente inagotable de sólidas referencias. Valió la pena vivir para recibir esa excepcional y abrumadora muestra de generosidad, que nunca podré agradecer suficientemente.

Y entonces sólo queda la interpretación más personal y profunda de esta investidura, que es el de una irrepetible oportunidad de saldar mi deuda con el entorno intentando devolverle, si ello fuera posible, algo equivalente a todo lo que en su momento me brindó. Por eso hoy se inicia para mí una etapa de trabajo en la Academia que visualizo con expectativas.

¿Qué debo hacer de ahora en más?

Hace casi un siglo Bernard Shaw señaló que *“unos miran el mundo cómo es y se preguntan ¿por qué?. Y otros miran el mundo como nunca ha sido y se preguntan ¿por qué no?”*.

Por eso no puedo detenerme en la descripción de los aspectos insatisfactorios que he realizado para luego lamentarlos, sino reflexionar sobre cómo dentro de esta institución podría contribuir a mejorarlos.

En mis reflexiones no encontré ninguna razón de suficiente peso para que los cambios y reacciones que se han producido en el escenario asistencial, sean

incompatibles con conservar en todo nuestro sistema la consideración que merecen los pacientes y los profesionales que prestan y administran asistencia quirúrgica.

Lograrlo es sin duda una tarea muy compleja. Pero es necesaria. Y si es asumida por todos los actores del sistema asistencial, es posible.

La Academia tiene el prestigio y la fuerza de la alta representatividad profesional de sus miembros y la independencia de estar fuera de todo posible conflicto de intereses. Por ello tal vez mejor que nadie pueda promover esa necesaria respuesta global y armónica que alcance una Cirugía de la máxima calidad posible con los medios disponibles.

Con esta interpretación del presente, abrigo una razonable cuota de esperanza que en el futuro próximo, con el mismo tesón y trabajo con que en el pasado se forjó la Cirugía que recibimos de nuestros mayores, que es merecedora de toda nuestra admiración y respeto, con la iniciativa de la Academia, entre todos los integrantes de nuestro sistema asistencial encontraremos una forma de acercar su calidad a lo que Gregorio Marañón, uno de los grandes de la profesión, denominó *la divina ilusión de la Medicina: "cambiar el dolor por goce, la enfermedad por salud y la muerte por vida"*.

7.4.-

Ac. DANTE PETRUCCELLI

PRESENTACIÓN DEL Ac. NELSON MAZZUCHI

Sr. Ministro Interino de Salud Pública, Sr. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Sr. Presidente de la Academia, Sres. Miembros del Consejo Directivo, Sres. Académicos, Académico Nelson Mazzuchi y familiares, amigos y amigas.

La Academia Nacional de Medicina me ha designado para hacer el recibimiento y la presentación del nuevo Académico Dr. Nelson Mazzuchi Frantchez. Es para mí un honor y un placer, presentar a quien considero una de las figuras más relevantes de nuestra medicina en los últimos 30 años tanto en lo nacional como en lo internacional.

Con un perfil, tal vez, sin la notoriedad correspondiente, el aporte que ha hecho Mazzuchi a nuestra medicina y a la medicina latinoamericana en el área nefrológica, ha sido de gran peso y trascendencia.

Nos conocimos en épocas estudiantiles; varios años menor que yo, hicimos una carrera docente-asistencial muy similar, transitando desde la fisiología y el internado, pasando por la medicina en su patología y clínica y culminando en el área nefrológica.

Un vínculo laxo nos mantuvo en contacto en esos años, pero a partir de 1974, cuando se creó el Centro de Nefrología en el Hospital de Clínicas, al cual ingresó, pasamos a integrar un grupo de trabajo común, y ese quehacer nefrológico nos mantuvo unidos más allá de convergencias y de inevitables discrepancias, a veces no menores, hasta mi retiro.

La larga carrera docente, científica y asistencial del Dr. Mazzuchi, en base a rigurosos concursos de oposición y de méritos, lo llevó desde el grado de ayudante de clase de Fisiología en 1958 hasta el grado 5 como primer Profesor Titular de Nefrología en el año 1979, cargo que ejerció durante 20 años.

Toda esta destacada carrera fue por él presentada a la Academia y ha sido valorada por los Sres Académicos, por lo cual no entraré en detalles que serían muy largos de describir.

Solo diré que recibió el título de Médico en el año 62, el de especialista en Medicina en el 75 y el de especialista en Nefrología en el 79, año en que asumió el cargo de Profesor Director de esa Cátedra, como dije, por 20 años.

Señalo además, que en esta rica carrera, recibió varios premios en congresos nacionales e internacionales y el 2do premio de esta Academia en el año 1991.

Creo que toda esta trayectoria, justifica con creces su ingreso a la Academia.

A lo que yo deseo referirme hoy, es a los dos aspectos que considero centrales en la actuación del Ac. Mazzuchi, que no suelen ser vistos por la generalidad de los colegas, por ser poco perfilados o por otras razones y que, repito, son lo que yo considero que han llevado a que Mazzuchi sea una figura singular en nuestro medio médico.

El primer aspecto se refiere a un período formativo, decisivo en su carrera posterior, como fue su concurrencia a Chile en 1964, al Instituto de Física Nuclear y al Servicio de Nefrología del Hospital de El Salvador.

Allí profundizó su formación, en especial en estadística y matemática. Esto repercutió fuertemente en sus posteriores trabajos, hasta la actualidad. Le dio una visión moderna y le dio herramientas para abordar de modo riguroso los problemas científicos y el control de los resultados en lo asistencial, cosa no habitual en aquellos momentos en el país, con la consiguiente repercusión docente, asistencial y en investigación.

Al final, obviamente, ello se proyectó en su trabajo, en las etapas creativas y de organización de los primeros años de la Nefrología uruguaya, como especialidad oficial de 1979 en adelante, como ya dije, y en su enfoque de la organización de las prestaciones de asistencia a nivel nacional.

El segundo aspecto se refiere a sus condiciones innatas, incrementadas por esta formación moderna, recién referida, que le permitieron promover propuestas claras en lo organizativo, proyectadas con firmeza en la Cátedra y en el plano asistencial, en especial en cuanto a la asistencia de los pacientes en insuficiencia renal crónica. Y me refiero, y esto es muy importante, no solamente a lo que él fue proponiendo en el plano teórico y conceptual, sino además y sobre todo, a su capacidad para hacer realidad dichas propuestas en medio de grandes dificultades, con desinteligencias de él y de todo el grupo, no menores, en el ámbito gremial y aún en el ámbito universitario, que no alcanzaban a comprender la situación que se vivía.

Hizo realidad la creación de estructuras funcionales a los fines perseguidos.

Reitero entonces, que son estos dos aspectos, uno formativo y otro de personalidad los que explican su destacada trayectoria y la gran obra que realizó y continúa realizando, como un gran legado a la medicina uruguaya.

No quiero terminar sin dejar constancia de que el Ac. Mazzuchi no trabajó todos estos años, en especial en la década de los años 70, navegando en aguas calmas; por el contrario, el gobierno de esa época le dejó heridas y cicatrices, que supo controlar y superar con su firme carácter y con el apoyo de dos factores fundamentales. Por un lado, precisamente, la intensidad de un trabajo exigente en lo personal y en lo colectivo, y por otro, el gran apoyo familiar, no menos importante.

Mazzuchi ha sido afortunado al formar una familia excelente, con el estímulo indeclinable de su esposa, la colega Dra. María Irisarri, y sus dos hijos.

Felicito entonces, al nuevo Académico Mazzuchi y a su familia, en este momento en que ingresa a nuestra Academia Nacional de Medicina y felicito a la Academia por haber hecho esta elección, ya que incorpora una personalidad conspicua que, sin dudas, por su capacidad, su disciplina y su sentido de responsabilidad, aportará mucho a nuestra institución para beneficio de todos.

7.5.-

**Ac. NELSON MAZZUCHI
DISCURSO DE ACEPTACIÓN**

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Ac. Roberto Quadrelli,
Señores Académicos, amigas y amigos

Mi sincero agradecimiento a los que han hecho posible mi ingreso a la Academia Nacional de Medicina, agradecimiento a los Señores Académicos que me invitaron a postularme y a los que decidieron mi incorporación,

Agradecimiento al Ac. Dante Petruccelli por sus palabras de presentación y sobretodo por su liderazgo en la constitución del grupo de asistencia nefrológica al que me integré en el año 1960 siendo aun practicante interno

Agradecimiento a todos los integrantes del grupo nefrológico, con los que he compartido la tarea del desarrollo de la nefrología en nuestro país.

Quiero referir algunas vivencias de este desarrollo. En 1960, el Prof. Adrián Fernández había introducido en nuestro país las técnicas de diálisis en pacientes con insuficiencia renal aguda, la principal actividad del grupo era, obviamente, el tratamiento de la insuficiencia renal aguda. La tarea era pionera, desempeñada en forma honoraria y en horarios no convencionales; con frecuencia las diálisis se realizaban en horas de la noche.

Desde el inicio, me cautivó el compromiso asistencial de los integrantes del grupo, creo que asumí este compromiso y creo también que el grupo lo ha mantenido a lo largo de los años.

Vivíamos la satisfacción de ofrecer la posibilidad de recuperación de la función renal a personas en situaciones de serio compromiso vital. La tarea era gratificante.

Mi actividad dentro del grupo se interrumpió durante el año 1964 cuando me trasladé a Chile, usufructuando una beca de especialización en medicina nuclear, experiencia que me abrió la posibilidad de integrar disciplinas básicas con la disciplina clínica, integración que pude continuar posteriormente en mi actividad en el Departamento de Medicina.

En esos años, el grupo abordó más ampliamente la clínica nefrológica liderado por el Prof. Dante Petruccelli, realizábamos una consulta externa especializada dentro de la clínica médica y recorríamos los pisos del Hospital de Clínicas, evacuando consultas en pacientes internados en los clínicas médicas y en las clínicas quirúrgicas.

El aporte de la técnica de punción biopsia renal, desarrollada entre otros por el Ac. Prof. Hernán Artucio, fue otro estímulo para profundizar el conocimiento de las enfermedades renales. En 1970 en el VI Congreso Nacional de Medicina Interna el grupo presentó su experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las glomerulopatías, presentación que centró la actividad del Congreso. En ese año comenzamos con el Prof. Artucio el registro de glomerulopatías, registro que el grupo ha continuado hasta el momento actual y que reúne datos de más de 3000 pacientes. La nefrología adquiría progresivamente su identidad y la tarea era también gratificante.

Por el contrario vivíamos la impotencia de solucionar el problema de la Enfermedad Renal Crónica. Cuando en el resto del mundo la diálisis y el trasplante comenzaban a ser una solución al problema de la muerte por insuficiencia renal; nosotros nos limitábamos a acompañar a nuestros pacientes, a observar la progresión de la enfermedad renal y a asistir y vivir el coma urémico y la muerte. Esta experiencia dolorosa y frustrante también fue parte de nuestro crecimiento.

En 1966 el Prof. Petruccelli junto con el Prof. Campalans, habían iniciado los primeros tratamientos de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. Y En 1969 el equipo dirigido por el Prof. Uruguay Larre Borges había realizado dos trasplantes renales.

Estas actividades se continuaron en los años siguientes en forma esporádica; mostraron que era posible y tuvieron sobretodo un valor testimonial. Fueron años de búsqueda; búsqueda de soluciones financieras a nivel público y a nivel privado, con soluciones que siempre fueron parciales e insatisfactorias.

Sabíamos que un programa de Tratamiento con Diálisis y Trasplante Renal solo era posible con un sistema nacional que cubriera la asistencia de actos médicos de alto costo. Esta solución llegó varios años después, en el año 1980, con la creación del Fondo Nacional de Recursos (FNR).

La idea del FNR nació en el grupo cardiológico. Nuestro reconocimiento al Ac. Prof. Orestes Fiandra principal propulsor de esta iniciativa. Al grupo cardiológico se le agregó el grupo traumatológico y ambos grupos facilitaron la incorporación del tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

La creación del FNR posibilitó el comenzar a implementar el programa de diálisis y trasplante.

En 1979 se había creado el postgrado de nefrología y la tarea del desarrollo del programa de diálisis y trasplante renal y la tarea de organización del postgrado de la especialidad se dieron en forma simultánea y fueron un duro desafío para el grupo nefrológico.

La necesidad de definir programas y metodologías de docencia aprendizaje.

La necesidad de incrementar los esfuerzos de actualización y la dificultad de asumir nuevos roles.

El enfrentar nuevas patologías vinculadas a las nuevas técnicas, la intoxicación aluminica, las alteraciones del metabolismo fosfocálcico, el adecuado tratamiento del agua, la prevención de la hepatitis, la adecuación de la dosis de diálisis, el control de la sobrecarga de volumen y de la hipertensión arterial, la importancia de la patología cardiovascular, el desarrollo de la diálisis peritoneal, el tratamiento de la anemia, los problemas de los accesos vasculares, el manejo adecuado de la inmunosupresión, las complicaciones infecciosas.

Cada uno de estos temas tuvieron diferentes protagonistas, protagonistas que se fueron renovando en el tiempo y también aportes menos reconocidos que hicieron que la tarea fuera de todos

Tarea de todos han sido también los Registros de Diálisis y de Trasplante Renal que han sido fundamentales en el control de calidad de los Programas.

El desafío incluyó la consolidación de equipos nefrológicos formales, con enfermería, asistentes sociales, nutricionistas y psicólogos, que realizaron importantes aportes: para organizar las unidades, normatizar las técnicas, informar y educar al paciente, dándoles apoyo social, psicológico y humano, promoviendo su humanización.

Las reuniones periódicas de los equipo así formados fueron fermentales, facilitando el respeto de las distintas funciones, el reconocimiento de los distintos aportes, el reconocimiento de nuestras limitaciones, y la importancia del equipo para optimizar la tarea.

Por ser tarea de muchos no he querido citar nombres y quiero solamente recordar a la Prof. Laura Rodríguez Juanicó que centró su vida en la asistencia y docencia nefrológica y que se mantuvo fiel a su misión a pesar de las adversidades que le tocó vivir.

Hoy la nefrología uruguaya es reconocida dentro y fuera del país, los programas de diálisis y trasplante han tenido un amplio desarrollo, más de 2300 personas viven en tratamiento con diálisis y se han realizado más de 1300 trasplantes renales. La expectativa de vida y la calidad de vida en diálisis y trasplante ha mejorado francamente y los resultados son comparables a los de los países desarrollados.

Felizmente, el grupo enfrentó nuevos desafíos ante el avance del conocimiento de la fisiopatología de la progresión de la Enfermedad Renal Crónica.

La experimentación animal y numerosos ensayos clínicos mostraron la posibilidad de evitar la progresión de la enfermedad.

Los ensayos clínicos permitieron definir guías clínicas basadas en evidencia con tratamientos de probada eficacia.

Estos avances permitieron intensificar las acciones de prevención que el grupo de glomerulopatías había iniciado en 1989 diseñando el Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías que el Ministerio de Salud Pública oficializó en

el año 2000. En el año 2004 se inició el Programa de Salud Renal con los objetivos de: promover hábitos de vida saludables en la población general, reconocer y tratar los factores de riesgo, diagnosticar tempranamente la enfermedad renal y evitar o enlentecer la progresión de la Enfermedad Renal Crónica.

La estrategia del Programa se estableció reconociendo que la participación del nefrólogo en prevención está condicionada; que es el médico del primer nivel de atención quien puede identificar y tratar los factores de riesgo y diagnosticar tempranamente la enfermedad renal; y que la principal tarea del nefrólogo es la educación del equipo del primer nivel de atención.

Para esta tarea de educación se elaboraron guías clínicas basadas en evidencia, unificando criterios con médicos internistas, cardiólogos y diabetólogos.

Se implementaron programas de educación. Se realizaron talleres para mejorar la competencia pedagógica de los nefrólogos y valorizar la importancia de la educación en el trabajo.

En el área nefrológica se descentralizó la atención y se integraron equipos interdisciplinarios formales. Se implementó un registro de pacientes con ERC y se realizó evaluación continua de los resultados del Programa. Estas acciones tuvieron un amplio apoyo del FNR

El programa que se inició con un piloto en la zona oeste del sector público de Montevideo, se extendió a otros departamentos integrando los sectores públicos y privados y se incorporaron varias IAMC de Montevideo. En la actualidad la población usuaria cubierta por el programa es más del 40% de la población adulta mayor de 20 años del país. Participan en el programa más de 60 nefrólogos y el registro de pacientes con enfermedad renal tiene datos de más de 3550 pacientes.

El análisis de los datos del Registro ha mostrado: la posibilidad real de enlentecer la progresión de la ERC y se ha logrado estabilizar la función renal en más de la mitad de los pacientes. Estos resultados han sido un fuerte estímulo para continuar la tarea.

En esta etapa fue necesario un proceso de cambio, de mentalidad y de hábitos de conducta en la práctica clínica

Este aprendizaje vivido por el grupo nefrológico en los últimos años pretende ser mi aporte en el futuro a las actividades de educación médica que ha promovido la Academia Nacional de Medicina.

Pretende también ser un aporte a la conmemoración del día mundial del riñón, que hoy se celebra en todo el mundo. Conmemoración establecida por la Sociedad Internacional de Nefrología en el año 2006, con la finalidad de informar a la población sobre la importancia de la Salud Renal y de la prevención de las enfermedades renales. Esta celebración destaca que la prevención de las enfermedades necesita de la participación de las personas en el cuidado de su salud. El grupo nefrológico también así lo entiende y la Sociedad Uruguaya de Nefrología a través de la Coordinadora Pro Renal ha realizado en años anteriores y en el día de hoy diversas actividades con esta finalidad.

Doy gracias por mi pertenencia al grupo nefrológico, por haber vivido en el grupo la amistad y el afecto, y por la alegría de la tarea compartida.

La tarea también la he compartido con Marichú, mi esposa, en 50 años de caminar juntos, buscando el encuentro y nuestra realización como personas y como pareja.

Muchas gracias a todos.

8.- NUEVO PRESIDENTE DE HONOR DE LA ACADEMIA.

El 27 de agosto de 2009, en un acto realizado en el Salón de Actos de la Comisión de Lucha Antituberculosa, la Academia hizo efectivo el nombramiento del Académico Antonio Borrás como nuevo Presidente de Honor, en lugar del fallecido Ac. Ciro Peluffo.

El acto, que contó con una nutrida concurrencia de familiares, médicos, oftalmólogos y académicos, se inició con palabras del Presidente de la Academia, seguidas de la entrega de un diploma y una medalla alusivas y finalizó con palabras del nuevo Presidente de Honor.

8.1.- Palabras del Presidente Ac. Roberto Quadrelli.

Buenas noches para todos.

Hoy es un día de júbilo para la Academia Nacional de Medicina.

En forma excepcional, la Academia hace uso del artículo 8vo. de sus estatutos donde se establece textualmente: "la Academia podrá conferir distinciones honoríficas así como realizar homenajes a personas o instituciones entre sus miembros o fuera de ellos".

En correspondencia con esta facultad, hoy nos reunimos en sesión plenaria y pública con motivo de la asunción como Presidente de Honor de nuestra Institución del Ac. Antonio Borrás, designación establecida por unanimidad del Plenario de Académicos del 27 de agosto del presente año.

El Ac. Orestes Fiandra fue designado para realizar la presentación correspondiente.

Nos reconforta la presencia de familiares, amigos y colegas del homenajeado, cuya contribución al realce de este acontecimiento no nos pasa desapercibida. Sabemos del tiempo sustraído a los seres queridos y a las amistades en la realización de toda una vida profesional, y bueno es que ellos participen también de las horas de reconocimiento y premio.

Académico Borrás : permanece en mí el recuerdo muy vivo cuando Ud. concurrió junto al desaparecido Ac. Felix Leborgne al Hospital Italiano, para comunicarme de la incorporación a la Academia del suscrito. Y también fue Ud. como Presidente de la Academia de aquel entonces, quien abrió el acto público de mi asunción a la misma.

Hoy, tengo la enorme satisfacción de ser el responsable en iniciar esta solemne ceremonia donde Ud. asume como Presidente de Honor de nuestra Academia Nacional de Medicina.

Gracias a todos por vuestra presencia.

8.2.- Palabras del Ac. Orestes Fiandra

Me siento muy honrado en que se me haya designado para referirme al Presidente de Honor de nuestra Academia.

Conocí al académico Borrás siendo ambos grado 5, de Oftalmología él y yo de Cardiología.

Mi concepto fue siempre que los cardiólogos debemos tener la capacidad de observar en el fondo de ojo los vasos sanguíneos de la retina, único sector del cuerpo humano que nos proporciona ese privilegio. Pese a la oposición de algunos docentes y alumnos de cardiología me propuse plasmar este deseo.

Con alguna reserva entrevisté al Prof. Borrás y tuve la satisfacción de conocerlo. Encontré una persona afable, de muy buen trato y sólidos conocimientos que me apoyó francamente. Acordamos que efectuaría un breve curso a los futuros cardiólogos sobre cómo extraer, del conocimiento del fondo de ojo, las enseñanzas necesarias para completar el conocimiento del aparato cardiovascular de los pacientes.

Sus clases fueron muy atractivas por la fluidez de su exposición. Aun los alumnos que no se habían manifestados dispuestos concurrir al breve curso se sintieron satisfechos de haberlo hecho e incluso concurren a Oftalmología para concretar su aprendizaje. Personalmente diariamente

integro al examen clínico de mis pacientes, el examen de los vasos del fondo de ojo, con gran provecho.

Esta labor docente creó una amistad con el académico Borrás que aun perdura. Cuando fue Presidente de la academia me solicitó que fuera Secretario de la Comisión Directiva, cargo que acepté con gusto, pese a mis múltiples ocupaciones como presidente de la Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular y del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca y mi propio consultorio. La labor de Borrás como Presidente de la Academia fue muy correcta y efectiva ocupando un destacado lugar dentro de las que he conocido como antiguo académico

Obviamente debo agregar a este sentido homenaje un breve resumen del currículo del Académico Borrás. Contrariamente a mi costumbre de no leer en mis intervenciones públicas, voy a leer este currículo para no cometer errores.

Antonio Borrás nació en la ciudad de Minas el 1º de septiembre de 1918. Cursó primaria y el 1er año de secundaria en Minas y los tres restantes en el liceo Rodó de Montevideo .

En la Facultad de Medicina obtuvo su título de médico cirujano en 1948.

Posteriormente desempeñó una importante labor como Adjunto de Clínica por concurso de oposición, Asistente por llamado abierto a aspirantes y Jefe de Clínica por llamado abierto a aspirantes

Durante 4 años cumplió con la adscripción de Oftalmología presentando trabajos sobre:

- Anatomía (aplicada al saco lacrimal),
- Fisiología (electroretinograma del perro por estimulación reiterativa)
- Oftalmología (el factor tiempo en el estudio de la musculatura extrínseca del ojo.

En las pruebas clínicas y docentes tuvo puntajes entre 8 y 10

Fue Profesor Agregado de Oftalmología por llamado a aspirantes, y Profesor titular grado 5 por llamado a aspirantes desde 1976 a 1983

Es Académico titular de nuestra Academia desde 1985 y fue su Presidente entre 1999 y 2001.

En la Asociación Médica del Uruguay fue nombrado Maestro de la Medicina en 2005

Socio del Sindicato Médico del Uruguay recibió en esta entidad la distinción sindical al mérito científico, docente y profesional en 2001

En la Sociedad Uruguaya de Oftalmología es miembro desde 1952, habiendo sido Presidente en varias oportunidades

Tuvo participación en otras sociedades científicas como:

- la Sociedad Oftalmológica Sud Americana Meridional (SOSAM), en la que fue delegado de Uruguay y secretario general.
- la Sociedad Paraguaya de Oftalmología
- la American Academy Of Ophthalmology
- la Asociación Panamericana De Oftalmología.

Participó en varios cursos y conferencias.

Actuó como invitado de honor, director o participante de mesas redondas o cursos en Montevideo, Punta Del Este, Buenos Aires, La Plata, Bariloche, Porto Alegre, San Pablo, Rio de Janeiro, Pernambuco, Santiago, Asunción, La Paz, Lima, Quito, Caracas, Acapulco, Los Ángeles, San Antonio, Nueva Orleans y Nueva York.

Publico más de 50 trabajos científicos en revistas médicas locales, latino americanas, de EEUU y europeas a destacar:

- Trabajos sobre la medida directa de la presión de la arteria oftálmica (totalmente originales)

- Trabajos sobre implantes de gelatina absorbible en la cirugía del desprendimiento de retina (totalmente originales)
- Trabajos sobre presión intraocular con medida directa.

Escribió capítulos en los siguientes libros:

- Geriatria, publicación dirigida por el Dr. Alberto Morelli
- Diabetes, publicación dirigida por los Profesores. Jorge Torres y Juan Bonifacio.
- Simposium de glaucoma de Bariloche, publicación dirigida por el Prof. Roberto Sampaolesi.
- Trasplantes, en serie de temas de salud dirigido por José Laurino

Tuvo también actividad política- siempre dentro del partido nacional - habiendo sido candidato a la Intendencia de Montevideo en 1958 y miembro del Directorio en 1971-72

Escribió un libro, Anecdotario, en 2002 y está en elaboración de otro, sobre la historia de la Oftalmología en Uruguay con la colaboración del Dr. Milton Rizzi.

8.3.- Palabras del nuevo Presidente de Honor Ac. Antonio Borrás.

Señoras, Señores

Es costumbre, es tradición, que en un acto de estas características el homenajeado diga algunas palabras y me someto gustoso a esa tradición , a esa costumbre.

Y digo el homenajeado por que no tengo duda que en este acto estoy recibiendo una de las mayores distinciones que puede recibir un médico en el Uruguay.

Aunque previsto desde siempre en sus reglamentos que expresan entre las Facultades de la Academia "podrá nombrar un Presidente de honor" esta es la segunda vez que se ejerce esta facultad y la distinción a recaído sobre mi persona.

Tengo por lo tanto un ilustre antecesor, el Académico Ciro Peluffo, y mis primeras palabras deben ser un recuerdo a su hermosa personalidad. No me extenderé sobre este punto por que tuve el honor de hacer su presentación en el acto en que lo investimos con dicho cargo y lo dicho está en vías de publicación en los Anales de la Academia. Como es de conocimiento de todos Peluffo falleció hace algunos meses después de atravesar la barrera de los 100 años y no puede acompañarnos como lo hizo durante tanto tiempo, y este recuerdo pretende situarlo una vez mas entre nosotros sus compañeros académicos y ser un reconocimiento mas a todo lo que de él aprendimos.

Cumplida este evocación que he sentido como inevitable y de acuerdo a la tradición ya mencionada debo hilvanar algunas palabras.

¿Que extensión le debo dar?

Sobre esto no tengo dudas la exposición debe ser corta Me lo indica antes que nada el sentido común, pero también tengo otros apoyos. Hay dos dichos de refranero popular que me lo sugieren. Uno dice lo bueno y breve dos veces bueno. Pienso que la mía no podrá aspirar a ser bueno por calidad pero me queda hacerlo bueno por breve. El otro expresa que quien dice en 20 palabras lo que pudo haber dicho en 10 es capaz de cualquier otra mala acción y yo no quiero que ustedes me consideren capaz de cualquier otra mala acción.

La segunda duda es ¿debo dejar librado a una improvisación y decir lo que sienta en ese momento o llevar algo preparado?

La primera opción tiene la ventaja que trasmite una calidez que se va perdiendo a medida que la exposición se elabora. Pero este es para mí un acto muy importante ¿podré sobreponerme a la emoción o primará la emoción y todo terminará en un balbuceo, que aunque se comprenda, puede desfigurar un acto

tan hermoso? Es preferible no correr tanto riesgo. Este es el motivo de este ayuda memoria que les muestro.

Por donde comenzar? Lo lógico es comenzar por el principio y tenemos que retroceder en el tiempo un cuarto de siglo

Una tarde durante una de mis consultas en el Hospital Italiano mi secretaria me anuncia que dos doctores deseaban hablar conmigo. Cuando se abre la puerta me encuentro con dos personas bien conocidas. Una era el Profesor Federico Salveraglio, Académico y mi antiguo examinador en su materia, Higiene y Enfermedades Infecciosas aquel hombre imponente por su presencia y respetable por su rectitud que me hacía recordar al Ajax homérico. El otro visitante era el Profesor Walter Suiffet, también Académico, en ese momento Secretario en el Consejo Directivo de la Academia, y ex -Profesor de Clínica Quirúrgica. Con él la relación era mayor pues lo conocí en su último año de su actividad como Jefe de Clínica, en el Servicio del siempre bien recordado Profesor Carlos Stajano cuando yo me iniciaba como Practicante Externo en la misma sala en el Hospital Pasteur.

Cuando les pregunto a que debo el honor de su visita me explican que la hacen en nombre de la Academia Nacional de Medicina a ofrecerme la posición de Académico Titular. Mi sorpresa fue mayúscula tanto que luego de agradecer la distinción que se me hacía y preguntar cuales serían mis obligaciones solicité unos muy pocos días para contestar.

Mi actividad profesional era en ese entonces muy intensa y quería estar seguro que podía cumplir como correspondía. Mi período de Catedrático de Oftalmología había terminado por límite de edad poco tiempo antes, la premura del tiempo era algo menor, y por que no confesarlo, la distinción recibida era muy grande, la tentación de aceptar también y acepté.

Siguió un corto trámite administrativo facilitado por la diligencia del Secretario rentado de la Academia, el Sr. Martoy, tan eficaz como lo es nuestra actual Secretaria la Sra. Puppi

Ingresé a la Academia en 1985 al mismo tiempo que Abbot, DiBello, Gomensoro, Portillo y Sanjines a los que he nombrado por orden alfabético. Hermosa compañía.

Fui presentado por Roberto Caldeyro Barcia. No es necesario y menos en un ambiente académico como este aquí explicar quien fue Caldeyro pues su condición de investigar brillante ya ha trascendido de la esfera puramente médica. Con él había una relación mucho mayor. Éramos compañeros de año, muy amigos, yo era su médico y de su familia en mi especialidad y él me había abierto generosamente su servicio de Fisiología Obstétrica que era como así se denominaba entonces, donde realicé mis estudios sobre presión de la arteria oftálmica que me dio una de las grandes satisfacciones de mi vida científica al punto que luego de las publicaciones realizadas recibimos una laudatoria carta de Dis Steward Duke-Elder en ese entonces la autoridad número uno del mundo en Oftalmología y pedidos de "reprint" desde los 5 continentes.

En mis palabras de aceptación del cargo recuerdo que dije que agradecía mi designación y que pondría al servicio de la Academia lo mejor de mis capacidades y de mi tiempo.

Siguieron a esto un cuarto de siglo de actividad academia, un extenso período.

Encontré en la Academia antiguos profesores, encontré amigos, y también conocidos cuyo conocimiento se transformó en amistad durante el curso de nuestra actividad académica.

He actuado durante años en sus asambleas, he sido miembro y presidente de varias comisiones y Miembro de su Consejo Directivo. Fui su Presidente por un período reglamentario, he dado alguna conferencia y he representado a la Academia en algunas reuniones internacionales.

No me corresponde ser juez de mi actuación. Además desde joven aprendí que el abogado que aboga por sí mismo tiene por cliente a un tonto y no deseo ser adjetivado como tal. Pero la distinción que hoy recibo me permite pensar que no defraudé a quienes propusieron mi nombramiento como Académico

Otra cosa debo destacar. En la Academia he aprendido mucho. Quien les habla es un especialista, un especialista en Oftalmología y a un especialista se le ha definido como alguien que cada vez sabe más de menos. Pues bien aquel especialista condenado a saber cada vez más de menos, puede afirmar sin faltar a la verdad que está aceptablemente actualizado. En toda la Medicina solo por estar atento a las disertaciones de mis compañeros académicos, prácticamente siempre de muy elevada jerarquía. En la Academia se aprende mucho.

Tengo de mi actuación en la Academia un amable recuerdo. Pero el recuerdo va impregnado con algo de nostalgia. De nostalgia, ese sentimiento agri dulce en que un recuerdo amable se une a la tristeza de lo ya ido. Y puedo hablarles con cierta propiedad de nostalgia pues hace muy poco el Académico Probst nos dio una magnífica conferencia sobre ese tema, un ejemplo más que en la Academia se aprende con solo saber oír.

25 años de actividad es un largo plazo. A la Academia en general no se llega joven.

Las exigencias para el ingreso implican toda una vida dedicada al saber, el valorar su producción científica, su relación con sus alumnos, la proyección de su actividad en la Sociedad y desde luego una excelencia en cuanto a lo moral y ético. En general se precisa toda una vida para alcanzar esa excelencia.

También es cierto que 25 años es un largo plazo.

La consecuencia ineludible de estos hechos por ley de la vida, o más correspondería decir por ley de la muerte, la gran vencedora final de todos nosotros, es que muchos con los que compartí el honor de ser Académico ya no pertenecen a este mundo.

No voy a dar nombres, la lista es larga y las omisiones serían imperdonables, pero vaya a todos ellos el respetuoso recuerdo de quien fue su compañero durante tanto tiempo y agradecerles todas sus enseñanzas y la amistad con que me honraron y como con su ejemplo agredí a ser un buen Académico.

Me había prometido a mi mismo ser breve, quiero cumplirlo y temo haberme extralimitado en mi tiempo. Debo condensar mucho lo que quiero decirles. Como ya lo expresé en la Asamblea de la Academia al agradecer mi nombramiento, no se me ocurre otra cosa que juntar las 7 letras que componen la palabra gracias ordenarlas en la debida forma para que tomen ese significado y ofrecérselas con toda la calidez que sea capaz mi corazón.

Gracias a todos.

Gracias a los que me han precedido en el uso de la palabra por los conceptos vertidos, mas hijos de la amistad que de una valoración certera del protagonista circunstancial de este acto.

Gracias a mi familia por todo lo que me ha comprendido y apoyado, sin la cual a poco habría llegado.

Gracias a mis alumnos por lo que me estimularon y por el afecto con que respondieron a la entrega total que hice en ellos y por que aún me siguen distinguiendo con su amistad a tantos años de terminada mi actuación.

Gracias a mis colegas por el soporte que me dieron en mi larga vida profesional.

Gracias a mis compañeros académicos por todo lo que aprendí con ellos en los casi 25 años de actividad común y por la amistad que me brindaron. Y gracias a la Academia Nacional de Medicina como institución por que me ha colmado de honores.

No tengo duda puede haber compañeros académicos mas merecedores que yo del galardón que hoy se me entrega: pero desde muy joven aprendí que los fallos de los Tribunales no se discuten, que los fallos de los Tribunales se respetan y si esa es la decisión acepto con estas palabras, emocionado y agradecido, mi nombramiento como Presidente de Honor de la Academia Nacional de Medicina .

Y a ustedes Señoras y Señores que me acompañan en esta ocasión para mi tan importante, solo puedo decirles que debo poner fin al encanto de esta recepción y expresarles mi agradecimiento por vuestra compañía y por la atención que me han prestado.

Gracias, gracias a todos.

9.- SECCIONALES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN

9.1.- Seccional Medicina

Académicos: Juan Bonifazio Crotoggini, , Humberto Correa, Orestes Fiandra, José L. Peña, Dante Petruccelli, Enrique Probst, Hernán Artucio y Mario Médici, Juan C. Bagattini Henry Cohen y Nelson Mazzuchi.

9.2.- Seccional Cirugia

Académicos: Antonio Borrás, Jaime Polto, Raúl C. Praderi, Celso Silva, Carlos Gómez Fossati, José Blasiak Luis García Guido y Francisco Crestanello.

9.3.- Seccional Biología Médica,

Académicos: Eva Fogel de Korc y Roberto Quadrelli.

9.4.- Seccional Medicina Social y Salud Pública

Académicos: Gloria Ruocco, Guido Berro y Teresa Rotondo.

10.- COMISIONES

10.1.- Comisión de Reglamentos, Becas y Premios

Académicos: Antonio Borrás (responsable), Enrique Probst, Celso Silva, Juan Bonifacio y Dante Petruccelli.

10.2.- Comisión de Publicaciones, Difusión y Relaciones Públicas

Académicos: Guido Berro (responsable), Celso Silva, y Luis García Guido.

10.3.- Comisión de Planeamiento y Presupuesto

Integrada por el Presidente y los ex presidentes Milton Mazza, Antonio Borrás, Raúl Pradera y Celso Silva.

10.4.- Comisión Calificadora Intersectorial

Medicina: Académicos: Orestes Fiandra y Juan Bonifacio (titulares); Mario Médici y José L. Peña (suplentes).

Cirugía: Académicos: Carlos Gómez Fossati y Luis García Guido (titulares); José Blasiak y Celso Silva (suplentes).

Básicas: Académicos: Eva Fogel y Jorge Vercelli (titulares); Guido Berro y Gloria Ruocco (suplentes).

10.5.- Comisiones Transitorias

10.5.1.- De Colegiación Médica: Académicos Mario Médici (responsable), Gloria Ruocco y Francisco Crestanello

10.5.2.- De Desarrollo Profesional Médico Continuo: Académicos José L. Peña (responsable), José Blasiak, y Juan Bonifacio. Alternos: Juan C. BAgattini, Nelson Mazzuchi.

10.5.3.- De Intervenciones en Televisión: Académicos Luis García Guido y Enrique Probst.

10.5.4.- De Medicinas Alternativas: Académicos Enrique Probst (responsable), Mario Médici y Guido Berro.

10.5.5.- De Nexos con las Facultades de Medicina de la UDELAR y del CLAEH: Académicos Hernán Artuccio (responsable), Enrique Probst y Mario Médici.

10.5.6.- De Violencia contra los Médicos: Académicos José L. Peña y José Blasiak.

10.5.3.- De Informatización de la Academia: Académicos Gloria Ruocco (responsable) y Luis García Guido.

10.5.3.- De Relaciones con la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII): Académicos José L. Peña (responsable), Eva Fogel, María Hortal y Gloria Ruocco.

10.5.3.- De Ética de la Investigación: Titulares: Académicos Roberto Quadrelli, Teresa Rotondo, Guido Berro, Francisco Crestanello, Luis García Guido y Dr. José Etchevarría Leunda. Suplentes Académicos José L. Peña, Nelson Mazzuchi, Mario Médici, Carlos Gómez Fossati y Gloria Ruocco.

11.- RÉGIMEN DE REUNIONES DE LA ACADEMIA

Reuniones plenarias: se realizan los segundos y cuarto jueves de cada mes.
Reuniones del Consejo Directivo: se realizan los primeros y terceros jueves de cada mes.

12.- ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

La Academia, en sus sesiones plenarias, realizó las siguientes actividades científicas.

12.1.- 14 de mayo de 2009

Exposición del Profesor Agregado de Cirugía y del Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Dr. EDUARDO HENDERSON.

Tema: NUEVO PLAN DE ESTUDIOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UDELAR

Gracias por brindarme la oportunidad de hacer esta presentación. Como muchos de ustedes saben, soy docente de la Facultad de Medicina, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica. Seguramente, se pregunten qué hace un cirujano abordando un tema de estas características y, como respuesta, sólo se me ocurre decir que probablemente sea porque los cambios necesitan de un bisturí a fondo. Soy cirujano de formación, pero en los últimos años me he formado en educación médica superior en Canadá. A mi regreso, el Decano me nombró —lo cual fue avalado por el Consejo— como responsable de la implementación de este nuevo Plan. El criterio fue que lo implementara alguien que no hubiera estado en su formación.

Si me permiten, voy a mostrar no solamente en Plan de Estudios en sí, sino todo lo que hay detrás. Los primeros pobladores de nuestras tierras, los indios, creían en la reencarnación a diferencia del hombre occidental que creía en el fin de la vida. Eso traía como corolario para el indio, que la vida era manifiesta en animales, plantas, cerdos y llanuras. Como nace de la naturaleza y vuelve a ella, se acostumbró a no depredar, a respetar y a cuidar su ecología. Por lo tanto, no esclavizaba, respetaba creencias a diferencia del hombre europeo que pensaba que la naturaleza era un ente extraño y que al decir de Arnold Toynbee, era un reto y respuesta. Si había un río, el hombre construía un puente para llegar al otro lado. Los indios americanos —sobre todo los de las culturas más avanzadas como los Incas— pudieron alcanzar las cinco necesidades vitales del hombre: salud, alimentación, trabajo, vivienda y vestimenta. En cambio, el hombre occidental se acostumbró a imponer su creencia y del mismo modo que impuso su creencia religiosa, también impuso sus creencias en el cuidado de la salud. ¿Cuál fue la respuesta a esto? Se crea el sincretismo. Elementos que son fruto de la unión y conciliación de doctrinas distintas, llevan a que en Bahía los negros rezaran a la Virgen María por los portugueses, mientras pensaban que lo hacían a Yemanjá. A su vez, en Cuzco tenemos esas imágenes del Cristo negro y la de la última cena, donde la imagen de quien vendría a ser Judas, es la de Pizarro, el conquistador español. Entonces, no queremos que en nuevos planes de estudio, con nuevas metodologías, se genere un sincretismo docente.

Nuestro país nace a su vida independiente en 1830 y debemos recordar que nace de un genocidio, del exterminio de los charrúas que, según se dice, fue la base del pensamiento hitleriano para el futuro genocidio judío. No se respetan las costumbres y hay una imposición de estilos de vida, incluida la salud. Entre los últimos cuatro charrúas que son llevados a Francia estaba Guyunusa, que nadie

sabía que estaba embarazada. Vale destacar que en el momento del parto, se negó a recibir los auxilios del ginecólogo. En Francia existe el relato escrito que tomó el ginecólogo acerca de cómo fue el parto: que lo hizo en cuclillas, que se bañó luego, que pinzó el cordón, etcétera. Estos fueron los primeros relatos escritos de medicina uruguaya que, paradójicamente, se hicieron en francés.

La Facultad de Medicina fue fundada en 1875 y su primer Decano fue un español. Durante muchos años los decanos fueron extranjeros. Francisco Suñer Capdevilla hizo el primer Plan de Estudios en su escritorio. Muchos médicos uruguayos se formaron en el extranjero y aquí había muchos problemas, tanto locativos como de otro orden. En los hospitales no se permitía dar clase a los estudiantes, varias cátedras no se ocupaban por falta de aspirantes, etcétera. Se negaba la entrega de cadáveres para realizar disecciones e, incluso, hubo un pleito al primer médico recibido, José María Muñoz, por ejercicio ilegal de la Medicina. Las Materias Básicas, en la mayoría de los casos, estaban cubiertas por profesores de liceo. En 1883, un Diputado propuso cerrar la Facultad y con ese dinero ahorrado enviar a los alumnos a estudiar al extranjero.

En el Siglo XX aparecen nuevos cambios y otros planes de estudio se van tratando de “aggiornar” a esos cambios. Asimismo, aparece un sesgo, una tendencia, a la superespecialización, una formación centrada en el tercer nivel de atención, un sistema educativo centrado en el docente y en el contenido. ¿Qué pasa a fines del Siglo XX? Aparecen cuatro elementos que marcan, de cierto modo, la necesidad de nuestra Facultad de Medicina de formar un nuevo médico. En ese contexto, podemos citar la definición del perfil del egresado —que se hace en 1995—, la pretensión de acreditación del Mercosur, la aparición del Sistema Nacional Integrado de Salud y nuevos paradigmas educativos que aparecen en el mundo entero, fundamentalmente una educación centrada en el estudiante y las llamadas TIC, Tecnologías de Información y Comunicación.

¿Cuál es el perfil del egresado que se vota en 1995 y se modifica a principios del nuevo milenio? Es un médico responsable, con sólida formación básico-clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas y capaz de comunicarse en su misión de prevenir, curar y derivar adecuadamente, profundamente humanista, crítico, preparado para investigar y educarse, dispuesto siempre a aprender —se le proporcionarán durante su preparación las herramientas metodológicas imprescindibles a tal fin—, comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de salud y adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud.

Con respecto a la acreditación, nuestra Facultad se presenta al Mercosur y se le niega dicha acreditación en 2005. Hubo una serie de señalamientos de los pares evaluadores, se conforma una Comisión ad hoc y se presenta un plan de mejoras, gracias a lo cual, finalmente, se logra dicha acreditación. Dentro de los señalamientos que también tuvieron mucha influencia en la elaboración del nuevo Plan, estaba el que se centraba en la atención de segundo y tercer nivel con menor énfasis en el primero, una relación docente – alumno que atentaba contra la calidad de enseñanza y aprendizaje, una inadecuada relación alumno – paciente, un tardío contacto inicial entre el alumno y la comunidad, una baja tasa de egreso, insuficiente desarrollo de mecanismos evaluatorios de desempeño docente y proceso de enseñanza y aprendizaje, desactualización e insuficiencia de los servicios de Biblioteca de la Facultad e insuficiencia presupuestaria para un adecuado funcionamiento de la Facultad.

El Sistema Nacional Integrado de Salud planteó cambios en el modelo de atención, de gestión y de financiación, a la vez que generó la necesidad de formar recursos humanos adiestrados para dicho sistema. Por una vez en el país, la Facultad de Medicina va en el mismo camino que una necesidad del Estado.

Con respecto a los nuevos paradigmas educativos, la educación está centrada en el estudiante, prioriza el aprendizaje autónomo, elimina la educación centrada en el

docente y el contenido, hay un aprendizaje con disciplinas integradas y ya no es más la enseñanza de la disciplina, se promueve la autoevaluación y la reflexión por parte del estudiante y hay un cambio de roles: un estudiante que ahora es activo y un docente que se desempeña como tutor, como guía, como constructor y no transmisor de conocimientos. Además, aparecen las TIC, Tecnologías de Información y Comunicación. Estamos en la era de la información en la que se incorporan tecnologías de uso cada día más frecuente por profesionales y pacientes, hay una globalización de la información y una Medicina basada en la evidencia. Ahora, la Medicina es un aprendizaje para toda la vida. Esto nos lleva a un nuevo reto. Estamos en la era del Plan Ceibal en nuestro país y no queremos que nos pase lo mismo que a los maestros, que en algunos casos tuvieron que ver cómo sus alumnos sabían más que ellos de Informática. Según datos estadísticos, podemos decir que se jubilaron más maestros que en años anteriores. Sin dudas, este es un gran desafío. En siete años, en la Facultad de Medicina vamos a tener a los actuales alumnos del Plan Ceibal. Quiere decir que tenemos siete años para formar a todos nuestros docentes en estas tecnologías.

Por otro lado, hay que adaptarse a las generaciones y este es un concepto que no se ha trabajado mucho en nuestro país pero que es muy tenido en cuenta en América del Norte. Se llama segmentación generacional y ese principio dice que las generaciones están marcadas por hechos que vivieron en su momento. Por ejemplo, la Generación Senior, constituida por los nacidos entre 1901 y 1946, tiene la influencia de las dos Guerras y sus características son: respeto de los valores, conservadores, refractarios al cambio, disciplina, contribución al bien común, fuerza de carácter e importancia de la moral y la ética. La generación que le sigue —a la cual pertenezco— es la de los Baby Boomers, integrada por los nacidos entre 1947 y 1963, cuyas características son: gran autoestima, satisfacción de necesidades personales, programas sociales e institucionales, crecidos con la radio, la televisión blanco y negro, los Beatles, los hippies y el Mayo francés. Después viene la generación de los nacidos entre 1964 y 1977, caracterizada por: divorcios, carecen de la prosperidad económica de sus padres, individualistas, caprichosos, arrogantes, apáticos y reaccionarios. Son aquellos que se formaron con la televisión en blanco y negro, con la televisión a color, con MTV y con las Tortugas Ninja. Finalmente, llegamos a la Generación Y, o Generación del Nuevo Milenio, que integran los nacidos entre 1978 y 2000. También tienen divorcios, aunque no tantos como la generación anterior, carecen de prosperidad económica, son individualistas, caprichosos, arrogantes, pragmáticos y viven en la inmediatez. Quieren las cosas “ya”, son proclives a la multitarea; están chateando con tres o cuatro amigos o amigas al mismo tiempo, respondiendo a la madre, haciendo una tarea escrita, contestando el teléfono, etcétera. Gozan de una interactividad muy importante ya que están acostumbrados a la Informática, a tener doscientos canales de televisión y al uso de Internet.

¿Cuál es la consecuencia de todo esto? Somos docentes de Generaciones Senior, Baby Boomers o “X”, que ensañamos a estudiantes “Y”. Por lo tanto, debemos adaptarnos a esa generación. Hoy, un joven de 15 años sabe más que lo que sabía un Baby Boomer cuando tenía 30 años. ¿Qué han hecho las empresas que se rigen por los principios de marketing? Han ido cambiando en función de las generaciones. Cuando tienen un producto destinado a Generaciones Senior o Baby Boomer apuntan a la masificación y cuando tienen un producto destinado a Generaciones X o Y, se dirigen a grupos afines. Sin embargo, la Generación Y es muy personalizada, todo se transmite boca a boca.

Entonces, se propone que la Facultad de Medicina se aboque a esa forma teniendo en cuenta quiénes son los destinatarios de esa docencia y cuáles son sus características.

¿Por qué precisamos un nuevo Plan de Estudios? En primer lugar, porque la formación de los médicos es una misión que la sociedad confía a la Facultad de Medicina. Esta misión debe estar en armonía y en sinergia con la sociedad. ¿Qué

pasa? Esa sociedad evoluciona, se vuelve más exigente y demandante. A la vez, como tiene acceso a más información, cuestiona y así crecen en forma exponencial las demandas legales. La Medicina también evoluciona y la acumulación de conocimientos médicos y la constante evolución de las tecnologías hacen que a un médico que quiera estar actualizado leyendo todos los artículos que se publican, tanto en formato escrito como electrónico, no le alcancen las horas del día. Por último, también cambió la educación médica, en tanto aparecieron nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Para adaptarse a todos esos cambios, nuestro Claustro trabajó por más de diez años y elaboró un nuevo Plan de Estudio. Para ello se nutrió de otros planes, mirando lo que ocurría en el resto del mundo. Se trató de interpretar de la mejor manera posible la realidad nacional, sus necesidades y exigencias, para terminar elaborando un Plan de Estudio en armonía con la necesidad de la sociedad, la demanda de la acreditación y con los cambios que se dan en el mundo actual. En 1996, el entonces Decano de la Facultad, Doctor Touyá, decidió que el nuevo plan de estudios debía comenzar en 1998. Lamentablemente, le erró por once años. Sin embargo, ya entonces, sostenía algo muy importante: El gran cambio que presentará el nuevo Plan respecto al de 1968, es que se abandona la idea de formar un médico en ocho años. Ya no se puede pensar en el concepto de profesional con un determinado número de conocimientos, ya que parece claro que se debe formar un médico capaz de aprender en forma permanente, que adapte y acepte el desafío de los tiempos que corren.

¿Cómo está emplazado este Plan dentro de la historia de los planes de estudio de la Facultad? En 1884 se elabora el primer Plan; de 1901 a 1906 aparece el Plan Scosería que es modificado en 1929; posteriormente, están los Planes 45', 68' y el 2009. Este último Plan de Estudios fue aprobado por el Claustro en 2007, por el Consejo en marzo de 2008 y en diciembre del mismo año por el Consejo Central de la Universidad de la República. Para su implementación, la Facultad nombró una Comisión de Implementación que reflejara, al menos en forma pareja y representativa, a las distintas disciplinas y a los tres órdenes: docentes, egresados y estudiantes. En paralelo, el Departamento de Educación Médica colabora tanto en el control como en la formación docente.

¿Cuál es el espíritu del nuevo Plan? El primer elemento que fue criticado por los pares evaluadores, tiene que ver con la eliminación del sesgo biologicista, dando un mayor contenido de humanismo y ética. Vale detallar las principales características: el alumno toma contacto con los pacientes desde el primer año; enseñanza en contacto con la comunidad; estudiantes preparados para trabajar en equipos multidisciplinarios; enseñanza centrada en el aprendizaje en atención primaria en salud; integración Básico Básico; integración Básico Clínica; materias electivas; generación de créditos a fin de permitir una flexibilización transversal; una formación científica; y un médico preparado para aprender a lo largo de toda su vida. Obviamente, como todos, este Plan tiene sus fortalezas y debilidades. Precisamente, uno de sus puntos débiles está en la masificación; tenemos una mala formación de base en la que no podemos interferir, con un Bachillerato absolutamente irregular tanto en Montevideo como en el interior.

Advierto que, en atención a la hora, estoy resumiendo un poco la exposición.

El Plan se compone de dos trienios. Hay un Ciclo introductorio, más el Ciclo Básico Clínico Comunitario, un Ciclo de Metodología I, otro Ciclo introductorio, de un Ciclo de Clínica General Integrada y un Ciclo de Metodología II, terminando con un internado obligatorio. La novedad es que se puede acceder a dos títulos, uno intermedio, Técnico en prevención de enfermedades y promoción de salud y, otro final, Doctor en Medicina.

El Ciclo introductorio compete a los primeros seis meses y se empieza a trabajar por todo lo que antes era Salud Pública, problemas de salud, niveles de prevención y niveles de atención. Todo esto está integrado con: ética, psicología médica, elementos de Genética y de Bioquímica, y métodos cuantitativos. Se trabaja en dos

grandes módulos. Uno de ellos es lo que llamamos Aprendizaje en pequeños grupos, que es el equivalente al aprendizaje basado en problemas, pero lo adaptamos al Uruguay. Además, se trabajan los problemas en forma integrada. Esto funciona así: el docente entrega un problema elaborado por los propios docentes. El alumno debe identificarlo y trabajar en función de los conocimientos anteriores que tiene. Paralelamente, van al trabajo de campo y se van a enfrentar con problemas en el Borro, en Santa Catalina, Florida, Canelones, etcétera. Tengamos en cuenta que hay 110 grupos ya que este año ingresaron 1.160 estudiantes. De todos modos, cuando vieron la exigencia que implicaba este Plan, 200 de ellos abandonaron. Seguimos una costumbre que es muy utilizada, por ejemplo, en Canadá, que consiste en dar una fecha de abandono. El plazo vencía el 30 de abril y a todo aquel que se decidiera a abandonar antes de esa fecha, se le borran todos los antecedentes. Eso nos permitió continuar con aquellos que realmente estaban motivados e implicados con el Plan.

El Ciclo Básico Clínico Comunitario tiene todas las disciplinas Básicas trabajando en forma paralela e integradas con las disciplinas Clínicas. Allí se comienza a trabajar la Semiología a nivel periférico. Contarán con el apoyo del médico de familia, del internista, de ginecólogos y de pediatras. Cuando terminan cuarto año, si obtuvieron los créditos correspondientes, pueden obtener el título de Técnico Preventivista, por el cual van a poder trabajar, dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, en temas vinculados a prevención y promoción. También puede continuar y terminar el Ciclo de Metodología II, hacer un internado obligatorio y, finalmente, obtener el título de Doctor en Medicina.

Días pasados pregunté al Académico Berro cuál era, a su criterio, el porcentaje de pleitos que obedecen a una mala relación médico – paciente o médico – familia. Me respondió: Más del 90%. Me pregunto si al formar médicos, desde el inicio, en Ética y comunicación, en algunos años podremos disminuir ese porcentaje.

¿Qué elementos nuevos contiene este Plan? Es un Plan acreditado; un crédito corresponde a 15 horas, que está compuesto por 2/3 de cursos y 1/3 de estudio personal. Eso permite la flexibilización transversal, porque el estudiante podrá irse a cualquier otra Facultad y esos créditos serán valorados como tales. A las materias obligatorias o curriculares, se suman las electivas y las optativas. La materia electiva es aquella que puede tener que ver o no con la carrera de Medicina, por la cual también puede obtener créditos. Por otra parte, al llegar a determinada altura de la carrera, el estudiante tiene la posibilidad de hacer especialidades médicas o quirúrgicas. Estas son las materias optativas.

También está prevista la realización de seminarios, talleres y algunas pocas clases magistrales. Está demostrado que estas últimas tienen una tasa de retención por parte del estudiante del 5%.

A la clásica evaluación que todos conocemos, de docente – estudiante, se agrega la evaluación estudiante – docente.

La reflexión final que quiero dejar tiene que ver con lo que en el mundo se conoce como el Efecto Pigmalión. Pigmalión era el Rey de Creta y quería casarse con la mujer más bella que existiera y como no la encontró, hizo la escultura más perfecta que llamó Galatea. La Reina Afrodita dio vida a Galatea y es así que en Psicología el Efecto Pigmalión se conoce como la profecía autocumplida. Cuanto más convencidos estemos de que el efecto que queremos con este Plan es la mejor formación posible de nuestros médicos lo vamos a lograr.

Muchas gracias

12.2.- 28 de mayo de 2009

**Exposición de la Antropóloga Licenciada MAGDALENA LORENZO
(acompañada de los Antropólogos DANIEL GARCÍA TROBO y ANDREA
QUADRELLI)**

**Tema: PROPUESTA DE PROYECTO DE UN ENFOQUE MACRO-
ANTROPOLÓGICO DEL TEMA VIOLENCIA EN LA SALUD**

Lo que vamos a proponer es una primera aproximación a lo que podría ser un diseño de investigación, con algunas ideas preliminares que luego el Plenario se tomará su tiempo para evaluar. En caso de que la idea fuera seguir avanzando, haríamos un diseño más completo detallando con mucha más profundidad el marco teórico y la metodología.

Creemos que para poder comprender el fenómeno, hay que tener en cuenta tres grandes aspectos. En primer lugar, el estudio debe tener un alcance nacional, esto es, que tratemos de dar una mirada macro al tema. En segundo término, para comprender este fenómeno social que tiene que ver con las relaciones humanas — en este caso, entre la población en general y los profesionales de la salud— hay que atender la mirada de todos los actores, ya sean los usuarios, los médicos, los técnicos, los funcionarios no técnicos y hasta, incluso, de los estudiantes de Medicina que serán los médicos del mañana. Y el tercer aspecto relevante tiene que ver con la metodología, con el enfoque metodológico. Creemos que eso habría que evaluarlo desde una perspectiva cuantitativa y desde otra perspectiva cualitativa. Me gustaría explicar un poquito más este asunto, si bien tal vez alguno de ustedes lo conozca. En las Ciencias Sociales existen dos grandes enfoques metodológicos: el cualitativo y el cuantitativo. El enfoque cuantitativo me permite tener datos estadísticos y la técnica que se aplica por excelencia es la de la encuesta. ¿Qué quiero decir con esto? Que el enfoque cuantitativo nos permitiría, a nivel nacional, tener una cuantificación del fenómeno. Una posible propuesta sería hacer una encuesta de carácter nacional que represente a la población uruguaya en su conjunto lo que nos permitiría evaluar indicadores que, en este caso, sería la visión de los usuarios. Para ello se diseñaría un cuestionario y así luego analizar cómo se percibe la relación médico – paciente. Por ejemplo, algunas de las preguntas podrían ser: *¿Se atiende en el ámbito público o privado? ¿Es usuario del FONASA? ¿Cuál es su nivel de confianza hacia los médicos? ¿Cuáles han sido sus experiencias en el ámbito de la salud?, ¿Siente que su médico lo conoce? ¿Recibe la atención que espera?,* etcétera. Como dije, en el caso de que se pretenda avanzar con este estudio, también habrá que sentarse a pensar más a fondo todos los detalles pero ahora me parece importante ilustrarlos con algunos ejemplos sencillos. Más allá de lo que se diga, es importante contar con un sustento empírico que avale las conclusiones a las que arribemos. En definitiva, esta sería la perspectiva cuantitativa. ¿Y esto qué nos daría? Con esto tendríamos un panorama general que luego podríamos desglosar en función de ciertas variables. Por ejemplo, tal vez se mostraría que existen diferencias por género, entre hombres y mujeres, por edad, etcétera. También puede ocurrir que se tengan diferentes visiones según las regiones geográficas; todos sabemos que el interior es muy diferente a Montevideo. En resumen, se trata de generar una serie de hipótesis que luego de cuantificar el fenómeno permitirán analizar las diferencias.

Por otro lado, una vez que contamos con los datos, debemos entender el fenómeno para encontrar sus causas. De eso se trata el enfoque cualitativo. ¿De qué manera? A través de la subjetividad de las personas. Las técnicas cuantitativas implican la aplicación de un cuestionario bastante esquematizado, pero las técnicas cualitativas nos permiten profundizar en la subjetividad, en las causas y en la comprensión de los fenómenos. ¿Cuáles pueden ser algunas técnicas cualitativas? Por ejemplo, lo que se conoce como entrevistas en profundidad. Además de haber hecho una encuesta a 900 personas, seleccionamos a 20 ó 25 para realizar estas entrevistas. Para ello deberé disponer de profesionales muy capacitados que procuren comprender la perspectiva del entrevistado. En este caso en particular, eso permitirá conocer cuáles pueden ser los conflictos que existen en la relación médico – paciente. Debo señalar que las técnicas cualitativas profundizan mucho en los procesos y en el contexto. Esto es muy importante porque a veces el eventual conflicto que una persona tenga con un

médico no necesariamente tiene que ver solamente con ese vínculo, sino que hay otras cosas como, por ejemplo, la forma en que está estructurado el sistema de salud, cuánto se demora en conseguir un número para la consulta, etcétera. Entonces el investigador, al estar comprendiendo la perspectiva de cada uno logra entender el fenómeno, sacar conclusiones generales y proponer algunas posibles acciones para contribuir a mejorar la situación.

12.3.- 25 de junio de 2009

Exposición de la Antropóloga Licenciada SONIA ROMERO

Tema: CONCLUSIONES DEL ESTUDIO ANTROPOLÓGICO PUNTUAL EFECTUADO EN EL DEPARTAMENTO DE SALTO (A pedido del Grupo multidisciplinario de estudio de la violencia en la salud que integra la Academia Nacional de Medicina)

En primer término, es bueno señalar que integramos un Programa de Antropología y Salud con un grupo multidisciplinario.

La Academia Nacional de Medicina nos contactó y nos manifestó su preocupación por hechos de violencia que se venían sucediendo. Luego de pensar en el tema, elevamos la propuesta de realizar un estudio de caso y eso es lo que vamos a presentar en el día de hoy. Por ese motivo vamos a hacer un relato un poco rápido de hechos que quizás algunos ya conozcan. El título que dimos a este trabajo es *Violencia objetiva y violencia simbólica*.

¿Qué fuentes utilizamos para estudiar este caso? Prensa local de Salto, cartas publicadas, conversaciones con médicos de Salto, se prepararon pautas para discusión y entrevistas. Asimismo, se preparó una jornada de trabajo de campo intensivo para el 12 de mayo de 2009. Se organizó un grupo de discusión con la colaboración de la Asociación Médicoquirúrgica de Salto, en el que participaron entre siete y ocho médicos. Esto se hizo en la Asociación en la que se atendió la mujer fallecida el 13 de diciembre. Fue una discusión colectiva bajo determinada pauta. Eso está desgrabado y puede ser consultado por quien quiera. Se realizaron entrevistas a los vecinos y a los comerciantes de la cuadra del domicilio del viudo de la mujer fallecida, donde se produjo la escena de sangre. También nos entrevistamos con el hermano y la cuñada del médico muerto por herida de bala. A su vez, formalmente habíamos solicitado la vista del expediente judicial, lo cual nos fue concedido. Luego de esto, se realizó un trabajo de análisis y comparación de todo el material, con el agregado de una búsqueda de bibliografía y marco teórico para la interpretación. Todo eso, de alguna manera, desborda esta presentación. En tal sentido, vamos a optar por lo más sencillo.

Es importante tener presente el contexto en que esto se produce, es decir, en la ciudad de Salto que cuenta con 123.000 habitantes. La institución de la que estamos hablando es la Asociación Médicoquirúrgica, fundada en 1956, contando al presente con 52.000 afiliados. Trabaja con sanatorios contratados para atención especializada, siendo básicamente el Sanatorio Salto, el Sanatorio Uruguay y el Sanatorio Panamericano. Hicimos una separación de la cronología de los hechos sucedidos dentro de la institución médica, utilizando esta expresión como un término genérico. Los hechos comienzan un 10 de diciembre de 2008 con la internación de una paciente en el Sanatorio Panamericano. Hay una manifestación de patologías varias que requirieron la intervención de diferentes especialistas, un pedido de traslado a otro Servicio porque según el diagnóstico era necesaria su internación en el Sanatorio Salto, especializado en pacientes psiquiátricos, pero este hecho no se concreta. Por su parte, el esposo de la paciente protagoniza varios incidentes, manifestando contrariedad y descontento en la atención. Vale señalar que el marido es el único familiar y acompañante de la paciente. Solicita que el Doctor Ribas no intervenga y que se haga cargo el Doctor Gaudin, que es de su confianza. Al día siguiente, ante la insistencia del marido por sacar a su esposa de ese sanatorio se da intervención a la Abogada de la Asociación

Médicoquirúrgica, quien requiere la presencia del Juez Massita. Éste determina que no hay razón para sacarla. El marido de la paciente vuelve acompañado por su abogado. Sobre el viernes no encontramos ninguna mención en el expediente ni en los testimonios que recogimos en las distintas entrevistas. Por su parte, el sábado se produce el traslado de la paciente, con el alta firmada por el médico responsable del Servicio del Sanatorio Panamericano, para ingresar en el Sanatorio Uruguay. Se produce el fallecimiento de la paciente en el momento de la llegada al Sanatorio Uruguay. Se dice que se debió a un paro cardiorrespiratorio. Ningún profesional se presta a la certificación formal del fallecimiento. El Doctor Gaudín dio los pésames y se retiró. Tomamos como un hecho significativo que en la muerte clínica, sin certificado de defunción, no queda declarada la causa. Se practica una autopsia o necropsia que, según se nos ha dicho, es el término más correcto. Es así que el certificado lo expide el médico forense. La fecha del fallecimiento es el 13 de diciembre de 2008.

Las observaciones que todo esto nos merece son las siguientes. En toda la secuencia de cuatro días referida hay varios traslados programados, reclamados y dos efectivos. Intervienen nueve médicos además del profesional de Montevideo a quien se le hace una consulta telefónica, más un abogada y el Juez por requerimiento de la Institución. Según relatos del médico, el esposo de la paciente decía traer un arma en un bolsito que dejaba en Recepción del Sanatorio. No hay ninguna acción específica con respecto a esto de parte de la Institución, como ser la de comprobar la existencia real de armas. Interviene un abogado por requerimiento del marido de la paciente pero tampoco se dice nada con respecto al ingreso de armas al Sanatorio. No está claro qué gestiones realizó este abogado. En el expediente judicial generado por la muerte del Doctor Gaudín no figura de forma expresa la causa de muerte de la paciente. El fallecimiento de la mujer ocurre dentro de la institución médica pero no se proporciona el acta de defunción. La carta de certificación y la necesidad de una autopsia plantean, al menos a nivel simbólico, que esa muerte no concluye dentro de la normalidad de los trámites formales, hecho que en cualquier circunstancia habilita irritación, dudas, sentimientos negativos y dolor.

A continuación, pasaremos a la cronología de los hechos fuera de la institución médica, en la esfera de lo privado. Hay un llamado del viudo al celular del Doctor Gaudín pidiéndole un encuentro que nunca se produce. El viudo requiere una explicación ya que no tiene una versión clara sobre la muerte de su esposa. El tono del mensaje es normal y respetuoso. Luego, se suceden llamadas y varios mensajes con evidencia de enojo, subida de tono e insultos, pero no hay una formulación de amenazas directas de muerte. El Doctor Gaudín no respondía estos mensajes pero comunicó la situación a la abogada de la Institución médica y a su entorno más inmediato, estableciendo que entablaría una demanda cuando finalizara la Feria Judicial. El sábado 10 de enero el Doctor Gaudín festeja su cumpleaños en un local del Sindicato Médico. Los presentes eran compañeros de actividades deportivas y no había colegas médicos vinculados al caso. Concurrieron el hermano y la cuñada del Doctor Gaudín, quienes se retiraron cerca de las 3 de la mañana. Alrededor de las 5 de la madrugada el Doctor Gaudín, en el marco del mismo festejo, expresó su deseo de ir a ver al viudo. Tratan de disuadirlo su tío y su compañera, pero no pueden detenerlo y deciden acompañarlo. Ella maneja el coche, dado que el Doctor Gaudín estaba alcoholizado, así como su tío. Gaudín toca el timbre en la casa del viudo y, aparentemente, habría pateado la puerta conminándolo a salir. El viudo, quien se había despertado muy temprano, sale al balcón. Luego entra a buscar un arma. Todavía no aclaraba el día. Sale nuevamente al balcón, mira hacia abajo y dispara dos tiros, luego de lo cual llama a la Policía. La compañera de Gaudín llama al hermano de éste a las 6 y 20 de la mañana. A las 6 y 40 horas el autor de los disparos ya está detenido. Llevan al herido a Emergencias con una gran pérdida de

sangre. Se le hace una transfusión y se le somete a una intervención quirúrgica para lo cual es trasladado a otro sanatorio, falleciendo a las 7 y 40 horas.

Desde nuestro paradigma, la observación que hacemos es que el Doctor Gaudín rompe reglas sociales establecidas o de sentido común; no responde llamados telefónicos pero sí se presenta en una hora inhóspita en el domicilio del viudo. Llega con compañía lo cual puede ser visto como demostración de apoyo o como un hecho desafiante. La subjetividad probadamente desestabilizada del viudo era un hecho conocido. Queremos cerrar esta parte de la presentación con una cita de una Antropóloga británica, Mary Douglas: *Nuestra primera pregunta sobre la percepción del riesgo es por qué tantas personas en su rol de profanos opinan que los peligros cotidianos son inocuos y se consideran a sí mismos capaces de hacerle frente cuando, en realidad, carecen de esa capacidad. Una visión de sentido común del riesgo no encaja en esto. La visión de sentido común sitúa al individuo en un contexto social de seres interdependientes que ofrecen y retiran apoyo. Una reputación de temeridad, bajeza, locura o cobardía destruirá las oportunidades de que el individuo cuente con ayuda de la comunidad. Si un grupo de individuos ignora algunos riesgos manifiestos tiene que ser porque su entramado social los estimula a obrar así. Podremos suponer que su interacción social codifica gran parte de los riesgos. La complejidad de todo el asunto es estructural, como lo demostramos más arriba en el detalle de las secuencias. Se entrecruzan y combinan factores institucionales, diferentes edificios, diferentes servicios, personal diferente, profesionales, especializaciones varias.*

Si hiciéramos un ejercicio posible de abstracción y sustituyéramos por valores cada actor y elementos intervinientes, podríamos aplicar fórmulas operativas e, incluso, con un programa de computación podríamos establecer medidas de asociación, dispersión y resultados combinatorios que nos darían la fórmula objetiva de lo sucedido como hecho previsible y, lo que es más destacable aún, factibles de reproducirse si se reiteran condiciones constituyentes. Las conductas humanas operan dentro de una diversidad de planos y según lógicas subyacentes, además de normativas expresas. La teoría antropológica y la metodología etnográfica nos llevan a tomar muy en cuenta los detalles, las leyes de interacción, de combinación de pensamientos, representaciones, creencias, que atraviesan tanto a los individuos, a los grupos como a las instituciones; incluso a las comunidades científicas. En las interacciones *cara a cara* todo el tiempo estamos objetivando mecanismos conscientes, usando el sentido común o conocimientos científicos, a la vez que se disparan, de forma incesante, mecanismos inconscientes, mezclándose valores socialmente establecidos junto con recuerdos o valores que tienen una significación estrictamente individual. Por esta razón, la cuestión relacional está presente en todo momento en las acciones que se dan en la vida cotidiana. La institución médica y el personal de salud están comprendidos dentro de estas reglas de juego, junto a usuarios, pacientes y familiares.

A continuación, veremos las conclusiones.

El caso analizado contiene hechos que se producen en escenarios diferentes, cada uno de ellos con estatus y normas específicas. A) ámbito institucional. Actores: la comunidad médica más el Poder Judicial. Fallecimiento de una paciente a cargo de una institución médica. Causa no certificada. Se ordena autopsia. Podríamos pensar en un procedimiento "agresivo" sobre un cuerpo. B) ámbito privado o civil. Actores: dos hombres, dos circunstancias personales enfrentadas. Uno hombre, (1) médico, es herido gravemente de bala en la calle debajo del balcón de la casa de la fallecida por otro hombre (2), viudo. El hombre 1 había venido en horas de la madrugada a tener una explicación con el 2. Ámbito institucional: la Policía más la comunidad médica. El hombre 1, herido, es llevado a Emergencias de la institución médica y luego derivado para ser intervenido en otro sanatorio. 3) ámbito público. Actores: opinión pública, corporación médica, prensa. En el ámbito público es donde se produce la construcción de sentido, a partir de versiones de lo ocurrido. Se produce colectivamente una asociación mecánica entre el hecho civil. Se lo

asocia como una agresión contra los médicos, como una unidad. Un hecho que podríamos calificar dentro de la crónica roja es introducido “naturalmente” en la institución médica, sin reparar en las dimensiones determinantes en el caso. Dicha construcción de sentido se basa, principalmente, en el discurso y práctica de la propia comunidad médica, al identificarse a sí mismos con la profesión, por sus conocimientos, por encima de su calidad y complejidad como personas civiles.

Con todos estos elementos les proponemos lo siguiente, para la reflexión. Según este modelo de sólida composición histórica, los médicos actuarían siempre desde una objetividad dictada por el canon profesional, sin poner en juego sus circunstancias como personas civiles. Podemos sostener que esta autopercepción o creencia arraigada en la comunidad médica resultó fatal para Gaudín, quien alcoholizado, fuera de hora y de lugar, pretendió ser “recibido” como médico, sin medición de riesgo para su persona. Desde el punto de vista antropológico y psicológico, la “desaparición” de la persona dentro del rol médico, no es una realidad, sino una construcción imaginaria. No vale la pena extendernos sobre este punto porque está toda la obra de Foucault. Debemos reconocer que al ser concebida en el plano irracional como lo “real”, esta creencia produce efectos de realidad. Se convierte en creencia hacia el interior de la comunidad médica y hacia afuera logra instalarse en la sociedad como una verdad. En concordancia con dicha construcción, en las situaciones más diversas tendríamos entidades de naturaleza diferente: a los médicos por un lado y, por otro, a la gente. Como toda construcción de sentido con proceso de semantización, la duración del modelo depende de su difusión. El estatuto de la creencia o la convicción sobre la realidad del modelo como una evaluación crítica de su pertinencia, pueden hacer variar el modelo y adaptarlo a la producción de conocimiento interdisciplinario ya que la sociedad civil cambia sus percepciones y actitudes con respecto a la salud, el cuerpo, las instituciones, los profesionales, etcétera.

Finalmente, ¿por qué venir desde otros paradigmas científicos a estudiar hechos del campo de la salud? Los antecedentes y la producción nacional e internacional ahorran agregar tiempo a esta exposición. Es imperativo que se trabaje científicamente poniendo todos los recursos existentes para mejorar condiciones objetivas, lógicas operativas y relacionales en el campo de la salud, sin reduccionismos que sólo contribuyen a consolidar creencias de que hay un enfrentamiento entre diferentes esencias. Hemos visto que la comunidad médica ideó defensas, protocolos y procedimientos para evitar demandas. Podría decirse que hay una construcción sobre enemigos de los médicos. Postulamos que es más importante concentrar esfuerzos en la autorreflexión, en un proceso de evaluación crítica para desprenderse de una construcción cultural que no ha permitido un cuestionamiento del modelo médico hegemónico.

Muchas gracias.

12.4.- 24 de setiembre de 2009

Exposición del Académico ENRIQUE PROBST

Tema: TRISTEZA, NOSTALGIA Y DEPRESIÓN. SEMIOLOGÍA Y CONSIDERACIONES PSICOPATOLÓGICAS

Tuve una fantasía que, lamentablemente, no voy a poder cumplir, y que era la de cantar un tango, sobre todo uno muy especial llamado Nostalgia. De cualquier manera, este tema lo he transitado desde hace mucho tiempo. Incluso, en uno de mis libros hay un capítulo titulado Nostalgia y depresión, donde cito a este famoso tango cuya historia no sé si todos conocen. En 1935, en el Teatro Smart de la ciudad de Buenos Aires, se estaba gestando la puesta en escena de una revista cuyo nombre iba a ser El cantor de tango. Un músico, desconocido hasta ese momento, presentó un tango que fue rechazado no se sabe por qué. El músico era Cobián y al año próximo, en 1936, lo presentó en un cabaret de la calle Florida y a partir de allí se divulgó por todo el mundo.

Hace veinticinco años se realizó la primera gran investigación en epidemiología en salud mental en Estados Unidos. En aquella época, ese proyecto tuvo un costo de US\$ 20:000.000. Se exploraron cinco áreas distintas con la intención de averiguar cuál era la prevalencia de las afecciones mentales en los diferentes lugares investigados. De allí surgió la constatación de la enorme prevalencia de los estados depresivos, lo cual resultó de gran interés para la industria farmacéutica porque comenzaron a investigar rápidamente para combatir esa morbilidad tan intensa que mostró ese estudio epidemiológico. Nadie que trabaje y tenga experiencia en Psiquiatría puede negar que existen muchos cuadros depresivos, aunque no tantos como ustedes pueden imaginar. ¿Por qué? Básicamente, esto obedece a dos razones. En primer lugar, no todos los psiquiatras están capacitados para discriminar, lamentablemente, la diferencia psicológica existente entre la tristeza y la depresión. Esto es tan así, que cuando un paciente llega a la consulta de la mutualista y le comenta que está triste, desganado y que no puede dormir, el psiquiatra de inmediato le indica un antidepresivo y lo ubica, desde el punto de vista diagnóstico, como un enfermo depresivo. En resumen, no todos los psiquiatras están preparados para diferenciar estas entidades que tienen que ver con la vida afectiva de los seres humanos. En segundo término, estos cuadros que he mencionado y que no son descritos adecuadamente poseen complejidades que creo del caso destacar. Entonces, los instrumentos que se utilizan en esa famosa investigación epidemiológica no discriminan adecuadamente las características de cada uno de estos tres elementos. Esto está en función de una especie de moda que existe en la mayor parte del mundo en el sentido de manejarse estrechamente con los síntomas. Por supuesto que en Medicina los síntomas son básicos y fundamentales —eso está fuera de discusión—, pero en Psiquiatría no sólo es importante la aproximación para ver los síntomas sino, también, la estructura psicopatológica de cada individuo. Siempre he resaltado este cuadro de la nostalgia. Si me permiten, voy a contar una anécdota que me produjo mucha gracia. Una periodista, días antes de la Noche de la Nostalgia, me invitó a una entrevista sobre la nostalgia. Buscó en internet y bajó una serie de trabajos míos sobre la nostalgia, como así también dos investigaciones muy recientes de dos universidades, una inglesa y otra china. Allí se decía que la nostalgia —que parece ser algo negativo— es un instrumento formidable para combatir la soledad y, en consecuencia, la desaparición de muchos estados depresivos se ve favorecida si es posible despertar la nostalgia. Esto que ahora surge como la gran novedad, ya lo había tratado hace más de diez años.

El libro *El surco del tiempo* está dedicado a estudiar las ideas platónicas en relación a la escritura y a la memoria. Tiene un capítulo sobre las peripecias de Ulises, dando vueltas por el Mediterráneo hasta que llega a una tierra que el autor titula tierra de los lotófanos. El loto era una flor deliciosa y atractiva, de color rojizo. Sin embargo, Ulises se percató de que era muy atractiva pero tenía un peligro, ya que quien comía un loto perdía la memoria. Entonces, mandó a todos sus tripulantes otra vez a la galera y los ató a los efectos de evitar que comieran un loto y se olvidaran de volver a su patria. Por eso la ligazón de la nostalgia con la memoria. Esta historia que está muy bien contada subraya la importancia de la nostalgia.

¿Qué es la nostalgia? ¿Qué es la tristeza? ¿Qué es la depresión? Son afectos, son parte de la vida afectiva. ¿Qué son los afectos? Es muy difícil definir lo que son los afectos; algunos intentan hacerlo por la negativa y dicen: lo que no es percepción, lo que no es intelecto. Lo cierto es que, básicamente, los afectos pueden presentarse bajo forma de emociones, que generalmente son súbitas y se acompañan de un correlato somático importante o de sentimientos, que son más duraderos en el tiempo, que tienen menos compromiso orgánico. De cualquier forma, es bueno ver el ejemplo del sentimiento amoroso y la pasión. En cuanto al sentimiento, el individuo es consciente de que en él ha nacido ese afecto mientras

que, en la pasión, se siente como que es arrastrado hacia algo que está ubicado y depositado en otra persona.

La tristeza es un acompañante habitual de la vida de todos los seres humanos. ¿Quién no ha estado triste alguna vez? Quizás haya algunos que no hayan experimentado tristeza y son aquellos a los que los psiquiatras muy ortodoxos han denominado personalidades psicopáticas, sociopatas, etcétera. Se trataba de sujetos que parecía que no tenían afectos; eran capaces de caminar sobre cadáveres sin que se les moviera un pelo. Conocí a algunos personajes de este tipo a través de mi experiencia psiquiátrica, fundamentalmente cuando, siendo muy joven, estaba en Europa y tratamos a muchos legionarios. Muchos años después, con más instrumentos, experiencia y conocimientos, pude entender eso de no tener afectos. Mi interés en ese tema renació en la clínica gastroenterológica. Estudiando pacientes con afecciones llamadas psicósomáticas, vimos muchos casos que se caracterizaban por dar la impresión de ser sujetos aplanados desde el punto de vista emocional. A raíz de los trabajos de la Escuela Psicosomática de París se comenzaron a tratar pacientes con estas características. Entonces, lo que el terapeuta debía hacer, según esta Escuela, era prestar su propio psiquismo para ayudarlo a transitar por experiencias afectivas.

¿Por qué aparece la tristeza? Porque a veces nos sentimos frustrados, contrariados o no se colman nuestras expectativas. Lo que está claro es que la tristeza es transitoria. Ahora bien; volvamos a la nostalgia. Pensemos en un exiliado, que está viviendo alejado de su país, de su entorno y de su familia. Seguramente, él piense en su ciudad, en sus amigos, en el fútbol, etcétera y, sin dudas, ese es un sentimiento doloroso porque la palabra nostalgia viene del griego. Nosto quiere decir regreso y Algia, dolor. Es un regreso doloroso a ciertas vivencias o experiencias de las que el sujeto se siente alejado. El elemento básico es el mantenimiento de la esperanza del retorno. Esta es una diferencia sustancial frente a lo que sucede cuando el individuo está deprimido. El nostálgico, de alguna manera, puede elaborar un proyecto de futuro. Si me permiten, quisiera leer dos párrafos del tango Nostalgia. Dice así: Nostalgia de escuchar su risa loca y de sentir junto a mi boca, como un fuego, su respiración. Angustia de sentirme abandonado y pensar que otro, a su lado, pronto, pronto le hablará de amor. Hermano, yo no quiero relajarme ni pedirle ni llorarle ni decirle que no puedo más vivir. Desde mi triste soledad veré caer las rosas muertas de mi juventud. Esta es una experiencia dolorosa, pues se piensa en un amor que ya no existe. En cambio, para el deprimido su pasado existe y está lleno de culpa, de recriminaciones a sí mismo por lo que hizo y su proyección del futuro en el horizonte está como cerrada. Ustedes habrán oído hablar de equivalentes depresivos. Son sujetos que en el aspecto vivencial no tienen la capacidad de transmitir sus experiencias mentales; son más bien parcos y donde empiezan a aparecer los síntomas es en su cuerpo. Aparecen los síntomas más variados y no siempre los médicos que lo tratan encuentran las causas.

A nadie se le ocurriría darle antidepresivos a quien está triste o siente nostalgia, del mismo modo que a nadie se le ocurriría ir a un velorio y darle psicofármacos a los deudos porque están llorando. La depresión es la patología de la tristeza. Lo cierto es que si uno no discrimina adecuadamente estos estados puede tratar erróneamente a los pacientes. En la vida, las experiencias tristes nos humanizan, nos hacen evolucionar psicológicamente a formas más maduras de conducta. Por algo Freud decía que era indispensable que la persona hiciera su duelo y conste que cuando hablamos de duelo no nos referimos solamente a la pérdida de un familiar, sino también a una ruptura amorosa, a la pérdida de un examen o concurso, etcétera. Hay duelos que no se caracterizan únicamente por la duración del malestar sino por las formas clínicas. Recuerdo una vez cuando un chico de 15 años me llama porque el menor de sus hermanos se había caído de la azotea, mientras jugaba. Imaginen el drama de esta familia. Este chico comenzó a comportarse de una forma muy extraña. Le parecía que en el diario hablaban de él,

al igual que en la televisión. Hizo un cuadro delirante, reactivo a una situación de duelo que no podía manejar. Estas situaciones patológicas generan depresiones muy largas de las que a veces no se puede salir.

Si hacemos un buen chiste a un sujeto deprimido, veremos que éste no reacciona. Generalmente, las depresiones importantes, como las melancólicas, son hipogestuales. Las depresiones pueden tener un componente ansioso muy importante. Al respecto, es bueno señalar que la depresión no es el motor básico del intento de suicidio; lo es la angustia asociada a la depresión. Por eso lo más importante es calmar la angustia. En un paciente deprimido, un raptus ansioso puede llevarlo a tirarse por la ventana. Hay cuadros depresivos melancólicos que pueden desembocar en un delirio de culpa. En sentido estricto, desde el punto de vista psiquiátrico, no es un delirio sino lo que llamamos sistema deliroide.

Por último, quisiera decir unas palabras sobre algo que se ha puesto de moda. Todos habrán oído hablar de los trastornos bipolares. Son las antiguas psicosis maníacodepresivas que se caracterizaban por fases en las cuales el sujeto se deprimía, se restablecía del humor y volvía a recaer. En estos casos, la psicoterapia está dirigida a cómo poder organizar una vida sabiendo que tiene esa vulnerabilidad.

Por el momento es cuanto tengo para señalar y, obviamente, quedo abierto a todas las preguntas que mis queridos amigos quieran plantear.

Muchas gracias.

12.5.- 27 de agosto de 2009.

Exposición del Profesor Dr. EDUARDO MIZRAJI

Tema: "BIOFÍSICA DE LAS REDES DE NEURONAS: TEORÍA Y APLICACIÓN"

Presentación.

El Dr. Eduardo Mizraji es Profesor Titular del Departamento de Biofísica de la Facultad de Ciencias e Investigador de primer nivel del PEDECIBA. Obtuvo el diploma de Doctor en Medicina en la Facultad de Medicina de la Udelar y un diploma en Matemáticas Aplicada en la Facultad de París. Su actividad de investigación está centrada en el procesamiento de información en sistemas neuronales extensos.

En el año 2008 ganó un premio al mejor artículo en la revista especializada International Journal of General Systems, por uno en que llegó a una conclusión novedosa estudiando dos temas diferentes y encontrando una vinculación estrecha entre ambos. Su equipo investiga cómo el sistema nervioso busca información, porque si bien la ciencia tiene datos de cómo funcionan las neuronas todavía constituye un misterio cómo en su interacción producen ideas, almacenan informaciones, es decir que las redes de neuronas siguen siendo algo para descifrar. El premio que ha obtenido el biofísico uruguayo muestra cómo los buscadores web —como el Google, el Yahoo y otros— rastrean la información de una manera similar a nuestra memoria. Es interesante acercarse a la forma en cómo se llegó a esta conclusión. Para el equipo de científicos es imprescindible perfeccionarse en la búsqueda en la web para tener información actualizada de los adelantos del mundo en la materia. Ellos querían resolver el problema de encontrar técnicas para realizar búsquedas en la red que conceptualizaran y buscaran emparentar las temáticas de documentos que trataran los mismos temas pero con vocablos diferentes. Fue ese paralelismo formal entre la forma de buscar información de los motores de búsqueda y la memoria, lo que llevó a la premiación de Mizraji y su equipo.

Texto de la exposición del Doctor Mizraji.

Buenas noches.

Me acompañan Jorge Castro y su señora Élica; ella es una médica con una larga trayectoria sobre todo en Brasil y él es un biofísico extraordinariamente destacado que hasta hace poco actuó en Brasil y que ahora, afortunadamente, está instalándose en Montevideo.

En la Facultad de Ciencias tenemos el privilegio de contar con Jorge Castro nuevamente como Asistente continuo en nuestros seminarios. Se trata de una persona con una cultura extraordinaria en el campo de la biofísica. Confieso que siempre me amedrenta hablar cuando él está presente porque me consta que cada cosa que diga él la va a comprender y conocer un poco mejor. De cualquier manera, eso también me da la seguridad de saber que si me equivoco él va a corregirme para bien del auditorio.

Por otro lado, agradezco al Académico Quadrelli por la gentileza de invitarme. Para mí es un gran honor hablar frente a ustedes, muchos de quienes han sido mis profesores. A su vez, me da una enorme alegría ver a la Académica Fogel porque ustedes deben saber que cualquier cosa que yo haya hecho en ciencia se debe al Profesor Korc. Entré a trabajar en ciencia como ayudante de Bioquímica, e ingresé en el grupo del Profesor Korc y gracias a ese rigor científico extraordinario que imponía, aprendí más allá de mis limitaciones intrínsecas para la experimentación. Además, la primera idea original que se me ocurrió en mi vida se debió a una cosa periférica de trabajo en el Laboratorio de Bioquímica. Preparábamos buffer para hacer las soluciones con las que diluíamos las proteínas y esos buffer se preparaban en concentración alta y luego se diluían para llevarlos a la fuerza iónica necesaria que exigía el protocolo experimental. Allí advertimos que en esa dilución el ph casi no cambiaba. Un día pregunté al Profesor Korc por qué ocurría eso y él me indujo a que investigara el tema. Por lo tanto, el hecho de ver a la Académica Fogel me trae muchos recuerdos.

Ahora sí, entrando en el tema que me convoca, quisiera comentarles un poco esta historia. Las redes de neuronas son un problema. Cuando tratamos de comprender cómo funcionan las cosas de nuestro cuerpo tenemos claras definiciones de las variables involucradas. Si estudiamos una concentración, tenemos formas operacionales para definir la concentración; si estudiamos la función cardiovascular, las variables involucradas de fuerzas de contracción, el gasto sanguíneo, el volumen, etc. La Medicina tomó de la Física el hábito de definir con claridad las variables involucradas. Cuando queremos involucrarnos con las funciones cognitivas del cerebro —cuestión que a los psiquiatras perturba tremendamente comprender, al igual que a los neurólogos— debemos atender la fisiología de la cognición, que implica comprender cosas como qué es un pensamiento, una idea, por qué somos capaces de ser creativos, etcétera. Ocurre que eso concierne a variables que no estamos en perfectas condiciones de definir. ¿Qué es una idea? ¿La podemos pesar? ¿La podemos medir? Podemos medir registros encefalográficos, actividades de transmisión de una neurona a otra, diferencia de potencial eléctrico pero, ¿dónde capturamos de una forma razonable qué cosa es una idea, un concepto? Ese es un enorme desafío que ha sido enfocado, con la inteligencia que los caracteriza, por los grandes filósofos. Allí hay una fuente de comprensión parcial de cómo funciona el sistema cognitivo humano; ahí nos remontamos a los griegos. Tratar de enfocar esos temas tal como solemos hacer en las ciencias naturales es un gran desafío.

El cerebro tiene una estructura tan extraordinariamente intrincada que en las escalas de magnitud que se manejan hoy en día involucra del orden de diez a la once neuronas. Son cifras completamente desmesuradas para poder entender con detalles técnicos y matemáticos lo que es la dinámica de una red neuronal. La cuestión de las redes neuronales es una especie de ciencia embrionaria que, sin embargo, propone avances significativos.

Si me permiten, utilizaré la pantalla para mostrar las caras de mis compañeros, responsables de gran parte de este trabajo.

(Se proyectan varias láminas)

El trabajo inicial con el que se inauguró nuestro modo de aproximarnos a los modelos matemáticos de redes neuronales se publicó en 1989. Más adelante nos enfocamos en un tema que nos apasiona y que tuvo que ver con el estudio de algunas hipótesis sobre los mecanismos de deterioro que se están conjeturando para los pacientes esquizofrénicos. Muchas veces, el deterioro se mide por la presencia de alucinaciones auditivas. Se miden mediante modelos en miniatura y en el marco de las simulaciones confrontacionales de esos modelos pueden hacerse conjeturas sobre si ciertos deterioros y agresividad que se exacerbaban en la adolescencia pueden promover la aparición de alucinaciones auditivas que también se simulan en el computador. A la vez, las terapias farmacológicas o conductuales pueden simularse en los detalles del modelo involucrado. Mi impresión es que este territorio va a tener un fuerte avance en el campo de la Psiquiatría.

Esta cita que pueden ver en pantalla, es el comienzo del pequeño accidente que condujo al artículo que mencionaba el Presidente. En el campo de los buscadores en Internet, nosotros nos hicimos aficionados a explorar cómo trabajan, por un lado por razones de curiosidad y, por otro, por razones de captura de documentos en la red, y descubrimos que uno de los objetivos de los buscadores —sobre todo de los diseñados hacia el futuro inmediato— consiste en emparentar documentos. Cuando uno ingresa una palabra en cualquier buscador —sea Google o Yahoo, por ejemplo— aparece un listado de documentos que pueden ser recuperados y que tienen que ver con esa palabra que uno ingresó. Usualmente, el listado tiene que ver con la palabra literal que uno puso. Hay un plan más ambicioso que es lo que los expertos en computación denominan búsqueda semántica, es decir, poder hacer algo que de hecho hace el cerebro. Ustedes ahora están escuchando una estructura unidimensional de mi sistema de fonación porque, en definitiva, la emisión de la palabra es una suerte de estilo de sonidos que nuestro cerebro sabe desplegar, clasificar y emparentar cada vocablo con temas. Si utilizamos sinónimos, nuestro cerebro sabe si estamos hablando del mismo tema. Se está intentando que los buscadores sean capaces, también, de emparentar por temas documentos que no sean idénticos desde el punto de vista literal. Por ejemplo, se trata de que si ingresamos goma de automóvil, en el listado que nos devuelva el buscador también aparezcan artículos con el vocablo neumático. Ese es un enorme desafío porque los buscadores no piensan. ¿Cómo lograr que un buscador consiga eso en la red?. Descubrimos que ese era un objetivo acuciante de los informáticos. De hecho, el proyecto más ambicioso que hay sobre desarrollo de la red es buscar una especie de heredero de la World Wide Web, que se llama Semantic Web. La forma en que se organizaría la información sería similar a cómo lo hace nuestro cerebro. Todavía no se ha logrado este objetivo, pero sí hay gente que ha buscado procedimientos para emparentar documentos que no son literalmente emparentables. ¿Cómo lo han logrado? No puedo detallarlo ahora porque sería tedioso y necesitaríamos un pizarrón. Se trata de una fórmula matemática que permite, mediante un desarrollo —a través de una clase de álgebra—, emparentar documentos que no están emparentados. Ellos desarrollaron el procedimiento en el campo de la computación, que se llama Análisis Semántico Latente. A través de los métodos transparentes que usa un ingeniero, ellos buscaban resolver problemas que sabemos que el cerebro logra resolver aunque no sabemos cómo. De todos modos, sabemos, aproximadamente, cómo podría ser. Este trabajo nos da mucho orgullo porque advertimos, estudiando esa técnica computacional que diseñaron en Estados Unidos, llamada Análisis Semántico Latente, que funcionaba aunque los autores declaran con mucha franqueza que no saben por qué funciona; era una técnica matemática inventada por ellos, pero semiempírica. Nosotros vimos que había cierta similitud matemática con los modelos de memoria en los que estábamos trabajando en el laboratorio. Nos pareció que estábamos comenzando a entender por qué funcionaba esa técnica computacional. Con Juan Carlos nos involucramos mucho en ese asunto y empezamos a darnos cuenta de que había formas de entender ese procedimiento

computacional inspirados en los modelos biológicos que manejábamos nosotros. Finalmente hicimos un trabajo larguísimo que perdió toda su biología y que está publicado en una revista puramente computacional.

El trabajo al que hacía mención el señor Presidente es, en parte, un corolario de esto. Allí, en cierto modo, describo cómo con Juan Carlos llegamos a esta convergencia.

La epopeya de cómo nació la neurociencia seguramente muchos de ustedes la conocen mejor que yo, pero digamos que comenzó con las luchas ideológicas fascinantes entre los filósofos griegos. Aquí vemos a Platón apuntando hacia el cielo porque él pensaba que las ideas cruciales eran inamovibles y estaban en algún sitio, mientras que Aristóteles apunta con la palma de su mano hacia el suelo, asumiendo que las realidades salen de la experiencia del mundo terrestre. En cierto modo, los filósofos y los literatos señalan que las personas se reparten, a priori, en esas dos posiciones. Hay una célebre cita de Borges que dice que todos nacemos aristotélicos o platónicos. De hecho, los neurobiólogos teóricos que hoy tratan de hacer modelos neurales también se clasifican en aristotélicos o platónicos. Después tenemos a Galileo como el padre del método experimental.

(Proyecta una serie de imágenes relativas a este punto)

En suma, cada vez que se estudia la Histología se ratifica el carácter inexplicable de las redes neuronales. La paradoja que hay acá es que nosotros ya tenemos maravillosos modelos matemáticos acerca de cómo funcionan las redes neuronales pero, sin embargo, son tan intrincados, per se, que vuelven prácticamente imposible pensar en el estudio refinado ya de pequeñas redes neuronales. Por consiguiente, es absolutamente imposible pensar en el estudio de redes neuronales que involucran centenares de miles de neuronas. El gran drama es cómo técnicamente puede enfocarse un estudio que trate de llegar a representaciones medibles en un mundo donde la estructura es tan ilimitada. Si me permiten, creo que se trata del problema más desafiante de la ciencia contemporánea. Ahora se trata de comprender la Bioquímica como una estructura colectiva y ver la célula como una estructura donde hay una bioquímica "in vivo", ya no solamente "in vitro", y los bioquímicos se confrontan con el desafío del planteo técnico de cómo se estudia el metabolismo porque el problema matemático, en el fondo, es el mismo aunque más chico. Ya se sabe que se trata de un código electroquímico que en la mayor parte de las neuronas de la corteza se transforma en un complejísimo sistema de trasmisión de señales químicas del que ya sale, afortunadamente, buena parte de la psicofarmacología con la que contamos hoy. Puedo adelantar que todos los modelos matemáticos que se están utilizando para investigar las redes neuronales asumen como una especie de axioma muy rígido —aunque, quizás, derrumbable mañana— que la residencia física de la memoria está en los receptores sinápticos. Han quedado fuera algunas hipótesis en cuanto a que podría haber alguna similitud entre el sistema inmunitario y el sistema nervioso, un RNA por cada dato. Eso ya no está más en la literatura, aunque no quiere decir que no pueda volver. Los modelos matemáticos sobre redes neuronales se enfocan en tratar de simplificar la trasmisión sináptica y condensar las complejidades bioquímicas de la trasmisión sináptica en ecuaciones muy simples.

El gran dilema es la biología de la cognición. Es claro que la neuroanatomía nos suministró maravillosa información sobre la cognitividad. Existe una redefinición de la neuroanatomía por vía de las imágenes funcionales. Es así que comienzan a aparecer en la web atlas de imágenes funcionales donde la antigua neuroanatomía que estudiábamos va a ser transformada, en cierto modo, en películas de áreas que se encienden y apagan en función de experimentos hechos sobre humanos normales. Quiere decir que estamos en el umbral de una nueva neuroanatomía. De todos modos, esto tampoco resuelve el problema de definir cómo medir o pesar una idea. Podrá determinarse que un concepto se emplaza en el lóbulo parietal o

en el temporal, o que un proyecto se activa en la corteza precerebral, pero no define el tema cómo nosotros quisiéramos.

(Se proyecta una serie de láminas)

En definitiva, en cierto modo, lo que pretende la teoría de las redes neuronales es llenar la discontinuidad que va desde la función neuronal a la cognitiva a través de objetos teóricos. Se trata de hacer transparente una caja negra, llenándola con neuronas sobre las cuales se realizan hipótesis a propósito de cómo funcionan.

La historia de las redes neuronales tuvo dos fases y allí se dio una fuerte interacción entre la Matemáticas y gente de formación médica. La primera fase la podemos unir a Boole, un matemático realmente genial, un autodidacta portentoso, que nació en Inglaterra, en 1815, y que tenía como meta crear una ciencia matemática del razonamiento. Nunca incursionó en la Biología, pero creó una teoría matemática de la lógica que tuvo un impacto extraordinario en computación. También podemos citar a otros dos precursores del Siglo XIX que hoy también se los considera, en parte, padres de las actuales teorías de redes neuronales: William James y Sigmund Freud. Éste escribió un libro bastante esotérico en el que intentó crear una teoría de las redes neuronales apelando a variables físicas. Dichas variables son las que hoy, en cierto modo, han adquirido mayor rigor matemático pero poseen el mismo espíritu que él perseguía. En 1943, los trabajos de Boole son tomados en cuenta por dos autores a los que se les considera como los padres de la teoría moderna de redes de neuronas: Mc Culloch y Pitts. De algún modo, mostraban que las neuronas podían ejecutar las operaciones de la lógica siendo células. Esto generó un paradigma de enorme peso que duró hasta 1970. En realidad, su teoría inspiró poderosamente la creación de los computadores digitales. En estas láminas podemos observar a las cuatro personas que fundaron lo que se conoció como movimiento cibernético. El final de la historia fue muy paradójal porque buscando dónde se almacena la información en la memoria, se llegó a poder pensar en cómo se llevan a cabo los razonamientos. Quiere decir que la memoria pasó a ocupar un rol no contrapuesto al razonamiento sino como un "explicador". Más adelante, un físico, que no tenía nada que ver con la Biología, Denis Gabor, inventó una técnica holográfica.

Gabor sabía que nada de esto podía pasar así en el cerebro pero, sin embargo, se dio cuenta de que había una forma de almacenamiento de información distribuida. Fue así que envió una pequeña nota a la revista Nature, en 1968. Creo que este fue el origen de una nueva era. Si trabajando modelos neuronales se encontrase una estructura neuronal parecida, uno tendría una especie de forma de almacenamiento de la información distribuida como la que se estaba buscando desde 1930. Si me permiten, quiero referirme a tres científicos, de tres áreas completamente diferentes, que son quienes contribuyeron a construir la moderna teoría de las memorias distribuidas: James A. Anderson, Teuro Kohonen y Leon Cooper.

(Se proyecta una serie de láminas)

En definitiva, el área de investigación en la que nosotros estamos es una derivación de esta teoría de las redes que almacenan datos. En este marco, una idea puede ser un gran vector con actividades electroquímicas transportadas por axones que interaccionan con núcleos que a su turno activan otros vectores donde esos núcleos de neuronas almacenan información. Entonces, vamos teniendo una visión transparente de cómo puede ser la dinámica en un proceso cognitivo, cuyas variables ahora empiezan a insinuarse como grandes colecciones de números que, por ejemplo, representan frecuencias de disparo que transitan por axones. Hoy, los ingenieros han encontrado que estos modelos de memoria distribuida dan solución a problemas que ellos no podían resolver.

En resumen, el trabajo que realizamos sobre esta conexión inesperada con las cuestiones de los buscadores también tiene que ver con eso.

Muchas gracias.

12.6.- 8 de octubre de 2009

Exposición del Académico HUMBERTO CORREA

Tema: INFORME DE LA MARCHA DE LA FACULTAD DE MEDICINA CLAEH Y PROYECTO DE EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ASPECTOS MÉDICOS.

Sin dudas, es un inmenso honor que la Academia Nacional de Medicina quiera escucharme hablar sobre la Facultad de Medicina CLAEH.

Lamento que no haya podido solucionar el tema de la proyección, sobre todo porque traía muy buenas fotos.

La Facultad de Medicina CLAEH cuenta, dentro de sus docentes, con cinco Académicos y con dos de los candidatos que se presentaron, por lo que está muy vinculada a la Academia Nacional de Medicina. En marzo estaremos cumpliendo el cuarto año desde que comenzó la primera generación. Voy a desarrollar el informe dividiéndolo en varias áreas. Una de ellas es el contexto institucional en el que funciona la Facultad de Medicina CLAEH, otra tiene que ver con el proyecto académico que refiere, especialmente, a la estructura de los cursos y a la idea que rige su desarrollo, como también aludiré a aspectos vinculados a los docentes y a los alumnos que, en definitiva, son los destinatarios de la Facultad.

La Facultad de Medicina CLAEH es un instituto de enseñanza que depende del Instituto Universitario CLAEH. Tiene un Decano —quien les habla—, dos Secretarios, uno académico y otro técnico, un Consejo Asesor compuesto por cinco miembros, un Comité de Coordinación Curricular que es el que controla la ejecución del programa en forma independiente a la Dirección, y un cuerpo de profesores compuesto por 150 docentes, a todo lo cual debemos sumar 184 alumnos. Esta Facultad se vincula, en el ambiente donde está situada, directamente con todas las instituciones asistenciales del departamento. Ha firmado un convenio marco que la relaciona a las instituciones asistenciales para acciones asistenciales, académicas y culturales de mutuo interés. Asimismo, existe un convenio específico que establece que los alumnos de la Facultad de Medicina CLAEH pueden hacer todas las acciones necesarias para el aprendizaje en esas instituciones, con la garantía y vigilancia de docentes y médicos de la institución. Tenemos un convenio específico con el Sanatorio Mautone, con la Asistencial de Maldonado, con Cardiomóvil, con el Hospital de Maldonado y con el Hospital de San Carlos. Queda claro, entonces, que estamos vinculados a todas las instituciones asistenciales del departamento, públicas y privadas, y también con aquellas que tienen internación. Esta es una novedad del CLAEH, que permite que sus alumnos vayan a aprender a todos los lugares donde se asisten pacientes en Maldonado, sean ambulatorios o con internación. Asimismo, en este contexto institucional, tiene vinculación con organizaciones gubernamentales y con ONG de distinto tipo: la Intendencia, la Policía, los Bomberos, los colegios de Secundaria y las otras instituciones universitarias que hay en Maldonado. Incluso, los policías y bomberos concurren a los mismos cursos que nuestros alumnos para, por ejemplo, aprender a reanimar a una persona en la calle. Quiere decir que la Facultad no está sola; en realidad, no podría existir si así fuera. En definitiva, da y recibe de todo aquello que la rodea. Todo esto ha sido posible gracias al trabajo realizado en la CODAMAL, Comisión de Coordinación Asistencial de Maldonado, la cual funciona con un delegado de cada institución y celebra reuniones cada dos meses. Quiere decir que la intención es marchar en forma conjunta con todas las fuerzas vinculadas, de alguna manera, a la salud del departamento. Es bueno señalar que también tenemos vinculación con el departamento de Rocha ya que algunos de nuestros alumnos concurren a La Asistencial de Rocha. Como queda lejos, van una vez por semana acompañados de un docente.

Nuestra idea es formar un buen médico general para la comunidad, que reúna las siguientes características: que sea un buen clínico, que tenga una mentalidad crítica que le permita enfrentar problemas nuevos, que sepa pedir colaboración y que tenga una visión humanística de los seres humanos que lo rodean. El método

con que tratamos de desarrollar la visión humanística también es original. De 1º a 6º año hay una cantidad de asignaturas básicas que son mayores hasta el 3er año y luego comienzan a disminuir aunque nunca dejan de estar presentes. La actividad clínica comienza en 1º y llega a su máximo en 6º año. Los alumnos concurren a los centros asistenciales dos horas por semana, ya desde el 1er año. El curso comprende la realización de maniobras básicas, hablar con los pacientes y, sobre todo, aprender a respetar a las personas. También se aprende a controlar la presión, el volumen de orina, la frecuencia del pulso, etcétera. En la segunda mitad del año aprenden a asistir en accidentes callejeros con clases de reanimación básica. Ese es el trabajo que, tal como mencioné anteriormente, realizan junto con los policías y bomberos. Las materias Básicas se distribuyen de 1º a 3º. En 1er año tenemos Fisiología, Anatomía, Genética, Embriología, Bioquímica e Histología; en 2º, Anatomía, Fisiología —con un encare más profundo—, Bioquímica e Histología; en 3º hay toda una sección de agresión y respuesta en la que se tratan los agentes agresores generales, las respuestas del ser humano inespecífica y específica, la inflamación local y generalizada. Dentro de este grupo de agresión y respuesta, se estudia la parte orgánica porque ahí se ve Anatomía Patológica. En la segunda parte de 3er año está toda la parte de Farmacología. La parte clínica comienza en 1º y ya en 2º los alumnos empiezan el estudio básico de la semiología. Nosotros contratamos personas sanas —generalmente son atletas— para que los alumnos los examinen y vean cómo es el sujeto sano. También hacen semiología de los exámenes complementarios: muestras de orina, de sangre, radiología, tomografía, etcétera. Por su parte, en 4º año los alumnos tienen, a mi juicio, la asignatura más importante porque se estudia lo relativo a las enfermedades médicas y quirúrgicas prevalentes: Patología médica y quirúrgica, y Clínica médica y quirúrgica. El profesor de la parte médica es el Académico Bagattini y el de la parte clínica es el Doctor Balboa. Para esto, además, contamos con 40 docentes divididos en dos grupos: aquellos que han hecho carrera académica previa y los instructores, que son médicos residentes de allí que fueron entrenados por el Académico Bagattini. Vale resaltar que en 4º año están todos los días en el hospital. Una vez por semana tienen una sesión de grupo dirigida por un tutor, en la cual resuelven problemas clínicos. Es una especie de nuestro viejo encare sistematizado. Cada alumno concurre a, aproximadamente, veinte sesiones de este tipo de encare clínico. Ya en 5º año tenemos Pediatría, Ginecología, algo de Medicina Intensiva, Emergencia, Medicina Forense —a cargo del Académico Berro— y dos materias electivas. Finalmente, en 6º año está el internado obligatorio, además de ateneos clínicos.

Quiere decir que en esta planificación básico – clínico hay un gran triángulo que va bajando hacia el final y otro que empieza en 1º y crece hacia el final. Además, tenemos dos rubros importantes de asignaturas que son las Humanísticas y las Metodológicas. Si las dividiéramos por departamentos, tendríamos un Departamento de Básicas, uno de Clínicas, uno de Métodos y otro de Humanístico. Como se ha dicho aquí en muchas oportunidades, el médico debe ser un universalista, tiene que ser sensible y estar abierto a otros discursos, como al discurso artístico, al literario, etcétera. A esta altura de mi vida he disfrutado tanto de estas disciplinas como de la propia Medicina y creo que nos conforma interiormente. Es así que dentro de las asignaturas Humanísticas tenemos un grupo compuesto por: Bioética, Antropología, Epistemología, Formación profesional e Historia de la Medicina. Esto se dicta desde el primer día de clase hasta el mes de mayo, para luego ingresar a las materias biológicas. Hay una materia específica, que es Comunicación, tendiente a aprender formas de comunicarse con la gente, entre colegas y con los pacientes. Esta asignatura está a cargo de las Psicólogas Rosario Navarro y Amoroso. Ellas también hacen trabajos de campo, vigilando cómo son las entrevistas. También hay una asignatura llamada Humanismo médico —a mi cargo, a pesar de que soy un clínico—, que se cursa en 2º, 3º y 4º años. Todos coincidirán conmigo en que la

profesión nos conforma de una manera particular aunque no nos demos cuenta. Podría decirse que un filósofo, un psicoanalista y un sacerdote están en profundo contacto con la parte espiritual, y es cierto, pero el hombre no es sólo la parte espiritual sino también los huesos, la piel, etcétera. Los médicos tenemos un deber, una carga en tanto estamos cargados de muerte aunque no queramos. El primer año es crucial y siguiendo los consejos de un psicoanalista amigo mío, di poco para leer a los alumnos y los puse a trabajar con pacientes para que vieran cómo eran los sentimientos, la relación con la familia, la pérdida de proyectos vitales, el temor a la muerte y cómo eso repercutía en sí mismos. El 70% de los alumnos lo logró y pudo ponerlo por escrito en los trabajos. La única forma de cambiar un poco a alguna persona es dándole la posibilidad de que, interiormente, viva lo que siente otro. Cabe destacar que al principio los alumnos rechazaban totalmente esto y no querían trabajar en humanismo médico. Incluso me calificaron pésimo como docente. Cuando terminó el año nos dieron el doble de puntaje porque vieron todas estas situaciones que he relatado.

Como ya queda poco tiempo, voy a tratar de ir redondeando esta visión tan global de todo lo que hemos llevado adelante en este tiempo. Es bueno señalar que lo hemos hecho con mucho entusiasmo porque las cosas nuevas estimulan. En lo personal, a esta altura de mi vida ha significado un gran desafío. Les diría que vamos marchando bastante bien. De los 205 alumnos que ingresaron tuvimos una desertión del 9% en cuatro años. Yo entrevisté a cada uno de ellos para ayudarlos a descubrir qué querían hacer. La chica que quería cocinar lloraba porque no quería decir que eso era lo que le gustaba. Otro quería ser aviador y estaba deprimido. En esos casos yo los estimulo a que se vayan porque lo principal no es ser médico, sino ser feliz. De los que quedaron, el 9% está recursando años anteriores y el 82% está en los primeros cuatro años. Quiere decir que a pesar de la exigente carga horaria, el rendimiento ha sido muy bueno. De cualquier forma, permanentemente estamos vigilando a los efectos de modificar los modos educativos. Considero que la Facultad está en la adolescencia y por lo tanto está a tiempo para cambiar cosas. Lo fundamental es saber leer la realidad y todos somos conscientes de que a veces nos resistimos a hacerlo. La evaluación es continua y un alumno puede perder el año por tener actitudes ofensivas con los demás aunque sea técnicamente eficiente. Esto no es aceptado por muchos médicos, pero yo lo sostengo porque nosotros no queremos formar técnicos sino, en lo posible, personas que respeten a los otros.

Sin dudas, tenemos que corregir muchas cosas, crear mejores métodos docentes, averiguar más cómo aprende la mente humana, leer de forma más eficiente las actitudes de los alumnos y, sobre todo, no quedarnos quietos.

Muchas gracias por la atención.

12.7.-

12 de noviembre de 2009

Exposición del Académico Emérito MILTON MAZZA.

Tema: ¿CUÁL DEBE SER LA EUPRAXIS MÉDICA PARA QUE NO SEA CALIFICADA DE MALAPRAXIS?

Estoy muy agradecido a todos, en particular a mi viejo amigo Roberto Quadrelli por su amistosa insistencia para que concurriera a la Academia a tratar este asunto. Antes de entrar en el núcleo de mi inquietud, tengo que hacer una serie de precisiones. La primera de ellas es que no vivencio esta circunstancia como una conferencia porque una conferencia supone una presentación cerrada, como un saber que está concluido y que uno viene a presentar como el resultado final de una meditación o reflexión que ha llegado a algo concreto. No vivo en ese estado de espíritu. Creo que el conocimiento, el saber y la "verdad" de algo es un proceso que está permanentemente deviniendo a sí mismo. De modo que en el momento en que creemos que algo sabemos ya, en ese mismo instante, no lo sabemos y

pasamos a otra instancia del conocimiento. De modo que les propongo a ustedes tomar esto como la exposición de una inquietud y de un problema que viene, por decirlo de algún modo —estoy inventando las palabras— de un ciudadano de la Medicina y no de un experto. Hoy es muy común hablar del “experto” que sabe de algo y que viene a instruir a sus pares a propósito de eso. Eso no es así, de ninguna manera, en este caso porque lo que hace al núcleo de la exposición es un asunto que involucra aspectos jurídicos y asuntos de la Medicina Legal, como disciplina perfectamente constituida y a propósito de la cual no tengo ninguna competencia. Sí tengo competencia para inquietarme sobre esas cosas y ver algo como un problema. ¿Qué es lo que cada persona ve como un problema? En general, se dice —y creo que con razón— que depende de la persona que uno es. Entonces, hay personas que visualizan algo como un problema y para otros no lo es, y viceversa. Creo que es un acto de honestidad intelectual y afectiva decir que lo que vengo a traer aquí es una inquietud que, obviamente, me parece legítima. Si no lo creyera sí, no podría ser una inquietud ni yo debería estar acá. Al mismo tiempo que digo esto quiero señalar que la legitimidad de esa inquietud —que aspiro a compartir con ustedes— no puede ser postulada como un “a priori”, como algo que está en sí mismo, ya, claro. De modo que la legitimidad del problema va a quedar dilucidada a medida que la exposición vaya siendo presentada. Aspiro a que luego podamos entablar una conversación que nos enriquezca a todos y, en particular, a mí.

Como miembro de la comunidad médica y científica, esto me inquieta. La inquietud, también, se articula con otras preocupaciones que no creo equivocarme si digo que todos compartimos; diría más, que nos hacen sufrir, que nos perturban, porque hay determinados hechos que contrarían la esencia de nuestra propia actividad. No voy a entrar en consideraciones abstractas sobre esta problemática o sobre lo que significa como cuestión de hecho. Muchas veces se legitima algo porque es un hecho y considero que eso es una de las ilusiones y fantasías más grandes en la que puede incurrir un espíritu. No hay nada que sea un hecho. Hay cosas que son cosas en tanto nosotros las constituimos como tales, pero en sí mismas las cosas no tienen ningún significado. De modo que hablar de algo que está instalado me parece legítimo. La determinación de algo es necesaria para poder hablar de ese algo. Quiere decir que hay una determinación jurídica y otra que se cristaliza en forma de conocimiento, que es absolutamente respetable. Pero ese no es el plano en el cual voy a hablar. Entonces, la “problematicidad” originaria de todo esto es un cierto estado de cosas —para nosotros—, que tienen que ver con el modo en que hoy por hoy ejercemos la profesión a la que todos hemos accedido por el impulso de una vocación y un ideal. Hoy, insisto, de alguna forma se ve perturbado por un estado de cosas que, globalmente, puede llamarse la *judicialización de la Medicina*. Creo que ese aspecto tiene aristas positivas y valiosas en relación con la actitud de responsabilidad de todos nosotros. Incluso, podría admitirse que supone una mejor transparencia de nuestras actividades. No tengo ningún inconveniente en reconocer que eso es así. También estoy profundamente convencido de que ese aspecto, que de hecho se ha instalado, contraría de una manera radical la esencia de lo que es nuestra profesión. De eso no tengo la menor duda. De modo que pensar que los elementos jurídicos que hacen a nuestra profesión están en consonancia con la esencia de la misma, me parece un profundo error; es todo lo contrario. El hecho de que sea sí ha generado —ustedes lo saben mucho mejor que yo— un montón de situaciones. Tenemos la llamada Medicina Defensiva, la actitud del médico que antes de decir lo que debe hacer al paciente piensa qué le tiene que hacer a ese eventual enemigo. Conceptualmente, pienso que hay un asunto grave, que nos debe hacer pensar en eso y no, puramente, en un modo empírico en lo que hay ni en lo que hay que hacer para que eso no nos salpique, dejando de lado el análisis del originario, de lo que lleva a eso y la bondad o maldad que incluye en sí mismo. Hablo desde un lugar que es el de miembro de una comunidad; la comunidad médica, científica,

epistémica, esto es, desde un cierto lugar del saber médico del que todos formamos parte y del que todos provenimos. Nosotros nos formamos y estamos en el interior del mundo del saber científico – médico. Ese saber está, diría, desdibujado o confundido por una nivelación de los saberes que tiene la pretensión de presentarse como el paradigma de la tolerancia y la diversidad. Aceptar la diversidad es un signo de ser caballero, un hombre honesto, una persona de bien, un antinarciso, como si la diversidad, en sí, constituyera un valor inmaculado. Lo que nosotros somos y representamos se coteja al mismo nivel que cualquier otra cosa. Después de todo, es una cuestión de gustos y sobre estos no puede haber discusión posible. Entonces, si un ciudadano cree una cosa y otro piensa distinto, está muy bien. No dudo de que eso es así en cierto sentido. La persona puede hacer de su existencia y de su vida lo que quiera; puede acudir a nuestra comunidad o ir a otro lado —de hecho se ve con mucha frecuencia— y someterse a lo que le parezca oportuno. No es ese el punto clave de lo que quiero transmitir y compartir con ustedes. En el interior de eso se me aparece una “problematicidad” mucho más puntual que, de alguna forma, está subsumida en el título de esta conversación: ¿qué debe ser la *eupraxis* médica para que no sea *malapraxis*? Ustedes podrán decir que se trata de un neologismo, de un término que no aparece en ninguna parte. ¿Por qué me viene a la mente la palabra *eupraxis*? Surge a partir de otro término que es el de *malapraxis*. Todo concepto o toda existencia supone una identidad y una diferencia; no hay ningún concepto ni ninguna existencia que tenga la univocidad de la identidad, que sea ella, en sí y para sí, lo que es. No existe eso. Si hay hombres es porque hay mujeres, si hay blanco es porque hay negro, si hay blando es porque hay duro. De modo que ningún concepto es, en sí, autosuficiente, sino que debe ser cotejado con una alteridad que no es él mismo, que se le contrapone y a la que, al mismo tiempo, incluye en sí mismo para que el concepto, la idea, tenga la diferencia interna necesaria. En la literatura, en las consideraciones que se hacen a propósito de la *malapraxis* no está incluida, de un modo explícito y con un contenido concretamente determinado, qué es la *eupraxis*. Me adelanto a decir —y me consta perfectamente bien— que la *eupraxis* médica, en el ámbito clínico, se admira, se identifica con la *lex artis*. No hay ningún inconveniente en reconocer —y así debemos hacerlo— que esta *lex artis* se confunde, en el plano jurídico, con la *lex artis ad hoc*. Si es así y si a esto le agregamos un aspecto al que no podemos, en principio, oponernos, que es como integrantes de la comunidad científica – médica o epistémica – médica, y en tanto profesionales en un estado de esa actividad, somos sujeto de derecho en relación con esa actividad. Es admisible que seamos juzgados por la sociedad por la forma en que realizamos esa práctica. No podríamos sentir una contrariedad frente a eso. Esa condición de sujeto de derecho, impensable hasta no hace demasiados años, hoy por hoy integra de una manera notoria las circunstancias en que nosotros ejercemos la profesión. ¿Quién se iba a preocupar hace cincuenta años por el Derecho en relación con la profesión? No estoy diciendo con esto que eso fuera bueno; de ninguna manera.

A nosotros, en tanto comunidad científica – médica y en tanto culpables de haber ido a la Facultad de Medicina, se nos juzga y valora en relación con lo que hacemos, lo cual me despierta la primera inquietud o perplejidad. Si es así, hay algo en el universo que es la *eupraxis* médica, algo que quien se ocupa de sus semejantes tiene que hacer. ¿Qué dice el ámbito jurídico, qué encuentra uno en todos los artículos que se refieren a este tema? Supongamos que un ingenuo integrante de esa comunidad epistémica pregunta qué debe hacer para ser un buen médico. La respuesta que le van a dar —no de carácter moral o ético— es que tiene que aplicar la ciencia, que debe realizar una *praxis* que se ajuste al conocimiento científico. Ejercer la Medicina de un modo *euprático* supone realizar medicina científica, en el plano jurídico y en el plano de la sociedad. A tal punto es así, que imaginen ustedes un escenario en el que llegara un paciente y dijera *Vengo porque me duele el pecho y el dolor se me corre al brazo derecho y el*

médico le respondiera *Lo que pasa es que usted tiene un problema en el aura o en el karma*. Sin dudas, la persona quedaría absolutamente perpleja y diría *¿Cómo, doctor, no tiene que hacerme un electrocardiograma a ver si tengo un infarto?* Quiere decir que en el imaginario colectivo la idea de que la eupraxis es eso, está unánimemente admitida por todo el mundo. A tal punto es así, que nadie aceptaría esa posición. Paradójicamente, si uno pregunta *¿Qué está haciendo mal ese médico? ¿Está incurriendo en malapraxis?* La respuesta no es: *sí*, sino *está haciendo el ejercicio ilegal de las medicinas alternativas*. Esto no es un cuento sino que está señalado por algunos respetadísimos expertos en Medicina Legal. Esto nos llevaría a aspectos colaterales como, por ejemplo, que los centros de asistencia, que de hecho se reconocen como integrantes de la comunidad científica – médica, pusieran un cartel que dijera *Acá se realiza esta Medicina. Usted entra acá* —como en la Divina Comedia— *donde le van a hacer Medicina científica*. Hay una identificación de la eupraxis y de la *lex artis* con una determinada forma de ejercicio de la Medicina y no con cualquiera. Saliendo de ese escenario fantasmático que presenté, un médico que actuara así sería inmediatamente denunciado por malapraxis. A continuación de admitir esta premisa, nos encontramos con que la *lex artis* a la que se refieren, es la Medicina científica. Si a nosotros, integrantes de la comunidad científica, como sujetos de Derecho, el parámetro para juzgarnos es la Medicina científica, al modo de Aristóteles en el más elemental de los silogismos deduzco que todo lo que no es eso no es Medicina. El Estado ni la sociedad pueden decir que eso es Medicina pero que hay otras medicinas. En todo caso, a eso otro se le puede poner el nombre que se quiera. Si realmente eso es así, nosotros no podemos tener un estatuto diferente a cualquier otro tutor de la Medicina. Por ejemplo, se reprocha al médico que debió hacer el diagnóstico a las 10 y 21 horas cuando lo hizo a las 10 y 22 horas. Sin embargo, cuando ese paciente va a otra medicina, nadie pretende que se le haga un diagnóstico. Por el contrario —paradoja realmente irritante—, si se le hace un diagnóstico, se cae en el ejercicio ilegal de la Medicina. Quiere decir que en esas medicinas lo que está prohibido es hacer la *lex artis* de la Medicina cuya infracción nos lleva a la malapraxis y a la cárcel. Como paradoja absoluta, quien ejerciendo otras medicinas hiciera diagnósticos de enfermedades, indicara medicamentos y generara un daño es censurado en el sentido de que ha ido más allá de lo que legítimamente debía haber hecho. Para mí hay una contradicción insostenible para el pensamiento. No se puede dejar pasar por alto alegremente esta contradicción infinita porque tiene infinitas connotaciones prácticas sumamente graves. O bien hay algo —y el Estado así lo reconoce— que es la forma correcta de ejercer la Medicina y ninguna otra forma puede ser reconocida como tal, o los médicos que formamos parte de la comunidad epistémica debemos “exigir” integrar esa enorme bolsa en la que todo cabe y no distinguimos, en absoluto. ¿Cuál es la razón de que los médicos debemos hacer diagnósticos? ¿Por qué al operar siempre debemos tener buenos resultados? ¿Por qué esa exigencia para con nosotros, la que no tiene ningún sentido en relación con otras prácticas?

Entonces, frente a la pregunta de cuál es la eupraxis que no incurre en malapraxis, vuelvo a Aristóteles. La Medicina que no incurre en malapraxis es la eupraxis científica de la Medicina. Lo que no sea ella no puede ser, de ninguna manera, Medicina, y en el caso de que lo sea es, como conclusión del silogismo, malapraxis.

Esto es lo que me inquieta y lo que quería poner arriba de la mesa, no como la solución de algo sino como la presentación de un problema. Mi intención es mostrar la existencia de un problema que hace a la concepción racional de las cosas y que nosotros debemos empezar a considerar en algún momento, a la vez que tenemos que integrar a otros actores que en su plano desarrollan una actividad y una función sobre la cual no tenemos nada que objetar como cosa general o de principios.

Muchas gracias.

13.- OTRAS ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

13.1.- Jornada conmemorativa de los 40 años del primer trasplante renal realizado en Uruguay

Fue organizada por una Comisión integrada por los Académicos Dante Petruccelli, Luis García Guido y Carlos Gómez Fossati, en conjunto con las sociedades científicas involucradas en esta técnica compleja terapéutica.

La Jornada se realizó el 27 de junio de 2009, exactamente 40 años después de ese acontecimiento histórico.

El acto se realizó en el Anfiteatro del piso 19 del Hospital de Clínicas y tuvo las siguientes partes:

1. Introducción por el Presidente de la Academia Ac. Roberto Quadrelli, cuyo texto se reproduce más abajo.
2. Palabras del Ac. Dante Petruccelli
3. Pasado del trasplante renal. Prof. Uruguay Larre Borges
4. Presente del trasplante renal Prof. Francisco González
5. Futuro del trasplante renal Prof. Inés Alvarez.
6. Homenaje a las instituciones y personas que participaron en este primer trasplante con la entrega de plaquetas y medallas alusivas.

Palabras del Presidente Ac. Roberto Quadrelli.

Cuando a iniciativa y empuje de algunos Académicos se planteó la eventualidad de conmemorar el 40 aniversario del Primer Trasplante Renal realizado en el Uruguay el 27 de Junio de 1969, la Academia Nacional de Medicina no dudó en poner a disposición del grupo conformado a tales efectos, lo mucho y poco que en lo estructural y funcional nuestra Institución posee.

Las cosas se fueron logrando y hoy es un día de júbilo para la Academia, porque está participando con todos Ustedes de una actividad científico-cultural que rescata la dignidad y la ética en el ejercicio profesional, uno de los importantes objetivos establecidos en los estatutos de la Academia.-

En su corta historia, la Academia nunca estuvo ajena al tema Trasplantes de Órganos. Repetidas son las actas de sus plenarios donde el tema se discutió. En los hechos sólo mencionaremos 2 que dan pie a esta afirmación :

-el primero fue en 1978, apenas 2 años después de la puesta en funcionamiento de la Academia. En la 1er. reunión conjunta con la Academia de Medicina de Buenos Aires, la Academia Uruguaya propuso como tema científico "Trasplantes de Órganos".- Se escuchó en esa oportunidad al Ac. Titular Raúl Rodríguez Barrios en el tema "Trasplante de Córnea"; al Ac. Titular Argentino Alfredo Lanari y colaboradores en el tema "Trasplante de Riñón"; y finaliza la sesión científica con la exposición del Ac. Titular y luego nuestro 2do. Presidente Fernando Herrera Ramos sobre "Filosofía en los Trasplantes".

-el segundo hecho que afirma el interés de la Academia en este tema, quedó plasmado en el Código de Ética elaborado por la Academia de Medicina y aprobado en 1987 por las autoridades respectivas de los Ministerios de Educación y Cultura y de Salud Pública, donde existen 13 artículos específicamente referidos a "Trasplantes y sustituciones de Órganos y Tejidos".

La bioética nació por pura necesidad, como consecuencia de la revolución científica y técnica operada en las ciencias biológicas y médicas a partir de mediados los años cincuenta.

¿Se debe hacer todo lo que se pueda?

¿Es la técnica siempre y por definición intrínsecamente buena?

¿Puede haber conflictos entre el poder técnico y el deber moral?

Nos recuerda Diego García, catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense de Madrid, que “ estas preguntas parecen elementales, pero no han sido objeto de tratamiento sistemático hasta época muy reciente”.

Hoy, conmemoramos que un grupo de médicos uruguayos junto a personal no médico, hace 40 años, respondieron con los hechos todas estas interrogantes. Fueron auténticos pioneros, como lo define el diccionario, “ personas que prepararon el camino a otras”. Fueron utopistas en el concepto de Tomás Moro: personas que forman utopías o proyectos extraordinarios : definidos como sistemas o planes que parece imposible de realizar. El adjetivo utópico se aplica a aquellas actuaciones que se presumen imposibles, expresa el diccionario de la Real Academia.

William Faulkner sentenció: “La sabiduría suprema es tener sueños bastantes grandes para no perderlos de vista mientras se persiguen”.

No quiero nombrar a nadie, porque seguro olvidaré a alguno. Todos los conocemos y hoy son todos y cada uno de ellos homenajeados, estén presentes o no.

Rescato la respuesta consignada en el libro de reciente aparición, “Recuerdos de los comienzos de la Nefrología en el Uruguay” : ante la pregunta de psiquiatras y psicoanalistas “¿porqué trabajan en esto?”, la respuesta fue : “ nos empujaba la rebeldía frente a la muerte en uremia crónica de los jóvenes, como un hecho ineluctable, frente al cual nada podíamos hacer al comienzo”.

Juan Cristina, virólogo molecular uruguayo, en su obra “El paso del Rubicón-Bioética para el siglo XXI”, consigna que la concepción sobre el sentido de la vida humana tiene una poderosa influencia en lo que hacemos, y que hay preguntas cuya respuesta tienen una gran influencia en la valoración de las situaciones éticas que se nos plantean.

Hoy, la Academia de Medicina reconoce y valora la dignidad y la ética en el ejercicio profesional de aquéllos que así actuaron en el aniversario que nos congrega.

El trasplante renal abrió el dique de toda la Trasplanteología y constituye un ejemplo paradigmático en cuanto cabe considerarlo un micromodelo que permite conocer las ventajas, los inconvenientes y las dificultades de toda la revolución técnico-bioética, sólo comparable con los problemas bioéticos que se plantean con los diagnósticos de patología genética y de reproducción asistida.-

Diego García nos recuerda que “todo el debate ético de los años cincuenta gira en torno al trasplante renal” y nos hace notar algunas coincidencias muy significativas : la primera es su nacimiento casi simultáneo y la segunda es su evolución casi paralela, de modo que la serie de problemas que han ido planteando la donación y el trasplante de órganos coincide bastante bien con la propia evolución de los problemas que ha ido afrontando e intentando resolver la bioética”.

Los trasplantes de órganos han supuesto una auténtica revolución en el mundo de la medicina, y se han convertido en un procedimiento imprescindible para el correcto manejo de muchas patologías. Sergio Cechetto del Consejo Nacional de Investigación Científica y Técnica de Argentina, establece que en la actualidad cada 27 minutos alguien en el mundo recibe un órgano trasplantado, y cada 2 horas y 24 minutos un ser humano muere por no obtener el órgano que imperiosamente necesita.-

Nos reconforta la presencia de familiares y amigos de los homenajeados, cuya contribución al realce de este acontecimiento no nos pasa desapercibida. Sabemos de las horas sustraídas a los seres queridos en la realización de una tarea científica y asistencial, y bueno es que ellos participen también de las horas de gloria.-

Para terminar, queremos relatar un hecho que nos hace sentir más partícipes en esta rememoración y al mismo tiempo, ofrendar nuestro recuerdo a uno de los grandes : el que les habla, realizó los cursos de semiología correspondientes a 3er. año de Facultad de aquél entonces con el Profesor Doctor Héctor Franchi

Padé en el Hospital Maciel, por lo que contactamos tempranamente en la carrera con las “enfermedades médicas de los riñones”. Recordamos con nostalgia sus clases en el anfiteatro Soca sobre la “Multi-instantánea funcional renal”, procedimiento de valoración de la función renal propuesto por Franchi. No sólo mencionamos a Franchi por este hecho pasado, sino también habilitados por la afirmación estampada en el libro ya mencionado sobre los comienzos de la Nefrología, de que debe considerarse al mismo como el padre de la Nefrología Uruguaya.

La Academia Nacional de Medicina del Uruguay agradece a todos vuestra presencia.

Muchas Gracias

Palabras del Ac. Dante Petrucelli.

Agradezco a la Academia Nacional de Medicina, y en particular a su Presidente, el Ac. Roberto Quadrelli, por haber aceptado, el año pasado, la idea que la Academia propiciara una reunión con estos propósitos, invitando a coparticipar en el Comité Organizador, al Instituto Nacional de Donación y Trasplantes, a las Sociedades Científicas (Sociedad Uruguaya de Nefrología, Sociedad Uruguaya de Trasplantes, Sociedad Uruguaya de Urología y Sociedad de Cirugía), a la Asociación de Trasplantados del Uruguay (ATUR) y a la Fundación Renal.

Agradezco a estas Instituciones que acabo de citar y al Hospital de Clínicas, a su Comisión Directiva y a su Directora, Dra. Graciela Ubach, por aceptar ser la sede del mismo.

Al Comité Organizador, que trabajó tenazmente durante meses y a los auspiciantes y patrocinadores, así como a la Sra. Irma López de Puppi, por su labor en secretaría junto con Fanny Torres.

Esta reunión será algo más que un acto conmemorativo; informará a la población sobre el pasado, el presente y el futuro de los trasplantes renales en particular y de los trasplantes en general.

Pero habrá una conmemoración, surgida ahora desde las citadas agrupaciones. Como antecedentes, cabe destacar las palabras, en el Parlamento, del Sr. Doreen Ibarra, que hoy nos acompaña, en acuerdo con ATUR, al cumplirse 30 años (año 1999) y el excelente artículo de la periodista Cristina Canuora en el Semanario Búsqueda en el año 2004, al cumplirse 50 años del primer trasplante renal exitoso en Boston (EEUU) en 1954, y 35 años del primer intento en nuestro país. Ese año (2004), presentamos un breve trabajo de revisión con Larre Borges en el Departamento de Historia de la Medicina, publicado en Archivos de Medicina Interna en el año 2008.

Creo que no es necesario justificar esta conmemoración. Es una instancia que la sociedad se debe, para afirmar sus valores positivos, en un mundo en el que muchos creemos que vivimos una situación de confusión moral, individualismo extremo y falta de solidaridad.

Esta afirmación de los antiguos valores idealistas, pretende sustentar y dinamizar el excelente trabajo que los actuales cuerpos profesionales, realizan hoy en este campo, en una organización encomiable en todos sus aspectos.

El Prof. Uruguay Larre Borges se referirá al pasado y a las etapas recorridas desde la década del 50 a la del 80. Si contamos hasta hoy, nos encontramos con que hemos recorrido poco más de 50 años. Nadie mejor que él, que fue el gran impulsor de los primeros 2 trasplantes renales y una pieza fundamental en los siguientes, para esta revisión.

Hasta el primer trasplante renal, realizado en 1969, éramos un grupo de amigos y conocidos que trabajábamos con un fin común: el trasplante renal clínico.

A partir de 1969, luego del primer TR con donante cadavérico, se consolidó un equipo. El Prof. Frank Hughes, me distinguió proponiéndome como Coordinador General de ese equipo multi-interdisciplinario, cargo honorario, sin base

administrativa, pero que funcionó muy bien, gracias a la excelente disposición de los colegas, de enfermería y de los demás integrantes del equipo.

El ejercicio de ese cargo durante 15 años (1969-1984) fue, para mí, una experiencia excepcionalmente enriquecedora en lo científico y en lo humano. Rescato la buena disposición del grupo y de las autoridades del Hospital de Clínicas, constituidas entonces, en la Dirección, por los Dres. Hugo Villar, Aron Nowinski y Julio Ripa. Más tarde (después del 75) con el Hospital de Clínicas intervenido por la dictadura cívico-militar, recibimos el apoyo desinteresado del Hospital Italiano, de sus Autoridades y de la Unidad de Terapia Intensiva, con los Dres. Hernán Artucio y Humberto Correa a la cabeza. Allí pudimos seguir trabajando. Agradezco a mis colaboradores Teresita Llopart, Ernesto Corio y Raúl Lombardi.

En el año 1982, por razones personales, se retiró quién, como ya dije, había sido un líder indiscutido e iniciador de los trasplantes renales, el Prof. Uruguay Larre Borges y en el año 1984 me retiré yo, aunque me mantuve vinculado hasta 1987 (IV Congreso Latinoamericano de Trasplantes- Buenos Aires- Argentina).

En ese año 84, se concretó un pase de mando (que en los hechos venía ocurriendo desde el retiro de Larre Borges) y la coordinación general quedó en manos de la Prof. Laura Rodríguez Juanicó, quien ejerció el cargo de modo destacado, hasta su fallecimiento en 1996 (con la colaboración de las Dres. Francisco González, Sergio Orihuela y Lilián Curi).

Su amplia y profunda capacitación en el tema, lograda acá y en Francia, y su dedicación al trabajo, dieron al grupo un empuje extraordinario, acorde con la personalidad creativa y ejecutiva de la Dra. Rodríguez, cuyo recuerdo me acompaña hoy.

En este breve preámbulo no me corresponde entrar en más detalles. Quiero terminar con algunas puntualizaciones que creo pertinentes y me preocupan:

- es destacable la organización y el marco ético que, por el trabajo de muchas personas de distintas disciplinas, a lo largo de varias generaciones, se ha alcanzado en nuestro país. Por ello mismo, *los médicos deben ser muy celosos en la defensa de la dignidad del paciente, que no puede ser objeto de sometimiento a ningún tipo de intereses ni a exhibicionismo.*
- El tema de los trasplantes merece, en nuestro medio, una reflexión (asumo mi cuota parte, en la culpa de su falta) sobre el significado y la trascendencia del tema con un enfoque antropológico; debemos ampliar el ángulo de visión, saliendo de lo científico y clínico-terapéutico, para entrar en lo psico-sociológico, tal como lo hizo el Dr. Eduardo Tanús en Buenos Aires (Sociología y Trasplantes de Órganos) (1995) y Henri Kreis en Paris ("La transplantation rénale- chimère ou réalité?") (1985).

Hago votos porque el alto nivel científico y técnico, así como el riguroso marco ético, que es saliente en esta actividad en Uruguay, se mantenga inalterado en las nuevas generaciones, en el marco que han establecido el Instituto Nacional de Donación y Trasplantes y el Fondo Nacional de Recursos, estructuras que, asociadas a la docente (Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas – Facultad de Medicina- Universidad de la República), dan una firme estructura a esta compleja área de la medicina moderna.

13.2.- Reunión Conjunta de las Academias de Medicina Del Plata

Fue coordinada por una comisión integrada por los Acs. Roberto Quadrelli, Mario Médici y Celso Silva.

Se realizó el 23 y 24 de abril de 2009 en Montevideo respectivamente en el Instituto Pasteur y en el Hospital de Clínicas.

El tema central fue Neurociencias.

El coordinador uruguayo fue el Ac. Enrique Probst y el argentino el Ac. Miguel Largaia

El programa fue el siguiente:

Jueves 23 de abril de 2009

16 hs. Salón de actos del Instituto Pasteur

- Discurso del presidente de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, Ac. Roberto Quadrelli.
- Discurso del presidente de la Academia Nacional De Medicina De Buenos Aires Ac. Roberto Arana.
- Entrega del titulo de Ac. Honorario Extranjero al Ac. Eduardo Castilla.
- Ac. Hon. Antonieta Rebollo "Neurodesarrollo de 0 a 2 años."
- Dr. Pablo Argibay "Redes neuronales y modelos del cerebro."
- Ac. Enrique Probst y Prof. Graciela Lago: "Demencias con cuerpos De Lewy. Aspectos clinicos, terapeuticos e imagenologia."
- Ac. Ramon Leiguarda: El manantial de Mnemosime (Memoria) y la fuente de Lete (Olvido) .
- Ac. Alberto Agrest: Conferencia homenaje al Ac. Argentino Carlos A. Bertolasi.
- Visita al Instituto Pasteur.
- Cena de Camaradería.

Viernes 24 De Abril

9 hs. Anfiteatro del Instituto de Neurologia del Hospital de Clínicas.

- Ac. Mario Medici y Dr. Luis Barbeito "Fisiologia y Patologia de la neurona motora."
- Prof. Dr. Martin Nogues "Red neuronal cardiorespiratoria y disfunción autonómica."
- Ateneo Clinico: "Presentación de video sobre trastornos del movimiento."
- Discusión.
- Visita al Instituto De Neurología.
- Cierre de la Reunión.
- Plenario de ambas Academias.
- Brindis de Clausura.

Palabras del Presidente Ac. Roberto Quadrelli en el acto de abertura.

Señor Presidente de la
Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires
Académico Roberto Arana
Académicas y Académicos de Argentina y Uruguay
Señoras y Señores

La Academia Nacional de Medicina del Uruguay tiene el privilegio y el placer de recibir a los estimados y prestigiosos colegas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Hace 32 años, un 8 de Marzo de 1977, el Académico Eduardo Palma, nuestro primer presidente, expresaba: "Es asimismo nuestra intención, que el vínculo que ha de unir a estas dos Academias hermanas sea lo más estrecho posible, y quedo a su disposición para programar una reunión conjunta apenas se lo considere oportuno".

Así nacieron nuestros encuentros.

La primera se efectuó en Buenos Aires los días 10 y 11 de abril de 1978. Hoy, a 31 años de aquella y también en un mes de abril, celebramos la reunión número 30. No se realizaron reuniones en los años 1982 y 2008.

Indagando información en los Boletines de ambas Academias acerca de qué se había expresado en tantas Reuniones Conjuntas por parte de los respectivos presidentes, pudimos extraer como común denominador un sentido de amistad muy profundo y genuino. Como lo expresara el Académico Vicente Gutierrez en la 28 reunión "...nos une la sangre, la historia, la geografía, el idioma, la música, las costumbres, la educación, también los padecimientos y, por supuesto, la medicina". Y agregamos: Montevideo fue vital en la reconquista de Buenos Aires cuando las invasiones inglesas, un día fuimos las Provincias Unidas del Río de la Plata y fue desde Buenos Aires que el protomédico Miguel Gorman en 1782 propone la creación de una Academia de Medicina en Montevideo-la ciudad contaba sólo con 5000 habitantes-para " estímulo de los peritos, instrucción de los Curanderos y expulsión de los inútiles". A pesar de un discurso programático y conceptuoso de Gorman en el acto de su inauguración, fugaz fue su duración como bien lo relata el Académico argentino Eliseo Cantón en su trabajo de "Historia de la Medicina en el Río de la Plata".-

El Dr. Ricardo Alfonsín, de reciente desaparición física, expresó alguna vez : "Yo digo siempre que nosotros debemos considerarnos hermanos de todos los pueblos latinoamericanos, pero con los uruguayos somos mellizos".

Más allá entonces de cualquier protocolo o solemnidad y aún del propio contenido científico de esta reunión, deseamos que este encuentro se celebre bajo el signo de la amistad, configurando un auténtico ágape en el sentido de los griegos. No importa como están las relaciones diplomáticas de nuestros gobiernos, eso es "harina de otro costal". Entonces nada mejor que reunirnos en la alegría y la confianza que confiere el sentirse entre amigos.

En estos breves dos días desarrollaremos temas correspondientes al capítulo de las Neurociencias, disciplina que está asumiendo un papel cada vez más central tanto en la biología como en la psicología. La participación de distinguidísimos colegas argentinos y uruguayos aseguran desde ya, el éxito de estas jornadas.

Queridas amigas y amigos argentinos:

Tomo prestadas las palabras pronunciadas por mi amigo Académico y ex - presidente Milton Mazza : "Deseamos que puedan disfrutar durante algunas horas de momentos de distensión como los que procura el alejamiento transitorio de las rutinas y obligaciones cotidianas, y que después vuelvan a sus hogares con el sentimiento de tener el alma mas liviana como consecuencia de haber compartido trabajo y placer, con quienes los aprecian con sincera fraternidad".

La Academia Uruguaya agradece al Instituto Pasteur de Montevideo en las personas de su Director Ejecutivo el Dr. Guillermo Dighiero y su Director Científico el Dr. Luis Barbeito, la oportunidad de poder utilizar sus instalaciones y que, en su momento y con orgullo, haremos conocer a los colegas de la Academia Argentina.

Declaro abierta la trigésima reunión de las Academias de Medicina del Plata.

Gracias a todos.

14.- PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2009 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN ABRIL DE 2008)

15.1.- Diversas acciones sobre los premios que otorga la Academia realizadas los años 2008 y 2009.

15.1.1.- Aumento de la dotación económica de los premios.

Se aumentó a 60.000 pesos uruguayos el monto del Gran Premio Nacional de Medicina. Por trámite iniciado en la presidencia del Ac. Silva y secretaria del Ac. Quadrelli, éste se financia con el apoyo de la Asociación de Laboratorios Nacionales que en primera instancia colaboró con 40.000 pesos uruguayos. En 2008 el Presidente gestionó que esa colaboración se elevara a 50.000 pesos uruguayos estando a cargo de la Academia los restantes 10.000 pesos.

15.1.2.- Se volvió a llamar a aspirantes a otros Premios.

- En el llamado a Premios año 2008 volvió a llamar el “Premio de neumología Mello Aguerre”, que estaba transitoriamente suspendido. Su monto, de 40.000 pesos uruguayos se financia con los intereses generados por los referidos Bonos del Tesoro del fondo “ULAST” o “Mello Aguerre”.
- En el llamado a Premios año 2009 que vence en Abril de 2010, se volvió a incluir el Premio Internacional de Neumología cuya retribución es de dólares 2.500 que también se obtienen de los intereses de los Bonos del Tesoro del fondo “ULAST” o “Mello Aguerre”.

Como consecuencia de estas acciones el año 2008 18 trabajos aspiraron a los distintos premios llamados por la Academia, y 16 en el año 2009, lo que obligó a una importante tarea de los respectivos tribunales.

15.2.- Gran Premio Nacional de Medicina Año 2008

El Plenario en su sesión del 10/9/09 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Roberto Quadrelli (presidente) J. Polto, J. C. Bagattini, F. Crestanello y G. Ruocco otorgando:

1. un primer Gran Premio al trabajo: “Desarrollo del tratamiento endovascular para las enfermedades de la aorta torácica en el Uruguay” de los Dres. Carmelo Gastambide y colaboradores.
2. un segundo Gran Premio al trabajo: “Modelo asistencial al paciente en etapa terminal de su enfermedad. Resultado de un sistema integral” de la Dra. Gabriela Piriz y colaboradores.
3. y una mención Honorífica al trabajo: “Banco de tejido ovárico para pacientes oncológicas en el Uruguay” de los Dres. Francisco. Coppola y colaboradores.

15.3.- Premio Ministerio de Salud Publica Año 2008. Tema: Gestión y evaluación de la atención primaria de salud en el Uruguay.

El Plenario en su sesión del 10/9/09 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Roberto Quadrelli (presidente), H. Cohen y M. T. Rotondo otorgando este premio al trabajo:

“Evaluación de la calidad de los registros médicos y su incidencia en el proceso asistencial en el primer nivel de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud” de los Dres. Homero Bagnulo y colaboradores.

15.4.- Premio Diario El País. Año 2008

El Plenario en su sesión del 10/9/09 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Roberto Quadrelli (presidente), F. Crestanello y J. L. Peña quienes resolvieron declarar desierto el mencionado Premio.

15.5.- Premio Nacional de Neumología “Dr. Miguel Mello Aguerre”. Año 2008.

El Plenario en su sesión del 10/9/09 aprobó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. Roberto Quadrelli (presidente) E. Fogel y R. López Soto, quienes resolvieron declarar desierto el mencionado premio.

15.6.- Acto de entrega de los Premios llamados en el año 2008.

El día 22 de octubre de 2010 se realizó en el Salón de actos del Ministerio de Salud Pública la entrega de premios correspondientes al año 2008. 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 de la Ministra de Educación y Cultura Dr. Omar Macadar y el Presidente de la Asociación de Laboratorios Nacionales Sr. Ruben Donnangelo.

15.7.- Llamado a premios correspondientes a 2009.

- Gran Premio Nacional de Medicina, año 2009. 33 edición. Dotación \$ 60.000. Patrocinado por la Asociación de Laboratorios Nacionales.
- Premio “El País” año 2009 . Se retribuye con la publicación del trabajo
- Premio Ministerio de Salud Pública, año 2009. Tema:Violencia en la niñez y la adolescencia. Dotación: \$ 30.000
- Premio Internacional Latinoamericano de Neumología Dr.Fernando Gómez- Dotación U\$S 2.500
- Premio Dra. Laura Rodríguez Juanicó. Tema: trasplante renal. Dotación \$ 40.000. Patrocinado por la Fundación Laura Rodríguez Juanicó.

15.- DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS

16.1.- Ac. Raúl C. Praderi. Maestro de la Medicina. Maestro de la Cirugía.

El 7 de Noviembre de 2009, en una ceremonia realizada en el Salón de Actos la Facultad de Medicina el Ac. Raúl Praderi recibió el título de Maestro de la Medicina. Fue presentado por el Ac. Carlos Gómez Fossati.

A fines del mismo mes, en una ceremonia realizada durante el 60º Congreso de Cirugía, el Ac. Praderi recibió el título de Maestro de la Cirugía.

16.- COLEGIACIÓN MÉDICA

La Comisión de Colegiación Médica siguió actuando hasta enero del 2.010, con la participación directa del Presidente en dos reuniones con la Sra. Ministra de Salud Pública y las otras entidades: Femi, Sindicato Médico, Sociedad Anestésico-quirúrgica. Se nombró como delegado permanente de la Academia ante esta Comisión que se encargará de instrumentar la nueva ley, al Ac. Emérito Milton Mazza.-

17.- COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Entre enero y marzo de 2009 se avanzó en la consolidación de este Comité. En este tema se dispuso del apoyo específico del Ministerio de Salud Pública. La Ac. Rotondo y el Presidente confeccionan un protocolo de funcionamiento del mismo y en una sesión del Plenario de la Academia se nombraron sus integrantes. Se adquirió un armario metálico para uso exclusivo del Comité dado el tipo de documentación a manejar.

18.- COMITÉ DE DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO

Integrado por los Ac. José Luis Peña y José Blasiak como titulares y Hernán Artucio y Juan Bonifazio como alternos, participó regularmente en las reuniones del GTIP (Grupo de Trabajo Inter-Institucional Permanente). En el período se elaboró la Ley para la creación de Un Sistema Nacional de Desarrollo Profesional Médico Continuo que se elevó a las autoridades correspondientes.

19.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LOS ACADÉMICOS

Ac. Dante Petruccelli

Libro: RECUERDOS DE LOS COMIENZOS DE LA NEFROLOGÍA EN URUGUAY
Montevideo. Tradinco S.A. 2009. 490 páginas.

Coautores: Dres. Teresita Llopart, Ernesto Corio y Ac. Antonio Turnes.

Como apropiadamente se señala en su contratapa, el libro pretende “rescatar del olvido hechos y figuras desconocidas por las nuevas generaciones y olvidadas por muchos; figuras que fueron de gran importancia para establecer las bases de lo que es hoy nuestra Nefrología; algunos fueron nuestros Maestros y otros nuestros amigos y compañeros de viaje, en épocas difíciles y complejas; algunos de ellos fallecieron en el lapso que consideramos y recibirán nuestro homenaje en breves semblanzas; otros están retirados y también serán homenajeados; algunos han fallecido recientemente; todos han dejado un gran legado que merece nuestro reconocimiento”.

El libro ubica la Nefrología uruguaya en el contexto médico nacional y en el internacional de la especialidad, trasmite vivencias, relata cosas muy importantes por boca de sus protagonistas, y documenta el nacimiento y los primeros años de desarrollo de la especialidad para que “los jóvenes nefrólogos de hoy conozcan que lo que hoy parece fácil y natural, llevó un largo proceso de aprendizaje, organización, estructuración y puesta en marcha.”

El libro, de edición moderna, vistosa, con una importante iconografía, agradable, que invita a la lectura, y de formato compacto que la facilita, tiene tres partes:

La primera, titulada como el libro “Recuerdos de los comienzos de la Nefrología en el Uruguay”, tiene diez y seis capítulos que en forma cronológicamente ordenada

alternan semblanzas de protagonistas-emprendedores muy destacados de esta historia con la descripción de los períodos que la componen.

La segunda, denominada "Testimonios", reúne diez interesantes, valiosos y emotivos relatos de los recuerdos, percepciones y valoraciones personales sobre ese período de otros protagonistas de esta historia: de médicos no nefrólogos, de profesionales de la salud no médicos y, lo que es más interesante, de pacientes.

La tercera en tres capítulos se ocupa de las "Referencias históricas al aparato urinario."

El libro fue presentado en un acto realizado en el Hotel Sheraton el **xx xxxx** de 2009. Más allá de sus brillos formales, de lo impecable de su desarrollo, de lo emotivo de la parte oratoria, por encima de todo tuvo una inigualada y destacable particularidad: a él espontáneamente concurrieron todas las personas que de una u otra manera habían estado o estaban vinculadas a esta ya larga historia y que aún sobrevivían. Y así no sólo mostraron el poder de convocatoria implícito que la actividad realizada posee sino que, sin proponérselo, pusieron claramente en evidencia que forman una multitud que no sólo supo lograr que esta especialidad médica alcanzara su complejo desarrollo actual, sino que al mismo tiempo y con igual sabiduría creó un enorme y envidiable tesoro de auténticos valores humanos y de desinteresada solidaridad.

20.- REUNIONES CON OTRAS ACADEMIAS (ALANAM, MERCOSUR)

Reunión de Extraordinaria Academias del Cono Sur en ciudad de Asunción, Paraguay organizada por La Academia de Medicina del Paraguay.

Concurrieron Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay.

Asistió como delegado el Ac. José L. Peña que expuso sobre relación entre la docencia de pregrado, postgrado y educación médica continua.

Se consideró el tema Enseñanza de la Medicina para Pregrado refundizándose en el Tema: Instituciones Públicas y Privadas. Se consideraron aspectos relacionados con costos, nivel de enseñanza y cuerpo docente,

El número de instituciones privadas entre países similares en población va de 1 en Uruguay a 14 en Paraguay.

21.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LA ACADEMIA

22.1. - Personería Jurídica.

Culminaron las prolongadas gestiones relatadas en los boletines previos y la Academia Nacional de Medicina quedó definida como "sujeto de derecho con personería propia" (Dr. Delpiazzo).

No es una Unidad Ejecutora del Ministerio de Educación y Cultura; sólo tiene con él una relación administrativa no una relación de subordinación administrativa y de subordinación jerárquica". La Academia es "un Instituto Nacional que goza de la mayor autonomía para llenar cumplidamente sus fines" (Dr. Justino Jiménez de Aréchaga), por ejemplo, la de poder ser receptora de bienes ajenos o de donaciones.

22.2.- Presupuesto propio y permanente.

Por ley presupuestal se obtuvo una asignación económica permanente de \$ 410.000 anuales, la que constituye un recurso base para la Academia.

Y por gestión independiente ante el Ministerio de Educación y Cultura se obtuvo un refuerzo de \$ 120.000 anuales que se sumó a los \$ 250.000 otorgados para el año 2008.

22.3.- Fondo ULAST o Mello Aguerre.

La Academia Nacional de Medicina del Uruguay, posee en el Banco de la República una Caja de Ahorros donde exclusivamente para depósito de los intereses generados por el fondo "ULAST" (también llamado "Mello Aguerre"), constituido por Bonos del Tesoro.

Entre febrero y octubre de 2009 a través de la firma "Rospide Sociedad de Bolsa". con U\$S 20.000 de ese fondo se compraron nuevos Bonos del Tesoro con lo que se obtuvo una ganancia de unos U\$S 4.000.

A fines de 2009 y en cifras redondas, el total del fondo "Mello Aguerre" asciende a dólares U\$S 140.000 :

U\$S 107.637 en efectivo por cese e intereses de bonos

U\$S 22.000 en bonos y

U\$S 10.363 en Caja de Ahorros del Banco de la República.

22.4.- Regularización del marco administrativo.

Se contrató un Contador, se regularizó la situación de la Academia ante el Banco de Previsión Social y la Dirección General Impositiva como entidad "patronal sin fines de lucro" y se regularizó la situación legal y laboral de su personal administrativo.

22.5.- Informatización.

Se creó una página web de la Academia que facilita el acceso a la información y las comunicaciones dentro y fuera de la Academia.

Se están informatizando las actas anteriores al año 2010, con lo que la Academia facilitará el acceso a una invaluable documentación generada por ilustres Académicos, pero que se encontraba en "archivos muertos".

22.6.- Planta física y equipamientos.

Se obtuvo de la Comisión Honoraria el uso del local de su ex biblioteca como sala de Plenarios.

Con recursos propios y aportes de otras fuentes:

- Se adecuó su mobiliario, en especial su mesa de sesiones.
- Se instaló un cañón proyector multimedia, una pantalla retráctil y un sistema de audio en la sala de plenarios.
- Se adecuó y pintó la antigua ala de plenarios sobre 18 de julio.
- Y en secretaría se instaló una nueva fotocopiadora, dos nuevas computadoras y un router.

22.7.- Acuerdo con la Fundación de Apoyo a la Academia Nacional de Medicina (FAANM).

En una reunión entre el Presidente (Ac. Quadrelli), el Vicepresidente (Ac. Peña) y el Presidente de la Fundación de Apoyo a la Academia (Sr. Tomasi), realizada en el mes de diciembre se logró un acuerdo para obtener U\$D 30.000 para realizar dos Jornadas de la Academia en el correr del año 2010, una sobre Investigación Clínica y otra sobre Violencia en la Salud.-

22.8.- Grupo de trabajo inter-institucional sobre Violencia contra los médicos.

En enero de 2009 la Academia (Presidente y Vicepresidente) se integró al grupo de trabajo convocado por el Sindicato Médico del Uruguay sobre la violencia contra médicos y/o personal de la salud. Con independencia de medidas y/o declaraciones a realizar, desde entonces la Academia planteó la necesidad de un estudio antropológico. Como delegados permanentes ante este grupo, el Presidente designó a los Acs. Peña y Blasiak.-

Se contactó con el grupo de Antropología de Facultad de Humanidades que realiza trabajo puntual en la ciudad de Salto sobre el caso Dr. Gaudin. Realizó una exposición de sus conclusiones en el Plenario y presentó un trabajo de Investigación sobre este tema de nivel Nacional ante la ANII con apoyo de la Universidad Católica.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA