



MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ISSN – 0255 – 4038

BOLETÍN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL URUGUAY

Comisión de Publicaciones

Ac. Francisco Crestanello (Director de Publicaciones)
Ac. Juan Carlos Bagattini
Ac. Carlos Romero



Volumen XXIX
2012
MONTEVIDEO
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

ACADAEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Academia Nacional de Medicina del Uruguay
Sede: Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes
(CHLAEP)

18 de Julio 2175 – 5° piso. Montevideo C.P. 11200
Tel.: (598) 2408 4103 – Telefax: (598) 2401 6058
e-mail: academiamed@adinet.com.uy

Secretaria Administrativa: Sra. Irma López de Puppi

AGRADECIMIENTOS

La Academia Nacional de Medicina agradece la eficaz 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.

ACADIAEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SUMARIO

- 1.- AUTORIDADES DE LA ACADEMIA EN EL BIENIO 2012-2013
- 2.- ACADÉMICOS TITULARES
- 3.- ACADÉMICOS EMÉRITOS
- 4.- ACADÉMICOS HONORARIOS
 - 4.1.- Nacionales
 - 4.2.- Extranjeros
- 5.- MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS
 - 5.1.- Nacionales
 - 5.2.- Extranjeros
- 6.- ACADÉMICOS FALLECIDOS EN EL AÑO ACADÉMICO 2012
 - 6.1.- Ac. Roberto López Soto
- 7.- NUEVOS ACADÉMICOS
 - 7.1.- Incorporación del Ac. José Grunberg
 - 7.1.1.- Ac. Roberto Quadrelli. Presentación del nuevo Académico José Grunberg.
 - 7.1.2.- Palabras del Ac. José Grunberg
 - 7.2.- Nombramiento y asunción de los Acs. Mario Varangot y Elena Fosman
 - 7.2.1.- Ac. Guido Berro: Presentación del Ac. Mario Varangot
 - 7.2.2.- Ac. Mario Varangot: Discurso de asunción
 - 7.2.3.- Ac. Carlos Romero: Presentación de la Ac. Elena Fosman
 - 7.2.4.- Académica Elena Fosman: Discurso de asunción
 - 7.3.- Nombramiento de nuevos Académicos: Luis Carriquiry, Hamlet Suárez, Omar França y Aron Nowinsky
- 8.- SECCIONES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN
 - 8.1.- Sección Medicina
 - 8.2.- Sección Cirugía
 - 8.3.- Sección Biología Médica
 - 8.4.- Sección Medicina Social y Salud Pública
- 9.- COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO
 - 9.1.- Comisión Calificadora Intersectorial
 - 9.2.- Comisión de Asuntos Internacionales
 - 9.3.- Comisión de Coloquios
 - 9.4.- Comisión de Educación Médica
 - 9.5.- Comisión de Bioética
 - 9.6.- Comisión de Informatización De La Academia
 - 9.7.- Comisión de Presupuesto
 - 9.8.- Comisión de Publicaciones
 - 9.9.- Comisión de Reglamentos.
 - 9.10.- Comisión de seguimiento de actividades académicas
 - 9.16.- Grupos de trabajo
 - 9.11.1.- Para el estudio del Proyecto del Código de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay
 - 9.11.2.- Para la organización de las Jornadas sobre Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas. 15 años después
 - 9.11.3.- Para la organización de las Jornadas de Siniestralidad Vial
- 11.- RÉGIMEN DE REUNIONES DE LA ACADEMIA
- 12.- CONFERENCIAS, EXPOSICIONES Y COLOQUIOS
 - 12.1.- La sal. (Conferencia).
Ac. Carlos Romero.
 - 12.2.-
El morir y la muerte. Aspectos médico-legales y éticos. (Coloquio).
Exposición del Ac. Guido Berro.
 - 12.3.-
Los duelos. Acerca de las Pérdidas y Separaciones afectivas. Homenaje al Dr. Alberto Sosa. (Conferencia).
Ac. Enrique Probst.
 - 12.4.-
Influencia de médicos en la creación musical de Beethoven. (Conferencia).
Ac. Enrique Pons.
 - 12.5.-

- Héctor Ardao. Maestro de la cirugía del Uruguay. (Conferencia).
Ac. Antonio Turnes.
12.6.-
La emergente ciencia del cuidado. El aumento sostenido del grado de dependencia y personas dependientes. (Conferencia).
Ac. José Grunberg.
12.7.-
De Galeno a Raymond Roy-Camille pasando por la Capilla Sixtina. (Conferencia).
Ac. Asdrúbal Silveri.
12.8.-
"Comentarios médico-legales sobre el proyecto de ley de técnicas de Reproducción Humana Asistida." (Exposición en el Plenario de la Academia y respuesta a preguntas de distintos Académicos).
Ac. Guido Berro.
12.9.-
El modelo clínico de Heidelberg: cirugía en asociación. (Conferencia).
Miembro Correspondiente Extranjero Markus W. Büchler.
12.10.-
The biologic and economic drama of non adherence to medical prescription. The case of non-adherence in pediatric solid organ transplantation. (Conferencia).
- 13.- XXXIII REUNIÓN CONJUNTA DE ACADEMIAS DE MEDICINA DEL PLATA.
Homenaje al Ac. Ciro Peluffo
- 14.- PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2012 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN EL AÑO 2011)
- 14.1.- Gran Premio Nacional de Medicina año 2011
14.2.- Premio Internacional en Neumología Dr. Fernando D. Gómez
14.3.- Acto de entrega de los premios 2011
- 15.- LLAMADO A PREMIOS CORRESPONDIENTES A 2012.
- 16.- DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS
Ac. Nelson Mazzuchi.
- 17.- COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY
- 18.- PUBLICACIONES
- 19.- COMITÉ DE DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO
- 20.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LOS ACADÉMICOS
- 21.- REUNIÓN DE LA ALANAM EN MADRID
- 22.- AUSPICIOS OTORGADOS POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA A REUNIONES CIENTÍFICAS REALIZADAS EN NUESTRO MEDIO
- 23.- COMPROMISO DE GESTIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO PARA EL PERÍODO MARZO 2013 – FEBRERO 2014

INTRODUCCIÓN

Todos los años la Academia Nacional de Medicina publica un Boletín, en el que consigna los hechos más salientes que se produjeron durante el mismo.

De esta manera deja registradas para su historia las inquietudes, actividades y realizaciones que considera más importantes

1.- AUTORIDADES DE LA ACADEMIA EN EL BIENIO 2012-2013

PRESIDENTE	AC. HERNAN ARTUCIO
VICEPRESIDENTE 1°	AC- GUIDO BERRO
VICEPRESIDENTE 2°	AC. CARLOS ROMERO
SECRETARIO	AC. EDUARDO WILSON
SECRETARIO DE ACTAS	AC. ANTONIO TURNES
TESORERO	AC. MARIO MEDICI
PROFESOR	AC. JUAN C. BAGATTINI
DIRECTOR DE PUBLICACIONES	AC. FRANCISCO CRESTANELLO
DIRECTORA DE BIBLIOTECA	AC. GLORIA RUOCCO
DELEGADO ANTE LA ALANAM	AC. HERNAN ARTUCIO

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	GRUNBERG, José	08.03.12
5	FOGEL de KORC , Eva	11.11.99
6	CORREA, Humberto *	14.08.03
	En su lugar el 11.10.12 ingresó la Ac. Elena Fosman	
7	GARCIA GUIDO, Luis	08.03.07
8	SILVA, Celso	16.10.97
9	SALVERAGLIO, Carlos	11.03.10
10	MAZZUCHI, Nelson	12.03.09
11	PONS, José E.	17.09.11
12	TURNES, Antonio	11.03.10
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	ÁLVAREZ, Carmen	22.09.11
18	RUOCCO, Gloria	18.12.04
19	MEDICI, Mario	25.10.07
20	COHEN, Henry	18.09.08
21	ROMERO, Carlos	11.03.10
22	QUADRELLI, Roberto	02.11.00
23	POLTO, Jaime	19.11.98
24	WILSON, Eduardo	11.03.10
25	BONIFAZIO, Juan ****	18.09.03
	En su lugar el 11.10.12 ingresó el Ac. Mario Varangot	

26	PETRUCCELLI, Dante	18.09.03
27	ARTUCIO, Hernán	11.08.05
28		
29	BERRO, Guido	11.08.05
30	SILVERI, Asdrúbal	22.09.11

* ** *** El 22 de marzo de 2012 se aceptaron sus renunciaciones.

**** El 24 de mayo de 2012 se aceptó su renuncia.

3.- ACADÉMICOS EMÉRITOS

MAZZELLA Héctor
VIGNALE, Raúl
MAZZA, Milton
MAÑE GARZON, Fernando
ABO, Juan Carlos
BORRÁS, Antonio

4.- ACADÉMICOS HONORARIOS

4.1.- Nacionales

CASTIGLIONI, Dinorah
HORTAL, María
RAVERA, Juan J
REBOLLO, Antonieta

4.2.- Extranjeros

SEGUNDO, José P.	San Diego – E.U.A.
LOCKHART SURRACO, Jorge L.	Tampa - E.U.A.
WIERNIK, Peter	Nueva York - E.U.A.
BERNARD, Jean	Paris - Francia
BRICAIRE, Henri	Paris - Francia
DE SEZE, Stanislaw	Paris - Francia
LOUISOT, Pierre	Paris - Francia
OBE, Gunter	Essen - Alemania
LUBIN, Ernesto	Israel
PETROLITO, José	Buenos Aires – Argentina
HERRERO, Hernán	Buenos Aires – Argentina
GARCIA BADARACCO, Jorge	Buenos Aires – Argentina
CASTILLA, Eduardo	Buenos Aires – Argentina
GÓMEZ SANCHO, Marcos	Gran Canaria - España

5.- MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

5.1.- Nacionales

CORREA, Humberto
ROTONDO, María Teresa

5.2.- Extranjeros

MAEDA, Katzuo	Japón
SALING, Erich	Berlin – Alemania
BÜCHLER, Markus	Heidelberg - Alemania

6.- ACADÉMICOS FALLECIDOS EN EL AÑO ACADÉMICO 2011

El 7 de mayo de 2012, a los 90 años de edad, falleció el Académico Honorario Roberto López Soto. Tuvo una extensa actividad profesional en el área de la Exploración Funcional Respiratoria, que facilitó el desarrollo de la Neumología e indirectamente de la Cardiología. Y además participó activamente en el advenimiento de la Cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. En la Facultad de Medicina fue médico Adjunto, Asistente y Profesor Agregado. Publicó 28 trabajos en revistas médicas nacionales y extranjeras y el libro "Insuficiencia Respiratoria" aparecido en 1970 en Argentina y reeditado en España en 1975 y 1981. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina como Académico Honorario el 14 de agosto de 2003, y en ella, en julio de 2008, publicó el libro "Tabaquismo", que junto con la actividad en el mismo sentido desarrollada por el Ac. Helmut Kasdorf fueron pioneros en la lucha contra este hábito en nuestro país.

7.- NUEVOS ACADÉMICOS

7.1.- Incorporación del Ac. José Grunberg

El Dr. José Grunberg designado por el Plenario Académico titular para la Sección Medicina a fines de 2011, asumió su sitio en una ceremonia pública realizado el 8 de marzo de 2012. En la misma, luego de la introducción a cargo del Presidente Ac. José Luis Peña, el Ac. Roberto Quadrelli presentó al Dr. Grunberg y éste pronunció el discurso de aceptación..

7.1.1.- Ac. Roberto Quadrelli. Presentación del nuevo Académico José Grunberg.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina
Ac. José Luis Peña
Señores Académicos
Señoras y Señores

La Academia Nacional de Medicina nos ha conferido el honor y con ello una inmensa alegría, de presentar a Uds. en este acto de iniciación Académica a un nuevo integrante : el Académico José Grunberg.

Merecidas condiciones personales y profesionales avalan su elección.

En un currículum vitae abreviado podemos destacar:

Recibió su título de médico el 4 de setiembre de 1959 en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Su título de Especialista en Pediatría en abril de 1964 y de Especialista en Nefrología en diciembre de 1982, estos últimos otorgados por la Escuela de Graduados de la misma Facultad de Medicina.

Fue becario del Gobierno Francés en el Servicio de Nefrología del Hospital de Niños en Paris (Hopital Necker Enfants Malades), a cargo en aquel entonces del Profesor Pierre Royer.

Desempeñó todos los cargos docentes y asistenciales del escalafón universitario:

Practicante externo, Ayudante de Clase de Fisiología, Practicante Interno, Jefe de Clínica Pediátrica y Asistente de Clínica Pediátrica. Todos puestos de trabajo obtenidos por concurso de oposición y méritos.

Fue Profesor Agregado de Medicina Infantil, Profesor Director del Departamento de Medicina y Profesor Director de Clínica Pediátrica.

Fuera del ámbito universitario fue Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Central de las Fuerzas Armadas por un período de 9 años.

Obtuvo en forma compartida el:

- Gran Premio Nacional de Medicina 1979 otorgados por esta Academia con el trabajo "Las dificultades de acceso a los servicios de prestación de salud".
- Segundo Premio en el Gran Premio Nacional de Medicina de 1987 con el trabajo "Diálisis peritoneal continua ambulatoria en niños y adolescentes".

Fue Secretario General de la Asociación Latinoamericana de Nefrología Pediátrica por dos períodos consecutivos, abarcando un lapso de 4 años, y en representación de esta asociación fue Consejero de la Asociación Internacional de Nefrología Pediátrica por un período de 6 años.

En esta línea del accionar del Académico Grunberg, se le tributó al mismo un homenaje “En reconocimiento a su contribución pionera en el campo de la Diálisis Peritoneal en la América Latina”, organizado por el Capítulo Latino Americano de la Sociedad Internacional de la Diálisis Peritoneal, durante el Congreso en Foz de Iguazú en julio del 2009.

Son numerosos los trabajos publicados en revistas nacionales y extranjeras arbitradas.

Al sólo efecto de conocer sus actuales inquietudes, mencionamos un último trabajo del año 2010 publicado en la revista de la Sociedad de Pediatría de las Islas Canarias : (abrimos comillas): “ Una perspectiva de aspectos similares en la atención de personas en las edades extremas de la vida. Propuestas de acciones integradas de personal de servicios pediátricos y geriátricos”(cerramos comillas). Similar tema pero con énfasis en los aspectos nefrológicos fue publicado en la Revista Internacional de Nefrología en el mismo año 2010, proponiendo una nueva temática a denominar “Paidogeriatria” englobando los aspectos pediátricos y geriátricos.

Hay otros aspectos curriculares que no surgen de la lectura fría, y a éstos quiero referirme a continuación.-

Conocimos al Académico Grunberg en el año 1975 a nuestro regreso de completar una residencia en genética en el exterior. En el intento de instrumentar la especialidad en nuestro medio, concurríamos, entre otros, al ex Hospital Pedro Visca. En nuestra búsqueda de patología genética nos llamó la atención el orden con que, en todo sentido, se manejaba la policlínica de nefrología a cargo del entonces Dr. José Grunberg.

Sabido es que una ordenada documentación clínica, paraclínica y genealógica es fundamental en cualquier enfoque de la medicina, especialmente en genética médica. Incluyendo una correcta y actualizada ubicación geográfica. Y todo eso, allí estaba.

Entre otras, la simple búsqueda en el archivo de la policlínica nefrológica de los apellidos de los pacientes (paternos y maternos), nos permitió identificar familias que presentaban la misma enfermedad y tenían lasos de consanguinidad. Algunas de éstas ignoraban la relación de parentesco entre ellas.

Publicamos un resumen de nuestro trabajo a nivel internacional en una de las Revistas más importantes de Pediatría (Journal of Pediatrics) en 1976, demostrando el componente genético para el Síndrome Nefrótico con Esclerosis Mesangial Difusa. Al coautor Grunberg le llamaba la atención la cantidad de solicitudes del apartado de varias partes del mundo para obtener el artículo completo. No existía Internet y todo era por el tradicional correo. El mismo trabajo mereció una mención honorífica de esta Academia en su edición a premios del año 1978.-

Y todo surgió a partir de una excelente información obtenida en un trabajo clínico-asistencial, sin necesidad de complejos exámenes paraclínicos.-

No olvidamos cuando con alguna jeringa con sangre en el bolsillo para algún estudio genético, nos trasladábamos en la citroneta “último modelo” del Académico Grunberg al Hospital Militar para allí continuar con la tarea médica. Y esos eran momentos de diálogos totalmente ajenos a la medicina, y sí muy enriquecedores.-

Así comenzó nuestro mutuo conocimiento con el ahora Académico José Grunberg.-

El desempeño de su jefatura del Departamento de Pediatría en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, nos permitió vivenciar además del orden y metodología en la confección de la historia clínica, otras características en el accionar del Académico Grunberg : no olvidamos cuando mate en mano llegaba 6.30 -7 de la mañana al servicio de Pediatría para evaluar lo sucedido en la noche, su capacidad y vocación docente para con los médicos y los alumnos; especial actitud de enseñanza tenía para con los médicos del interior del País; esta actitud docente se extendía a personal de enfermería y auxiliares de servicio lo que en definitiva terminaba en la conformación de todo un equipo de salud.

No enseñaba sólo medicina sino también otros valores, entre ellos, el respeto por los pacientes: no se realizaba distinción alguna en la prioridad y atención desde la cama, la sala o la medicación a administrar; la actitud perfeccionista que lo llevó a instalar en nuestro medio la diálisis peritoneal en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica, técnica que luego se derivó a los pacientes adultos.

Rápidamente instaló el 2do. Centro de Tratamiento Intensivo Pediátrico en el País dentro del Hospital Militar. Y creó el Primer programa de diálisis peritoneal crónica en Uruguay en 1983, con posterior aprobación por parte del Fondo Nacional de Recursos.

Para terminar, queremos hacer llegar a Uds. el testimonio de la madre de una paciente que cuando niña padeció una patología crónica. Esta madre es ahora abuela de un hijo de aquella niña enferma.

Nos cuenta esta abuela: (abro comillas): “Grunberg es de una sencillez y calidad humana que te abraza el alma : primero se presenta con toda su humildad, trata a tu hijo como el tesoro que es para cada padre, evalúa la situación desde su sabiduría y te la trasmite sea el que sea tu nivel de lenguaje y conocimientos, y luego de realizar todos los estudios que considere pertinentes, además de explicarte y definir el tratamiento a seguir, te recomienda que cuides la “cabecita” de tu hija pues él se juega siempre a que los avances científicos van a lograr a corto o mediano plazo una solución a la enfermedad física que aqueja a tu hija, pero que para la sobreprotección y la deformación que ésta produce en su personalidad no va a haber medicamento que lo repare”.

Y termina esta madre :“Los que son brillantes tanto científica como humanamente no necesitan parapetarse detrás de un importante escritorio ni de palabras ampulosamente técnicas dichas a padres legos, porque su brillantez trasciende, porque no necesitan mostrarse importantes ni sabios, porque realmente lo son”(cierro comillas).

Benedicto XVI, actual Papa, en su discurso ante el Instituto de la Academia Francesa en el año 2008 rescató palabras de Rabelais quien fue médico, escritor y humanista francés de los años 1494 y 1553 : “Ciencia sin conciencia no es más que ruina del alma”.

Académico Grunberg, la Academia Nacional de Medicina Uruguay lo recibe a Ud. con el mayor de los entusiasmos.

Gracias a todos por vuestra paciencia.

7.1.2.- Palabras del Ac. José Grunberg

Señores Académicos, colegas, colaboradores, familiares, pacientes y amigos:

Es un honor mi incorporación a la Academia Nacional de Medicina. Agradezco a los Académicos Jose Luis Peña y Roberto Quadrelli, por sus palabras, y a Roberto por haber impulsado mi membresía como Miembro Titular de la ANM.

Esta distinción, amerita una reflexión inicial. Es una distinción a una persona, que trata de entender al complejo mundo que habitamos en su incesante y dinámico cambio, valerse de la metodología científica aplicada a nuestra propia experiencia personal, comunicar los resultados, exponerlo a juicio de nuestros pares y contribuir a la sociedad en la difícil tarea de lograr un mundo mas justo, con acceso universal y equitativo a los aportes del progreso científico y tecnológico. En realidad somos fruto de la educación de aquellos que tanto nos aportaron, y aportan, en el aula, el Maestro, el Profesor, pero también, de quienes nos enseñan con su vida, en la informalidad de sus reflexiones y enseñanzas, los amigos, colaboradores, familias, pacientes, y contertulios de ámbitos varios como el que os relato a continuación. El Ac. Celso Silva, me autorizó a relatar una enseñanza que me dio su padre, Don Joaquín. Ciego desde niño por un accidente de pesca con granadas, frecuente en España, fue pianista, afinador de pianos de nivel internacional. Me insistía en la importancia de estudiar, de acceder al conocimiento. En la conversación “se me deslizó” un exabrupto” : “el que no sabe es como el que no ve”. Me contesto enfáticamente ¡“mucho peor, yo se lo que le digo”! Recibí una gran lección de vida.

Sepan disculpar que mi exposición será basada en mi experiencia personal, similar en sus desafíos, logros y frustraciones, a la de mis colegas de generación. Lo más destacado de nuestra medicina contemporánea, es el tsunami científico tecnológico, su aplicación a la practica médica, que cambió, nuestra vida personal y profesional, la de nuestras familias, y la de los pacientes y sus familias.

Charlotte, mi señora, con su historia de resiliencia y creatividad para sobrevivir con su familia los riesgos inimaginables, de los años de la segunda guerra mundial, constituye un apoyo invaluable para sustentar mi carrera profesional. Con su visión de ejecutiva y educadora me ayudó siempre a pensar por sistemas y centrarme en la calidad como criterio de éxito de los proyectos.

Aun practicante de medicina, formamos una familia, ya me instaba a una pasantía familiar en París, a estudiar, a especializarme y, a conocer otros horizontes y culturas.

El Maestro y amigo Ramon Guerra, una persona decisiva en mi vida científica, me relacionó con el Prof. Pierre Royer, del Hôpital Enfants Malades.

Llegamos con un hijo de 5, a un gélido París en Enero del '63. En el hospital puse en acción "mi" francés, mera ilusión. Los colegas destinatarios de mi dialéctica, dudaban cual era el idioma que hablaba.

Comprobé, estupefacto, que el famoso servicio de Royer era pobre en recursos materiales, con ostensible precariedad edilicia. El equipamiento tecnológico, muy inferior al que disponíamos en Montevideo. Un ejemplo, carecían de laboratorio con micro métodos. ¡En Montevideo estudiábamos el equilibrio ácido base en una gota de sangre, en París requerían 10 ml! Reconocí la pujanza y visión de Ramón Guerra en la introducción de la tecnología de punta a nuestro medio, con un colaborador, Sarandi Bidegain, que llevaba ideas y tecnología a la práctica corriente, inolvidable por su generosidad y entrega.

El microscopio de la patóloga, la Dra. Habib, que revolucionó la taxonomía internacional de la anatomía patológica renal moderna, no era diferente del nuestro.

Más allá de lo que aprendí de la nefrología pediátrica en Servicio de Royer, fui testigo y alumno del desarrollo de un modelo de generación de conocimiento, de la motivación por la investigación y la innovación, del valor del "full time" geográfico y de la dinámica y organización del trabajo en equipo.

La estadía en París tuvo enseñanzas no vinculadas con el objetivo principal, la nefrología pediátrica.

Ratifiqué que las limitaciones de los recursos materiales, no son un impedimento para el desarrollo de la medicina de alta calidad, tanto en la asistencia como en la investigación médica.

El determinante de nuestro destino científico y personal, son los proyectos, nuestra organización, la atmósfera y actitud proclive a la innovación y creatividad, la integración de equipos con nuevos protagonistas y los tradicionales con funciones que han cambiado en importancia e impacto. El equipo de salud, vive un cambio dramático, en la integración de equipos. Ingenieros, informáticos, estadígrafos, especialistas en logística, son los nuevos "inmigrantes" al equipo. Simultáneamente se ha redimensionado la importancia de la telefonista y de los receptores de consultas telefónicas, la secretaria, el cadete que traslada al domicilio del paciente los insumos de diálisis, etc.

En su concepción el Fondo Nacional de Recursos (FNR), es un ejemplo democratizador, creativo e innovador, condicionando el acceso universal y equitativo a la medicina altamente especializada, compleja en tecnología y recursos humanos. El FNR estimuló e impulsó no solo asistencia de alta calidad sino permitió la investigación, respetada y admirada internacionalmente. El Fondo es un precursor del Plan Ceibal de la medicina, llevar a la realidad lo aparentemente imposible.

Otra sorpresa me deparaba el servicio, Una tarde plomiza y gris de intensa nevada, escenario acorde con mi estado de ánimo, la secretaria me anuncia, el Prof. Royer lo espera para una entrevista personal! Así comenzó: "Dos noticias Monsieur Grunberg. Una buena, su francés ya se entiende o mejor dicho se intuye lo que quiere decir. La otra no tan buena. Tiene que aprender inglés. La ciencia en cualquier idioma es un aporte de valor universal. Pero, para participar en el mundo científico y tecnológico, el inglés es una herramienta básica".

El acto médico, la consulta médica, las enfermedades agudas, las crónicas para las cuales teníamos mínimos recursos, la cortisona se anunciaba como una novedad para el futuro, era para lo que habíamos estudiado. El progreso científico tecnológico, generó una nueva medicina, nuevos pacientes, inéditos, cuyas vidas dependen en el largo plazo de tecnologías complejas, de las destrezas del equipo de salud en la aplicación práctica de conocimientos.

La diálisis crónica es un arquetipo, de la nueva medicina, una oportunidad de vida para aquellos que estaban condenados a acompañar con la suya la muerte renal.

Introducimos al Uruguay la diálisis peritoneal crónica pediátrica en la década de 1980. Pocos años después nos asociamos con colegas de adultos, los Drs. Nelson Caporale y Daniel Perez, creando el primer servicio en el país de diálisis peritoneal ambulatoria crónica, integral, de niños y adultos. En estas casi tres décadas de convivencia aprendimos mucho recíprocamente.

La diálisis peritoneal crónica es una alternativa especialmente importante a los niños, cuyas venas y arterias "finitas" y frágiles, de difícil acceso, son un capital de vital importancia

fácilmente agotable, que limita la eficiencia de hemodiálisis como recurso de sustitución de la función.

En el año 1983, un niño en sus primeros meses de vida, "el Beto", fue nuestro primer paciente, sus padres que nos honran con su presencia en este evento, nos enseñaron mucho. Aprendimos de ellos, su destreza para el manejo de la diálisis domiciliaria, de su resiliencia ante la adversidad y la importancia decisiva de la armonía de la dinámica familiar. Su casa, fue el primer ámbito de diálisis peritoneal continua domiciliaria ambulatoria en el Uruguay. En esta nueva medicina, el hogar, aun en pequeños y lejanos poblados rurales, se adapta para incorporar aparatos de diálisis con electrónica sofisticada, que la manejan los familiares, el paciente o sus familiares.

El cuidado en el largo plazo es imprevisible en duración y requerimientos, para afrontar la nueva epidemiología y demografía, la longevidad y la enfermedad crónica. El proceso del cuidado continuo y prolongado, involucra altos riesgos de fatiga, el "burnout", ocasionalmente la depresión de los cuidadores. Las personas involucradas en el cuidado, se confrontan con dilemas morales y prácticos secundarios, a incompatibilidades entre el tiempo y energía que le insume el cuidado, con las necesidades de satisfacer sus obligaciones familiares y personales y, con sus propios avatares de salud, laborales y otras contingencias.

La complejidad del cuidado a personas con distintas de dependencia de la tecnología y del entorno impulsa una nueva ciencia "La Ciencia del Cuidado". Una ciencia orientada a la búsqueda de respuestas racionales, accesibles, factibles, imaginativas, eficientes que tome en consideración el complejo sistema de interdependencia entre cuidados y cuidadores.

En investigaciones de nuestro equipo, recientemente publicadas, hemos comprobados diferencias marcadas en la funcionalidad y eficiencia del cuidado en niños y en adultos. El niño que requiere cuidado en el largo plazo, hijos de padres jóvenes, tienen dificultades mayores para afrontar el desafío del cuidado. La consecuencia más dramática es el abandono del padre, con la madre con todas las responsabilidades de sostén familiar y de cuidado del niño.

El cuidado del adulto, difiere sustancialmente con el del niño. Ha tenido el tiempo en su vida de mantener y organizar un entorno familiar resiliente, adecuado al cuidado, además de la posibilidad de auto cuidado. El cuidado reciproco en el que los adultos ejercen simultáneamente los roles de cuidador y cuidado es un factor estabilizador y gratificante.

Los familiares del equipo de salud en su totalidad, comparten nuestros logros pero también las frustraciones, las reconocen en nuestra actitud, en la abrumadora comunicación telefónica tradicional, o en la moderna, inalámbrica con los pacientes. El escenario y el drama de la nueva medicina se expanden al hogar del paciente, pero también la del equipo de salud. El reconocimiento a mi señora e hijo, extensivo a las familias de los integrantes del equipo de salud en estos tiempos de muchas luces, también de muchas sombras.

La medicina moderna, de cambios vertiginosos navega en estructuras burocráticas obsoletas, perimidas, ancladas en la rutina, lo que el ingenio llama el "palo en la rueda" o "la máquina de frenar", ambos extraordinariamente eficientes. Estimo como una misión abatir el absurdo de las barreras burocráticas.

Al inicio los trámites para la aceptación burocrática de la diálisis peritoneal, fueron un desafío mayor que atender nuestros pacientes.

Es de recibo el agradecimiento por el invalorable apoyo que me dieron:

Mis padres que vinieron desde Galicia, pero la polaca, encontraron en Tacuarembó el sueño americano. Admiración por su tesón y perseverancia para que su pobreza material no fuera también espiritual y del conocimiento de sus hijos.

Al Profesor, Catedrático, Decano de la Universidad de Stony Brook, New York, Maestro y amigo Richard N. Fine y su encantadora esposa Shawney, Nurse Clínica, nos orientaron en nuestro desarrollo, profesional, y nos estimularon con su generosa amistad y calidez.

El Prof. Dimitrios Oreopoulos, de Toronto Canadá, mi mentor en las últimas publicaciones.

El Prof. Dr. Michael Freundlich, de La Universidad de Miami, quien nos enseñó a navegar en las oscuridades de la cavidad peritoneal,

El Maestro Ac. Carlos Gianantonio, de Argentina, amigo entrañable, que alertó al mundo que estaba ante un riesgo, el síndrome hemolítico urémico,

El Maestro Ac. Gustavo Gordillo de México.

Especial reconocimiento a los nefrólogos de adultos, Profesores y Drs. Dante Petruccelli, Nelson Mazzuchi, Francisco Gonzalez, Juan Fernández Cean, Sergio Orihuela, Lilian Curi,

Nelson Dibello, que nos ayudaron en tiempos de crisis y, en la transición de nuestros niños ya adultos a vuestros servicios .

La Enfermera Yolanda Fariás que me acompañó durante los primeros cuarenta años de mi carrera,

A los Profesores Julio R. Marcos y Jose Ma. Portillo, que desde el Hospital Pedro Visca dieron impulso a las especialidades pediátricas,

Al Dr. Jorge Pouso, que me ayudó a utilizar rigurosamente la estadística en nuestro trabajo de investigación.

Al Dr. Alejandro Nogueira que nos enseñó la interdependencia entre la nefrología y la urología pediátrica.

A las nurses Gabriela Hekimian y Mariela Vieira. A la Trabajadora Social, Carmen Amaral, a la Psic Elena González cuya dedicación y excelencia profesional, es un pilar de nuestro trabajo.

A mis alumnos, que en realidad fueron docentes, de los cursos para Medicos del interior de país, que iniciamos en el años 1968, Drs. Vignolo de Artigas, Oscar mourelle de Durazno, Riva de Florida, Stagno y Francolino de Paysandú, Graña de Rocha y muchos mas.

Ningún hombre libre esta eximido de la expectativa de una recompensa al trabajo, a la labor que estima llevada a término. Hay muchos tipos de recompensa, dicen que a Bertold Brecht recibió en 1928 un automóvil a cambio de un poema. Mi infancia y adolescencia transcurrieron en un baluarte de poetas, Tacuarembó. Escribí poemas, no solo no hubo coche, tampoco lectores. He recibido en cambio una recompensa muy valiosa, mi familia, Charlotte, Jorge y Carolina, que me han apoyado, y soportado en los días soleados, pero también en los tornados en esta aventura de incorporarme a la nueva medicina de pocos logros y muchas frustraciones, en la difícil migración hacia los nuevos tiempos tecnológicos. No solo no he tenido cien años de soledad, no tuve ninguno, nunca me sentí solo. A la edad de mis años disfruto de tres nietos biológicos, Victoria, Florencia con quienes compartimos sus avatares de la adolescencia y Matías, mi compañero de muchas tardes, que supo soportar, estoicamente la disminución cuantitativa de la logística alimentaria de su menú habitual. A su pregunta reiterada, recién ayer, le volvió a la calma, éste discurso había terminado.

También tengo una descendencia nefrológica, Cristina Verocay, Anabella Rebori, Elena Pichelli, Virginia Ramela y Mary Velasco. No puedo eludir la vanidad, compruebo semanalmente que ya comienzan a tener su propia descendencia nefrológica, y que me han superado en los conocimientos. Pero, mi autoestima se rebeló, auto indulgente, postulé la hipótesis de que el grupo femenino, con mi única excepción, tiene la habilidad de mantener varias conversaciones simultáneas, hablan todas al mismo tiempo de tópicos diferentes, sería la razón que quedaba marginado de la discusión. Pedí una versión de lo discutido en formato adecuado para entenderlo. Mi hipótesis era falsa, ratifique me habían superado ampliamente en conocimientos.

7.2.- Nombramiento y asunción de los Acs. Mario Varangot y Elena Fosman

Fueron designados por el Plenario Académicos titulares para la Sección Medicina el 9 de agosto de 2012, y asumieron sus sitials en una ceremonia pública realizado el 11 de octubre.

La misma se inició con las palabras de apertura a cargo del Presidente de la Academia Nacional de Medicina Ac. Hernán Artucio

7.2.1.- Ac. Guido Berro presenta al Dr. Mario Varangot

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina Ac. Hernán Artucio. Señores Académicos. Familiares y amigos de los nuevos Académicos. Colegas, señoras y señores.

El Consejo Directivo y el Plenario de la Academia me han invitado a la muy grata y honorable tarea de presentación de un nuevo Académico. Acto muy trascendental tanto para el designado como para todos nosotros.

La Academia Nacional de Medicina se congratula de incorporar al Profesor Agregado Doctor Mario José Luis Varangot Pantin como Miembro Titular.

Esta ceremonia es de las más solemnes para la Academia, si bien no tiene todo ese ceremonioso ritual con paramento y ornamentos y esa parafernalia que vemos en otras Academias, y está inmersa en nuestra forma de ser sencilla y republicana, no por ello deja de ser profundamente importante, trascendente en todo sentido y radica allí su esencial solemnidad.

Al mismo tiempo es un acto de alegría y esperanza.

El Académico Varangot, que así nos designamos y llamamos a partir de este momento de ingreso dejando en suspenso otros bien ganados títulos, es honrado con este nombramiento por sus holgados méritos académicos y características personales.

Seguro estoy que a él, a su familia y a todos nos genera gran alegría su incorporación, y simultáneamente nos llena de esperanza con la seguridad de su aporte y trabajo fundamental en el progreso de los objetivos de la Academia y lo hará sin duda honrando a los que ya no están y fueron mojoneros en el andar y desarrollo de esta institución.

El Académico Varangot ocupará el sitio número 6 honrando, como dije a sus antecesores.

Sabemos lo trabajador que es.

Nació, vaya coincidencia, un 1º de mayo día de los trabajadores, de 1953. Sin duda día festivo para él con doble significación y quizás, permítaseme esta indiscreción, tuvo un cumpleaños no tan alegre aquél 1º de mayo de 1994 cuando moría Ayrton Sena Da Silva en Imola. Pues sepan que además de brillante médico oncólogo, al menos en aquellos años tenía especial gusto deportivo, cosa que compartíamos, y por la fórmula 1

7.2.2.- Palabras del Ac. Mario Varangot.

Sr. Presidente De La Academia Nacional De Medicina Académico Profesor Hernan Artucio.

Primer Vicepresidente Académico Profesor Guido Berro.

Segundo Vicepresidente Académico Profesor Carlos Romero.

Académicos.

Profesores.

Colegas.

Familiares.

Amigos.

Señoras y Señores.

He tenido enorme dificultad en decidir sobre el contenido que debía dar a estas “palabras”.

Hasta donde recuerdo he enfrentado auditorios variables, tanto dentro como fuera del ámbito universitario, numerosos o no tanto, también múltiples entrevistas con pacientes muchas de las cuales con gran contenido emocional; pero nunca he participado en un encuentro como este por el motivo que nos convoca. Lo que hoy me sucede, es único. Confío entonces que ante lo conmovedor de tan honorable circunstancia me permitan compartir con Uds. sentimientos y reflexiones.

La gratitud, más que una obligación, es un vínculo moral que se establece libre y espontáneamente con la o las personas que nos han conferido gratuitamente un favor o una atención. Es en virtud de tal vínculo que mis palabras iniciales no podrían ser otras que las de agradecimiento a la Academia Nacional de Medicina, integrada por destacados médicos que me ha otorgado esta alta e inapreciable distinción.

Desde mi perspectiva un acto de gran generosidad.

Para mí, el valor más gratificante de esta designación es precisamente, el que sea otorgado por los pares, conocedores de las luces y sombras de la medicina, así como de las glorias y dolores de la práctica médica.

También deseo expresarles que siento una enorme satisfacción al ser recibido en este ámbito entre académicos, entre mis profesores, representantes de una tradición que es muy importante en la medicina de nuestro país, responsable y promotora de la difusión de la educación médica, su historia, sus ideas, trabajos y logros permanentes.

Es oportuno entonces, poder expresar mi reconocimiento y agradecimiento a mis maestros todos, médicos o no médicos, profesores y funcionarios y en su medida, influyentes en mi pensamiento y forma de ser.

Muchos han tenido un papel activo en la defensa y reafirmación de los principios de la vida y la profesión, ejerciendo un papel de permanente vigilancia y reflexión; que les continúa, aún no estando entre nosotros.

Junto a ellos, tuve la oportunidad de incorporar un compromiso de trabajo, de estudio, de obligaciones, tolerancia y solidaridad humanas. De conocer un ámbito de libertad, de libertad absoluta de conciencia, de libertad de cátedra, de la libertad de dudar. Son y serán siempre un impulso permanente a la acción, con ilustración y sentido moral

Es ahora también, que deseo agradecer al Ac. Prof. Dr. Guido Berro por sus elogiosas palabras que creo están motivadas más bien por el afecto de una prolongada amistad y por haber vivido muchas experiencias comunes en nuestra vida.

Y también, expreso mi gratitud a los numerosos colegas y amigos que han hecho propicia la ocasión de haberseme otorgado este reconocimiento para manifestarme su adhesión y simpatía. Lamentablemente algunos y muy cercanos, transitoriamente fuera del país, no nos acompañan en este momento pero están presentes igual.

Sólo puedo decir a ustedes que no tengo otro mérito -si es que alguno- que haberme esforzado por ejercer la medicina en forma responsable y humanitaria y no haber restado mi participación en ninguna iniciativa que contribuyera a su progreso y a la educación médica. Todo ello, con la necesaria dosis de entusiasmo y, tal vez, de compromiso y tesón, que he puesto en todas las actividades que he emprendido en mi vida profesional y académica. Confío en haber seguido el camino y ejemplo expuestos.

Mi formación universitaria transcurrió en épocas muy difíciles para nuestra sociedad durante las cuales traté de mantenerme fiel a principios emanados del ser propio de la medicina: el respeto por las personas y su dignidad. Quizás favorecida por las circunstancias tengo presente la riqueza vivida con otros estudiantes de mi generación hoy compañeros de la profesión. En ellos he encontrado motivación, han sido consejeros y buenos orientadores en mi desarrollo. Muchas de sus reflexiones y ricas vivencias compartidas me acompañan hasta el día de hoy.

En mi vida universitaria he tenido múltiples experiencias gratificantes. Una de ellas es la enseñanza a los estudiantes de medicina, internos y médicos residentes, particularmente a grupos pequeños de alumnos en los "encares clínicos" destinados al aprendizaje del razonamiento médico, actividad que como la semiología, constituye "no la gramática de la medicina sino la medicina misma". Otra es el caso de las tutorías de tesis de maestría y de doctorado. Su carácter permite un conocimiento de la personalidad de cada alumno, así como el intercambio vivo de saberes médicos y de experiencias humanas.

Fueron los avatares universitarios los que me llevaron a asumir, mi cargo actual de Prof. Agdo. de Oncología Clínica, una joven especialidad Médica creada en el Uruguay en 1986 o sea hace tan solo 26 años y que compartió desde entonces con la Oncología Radioterápica, el actual Dpto. de Oncología de nuestra Facultad de Medicina.

Por competencia notoria recibieron su título los primeros oncólogos clínicos. Pero fue muchos años antes que internistas y hematólogos se hicieron cargo de los tratamientos sistémicos como la quimioterapia en asociación a las ya consolidadas cirugía y radioterapia. Durante los años 90 y a través de los enormes y rápidos avances de la biología molecular, la genética y un mejor y creciente conocimiento de la biología tumoral la especialidad inició una gran transformación con la asociación imprescindible e irreversible de las llamadas materias básicas. Hace 40 años conocíamos primero el efecto clínico de las drogas disponibles y luego en algunos casos sus mecanismos de acción. Actualmente acorde al conocimiento e identificación de modificaciones y características biológicas propias de las células neoplásicas ha sido posible determinar los llamados Blancos Moleculares.

De esta manera se han diseñado drogas específicas capaces de interactuar con dichas alteraciones para el tratamiento del cáncer. Algo impensado pero nunca imposible hace no tantos años atrás. Nuestros pacientes elegibles responden mejor con menos efectos secundarios.

Y como es norma el uso ya no tan reciente de estas nuevas moléculas llamadas drogas de diseño está apoyado necesariamente en el concepto de la MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.

Pero permítanme citar 5 palabras del Dr. Francisco González San Martín de la Universidad de Salamanca. MEDICINA BASADA EN LA PERSONA.

Con el transcurso de los años, la indagación sobre la finalidad última del saber médico, su singularidad en el conjunto de las profesiones llamadas ilustradas o liberales y la esencia del acto médico han provocado en mí frecuentes reflexiones que me permitiré compartir sumariamente con ustedes.

Cualesquiera hayan sido los espectaculares avances científicos y técnicos de la medicina y su impacto en la profesión, la relación paciente-médico sigue siendo el pilar fundamental de la práctica médica. Es en el encuentro libre, íntimo y amistoso del médico con su enfermo donde se expresa de un modo concreto la bondad de la medicina como arte y como ciencia. La acción

médica se realiza a causa de la relación paciente-médico y en la relación paciente-médico y sólo en ella. Así lo ha sido ayer, lo es hoy y confiamos, lo será mañana en tanto la medicina sea una actividad humana.

Dice también el Dr. Francisco González San Martín...

Debo repetir algo que asombra a nuestros alumnos. Las enfermedades, esos enormes tomos de patología médica que tenéis que asimilar, no existen... desde el punto de vista ontológico. No tienen existencia ni sentido, más que integrados a un ser humano. Es una persona de igual naturaleza que el médico que la observa. Será necesario buscar siempre al ser humano en la enfermedad y no la enfermedad en el ser humano. Habrá que destinar más tiempo al ser humano que a la enfermedad. Concluye.

Similares conceptos son aplicables a la relación de los pacientes con las instituciones sanitarias: todo país debería aspirar a tener servicios médicos que sean no sólo técnicamente eficientes y económicamente viables, sino que hagan posible un modo social de relación interhumana en la que prevalezca la amabilidad y el respeto por las personas.

En el momento actual se puede considerar que existen dos modelos o prototipos quizás contrapuestos quizás complementarios para entender la medicina y su ejercicio: un modelo que podemos llamar de "inspiración hipocrática" y otro de "inspiración tecnocrática".

El modelo de inspiración tecnocrática hace prevalecer en medicina y salud las consideraciones técnicas, administrativas y económicas por sobre los factores humanos. Según esta visión, los valores de la medicina son cambiantes en función de circunstancias históricas, sociales y políticas; es un saber éticamente neutro y la relación del médico con el paciente un contrato regido por la autonomía del enfermo. Así, para esta percepción, el médico no es más que un proveedor de salud y el paciente un consumidor, en tanto que la organización sanitaria de la población, en lo fundamental, es un problema técnico.

En cambio, para el modelo de inspiración hipocrática la medicina es un bien en sí misma, que no es modificable, en lo esencial, por factores externos a ella. Su propósito surge como respuesta a la experiencia humana de la enfermedad, la necesidad de ayuda o cuidado que ella genera y el deseo humano de evitar el sufrimiento y recuperar la salud perdida, un objetivo que es a la vez técnico y moral. Por su parte, la organización de la atención de salud de la población es, en lo fundamental, un problema moral y humano.

Creo firmemente que si en nuestra práctica profesional y nuestros sistemas de salud no prevalece una medicina de inspiración hipocrática y, por el contrario, se impone una visión tecnocrática extrema, querría decir que están justificadas las aprehensiones de muchos respecto a su futuro.

Todo va a depender de la profundidad y solidez del convencimiento que tengan los médicos, tanto individual como colectivamente, del bien que significa la medicina, la trascendencia de los valores que defiende, la nobleza y honorabilidad de la profesión, así como del esfuerzo por transmitir eficazmente tal certidumbre a las autoridades políticas y a la sociedad.

Esto implica que los médicos debemos esforzarnos por rescatar la identidad y los valores esenciales de la medicina, de la práctica y el trabajo médico y la integridad de la relación médico-paciente. En pocas palabras, redimir la medicina legada por nuestros antepasados hipocráticos y que, transmitida de generación en generación a través de los siglos, se fue incorporando indeleblemente a la cultura universal.

Finalmente, y en el ámbito de estas consideraciones, debo afirmar que la educación de los médicos no es una tarea fácil ni susceptible de ser improvisada sino que, por el contrario, es un proceso de formación complejo y difícil cuyo objetivo no es sólo la enseñanza y aprendizaje de conocimientos biomédicos y de habilidades y destrezas, sino que, además, la internalización de valores éticos de gran entidad individual y social. Percibo que nuestra facultad está alineada no sin dificultades con esta tremenda responsabilidad educacional que requiere necesariamente de Escuelas de Medicina socialmente acreditadas, de alumnos académicamente capaces y de docentes idóneos y ejemplares, dedicados de lleno a la tarea universitaria.

Los estudiosos de la cultura antigua han caracterizado al médico hipocrático como "la encarnación de una ética profesional ejemplar por la proyección del saber (médico) sobre un fin ético de carácter práctico" y a la medicina griega como "una fuerza cultural de primer orden". Me atrevo a sostener que para la medicina contemporánea reanimar la figura del médico hipocrático no debiera ser solamente una aspiración encomiable -menos aún una utopía- sino que el reencuentro fecundo con un ideal médico que, formulado hace siglos como

un sencillo Juramento, revolucionara no sólo a la medicina sino que, también, a la historia de la humanidad.

La Academia Nacional de Medicina tiene el prestigio, y una reconocida y respetada independencia de pensamiento y acción para que desde su seno y tal vez mejor que nadie y una vez más junto a otras instituciones, promueva la reflexión sobre la relación paciente-médico en un momento tan particular de la imagen del médico en nuestro país

Algunas consideraciones finales.

Tengo el privilegio y el honor de ser el primer oncólogo médico que integra la Academia Nacional de Medicina. Esta institución incluye a las personalidades más representativas de la medicina nacional categoría que no creo merecer por lo que concibo este nombramiento como una enorme distinción pero también como un reconocimiento a la especialidad. El Prof. Dr. Miguel Muse ha sido el primer director y Profesor del servicio de oncología Clínica y el responsable más destacado del desarrollo y consolidación de esta especialidad médica en el Uruguay. No es posible hablar de la formación de recursos humanos en oncología médica en nuestro país sin mencionar además a los Profesores Dres. Alberto Viola y Graciela Sabini. Mi más sincero y afectuoso reconocimiento a todos ellos recordándoles que mi aprendizaje no ha terminado.

Permítanme en esta ocasión agradecer muy especialmente a mis pacientes que han depositado su confianza en mí, quiero y debo transmitirles que parte de nuestro conocimiento se lo debemos a ellos, ellos nos han enseñado a tratar a los siguientes.

Al Dr. Harry Havranek que asistió a mi madre en la larga evolución de una invalidante poliartritis crónica. Jamás olvidaré el alivio del dolor físico y espiritual que provocaba su visita a todos nosotros. Cuanto he deseado siempre poseer esa condición.

Y para terminar.

Hoy, quiero saludar, agradecer y abrazar a toda mi familia y amigos.

Deseo darles prueba del cariño y respeto que les tengo, por lo que son, por lo que hicieron, por como me quieren.

A mis padres porque a través de su conducta recibí un gran apoyo y estímulo que permanece hasta el día de hoy.

A mi hermana y su familia. A la familia de mi esposa.

Muy especialmente a Pilar y nuestros hijos, Diego y Alejandro, porque entre otras cosas, no existiría sin ustedes.

Gracias Pilar.

Muchas gracias.

7.2.3.- Ac. Carlos Romero. Presentación de la Ac. Elena Fosman

Antes de empezar mi presentación les voy a hacer una propuesta a quienes vinieron a acompañar a Elena en este acto de incorporación a la ANM. Podríamos habernos puesto de acuerdo para regalarle un ramo de flores, que se habrían marchitado en pocos días. Yo les propongo a sus familiares, discípulos y amigos, que escriban en las tarjetas que les vamos a entregar una sola palabra, la primera que se les ocurra como característica de Elena, para de esa forma, al final, regalarle un ramo de elogios que perdurarán por siempre.

Sr. Presidente de la Academia, Sres. Académicos, colegas, amigos

Cuando hace un par de años, en un acto similar a éste, el Ac. Probst hacía mi presentación al incorporarme como miembro titular de la ANM, hacía mención al origen de la palabra academia. Según las versiones más aceptadas, Platón fundó su escuela en un parque de las afueras de Atenas dedicado a honrar al héroe Academus, y de allí surgió el nombre de academia. En aquel momento yo recordaba, pero no me animé a citar, otra versión, más fantástica, probablemente errónea, pero bueno, no viene mal un poco de fantasía. Según esta versión Platón enseñaba a sus discípulos en el mismo parque en el que un atleta llamado Academus, en honor al héroe, se entrenaba para asistir a los juegos de Olimpia. A Academus le molestaba la presencia de Platón y sus discípulos, lo que fue advertido por Platón, quien le preguntó acerca de la causa de su malestar. Academus le contestó que él se estaba preparando para defender el honor de Atenas y que ellos perturbaban su entrenamiento. Platón le respondió que también

ellos trabajaban para gloria de Atenas, pero entendió que era justo el reclamo de Academus; decidió suspender transitoriamente sus actividades hasta que culminara el entrenamiento y más aún, le prometió ponerle su nombre a su escuela si su participación en los juegos era exitosa. Pero parece ser que Academus no ganó nada en Olimpia, y sin embargo Platón insistió en ponerle el nombre Academia a su escuela: cuando sus discípulos cuestionaron esta decisión, ya que no había triunfado, Platón les contestó: “no ganó, pero dio todo de sí para lograr el triunfo”.

En concordancia con ese concepto, el lema de los Primeros Juegos Olímpicos Modernos (1896), acuñado por Pierre de Coubertín, fue: “Lo esencial de la vida no es vencer, sino luchar bien.”

Ustedes se preguntarán qué tiene que ver esto con Elena Fosman y yo respondo antes de que lo exijan a viva voz.

Cuando alguien transita los diversos escalones de la carrera docente, la meta es alcanzar el máximo sitio, el de profesor titular. La propia palabra carrera, aunque tiene otras acepciones, evoca la competencia. Pero Elena Fosman, que fue la primera mujer grado 4 de Gastroenterología, cuando tuvo la oportunidad de aspirar al cargo de profesor, que seguramente en razón de sus méritos le habría sido adjudicado, dejó por propia iniciativa el lugar para sus discípulos, que creyó más aptos por su brillantez y juventud. Su carrera no era por el título, era una carrera en pos del perfeccionamiento, del conocimiento, de la investigación. Como Academus dio todo de sí para lograr el triunfo, y triunfó, pero sin competir contra sus colegas. En consecuencia, no se la puede designar anteponiendo el título de profesora, pero sus discípulos la ubican en una categoría superior, la del maestro.

En su carrera en Gastroenterología ocupó en la Facultad de Medicina todos los cargos, desde Ayudante de Profesor, hasta Profesora Agregada, como hemos dicho. En el MSP, desde interna hasta Médico Técnico IV y Encargada de la Policlínica Proctológica del Hospital Pereira Rossell. En el terreno internacional fue Vicepresidente de la Asociación Interamericana de Gastroenterología y coautora de los Estándares para la enseñanza de la Gastroenterología a nivel mundial y Miembro del Comité de Nominaciones de la Organización Mundial de Gastroenterología. Su vinculación con estas instituciones internacionales catapultó el ascenso de gastroenterólogos uruguayos a las más altas posiciones internacionales, tal es el caso del Ac. Henry Cohen, actual presidente de esta institución, para orgullo de nuestro país. Usufructuó becas y realizó cursos de especialización fuera del país (Japón, Londres, San Pablo, Minneapolis). Escribió más de 25 trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales, fue coautora de libros y dictó conferencias de la especialidad. Aparte de esas actividades académicas desarrolló tareas de extensión, fundando y presidiendo la Asociación Uruguaya de Ostomizados y la Asociación Crohn y Colitis Ulcerosa. Desarrolló una vasta actividad asistencial en diversas mutualistas, en alguna de las cuales desempeñó el cargo de Jefe del Departamento de Gastroenterología.

De su vasta actividad en la especialidad, como queda expuesto en lo que acabo de resumir para ustedes, yo no soy más que un testigo lejano. La Cardiología y la Gastroenterología no han tenido mayores puntos de contacto.

De lo que sí soy testigo cercano es de su actividad y su preocupación por la Educación Médica, integrando y dirigiendo el Comité Honorario de EMC de la Escuela de Graduados e integrando la Comisión de Acreditación de Actividades de EMC desde sus orígenes, comisión a la que yo me incorporé en 2008. Su preocupación por este tema la ha llevado a realizar cursos de Maestría de Educación Médica en la Universidad de Tucumán, y acceder al Diploma en Educación Médica. Su actividad como autora de trabajos acerca de la EMC culminó con la reciente publicación del libro “El médico y su continuo aprendizaje” en conjunto con las Prof. Teresita Ceretti y Rosa Niski.

Pero no son sus antecedentes en Gastroenterología (disciplina ya muy bien representada en la ANM por el Prof. Cohen) ni en EMC (la que, además de quien les habla, está también muy bien representada por los Ac. Petruccelli, Peña, Silveri y Bagattini) los que nos llevaron a postularla para ocupar un sitio en nuestra academia. En la Comisión de Acreditaciones, además de aprender de ella, he sido testigo de su preocupación, su dedicación, su humildad y, sobre todo, su rigor. Tanto es así que cuando, en ocasión de sus frecuentes viajes para visitar familiares en lejanos países, ella no asiste a las reuniones, cuando tomamos alguna decisión algo permisiva,

los demás de la comisión, nos preguntamos: “¿qué diría Elena si se enterara?”. Y algo que yo valoro especialmente es su coherencia y su honestidad intelectual al reconocer y corregir nuestros propios errores: “Si nos damos cuenta de que nos habíamos equivocado, ¿vamos a seguir equivocándonos o nos vamos a corregir?”, es una frase que le he oído en varias oportunidades.

En definitiva, todos estos atributos, sus antecedentes académicos, científicos, asistenciales, pero sobre todo los personales son los que aseguran que su actividad en la ANM será de un enorme provecho. Felicitaciones a ambas: a Elena y a la Academia.

Fin de la presentación oficial.

Mientras me alcanzan las tarjetas, les voy a contar un detalle simpático acerca de la postulación de Elena. Resulta que Elena vive en la misma manzana que yo, pero en veredas opuestas. Nuestros edificios están enfrentados por sus dorsos, y desde mis ventanas del fondo, veo las ventanas del fondo del edificio de Elena, a través del pulmón de manzana. En la misma manzana vive la Ac. Eva Fogel, a quien ayer tuvimos el gusto de acompañar cuando el Consejo de la Facultad de Medicina la homenajeó por su reciente nombramiento como Profesora Emérita. Es esta pues, la manzana más académica de Montevideo, seguida por la manzana contigua, en la que viven el otro académico que hoy se incorpora a la ANM, Mario Varangot y el Ac. Emérito Milton Mazza. En definitiva, lo que quiero señalar es que nuestras viviendas de encuentran en veredas opuestas de la misma manzana. En alguna oportunidad, mirando hacia el fondo, se me ocurrió que Elena podría ser una excelente candidata para incorporarla a la Academia. Lo seguí pensando y unos días después, estaba yo con mi señora en un palco (o balcón) lateral del teatro Solís, cuando veo que en un palco simétrico al nuestro, estaba Elena con una amiga. Como faltaban unos minutos para que empezara el espectáculo me fui hasta su palco y le hice la propuesta de postularla, propuesta que ella, naturalmente, por su modestia, al principio rechazó, pero que luego, ante mi insistencia, prometió estudiar.

Por lo tanto, la propuesta de su postulación, surgió “de vereda a vereda, de balcón a balcón”, como dice el bolero. Siguiendo con el mismo bolero, yo le deseo de “corazón a corazón” el mayor de los éxitos en su gestión.

7.2.4.- Palabras del Ac. Elena Fosman

Autoridades presentes.

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina Ac. Prof. Hernán Artucio

Sres Académicos, familiares, amigos,

Señoras y señores:

Permítanme dirigir mis primeras palabras para agradecer a la Academia Nacional de Medicina y a cada uno de sus miembros, por su decisión de incorporarme como Miembro Titular, lo que constituye un alto honor, que mucho agradezco.

Espero poder corresponder con mi trabajo y el compromiso de colaborar con los demás miembros de la Academia, con el fin de contribuir a los objetivos de la misma.

Agradezco las palabras y los conceptos vertidos por el Académico Prof. Carlos Romero, colega de reconocida trayectoria y que mucho valoro.

También vaya mi saludo al Prof. Mario Varangot, que juntos nos incorporamos hoy a la Academia y con quien tengo largos vínculos de trabajo y afecto.

Quiero en estos momentos tan importantes para mí, compartir con ustedes mi agradecimiento público a las personas que influyeron en mi vida, para que hoy yo pueda recibir este alto honor.

En primer lugar, quiero decirles que he sido muy afortunada.

Me he criado en una casa humilde, con padres inmigrantes, a los cuales el Uruguay les brindó todo y que si bien fue una casa modesta, fue muy rica en sentimientos, en valores humanos, morales y éticos, que nos inculcaron a mis hermanos y a mí.

Ellos nos enseñaron con su ejemplo. El destino quiso que mis hermanos estén lejos físicamente pero seguimos muy unidos por nuestros sentimientos y amistad; mi hermano fiel representante de ellos, viajó desde Israel para estar, felizmente, hoy junto a mí.

Luego de los estudios primarios y secundarios que realicé en colegios públicos, me formé en una Facultad de Medicina Magnífica, con distinguidos Profesores, verdaderos ejemplos de la Medicina Nacional, como lo fueron García Otero, Purriel, Del Campo, Ferrari, la Ac. Prof. Dinorah Castiglioni, quien me acompaña hoy aquí y sigue enseñándome con su ejemplo, y otros grandes de la Medicina Nacional, imposible nombrar a todos.

Tuve compañeros de facultad, muy queridos que siguen siendo mis amigos y que me acompañaron siempre. Unas palabras para Bibi que fue mi compañera de estudios y que luego de casi 60 años somos amigas entrañables.

Tuve también la suerte de pasar como interna, por el Servicio de Medicina del Prof. Plá en el Hospital Pasteur, profesor íntegro, excepcional y donde me formé en parte en medicina Interna.

Allí conocí al Prof. C. Muñoz Monteavaro que en ese entonces tenía una policlínica en un diminuto cuarto, quien con sus enseñanzas me hizo conocer y gustar la gastroenterología.

Le debo a él mi formación gastroenterológica, ya que me formé a su lado; fui su primer ayudante de clase, hice el Postgrado, fui Asistente °2(Eva ,gracias por impulsarme a hacer el concurso). También tuve la suerte de trabajar en su Servicio de Salud Pública, en el Hospital Pereira Rossell, único Servicio de Gastroenterología Médico- Quirúrgico, junto al Prof. Luis Praderi y sus colaboradores, el Prof. Oscar Balboa, el Dr. Julio López y la Dra. Elita Otero, experiencia muy enriquecedora no solo científica sino humana.

Mi recuerdo y mi inmensa gratitud para el Prof. Muñoz Monteavaro quien significó tanto para mi carrera docente.

Luego al pasar por los grados 3 y 4 tuve compañeros docentes que me siguieron enriqueciendo, encontré en ellos un grupo humano formidable.

Trabajé siempre libremente con los distintos Profesores que dirigieron la Cátedra, pero sobretodo con el Académico Prof. Elbio Zeballos.

Tuve el privilegio de ser su amiga durante más de 30 años y considerarlo como un hermano. Nos unió una amistad leal y profunda. Teníamos una forma similar de trabajar y puntos de vista muy parecidos, a veces no nos hacían falta las palabras para saber lo que opinaba el otro. En circunstancias, en que la vida me hizo vivir momentos difíciles, Elbio siempre tenía palabras de consuelo que me ayudaban a superarlos.

Mi permanente reconocimiento y mi cariño hacia un amigo excepcional.

Durante mi carrera docente traté de transmitir a mis alumnos todo lo que sabía, sobretodo traté de reflexionar con ellos y enseñarles aspectos que no están en los libros, fruto de mi experiencia, lo que aprendí al lado de los pacientes, de la manera que me pareció mejor, cambiando muchas veces la forma, pero siempre les ofrecí todo y traté de guiarlos a que ellos encontraran su camino por sus propios medios.

Y hoy, tengo la satisfacción de que la Cátedra, en permanente crecimiento, está dirigida por uno de ellos, el Prof y también Académico Henry Cohen, con el cual comparto una amistad invalorable; hoy en el exterior cumpliendo con las tareas relacionadas a su cargo de Presidente de la Organización Mundial de Gastroenterología.

Otros alumnos, son distinguidos Profesores Agregados como Daniel Taullard, Beatriz Iade, a los cuales me unen lazos de verdadera amistad. No me atrevo a seguir nombrando a mis discípulos por temor de olvidarme de muchos.

Siempre sentí que la felicidad del Profesor se refleja en ver brillar a sus alumnos, así como la de toda madre es ver brillar a sus hijos, pues eso es lo que yo siento por todos ellos.

Pero quiero decirles, que yo también me enriquecí y aprendí mucho al lado de ellos y como lo dice tan sabiamente el Talmud: Mucho aprendí de mis Profesores, Mucho aprendí de mis compañeros, pero Mucho más aprendí de mis alumnos.

Sigo en contacto con ellos, algunos verdaderos amigos que están junto a mí en todo momento.

Yo les he dicho que tengo suerte y es así que cuando dejé la Cátedra, tuve la oportunidad de integrarme al trabajo de la Escuela de Graduados, en ese momento dirigida por el Prof. U. Larre Borges, al Area de Educación Médica Continua.

Allí encontré un ambiente agradable, acogedor, en plena efervescencia de formación.

El Comité Honorario de EMC estaba dirigido por el Ac.Prof. D. Petruccelli, a quien debo gran parte de mi formación en esta área; mi reconocimiento y gratitud hacia el Prof. Petruccelli a quien tanto aprecio.

Poco tiempo más tarde se incorporaron las Profs. Rosita Niski y Teresita Ceretti.

Se trabajó intensamente creando una serie de documentos y la Academia Nacional de Medicina formó parte de un grupo de trabajo interinstitucional, cuya finalidad fue crear un Sistema Nacional de Educación Médica Continua o de Desarrollo Profesional Médico Continuo, cuya tarea sigue en proceso.

Integro la Comisión de Acreditación de Instituciones y Actividades de EMC, junto a destacados profesores: Niski, Cat, Silveri, Ceretti, Westein, Peña, Romero y Rubio que con los asistentes académicos Dres L. Borches y María Otero y el personal administrativo forman un grupo humano de excepción con el que nos reunimos todos los miércoles para trabajar en ella.

Un capítulo aparte para expresar mi agradecimiento a la Prof Niski, ser excepcional; Rosita, aprendí mucho de ti, me preparaste para el concurso de grado 2 y seguiste enseñándome siempre y brindándome tu amistad. Te lo agradezco de todo corazón.

En la Escuela de Graduados, bajo la dirección de los Prof. Torres, Ginés y actualmente de la Prof. Adriana Belloso, encontré un ambiente favorable para mi desarrollo personal que culminó con la publicación de un libro que realizamos junto a las Prof. Niski, y Ceretti y que se acaba de publicar, sobre “El médico y su continuo aprendizaje”.

Mientras preparábamos este material, aprendimos mucho y nos enriquecimos mutuamente; mi agradecimiento a Rosita y Teresita por todo lo que me dieron.

Unas palabras para mis familiares y amigos de toda mi vida, que supieron comprender mis ausencias por mis compromisos con mi profesión, cuando me hubiera gustado estar con ellos.

Dejo para el final, para compartir con ustedes, la parte más importante de mi vida personal.

En esa Facultad Magnífica, como les dije, en 1er año, conocí a Enrique.

Fue mi compañero, mi amigo, mi Todo; con él compartimos muchos momentos agradables y otros no tanto, pero siempre nos apoyamos mutuamente.

Formamos un hogar feliz donde tuvimos la suerte de tener 3 hijos maravillosos: Raquel, Cuke y Judith que con sus respectivas parejas nos dieron 8 nietos.

El destino quiso también que Raquel y Judith se encuentren lejos, pero sólo físicamente y hoy están aquí, magníficamente representados por Cuke y Vicky con sus hermosos 4 hijos: Matías, Santiago, Alejo y Fernán.

Nuestros hijos fueron la mayor fuente de alegría y nuestro motor de vida. Quisimos siempre brindarles todo lo mejor.

Yo sé, que probablemente, ellos experimentaron frustraciones y ausencias, tal vez cuando ni siquiera tenían conciencia de ello y también más tarde cuando fueron creciendo.

Enrique y yo siempre nos sentimos muy orgullosos de ellos, al verlos con carreras universitarias brillantes, familias bien constituidas, hijos preciosos y transitando por el camino que libremente eligieron y felizmente con el éxito merecido.

A mis hijos y nietos quiero decirles una vez más, que los quiero mucho y son todo para mí.

Para terminar, hago mías las palabras que se encuentran en el encabezamiento de la página web de la Academia Nacional de Medicina:

Yo, en este acto en que soy investida como Miembro de la Academia Nacional de Medicina, distinción que me honra y enaltece, me comprometo formalmente a brindar lo mejor de mí misma y mi más plena colaboración para el mejor cumplimiento de los fines que establece su Estatuto.

Muchas gracias a todos por acompañarme en este día tan importante para mí.

7.3.- Nombramiento de nuevos Académicos: Luis Carriquiry, Hamlet Suárez, Omar França y Aron Nowinsky

En la Sesión Plenaria Privada de la Academia del 6 de diciembre de 2012, se designó a los Dres. Luis Carriquiry (Sección Cirugía), al Dr. Omar França (Sección Medicina Social y Salud Pública) para ocupar tres sitials de Académicos Titulares. Asimismo se designó Académico Correspondiente nacional al Dr. Aron Nowinsky

8.- SECCIONES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN

8.1.- Sección Medicina

Académicos: José L. Peña, Dante Petruccelli, Enrique Probst, Hernán Artucio, Mario Médici, Juan C. Bagattini, Henry Cohen, Nelson Mazzuchi, Carlos Romero, Carlos Salveraglio, José Grunberg, Elena Fosman y Mario Varangot.

8.2.- Sección Cirugía

Académicos: Jaime Polto, Raúl C. Praderi, Celso Silva, Luis García Guido, Francisco Crestanello, Eduardo Wilson, José E. Pons y Asdrúbal Silveri.

8.3.- Sección Biología Médica,

Académicos: Eva Fogel de Korc, Roberto Quadrelli y Carmen Álvarez.

8.4.- Sección Medicina Social y Salud Pública

Académicos: Gloria Ruocco, Guido Berro, María Teresa Rotondo y Antonio Turnes.

9.- COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

9.1.- Comisión Calificadora Intersectorial

Medicina: Acs. Carlos Romero y Mario Médici (titulares). Acs. Carlos Salveraglio y Nelson Mazzuchi (suplentes)

Cirugía: Acs. Raúl Praderi y Celso Silva (titulares). Acs. José E. Pons y Eduardo Wilson (suplentes)

Biología Médica: Acs. Roberto Quadrelli y Carmen Álvarez (titulares). Ac. Eva Fogel (suplente)

Medicina Social y Salud Pública: Acs. Gloria Ruocco y Antonio Turnes (titulares). Ac. Guido Berro (suplente)

9.2.- Comisión de Asuntos Internacionales

Acs. Celso Silva (responsable) Roberto Quadrelli, Antonio Turnes, Henry Cohen. José L. Peña, Jaime Polto y José Grunberg.

9.3.- Comisión de Coloquios

Acs. Carlos Romero (responsable), Carmen Álvarez y Asdrúbal Silveri .

9.4.- Comisión de Educación Médica (en especial el Desarrollo Profesional Médico Continuo y el Profesionalismo)

Acs. José L. Peña y Carlos Romero (titulares); Juan C. Bagattini y Asdrúbal Silveri (alternos)

9.5.- Comisión de Bioética

Acs. Nelson Mazzuchi (responsable), Eduardo Wilson, Francisco Crestanello y Guido Berro.

9.6.- Comisión de Informatización De La Academia

Acs. Gloria Ruocco (responsable), Luis García Guido y Francisco Crestanello.

9.7.- Comisión de Presupuesto

Acs. Mario Médici y Juan C. Bagattini

9.8.- Comisión de Publicaciones

Académicos: Francisco Crestanello (responsable) Juan C. Bagattini y Carlos Romero.

9.9.- Comisión de Reglamentos.

Académicos: Dante Petruccelli (responsable) , Francisco Crestanello, Jaime Polto y Nelson Mazzuchi.

9.10.- Comisión de seguimiento de actividades académicas

Acs. Hernán Artucio (presidente), Guido Berro, Carlos Romero, Henry Cohen y Nelson Mazzuchi.

9.11.- Grupos de trabajo

9.11.1.- Para el estudio del Proyecto del Código de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay

Acs. Guido Berro (responsable) Francisco Crestanello, Eduardo Wilson , Mario Medici, Antonio Turnes y Nelson Mazzuchi.

9.11.2.- Para la organización de las Jornadas sobre Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas. 15 años después, que se llevarán a cabo los días 11 y 12 de abril de 2013

Acs. Guido Berro (coordinador) Eva Fogel , Antonio Turnes y Enrique Probst .
Con fecha 23/8 se incorporaron los Dres. Freddy Da Silva y Alberto Scavarelli y el Inspector Julio Guarteche.

9.11.3.- Para la organización de las Jornadas de Siniestralidad Vial que se llevarán a cabo el 22 y 23 de agosto de 2013 en la Torre de Comunicaciones de ANTEL.

Acs. Asdrúbal Silveri (coordinador), Dr. Augusto Muller (co-coordinador), Acs. Guido Berro, Gloria Ruocco, y Juan C. Bagattini , Dr. Gerardo Barrios, Sres. Jorge Tomasi y Carlos Cal.

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 todos los jueves de cada mes.

12.- CONFERENCIAS, COLOQUIOS Y EXPOSICIONES

En el año 2012 en la Academia se realizaron las siguientes conferencias, coloquios y exposiciones:

12.1.- La sal. (Conferencia).

Ac. Carlos Romero.

Saludo de bienvenida

Buenas noches, gracias por venir.

Con esta charla comenzamos el ciclo de conferencias del año 2012.

Sean ustedes que yo nací en la otra cuadra, en el Sanatorio Catalina Parma de Beisso, local que hoy ocupa el Colegio Nacional José Pedro Varela. Hasta los 11 años viví a 2 cuadras, en Carapé (hoy Ana Monterroso de Lavalleja) a la misma altura, entre Acevedo Díaz y Juan Paullier. Hice primaria en la Escuela Perú, en la otra cuadra, en la vereda de enfrente. En mi casa se compraba la sal, que en esa época consumíamos sin ningún remordimiento, en el almacén de la esquina de Carapé y Acevedo Díaz. El pediatra que nos atendía, el Dr. Leúnda, vivía en Carapé entre Acevedo Díaz y Duvimoso Terra (hoy Mario Cassinoni). A la misma altura, pero en la calle Brandzen (hoy Francisco Canaro) vivía un joven estudiante de Medicina, hoy presidente de la ANM. Durante varios años tuve mi consultorio a dos cuadras de aquí, en 18 y Cassinoni. Por lo tanto, bienvenidos al barrio. Como habrán advertido casi todas las calles cambiaron de nombre desde que yo nací. Zafaron Acevedo Díaz y Juan Paullier, que ya habían cambiado a principios del siglo XX. Acevedo Díaz era Patria y Juan Paullier era Salsipuedes, palabra que según como uno la corte y la entone, puede resumir las dos posiciones que discutiré en cuanto a las recomendaciones a la población acerca del consumo de sal: una, restrictiva: ¿Sal? Si puedes... Otra permisiva: ¿Sal? ¡Sí!, puedes.

Introducción.

El tema de esta conferencia surgió cuando a fines del año pasado, por invitación de la Magister en Nutrición Florencia Cerruti integré, junto con la Magister María Isabel Bove y el Ing. Carlos Silvera, un tribunal que juzgó una Tesis de Maestría en Nutrición de la Ing. Lara Taroco en la Universidad Católica sobre el tema Estimación de los efectos de una disminución en el contenido de sal de los panificados sobre la salud cardiovascular. Con un prolijo manejo de datos provenientes de la literatura médica internacional y de encuestas sobre los hábitos alimentarios en nuestro país, para decirlo en su mínima expresión, la conclusión era que la disminución del contenido de sal en los productos panificados a 1 g %, (10 gramos de sal por kilo de harina) produciría una disminución de la presión arterial de menos de 1 mmHg tanto de la presión sistólica (la máxima) como de la diastólica (la mínima) tanto en los normotensos como en los hipertensos.

Estos modestos resultados, sin embargo, y dada la alta prevalencia de la hipertensión arterial y su repercusión en la mortalidad, representan nada menos que unas 100 muertes menos por año. El Ing. Carlos Silvera, en sus comentarios sobre la tesis, expuso algunas consideraciones interesantes sobre el papel de la sal en las sociedades antiguas, y yo creí que podría ser interesante organizar una conferencia exponiendo brevemente algunos conceptos generales sobre la sal en la antigüedad y explayándome sobre los aspectos médicos del tema. Supongo que también ustedes llegarán con la expectativa (o el pesar) de escuchar a un cardiólogo hablando sobre la sal en la hipertensión. Pues se verán defraudados.

Por esos días yo tenía un Kindle nuevo, y para investigar un poco en el tema, bajé por U\$S 11.99 (lo que seguramente horrorizaría a alguno de mis amigos presentes, no porque sea poco o mucho, sino simplemente por pagar) un libro electrónico de Mark Kurlansky titulado Salt: A World History, que me resultó fascinante; después vi que este libro es una cita obligada de los artículos médicos que tratan de la sal y la hipertensión arterial. Es un periodista norteamericano que también escribió (a pesar de su nombre) un libro sobre la historia de los vascos, The Basque History of the Word, que a mí me resultó de mucho interés en razón de mi apellido materno. Luego busqué más información en Wikipedia. Y aquí quiero hacer un alegato a favor de Wikipedia, habitualmente tan criticada. Aunque buena parte de lo que allí se presenta puede tener una base poco firme, si uno la usa con juicio, Wikipedia nos aporta las pistas para llegar a información bien fundada. Si, por ejemplo, nos dice algo a primera vista sorprendente y nos da como fuente de esa información un artículo publicado en el Lancet en tal fecha y en tal página, y entonces nosotros vamos al Lancet y encontramos el artículo en cuestión, la información de Wikipedia resultó correcta. Si vamos al Lancet y no lo encontramos, era una fantasía, una mentira o un error. Claro que a veces la información disponible en las páginas oficiales de estas grandes revistas no está disponible en su versión completa. Al revés de lo que pasa en nuestras revistas científicas, que todos tenemos interés en que las pueda leer quien quiera, muchas grandes revistas tienen grandes presupuestos e intereses comerciales y no permiten leer sino el resumen. Pero siempre hay gente que se las arregla para conseguir el nombre del usuario y su contraseña para poder leer el texto entero.

Durante años el Uruguay entero entró al New England Journal of Medicine gracias al usuario Lewis, contraseña Lewis. El Lewis Lewis se convirtió en un clásico, y si ahora lo difundo es porque ya no funciona y no me pueden acusar de favorecer la piratería. Hay sí otro caso similar para la revista Circulation, que todavía está activo y el único problema que tiene es que si uno imprime un artículo, al pie de la página aparece “downloaded by Marilyn Yurk”. Marilyn Yurk, es sin siquiera saberlo, uno de los mayores contribuyentes al desarrollo de la cardiología nacional. Afortunadamente muchas de estas grandes revistas han distendido un poco esas políticas de restricciones y brindan acceso a textos completos de los artículos publicados más de un año antes.

Esto ha hecho inútiles las colecciones de revistas. Yo tiré a principios de año, con dolor en el alma, 4 metros de Circulation de mi biblioteca (todo está ahora disponible en la página web desde el primer número en 1950) para dar paso a otros tantos metros de CDs, DVDs y BluRays, formatos que ya están quedando o quedarán obsoletos porque todo se puede bajar (gratis o pagando) y conservar en pequeños dispositivos, que un poco después también serán obsoletos, porque todo estará disponible en alguna “nube” en el ciberespacio, sin ocupar nuestro espacio.

Tampoco yo me creo que todo lo que dice el Lancet, aún con la mejor intención, sea la verdad revelada, (yo suelo decir en broma: ¡cómo no va a ser cierto, si está escrito en inglés!) porque más temprano o más tarde se publicará algún artículo que mostrará resultados opuestos a los que se publican hoy. Mi abuelo, a edad avanzada, tenía un deterioro cognitivo que en aquel entonces no tenía nombre propio, con momentos de lucidez y momentos de desvarío, “lagunas mentales” que mi abuela pretendía superar diciéndole “Cállate Francisco, que estás con la laguna”. En algunos momentos él, ante alguna novedad sorprendente que ella le contaba, sobre todo si alguien quería darse ínfulas, solía decir: “no creas nada Rosa, son todas mentiras”. Yo antes creía que eso lo decía en sus momentos de desvarío. Ahora, cada vez con más certeza, creo que lo decía en sus momentos de lucidez.

Como resultado de todo lo mencionado, mi charla tendrá un fuerte componente sobre aspectos no médicos (sociales, culturales, antropológicos, rituales, comerciales, industriales) y un más corto componente médico.

Y espero que el riesgo de error en lo que digo sea menor al 0.05 y el riesgo de disparate menor al 0.01.

Para cumplir debidamente con las principales fuentes que inspiraron esta conferencia, menciono a Lara Taroco y su tesis, a Mark Kurlansky y su libro, en información sin límites a Wikipedia y en el sustento filosófico a través de la duda sistemática, a Francisco Larrechea Goya, mi abuelo. Durante la presentación, la música de fondo era Lluvia de sal, por Javier Limón y las fotos, que tuve que tomar en secreto en mi casa, para que no pensaran que estaba loco, escribiendo con granos de sal, de mi autoría. Comprenderán también el porqué de la brevedad del título de esta conferencia. El que dibuja con sal, como ustedes habrán advertido por la cabellera, no soy yo.

Generalidades

Cuando nos referimos a la sal, estamos hablando básicamente del cloruro de sodio, aunque recordamos que la sal destinada al consumo humano tiene en nuestro país un agregado de flúor y de yodo, para la prevención de caries y bocio, respectivamente. Tengo entendido que la resolución de incorporarle yodo a la sal es en buena medida el resultado de una campaña llevada a cabo por el Prof. Federico Salveraglio, que fuera miembro de esta academia y padre del actual académico Carlos Salveraglio.

El ClNa surge de la combinación de un catión (ión con carga positiva) sodio, con el anión cloro. La molécula de ClNa es sumamente estable. El peso atómico del sodio es 23 y el del cloro 35, por lo que el peso molecular del ClNa es la suma: 58. El sodio constituye por lo tanto, aproximadamente un 40 % de la sal y el cloro un 60%. Para pasar de sal a sodio hay que multiplicar por 0.4 y para pasar de sodio a sal, por 2.5. Diez gramos de sal equivalen a 4 g de sodio. Cuando la OMS recomienda un consumo máximo de sal de 5 g por día, eso equivale a 2 g de sodio por día. Para evitar confusiones vamos a seguir hablando exclusivamente de gramos de sal. ¿Cómo saber cuánto es 1 g de sal? Para las balanzas habituales de las cocinas la precisión no es suficiente para medir 1 gramo. Suele decirse que 1 g es lo que cabe en el hueco que aloja a

un comprimido de aspirina en el blíster. Yo hice la prueba y me dio 0.7 g. O sea que 3 medidas son unos 2 gramos. Un gramo un hueco y medio del blíster de aspirina. Los 5 g de sal recomendados como máximo por la OMS serían 7 huecos.

¿Cuánto pesa la sal que sale con un golpe del salero? Con un salero habitual, recién cargado con la sal común que se vende en bolsas, me dio 50 mg. Con 100 golpes de salero se alcanzan los 5 g de sal. Claro que eso depende del salero, de la calidad de la sal, de la humedad y de que la sal tenga o no agregados antiapelmazantes. Una marca de sal, la sal Morton, que parece que fue muy común en todo el mundo, hacía su propaganda mostrando cómo la sal se derramaba aún con lluvia.

Yo no recuerdo haber visto jamás esa sal. Sí recuerdo la sal Cérébos, que aludiendo a la misma característica mostraba esta imagen: “echale sal en la cola”.

El cloruro de sodio se dispone en cristales con una estructura muy sencilla, con átomos de Cl y de Na equidistantes formando cubos. Los cristales que se forman al evaporarse una solución de ClNa en agua tienen un tamaño tanto mayor cuanto menor la velocidad del proceso de evaporación.

A la presión atmosférica y a 20°, es soluble en agua hasta los 360g por litro de agua. Merced a papilas gustatorias específicas en la lengua, somos capaces de reconocer el sabor salado (hay otras papilas para los otros gustos básicos: dulce, amargo, ácido y umami). Reconocemos como agua “dulce” en realidad agua sin sal, a la que tiene menos de 1/2 g por litro, salobre entre 1/2 y 30 g por litro; el agua de mar tiene entre 30 y 50 g por litro, y por encima de los 50g/l se considera salmuera. En realidad la salmuera que se consume en los asados de campo es agua sobresaturada de sal, con algún condimento agregado. Hay ciertas prevenciones en cuanto al contenido de sal de las aguas minerales que se expenden en nuestro país. Llevados los datos de las etiquetas a sal, el agua Salud tiene 17 mg/l, el agua Nativa 27 mg/l y el agua Tienda Inglesa 50 mg/l. Se necesitarían 294 litros de Salud ó 185 litros de agua Nativa ó 100 litros de agua Tienda Inglesa para agotar la recomendación de la OMS de 5 gramos por día. El agua mineral Villavicencio de Argentina tiene 320 mg/l (cerca de los niveles de agua salobre: 500 mg/l).

El agua de mar constituye un reservorio prácticamente inagotable de sal. También hay sal en lagos salados, en ríos subterráneos y en forma sólida, en las minas de sal, constituyendo las únicas rocas comestibles. Nosotros no estamos acostumbrados a los grandes bloques de sal, porque en nuestro país no disponemos de minas de sal, pero en Bolivia, Uyuni, provincia de Potosí, hay una mina de sal de la que se extraen bloques de tal tamaño y solidez, que con ellos se han construido viviendas, por ejemplo este hotel.

La mina polaca Wieliczka, (a 13 km de Cracovia por la ruta 4), patrimonio de la humanidad, alberga en sus profundidades una capilla esculpida en una galería. Observen que el cuadro a la izquierda parece ser una reproducción de la última cena de Da Vinci. Efectivamente lo es. Incluso los caireles de las arañas están hechos con piedras de sal.

Los seres vivos, en especial los animales, también contienen cloruro de sodio. Los animales carnívoros obtienen la sal que necesitan de la carne que comen. Los herbívoros, en cambio, necesitan un suplemento de sal. Cuando disponen de acceso a bloques de sal, los lamen.

Cuando no tienen sal a su disposición, a los animales domesticados les debe ser proporcionada como suplemento. Le pregunté a un entendido en cuestiones rurales por qué le daban sal a las vacas y me dijo que ayudaba al celo. Es probable que un déficit continuo de sal perturbe de tal forma el estado general de un animal que deje de cumplir con la función reproductora, que es esencial para la especie, pero no para el individuo. De todas formas, es interesante observar cómo se vincula la sal con el celo, con el sexo, de lo cual veremos más tarde otros ejemplos.

El ser humano tiene unos 250 g de cloruro de sodio. El sodio, entre otras funciones, participa de los procesos que tienen que ver con las señales eléctricas (potenciales de acción) de la actividad neuronal. También la actividad muscular (y entre los músculos incluimos al músculo cardíaco) está regida por señales eléctricas similares. Ciertos trastornos del ritmo cardíaco tienen que ver con alteraciones de corrientes de sodio y numerosos fármacos antiarrítmicos actúan a través de efectos sobre las corrientes de sodio: disopiramida, procainamida, quinidina, lidocaína, fenitoína, flecainidina, propafenona, ivabradina.

El sodio tiene además la propiedad de retener agua, y a través de este mecanismo, entre otros, influye en la cantidad de agua de nuestro organismo y en la determinación de la presión arterial.

Es esta la razón por la que se plantea la reducción del consumo de sal en pacientes con hipertensión arterial.

El sodio se elimina por la orina, las heces y el sudor, y debe ser permanentemente repuesto. En función de esta eliminación, las cantidades requeridas para reponerlo dependen en buena medida de la actividad. Las necesidades fisiológicas de sodio se cubren con 120 mg de salⁱ, y el consumo adecuado es de 3800 mg en jóvenes activos (por el sudor), 1300 mg en mayores de 50 años y 1200 mg en mayores de 70 años.ⁱⁱ Los requerimientos son mayores cuanto mayor la temperatura y el ejercicio que se realiza, por la eliminación por el sudor. Los deportistas tienen muy claro la necesidad de reponer agua cuando realizan actividad física intensa, sobre todo los deportes de ultra-resistencia, y fundamentalmente si hace calor. Pero también tienen claro que el agua sola, sin el adecuado contenido de minerales, no sirve porque si se la ingiere pura, puede dar lugar a disminuciones importantes de la concentración del sodio en la sangre, una hiponatremia, que puede llegar a ser mortal. Existen preparados comerciales aptos para la reposición adecuada de las pérdidas por sudor. Uno de los más conocidos (Gatorade) contiene una concentración de sal superior a 1 g/l.

A la presión atmosférica el agua pura se congela a 0° y hierve a 100°. Las soluciones de sal en agua se congelan a menor temperatura (tanto menor cuanto mayor la concentración de sal), lo que se conoce como descenso crioscópico, y análogamente hierven a mayor temperatura (ascenso ebulloscópico). Ambas características tienen aplicaciones prácticas. Si se le agrega sal a la nieve, no se va a convertir en hielo a 0° sino a una temperatura menor, y eso sirve para que, echando sal sobre las rutas, la nieve no se solidifique, evitando accidentes, porque el hielo es sumamente resbaladizo. En la prensa en estos pasados días de frío intenso se informó de accidentes de moto en Melo al patinar en el hielo acumulado en las calles. Este no es un suceso de gran importancia, pero fue noticia (bueno, es claro que muchas noticias que publica la prensa no son demasiado importantes). El uso de la sal como anticongelante es el destino de buena parte de la producción de sal. Vemos el destino de la sal que se comercializa en EEUU. Sólo un 4% se destina a la industria de la alimentación. Es posible descender el punto de congelación hasta los 21° bajo cero a una concentración de 230 g de sal por litro. Lamentablemente la sal arrojada a las carreteras llega a los campos que las circundan y se vuelven no aptos para la agricultura. De hecho, una forma de arrasar los territorios durante una retirada en una guerra, era derramar sal sobre ellos.

El aumento ebulloscópico también tiene aplicaciones domésticas. Si nosotros calentamos agua pura, no podemos pasar de los 100° porque se evapora. Si le agregamos sal, hervirá a una temperatura mayor, lo que puede abreviar el tiempo de cocción de los alimentos. Lamentablemente este procedimiento determina que los alimentos queden muy salados. El otro procedimiento para obtener una mayor temperatura de ebullición es el aumento de la presión, tal como sucede en las ollas a presión.

Otra propiedad importante de la sal es su capacidad osmótica. Si tenemos una membrana permeable al agua pero no a la sal, separando dos compartimentos que contienen uno agua pura y el otro, agua con sal, el agua fluirá desde el compartimento sin sal hacia el que sí tiene sal, tendiendo a igualar las concentraciones.

Merced a esta capacidad osmótica, si ponemos abundante sal en torno a un trozo de carne, la sal hará que salga agua desde la carne, creando condiciones hostiles para la reproducción microbiana responsable de los procesos de putrefacción. Esta propiedad de la sal, la de conservar los alimentos, ha sido la razón de su enorme trascendencia estratégica, política, económica, colonial, en la civilización, y la base de nuestra conferencia.

Es muy probable que los hombres primitivos hayan advertido que los peces demoraban más en descomponerse si morían sobre los depósitos naturales de sal producidos por la evaporación del agua del mar. Se atribuyeron a la sal propiedades extraordinarias capaces de diferir la muerte, otorgar permanencia y estabilidad, y ¿lograr la inmortalidad? También es probable a partir de la constatación de que la prole de los animales que viven en el agua salada es mucho más numerosa que la de los que habitan fuera del agua, vincularan a la sal con propiedades análogas en cuanto a la fertilidad y, según interpretaciones psicológicas mucho más recientes, con la sexualidad. Un paso más, y se la vincula con el bien y contra el mal, con dios y contra los espíritus malignos, con el disfrute y contra el hastío.

Son numerosos los ejemplos de estas creencias.

El psiquiatra galés Ernest Jones, el más importante introductor del psicoanálisis en lengua inglesa, discípulo de Carl Jung y de Freud, publicó en 1912 un ensayo sobre la obsesión humana con la sal, una fijación que él consideraba irracional y subconscientemente sexual. “En todas las épocas la sal ha sido investida de un significado que excede largamente lo inherente a sus propiedades naturales, por interesantes e importantes que éstas son. Homero la llama una sustancia divina. Platón la describe como especialmente querida por los dioses, y nosotros mostraremos la importancia que se le ha asignado en ceremonias religiosas, pactos y encantos mágicos. Que esto haya sido así en todo el mundo y en todos los tiempos pone de manifiesto que estamos frente a una tendencia humana general y no con modas, circunstancia o nociones locales.”

Ya que mencionamos a Freud, no sé si ustedes vinculan a Freud con esta imagen. Quizá si asumimos que quien tiene el antifaz es el hijo de la mujer, podría ser una expresión muy explícita del complejo de Edipo. Quizá otros más versados en el tema adviertan otras vinculaciones. Para los que no ven relación alguna, miremos la imagen en su totalidad y no simplemente una parte. Si aún siguen sin ver la vinculación con Freud, sigamos reduciendo la imagen, y entonces sí verán a Freud. Ustedes se preguntarán qué tiene que ver Freud con la sal, como no sea a través de su discípulo Jones. Tengo muy claro que para algunos Freud tiene que ver con todo.

Como consecuencia de las creencias sobre la sal y la fertilidad, en los Pirineos, las parejas que se casaban concurrían a la iglesia con sal en sus bolsillos para evitar la impotencia. En algunas partes de Francia sólo la llevaban los hombres, en otras las mujeres. En Alemania se rociaban con sal los zapatos de las novias. Los sacerdotes egipcios no consumían sal, porque exacerbaba el deseo sexual. Cuando un indio Pima mataba a un Apache, él y su mujer no tenían sexo ni consumían sal durante 3 semanas.

La vinculación de la sal con la sexualidad se traduce en ciertas palabras, por cierto no muy usuales. En latín salax es el hombre enamorado y de allí provienen las palabras (que, si bien figuran en los diccionarios, yo creo no haber oído ni leído jamás) salaz (muy inclinado a la lujuria -vicio consistente en el uso ilícito o en el apetito desordenado de los deleites carnales-) y salacidad (inclinación vehemente a la lascivia -propensión a los deleites carnales-). Ahora bien, si uno se fija qué significa carnal, la acepción que corresponde a este tema, según el mismo Diccionario de la Lengua Española, es lascivo o lujurioso. De modo que la lascivia es la propensión a los deleites carnales, y carnal es lascivo. Un verdadero círculo vicioso.

Adviertan de paso ustedes cómo la Real Academia de la Lengua Española menciona a la carne, como expresión de sexo, en esas definiciones. Veremos después la importancia de la sal en la conservación de la carne en su sentido lato.

Esta imagen, tomada del libro de Kurlansky corresponde a un grabado de 1157 en el que se ve a varias mujeres “salando” a sus maridos. Y la leyenda dice: “with this salting, front and back, at last strong natures they will not lack”. Con esta salazón por delante y por detrás, finalmente, naturalezas fuertes no les faltarán, un procedimiento precursor del Viagra, del que sí, bien podemos poner en duda su eficacia, seguramente no debe tener efectos colaterales adversos.

El Diccionario de la Lengua Española incluye entre las acepciones de sal, las siguientes: agudeza, donaire, chiste en el habla; garbo, gracia, gentileza en los ademanes. En relación con estas acepciones deriva la expresión “papa sin sal” para alguien que no tiene ningún atractivo, también varias canciones tales como Azúcar, pimienta y sal (que podemos apreciar cantada por Jorge Falcón y Fernando Soler), Echale sal a la vida (cantada por Rada) y para no defraudar al Ac. Wilson el tango Echale sal, de Miguel Caló, en versión solamente instrumental. La sal también ha llegado al cine en una película italiana “Gianni e le donne”, recientemente exhibida en nuestro medio con el nombre: “La sal de la vida”. En libros, “La sal de la vida” de Anna Gavaldà. En el arte destaca el salero de Francisco I de Francia, obra de Benvenuto Cellini en marfil, oro y esmalte. Uno se preguntaría ¿dónde se pone la sal?

El Diccionario Español del Uruguay menciona las siguientes acepciones: caro, costoso, duro de pelar, persona excepcional en su especialidad, indica que un problema es de difícil resolución o que una situación es embarazosa. Pero en estos casos no se pronuncia salado, sino salado.

Y agrega otras definiciones sobre palabras derivadas:

- Saladura: paliza muy grande; práctica supersticiosa que consiste en derramar sal en el camino habitual de alguien, con la finalidad de provocarle un maleficio.
- Salame: gil

Otras palabras de uso común que derivan de la sal son: salsa, ensalada, salame, salamín, salchicha, saladitos, salario, ¿soldado? (salt en inglés se pronuncia solt, soldado es soldier, en francés soldat; solde quiere decir sueldo). La palabra comensal, que se ha querido interpretar como la condición de las personas que comen sal, en realidad viene del latín mensa, que significa mesa, y por lo tanto, comensales son quienes comparten la mensa, la mesa, y no los que comen sal en grupo.

Tampoco la palabra salud deriva de sal, sino de la diosa romana Salus (Higia entre los griegos, de donde deriva la palabra higiene), hija de Esculapio (dios de la medicina) y hermana de Panacea (que todo lo cura). Sí proviene de sal el nombre de Salzburgo, que quiere decir la ciudad de la sal, por las razones que luego veremos.

En relación con las presuntas vinculaciones de la sal con el bien y el mal, la suerte o la desdicha, surge la costumbre vigente aún en nuestro país por la cual, cuando se derrama sal en la mesa se deben tirar 3 pizcas hacia atrás por encima del hombro izquierdo para prevenir la mala suerte y alejar a los espíritus malignos, y por alguna razón que no alcanzo a entender, pero que debe tener alguna explicación, no se debe pasar un salero de mano a mano, porque trae mala suerte, sino depositarlo en la mesa para que el otro lo tome.

La religión no ha escapado al influjo de la sal, y el “pacto de sal” aparece mencionado en el Antiguo Testamento, libro de Números 18:19-21. “Todas las ofrendas elevadas de las cosas santas, que los hijos de Israel ofrecieren a Jehová, las he dado para ti, y para tus hijos y para tus hijas contigo, por estatuto perpetuo; bajo pacto de sal perpetuo es delante de Jehová para ti y para tu descendencia contigo.”

El pacto de sal era irrevocable. Cuando se hacía un pacto de sal, los hombres que participaban del acuerdo llevaban sendas bolsitas de sal en sus cintos, y al celebrar el acuerdo mezclaban la sal de cada uno con la de la contraparte. Esto servía para recordar a los hombres que participaban en este evento que no podrían jamás distinguir la sal de uno de la del otro, simbolizando que este convenio nunca podría volverse atrás, por lo tanto era perpetuo.

En el libro de Job se menciona que una de las tantas pruebas que el hombre debía saber sufrir era la de comer sin sal (Job 6, 6).

En el evangelio según San Lucas figura (2:7) se lee: “Y dio a luz a su hijo primogénito, y lo envolvió en pañales, y lo acostó en un pesebre, porque no había lugar para ellos en el mesón.” José y María se habían preparado para el nacimiento del niño y habían traído esos pañales, fajas de lino fino porque todo príncipe tenía que ser envuelto en fajas al momento del nacimiento, pero antes de envolverlo tenían que limpiarlo, lavarlo con agua y sal para que el niño al momento del nacimiento fuera salado. La razón por la que todo príncipe tenía que ser salado era para cuando él llegase a ser rey, pudiera juzgar a la gente con rectitud, con justicia, con honestidad y sus palabras tenían que ser saladas. El, como rey tenía que ser integro en sus palabras y por eso debía ser salado al nacer. Es debido al significado de estas costumbres que Jesucristo fue salado y envuelto en fajas al nacer.

San Marcos (9: 50) dice: “La sal es buena; pero si la sal se vuelve insípida, ¿con qué la sazónaréis? Tened sal en vosotros y estad en paz los unos con los otros.”

Otra referencia bíblica es la de la destrucción de Sodoma. Cuando Dios avisa a Lot que va a destruir la ciudad, le advierte: “Escapa por tu vida; no mires tras ti, ni pares en toda esta llanura; escapa al monte, no sea que perezcas. Entonces Edith, la mujer de Lot miró atrás, a espaldas de él, y se volvió estatua de sal.” (Génesis 19: 26)

Importancia estratégica de la sal.

Imaginen ustedes por un momento qué pasaría si dejaran de funcionar todos los equipos de refrigeración, no los del aire acondicionado sino las heladeras y no sólo las de sus domicilios, sino las de los supermercados, las cámaras de frío para conservar frutas y verduras, pescados y carnes. Gran cantidad de alimentos que estamos acostumbrados a consumir a diario se perderían y no podríamos consumirlos. Es especialmente sensible el sector cárnico, por algo los establecimientos que procesan y distribuyen carne se llaman, no carnicerías mayoristas, ni procesadores y distribuidores de carne, o nombres por el estilo, sino frigoríficos. Análogamente las cremas frías son helados y se venden en comercios llamados heladerías.

¿Qué pasaba antes de 1865 cuando Charles Tellier, habiendo inventado años antes un proceso de enfriamiento por compresión del gas amoníaco, lo instala en la fábrica de chocolates Menier? Unos 10 años más tarde el barco Frigorifique traslada carne desde Buenos Aires a Francia y llega en buen estado luego de 105 días de navegación.

El problema de la conservación de carnes (ganado y pesca) se resolvía mediante la salación de estos productos. Como hemos visto antes, la sal deshidrata la carne y se crea un medio hostil al crecimiento microbiano de la putrefacción.

La posesión de fuentes de sal, fuera por minas o por evaporación del agua salada, confirió a los poseedores un poder económico extraordinario sobre quienes no las tenían.

Veremos algunos ejemplos en poblaciones paradigmáticas.

La civilización china fue una de las primeras en utilizar la sal para preservar alimentos. Pero si bien la utilizaron para conservar pescados, el producto que ha perdurado hasta nuestros tiempos es la salsa de soja. También preservaban huevos sumergiéndolos en sal y cenizas, y elaboraban pickles (encurtido de alimentos en agua con sal y vinagre). En ciertas regiones, cuando nacía una niña guardaban un vegetal en un frasco con sal, y lo mismo hacían luego, en cada cumpleaños. En el momento de la boda, le entregaban el tarro de pickles, lo cual indica que permanecían en buen estado por lo menos, digamos, 15 años.

Los chinos no sólo inventaron la pólvora, el papel, la brújula; también en China, 20 siglos antes de Cristo, se ideó el monopolio del mercado de la sal por el estado, y se aplicó una tasa sobre la sal, que era injusta porque afectaba por igual a los pobres y a los ricos, ya que todos consumían cantidades similares de sal. El IVA actual mantiene esa injusticia cuando afecta a productos alimenticios básicos, pero lo hace a una tasa reducida del 10%, y castiga más a los productos no básicos con una tasa del 22%, y estos productos son más consumidos por los ricos que por los pobres. Lo producido por la tasa a la sal se empleó para construir obras monumentales, entre ellas la Gran Muralla China. El impuesto a la sal fue alternativamente derogado y reimplantado por varios monarcas, en medio de polémicas entre tendencias filosóficas que lo objetaban, como el confucionismo y las que lo apoyaban, el legalismo.

China es actualmente el primer productor de sal del mundo. Vemos cómo es la producción de sal en distintos países. En nuestro país no hay producción de sal, al menos que yo conozca y la que se procesa aquí proviene de Chile. Me ha contado un pariente de quien quiso explotar una salina artificial, en el balneario La Coronilla, bombeando sal desde el mar por 14 km de tuberías hasta más allá de la ruta 9, fracasó en su intento porque no son habituales las sequías prolongadas que permitan la cristalización de la sal del agua marina por evaporación, y que la única vez que se logró una cantidad adecuada de sal por este procedimiento, una lluvia intensa la devolvió al mar por el canal Andreoni. No tengo ninguna información en el sentido de que el balneario Salinas tenga algo que ver con un sitio con esas características.

Los egipcios utilizaron por primera vez la sal para preservar carne y pescado y para hacer apetitosas a las aceitunas, que en su estado natural son tremendamente amargas, y salando las huevas obtenían un producto que aún se sigue consumiendo en Italia con el nombre de bottarga; también utilizaron sal en el proceso de momificación de los cadáveres (sal en los pobres y el natrón, carbonato de sodio, en los ricos) y e iniciaron el transporte de sal en grandes cantidades a través del Sahara utilizando camellos que llevaban sendas cargas de casi 100 kg en cada lado y demoraban 1 mes en llegar desde el valle del Nilo hasta su destino en el oeste africano. A causa de los atracos que sufrían las caravanas, el traslado se hacía en grandes grupos, de hasta 40.000 camellos. 40.000 camellos por 200 kg cada uno representaban 8000 toneladas de sal. He averiguado que los contenedores cargan unas 20 toneladas, o sea que esta caravana llevaba el equivalente a 400 contenedores. De todas formas, más que sal, los egipcios exportaron alimentos que se conservaban en sal, lo que, a igual peso, era mucho más redituable.

De los egipcios pasemos a los celtas, denominados galos por los romanos, pueblo originado en lo que ahora es Austria, Hungría y Baviera y que se expandieron a Francia (La Galia, término que en fechas recientes popularizó la historieta Asterix de Goscinny y Uderzo) y otros países, de donde derivan los nombres Gales, Galicia en España y Galitzia en Polonia. Su economía se basaba en la sal y el hierro. A ellos debemos la elaboración de las salchichas y el proceso de curación del jamón; el jamón fue parte importante de la dieta romana cuando los romanos derrotaron a los celtas.

Los romanos también alternaron su conducta en cuanto a la tasa a la sal, cobrándola para contribuir a los gastos del estado o derogándola. De todas formas reconocían la importancia de la sal, tanto es así que parte de la paga de los soldados se hacía con sal, y de ahí el nombre “salario”.

La conservación del pescado en sal tuvo una enorme importancia comercial. En Roma se consumían, provenientes del Mediterráneo, sardinas, atún y bonito todos conservados en sal y una salsa de pescado llamada garum (garo).

Más recientemente también seguía siendo de la mayor importancia el comercio de la sal, por lo que algunos gobiernos europeos lo convirtieron en monopolio y aplicaron tasas a su consumo. En particular en Francia, este impuesto, llamado la gabelle fue muy impopular, muchas personas fueron castigadas a prisión o muerte por evadir la gabelle, se constituyó en un símbolo de las injusticias sociales y auspició varias revueltas, entre ellas la Revolución Francesa de 1789. Fue un impuesto considerado “odioso” y suprimido en 1790. Reimplantado por Napoleón en 1806, vuelto a suprimir y reimplantado, su abolición definitiva se produce recién en 1945.

El otro gran acontecimiento vinculado a la lucha contra los impuestos a la sal, naturalmente como uno de los exponentes del abuso del poder colonialista, fue el movimiento de Gandhi en la India, protagonizando La marcha de la sal, en 1930 que culminó con la liberación de la India del imperio británico en 1947. Partió con 78 seguidores y recorrió a pie 300 kilómetros durante 25 días, en los que se le sumó todo tipo de gente; los informantes decían al virrey Lord Irwin que no se preocupara porque ese flaco no sería capaz de llegar a su destino, ya que moriría antes. Finalmente el 6 de abril de 1930 llegó a Dandi, en la costa del Océano Índico, seguido por miles de seguidores y por la expectativa mundial, que simpatizaba con la causa y reprochaba el colonialismo inglés. Avanzó dentro del agua y recogió en sus manos un poco de sal. Con este mínimo gesto, altamente simbólico, Gandhi alentó a sus compatriotas a violar el monopolio del gobierno británico sobre la distribución de sal y en consecuencia incitó a la desobediencia pasiva.

En la playa, la multitud imitó al Mahatma y recogió agua salada en recipientes. Su ejemplo fue seguido por todo el país. De Karachi a Bombay los indios evaporaron el agua y recogieron la sal a plena luz del día, desafiando a los británicos que llenaron sus cárceles con 60.000 ladrones de sal indios.

Los independentistas indios, fieles a las recomendaciones de Gandhi, no se resistieron a los arrestos violentos de la policía colonial. El mismo Mahatma fue detenido y pasó nueve meses en prisión. Finalmente, el virrey reconoció su impotencia para imponer la ley británica, a menos que se utilizara ampliamente una represión violenta, con el riesgo que esta reacción quitara a los británicos todo crédito ante los indios y la opinión mundial. Cediendo a las peticiones de Gandhi, el virrey Lord Irwin liberó a todos los prisioneros y presionado por las circunstancias reconoció a los indios el derecho a recolectar ellos mismos la sal. Cuando cerrado el pacto, el virrey propuso al Gandhi sellar el acuerdo con una taza de té, Gandhi lo hizo con agua, limón y una pizca de sal.

En algún momento se le preguntó al Gandhi qué opinaba sobre la civilización occidental: “sería una excelente idea.”

Muchos pueblos hicieron grandes negocios con el transporte de pescados conservados en sal, por ejemplo los vascos. Los vascos eran expertos en la caza de la ballena. La ballena era una importante fuente de carne y de grasa. Dado que su carne es “fría”, la Iglesia Católica permitía su consumo en los días de abstinencia (abstinencia de carnes “calientes” y de sexo) que debía observarse durante muchos días del año, y cuya desobediencia se penaba hasta con la horca. Con la ballena, de esas dos prohibiciones, carne y sexo, por lo menos se eludía una. Eran

hábiles navegantes y fuertes arponeros para la caza de la ballena que avistaban desde torres en la costa y a cuya vecindad se acercaban sigilosamente. Una vez que los vikingos, grandes navegantes provenientes del norte, llegaron hacia zonas próximas a los territorios vascos, de ellos aprendieron los vascos las técnicas para construir grandes barcos que les permitieron viajes largos, incluso hasta las regiones nórdicas de los vikingos, y cargados con sal obtenida de Portugal viajaban al norte tras la pesca de ballenas. Descubrieron en aquellas regiones las virtudes del bacalao, pez con muy poca grasa, que ventilado durante un día y posteriormente salado, se transformaba en una tabla muy dura y perdurable, fácil de transportar y de conservarse aún en regiones más templadas. El consumo de bacalao se propagó por toda Europa, especialmente en Cataluña y Nápoles.

Los vikingos no tenían sal porque el método más barato y eficiente para obtener sal, la evaporación del agua salada del mar por acción del sol, no funcionaba en aquellas zonas húmedas y poco soleadas. Los portugueses tenían sal en abundancia, pero no tenían carne. Los vikingos tenían una gran riqueza en pescados, pero no los podían conservar porque no disponían de sal. Los vascos no tenían ni sal ni grandes reservas de pescados, pero se hicieron “la Europa” comerciando con el bacalao, antes de venir a hacerse “la América” ordeñando vacas.

Dejamos de lado los arenques, las anchoas, los salmones, el tocino, la manteca, los quesos, el ketchup y muchos vegetales en conserva. Dejamos de lado a los suecos, noruegos, británicos y la importancia que tuvo para esos pueblos el comercio de la sal, la pesca, la salación de los pescados, la navegación. Para todas las civilizaciones tuvo gran importancia el comercio de la sal. Las grandes ciudades se instalaron en lugares cercanos a fuentes de sal (salinas, minas de sal, lagos salados), y algunas fueron centros tan importantes del comercio de la sal que se ve reflejado en el propio nombre de la ciudad. Tal es el caso de Halle en Alemania (halle es sal en alemán antiguo), cuna de Haendel, y Salzburgo (salz es sal en el alemán actual, y burg es ciudad), en Austria, cuna de Mozart y von Karajan. Rutas destinadas al transporte de sal toman su nombre a partir de este uso: la Vía Salaria desde Roma hasta el Adriático, la Alta Salztrasse en el norte de Alemania, la Route du sel en Francia.

La sal en América

En Colombia, asienta la Catedral de Sal de Zipaquirá, que es el sitio de mayor producción en el país y además es un sitio de interés turístico, por ser la primer maravilla de Colombia y la mina de sal a cielo abierto más grande del mundo.

En Bolivia, como dijimos en Uyuni, provincia de Potosí se encuentra una gran mina de sal, con cuyos bloques se ha construido un hotel.

Brasil es el mayor productor de sal de Sudamérica.

Los incas obtenían sal por evaporación en pozos de unos 5 m² de superficie, en los que aguas saladas provenientes de corrientes subterráneas, se evaporaban al sol. Actualmente en la zona de Maras, cercana a Cuzco se pueden ver terrazas con estos pozos, conocidos como minas de sal.

Entre los aztecas y mayas la sal constituía un elemento de trueque con otras culturas y el acceso a las fuentes de sal constituyó un instrumento de guerra y de política,

Entre sus deidades veneraban una diosa, Huixtocihuatl, la diosa de la sal.

¿Qué sabemos sobre el uso de sal en la población indígena de Uruguay antes de la conquista? Casi nada. En el libro de Fernando Klein Nuestro pasado indígena, se nos dice que eran cazadores-recolectores y explicándonos cómo utilizaban las boleadoras para cazar animales, confirmamos que consumían carne. Probablemente fuera ésta su única fuente de sal (la que contiene naturalmente la carne, por eso los animales carnívoros no requieren suplementos de sal, en tanto los herbívoros sí), porque desconozco que en nuestro territorio existiera alguna forma de obtención de sal. Es interesante lo que menciona acerca de la expedición de Solís, en 1516; luego de la muerte de Solís y varios compañeros a manos de los indios, los sobrevivientes vuelven a España, cazan 66 lobos marinos, de cuya carne hicieron charque y llevaron consigo los cueros. Así como Argentina puede vanagloriarse de que el primer barco que transportó carne congelada salió de Buenos Aires, Uruguay puede vanagloriarse de que fue el punto de origen de la primera “exportación” desde el Río de la Plata, y también estaba constituida por carne.

Saladeros en el Uruguay

Francisco Antonio Maciel (el mismo que creó el hospital que hoy lleva su nombre) estableció un saladero sobre las costas del arroyo Miguelete y Samuel Lafone instaló otro en 1840 en La Teja, que llegó a faenar 1.200 vacunos al día. El tasajo allí obtenido por salazón de las carnes se destinaba a la alimentación de esclavos en Brasil y Cuba (recuerden lo que mencionamos acerca de las mayores necesidades de reponer pérdidas de sal por mayor sudoración en climas cálidos y con el trabajo físico), dado que la abundancia de carne fresca en nuestro territorio no lo hacía atractivo. Dada la proximidad con el Cerro de Montevideo y que de acuerdo a la dirección de las sombras, se encuentra al este del Cerro, es posible que el saladero representado en este sello, corresponda al saladero de La Teja. Observen los cueros curándose al sol. La plaza Lafone en La Teja recuerda a este personaje.

Consumo de sal en el mundo

El estudio Intersalt¹ puso de manifiesto grandes variaciones en el consumo de sal en distintas partes del mundo, con un mínimo de 12 mg /día en los indios yanomamis de Brasil y 14 g /día en el norte de China (1210 veces más), lo que revela la enorme capacidad de adaptación y regulación del organismo humano; reconozcámosle este mérito al riñón.

Consumo de sal en Uruguay

Según datos que me proporcionó la Dra. Fontáns, en el HC investigaron cuál era el consumo de sal a partir de la medida del sodio eliminado en la orina de 24 horas en 33 estudiantes de medicina y los resultados se muestran en el gráfico. El consumo promedio de sal fue de 7.5 ± 2.8 g/día. 85% de los estudiantes tuvieron un consumo mayor al recomendado y 39% de los estudiantes tuvieron un consumo muy elevado (>8g/día).

Según la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (2005-6), el consumo de sal (estimado a partir del contenido de sodio en los alimentos que declaran consumir) es de 3742 mg de sodio por día y por persona, correspondientes a 9355 g de sal (IC 9328-9385) por día y por persona.

De los datos que mostró la Ing. Taroco, tomados de esa encuesta, destaco los siguientes.

El consumo diario de sal aumenta con la capacidad adquisitiva del hogar. Para el 10 % de la población con menores ingresos es de 7.5 g y para el 10% con mayores ingresos, casi 12 g.

Los que agregan más sal a las comidas son los de niveles medios, pero en relación con el consumo total, nuevamente son los más pobres los que agregan un mayor porcentaje.

La contribución de los alimentos naturales está en el orden del 10% para todos los grupos. Pero la cantidad de sal agregada disminuye al aumentar el poder adquisitivo y son los alimentos procesados los que más sal aportan. El alto porcentaje de la contribución de los alimentos procesados llega en EEUU e Inglaterra al 75-80%. Es seguramente éste un gran cambio cultural en comparación con épocas pasadas. Es claro que los alimentos preparados tienen más sal que los caseros. Y es por tanto uno de los objetivos para disminuir el consumo de sal. Los productos panificados son grandes contribuyentes al consumo diario de sal. Aunque en nuestro país no existe una reglamentación en cuanto al contenido de sal de los panificados, se estima que el contenido actual es de unos 18 g por kilo. Se estima que descensos del 10% de la concentración de sal son indetectables para los consumidores comunes. Por ese motivo, sería posible un descenso gradual y progresivo del contenido de sal del pan, para llegar al cabo de algunos años a 10 g por kilo.

Con ese contenido de sal se puede estimar, a partir de extrapolaciones de los hallazgos de otros estudios, que la presión arterial descendería algo menos de 1mmHg (tanto en la sistólica como en la diastólica, tanto en normotensos como en hipertensos. No obstante lo ínfimo de esa

¹ **INTERSALT**: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. Intersalt Cooperative Research Group. BMJ. 1988; 297: 319

reducción, dada la alta prevalencia de la hipertensión arterial y su repercusión en la mortalidad, puede estimarse en 100 el número de vidas ahorradas por año.

Sería deseable que se logaran acuerdos con la industria panificadora y/o se establecieran pautas tendientes a limitar la cantidad de sal de los panes. Estas medidas deberían complementarse con un control de los lugares de elaboración de pan, ya que la informalidad en el sector es muy elevada, sobre todo en los barrios más pobres y en el interior del país.

Las políticas implementadas en otros países para disminuir el consumo de sal en la población ¿han dado resultados?

Tenemos ejemplos de que esas políticas han disminuido el consumo de sal, y que esa disminución del consumo de sal se traduce en una disminución de la presión arterial.

Pero la duda radica en si esas disminuciones del consumo de sal, que llevan a disminuciones de la presión arterial se traducen en disminución de la morbilidad o mortalidad cardiovasculares. La mayoría de las revisiones confirman esta presunción, por ejemplo el metaanálisis de Strazzullo, tanto en enfermedad CV como en stroke, y las políticas de diversos estados, motivados por sociedades científicas procuran disminuir el consumo de sal. Por ejemplo, Inglaterra propuso bajar el consumo de sal actual de 11 g por persona por día, a 6 g para el 2015 y a 3 g para el 2025.

Pero hay unas pocas informaciones que muestran que no se logran cambios significativos en las enfermedades y las muertes cardiovasculares si se comparan subgrupos con bajo y alto consumo de sal.

Una revisión Cochrane reveló efectos poco significativos vinculados a la reducción de la sal.

En pacientes con enfermedad cardíaca o diabetes, un estudio del grupo de Yusuf mostró que en comparación con los pacientes que consumían entre 10 y 15 g los pacientes que consumían mayor cantidad tenían mayor mortalidad, como era de esperar. Pero sorpresivamente, también morían más quienes consumían menos de 7.5 g y aún más quienes consumían menos de 5 g al día.

Un informe del NHANES III, con 8699 mayores de 30 años, no institucionalizados representativos de 99 millones de norteamericanos reveló aumentos apenas significativos de la mortalidad CV ajustada entre quienes consumían menos sal, y aumentos no significativos de la mortalidad global.

Un metaanálisis del grupo de Staessen mostró que aunque el menor consumo de sal se asociaba con menor presión arterial sistólica (no así con la diastólica) los resultados en cuanto a mortalidad CV fueron negativos: murieron más los que tenían menor presión. Y también tuvieron mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares quienes consumían menos sal. Esta información, contraria al conocimiento establecido y políticas en curso o proyectadas, causó la conmoción que era de esperar y críticas a la estrategia utilizada en el trabajo, como, por ejemplo que sólo se valoró el consumo de sal (a través de la eliminación urinaria de sodio) una vez, al comienzo del estudio, y a partir de ahí, los pacientes permanecieron en los grupos bajo o alto consumo por el resto del seguimiento.

Yo no voy a abogar a favor de Staessen, ni falta que le hace, pero encuentro que hay razones para, por lo menos tenerlo en cuenta. Son varios los ejemplos de las curvas en J: el índice de masa corporal, el consumo de vino, el colesterol.

Yo mismo sostenía que algunas de las rectas de algunos gráficos del famoso estudio del Lancet sobre 1.000.000 de pacientes en realidad correspondían a curvas en J. Una de las gráficas muestra una relación supuestamente lineal entre el logaritmo del riesgo y la PA. Pero miren ustedes si no parece más adecuada una curva en J. Veo que estas diapositivas mías son del año 2004. El mundo académico mundial no las tuvo en consideración, es más, ni siquiera se enteró. A mí me gustan mucho las curvas en J. Un artículo de reciente aparición dice que la explicación de los efectos del consumo de sal podría radicar en una relación ejemplificada por una curva en J. Por favor no digan que yo pienso que se puede comer sal sin límites. 99% de la información aboga a favor de la disminución del consumo de sal.

Pero: ni tanto ni tan poco, diría mi abuelo. Decidan ustedes si lo diría en sus momentos de lucidez o de desvarío.

El morir y la muerte. Aspectos médico-legales y éticos. (Coloquio).

Exposición del Ac. Guido Berro.

(El otro participante fue el Dr. Oscar Cluzet).

(Este coloquio fue repetido en la Reunión de Academias Nacionales de Medicina del Plata realizadas en Buenos Aires el 19 de octubre de 2012).

Recuerde el alma dormida
avive el seso y despierte,
contemplando
cómo se pasa la vida,
como se viene la muerte
tan callando [...]

Nuestras vidas son los ríos/ que van a dar a la mar,
que es el morir...

Jorge MANRIQUE², coplas a la muerte de su padre, (año 1476)

I.- Introducción

Ha dicho Miguel de UNAMUNO ³ que “el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma” (1). Y José SARAMAGO ⁴ (2) en su novela: “Intermitencias de la Muerte”, magníficamente plantea los problemas que enfrenta un imaginario país en el que nadie muere, y de inicio nos dice: “Al día siguiente no murió nadie. El hecho, por absolutamente contrario a las normas de la vida, causó en los espíritus una perturbación enorme...”

Con toda fuerza, debería estar siempre presente en la curricula de la formación médica el tema del morir y la muerte, realmente: “el olvido de la muerte es la deserción de la vida misma” y el hecho de borrar la muerte es... “absolutamente contrario a las normas de la vida”.

El único ser consciente de su final, de su “ser para la muerte” en el sentido heideggeriano, es el Humano, aunque aleja esa idea respecto de sí pero no duda de la finitud de los demás (3).

Se accede a ese conocimiento de ser mortal- como lo señala SCHELER (4)- a través de la experiencia exterior que lo pone en contacto con la muerte de otros. Pero aún el hombre aislado, mediante la observación de su propio envejecimiento y de los agravios que lo abaten llegaría a vislumbrar su aniquilamiento existencial.

Puede admitirse, de acuerdo con RAIMBAULT (5) que el niño sea capaz de concebir la muerte, a su manera, pero seguramente es en la adolescencia que adquiere la concepción más evidente.

Así como el saberse mortal engendra esa angustia primaria, los momentos de angustia aproximan al abismo de la nada, como se acercara TOLSTOI en “Las memorias de un demente” en las que relata que en instantes de máxima tensión interior alcanzaba a oír y comprender el lenguaje enigmático de la muerte en una mezcla de temor a no ser y alienación (6).

En nuestra civilización, la muerte se transforma en el miedo básico de todo ser humano. El temor a dejar de ser enfrenta al Hombre, según SCHOPENHAUER (7) con “el gran desengaño”.

El Hombre conoce su destino pero vive como si fuera eterno, como congeniando- tal como opina JASPERS (8)- la finitud en la infinitud.

VOLTAIRE (9), en su “epistolario”, afirma que siempre se dice que los hombres “No son más que sombras pasajeras... se lo dice, pero luego se obra, se hacen proyectos, como si se fuera inmortal”.

A esta interesante actitud existencial SCHELER (4) le llama “inconsciencia metafísica”, porque aunque sabemos que moriremos, se reprime este pensamiento y se actúa como si alrededor fueran a morir todos menos uno. (Y en lo medicolegal hoy parecería que vivimos en una situación que tal que si alguien murió es posible que “alguien tenga la culpa”).

² Jorge Manrique (Paredes de Navas, España, h. 1440 - Castillo de Garcimuñoz, Cuenca, id., 1479) Poeta castellano autor de las célebres *Coplas a la muerte de su padre*, máxima creación de la lírica cortesana del siglo XV y una de las mejores elegías de la literatura española.

³ Miguel de Unamuno y Jugo ([Bilbao, 29 de setiembre de 1864](#) – [Salamanca, 31 de diciembre de 1936](#)) Escritor y filósofo.

⁴ José Saramago (Azinhaga, Portugal 1922, Premio Nobel de Literatura) Escritor.

La existencia auténtica es la que permite ser uno mismo, optando con autonomía y aún en situaciones de gran apremio existencial es posible reafirmar el sentido de la existencia.

Pensemos por ejemplo en la actitud de investigación filosófica de Sócrates escasas horas previas a la libación fatal

El intento de penetrar en la esencia de la muerte implica un esfuerzo vano o al menos me resulta imposible, tampoco es el propósito del presente artículo. Pero a veces del lenguaje literario del artista pueden intentarse o extraerse algunas respuestas:

A. CAMUS (10) en su novela “El extranjero” nos cuenta de un hombre que accede en los momentos que preludian su muerte, a la verdadera esencia de la existencia. El escritor argelino habla de la vivencia reveladora de la agonía... SABAT ERCASTY (11) lo ha hecho también, pero en un lenguaje mucho más hermético y Herman BROCH (12) en su Virgilio, y muchos otros autores...

Un paciente que agoniza poco antes de morir a veces se muestra bien, liberado de angustias y ha dejado atrás la puerta del espanto para ingresar al vestíbulo de la realidad que da acceso a la unidad del ser como nos dice Virgilio cuando ya se sumerge en las entrañas del universo...

SCHOPENHAUER (7) de alguna manera nos contesta a nuestra curiosidad cuando afirma “...preguntón insensato, que desconoces tu propia esencia...¿donde está la nada cuyo abismo temes?”...Reconoce tu mismo ser, ESA FUERZA íntima, oculta,...que no es atacada ni por el nacimiento ni por la muerte”.

II.- Regulaciones legales (Uruguay) y aspectos medicolegales

Ahora bien, el Hombre, viviendo en sociedad ha dictado normas, legislado, gestionado o administrado más o menos eficientemente aspectos relacionados con el morir y la muerte. Disposiciones basadas en cultos o tradiciones, en conocimientos científicos, valores jurídicos y éticos. Aparecen así: las regulaciones legales y sus aspectos medicolegales principales e incluso, cuando la muerte ya se constató: la tanatolegisación.

Un primer planteo, luego de la reflexión filosófica hecha, y que nos permite por lo pronto que no utilicemos el término paciente terminal, ya que todos lo somos y pondríamos una vez más la muerte en los otros considerándonos inmortales, cayendo en la inconsciencia metafísica de SCHELER (4), es: la existencia de un derecho a vivir la propia muerte, a transitarla, a no sedar siempre, obviamente tampoco nunca. Transitar en condiciones dignas, sin angustia intensa, ni disnea, sin dolor, sin impedir estar acompañado, sin dosis letales de fármacos por el solo hecho de la irreversibilidad o incurabilidad, es decir no indicados por otra causa.

Un primer Derecho entonces, si se dan las condiciones, es a vivir la muerte consciente, dignamente y acompañado: “...E Ismael añadió por su parte:-No te apartes de mí hermano que puede ser la hora de morir...” (13)

Y luego, primero y antes que nada, ¿Cuándo se está muerto?: la ley 14005 de 1971 de Autopsia y Trasplantes (14) nos dice como debemos establecer la muerte: mediante la comprobación médica de la existencia de cambios patológicos irreversibles incompatibles con la vida (art.7).

Y la hora de la muerte: es precisamente la de la comprobación de esos cambios patológicos irreversibles incompatibles con la vida (ley 17668 modificativa de la 14005) (14).

Si no existe vida, ninguna persona puede ser responsabilizada y castigada penalmente por suprimir medios extraordinarios de supervivencia, porque falta el presupuesto biológico indispensable. Su desconexión, comprobada la muerte (encefálica) es lícita y está indicada (15).

Por otra parte: la inminencia fatal de la muerte no habilita a suprimir intencionalmente la vida. Pero ello no se opone a admitir una correcta terapéutica del dolor (físico o moral), la angustia o la disnea, aunque para lograrlo deba recurrirse finalmente, a dosis elevadas y eventualmente letales (doble efecto).

Marco médico-legal actual (en Uruguay) a tener presente frente a pacientes con imposibilidades curativas y proximidad de la muerte:

Principalmente se debe tener en cuenta algunas disposiciones, que transcribimos, de las siguientes normas:

Ley N° 18.335 del 15/08/2008 y su Decreto Reglamentario 274/2010 del 8/09/2010 (Pacientes y usuarios de los servicios de salud, se establecen sus derechos y obligaciones), y la Ley N° 18.473 del 3/04/09 (Voluntades anticipadas).

Veamos, la ley 18335 en su Artículo 17 establece: "Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a: (transcribimos los de mayor interés al propósito de esta comunicación)

B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.

C) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.

D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica)...

A este respecto nos expresábamos hace ya muchos años: "Constatada la intención del equipo médico -aliviar y no matar- y una terapéutica inicialmente compatible y conciliable con la vida, el médico no incurre en delito, sino que cumple un deber ético y procede lícitamente, de acuerdo con su propio criterio e investido de la independencia técnica que le proporciona su habilitación profesional por el Estado". (16)

Y el Dr. Darío CORGATELLI (17) en 1979 ya planteaba la existencia del derecho del paciente a rehusar terapéuticas denominadas por ese entonces como extraordinarias. Posteriormente se mencionaba como Derecho al rechazo informado. Al no encarnizamiento como acuñaron los franceses, o a la no obstinación, como preferimos.

"La lucha por la vida ha de tener unos límites racionales y humanos, más allá de los cuales se vulnera la dignidad de los seres humanos" ha dicho Diego GRACIA (18).

O como dice Alain GARAY (18): "Tenemos razones para limitar el esfuerzo terapéutico aumentando los medios paliativos para garantizar la dignidad de las condiciones de la muerte. No hay muerte digna sin calidad de vida"

En cuanto al Consentimiento, a veces el paciente con muerte próxima e incluso premoriens (agónico) tiene aptitud y capacidad legal para consentir, la lucidez puede mantenerse casi hasta el final. O pudo haber expresado anticipadamente su voluntad o ser representado

La ley 18335 en su Artículo 11 establece que: Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud.

El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

Y en su Artículo 18: Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:

F) Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: "No Reanimar" impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.

Vinculada con la temática expuesta está también la ley 18473 del 3/04/09 de Voluntades Anticipadas que establece que toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos..., y ... tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible. (14)

III.- Sobre la *lex artis ad hoc* en Medicina paliativa

Conceptualizamos como *lex artis ad hoc* al conjunto de conocimientos técnicos y científicos adecuados al caso y la integración de los principios y reglas de bioética a los mismos, enmarcados en la normativa sanitaria vigente.

Es decir, no basta con el adecuado procedimiento científico-técnico para caracterizar a la *lex artis*, sino que se agrega el debido respeto de pautas deontológicas y de derecho médico.

Por ejemplo ya no alcanza un protocolo científico de encare de tal o cual situación, sino que además no tiene que existir un rechazo informado y sí un consentimiento válido otorgado, a veces por delegación, cuando el paciente no puede por sí otorgarlo.

Debe existir una historia clínica que permita apreciar cual ha sido la actuación médica, con el motivo de consulta, el interrogatorio médico, el examen físico, los estudios indicados y solicitados, la agrupación sindrómica, el diagnóstico presuntivo, el definitivo, la terapéutica, el pronóstico y evolución, los consentimientos informados, el pasaje de las indicaciones con objetivos terapéuticos a las de tipo paliativo.

La *lex artis* delinea las reglas generales del ejercicio profesional, el modelo estándar, tenido por adecuado y en consonancia con normas del Derecho Médico y la Ética.

La *lex artis* conduce a que la conducta médica se compare con una conducta tipo o modelo que se toma como unidad de medida y que se supone que es como hubiese actuado un médico de la especialidad, ya no un buen padre de familia, sino un profesional prudente y conocedor de la ciencia y técnica exigibles en esas circunstancias en su profesión.

El análisis a través de la *lex artis*, en suma, tiende a valorar desde el punto de vista objetivo la actuación desarrollada e informa sobre pautas de conducta que sirven de elemento comparativo y juegan como unidades mínimas exigibles.

La importancia de la *lex artis* radica también en que quien actúa sin respeto a ella y ocasiona por ello un daño, cae en culpa médica. Al respecto nuestros jueces han sido claros: por ejemplo el Dr. Tabaré SOSA AGUIRRE, en sendas sentencias publicadas en IJU, 107, 12.383 y 110, 12723, ha descrito la culpa médica como: “no actuar conforme a las reglas consagradas por la práctica médica - *lex artis*- con arreglo al estado de los conocimientos al tiempo de la prestación” y el Tribunal de Apelaciones Civil 4° el 16 de mayo de 1979 afirmaba que: “existe culpa profesional porque quien ejerce una profesión está obligado no solo a obrar con diligencia y atención, sino también a hacerlo siguiendo los conocimientos técnicos y habilidades que constituyen el acervo técnico-científico de dicha profesión” (19).

Ahora bien, entonces, en Medicina Paliativa el accionar se debe encuadrar en un adecuado marco clínico y ético.

Cuando los tratamientos curativos se terminan y se da paso a la Medicina Paliativa, a excepción de los Pediátricos que suelen ser simultáneos y superponerse o comenzar sin haberse retirado las medidas terapéuticas. (ALBERTI, LORES Y MENCHACA) (20), el accionar se debe encuadrar en un adecuado marco clínico, ético y medicolegal (*lex artis*).

Los cuidados paliativos deben llevarse a cabo bajo parámetros bien definidos.

Así por lo pronto: se requiere una dosificación ajustada a las propiedades farmacológicas, farmacocinéticas y farmacodinámicas del agente empleado, adecuada a las características específicas del paciente y a la respuesta terapéutica obtenida.

Debe saberse y dejarse constancia de la respuesta del paciente y debe hacerse una monitorización clínica de la respuesta.

Enfermería debe estar informada de la estrategia paliativa y coordinada en todo momento con el equipo médico y con familiares, que incluso colaboran en el monitoreo del control sintomático. Medicina asertiva y no a la defensiva ni de complacencia.

El seguimiento permitirá, según la respuesta obtenida, adecuar las dosis.

Y todo enmarcado en criterios de buena práctica médica y con base en principios bioéticos de no-maleficencia y beneficencia, así como de autonomía.

Pero lo primero y previo a todo planteo debe ser tener una precisión diagnóstica y un análisis detallado del pronóstico.

Debe haberse hecho una valoración clínica exhaustiva que permita saber si el paciente tiene un proceso clínico irreversible en el que la muerte se prevé a corto plazo. Donde lo curativo da paso a lo paliativo.

Lo anterior exige, ante la mínima duda, la obtención de una segunda opinión. Que tampoco deberá ser negada aunque no haya dudas y exige el registro fundamentado en la historia clínica. También frecuentemente se impone la consulta a colega de sólida formación en cuidados paliativos.

La valoración clínica referida debe haber identificado todos los factores potencialmente reversibles con un encare curativo.

La Medicina toda y la paliativa en especial no tienen por objetivo acelerar la muerte. Dicha muerte será una consecuencia inexorable de la evolución de la enfermedad y/o sus complicaciones.

La intencionalidad mortal no es paliativa y rompe los ojos cuando las dosis prescritas son inusitadas de inicio, no hay síntomas a tratar o se los trata de forma totalmente desproporcionada. Y no hay fundamentación alguna del accionar. (Distancia vs. Ortotanasia)

No pueden faltar las anotaciones de las indicaciones, del proceso desarrollado para la toma de esa decisión, el procedimiento propuesto, informado al paciente y/o familiares, consentido y seguido.

Y cuando se hubo de avanzar a medidas de sedación: deben registrarse adecuadamente los parámetros de medida de la respuesta del paciente, como: ansiedad, agitación y nivel de conciencia.

Cuando se pasa a sedación-analgésia la respuesta de éxito es el alivio y no la muerte, pero si esta sobreviniera por el llamado doble efecto, si el actuar médico fue de acuerdo a la *lex artis ad-hoc*, su conciencia queda en paz, actuó como médico. Su intención probada fue aliviar y la responsabilidad jurídica estará a salvo. Eso no es eutanasia en el sentido de dar muerte, y sí en el de buena muerte (sentido etimológico en desuso) (16) (21).

En 1516, Sir Thomas MORO, publicó su obra *Utopía* (22), en la que describió un mundo diferente y concibió la práctica de la eutanasia activa.

Moro no fue el único filósofo en estudiar la práctica de la eutanasia. En 1620 Sir Francis BACON, publicó su *Novum Organum* (23), en la cual acuñó el actual concepto de eutanasia.

Sin embargo, la etimología del término eutanasia (eu- buena y thanatos- muerte), tal como fuera utilizado por griegos y romanos no merecería objeciones si fuera ese el concepto actual.

Pero si se dio muerte, según M. CAIROLI (24), este tipo de práctica en nuestro ordenamiento jurídico es un homicidio que, conforme lo dispuesto por el artículo 37 del Código Penal Uruguayo, podrá ser facultativamente perdonado por el juez, en la medida que haya súplicas reiteradas de la víctima y se den los demás requisitos. (Homicidio piadoso).

Si se provocara la muerte intencionalmente, la fórmula adoptada por el codificador, José IRURETA GOYENA (25), en el art. 37 del C.P. consagra una causa de impunidad mediante el facultativo perdón del juez:

“Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”.

En suma: La normativa actual en nuestro país establece el siguiente marco médico-legal:

- Acatar, en caso de estar inconsciente, las “voluntades anticipadas” que haya efectuado el paciente.
- Que se medique a un paciente en las dosis necesarias para su alivio aun a expensas de un probable acortamiento de la vida.
- Suspender tratamientos curativos y no reanimar cuando ya no se pueda mejorar la condición del enfermo portador de enfermedad irreversible en etapa de futilidad terapéutica. No caer en obstinamiento.
- Registrar en la historia clínica.

Todo ello en consonancia con lo que desde distintos ámbitos del derecho médico, la medicina legal y la bioética, se enfatiza (26) (27).

Bibliografía:

- 1) UNAMUNO M: Del sentimiento trágico de la vida. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1999.
- 2) SARAMAGO J: Las intermitencias de la Muerte. Alfaguara. 2005.
- 3) HEIDEGGER M: Introducción a la metafísica. Ed. Nova. Bs.As. 1959.
- 4) SCHELER M: Muerte y Supervivencia. Ed. Concourt, Bs. As. 1979.
- 5) RAIMBAULT G: A criança e a morte. Ed Fco. Alves, Rio de Janeiro, 1979.
- 6) TOLSTOI L: Obras selectas Edición 6, Editor Edimat Libros, Guatemala. 2004.
- 7) SCHOPENHAUER A: El amor, las mujeres y la muerte. Ed. Tor, Bs. As., 1940.
- 8) JASPERS K: Psicopatología general. Ed. Beta, Bs. As. 1977.
- 9) VOLTAIRE F: Páginas amenas de un filósofo. Ed. Elevación, Bs. As., 1948.

- 10) CAMUS A: L'étranger. Ed. Gallimard. París, 1957.
- 11) SABAT ERCASTY C: Soneto de las agonías y los éxtasis. Academia Nal. de Letras. Montevideo. 1977.
- 12) BROCH H: La muerte de Virgilio. Alianza Ed. Madrid, 1979.
- 13) ACEVEDO DÍAZ E: Grito de Gloria. Col. Clásicos Uruguayos 1964, pág.31.
- 14) LEYES 14.005, 17.668, 18335 y 18473 y DECRETOS 258/92 y 274/010.
- 15) TOMMASINO A: La muerte desde el punto de vista jurídico-penal. Rev. Psiq. Urug.,49:35-40, 1984.
- 16) SOIZA A y BERRO G: Eutanasia. Rev. Psiq. Urug., 49:29-34, 1984.
- 17) CORGATELLI D: A propósito de cuestiones relativas a la determinación de la muerte y a la existencia de un derecho del individuo a no ser sometido a ciertos tratamientos en situaciones críticas. Anuario de Derecho Penal Uruguayo. Tomo 3: 161-164. Montevideo 1979.
- 18) GARAY A: Morir con Dignidad. Conferencia en: VII Congreso Latinoamericano de Derecho Médico. Santiago de Chile.10/11/2010
- 19) ALBERTI M, LORES R, MENCHACA A: Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos Rev Med Uruguay 2008; 24: 50-55.
- 20) GAMARRA J: Responsabilidad Civil Médica. Tomo I pág. 35, FCU. Montevideo 1999.
- 21) PUPPO BOSCH D: Reflexiones sobre el morir y la muerte. Rev. Psiq. Urug.,49:23-28, 1984.
- 22) MORO T: Utopía, Ed. Akal, Madrid, 1997.
- 23) BACON F: Novum Organum. Ed. Orbis S.A., Bs. As., 1984.
- 24) CAIROLI M: La eutanasia en Uruguay. En: El tratamiento jurídico de la eutanasia, obra colectiva, Ed. Tirant lo blanch, Valencia, 1996.
- 25) IRURETA GOYENA J: CÓDIGO PENAL URUGUAYO, 1934 (Comentarios al final del mismo).
- 26) DECLARACIÓN DE VENECIA de la AMM sobre la Enfermedad Terminal. Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983.
- 27) CLUZET O: Erradicar la futilidad en la práctica médica: ¿un imperativo categórico? bases éticas para un debate necesario. En: <http://www.bioetica.edu.uy/bibliografia>, artículos on line.

12.3.-

Los duelos. Acerca de las Pérdidas y Separaciones afectivas. Homenaje al Dr. Alberto Sosa. (Conferencia).

Ac. Enrique Probst.

Voy a iniciar esta exposición con una aclaración acerca del título elegido como habrán podido notar utilizo el plural para referirme a la situación de duelo. El motivo es desear incluir en este tema varios cuadros clínicos que por lo abigarrado de los mismos no se relacionan – aparentemente-con lo que generalmente se denomina duelo. Las razones espero puedan justificarse por lo que a continuación desarrollaré.

Las reacciones psíquicas frente a las experiencias de pérdidas y separaciones recorren una amplia gama de afectos como ser la tristeza, a veces la depresión, los sentimientos de vacío y soledad y el desconsuelo. Sin embargo en ocasiones estos no aparecen y sorpresivamente son sustituidos por diversos cuadros psicopatológicos. Esto ha llevado a que los psiquiatras hablen de duelos normales y duelos patológicos.

El criterio para diferenciarlos no radica solamente en la duración de lo que se da en llamar trabajo de duelo, sino fundamentalmente en las características sintomatológicas que pueden llegar a manifestarse en función de los mecanismos psicopatológicos involucrados.

Quizá sea útil comenzar por describir un par de situaciones que todos los que ejercen la medicina puedan haber experimentado. Cuando los pacientes tienen una mala evolución y fallecen, es relativamente frecuente percibir en forma silenciosa o manifiesta el reproche y hasta el rencor de algunos de los parientes del paciente, que acusan al técnico de ser el causante del fallecimiento. Por supuesto que todos nos hemos en alguna oportunidad equivocado. “Errare humanum est” dice el viejo aforismo. Lo que me interesa señalar son las reacciones paranoicas que algunos familiares experimentan adjudicando mal o bien, la responsabilidad de

lo acontecido al médico en cuestión. No creo que sea necesario ser psiquiatra para percibir que esas reacciones tienen un propósito defensivo y son alimentadas por diversas razones desde la profundidad de lo inconsciente cuya finalidad es mitigar, sustituir, sofocar y abolir una pena intolerable por lo acontecido.

La otra situación que es más frecuente de observar son la de pacientes que acuden a la consulta por malestares variados, surgidos a continuación de haber experimentado un duelo, generalmente de un familiar cercano. Se caracterizan por reproducir las perturbaciones que experimentó el fallecido. Los exámenes clínicos y paraclínicos no revelan perturbaciones patológicas y aparentan ser de naturaleza hipocondríaca. Las interpretaciones psicodinámicas les atribuyen un significado bastante preciso. El mismo revela como ciertas personas intentan inconscientemente retener al fallecido a través de lo que es denominado como introyección del objeto perdido (introyección designa el proceso de poner dentro de sí mediante una identificación). El dolor por la separación y la pérdida se lo intenta manejar a través de este mecanismo psicológico que traduce un postrer esfuerzo por evitar una desgarradora separación. El sujeto que crece atemorizado estar enfermo se transforma – valga la metáfora – en un objeto muerto-vivo.

A continuación desarrollaré dos ejemplos clínicos vividos en mi ejercicio profesional al inicio de mi práctica psiquiátrica en la década del sesenta. Creo que ellos irán señalando y dando cuenta del camino que a través de los años siguió mi pensamiento sobre este tema.

El primero tiene que ver hasta que punto puede llegar a acontecer, en algunas personas, una drástica reacción a una situación de pérdida vivida como una catástrofe. El segundo ejemplo apunta a señalar como el desarrollo de la trama afectiva de ciertas personas puede llegar a bloquearse de manera de hacer impermeable a la personalidad cuando enfrenta dificultades.

En un caso existe un proceso de sustitución mediante una desorganización o fragmentación psíquica de algo que es vivido como intolerable. En el otro ejemplo existe como procedimiento defensivo una inhibición del desarrollo de toda una trama de la personalidad que se relaciona con los afectos.

Vayamos a los ejemplos.

Fui llamado de urgencia para asistir a un adolescente que presentaba conductas extrañas que por momentos se asociaban a un discurso incoherente. El contexto en el que se daba tal situación era tremendamente penoso, ya que, uno de sus hermanos, un niño de pocos años había sufrido un accidente mientras jugaba en un balcón de su casa. Se había desplomado de una altura de varios metros y politraumatizado falleció pocas horas después.

Como se pueden imaginar el dolor y la desolación recorrió a todos los miembros de esa infortunada familia. Horas después de la muerte del pequeño, nuestro paciente comenzó a actuar en una forma llamativa e incomprensible.

Deambulaba por su casa como si estuviese perdido. Por momentos le sobrevenía una inquietud psicomotora que se interrumpía bruscamente y podía entonces permanecer algunos minutos sentado. Recuerdo que lo primero que me llamó la atención fue que aparentemente no denotaba tristeza como en general es doble esperar en ese tipo de situaciones.

Mostraba un cierto grado de confusión y perplejidad y en el dificultoso diálogo que puede mantener con él intuía que estaba con temor a un amenazante peligro. Por momentos su pensamiento se tornaba incoherente, y en ningún momento se refirió a la muerte del hermano. Me dio la impresión que había bloqueado de su discurso entrecortado todo comentario o referencia a ese respecto.

En cierto momento expresó – a través de algunas breves frases más o menos hilvanadas – que sentía que todo el movimiento que había en su casa era irreal y que la gente que había acudido a su domicilio estaba representando una obra teatral. Giraba frecuentemente su cabeza hacia las puertas y ventanas dando la impresión que escuchaba algo que debía sorprenderlo, como en general experimentan los pacientes afectos de alucinaciones auditivo-verbales.

La conducta relatada persistió y fue necesario internarlo en un sanatorio psiquiátrico. Los criterios nosográficos de la época eran contradictorios. Uno de ellos, siguiendo los lineamientos del DSM II de la psiquiatría americana concebía al cuadro clínico descrito como una reacción disociativa. Con ello se significaba a un cuadro psicótico generado por una situación traumática extrema, de tipo catastrófica. La psiquiatría francesa insistía en el

diagnóstico de esquizofrenia aguda provocadas por causas biológicas que habían desestructurado la conciencia.

En nuestro medio el diagnóstico de esquizofrenia aguda era moneda corriente y prácticamente nadie efectuaba el diagnóstico de reacción disociativa. La discusión no es meramente académica ya que poseía, sobre todo en las décadas siguientes, importantes implicancias terapéuticas. En aquella época la psiquiatría francesa recorría a un arsenal psicofarmacológico pobre a lo que se sumaba en ciertas ocasiones la electroconvulsoterapia, la cura de Sakel (insulinoterapia) y recursos socioterápicos sobre todo intrahospitalarios (Sivadon)).

La psiquiatría americana estaba profundamente influida por el psicoanálisis pero las aproximaciones clásicas del psicoanálisis a decir verdad, no generaban progresos manifiestos en la salud mental de pacientes con un cuadro clínico como el que presentaba nuestro paciente.

El tratamiento fue prolongado y dirigido por el profesor de psiquiatría de aquella época. Creo que fue esa experiencia la que me motivó a iniciar una larga reflexión acerca del potencial desorganizador que podía tener una situación como la descrita. Me planteé la pregunta del porqué hay personas que viven experiencias terribles, que sufren sucesos intolerables, pero que no desorganizan mentalmente al extremo como lo experimentado por el caso clínico que les he resumido.

El otro ejemplo se relaciona con una experiencia que fue en cierto sentido insólita para mí. Luego de formarme como psiquiatra en nuestro país tuve la fortuna de realizar un par de pasantías en Europa que duraron cerca de dos años. Una de ellas, la más breve, fue en París con el Prof. Jean Delay y la otra en Madrid con el Prof. Juan J. López Ibor.

Lo que deseo concretamente relatar fue la realizada en el Hospital San Carlos donde funcionaban las estructuras docentes de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Un día un docente que funcionaba algo así como un tutor de mi formación me informó que en los próximos días íbamos a realizar una tarea que cuando me la propuso me sorprendió.

Cómo preámbulo me dijo que en España, al igual que en Francia, había un sector de las Fuerzas Armadas que eran conocidas como la Legión Extranjera. La Española estaba destacada en los territorios españoles del norte de África. Tanto la francesa como la española reclutaban sus efectivos sin profundizar demasiado en las aptitudes psicológicas de los mismos. En realidad lo que tenían en cuenta era fundamentalmente las condiciones físicas. Ni bien el docente me mencionó la tarea de examinar psiquiátricamente a los legionarios, que los mandos nos habían enviado, le pregunté que tenían de particular esos efectivos. La respuesta no se hizo esperar y me explicó que todos eran, en general, extremadamente pendencieros, agresivos, irritables e impulsivos.

Además eran muy afectos a beber alcohol en grandes cantidades a la promiscuidad sexual indiscriminada y al consumo de ciertas drogas, principalmente el haschich.

El estudio psiquiátrico tenía como objetivo descartar, fuera de sus rasgos caracterológicos, alguna enfermedad mental que los inhabilitaran a ejercer sus funciones.

Recuerdo que el docente me aclaró que los soldados fueron seleccionados para su evaluación sobre todo por su extrema agresividad y los innumerables conflictos que desarrollaban tanto con sus propios compañeros como con los civiles.

Los perfiles psicológicos de casi todos ellos eran bastante similares. En aquel entonces eran catalogados psiquiátricamente como personalidades psicopáticas o caracteropatías.

Me quedó grabada de esa experiencia un comentario del docente con el cual realizaba la tarea. Este expresó: "mira Enrique, son capaces de caminar sobre cadáveres sin que se les mueva un pelo". Hoy agregaría que no son capaces de sentir remordimientos ni culpa.

Muchos años después, habiendo mediado conjuntamente con una creciente experiencia psiquiátrica una ardua y trabajosa experiencia psicoanalítica, pude comenzar a darle forma a una serie de preguntas que hoy en día considero claves.

¿ Por qué he traído a colación en una exposición sobre los duelos, lo que he mencionado que a veces sufren los médicos, que son atacados por algunos familiares de pacientes que han tenido una mala evolución?. El motivo es mostrar como los duelos (me refiero a la tristeza, el pesar y el desconsuelo) pueden ser sustituidos por diversas reacciones defensivas, sobre todo las paranoicas a efectos de borrar, sofocar y sustituir la pena que pueden experimentar, con vivencias que tienen un matiz persecutorio.

El chivo expiatorio responsable del desastre existencial acontecido es el médico y la finalidad, repito, es evitar o mitigar el dolor de la pérdida.

Estas reacciones paranoicas pueden tener diversos matices en cuanto a la intensidad de las mismas y es importante en la formación de los médicos que estos aprendan que es lo que hay que hacer y sobre todo lo que no hay que hacer ya que este tipo de situaciones pueden llegar a ser muy riesgosas y tener nefastas consecuencias.

En relación a nuestro paciente adolescente que sufrió la experiencia del accidente y la muerte de su hermano, agregaré que tuvo una muy buena evolución reemprendiendo su vida, sus estudios y su integración familiar. A pesar de que mi intervención clínica fue breve – al comienzo del cuadro- lo seguí viendo esporádicamente durante varias décadas habiendo desarrollado un vínculo empático tanto con él como con su familia. Quiero aclarar que no recibió un tratamiento psicoterapéutico. En aquel entonces yo no estaba formado ni preparado para actuar psicoterapeúticamente. En aquel entonces existía y lamentablemente aún existe un cierto divorcio y rivalidad entre los tratamientos sobre todo biológicos de los psiquiatras y las aproximaciones psicoterapéuticas sobre todo las psicoanalíticas. Afortunadamente los tratamientos combinados han ido ganando espacio.

Mi interpretación de lo acontecido al paciente es que no pudo procesar el sufrimiento que lo inundó en forma brutal. Lo que realizó fue como señalé un bloqueo total de emociones y sentimientos que deben haber sido desgarradores para él. Dicho bloqueo pudo desarrollarse mediante una transformación de su experiencia de la realidad. Normalmente la experiencia de la realidad se comparte con los demás. Pero en otras situaciones, los psicóticos por ejemplo, se produce una fractura de esa realidad y se transforma en una realidad ficticia que el paciente intenta reconstruir alucinatoriamente para bloquear y borrar la experiencia de la realidad perdida.

Obviamente no es solamente la intensidad del trauma vivido lo que explica la evolución.

Como ya señalé todos conocemos experiencias tremendas que sin embargo no llegan a psicotizar al sufriente. Creo que la explicación va por el lado de la interacción entre la vulnerabilidad del sujeto y lo experimentado a través del trauma.

La vulnerabilidad se refiere a la capacidad a descompensarse psicopatológicamente y es una ecuación personal que cada sujeto posee. Tiene tres componentes o ingredientes:

- El biológico que comprende la textura del SNC y la genética.
- El social que comprende lo microsocioal (la familia) y lo macrosocioal (incluye la cultura y la economía) .
- El psicológico.

Los niveles biológicos y sociales escapa a mi capacidad de sintetizar en el tiempo disponible dichas facetas.

Mencionaré algo del nivel psicológico. Este se desarrolla a través de los mecanismos defensivos que el sujeto haya podido construir desde que era un bebé. Ellos van a construir los recursos joicos que, mal o bien, pueda organizar a lo largo de su vida y que le permitirán ir encarando progresivamente y con diverso éxito los avatares con que la vida los enfrente. Cuando los recursos fabricados son endebles y la cuantía del trauma es importante, están dadas, a mi entender, las condiciones para que se produzca hasta un quiebre o fragmentación de la personalidad con las características que en este caso he pretendido resumir.

Que sirva para ir entendiendo algo más respecto a los duelos el mencionar el proceso sumatorio que se realiza, en general, en forma inconsciente. Con ello significo como un duelo resistente es capaz de reactivar toda una cadena de duelos anteriores. Debemos hacer una aclaración importante. El duelo no es solamente ese proceso que se desarrolla cuando uno pierde, por ejemplo, a un ser querido. La dinámica del duelo incluye otras situaciones de pérdidas, como el fracaso de nuestros ideales y expectativas. Acá podríamos incluir un largo capítulo que se produce por las separaciones amorosas.

En ocasiones trabajando psicoterapéuticamente con pacientes en situaciones de duelo que no se resuelven, han podido descubrir que el impase está dado por la carga afectiva de una situación de duelo pasado sobre el actual.

Un matiz a señalar y que importa recordarlo son las situaciones de pérdidas que no son brutales como en el caso clínico que hemos expuesto. A veces hay tiempo para ir preparándose para lo inevitable.

En relación al ejemplo de las experiencias con los legionarios también podrán preguntarse que tiene que ver lo relatado con los duelos. Lo que incitó desde aquel entonces mi curiosidad fue el poder preguntarme : ¿ que es lo que provoca que una persona construya desde el vamos de su vida una armadura o coraza caracterológica que le impida sentir e incluso no disponer de suficientes palabras para expresar sus sentimientos?.

Los afectos se construyen cuando median la capacidad de sentir y expresar. Este es el concepto básico que ha elaborado Sifneos y su escuela en Boston. Algo similar ha sostenido Marty y colaboradores en París. Sifneos se refiere al concepto de alexitinia y Marty al del pensamiento operatorio. A pesar de que ambos términos son conceptos muy teóricos son operativos para las aproximaciones psicoterápicas y nos dan una imagen creíble de cómo se construyen y como llegan a inhibirse el entramado afectivo y emocional de los seres humanos.

Estos conceptos: el de alexitinia y el pensamiento operatorio nos permiten detectar que hay seres humanos con una escasa o nula capacidad para desarrollar afectos y ello repercute directamente sobre la posibilidad de poner en juego sentimientos como la culpa y el remordimiento . Esa organización afectiva frenada o bloqueada en su génesis en el desarrollo de una persona es el impedimento para resonar afectivamente en el curso de la vida. Recurrí al ejemplo de los legionarios a efectos de ilustrar como ellos están generalmente inhibidos para procesar duelos.

Terminaré esta exposición con una pregunta y en breve comentario ¿ que puede hacer un psiquiatra con una persona sumergida en una situación de duelo?. La respuesta es simple y vale para todos: acompañarlo. Pero si el duelo se complica y no hay meramente tristeza (que es normal experimentarla) y sobreviene un estado depresivo entonces hay que tratar al paciente. Lo que hay que evitar es psiquiatrizar a todos los duelos y para ello es necesario poder diferenciar semiológicamente la tristeza de la depresión . Ese es el peligro que prestigiosos investigadores han expresado y mi opinión es que tienen completa razón.

He trabajado durante muchos años con afectos diversos y creo que he podido diferenciarlos clínicamente . Para ello me he basado en las perspectivas que proporcionan la fenomenología y el psicoanálisis. Todos estos afectos, me estoy refiriendo a la nostalgia, la tristeza, y la depresión son estados del yo y tal como nos ha enseñado la fenomenología tienen una intencionalidad.

Podemos brevemente resumir algunas características de los afectos mencionados. La nostalgia puede acompañar el existir del sujeto de una manera distinta a la tristeza aunque genera vivencias en cierto sentido similares, mantiene permanentemente la esperanza y el anhelo de un reencuentro jubiloso y placentero ubicado en el futuro.

La tristeza que nos embarga cuando nos hemos sentido afectados y frustrados , genera, como hemos visto, un repertorio de estilos defensivos para desembarazarnos de ella.

Tanto el estado de tristeza como la nostalgia generan un sufrimiento, pero no testimonian un riesgo en la estabilidad de la identidad del sujeto. Se mantiene – y esto en mi criterio es fundamental- un proyecto existencial. La depresión expresa la claudicación en poder organizar un proyecto vital que permita al sujeto sostener su pasado disponiendo del mismo, para poderlo futurizar en forma permanente.

El peligro de los duelos es que puedan gatillar esos cuadros clínicos dominados por la depresión.

12.4.-

Influencia de médicos en la creación musical de Beethoven. (Conferencia).

Ac. Enrique Pons.

Introducción: “Ars Longa, Vita Brevis”

El primer aforismo de Hipócrates reza: « Ὁ βίος βραχύς, ἡ δὲ τέχνη μακρὴ, ὁ δὲ καιρὸς ὄξυς, ἡ δὲ πείρα σφαλέρη, ἡ δὲ κρίσις χαλεπὴ » (22). En transliteración, “Ho bios brakhys, hê de tekhnê makrê, ho de kairos oxys, hê de peira sphalerê, hê de krisis khalepê”.

La razón para iniciar esta conferencia con la cita en griego, es que las muy diversas versiones, en casi todos los idiomas, dada la nombradía de Hipócrates y su importancia en la Historia de la Medicina, utilizan términos que los traductores consideran los más adecuados, aunque ello no necesariamente rinde tributo a las ideas originales. Así sucedió desde que los romanos vertieron

ese aforismo al latín. Precisamente, aunque se conoce bien el original, la forma en que más frecuentemente se la cita, es la latina: “Ars longa, vita brevis, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile.”

En la versión latina las dos primera afirmaciones fueron invertidas (“ars” precediendo a “vita”). Una traducción de esta versión es: “El arte es largo, la vida es corta, la oportunidad fugaz, el experimento peligroso, el juicio difícil.”

Arce y Luque, a mediados del siglo XIX, traduciendo del latín y no del griego, volvió al orden inicial de la frase, aunque modificando ligeramente las palabras: “La vida es corta, el arte largo, la ocasión fugaz, peligrosas las experiencias, difícil el juzgar” (6). Más allá de las palabras diferentes, que no modifican sustancialmente el sentido, es preciso atender al plural que utiliza en “peligrosas las experiencias” ya que apunta a un concepto que equivocadamente se considera de reciente desarrollo, el de la “evidencia” como base de la práctica médica. Por el contrario, el aforismo deja en claro que la tradición impuso muy precozmente una cierta desconfianza en los datos provenientes de la experiencia como único fundamento de “la verdad”. Precisamente, ese llamado de atención, apelando a un juicio prudente frente a los resultados de la experiencia (“experimento”), apunta a destacar la necesaria reflexión, antes de establecer relaciones de causa a efecto.

Quizás esta precisión surja de una traducción latina ligeramente diferente, que el propio Arce y Luque recoge, en la cual en lugar de “experimentum periculosum” se lee “experientia fallax”. Esto no hace más que abonar mi punto, acerca de la dificultad en encontrar la traducción más exacta posible, obligando a oscilar entre el apego a los términos y la justicia al sentido.

Zozaya, a principios del siglo XX, introdujo una modificación en su traducción: “Corta es la vida, el camino largo, la ocasión fugaz, falaces las experiencias, el juicio difícil” (50).

La sustitución de “arte” por “camino” no es caprichosa. Zozaya prestaba atención a la marcha de procesos que se enriquecen en el devenir. Es que en el original griego aparece una palabra, tekhnê, que presenta mucha más proximidad con “técnica” que con “arte”. Con criterio seguramente esquemático, el arte admitiría inspiración “momentánea”, mientras que en los procesos técnicos tal cosa no suele ocurrir, requiriéndose un trayecto de progresiva complejización. Atendiendo a lo técnico, una traducción, del aforismo, tan criticable como cualquiera, pero posiblemente ajustada al texto, sería: “La vida es corta, la técnica grande, la oportunidad fugaz, el experimento falible, la decisión difícil.”

Es preciso detenerse en las diferencias entre el vocablo griego y el latino, así como en la semejanza entre los conceptos subyacentes a las palabras, para entender los significados, aparentemente disímiles, encerrados en las dos traducciones castellanas que cité.

Tekhnê (tecnê) se encuentra en la raíz de términos que aparecen en forma cotidiana en el lenguaje actual, prácticamente en todos los idiomas, y por cierto, en el lenguaje científico, tales como “técnica” y “tecnología”. Técnica deriva directamente del griego. Actualmente significa “Perteneiente o relativo a las aplicaciones de las ciencias y las artes” (40); dicho de otro modo, es el conjunto de procedimientos y recursos que tienen como objetivo obtener un resultado determinado, ya sea en el campo de la ciencia, del arte, o en cualquier otra actividad, y también es la pericia o habilidad para usar de esos procedimientos y recursos. En la propia definición aparece la distinción entre “ciencia” y “arte”. Pero en griego antiguo el significado de Tekhnê era más amplio. La misma palabra designaba la actividad (elaborar, construir, ejecutar), las tareas necesarias para desarrollar cualquier sistema teórico de conocimientos, a lo cual denominaban “epistême” (el conocimiento que utiliza la razón para conocer el Mundo de las Ideas, según Platón, o el conocimiento demostrativo de las relaciones esenciales existentes entre las cosas, según Aristóteles) (17). Por ello, tekhnê era tanto la ejecución artística (en el sentido actual) como la práctica de la ciencia (idem), la profesión religiosa (ofrendas, gestos, rituales), etc.

En cambio, el latín “ars” genera alguna dificultad puesto que requiere tener presente que no se está haciendo referencia a lo que ahora llamaríamos “bellas artes”, sino a “destreza (en una profesión)”. De ahí que el sentido de la frase sea más próximo a “la tarea (de la profesión) es grande” que al manido “el arte es largo”. Precisamente, en el aforismo griego, tekhnê es adjetivado “makrê”, que a su vez es la raíz de “macro”, significando grande. Es aplicable tanto a una dimensión, por ejemplo distancia, como a importancia o intensidad. La traducción como “largo”, que es la más recurrida en las citas del aforismo, tiene más sentido en inglés y francés, donde “large” significa grande.

No todos los pensadores han estado de acuerdo con los dos primeros enunciados del aforismo. A ello volveré inmediatamente, pero antes debo insistir en que es en la Medicina donde su aplicación sigue resultando pertinente. Para que así sea no debe desgajarse ese fragmento de toda la frase en la cual adquiere contexto y significado. Lo que está enseñando Hipócrates es que en el lapso de una vida resulta imposible abarcar todo el saber médico. Hoy esto resulta más verdadero que hace 2500 años, especialmente porque como sagazmente indica el Maestro, el tiempo adecuado (“ocasión”) resulta escaso (son pocas las oportunidades para observar todo lo que se requeriría) y tanto la búsqueda como la posesión de conocimiento y destreza (“experiencia”) está sujeta a falencias (“peligrosa”). En suma, el juicio (médico) es siempre difícil. Nótese que la palabra griega es “crisis”, que en español admite la acepción “juicio que se hace de algo después de haberlo examinado cuidadosamente” pero también “momento decisivo” (40). Y se lo adjetiva “khalepê”, que denota dificultad marcada (es decir, dolorosa, intolerable, cruel, inflexible).

Vuelvo a las discrepancias. Séneca, en “De la brevedad de la vida”, afirmaba que “La vida es suficientemente larga y nos ha sido dada en medida suficientemente generosa como para permitir alcanzar las cosas más grandes si todo el tiempo disponible es bien invertido. Pero cuando es desperdiciado en lujos y ocios, cuando se lo dedica a fines no loables, al llegar finalmente al último trance, percibimos que se nos ha pasado antes de que hubiéramos entendido que se estaba yendo. La vida que recibimos no es corta, sino que nosotros hacemos que así lo sea; no somos pobres de tiempo, sino que lo malgastamos. (...) nuestra vida es muy amplia para quien hace buen uso de ella” (44).

Quizás sea necesario ser un poco indulgentes. Sin negar verdad al aforismo de Hipócrates, es posible ejercer bien la Medicina, teniendo conciencia de los límites que nos impone el tiempo y nuestras naturales condiciones. Sin negar la verdad de la reflexión de Séneca, es posible dedicar tiempo al ocio y aún así obtener logros que hagan que la vida sea fructífera. Alguien que ocupó buena parte del tiempo que la vida le concedió a tareas que estaban muy lejos de su genio, puede enseñarnos que existen los “justos términos medios”. Ese es Beethoven.

Beethoven y “Ars Longa”

La razón para detenerme ahora en el bonnense es su aproximación musical al primer aforismo de Hipócrates. No se trata del único vínculo entre obras musicales de Beethoven con la medicina, pero sí merece ocupar el primer lugar porque se ocupa de un icono dentro de los enunciados médicos. El término “aforismo” fue utilizado por primera vez por Hipócrates y desde entonces conserva el mismo sentido: “sentencia breve y doctrinal que se propone como regla en alguna ciencia o arte” (40).

En realidad, Beethoven escribió tres obras, o si se prefiere tres versiones, de “Ars longa, vita brevis”. Las tres veces lo hizo en forma de canon, es decir una obra en contrapunto para varias voces, en la cual una entona la melodía (propuesta), y las otras voces (respuestas) entran sucesivamente, a distancia de algunos compases de la primera, en repetición estricta de la melodía. Ninguna de las tres fue publicada en vida de Beethoven; se las distingue con número del catálogo de obras sin número de opus (Werke ohne Opuszahl – WoO) de Kinsky y Halm (26). La primera versión es la WoO 170. Fue escrita en 1816 como presente de despedida después de una visita que le hiciera el compositor Johann (Jan) Nepomuk Hummel (1778-1837). Se trata de un canon-acertijo (o canon-enigma). En esta forma de canon, el compositor

escribe solamente la melodía de la propuesta, dejando que los intérpretes decidan la ubicación de las respuestas. Esto determina que existan varias soluciones posibles, por lo cual las interpretaciones son diversas.

La segunda versión es la WoO 192, compuesta en 1825, también como presente de despedida a un visitante muy apreciado (Fig. 1).

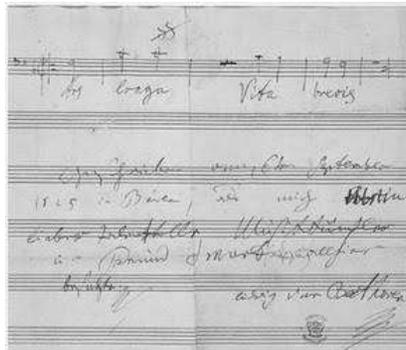


Fig. 1. MANUSCRITO DEL CANON WoO 192. (The British Library).

En el manuscrito Beethoven anotó: “Escrito el 16 de Setiembre de 1825 en Baden, donde me visitó mi querido amigo y talentoso músico Smart (de Inglaterra)”. Se trataba del director y compositor Sir George Thomas Smart (1776-1867), uno de los principales difusores de la obra sinfónica beethoveniana en Londres. La visita se inició ese día 16, extendiéndose hasta el 20 (en otras fuentes 24). Smart obsequió a Beethoven su alfiler de diamante. Ese gesto fue el que determinó la precipitada composición de la segunda versión de “Ars longa...”. Smart escribió en sus memorias: “Beethoven escribió el canon tan rápido como su pluma le permitió, en unos dos minutos, mientras yo esperaba en la puerta pronto para partir.” (3)

La última versión, WoO 193, fue aparentemente compuesta también en 1825, pero se ignora con qué propósito. Posiblemente fue escrita para cinco voces, aunque algunos catálogos lo señalan para dos. Al igual que el precedente, es un canon-acertijo y Cummings lo entiende casi como una broma, puesto que las notas que constituyen el tema pertenecen todas a la tríada tónica, de manera que el resto de las partes pueden entrar en cualquier momento sin crear ningún tipo de conflicto armónico (16).

Las tres versiones son muy breves, durando aproximadamente un minuto la primera y medio minuto cada una de las últimas. En todos los casos el texto se limita a “Ars longa, vita brevis”, recurriendo a notas de larga duración para sostener las palabras “ars longa” y a otras de corta duración para “vita brevis”. Al componer los dos cánones del año 1825, era breve el tiempo de vida que le restaba a Beethoven, menos de dos años. Moriría el 26 de marzo de 1827 (Fig. 2).



Fig. 2. BEETHOVEN EN 1823.

No es seguro que Beethoven tuviera noción del origen de la locución, aunque la misma aparece recurrentemente en su vida, y no sólo en las obras musicales que cité. Así por ejemplo, se la

encuentra mencionada en una carta de mayo de 1823 a Anton Felix Schindler (1795-1864), en la cual lo insta a ser breve en su correspondencia: “Cuando me escriba, hágalo exactamente como yo cuando le escribo a usted, sin dirección ni firma formal – *vita brevis, ars longa*. No hay necesidad de detalles, sólo lo necesario” (9). Es posible que Beethoven se refiriese al arte en el sentido habitual, y que el significado original no le resultara aparente.

Medicos vinculados a la creacion artistica beethoveniana

Si el canon WoO 193 es, como se cree, posterior al de Smart, se trata de la última composición de Beethoven sobre un tema médico. Pero la relación entre la obra creadora del bonnense y los médicos tiene una larga historia previa. Para analizarla, es preciso antes aclarar por qué en el título mantuve “*ars longa*” y cometí la temeridad de calificar de “*brevis*” a la música. Ello parece más que necesario tratándose de uno de los genios más grandes que este arte ha tenido. Aparte del juego de palabras –que en parte de eso se trataba– no cabe duda de que las tres pequeñas obras mencionadas son breves en duración. Pero también lo son en intención. Como se vio, fueron obsequios para personas que Beethoven distinguió, y seguramente no tuvieron otra finalidad que la circunstancia. No extraña, entonces, que se las interprete raramente, y que sean conocidas solamente por especialistas o diletantes curiosos.

Presentaré en orden cronológico este repaso a las obras en las que los médicos están presentes, directa o indirectamente, en la intención de Beethoven.

(1789-91) Franz Gerhard Wegeler

Wegeler, cinco años mayor que Beethoven, era amigo del compositor desde la adolescencia. Nació en Bonn, el 22 de agosto de 1765 (36; 41; 46; 49)⁵. Conoció a Beethoven cuando éste tenía unos doce años “y ya un compositor” (49). El momento exacto ha sido puesto en duda por varios investigadores, en función de ciertas inconsistencias, que podrían atribuirse a que se basan en recuerdos e impresiones de épocas pretéritas. No viene al caso discutir esto aquí. Lo cierto es que se conocieron siendo muy jóvenes, con más probabilidad entre 1782 y 1784.

Wegeler inició sus estudios de medicina en Köln (Colonia), culminando esta etapa en 1786 con una tesis titulada “*De respiratione et usu pulmonum*” (De la respiración y la función de los pulmones). Desde setiembre de 1787 completó sus estudios Viena, donde se graduó el 1 de setiembre de 1789.

Al regresar a Bonn obtuvo rápidamente un puesto en la docencia, progresando en poco tiempo. En 1790 aparece en los registros de la Universidad como ocupando el cargo de Profesor de Obstetricia, y en 1793 alcanzó el rectorado de la Universidad. Durante toda esta etapa, con las interrupciones obligadas por los desplazamientos, su contacto con Beethoven fue fluido, hasta que el compositor se trasladó a Viena a fines de 1792. En octubre de 1794, durante la ocupación francesa de Bonn, la Universidad fue cerrada. Wegeler había firmado un decreto que pretendía detener el avance de la fiebre hospitalaria, prohibiendo a los estudiantes visitar a los franceses capturados en batallas y trasladados a Austria. Esta medida condujo a que fuera declarado “enemigo de la República” por las autoridades francesas de ocupación, lo cual lo indujo a radicarse en Viena durante dos años (1794-6), retomando allí su amistad con Beethoven (49).

Durante sus estadias en Viena se vinculó con un círculo de grandes médicos, entre ellos Giovanni Alessandro Brambilla (San Zenone al Po 15 de abril de 1728 – Padua 30 de julio de 1800), quien era cirujano personal del emperador y ocupaba el cargo de director del “Josephinum” (Academia de medicina fundada en 1786 por el emperador José II) (23); Gerhard Ritter von Vering⁶ (Ösede 1755 – 1823), director del Instituto de Salud de los Hospitales de Viena (1797-1809) y asesor médico de José II; Johann Nepomuk Hunczovsky (Mähren, Bohemia, 15 de mayo de 1752 – Viena 4 de abril de 1789) (19) y Adam Schmidt (a quien

⁵ La fecha “7 de mayo de 1769”, que aparece en las páginas española e inglesa de Wikipedia, es un error. Precisamente, la última indica que es una traducción de la página alemana, mientras que ésta da en realidad la fecha de 1765, citando un artículo de Pagel (ver Bibliografía).

⁶ Ritter es un título menor de nobleza, “Señor”.

volveremos a ver en breve). Esta lista, tomada de las “Memorias de Beethoven”, de von Breuning (12), incluye a Gottfried van Swieten. Posiblemente la inclusión entre los médicos, sea un lapsus cometido por el autor, que trató personalmente a Beethoven. El médico era Gerard (o Gerhard), padre de Gottfried. Sin embargo, Gerard van Swieten murió en 1772 (cuando Wegeler tenía 7 años), lo cual hace pensar que a quien efectivamente Wegeler conoció y trató fue a Gottfried, de ahí la confusión⁷.

Que la vinculación de Wegeler con sus ilustres colegas no era meramente circunstancial, sino que se lo reconocía y respetaba, lo demuestra el hecho de que von Vering recibió a Stephan von Breuning, alrededor de 1800, a través de una carta de recomendación de Wegeler (12).

A mediados de 1796, Wegeler volvió a Bonn, y desde entonces, pese a que intercambiaba cartas con el compositor, ya nunca volvió a verlo (Fig. 3).



Fig. 3. FRANZ WEGELER.

En 1807 Wegeler se trasladó a Coblenza, su residencia final, desarrollando una larga actividad al Servicio del Estado Prusiano, destacándose hasta el punto de obtener varias condecoraciones. Murió en esa ciudad el 7 de mayo de 1848.

Su producción bibliográfica es abundante, tanto en alemán como en latín. Entre ella merecen citarse: “Rede über die Vortheile, die dem Staate aus einer Schule der gerichtlichen Arzneiwissenschaft zufließen” (Discurso sobre las ventajas que aporta una Escuela de ciencias médicas al Estado, Bonn 1790); “Gemeinnützige Anleitung wie man sich bei dem ansteckenden Lazarethfieber zu verhalten habe” (Instrucción sobre el interés público de la conducta caritativa frente a la fiebre contagiosa de los lazaretos, Bonn 1793); “Das Buch für die Hebeammen” (Libro para las parteras, Colonia 1800, con ediciones posteriores en otras ciudades); “Fünf medizinisch-gerichtliche Gutachten über einen erhängt gefundenen Knaben in Hinsicht auf Mord oder Selbstmord” (Cinco informes médico-legales sobre un niño encontrado ahorcado, como asesinato o suicidio, Colonia 1812); “Ueber eine ganz eigene Missbildung der Geschlechtstheile” (Sobre una malformación particular de los genitales, Anuario Kopp de 1812); “Historia enteritidis malignae et singularis calculosi concrementi” (Historia de la enteritis maligna y concreciones calculosas únicas, en el Leroux Journal de Médecine, 1813); Kurze Anleitung, den gegenwärtig herrschenden ansteckenden Typhus zu behandeln” (Guía breve para hacer frente a la actual epidemia de tifus, Coblenza 1814); “Ueber die Untersuchungen der Militärpflichtigen im Allgemeinen und über den Werth der von Civilärzten dabei ausgestellten Zeugnisse insbesondere” (Sobre la investigación de la obligación militar en general y sobre el valor de los certificados expedidos por los médicos civiles, en el Rust’s Magazin, 1824); “De linguae latinae usu a medicis temere neglecto. Epistola coetui collegarum naturae curiosorum oblata” (Del descuido temerario en el uso del latín por los médicos. Carta ofrecida a los colegas curiosos por naturaleza, Coblenza 1835) (36).

⁷ Como se vio en el texto, van Swieten padre fue médico, sin embargo no tuvo vinculación con Beethoven (que nació menos de dos años antes de su muerte). De todos modos, vale señalar que Beethoven dedicó al hijo, Gottfried van Swieten, su primera sinfonía.

a) (¿1789-91?) Sonatina WoO 50

A los 12 años de edad Beethoven compuso su primer grupo de tres sonatas para piano, dedicadas al príncipe elector (Kurfürst) de Colonia, por lo que se las conoce como Sonatas Electorales (“Kurfürsten Sonatas”). Llevan el número de WoO 47 y no son incluidas en la lista “canónica” de sus Sonatas. Algunos otros intentos de componer en ese género siguieron en años posteriores, aunque su escala es menor que la de las “Sonatas electorales” y llevan títulos tales como “Sonatina”, “Pequeña sonata” y –la que ahora interesa– “Dos movimientos de una sonatina” WoO 50, que fue dedicada a Wegeler. En el manuscrito autógrafo, Wegeler anotó en el margen: “Escrita y digitada para mí por Beethoven. Wglr⁸.” No se sabe exactamente en qué fecha Wegeler recibió el manuscrito, pero la mayor parte de los especialistas en Beethoven concuerdan en que debe haber sido entre 1789 y 1791 (21).

El resto de las composiciones beethovenianas vinculadas a Wegeler, lo son indirectamente. Fueron dedicadas a Eleonore von Breuning (1772-1741)⁹, a quién Wegeler también había conocido en sus años adolescentes en Bonn, casándose con ella en 1802. Tanto Wegeler como Beethoven habían sido admitidos en el hogar de los von Breuning a través de su amistad con el hermano menor de Eleonore, Stephan. La joven había sido el primer amor (no correspondido) de Beethoven, quien guardó gran afecto por ella y le dedicó varias obras (Fig. 4).



Fig. 4. SILUETA DE ELEONORE VON BREUNING.

b) (1793) Variaciones WoO 40

Se trata de 12 variaciones para piano sobre “Se vuol ballare” de Mozart, que Beethoven envió ese año a Eleonore, después de revisar la composición original y agregarle nueva coda.

c) (1794) Rondó WoO 41 y Variaciones WoO 66

La primera obra es para violín y piano. La segunda está constituida por 13 variaciones para piano sobre “Es war einmal” de Dittersdorf. Los manuscritos fueron enviados por Beethoven a Eleonora, pero se han perdido. Como no se cuenta con la dedicatoria, en el caso de la segunda obra se supone que sean esas las variaciones que Beethoven le dedicó, aunque no es demostrable.

d) (¿1794-6? ¿1797-8?) Sonata WoO 51

Existen grandes dudas acerca de la fecha de composición de esta obra, en realidad fragmentaria. En una carta de 1794 Beethoven se disculpa por no haber “trascrito la sonata que le prometí a usted hace tiempo.” Se cree que Eleonora la recibió en 1796, pero el manuscrito se ha perdido y

⁸ Wglr es la firma abreviada de Wegeler.

⁹ Eleonore Brigitte, nacida el 23 de abril de 1772, según lo registra su sobrino Gerhard (12), y no en 1771, como lo indican algunas fuentes.

la publicación fue póstuma (1830). Como a la copia que recibió el editor le faltaban once compases, Ferdinand Ries (1784-1838), alumno y amigo de Beethoven, lo completó. Hoy solo se cuenta con un Allegro y el mencionado Adagio, por lo cual se la denomina “Dos piezas para piano”, o “Sonata fácil”. Sin embargo, es prácticamente indudable que Beethoven debe haber finalizado el Adagio, y es presumible que también haya compuesto un movimiento final, actualmente perdido.

Algunos elementos más de dudas acerca de fechas y envergadura de la obra surgen de una descripción del propio Wegeler, que la describe como “dos pequeñas piezas para órfica que Beethoven compuso para mi esposa.” Esto hace pensar que quizás realmente eran solo esos dos movimientos, pero además apuntan a una fecha posterior a 1796. La órfica (“orphica”) es un piano portátil, que puede ser ejecutado incluso mientras se camina. Fue inventada por Kart Leopold Rölling (1754-1804) en 1795, pero el primero que se construyó es de 1796, lo cual lleva a algún analista a sostener que la sonata WoO 51 no puede haber sido escrita antes de esa fecha (21).

Eleonore murió el 13 de junio de 1841.

(1802) Johann Adam Schmidt

En 1801 Beethoven era conciente de que su sordera no era un problema pasajero. Ya había sido visto y tratado por algunos médicos, sin resultados, por lo que recurrió al Dr. Schmidt, en esa época ya un profesional de renombre.

Schmidt nació en Aub (Baja Franconia) el 12 de octubre de 1759. Estudió medicina en Würzburg y actuó como cirujano ayudante (Unterchirurgus) en la guerra de sucesión bávara (1778-9). Posteriormente se radicó en Viena, donde completó su educación. Estudió oftalmología con Joseph Barth (1745-1818) y en 1795 accedió a un cargo de Profesor de Anatomía en el “Josephinum” (Fig. 5).



Fig. 5. JOHANN ADAM SCHMIDT.

Su investigación sobre la iritis es considerada pionera y culminó con la publicación, en 1801, de “Über Nachstaar und Iritis nach Staaroperationen” (Sobre la evolución de las Cataratas e Iritis consecutivas a la operación de Cataratas). Fue co-fundador, con Karl Gustav Himly (1772-1837) de la primera revista alemana de oftalmología: “Ophthalmologische Bibliothek”. Su investigación sobre plantas medicinales fue publicada póstumamente: “Lehrbuch der Materia Medica” (Texto de Materia Médica). En esa obra acuñó el término “farmacognosia”. Gracias a su valioso aporte alcanzó gran prestigio académico y práctico, llegando a ser una de las figuras

prominentes del Servicio Médico Militar Austriaco (29), así como asesor real e imperial. Murió en Viena el 19 de febrero de 1809.

Había desarrollado una amistad de toda la vida con Franz Wegeler y fue a través de él que conoció a Beethoven. Schmidt era un violinista amateur y se le reconocía talento en la ejecución. Este hecho puede haber contribuido en parte a que Beethoven le dedicara una de sus obras, aunque seguramente pesó más el optimismo que Schmidt le infundió en momentos de gran depresión al comprender que su sordera sería irreversible. Debe recordarse que se trata de la época en que Beethoven redacta el llamado “testamento de Heiligenstadt”, plagado de ideas de muerte. Precisamente, fue Schmidt quien recomendó a Beethoven trasladarse a Heiligenstadt, en los suburbios de Viena, en busca de un clima que mejorara su condición. Pese a que la ansiada mejoría no ocurrió, Beethoven apreciaba mucho el consejo y cuidado de Schmidt, que fue su médico hasta su propia muerte en 1809.

La obra que le fue dedicada es un trío en Mi bemol Mayor para piano, violín (o clarinete) y violoncelo, en realidad un arreglo del septeto Op. 20, realizado en 1802 y publicado en 1805 como Op. 38.

(1802) Johann Baptist Friedrich

Las Doce Contradanzas para orquesta, WoO 14, fueron compuestas en 1802 y dedicadas a Johann Baptist Friedrich (2). La referencia citada es la única en la que aparece ese nombre. No figura en otros catálogos, tan meticulosos como el Biamonti (10). Tampoco hay más datos sobre esta persona, pese a lo cual lo incluyo, dado que de ser correcta la fuente a la que recurre Anderson, debe haber sido médico, o bien practicar alguna actividad relacionada, ya que era asistente de Schmidt.

(1810) Giovanni (Johann) Malfatti

Giovanni Domenico Antonio Malfatti nació en Lucca (Toscana, Italia) el 12 de junio de 1775 y murió en Hietzing (cerca de Viena) el 12 de setiembre de 1859. Estudió medicina en Bolonia, con Luigi Galvani (1737-1798), y en Pavía con Johann Peter Frank (1745-1821). Frank es considerado el fundador de la Higiene como ciencia (acuñó el lema “la miseria es la madre de la enfermedad”), sistematizándola en su monumental “System einer vollständigen medicinischen Polizei” (Sistema completo de policía¹⁰ médica). Fue también el primero en distinguir entre la diabetes sacarina y la insípida y enfatizó la importancia de llevar registros estadísticos precisos en los hospitales.

En 1795 Malfatti se instaló en Viena, firmándose Johann Malfatti (Fig. 6). Allí mantuvo su vínculo previo con Frank, por entonces un entusiasta seguidor de las teorías médicas de John Brown. Es necesario que me aparte ahora momentáneamente del hilo de la historia de Malfatti, para ocuparme de Brown, quien reaparecerá en la correspondencia de Beethoven.

¹⁰ En el sentido de vigilancia sanitaria.



Fig. 6. JOHANN MALFATTI.
Instituto de Historia de la Medicina. Universidad de Viena.

El escocés John Brown (1735-1788, o 98 según otras fuentes) inició estudios de teología en la Universidad de Edimburgo, pero en 1755 cambió a medicina. Enseñó en esa Universidad, pero sus enfrentamientos con los profesores, atacando enérgicamente todos los sistemas médicos precedentes, lo obligaron a alejarse de su puesto y dedicarse a la práctica privada. En 1780 publicó "Elementa Medicinae" donde exponía su propia doctrina, que fue llamada "Teoría de la estimulación", "Brownismo", "Sistema Browniano" (o "Brunoniano"), donde postulaba que la vida es un estado de excitación producido por la acción de agentes externos sobre el cuerpo, y que la enfermedad se produce por exceso (estenia) o déficit (astenia) de excitación (43). A fines del siglo XVIII y principios del XIX, la obra de Brown comenzó a difundirse en Europa. También fue conocida en otros lugares del mundo: en Uruguay su doctrina fue apoyada entusiastamente por Dámaso Antonio Larrañaga (1771-1848) (34). En Alemania y Austria logró importante difusión, a través de las actividades de dos médicos del Hospital de Bamberg, Andreas Röschlaub (1768-1835) y Adalbert Marcus (1753-1816). A las clases dictadas por estos médicos asistía el escritor y filósofo Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling (1775-1854) (51). Aunque es menos conocido por esta actividad, sus estudios culminaron en la obtención del título de médico y en esa condición aceptó, aunque en forma crítica, algunos de los postulados de Brown (28).

Precisamente, Malfatti se convirtió en un seguidor de la "Romantische Naturphilosophie" (Filosofía Romántica de la Naturaleza) de Schelling. Esta doctrina, que surgió de literatos y pensadores, no de científicos naturalistas, se oponía al mecanicismo de la física clásica postulando una concepción orgánica de la ciencia, en la cual el mundo era concebido como una proyección del observador. En ese contexto, se propendía a la búsqueda de fuerzas y relaciones ocultas y al establecimiento de correspondencias entre el micro y el macrocosmos, terminando por considerar a la naturaleza como un organismo integral. Los médicos que contribuyeron en forma más destacada a esta doctrina fueron Carl Friedrich von Kiemeyer (1765-1844), Lorenz Oken (originalmente Okenfuss) (1779-1851), Ignaz Paul Vitalis Troxler (1780-1866), Johann Baptist von Spix (1781-1826) y Johann Friedrich Meckel "el joven" (1781-1833). A ellos deben agregarse los nombres de otros naturalistas, no médicos, pero que tuvieron importante rol en el desarrollo de las ciencias biológicas: Heinrich Steffens (1773-1845) y Carl Gustav Carus (1789-1869).

La Escuela Médica Viena, bajo la influencia de Frank y su hijo Joseph (1771-1842), autor de "Erläuterungen der Brownischen Arzneylehre" (Explicaciones sobre farmacología Browniana, 1797), se plegó al movimiento Brunoniano y Malfatti jugó un rol preponderante en ello (30).

En ese contexto, no puede llamar la atención que una de las obras principales de Malfatti, sea la extensa –y esotérica– “Studien über Anarchie und Hierarchie des Wissens, mit besonderer Beziehung auf die Medicin” (Estudios sobre la Anarquía y la Jerarquía del Conocimiento, con especial referencia a la Medicina). En la ciudad imperial, Malfatti rápidamente ganó prestigio, siendo nombrado Asistente en Jefe del Hospital General, cargo que mantuvo hasta 1804. En 1809 publicó “Entwurf einer Pathogenie aus der Evolution und Revolution des Lebens” (Esquema de Patogenia a partir de la Evolución y Revolución de la Vida).

Posteriormente se dedicó a la práctica privada, llegando a ser médico de varios miembros de la familia imperial y de la nobleza, entre ellos el llamado “Napoleón II” (Napoleón Francisco José Carlos Bonaparte, duque de Reichstadt [1811-1832], hijo de Napoleón y nieto del emperador Francisco I de Austria). En 1837 Malfatti fue elevado a la nobleza pasando a llamarse Johann Baptist Malfatti, Edler von Monteregio (“edler” significa noble).

En su última etapa creativa, publicó en 1847 “Malfatti's neue Heilversuche” (Nuevos ensayos de terapia de Malfatti), dos artículos sobre cataratas en forma de un librito de 71 páginas. La obra está dividida en dos capítulos: “Gelungene Vertilgung des grauen Staares durch eine neue äussere Heilmethode” (Eliminación exitosa de catarata gris por una nueva terapia externa) y “Häufige Entstehung des schwarzen Staares aus dem Raphagra. Erkenntnis und Behandlung dieser, sowie anderer (eben so oft verkannter) Krankheiten der Schedel-Suturen” (Frecuente aparición de catarata negra en la raphagra, Reconocimiento y tratamiento de estas y otras [con frecuencia mal comprendidas] enfermedades de las suturas del cráneo).

El segundo artículo es el más interesante, porque en el mismo introduce el término “raphagra”, para describir una afección que entendía de naturaleza gotosa, pero afectando a las suturas craneales: “(...) he creído necesario designarla con el nombre de raphagra, siguiendo la denominación adoptada para las articulaciones enfermas. Esa afección se anuncia por un dolor particular, localizado y fijo, en un punto cualquiera de las suturas, siendo lo más frecuente la forma limitada a la vecindad de la sutura sagital. (...) Se encuentra allí un aumento del calor local y con frecuencia también una ligera tumefacción. (...) el mero tacto (determina) una verdadera sensación dolorosa. (...) El síntoma acompañante característico es una cierta afectación simpática de los nervios ópticos, de lo cual deriva una alteración gradual de la visión a la cual sigue con frecuencia la amaurosis. La raphagra afecta más frecuentemente a las mujeres que a los hombres, porque en las primeras la artritis se traduce más frecuentemente por cefalagra, y en los segundos por podagra. La raphagra, en la región que le es propia, ocupa una posición intermedia entre las neurosis y las flogosis, entre el empuje histérico, la hemicrania y la cefalalgia” (MALFATTI. Neue)

Beethoven fue asistido por Malfatti en 1809, al morir el doctor Schmidt. Entre ambos se había generado una amistad ya desde 1797, la cual se interrumpió ásperamente en 1817, aunque parece haber sido por un malentendido. El nombre de Malfatti aparece vinculado a dos composiciones del sordo de Bonn.

a) (1810) Bagatela en la menor WoO 59

La primera obra de Beethoven vinculada con Malfatti, tiene sólo una relación colateral con él, pero la composición es tan conocida, y su historia tan pintoresca, que bien merece una digresión. Se trata de la Bagatela en la menor, de 1810, pieza famosa así como cruelmente aporreada por pianistas amateurs. Lleva la dedicatoria “Für Elise” (Para Elisa). Pese a ser universalmente conocida, es incierta la base documental que sobre ella se posee. La obra fue publicada por primera vez en forma póstuma, en 1867, por el musicólogo Ludwig Nohl (1831-1885), quien tuvo acceso al manuscrito en 1865, a través de su poseedora, Babeth (o Babette) Bredl (1792-1880), una mujer de la cual se tienen pocos datos. Nohl la copio, indicando que la fecha que figuraba en el manuscrito era 27 de abril de 1810. Posteriormente ese manuscrito se perdió y nunca volvió a encontrarse.

Max Unger (1883-1959), un musicólogo que investigó extensivamente la vida y obra de Beethoven, sostuvo que Nohl se había equivocado al leer la dedicatoria poco legible, y que donde entendió “Elise” debería leerse “Therese” (48). La inscripción completa sería: “Para Elisa (Teresa) el 27 de abril de 1810, como recuerdo de L. v. Beethoven.” La suposición de Unger, basada en fechas, ya que no tuvo el manuscrito a la vista, obedecía a que en 1810 Beethoven enseñaba música a Therese Malfatti von Rohrenbach zu Dezza (1792-1851) de la cual se enamoró. Suele repetirse que Therese era hija de Johann Malfatti (4). En realidad era su sobrina segunda, hija de Jakob (Giovanni) Friedrich von Malfatti (1769-1829), primo del médico. Al igual que éste, Jakob fue elevado a la nobleza, como Edler von Rohrenbach zu Dezza. Era un acaudalado negociante y poseía una villa en Wolkersdorf, donde la familia pasaba los veranos, regresando en invierno a Viena. Beethoven se vinculó con esta familia a través de su amigo, el barón Ignaz von Gleichenstein (1778-1828) quien se casaría en 1811 con otra hija de Jakob Malfatti, Anna (1792-1869)¹¹.

Therese tenía entonces unos 21 años. Se sostiene que Beethoven le propuso matrimonio. De haber sido así, la proposición fue desechada. Therese se casó en 1816 con el conde Johann Wilhelm von Drossdick (o Drossick, 1711-d.1851) (Fig. 7).



Fig. 7. THERESE MALFATTI.

Sin embargo, la historia podría ser diferente. Luca Chiantore (n.1966), un pianista y musicólogo italiano que entre otras cosas se ha interesado por las relaciones entre música y medicina (14) publicó una extensa monografía: “Beethoven al piano” (13), en la cual expone gran cantidad de datos que le permiten afirmar que Beethoven no escribió la obra, sino que fue Nohl quien la diseñó basándose en algunos esbozos. En realidad estos últimos son bien conocidos; están mezclados con otros, correspondientes a la Marcha WoO 19 y a la música de escena para “Egmont”, en el “manuscrito 116”, una de las múltiples hojas con esbozos de Beethoven, conservados actualmente en la Beethoven-Haus de Bonn (8).

Obviamente, si no aparece en el futuro el manuscrito de Beethoven, no existe manera de saber si realmente Nohl tuvo a la vista tal obra, o si se trató de una elaboración suya, como afirma Chiantore.

Otra tesis corresponde a Klaus Martin Kopitz (n.1955), un compositor y musicólogo alemán, quien descarta la “teoría-Therese” y sostiene que realmente “Elisa” existió (27). Según sus investigaciones, se trató de Elisabeth Röckel (1793-1883), una soprano alemana, hermana del tenor Joseph August Röckel (1783-1870), quien cantó el papel de Florestan en el estreno de la segunda versión de “Fidelio” de Beethoven (1806).

¹¹ El año de nacimiento no es un error. Therese nació el 1 de enero y Anna a fines del mismo año.

En 1807 Elisabeth se trasladó a Viena, donde residía su hermano y allí conoció a Beethoven. Kopitz afirma que Elisabeth era llamada Elise, fundándose en una inscripción que consta en un libro de la Catedral de San Esteban de Viena, donde se lee ese nombre en la inscripción del bautismo de su primer hijo, fruto de su matrimonio con nuestro ya visto Johann Nepomuk Hummel (en realidad lo que se lee en el libro es Maria Eva Elise).

Sin embargo, otros investigadores afirman que la hipótesis es floja; entre ellos el director del Archivo Beethoven en la Beethoven-Haus de Bonn, Bernhard Appel (11) y especialmente el musicólogo austriaco Michael Lorenz. Se sabe que Elisabeth no estaba presente durante el bautismo de su hijo. Este era un hecho habitual en una época en la que las puerperas permanecían en cama durante tiempo prolongado, por lo cual los hijos eran bautizados en su ausencia. Los nombres “Maria Eva Elise” fueron arbitrariamente anotados por el sacerdote oficiante. Por otro lado, también se sabe que se la llamaba “Betty” y a veces “Maria Eva Hummel”, pero no existe ningún documento donde aparezca como “Elise” (31). Una posible confusión está vinculada al hecho de que la madre de Elisabeth sí se llamaba Elise.

Lorenz ha logrado demostrar, asimismo, que Therese Malfatti von Drossdick, legó su piano y toda la música que poseía a su amigo el compositor y pianista Josef Rudolf Schachner (1816-1896). Este último era hijo (nacido en soltería) de Babette Bredl. Como se recordará, fue ella quien le habría mostrado a Nohl el manuscrito original de la bagatela. Bredl nombró único heredero a su hijo, por lo cual puede suponerse que entre las pertenencias dejadas por Schachner al morir, existiera ese original. Pero al presente no se sabe dónde se encuentra tal legado.

b) (1814) Cantata campestre WoO 103

Esta obra está dedicada a Johann Malfatti. Se titula “Un lieto Brindisi” (Un alegre brindis) y en rigor fue encargada a Beethoven por el Dr. Andreas Bertolini, a quien volveremos a ver más adelante. La razón del encargo era celebrar el onomástico de Malfatti (el día de San Juan, 24 de junio), con un festival celebrado en la villa que éste último poseía en Weinhaus. Se trata de una pequeña pieza a cuatro voces, con acompañamiento de piano, sobre unos versitos del abad Clemente Bondi (1748-1821).

La cordial relación de Beethoven con Malfatti, como se dijo, finalizó abruptamente en 1817. En esa época el médico había aceptado la teoría del magnetismo animal de Mesmer, aunque renegando del materialismo de este último y modificando la doctrina en términos compatibles con la “Naturphilosophie” Schellingiana. Su prestigio había crecido considerablemente, llegando a ser médico personal de la archiduquesa Beatriz de Este y de un hijo del príncipe Metternich. En 1837 contribuyó a fundar la Sociedad de Médicos de Viena (Gesellschaft der Ärzte) y fue su primer Presidente. Sin embargo, algunos historiadores han postulado que las verdaderas razones de su éxito obedecían a que actuaba como “asesino de estado” (1). Tal hipótesis se basa en el hecho de que algunos de sus pacientes murieron en forma misteriosa, entre ellos una hermana y el hijo de Napoleón (el ya mencionado duque de Reichstadt), supuestamente porque al gobierno austriaco le interesaba suprimirlo. La causa oficial de muerte del duque fue tuberculosis, pero Altman sostiene que se trató de envenenamiento por plomo, administrado por Malfatti. Lo mismo habría ocurrido con Beethoven, a quien Malfatti volvió a asistir, después de 10 años de distanciamiento, en sus últimos meses de vida. En este caso, el plomo se lo habría administrado diluido en el ponche.

Sin embargo, si bien podría encontrarse razón política para eliminar a un personaje como el duque de Reichstadt, no parece existirla para asesinar a Beethoven. En cambio, es posible que la conclusión que se desprende de la tesis de Altman, resulte una interpretación equivocada de conductas médicas propias de la época. Malfatti, como vimos, partió de la medicina browniana, pasó por el mesmerismo e incorporó prácticas alquímicas y teosóficas, mediante “medicamentos” minerales, en un camino doctrinario en el que pretendió llegar a compatibilizar esas creencias con el catolicismo austriaco. La “mathesis”, una misteriosa técnica extática de pensamiento, será su intento de miscegenación intelectual médico-esotérica, alejada ya del

pensamiento Schellingiano para fundarse sobre el misticismo hindú (33). Malfatti se movía en la frontera entre medicina, si bien heterodoxa, y ocultismo, aunque él no se veía a sí mismo como ocultista (25). Esta es, expuesta en forma harto esquemática, la base doctrinaria que procuró reflejar en su práctica terapéutica. Posiblemente recurriera a sustancias excitantes, muchas de ellas tóxicas si se utilizaban en cantidades grandes, manejadas con prudencia mediante dilución, y quizás con conocimiento de sus pacientes, muchos de ellos cultos e imbuidos en las ideas que “mesmerizaban” –valga el juego de palabras– los cenáculos de ese tiempo.

Antes de abandonar a Malfatti, reconozcamos su generoso patronazgo hacia artistas, en particular músicos, que sufrían los avatares de una época en la cual se hacía difícil sobrevivir si no se había alcanzado fama y prestigio, lo que solo tocaba a los elegidos. Chopin, después de abandonar Polonia y antes de llegar a París, pasó un tiempo en Viena viviendo en un precario alojamiento. En una carta a su familia relata su deleite cuando él y otro amigo fueron invitados a cenar en la villa de Malfatti: “juro que Szaniasio comió más zrazy (una comida polaca hecha con finas rebanadas de carne rellenas con huevo y vegetales) y repollo que cualquier Carmelita. Debéis saber que este curioso hombre, el Dr. Malfatti, es muy considerado con todos. Si vamos a cenar con él, busca comida polaca para nosotros.” Cuando Chopin partió hacia París, en 1831, llevaba cartas de presentación de Malfatti.

(1814) Johann Baptist Von Pasqualati

El barón Johann Baptist von Pasqualati zu Osterberg (1777-1830) era uno de los médicos de la emperatriz María Teresa. Poseía una construcción de cuatro pisos en Viena, en la cual Beethoven arrendó vivienda. Algunos autores señalan que Pasqualati no era médico, sino hijo de un médico de la emperatriz (24). Sin embargo la mayor parte de la bibliografía indica que efectivamente era él el médico (18; 32). En ese sentido, puede abonar una frase que se lee en una carta de Beethoven a Pasqualati, fechada 22 de abril de 1816: “...wenn sie eine Universalmedizin besitzen, bitte ich sie mich zu bedenken” (si usted tiene un medicamento universal, por favor piense en mí). Entre 1804 y 1805, aunque con diversas interrupciones, Beethoven vivió en la casa de la Mülkerbastel, propiedad de Pasqualati (39).

a) (1814) Canción elegíaca Op. 118

Beethoven compuso para Pasqualati la “Canción Elegíaca” Op. 118, en memoria de la segunda esposa del Barón, Eleonore, muerta el 5 de agosto de 1811 a los 24 años como consecuencia de un parto. El texto, muy sugestivo, es de un poeta no identificado (quizás el mismo Pasqualati): “Sanft, wie du lebstet, hast du vollendet” (Dulcemente como viviste, has terminado). En la partitura el compositor inscribió: “a la memoria de la transfigurada esposa de mi honorable amigo, Pasqualati, de su amigo Ludwig van Beethoven”.

Hasta hace poco se creyó que la obra había sido terminada para el tercer aniversario de la muerte (vale decir agosto) y estrenada en esa ocasión en casa de Pasqualati, pero anotaciones encontradas en un cuaderno de bocetos muestran que en setiembre de 1814 Beethoven todavía trabajaba en ella (39).

b) (1815) Canon WoO 165

En 1815 Beethoven compuso otro de los múltiples cánones con los que obsequiaba a sus amigos y visitantes. Esta vez se trató de un presente de Año Nuevo para Pasqualati, y corresponde al último período de renta de habitación en la casa del barón. Se titula “Glück zum neuen Jahr!” y está escrito para cuatro voces.

Pasqualati guardó duradero afecto por Beethoven. En los últimos meses de vida del compositor le envió con frecuencia presentes, mayoritariamente alimentos, que Beethoven agradecía en sendas notas que se conservan en su correspondencia.

(1814) Andreas Bertolini

El Dr. Bertolini (1784-1861) era asistente de Malfatti, convirtiéndose en amigo de Beethoven, así como su consejero médico entre 1806 u 8 (la fecha varía según las fuentes) y 1816. La amistad con el compositor hizo que poseyera una gran cantidad de correspondencia intercambiada con él. Sin embargo, en 1831, cuatro años después de la muerte de Beethoven, enfermó de cólera, y creyendo que se aproximaba su muerte destruyó todo ese material. Se ha discutido la razón para esta decisión, siendo lo más probable que no quisiera hacer públicos sus documentos personales.

En 1814 Bertolini le sugirió a Beethoven componer una obra para piano a fin de dedicarla a la emperatriz de Rusia, presente en el Congreso de Viena, en el cual las potencias europeas se repartieron el mundo post-napoleónico. La emperatriz, Elisabeth Alexeievna (1779-1826), era en realidad alemana. Había adoptado ese nombre al ser bautizada en la fe ortodoxa, para poder casarse con el zar Alejandro I (1777-1825). Su verdadero nombre era María Luisa Augusta, princesa de Baden.

La historia de la génesis de la obra encuentra a Bertolini en un papel especial. Para entenderlo es necesario retroceder a 1802 cuando Beethoven dedicó sus tres sonatas Op. 30 para piano y violín a Alejandro, con la promesa de este último de pagar una considerable comisión. Sin embargo, el zar dejó Viena sin cumplir esa promesa, aunque se supone que como muestra de aprecio le entregó a Beethoven un anillo de diamante. En 1814 Alejandro volvió a Viena, esta vez para participar en el Congreso. Bertolini, entonces, sugirió una estratagema, consistente en solicitar permiso para dedicar una polonesa para piano a la zarina (45). La elección de este estilo de danza no debe haber sido casual. La polonesa era “una parte esencial del ritual de la corte y de la alta sociedad” en la Rusia de Alejandro I (37), y la emperatriz era una reconocida entusiasta de esa forma de danzas. Inicialmente a Beethoven no le sedujo la idea, pero Bertolini lo instó a improvisar melodías de danzas al piano, hasta que una le pareció adecuada, Entonces Beethoven trabajó esa melodía, escribiendo la Polonesa en Do Mayor, Op. 89 la cual presentó a la emperatriz en una audiencia en la cual Bertolini lo acompañaba. Elisabeth entregó a Beethoven 100 ducados por la antigua deuda y otros 50 por la nueva obra (45).

(1814) ALOYS WEISSENBACH

1814 fue el año más poblado por composiciones de Beethoven en las que los médicos ocupan un lugar prominente. El caso de Aloys (o Alois) Weissenbach es, en este sentido, bastante particular. Su vinculación con Beethoven comenzó ese mismo año, cuando coincidieron en la capital austriaca, mientras en esa ciudad se desarrollaba el Congreso de Viena. Rápidamente desarrollaron una amistad sostenida por simpatía mutua y –quizás– por compartir idéntico padecimiento, ya que ambos eran sordos (20), por lo cual sus “conversaciones” deben haber sido todo un espectáculo. Parte de los recuerdos que ese encuentro dejó en Weissenbach aparecen en la descripción que publicó en 1816: "Meine Reise zum Congress" (Mi viaje al Congreso) (Fig. 8).

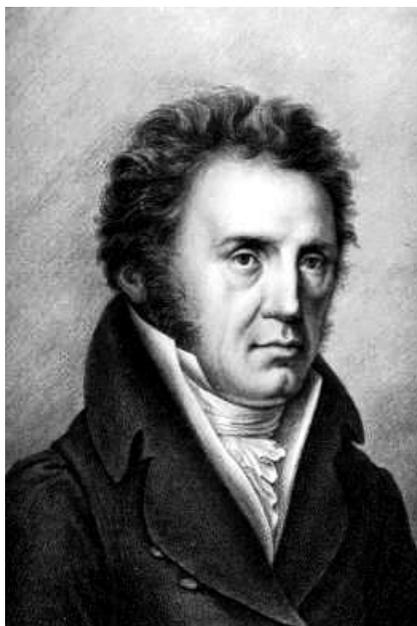


Fig. 8. ALOYS WEISSENBACH.
Litografía de A. Kunike.

Weissenbach nació en Telfs (en el entonces Condado principesco del Tirol, parte del Sacro Imperio Romano-Germánico; actualmente Austria), el 1 de marzo de 1766 y murió en Salzburgo el 26 de octubre de 1821, Estudió medicina, dedicándose a la cirugía y en esa condición profesional participó en la guerra de Austria contra Francia. Desde 1804 vivió en Salzburgo, donde obtuvo el cargo de Profesor de Cirugía y Cirujano Mayor del “Landeskrankenhaus” (Hospital General) más conocido como “St.-Johanns-Spital” (Hospital San Juan)¹².

En su ciudad natal se lo recuerda como uno de sus hijos dilectos, aunque su fama se basa más en su condición de escritor. Entre sus obras se cuentan “Die Barmeciden” (Los Barmecidas, 1801); “Das gerettete Tirol” (El Tirol salvado, 1804); “Elegie auf Tirol” (Elegía sobre el Tirol, 1809); “Der Brautkranz” (La diadema de mirto de la novia, 1810); “Das Willkommen der Hirten” (La bienvenida de los pastores, 1811), y “Teutonia” (1815). Una escuela en Telfs lleva su nombre.

a) (1814) Cantata Op. 136

Durante el Congreso de Viena, Weissenbach escribió “Der glorreiche Augenblick” (El momento glorioso), un texto sobre el cual Beethoven compuso su cantata homónima, Op. 136. Por supuesto, ese momento de gloria es el propio Congreso. Es una obra desconocida por el gran público, en buena medida por la acusación de torpeza atribuida al texto; Mendelssohn lo describió como “palabras miserablemente estúpidas”. Es verdad que incluso para esa ocasión el libreto fue considerado demasiado pomposo, por lo cual lo revisó Joseph Karl (o Carl Joseph) Bernard (1780 u 81-1850) Este último fue un escritor radicado en Viena desde 1800, autor del texto de otra de las obras patrióticas que Beethoven escribió para el Congreso: el “Chor auf die verbündeten Fürsten” (Coro para los príncipes aliados) WoO 95, aunque no es claro si lo compuso para un acto específico, o siquiera si fue ejecutado (39)¹³.

¹² En algunas referencias se menciona este hospital como “Johannsspital”. En realidad, ese era el nombre de un establecimiento para enfermos, más antiguo, que existía cerca de la Erhardskirche (Iglesia San Erhard) en Nonntal. El “nuevo” hospital (1704) recicló aquel nombre (5).

¹³ Bernard siguió vinculado a Beethoven, escribiendo un libreto para un proyectado oratorio: “Der Zieg des Kreuzes” (El triunfo de la Cruz), que finalmente no fue compuesto (15).

En 1835, después de la muerte de Beethoven, hubo un nuevo intento de corregir el texto de la Cantata, sustituyéndolo por otro, desvinculado del Congreso. Estuvo a cargo del poeta Friedrich Rochlitz (1769-1842), quien lo tituló: "Preis der Tonkunst" (Alabanza de la Música), pero no significó ninguna mejoría ("aún más miserable", dirá Mendelssohn al conocerlo). Sin embargo, es posible que la razón para que la Cantata se ejecutara solamente una vez, fuera que se trató de una obra de circunstancias. Pero las opiniones sobre el texto condenaron a la música, que es de calidad muy superior a la letra, que resultó marginada por casi dos siglos, hasta ser grabada por primera vez en 1994 (20).

b) (1819-20) Canon Hess 300

La amistad de Beethoven con Weissenbach se mantuvo después del encuentro en Viena. Se conservan varias de las cartas que intercambiaron, en una de las cuales, de fines de 1819, Beethoven se dirige al médico llamándolo "amigo del corazón". Es probable que el canon "Liebe mich, werter Weissenbach" (Mi querido, apreciado Weissenbach) Hess 300¹⁴, compuesto entre 1819 y 1820, fuera dedicado al cirujano. Así lo sugiere el título aunque no hay referencias directas.

(1820) ANTON BRAUNHOFER

A mediados de abril de 1820, Beethoven tuvo severos problemas gastrointestinales, que lo obligaron a suspender un proyectado viaje a Londres. En ese momento su médico era el Dr. Anton Georg Braunhofer.

No se sabe con exactitud la fecha de nacimiento de Braunhofer, podría haber sido 1773 o 1785, en Praga. Su muerte ocurrió en 1845 o 46. Obtuvo su título de médico en Viena en 1816 y llegó a ser Profesor de Historia Natural General y Tecnología de la Universidad de Viena. Entre sus publicaciones se destacan: "Naturwissenschaftliche Vorbegriffe für Naturgeschichte, nebst dem Präparativen Theile der Oryctognostischen Mineralogie" (Las ideas preconcebidas de Historia Natural, junto con partes de preparación de la Mineralogía oryctognostic, Viena, 1816) y "Handbuch der allgemeinen Naturgeschichte" (Manual general de Historia Natural, Baden, 1842).

Después de dedicarse a la medicina alopática, Braunhofer abrazó en cierto momento la homeopatía. En ese momento la teoría de Hahnemann era aún reciente, había sido difundida por el sajón en los años finales del siglo XVIII y primeros del XIX. Algunos médicos, desilusionados con la medicina tradicional, se plegaron a la homeopatía pese a que la práctica había sido prohibida por el emperador Francisco I de Austria en 1819, y así seguiría hasta la muerte de ese soberano (47).

Braunhofer se había hecho cierta fama como homeópata. Beethoven lo consultó después que su amigo Nikolaus Zmeskall (1759-1833) se lo recomendara, ya que él había sido tratado por una gota invalidante, a su juicio con éxito. Zmeskall era oficial de la Cancillería húngara y un buen violoncelista amateur, y su nombre se vincula también por razones médicas con la creación Beethoveniana, ya que siendo muy corto de vista, fue el inspirador del "Dueto Obligato para dos pares de lentes WoO 32", de 1796-7, que Beethoven solía tocar junto con el húngaro, cuando él también debió comenzar a usar lentes.

Braunhofer trató a Beethoven intermitentemente en 1820 y volvió a hacerlo en 1826. Beethoven aceptó sus recomendaciones, aunque no a rajatabla, ya que algunas cuestionaban un estilo de vida que le era caro. Pero su sufrimiento en esa época, posiblemente a causa de una colopatía, lo indujo a aceptar indicaciones que aparecen en algunos de los cuadernos de

¹⁴ El número corresponde al Catálogo publicado por el musicólogo suizo Willy Hess (1906-1997) "Verzeichnis der nicht in der Gesamtausgabe veröffentlichten Werke Ludwig van Beethovens", en el cual incluyó obras que no estaban incorporadas en el Catálogo con números de Opus.

conversación¹⁵: “Ni vino, ni café, ni especias de ningún tipo. Arreglaré esto con el cocinero.” “Una enfermedad no desaparece en un día. No lo molestaré con medicamentos pero usted debe acatar la dieta, no pasará hambre con ella.” Asimismo le recomendaba: “Debe hacer algún trabajo durante el día para poder dormir en la noche. Si desea recuperarse completamente y vivir una larga vida, debe vivir de acuerdo a la naturaleza. Usted es muy propenso a ataques inflamatorios y estuvo muy cerca de una severa inflamación intestinal; la predisposición está aún en su organismo.” Y agregaba más: “Puedo asegurarle que si bebe cualquier espíritu, dentro de pocas horas yacerá débil y exhausto.” El término “espíritu” hace referencia a la antigua doctrina, sostenida por los filósofos materialistas griegos, de la existencia del “espíritu sutil”, instrumento del alma inmaterial. Las actividades de gran exigencia consumían espíritu sutil en grandes cantidades y era imperioso restituirlo mediante sustancias que poseyeran ese espíritu. El vino era una de ellas y es precisamente de esta concepción que procede la costumbre, aún utilizada, de llamar “espirituosas” a algunas bebidas, especialmente los vinos.

Beethoven tuvo a Braunhofer en gran estima y el médico, a su vez, valoraba la genialidad del músico. En una de las anotaciones de los cuadernos se lee una solicitud: “No se olvide del fragmento musical, algo sin importancia, lo que importa es que sea de su mano.”

a) (1820) Canción WoO 150

La obra más importante, dentro de las que Beethoven dedicó a Braunhofer, es la canción “Abendlied unterm gestirnten Himmel” (Canción nocturna bajo el cielo estrellado) WoO 150. Fue escrita el 4 de marzo de 1820 sobre un poema de Heinrich Goebler, de quien no se conocen datos, así como tampoco se sabe dónde encontró Beethoven ese poema. Ese año resultó particularmente difícil para el compositor porque a su sordera, por entonces completa, se sumaba la agudización de sus problemas digestivos y la angustia que le generaba un litigio para obtener la tutoría de su sobrino, Karl van Beethoven (1806-1858), un muchacho díscolo y de vida irregular, pero por quien el tío sentía gran afecto y al que quería sinceramente ayudar, apartándolo de la madre, Johanna Reiss (1786-1868), asimismo una mujer complicada, viuda de Kaspar Anton van Beethoven (1774-1815).

b) (1825) Canon WoO 189

Fue Braunhofer quien en 1825 recomendó a Beethoven trasladarse a Baden bei Wien (Baden cerca de Viena), para recuperarse de sus dolencias en el spa. Pero rehusó asistirlo mientras estuviera allí, por considerar que la distancia era mucha para su desplazamiento (26 km al sur de Viena). Beethoven se trasladó a Baden el 7 de mayo y se alojó en el Schloss-Gutenbrunn (hoy Gutenbrunn Sanatorium). Allí permanecería hasta el 14 de octubre.

En Baden, Beethoven cumplió con aquella solicitud de Braunhofer, a la cual hice referencia, escribiendo un canon que finaliza una carta enviada desde Baden. Dicha carta, redactada en tono humorístico en forma de un diálogo entre médico y paciente, está fechada mayo 13 y en la misma se deslizan datos que indican que Beethoven tenía información sobre temas médicos. Así, en una de las supuestas intervenciones del médico en el diálogo, se lee: “Primero seré Browniano y después Stolliano.” La primera es una referencia a nuestro ya visto John Brown. La segunda, al médico suabo Maximilian Stoll.

Maximilian (Max) Stoll (1742-1787) ocupó desde 1776 el cargo de Profesor de Terapéutica Práctica en la Universidad de Viena y después Director de la Clínica Médica del Hospital Español de Viena. Era miembro de la llamada Escuela Homeopática Vienesa. Entre sus obras se destacan “Aphorismi de cognoscendis et curandis febribus” (Aforismos sobre el conocimiento y asistencia de las fiebres, 1786), “Rationis Medendi in Nosocomio practico Vindobonensis” (Método de tratamiento en la práctica del Hospital de Viena, 1787),

¹⁵ La sordera obligaba a Beethoven a mantener cuadernos en los cuales sus interlocutores anotaban lo que querían transmitirle, para que lo leyera. Sus respuestas o comentarios, obviamente no aparecen, ya que podía verbalizarlos. Son una valiosísima fuente de información biográfica.

"Praelectiones in diversos morbos chronicos" (Conferencias sobre diversas enfermedades crónicas, 1788) y "Dissertationes Medicæ ad Morbos Chronicos Pertinentes" (Disertaciones médicas pertinentes a las enfermedades crónicas, 1789, póstuma).

La carta de Beethoven finaliza con el canon "Doktor, sperrt das Tor dem Tod" (El doctor cierra la puerta a la muerte) WoO 189, escrito "el 11 de mayo de 1825 en Baden Helenenthal en el segundo puente Antón, hacia Siechenfeld" (anotación del propio Beethoven en la carta).

b) (1825) Canon WoO 190

Poco después, el 4 de junio, el compositor escribió otro canon para Braunhofer: "Ich war hier, Ich war hier, doktor" (Estuve aquí, estuve aquí, doctor) WoO 190, escrito "el 4 de junio, en la tarde, cuando no encontré a mi valorado amigo Braun-Hofer en su casa" (el guión en medio del apellido del médico es original ¿quizás un juego de palabras con la doctrina de Brown [literalmente marrón, en inglés] y Braun [idem, en alemán]? Me inclino a creerlo, ya que Braun aparece resaltado en la carta). Beethoven había viajado a Viena el fin de semana que cayó en junio 4 y 5 de 1825. Pero en realidad el encuentro sí se produjo. Ello queda en claro en una nueva carta escrita al regreso a Baden (posiblemente el 6 de junio) que quedó en esbozo: "...cuando creí que no encontraría a mi doctor pero sí lo encontré, en anticipación a la primera (posibilidad) había escrito este canon en el camino" (7).

Colofón

El 25 de agosto de 1825, mientras en Montevideo se desarrollaba una ceremonia que se inscribiría en nuestra historia, Beethoven, que caminaba por la avenida que rodea la ciudadela de Viena, encontró a Stephan von Breuning, después de una década sin verse. El viejo amigo, era ahora el barón von Breuning, Consejero de la Corte. En el paseo lo acompañaban su segunda esposa, Constance y su hijo mayor, Gerhard (1813-1892). Este jovencito, entonces de 12 años de edad, llegó a ser una compañía cotidiana y bienvenida en los últimos tiempos de vida de Beethoven y con el tiempo abrazaría la medicina (siguiendo los pasos de su abuelo materno, Stephan Kerich) alcanzando una destacada posición profesional. Sin embargo, la historia lo recuerda más como autor de unas preciosas Memorias de su contacto con Beethoven: "Aus dem Schwarzspanierhause" (En la casa de los Españoles [de atuendos] Negros), en referencia a la vivienda donde Beethoven habitó en sus últimos tiempos de vida. Pese al cariño que Beethoven profesó al muchacho, no existe una obra dedicada a él.

El futuro médico estuvo presente en los últimos instantes de vida de Beethoven, pero no en el momento preciso de la muerte, ya que debió asistir a sus clases, reclamado por su maestro (12). El último médico, de los muchos que lo asistieron a lo largo de su vida, fue el Dr. Andreas Ignaz Wawruch (Niemczicz, Moravia, 22 de noviembre de 1773¹⁶ – 21 de marzo de 1842). Se destacó en patología y farmacología y publicó extensamente sobre enfermedades infecciosas y parasitarias. Fue también un destacado violonchelista y admirador de Beethoven (Fig. 9).

¹⁶ En diferentes biografías aparecen otras fechas posibles de nacimiento, yendo desde 1771 hasta 1782 (35).



Fig. 9. ANDREAS WAWRUCH.

Se lo ha responsabilizado de incidir en la muerte de Beethoven por haberle administrado tratamientos con plomo, lo cual habría precipitado una insuficiencia hepaticocítica previa (42). Esta discutible afirmación no será analizada aquí, pero es necesario recordar su nombre, a propósito de una solicitud de Beethoven para que concurriera a asistirlo. La misma fue cursada a través de una nota escrita a su asistente, el violinista Kart Holz (1799-1858), en la cual además del pedido de convocar a Wawruch, Beethoven dejó la que quizás sea su última frase musical, nuevamente un pequeño canon, otra vez sobre un aforismo, pero esta vez del físico y escritor alemán Georg Christoph Lichtenberg (1742-1799): “Wir irren allesamt, nur jeder irret anders” (Todos nos equivocamos, pero los equivocados son los otros) WoO 198. Qué mejor reflexión, como final para una supuesta “culpa” médica, de las tantas en las que un mal resultado sigue a una buena intención.

Bibliografía

1. ALTMAN G. Fatal Links: The Curious Deaths of Beethoven and the Two Napoleons. Tallahassee. Anubian Press, 1999.
2. ANDERSON K. Beethoven: Tänze. Notas a la edición en Compact Disc NAXOS 8.550433, con danzas de Beethoven. HNH International. München, 1991.
3. ANON. Beethoven and Great Britain. Retrieved from: www.beethoven-haus-bonn.de (Accessed 04/06/2011).
4. ANON. Notas a la edición en Compact Disc TELDEC 8.43275 ZK con obras para piano de Beethoven. Hamburgo. Teldec, 1986.
5. ANON. St. Johannis Spital:Landeskrankenhaus Salzburg (Hospital). Retrieved from: www.visit-salzburg.net (Accessed: 24/06/2011).
6. ARCE Y LUQUE J (Traductor). Hipócrates. Aforismos y Pronósticos. Lima. Calleja, Ojea y Compañía. Madrid. Alejandro Gómez Fuentenebro, 1847.
7. BEETHOVEN. Letters, Journals and Conversations. (Edited and translated by Michael Hamburger). New York. Pantheon, 1952.
8. BEETHOVEN HAUS BONN. Ludwig van Beethoven, Skizzenblätter zum Klavierstück "Für Elise" WoO 59, zum Marsch WoO 19 und zu Egmont op. 84, Autograph. Beethoven-Haus Bonn, BH 116. Retrieved from: <http://www.beethoven-haus-bonn.de> (Access: 21/06/2011)
9. BEETHOVEN'S LETTERS 1790-1826 (Translated by Lady Grace Wallace). London (England). The Echo Library, 2005.
10. BIAMONTI G. Catalogo cronologico e tematico delle opere di Beethoven. Torino. ILTE, 1968.
11. BOUTSKO A. ¿Quién fue la Elisa de Beethoven? En: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,4649266,00.html> (Acceso 21/06/2011).

12. BREUNING G von. *Memories of Beethoven (From the House of the Black-Robed Spaniards)*. Ed. by M. Solomon. Cambridge – New York – Melbourne. Cambridge University Press, 1995.
13. CHIANTORE L. *Beethoven al piano: improvisación, composición e investigación sonora en sus ejercicios técnicos*. Barcelona: Nortedur Musikeon, 2010.
14. CHIANTORE L. *Biografía*. En: <http://www.chiantore.com> (Acceso 07/06/2011).
15. COOPER B. *Beethoven*. Oxford. Oxford University Press, 2000.
16. CUMMINGS R. *Beethoven, Canon in 2 parts in C major ("Ars longa, vita brevis")*, WoO 193. Retrieved from: <http://www.answers.com/topic/canon-in-2-parts-in-c-major-ars-longa-vita-brevis-woo-193> (Accessed: 28/05/2011).
17. ECHEGOYEN OLLETA J. *Diccionario de Filosofía*. Extraído de: <http://www.e-torredebabel.com/DiccionarioFilosofia/Diccionario-Filosofico-E03.htm> (Acceso 25/05/2011).
18. FORBES E. *Thayer's Life of Beethoven*. Princeton (New Jersey). Princeton University Press, Revised Edition (1967) 10th printing (1991).
19. GURLT E. *Hunczovsky, Johann Nep*. In: *Allgemeine Deutsche Biographie*, Band 13. Historischen Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften. 1881.
20. HAWKINS, D. *Notas a la edición en Compact Disc KOCH 3-7377-2 H1 con Cantatas de Beethoven*. New York. Koch International Classics, 1997.
21. HAZENDONK R. *Notas a la edición en CD BIS-SACD-1672 con obras para piano de Beethoven*. BIS Records. Åkersberga (Suecia), 2010.
22. HIPPOCRATES (Translation by A. Francis). *Aphorisms by Hippocrates*. (Orig. 1849). Retrieved from: eBooks@Adelaide. © 2010 The University of Adelaide Library. University of Adelaide. South Australia 5005 (Accessed: 25/05/2011).
23. HOLUBAR K, FATOVIĆ-FERENCIĆ S. *Giovanni Alessandro Brambilla (1728-1800) and the Imperial Infantry Regiment #22 ("Lacy")*. On ocasión of the bicentennial of his death. *Wien Klin Wochenschr* 2000;112:776-780.
24. IOVINO R, MATTION I. *Sinfonía gastronómica (música, eros y cocina)*, Madrid. Siruela, 2009.
25. KERSLAKE C. *The Somnambulist and the Hermaphrodite: Deleuze and Johann de Montereccio and Occultism*. Retrieved from: <http://www.culturemachine.net/index.php/cm/article/viewArticle/243/225> (Accessed 21/06/2011).
26. KINSKY G, HALM H. *Das Werk Beethovens: thematisch-bibliographisches Verzeichnis seiner sämtlichen vollendeten Kompositionen*. München. Henle, 1955.
27. KOPITZ KM. *Beethoven, Elisabeth Röckel und das Albumblatt „Für Elise“*. Köln. Verlag Dohr, 2010.
28. KRELL DF. *Contagion: sexuality, disease, and death in German idealism and romanticism*. Bloomington. Indiana University Press, 1998.
29. KROGMANN F, VOLLMUTH R. *The Military Surgeon and Ophthalmologist Johann Adam Schmidt (1759-1809)*. Abstract in XXIIIrd Convention of the Julius-Hirschberg-Gesellschaft. Oct 2-4, 2009; Heiden. Retrieved from: <http://www.dog.org> (Accessed: 26/06/2011).
30. LESKY E. *The Vienna Medical School of the 19th Century*. Baltimore. Johns Hopkins University Press, 1976.
31. LORENZ M. "Die enttarnte Elise". *Die kurze Karriere der Elisabeth Röckel als Beethovens "Elise"*, *Bonner Beethoven-Studien*, Vol. 9, (Bonn: Beethoven-Haus, 2011), 169-90.
32. MADJERA W. *Beethovens Wohnung im Pasqualati-Haus zu Wien*. *Der Merkur* 1921;12:33-36.
33. MALFATTI DE MONTEREGGIO J. *La Mathèse, ou anarchie et hiérarchie de la science*. Paris. Griffon d'Or, 1946.
34. MAÑÉ GARZÓN F, RAGGIO V. *Historia de la Genética Clínica en el Uruguay*. Montevideo. Facultad de Medicina, Dpto Hist Med, Dpto Genét, 2010.
35. MICHAUX J-L. *Le cas Beethoven le genie et le malade*. Bruxelles. Racine, 1999.
36. PAGEL J. *Wegeler, Franz Gerhard*. In: *ADB (Allgemeine Deutsche Biographie)*, Band 41. Leipzig. Duncker & Humblot, 1896.

37. PIGGOTT P. The life and music of John Field, 1782-1837, creator of the nocturne. Berkeley and Los Angeles. University of California Press, 1973.
38. RAAB A, Beethoven: Mehrstimmige Gesänge – Kanons. Beethoven Edition Vol. 18, Büchlein. Hamburg. Deutsche Grammophon, 1997.
39. RAAB A, Beethoven: Werke für Chor und Orchester. Beethoven Edition Vol. 18, Büchlein. Hamburg. Deutsche Grammophon, 1997.
40. RAE (Real Academia Española). Diccionario de la lengua española. 22ª edición. En: <http://buscon.rae.es/draeI> (Acceso: 25/05/2011).
41. RAPTUS ASSOCIATION FOR MUSIC APPRECIATION. Beethoven and his Bonn friend Franz Gerhard Wegeler. Retrieved from: <http://raptusassociation.org> (Accessed 26/06/2011).
42. REITER C. The causes of Beethoven's death and his locks of hair: a forensic-toxicological investigation. Beethoven Journal 2007;22:2-5.
43. SEBASTIAN A, A Dictionary of the History of Medicine. New York & London. Parthenon, 1999.
44. SENECA. On the Shortness of Life (Tr. John W. Basore). London. W Heinemann, 1932.
45. SKÆRVED PS. Beethoven Sonatas Op. 30. Retrieved from: www.peter-sheppard-skaerved.com (Accessed 23/06/2011).
46. SUCHET J. Franz Wegeler (1765-1848). Retrieved from: www.madaboutbeethoven.com (Accessed 26/06/2011).
47. ULLMANN D. The Homeopathic Revolution. Why Famous People and Cultural Heroes Choose Homeopathy. Berkeley, California. North Atlantic Books, 2007.
48. UNGER M. Beethoven and Therese von Malfatti. The Musical Quarterly 1925;11:63-72.
49. WEGELER F, RIES F. Beethoven Remembered. The Biographical Notes of Franz Wegeler and Ferdinand Ries. Translated from the German "Biographische Notizen über Ludwig van Beethoven" by Frederick Noonan. Arlington, VA. Great Ocean, 1987.
50. ZOZAYA A. Aforismos y Pronósticos de Hipócrates. Madrid, 1904 (Nueva edición, Valladolid. Maxtor, 2008).
51. ZUPCIC RIVAS S. El médico y el escritor: Andreas Röschlaub (1768-1835) y Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling (1775-1854). Extraído de: Universitat Autònoma de Barcelona <http://www.tdx.cat/handle/10803/5173> (Consultado 29/06/2011).

12.5.-

Héctor Ardao. Maestro de la cirugía del Uruguay. (Conferencia). Ac. Antonio Turnes.

Referiremos hoy algunos momentos en la trayectoria de Héctor Ardao, que fue uno de los mayores exponentes de la Cirugía uruguaya del siglo XX. Desde luego no será una recordación de clínica o técnica quirúrgica, sino una colección de hechos y memorias.

Su origen del interior rural, vinculado al trabajo de la tierra y a la proximidad con la Naturaleza, no fue obstáculo, sino estímulo, para su desarrollo hacia la excelencia, en base al trabajo. Segundo de diez hijos de un matrimonio de un padre gallego y una madre hija de vascos.

Nace el 9 de agosto de 1907 en Barriga Negra, al norte del departamento de Minas, entonces, luego Lavalleja. Desde allí vendría a iniciar los estudios Preparatorios en el viejo IAVA, donde haría amistades perdurables con otros jóvenes, que como él, procedían del Interior. Según cuenta la familia, sólo conocía la bota y la alpargata, pero no el zapato, cuando llegó a la capital.

La dura adaptación a la vida de Montevideo le impulsó para desarrollar sus capacidades deportivas, a un físico templado en las más rudas tareas rurales, desempeñándose como futbolista profesional en diversas formaciones, al igual que su compañero del IAVA, Juan J. Crottogini, otro personaje del interior, oriundo de Fray Bentos.

La Anatomía Patológica fue la disciplina que más tempranamente le dio sólidos conocimientos, a la vez que sustentó firme para continuar su carrera. Allí alcanzó brillo singular, con trabajo denodado en diferentes campos. Fue el primer patólogo del Instituto de Neurología, siendo Jefe del Laboratorio de AP, entre 1935 y 1945. Ayudando en las neurocirugías, estudiando las piezas operatorias primero, y a menudo, terminando con la autopsia, en épocas que los finales eran poco felices. Colaboró con otras clínicas, fundamentalmente desde el Hospital Maciel, pero también en el Hospital Pereira Rossell. Trabajó fundamentalmente con el Prof. Eugenio Lassnier primero y con el Prof. Carlos María Domínguez más tarde. Culminó su vinculación de

diez años en la disciplina como Profesor Agregado, aunque ésta no sería su meta final. Fue Ayudante de Clase desde 1931 y Profesor Agregado desde 1940 hasta 1962, colaborando en la Cátedra de Operaciones y en la de Patología Quirúrgica. Allí hizo cientos de autopsias clínicas.

Se vinculó tempranamente a la Clínica del Prof. Alfredo Navarro Benítez, desde sus tiempos de Practicante Interno, donde trabajó amistad estrecha con Pedro Larghero. Con quien colaboraría cuando éste se hiciera cargo de su propia Clínica.

Se gradúa en 1934 como Médico Cirujano, a los 26 años, luego de desempeñarse entre 1930 y 1934 como Practicante Interno de la Asistencia Pública Nacional, pasando por diversos servicios de Cirugía de Niños y Adultos en los Hospitales “Dr. Pedro Visca” y Maciel, junto a Navarro, como también en la Policlínica de Piel y Sífilis de este mismo hospital.

Entre 1934 y 1937 fue Ayudante de Clase de Medicina Legal.

Su objetivo era la Clínica Quirúrgica. Pero antes de llegar a ese puerto, haría numerosas escalas, que potenciarían su formación y le permitirían tener mayor dominio de variados recursos: técnicos, docentes y organizativos.

En 1938, a los 31 años, siendo Profesor Agregado de Anatomía Patológica, integró una delegación de la Facultad de Medicina, para instalar una Exposición Anátomo-Radiológica sobre Quiste Hidático de Pulmón, en Buenos Aires, en ocasión del X Congreso Argentino de Cirugía, junto con los profesores Abel Chifflet, Juan Carlos del Campo, Pablo Purriel y Juan Cunha. Al retorno, y habiendo fallecido Cunha, se realizó una muestra similar en la propia Facultad, de que dan cuenta estas imágenes, rescatadas por el Ac. Eduardo Wilson.

En 1940, a los 33 años, gana una beca de perfeccionamiento otorgada por la Facultad de Medicina de Montevideo, para ir junto a Óscar J. Cames, en Rosario, Argentina. Con quien perfeccionará la técnica quirúrgica y ayudará a realizar innumerables operaciones, con un señalamiento especial de las gastrectomías subtotales que realizaba con total maestría a lo largo de su vida y enseñaba con delectación a sus nuevos colaboradores.

En Rosario conoció también, en ese tiempo, a Lelio Zeno, un personaje singular, que pasó de la Cirugía General a la Traumatología, de ésta a la Cirugía Plástica Reparadora. A quien Ardao ayudaba a operar por las tardes. Ese fue el germen de su pasión por la Cirugía Reconstructiva, que habría de guiar su accionar futuro.

En 1943, a los 36 años, gana una beca del British Council y viaja, en medio de la 2ª. Guerra Mundial, a Londres, pasando por múltiples escalas entre Montevideo y Toronto, en condiciones de alto riesgo debido a las hostilidades y a la precariedad de los medios de transporte de la época. Vivió los bombardeos y lo que significaba operar en un quirófano de tres paredes. Aprendió a tratar las heridas derivadas del frente, con una sistemática que había desarrollado Gillies, preocupado por esta problemática, desde 1917, luego de asistir a los heridos en los campos de batalla. La organización sistemática planeada por los visionarios médicos militares permitió con tenacidad realizar maravillas reconstructivas. Éste y otros maestros le enseñaron a cuidar del espíritu de sus pacientes, además de procurar la mejor reconstrucción de sus cuerpos.

En Londres hará una experiencia formidable junto a los Cuatro Grandes de la Cirugía Plástica Reparadora, que estaba surgiendo. Trabajó con todos ellos, pero con la mayor parte de su tiempo junto a Sir Harold Gillies, un otorrinolaringólogo devenido en cirujano plástico, que daría sustento a una gran reforma de la atención de los complejos pacientes sobrevivientes de los frentes de batalla, en tierra o en el mar.

En esa dura escuela Ardao templó sus armas y retornó con una clara noción de lo que se precisaba organizar en nuestro País, el cual todavía carecía de una disciplina similar.

A su retorno desarrolló, de octubre a diciembre de 1944, una veta periodística muy rica, debida a una circunstancia de salud fortuita, que le obligó a guardar reposo por varios meses, escribiendo las nueve legendarias contratapas de Marcha, para trasladar a los lectores las vivencias de un país en guerra, bajo los bombardeos. Testimonios impactantes, relatados con maestría.

El Ministerio de Salud Pública comprendió en aquel tiempo, de la mano del Ministro Doctor en CC. EE. Mattiauda (y el Subsecretario médico Dr. Ricardo B. Yannicelli) que la mejor forma de aprovechar esa rica experiencia adquirida bajo las bombas, era iniciando, en 1945, el primer servicio de Cirugía Plástica, y nombró a Ardao para dirigirlo. Tenía entonces 38 años. Pero era un Servicio sin camas, sin personal, sin instrumentos. Finalmente recaló en el Instituto de Radiología, donde formó, con medios siempre precarios, un Servicio que sería la Cuna de la Cirugía Plástica Reparadora en el Uruguay. Por el que pasarían para formarse muchos futuros

cirujanos, en un rico intercambio con odontólogos cirujanos, instrumentistas y enfermeras que darían inicio a una nueva disciplina en nuestro medio: el comienzo de la moderna cirugía máxilo-facial.

El sueño de Ardao fue tener un Servicio de Cirugía Plástica, y planificó uno en el Hospital Pasteur, que no pudo ver instalado. Su preocupación por el paciente gran quemado fue una de sus principales inquietudes y batalló con fuerza para resolver estos temas.

En la Facultad de Medicina, del Servicio de Navarro, pasó a ser Asistente en la Clínica Quirúrgica de Larghero, desde 1948, en que éste inició su magisterio, hasta 1951, en que accedería a la Cátedra el Prof. Abel Chifflet, con quien continuaría por años como Jefe de Sala. Por ese tiempo hacía la Agregación y alcanzaría el grado de Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, cargo desempeñado entre 1949 y 1962, obteniendo el primer lugar en el concurso, cuando tenía 40 años.

LA PASIÓN DE ORGANIZAR: ARDAO Y LA CLÍNICA QUIRÚRGICA

Una clara demostración es el esfuerzo titánico que significó organizar el Primer Congreso Uruguayo de Cirugía, que tuvo lugar en diciembre de 1950, cuando tenía 43 años y era ya Profesor Agregado. Ideado como una forma de reunir a los Cirujanos de todo el país. Decía en la inauguración:

Hace muchos años, por parte de los viejos maestros de nuestra Facultad de Medicina, y por parte de socios conspicuos de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, se fue sembrando en la mente de muchas generaciones de médicos y de estudiantes – como una semilla que se arroja al viento – la necesidad de intercambiar periódicamente ideas y problemas entre los médicos y cirujanos de todo el país, a fin de contribuir a elevar en forma progresiva el ambiente en que se desenvuelve la cirugía nacional.

Es distinto un cuadro agudo de vientre en las localidades del interior y en los hospitales de Montevideo. Son los mismos enfermos, los mismos médicos; sólo una distancia de 100 a 200 kilómetros hacen variar el planteo práctico de la solución del problema.

Por otra parte el signo de la medicina moderna ha variado en pocos años y nuevas corrientes dentro de la enseñanza, en la práctica terapéutica y aun en el ejercicio profesional, están cambiando en nuestro medio la forma de encarar innumerables problemas quirúrgicos. La ciencia quirúrgica constantemente cambia, evoluciona, progresa.

Si un cirujano de hoy, que estudió hace 10 ó 15 años siendo estudiante o joven médico en una sala cualquiera de Cirugía del Hospital Maciel o Pasteur vuelve ahora a ella, encontrará tal vez los mismos enfermeros, las mismas caras trigueñas de nuestros criollos enfermos, pero seguramente ha de encontrar una nueva patología constituida por enfermedades que antes no se operaban, o nuevos tratamientos, nuevas técnicas, para las mismas enfermedades de antes.

Los cirujanos de todas partes del país, jóvenes o viejos, formados en escuelas quirúrgicas diferentes, y conformados con mentalidades médicas dispares, venimos hoy a aprender unos de otros, nuestras propias enseñanzas, otra vez con el mismo espíritu juvenil de camaradas con el que estas paredes y estas mismas aulas de clase nos recibieron hace muchos años.

Éste será nuestro homenaje de estudiantes a la Facultad que hoy celebra el 75° aniversario de la instalación de sus primeras cátedras.

Y surgió clara su veta artiguista, traída a la Medicina:

No será entonces una ilusión lejana, creer en la realización regular de estos Congresos, y hemos de ver a las futuras generaciones de la gran familia quirúrgica uruguaya concurrir en peregrinación, con el mismo espíritu bíblico de las viejas leyendas, a ofrecer cada uno el fruto recogido.

Así la patria se engrandecerá.

En este año del Centenario de la muerte de nuestro padre Artigas, nosotros los cirujanos de la patria Oriental, no encontramos nada mejor para ofrecer en homenaje a la memoria del Héroe – a él que tuvo tanta fe en las determinaciones colectivas y en su mandato soberano – que este Congreso austero de médicos venidos de todos los rincones del país, por los mismos viejos caminos que recorrieron, junto a sus huestes libertarias, las primeras diputaciones populares representativas.

Fieles a la obra de Artigas y a su mandato histórico, alguna vez en el curso de la tarea sentimos como un imperativo la rudeza en la acción y la fe puestas en las solas fuerzas de nosotros mismos. En su homenaje hemos querido que la ceremonia final del Congreso sea un acto devoto constituido por la colocación de una ofrenda floral al pie del monumento.

En su práctica asistencial se consagró al Centro de Asistencia del Sindicato Médico, donde trabajó largos años como Cirujano (haciendo una colección formidable de historias clínicas que conserva su familia) y al Banco de Seguros del Estado, donde dirigió por muchos lustros un Servicio. Ambos fueron también parte de su escenario docente, estimulando a jóvenes cirujanos que, a través de las ayudantías, se transformarían en testigos y discípulos del Maestro.

Conoció y trabajó con LAHEY, quien tenía la mayor experiencia en cirugía de tiroides. También con LINTON, con el que perfeccionó las técnicas para las patologías venosas de miembros inferiores, que enseñaría luego con particular entusiasmo.

Llegó a los 47 años, en febrero de 1955 a ser Profesor de Patología Quirúrgica, sosteniendo la Cátedra de Cirugía hasta 1963, siendo un docente de la mayor exigencia, concordante con la pasión que ponía en prodigar su enseñanza. Una culminación – a medias – de su carrera, que fue celebrada por sus más allegados amigos. Pero que no cerraría su ciclo de brillante desarrollo. Luego de superar sin duda muchos obstáculos, en parte vinculados a su madurez, tenía 56 años, pasó por todos los peldaños de la Clínica Quirúrgica, culminando como Profesor en febrero de 1963. Tuvo a su cargo la Clínica Quirúrgica “F” primero, en el piso 7º y luego la Clínica Quirúrgica “A” en el piso 9º del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, hasta su cese en agosto de 1972. La Ac. Hon. Dinorah Castiglioni Tula, que fue una de sus colaboradoras, nos relataba hace un tiempo, que el Prof. Juan Carlos del Campo, cuando alcanzó la titularidad de su Clínica, en el discurso inaugural dijo: “Entramos cuando creíamos que ya no teníamos tiempo”. ¡Del Campo tenía 48 años!, retirándose 18 años después, en 1964.

LA CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA

El magisterio de Ardao no se desarrolló solo en la atención de los pacientes hospitalizados, en la sala, en la emergencia, o en el quirófano. Se prodigó en la creación de la Sociedad de Cirugía Plástica y en hacer doctrina (enseñanza que se da para instrucción de alguien) a través de la publicación de la misma. Donde deben señalarse sus editoriales apuntando a la formación del Cirujano Plástico que primero debía ser Cirujano General, y a la discusión de si era necesaria o no en aquel tiempo, una Cátedra de CP. Pero también al respecto tenía una opinión lapidaria sobre los desvíos fáciles hacia la práctica estética. Esto escribía:

La segunda guerra mundial es la epopeya de la cirugía reconstructiva y la hora del advenimiento de la cirugía de las quemaduras. Por estas puertas, la cirugía plástica entró al ejercicio de la práctica de la medicina. La primera, conocida desde antiguo, había estado limitada casi al territorio de la cara; la segunda, hasta entonces no había nacido. La malformación, las quemaduras, el traumatismo y el cáncer, son el 90 % de la cirugía plástica. El restante 10%, la cirugía del embellecimiento, ES EL LOMO DE LA BALLENA.

El cirujano plástico debiera adquirir la capacitación suficiente y el título de especialista, antes de los 35 años. Los pasos de su formación si no son bien conocidos ni han sido precisados y puede ser de necesidad contribuir a establecerlos, a fin de que los jóvenes que se inician vayan adquiriendo conciencia de la especialidad y del mejor modo de capacitarse.

Este joven médico, debería poseer el internado y el adjuntado de clínica quirúrgica. Esto le asegura una base de conocimientos y una experiencia en cirugía general, indispensable para el dominio de muy diferentes situaciones (shock, hemostasis, anemia aguda, infección post-operatoria, incisiones, asepsia, antisepsia, suturas. cáncer, etc., etc.).

Y más adelante, en el mismo editorial de 1962, titulado La formación de nuestro cirujano plástico, agregaba:

Hasta ahora, un joven médico se orienta hacia la cirugía plástica por lo que cree que es su vocación o buscando una fuente de trabajo. Sin más control que la autocrítica o el consejo de algún amigo.

Y siendo tan vasta y con campos de acción tan diferentes, sucede que cada especialista, técnicamente considerado, es distinto de los demás. Distinto del punto de vista formativo y distinto del punto de vista de la práctica que realiza después. Nadie puede capacitarse ni abarcar hoy todos los campos de la especialidad.

El ambiente en que actúa, determina muchas veces una orientación natural: cirugía de quemados, máxilofacial, del cáncer de la piel, de la mano, etc. Siempre ha sucedido así: el tipo de enfermo del hospital donde se trabaja, determina la subespecialización (hospital de niños, institutos de quemados, de traumatología, de cancerología, etc.).

La primera escuela para adquirir el dominio de las técnicas elementales de la cirugía de la reparación y ejercitar la imaginación del especialista, es la del CÁNCER DE LA CARA. Esta enfermedad provee un enfermo particularmente dispuesto al tratamiento quirúrgico, psíquicamente siempre bien dispuesto a colaborar y a soportar las alternativas de un plan reparador de varias etapas y a largo plazo. Por otra parte, operatoriamente, cada enfermo es distinto y basta muchas veces una variación de escasos milímetros, frente a la misma lesión, para hacer variar totalmente el plan de ejecución técnica de la reparación. La cara es el mejor terreno para aprender a imaginar, para el desarrollo de la imaginación. Si no se tiene imaginación, no se puede hacer cirugía plástica. Soluciones variables. En tal enfermo, elegir lo mejor. Aprender a imaginarse el defecto después de la resección, la forma, tamaño, contorno, cantidad y calidad de tejidos ausentes, la reducción natural del tamaño de tejidos trasplantados, etc. Imaginarse el resultado final.

La segunda escuela es la cirugía del traumatismo. En todas sus formas y localizaciones. Especialmente de las manos y de la cara.

EL MÉDICO DEL INTERIOR

Siguiendo una inclinación compartida con Abel Chifflet, otro Maestro venido del Interior, desde Mercedes, Ardao dedicó energías para llevar a los Departamentos la enseñanza de la Clínica Quirúrgica, a través de las Jornadas y Visitas que se programaban. Para el más amplio intercambio y acercar a quienes estaban distantes, el calor del afecto y el amparo intelectual de los docentes universitarios. En una rica experiencia de aproximación que daría buenos frutos.

Mantuvo la mejor relación con sus colegas del interior, desde los más prestigiosos a los más modestos, a quienes atendía con la mayor cordialidad. Antes, durante y después de ser Profesor.

ARDAO EN LA ACADEMIA

El 12 de agosto de 1976 (Acta No. 7) quedan investidos los miembros titulares Román ARANA, Héctor ARDAO y Raúl LEBORGNE, difiriéndose la investidura de FERRARI para cuando retorne de su viaje al exterior. El Presidente Ac. Eduardo PALMA, informa que con estas designaciones queda completada la integración inicial de la ANM con veinte sitiales ocupados.

El 14 de julio de 1977 (Acta No. 26) se aprueba la designación como Académicos Honorarios de los Dres. Julio NIN y SILVA y Carlos FORRISI.

En el Acta siguiente del 21 de julio de 1977 (Acta No. 27) el Plenario considera la propuesta formulada por los Acs. Mackinnon, Salveraglio y Palma para la designación de Académicos Honorarios de los Dres. Julio Nin y Silva y Carlos Forrisi. La primera vez que se incorporaba a dos médicos del Interior a la Academia Nacional de Medicina. Nin y Silva nacido en Porongos (actual Trinidad), Flores, en 1887; Forrisi nacido en Salto en 1897. El Ac. ARDAO manifiesta que: Adhiere a ambas designaciones y lo hace con convicción, entendiéndolo como un acto de reconocimiento y de justicia.

NIN Y SILVA realizó extraordinaria labor en su cátedra libre, en la que prodigó sus enseñanzas sin reservas. No fue su discípulo pero se considera en deuda con él por su ejecutoria profesional y docente y su acrisolada honradez.

En cuanto a FORRISI, contó con su total cooperación en los dos cursos que su cátedra dictó en Salto. Luchó y puso en juego todas sus influencias para mejorar el Hospital Escuela, que fue facilitado por la donación de la Sra. de Castagno. Con el Dr. Elías Pascale, ya desaparecido, hacían un equipo médico quirúrgico de gran valía y estudiaron el tema hipertensión portal, aportando numerosa casuística y gran experiencia. Ensanchó su campo de acción operando en neurocirugía y en tórax. (...) Hoy sería imposible encontrar cirujanos capaces en tantos campos. Concurría a casi todos los congresos uruguayos de cirugía y estuvo permanentemente actualizado. Como ocurre con muchos médicos del litoral, con el Dr. Bortagaray hacían frecuentes visitas a la Clínica del Prof. Finochietto, de Buenos Aires. Estas designaciones honrarán a la Academia.

El 20 de octubre de 1977 (Acta No. 36) el Ac. Ardao realiza la presentación del Ac. OSCAR BERMÚDEZ, en los siguientes términos: Presentar al Académico Héctor [Oscar] Bermúdez es no solo un altísimo honor para mí sino que significa en los hechos un acto de justiciero reconocimiento a su personalidad. Como hombre, como profesional, como formador de una escuela de cirujanos, Bermúdez es poseedor de una polifacética personalidad, ejemplar en todos los sentidos. (...) Fuimos compañeros desde Preparatorios, de modo que hay entre nosotros una amistad de toda la vida. (...) Lo hemos visto desde entonces seguir una carrera definida, jalonada toda ella por innumerables concursos, que culminaron por méritos notorios en el profesorado emérito de la Facultad de Medicina. Su ejecutoria constituye una serie continuada de esfuerzos a lo largo de la cual presentó 26 trabajos, de los cuales 14 son de cirugía del tórax. Es un hombre de consulta y seguramente el primero en el país en esta disciplina. Su dominio de la cirugía general hace de él una persona cuya opinión pesa mucho aquí y en la Argentina, donde tiene gran actuación en Rosario, Santa Fe, Córdoba, San Juan, Mendoza, etc. (...) Se destacó siempre por su sencillez, hombría de bien y efectividad. Su ingreso a la Academia significa una valiosa adquisición para la misma.

El 21 de diciembre de 1978 (Acta No. 46) ARDAO informa que el tema uruguayo para la Reunión Conjunta de las Academias del Plata a realizarse en Montevideo en abril de 1979, será "Recuperación sensitiva del pulgar" en el que habrá aportes personales suyos y de los Dres. Prof. Ruben Ardao y Eugenio Bonavita Páez.

El 10 de mayo de 1979 (Acta No. 50) se anuncia el Ciclo de Conferencias 1979, en la que se incluye para el 23 de agosto una del Ac. Héctor Ardao sobre "Progresos científicos en cirugía reparadora".

Acta No. 54 (09.08.1979), Acta No. 55 (16.08.1979) y Acta No. 56 (30.08.1979) consta que el Ac. Héctor Ardao se encuentra ausente por enfermedad.

Héctor Ardao fallece en su hogar de la calle San Lúcar, el 20 de setiembre de 1979, a los 72 años.

Acta No. 57 (18.10.1979) se da cuenta del fallecimiento del Ac. Héctor Ardao.

ARDAO: EL MAESTRO

Enseñó en todos los lugares por donde transitó, desde el Centro de Cirugía Plástica del MSP, de tan modestos comienzos, hasta la sala de hospital o la Clínica Quirúrgica. Ayudó a sus colaboradores para alcanzar nuevos horizontes, mediante becas y pasantías. Estrechó lazos con los servicios hospitalarios del Interior, llevando a todos los integrantes de la Clínica, desde los Profesores Agregados al último estudiante, a visitarlas. Tendió puentes entre ambas orillas del Plata, y también con sus maestros europeos y americanos.

Ha escrito Guillermo H. Fossati:

"Con la palabra "Radiología" llamamos al primer lugar organizado donde, bajo la batuta del Dr. Héctor Ardao, se comenzó a tratar pacientes de cirugía plástica, por parte de un grupo humano y con espíritu docente. El lugar era adecuado porque allí se operaban los más variados tumores de la cara y las mutilaciones resultantes eran enormes. Nació como Centro de Cirugía Plástica, en 1945, cuando Ardao regresó de Inglaterra. Con el tiempo se convirtió en Servicio. La planta

física no era apropiada, ni el sector quirúrgico ni la policlínica ni las salas, pero... era época de pioneros. Los años de actividad en Radiología fueron muy intensos. Se operaba mucho y de todo, especialmente las grandes reconstrucciones faciales en las cirugías mutilantes por cáncer.

(...) Mi gran maestro fue el Dr. Héctor Ardao, cirujano general enamorado de la Cirugía Plástica y de la Cirugía de la Mano. Esa inquietud de Ardao nació en Rosario de Santa Fe, donde, durante una pasantía con el Dr. Cames, buscando aprender su manera de hacer la gastrectomía, dedicaba las horas libres de la tarde a ayudar al Dr. Lelio Zeno, maestro pionero de la plástica argentina. Luego Ardao pasó un largo tiempo, en 1945, [en realidad fue en 1944, como vimos por sus artículos publicados en Marcha, entre octubre y diciembre de ese año, y que en su totalidad hemos transcrito] en Londres, junto a Gillies, en el final de la segunda guerra mundial.

(...) Radiología era un hervidero de trabajo y de ideas. Un conjunto humano muy variado se agrupaba alrededor del Dr. Héctor Ardao para crear, en el marco más estricto de la seriedad científica, la Cirugía Plástica en nuestro país. La vocación de todos los asistentes y la mística de Ardao, con su personalidad tan especial, hicieron del Servicio de Radiología un lugar único.

Ha escrito el Prof. Dr. Oscar Balboa Aparicio:

Una de las facetas que me impactó fue su enfoque cultural. Por la década del 60 cuando ya estaba instalado nuestro deterioro económico lento y progresivo, persistía en nosotros una visión europeizada del mundo. Vivíamos de espaldas a Latinoamérica mirando a la otra orilla del Atlántico. Nuestro sueño era ir a Europa y en especial a París. No nos interesaban las culturas precolombinas. Ardao era un conocedor de nuestras raíces, conocía el campo, su cultura, sus costumbres, la epopeya Artiguista y nuestra historia así como los lugares en donde se desarrolló. Por ejemplo me enseñó lo que es un ESTREVE (que permite calentar la caldera o la olla y asar la carne) utensilio que tenían los carreros para cocinar y me recomendó el herrero que lo hacía; comencé a usarlo sistemáticamente cuando hacía un campamento. Puede que éste sea un comentario de un hijo del asfalto como lo soy, pero aprendí a mirar hacia nosotros y no creer que todo ha venido de afuera. (...)

Era un soberbio cuentista. Sus citas se vinculaban a una anécdota que él la relataba soberbiamente. (...) Era un placer escucharlo sobre el "pelado Linton", que "Trueta, en Inglaterra, le contaba, que la india Mariana lavaba las heridas en arroyitos de agua clara". Era una docencia singular, el cuento traía escondido el objetivo y lo hacía recordar.

Era un Maestro en la organización de todo lo que hizo. Pero era también un ser humano al que recurrían sus discípulos, para aconsejarse con él, a veces en cuestiones fuera de los menesteres médicos, para trasladarse a la esfera de las decisiones personales o de familia, como nos vertieron varios de sus colaboradores más allegados. A quienes recibía en su chacra, o en su casa, para tener esos momentos de reflexión tan necesarios.

Y como relató el Dr. Alejandro Vázquez Barbé, que le ayudó a operar muchos años en el Hospital y en el Banco de Seguros:

Es un Maestro aquel que enseña
algo más trascendental que los
simples conocimientos.
Aquél, cuyo recuerdo está
permanentemente en nuestro cerebro
y en nuestro corazón.

12.6.-

La emergente ciencia del cuidado. El aumento sostenido del grado de dependencia y personas dependientes. (Conferencia).

Ac. José Grunberg.

Nota: Por razones ajenas a la voluntad del expositor y de los integrantes de la Comisión de Publicaciones, el texto de esta conferencia no pudo ser publicado en este Boletín. Por su importancia lo será en el Boletín del año 2013.

12.7.-

De Galeno a Raymond Roy-Camille pasando por la Capilla Sixtina. (Conferencia).

Ac. Asdrúbal Silveri.

El Dr. José Luis Bado, en una conferencia sobre la historia de la ortopedia, decía: **"Una creencia mitológica antigua, muy difundida aseguraba que los dioses sospechaban del hombre y le temían: lo consideraban como una "especie" peligrosa, inferior a ellos, sin duda, por sus miserias y porque eran mortales, pero dotados de una inteligencia inquietante, cuya audacia podría tarde o temprano llegar a usurparles sus privilegios."**

Muchos hechos que veremos hoy le conceden la razón a esta creencia.

Con este título queremos referirnos a los progresos que se han hecho en materia de tratamiento de las afecciones ortopédicas y traumatológicas del aparato locomotor.

Importa conocer algunas curiosidades y tener algunos datos históricos de interés, para saber cómo se llega a esta etapa.

En los últimos decenios la Ortopedia y la Traumatología se han transformado en especialidades predominantemente quirúrgicas.

El término Cirugía proviene del griego "que significa trabajo hecho con las manos, en latín "manus operatio". Como su nombre indica, significa, curar con la intervención manual, reforzada por el uso de instrumental y aparatos.

La historia de la Cirugía es tan vieja como la vida del hombre sobre la tierra, siendo el acto quirúrgico el más antiguo de los procedimientos terapéuticos. El hombre primitivo frente a sus lesiones, imita la conducta que ha observado en los animales, y así inmoviliza un miembro lesionado en forma instintiva, se lame las heridas, se preocupa de las lesiones externas, visibles o accesibles.

El mundo clásico denostaba el trabajo manual y así la medicina galénica fue predominantemente filosófica, prefirió el pensamiento abstracto, la interpretación metafísica, que deformó muchas de las conclusiones experimentales.

El propio Galeno, (Galeno de Pérgamo-Grecia, actual Bergama, Turquía) nació en 130 y murió hacia el año 200 o 216. Los datos sobre el lugar y fecha de la muerte de Galeno son confusos algunos dicen que murió en Roma y otros en Pérgamo.

Galeno inició su carrera como médico y cirujano de gladiadores; allí dijo esta frase: "La cirugía es el movimiento incesante de manos firmes y experimentadas." Pero luego en Roma en función de su prestigio como médico, literato y polemista, se convirtió en médico de la aristocracia (fue médico de los emperadores Marco Aurelio, Cómodo y Septimio Severo) abandonando la práctica quirúrgica al considerarla propia de profesionales de condición inferior.

Supo practicar vivisecciones en diferentes tipos de animales, ya que en Roma las autopsias estaban prohibidas, lo que le llevó a cometer algunos errores de interpretación que perduraron por mucho tiempo.. Pero también realizó aportes notables: corrigió el error de Erasístrato (304-250 a.c) que fue un médico clínico y experimental y un anatomista de la Grecia Antigua) quien creía que las arterias llevaban aire.

Galeno es considerado uno de los primeros experimentalistas de la Medicina: contribuyó al estudio de la médula espinal, describió los forámenes, los nervios espinales y anotaba que los nervios salen de la médula en el punto donde terminan las partes laterales de las vértebras. Demostró además cómo diversos músculos son controlados por la médula espinal, entre otras cosas.

Su fisiología, por ejemplo, se basa en las concepciones aristotélicas de naturaleza, movimiento, causa y finalidad, con el alma como principio vital, según las ideas de Platón, que distinguía entre alma concupiscible (con sede en el hígado), alma irascible (en el corazón) y alma racional (en el cerebro).

Fue la figura médica por excelencia cuya influencia y errores (anatómicos y fisiológicos) perduraron hasta siglo XVI. Al igual que el dios de la Medicina, Esculapio para los romanos, (Asclepios en griego), su nombre se convirtió en sinónimo de médico.

En el periodo medieval la superstición impidió la realización de estudios serios de anatomía y patología quirúrgica. La enfermedad era un castigo divino y su curación se fundaba en el arrepentimiento y la penitencia. Hasta finales del siglo X, la ciencia médica del Occidente europeo estuvo reducida a restos muy empobrecidos de los saberes clásicos, conservados sobre

todo, pero no exclusivamente, por los clérigos. La influencia del cristianismo le agregó a la Medicina mucho de misticismo

En la Baja Edad Media la práctica quirúrgica estaba muy desprestigiada, y devaluada. Ejercer la Cirugía era riesgoso, los que operaban estaban poco preparados y excluidos de las aulas, ya que la Cirugía no entraba a formar parte de la educación médica en la Universidad.

Los cirujanos barberos, o de toga corta, eran los que practicaban la cirugía y no tenían un origen universitario. Se trasladaban a diferentes sitios. El cirujano (barbero, arreglador...) ha sido considerado el técnico, mientras el médico (más relacionado históricamente con el sacerdote o el chamán) era el auténtico sanador.

El término de "barbero" era utilizado para referirse a un gremio de "prácticos", no médicos, desconocedores del latín y cuyo campo de actuación se limitaba a intervenciones menores. Los cirujanos barberos eran considerados como trabajadores manuales que, además de tratar heridas, cortaban el pelo, afeitaban y realizaban sangrías o extraían piezas dentarias. Se diferenciaban de los cirujanos de bata larga que estudiaban en la Escuela de San Cosme (patrón de los médicos) y conocían las lenguas clásicas y los escritos de Galeno, pero que eran inferiores a los médicos.

Las relaciones entre doctores médicos y cirujanos fue más problemática.

Los historiadores han contrastado con frecuencia las pretensiones, sutilezas y demandas económicas de unos, con el sentido común, práctica y altruismo de los otros. El final de la Edad Media se intuye como una época de dominio quirúrgico; quizá porque fue la primera vez que el arte de la Cirugía consiguió la independencia y el respeto como una parte relevante de la Medicina

Pero en otros sitios, la separación entre médicos y cirujanos era mayor. La Cirugía fue rara vez incluida en el currículo universitario fuera de Italia, y un cirujano formado en Italia podía sorprenderse que en Francia era considerado un simple barbero.

El médico despreciaba a los cirujanos y éstos a los barberos.

La Cirugía no se desarrolla hasta los siglos XII y XIII. En el siglo XIII los estudios de Cirugía más importantes se llevan a cabo en Bolonia, donde se crea una escuela de Cirugía de gran prestigio

En Francia Henri de Mondeville (1260-1320) es considerado como el pionero de la Cirugía francesa: predicó la sutura precoz de las heridas, atacó el concepto de *pus "bonus e loabile"* de los antiguos romanos. Hoy se lo recuerda como el primer escritor galo que escribió una obra quirúrgica.

Guy de Chauliac (1300-1368), hace 600 años, hizo una descripción del cirujano a la que los siglos poco han añadido y nada han quitado: Que el cirujano sea audaz en las cosas seguras y precavido en las peligrosas; que evite los tratamientos y prácticas defectuosas. Debe ser amable con el enfermo, respetuoso con sus compañeros, cauteloso en sus pronósticos. Que sea modesto, digno, amable, compadecido y misericordioso; que no codicie el dinero ni sea socialíbero; que su recompensa sea según su trabajo, los medios del paciente, la clase del asunto y con su propia dignidad.

Esta definición tiene total vigencia. En 1971 el Board of Regents of the American College of Surgeons resolvió entregarlos a cada uno de sus nuevos miembros bajo el título **"Lo que un Cirujano debe ser"**.

Este cirujano es el primero en realizar observaciones sobre heridas por armas de fuego, hizo trabajos sobre fracturas y tracción, y actuó como cirujano de guerra.

Por fin, el auge de las universidades reforzó la profesión médica hacia un cuerpo de conocimiento basado en el aprendizaje académico, un argumento que fue ganando a los cirujanos que habían leído a Albucasis, o Guy Chauliac. Así surgió una ortodoxia que fue arrinconando la práctica artesanal.

Al final de la Edad Media, dos hechos van a afectar el curso posterior de la cirugía: la invención de la pólvora y su aplicación en las guerras, y el renovado interés por el estudio de la Anatomía.

La Cirugía del Renacimiento se caracteriza en toda Europa por la división entre cirujanos y barberos; los primeros, con instrucción teórica, conocimientos de Anatomía y de Medicina; los segundos, poco más que curanderos ambulantes. Sin embargo, tanto unos como otros vieron amenazada su profesión por los médicos, cuya mejor posición social y preparación les proporcionaba una mayor clientela.

En el Renacimiento debemos remarcar la figura de Ambrosio Paré (1510-1590) Comenzó como aprendiz de un barbero-cirujano de París; después trabajó durante cuatro años en el Hôpital Dieu de París. Allí aprendió Anatomía y Cirugía y comenzó a desarrollar destreza manual y un notable conocimiento de la Medicina de su tiempo. En 1541, luego de superar un examen, se convirtió en maestro barbero-cirujano. Sufrió un cierto rechazo de la comunidad médica, ya que su extracción humilde y su desconocimiento del latín y el griego le llevaron a escribir toda su obra en francés. Desde sus inicios se le consideró un "renovador", lo que no siempre le benefició, aunque su reputación fue hasta el final su principal aval.

Trabajó como cirujano del ejército, quien cambió en forma radical el tratamiento de las heridas de arma de fuego y comenzó a utilizar la ligadura de vasos en vez de aplicar hierro candente para hacer hemostasis. Es considerado la principal figura quirúrgica del siglo XVI, el más grande cirujano del Renacimiento, y el padre de la Cirugía francesa.

Durante la batalla de Vilaine, hizo su primer gran descubrimiento. Debido a la falta de aceite, (que se usaba hirviendo para cauterizar las heridas) creó su propio remedio "contra el dolor producido por armas de fuego". Éste consistía en una yema de huevo, aceite de rosas y trementina. Al día siguiente de usar esta aplicación emoliente comprobó su efecto benéfico, el paciente tenía menos dolor y eso lo diferenciaba ampliamente de lo mucho que sufrían los pacientes cuando eran cauterizados con aceite hirviendo.

Introduce el lavado de las heridas "no puedo decir por qué razón, pero creo que uno de los principales medios para curar las heridas es conservarlas bien limpias".

Posteriormente, en la batalla de Dauvilliers aplicaría por primera vez la técnica de la ligadura de arterias a los muñones de las amputaciones. Aunque la ligadura de vasos ya era conocida, ésta no se aplicaba a las amputaciones. Los muñones se cauterizaban con hierro al rojo vivo, técnica que resultaba poco efectiva. Los aportes de Paré a la Traumatología y Ortopedia son importantes. Fue el primero en describir la fractura de cuello femoral y los desprendimientos epifisarios en niños, describió un nuevo método para la reducción de la luxación glenohumeral.

Paré, al sufrir él mismo una fractura expuesta de pierna, producto de una coz de caballo. se constituyó en el primero en describir una fractura abierta, y tratarla con éxito sin amputación.

La brillantez de Ambroise Paré, ha resistido los estragos del tiempo, un cirujano por excelencia y, sobre todo, un filósofo benevolente. A pesar de ser un rebelde en el mundo de la Medicina de su tiempo, él se levantó de los más humildes orígenes, hasta las más altas esferas, únicamente como resultado de su propio genio, inteligencia y dedicación

En 1564 publicó su gran tratado Diez libros de la Cirugía, escrito en francés, que ha sido traducido a todas las lenguas. Dos siglos antes de la publicación de Andry, de su volumen sobre la "Ortopedia", Paré reconoció la importancia etiológica de los vicios posturales, diseñó un corsé para las escoliosis, etc. Finalmente, la Escuela de Medicina de la Universidad de París acabaría por concederle en 1584 (a los 74 años) el bonete de doctor en Medicina debido a sus logros. Es considerado como el padre de la Cirugía moderna.

En lo que se refiere a la Cirugía Ortopédica, al igual que muchas otras especialidades se ha desarrollado en base a la necesidad de corregir la deformidad, restaurar la función y aliviar el dolor.

La palabra "ortopedia" aparece citada, por vez primera, en un libro de Nicolás Andry de Boisregard (1658-1742) que publicó en 1741 (L'Orthopédie ou l'Art de prévenir et de corriger dans les enfants les diformités du Corps), donde identificaba el término con las deformidades de las primeras edades de la vida.

Resume el significado de dos raíces latinas: ortos -derecho- y pedio -niño-, para expresar su creencia de que muchas de las deformidades del adolescente y del adulto tenían su origen en la infancia y así fue como la creó. Andry no era un personaje querido, fue definido como rencoroso, envidioso, desdeñoso e irascible.

Esta obra escrita por un pediatra, en realidad hablaba de la forma de criar los niños y prevenir las deformidades. El autor eligió para tal denominación el símbolo de un árbol torcido al que se ata fuertemente un tutor para conseguir su crecimiento recto.

En la Ortopedia de Andry no hay nada quirúrgico, fue un ardiente opositor de los cirujanos y nunca debe haber sospechado que la especialidad, de la cual es considerado fundador, llegase a ser una rama de la Cirugía.

Andry no creó la especialidad de Cirugía Ortopédica. Lo citamos por haber introducido la palabra ortopedia y el emblema del árbol. Llegó a ser muy conocido por su postura en contra de "los cirujanos barberos desangradores".

Al hablar de nuestra especialidad, la Traumatología y Ortopedia, hay nombres que no se pueden omitir como Antonio Mathysen (1805-1878), quien fue un cirujano militar holandés que en 1852, describió, por primera vez el uso de los vendajes enyesados. La ventaja que ello suponía era la posibilidad de disponer de una forma de estabilización rápida que pudiese utilizarse en el campo de batalla, y que permitiese el traslado del herido. Con esto dejó su nombre ligado, a uno de los aportes más importantes en la especialidad.

Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) que hizo la primera radiografía a de la mano de su esposa el 22 de diciembre de 1895. En febrero de 1896 Röntgen tomó una radiografía de un brazo fracturado y la envió al British Medical Journal para probar el extraordinario poder diagnóstico de su hallazgo. Este descubrimiento estimuló el desarrollo de la cirugía ortopédica al mostrar cómo a menudo las fracturas estaban mal alineadas. Siendo desde entonces un aporte invaluable para el diagnóstico y tratamiento de las afecciones esqueléticas.

Fritz Steinmann (1872-1932) médico suizo, que en 1908 introdujo la tracción continua, con "clavos" colocados en los cóndilos femorales, lo cual constituyó un elemento esencial en el tratamiento de las fracturas.

El clavo era introducido a mano, pero fue un cirujano alemán, Ernst Becker, quien introdujo el uso del taladro, y otro cirujano alemán Rudolf Klapp quien introdujo el uso de un alambre delgado y flexible para el tratamiento de las fracturas de las extremidades inferiores mediante tracción, ya que previamente se traccionaba de las partes blandas produciendo lesiones de piel muy severas.

Martin Kirschner (1879-1942) nació en Breslau hoy Polonia, se dio cuenta del valor de ese método rápidamente y publicó su primera serie de casos de traccionados en 1909, agregando el estribo para tensionar el alambre y evitar que se curvara o se moviera en el hueso, que no fuera causa de infección, permitiendo la tracción en el eje de los huesos para así lograr su reducción.

Pocos procedimientos como éste se han mantenido incambiados en el tiempo.

Los alambres de Kirschner se han mantenido básicamente sin cambios desde su introducción; han sido y siguen siendo una herramienta muy útil en manos de cirujanos ortopedistas y cirujanos plásticos.

Kirschner, además fue el que realizó la primera embolectomía pulmonar de 1924.

Luego, durante la Primera Guerra Mundial Lorenz Böhler (1885-1973) nacido en Austria, fue asignado como médico militar en Bolzano. Allí se dedicó al tratamiento de los fracturados durante los enfrentamientos bélicos. Ante el caos imperante en otros centros, donde no se podía identificar qué tipo de fractura tenían los soldados, por carecer de registros, decidió ordenar los casos, marcando en los yesos de los pacientes el tipo de fractura que tenían, la fecha de su tratamiento. Esa medida facilitó el manejo de los fracturados, y por ende aportó una mejor conducta terapéutica.

Ahí fue donde Böhler pudo desarrollar sus más grandes aportes: todos los procesos se estandarizaron y se dividieron por especialidad, se crearon registros para estudios posteriores, se clasificaron y estandarizaron las lesiones.

Estableció los Objetivos:

- Salvar la vida
- Salvar la extremidad
- Salvar la función

Esto lo logró a través de:

- Diagnóstico temprano
- Manejo del dolor
- Inmovilización del segmento lesionado
- Movilización del resto de la extremidad sin provocar lesiones.

También se dio cuenta que para evitar tantas amputaciones, se debían respetar siguientes principios para el tratamiento de las fracturas:

1. Reducción. En toda fractura se deben reducir lo mejor posible los fragmentos desplazados.
2. Inmovilización. Inmovilizar en buena posición hasta su consolidación ósea.

3. Rehabilitación. Ejercicio activo de las articulaciones móviles, y la rehabilitación con recuperación.

Böhler siempre estuvo a favor del tratamiento incruento, pero cuando practicó los métodos de osteosíntesis como el enclavamiento femoral y otras técnicas, constató los fracasos de los mismos, ya que frecuentemente se les complicaba con infección o pseudoartrosis.

La asepsia de Lister permitió el desarrollo de la cirugía articular hasta entonces detenida por las seueclas infecciosas

Ignaz Semmelweiss (1818–1865) médico obstetra húngaro que se le reconoce como uno de los pioneros de los procedimientos antisépticos: el lavado de manos. Pero a pesar de esto, se topó con el conservadurismo de los que dominaron la Medicina húngara y sus conclusiones fueron ignoradas

En marzo de 1867, el médico cirujano Joseph Lister (1827 - 1912), tuvo la brillante idea de aunar la propuesta exitosa de Semmelweiss con los recientemente adquiridos conocimientos de Louis Pasteur. Lister publicó en The Lancet un artículo en el que proponía el origen bacteriano de la infección en las heridas y métodos para luchar contra ella: el uso del fenol (o ácido carbólico o ácido fenico), como antiséptico para lavar el instrumental, las manos de los cirujanos y las heridas abiertas.

En 1857 publicó el trabajo titulado Nuevo tratamiento de las fracturas abiertas. Mostró un caso de fractura abierta tratada con su método. Primero aplicaba compresas de agua fenicada y después pulverizaba el ambiente y los objetos que podían entrar en contacto con la herida completándolo con el uso de pomadas fenicadas.

Además desarrolló mediante calor la práctica quirúrgica de la asepsia y la antisepsia, mejorando notablemente la situación postoperatoria de los pacientes.

En mi opinión los aspectos técnicos que han hecho que la cirugía ortopédica y traumatológica hayan avanzado de la manera como la conocemos hoy están dados por el perfeccionamiento de la anestesia y la asepsia, la antibioticoterapia, la imagenología (los arcos en C) las TAC, RMN etc, los biomateriales y los estudios biomecánicos.

Durante mucho tiempo la Traumatología y Ortopedia que se ejercitaba en nuestro país era dependiente de los conceptos del escuela Italiana, donde el maestro Vittorio Putti (1880-1940) marcó líneas en la misma.

En verdad se realizaba una especialidad predominantemente no quirúrgica; las inmovilizaciones y muchas correcciones eran realizadas manualmente o por tracción esquelética y se mantenían en aparatos de yeso.

Es a partir de la segunda parte del siglo XX que siguiendo a la escuela suiza con Muller, Allgower y col. 1958) que se modifica la filosofía en el manejo de las fracturas. Se funda la AO Internacional (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese Fragen / Association for Study of Internal Fixation) AO/ASIF organización para el estudio de la osteosíntesis) que es un organismo científico que congrega a especialistas de todo el mundo, con objeto de realizar investigaciones, sistematizar tratamientos, desarrollar implantes y educar a los nuevos especialistas dictando directrices para el tratamiento de fracturas basadas en evidencias científicas.

Se establecen una serie de principios:

1. Fijación interna estable, con placas y tornillos, diseñada para responder a las demandas biomecánicas locales.
2. Preservación de la vascularización, por medio de cirugía poco traumática y cuidando de la mejor manera posible los tejidos blandos.
3. Alineamiento anatómico de los fragmentos, en todos los planos del espacio.
4. Movilización precoz y libre de dolor de los músculos y articulaciones.

En Uruguay fueron los Dres Roberto Masliah, Alberto Fernández y Antonio Barquet, desde sus diferentes ámbitos de trabajo quienes impulsaron estos cambios en la patología traumática fundamentalmente del paciente adulto.

Por otra parte comienzan a realizarse en el mundo y en nuestro medio la cirugía de reemplazos articulares (cadera, rodilla y otras articulaciones) donde sin duda tuvo una gran importancia el trabajo hecho por el Prof. Oscar Gugliemone (1917-1999) con la fundación del Banco de Prótesis.

(Se proyecta un video)

Con la osteosíntesis, con placas, tornillos y clavos, se ha buscado minimizar las consecuencias de un enyesado prolongado.

Este tipo de cirugía (de la patología traumática y de replazos articulares) está basada en una tecnología que avanza día a día, gracias a la colaboración entre médicos, ingenieros, biomecánicos, biólogos etc., que conducen cuidadosa investigación sobre el hueso, su biomecánica y la biocompatibilidad de los materiales que se utilizan en el hueso y partes blandas.

Estos cambios conceptuales requieren de nuevas tecnologías. El hueso no admite ni tolera la infección y se defiende mal de la misma. Eso obligó a extremar la asepsia y disminuir al máximo los riesgos de la cirugía; aparecen las salas de flujo laminar (denominadas salas blancas) con toda su estructura (túnica, escafandras, entre otros elementos).

El nuevo concepto del tratamiento de las fracturas con implantes metálicos, implica el estudio de biomateriales, su compatibilidad con los tejidos humanos, y otras variables.

Los biomateriales son aquellos que pueden ser implantados en organismos vivos debiendo cumplir una función adecuada y no generar daño en el organismo. Se dividen en tres grandes categorías. Los metales se usan sobre todo en las osteosíntesis y las artroplastias; las cerámicas como superficies de fricción o de osteoconducción; por último, los polímeros en numerosísimas aplicaciones. En cirugía ortopédica se usa mucho el acero 316, el titanio, el peek (polyether ether ketone,) etc.

Por otra parte se deben tener conceptos biomecánicos muy claros para minimizar la posibilidad de fracasos en los montajes; ya sea de huesos largos, de columna o en los maxilofaciales etc.

El concepto de biomecánica es la combinación de las palabras biología y mecánica. Se apoya en diferentes ciencias biomédicas, utilizando conocimientos de la mecánica, la ingeniería, la anatomía, la fisiología y otras disciplinas. Es la mecánica aplicada a la biología, estudia la respuesta que experimentan los seres vivos y los materiales biológicos sometidos a las cargas mecánicas.

El sistema músculo esquelético y su funcionamiento pueden ser definidos utilizando las leyes básicas de la mecánica. La biomecánica explora los efectos de la energía y de las fuerzas en los sistemas biológicos. El restablecimiento de la función en un sector determinado del organismo debe respetar la leyes de la mecánica y sus principios biomecánicos. Esto incluye el análisis de fuerzas, cargas estáticas y dinámicas, cinemática, modo de falla del implante etc.

La comprensión de los principios mecánicos y biomecánicos permitirá finalmente la aplicación de una instrumentación adecuada. En general los análisis biomecánicos y de laboratorio puede ser usados como base para los estudios clínicos. Este capítulo involucra a cirujanos, médicos, ingenieros, físicos, químicos y especialistas en educación física; para el intercambio de ideas y para la investigación.

¿Qué sucede con la patología espinal?

Todo lo antedicho es aplicable a la cirugía de la columna vertebral, que poco a poco se va separando de la Ortopedia y Traumatología general para tener un perfil propio. ¿Qué hace la diferencia? La vinculación que tiene el estuche óseo ligamentario con el sistema nervioso que transcurre en su interior. El daño neurológico que se puede ocasionar por la patología que afecta la región.

La evidencia más antigua de lesiones de columna se encuentra en el Papiro de Edwin Smith, un egiptólogo, que compró en 1862 los fragmentos del antiguo manuscrito, en Luxor, Egipto. Aunque él reconoció la importancia del manuscrito, nunca publicó nada acerca de él. Su hija lo heredó, y lo donó a la Sociedad de Historia de Nueva York. La Sociedad, quien encargó a James Breasted traducirlo.

Según este estudioso, el Papiro fue escrito 1700 años a.c (está escrito en hierático, que es una escritura egipcia abreviatura de la jeroglífica). y es copia de un manuscrito original que data de 3000 años a.c y nos da información de la Medicina de Egipto; en él se describen 6 casos de lesiones traumáticas de la columna, dos de ellas con lesión neurológica consistente en cuadriplejía y lesión de esfínteres. La tuberculosis existía también en el Egipto antiguo, como una enfermedad común.

La Cirugía de la columna ha avanzado, en los últimos 25 años, desde los procedimientos de descompresión (laminectomías) a los procedimientos complejos de reconstrucción espinal y estabilización o fijación interna, como resultado de un boom tecnológico que se inició en la

década de 1970 con el advenimiento de la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear, las que han permitido obtener imágenes tridimensionales, mostrar la relación entre las lesiones del eje neural y los tejidos blandos subyacentes.

Existen en la historia de las afecciones de columna múltiples iconos y aportes, que no viene al caso citar, pero como lo primordial en el manejo de la patología raquídea consignamos la estabilización. Eso se logra con la Fusión o Artrodesis vertebral, que se puede lograr por varios caminos.

En realidad se debería hablar más de fusión que de estabilización; ya que se puede estabilizar sin fusionar (estabilización dinámica).

En los últimas tres décadas la estabilización y la fusión de la columna vertebral es una práctica común y ha aumentado en número de forma muy significativa.

Simultáneamente, los implantes ofrecidos por el mercado también han crecido, de la misma forma los tipos y complejidades de los procedimientos quirúrgicos (abordaje anterior, posterior, combinados etc.).

Se han generado nuevos modelos de diseño que se adaptan al comportamiento biológico y mecánico de la columna.

En un esfuerzo para superar estas dificultades, los investigadores han creado varios tipos de tests, para evaluar la respuesta de la columna a los implantes y a los requerimientos biomecánicos que deben estar sometidos en las actividades de la vida diaria.

Una variedad de métodos han sido utilizados a lo largo de la historia para el tratamiento de las afecciones de la columna vertebral. Recordaremos solo algunos hechos:

En 1886, MacEwen documentó la primera laminectomía. A los inicios del 1900 Menard introduce la costo-transversectomía para aliviar la presión que existía dentro del canal medular por un absceso póstico. En 1891 Berthold Earnest Hadra hizo una estabilización con alambres por vía posterior para una luxa fractura cervical.

En 1909, Fritz Lang fija barras rígidas de celuloide a cada lado de las apófisis espinosas usando hilo de seda y acero para estabilizar la columna vertebral.

León Wiltse, en su capítulo sobre la historia de la artrodesis lumbar atribuye a Fred Albee (1876-1945) y a Roussell Hibbs (1869-1932) que en 1911 fueron los primeros que usaron injertos autólogos para artrodesiar la columna: Albee los usó de tibia para estabilizar la columna, y el segundo asoció la decorticación de las láminas y la destrucción de las carillas articulares, (como aún hacemos hoy en día) y agregó chips de hueso, producto de la fragmentación esas apófisis espinosas. Desde esa época hasta la actual esta metodología es el procedimiento estándar más usado en el mundo.

Con el método de Röntgen solo se obtenían radiografías en AP (antero-posterior); fue recién en 1925 que Davis obtiene la primera radiografía lateral utilizable en el futuro.

Cloward fue el iniciador de la fusión intercorporal por vía posterior que practicó por primera vez en 1940 y describió en 1953, aunque hay un reporte de Jaslow quién practicó una fusión intercorporal en 1946; la fusión intercorporal por vía anterior fue descrita en 1933 por Burns para tratar espondilolistesis.

En 1940 se agrega la toma de injerto del hueso ilíaco para obtener material óseo autólogo para las artrodesis, a la cual se le han atribuido varios cuestionamientos sobre dolor, infección etc., pero a mi entender sigue siendo un gran aliado al cirujano ortopédico en el momento de realizar una artrodesis anterior o posterior.

Realmente el pionero de la estabilización espinal fue Paul Randall Harrington (1911-1980) quién en 1962 publicó su sistema para el tratamiento de escoliosis. Sobre todo para los niños con deformidades por parálisis infantil.

Luego Eduardo Luque Rebollar (1931-2002) impuso el concepto de corrección segmentaria con alambrado sublaminar. Su método consistía en colocar unas barras metálicas unidas por alambres sublaminares que permitían una corrección segmentaria, pudiéndose doblar de tal modo de poder restablecer los contornos del plano sagital de la columna (lordosis y cifosis) que con el método de Harrington no se obtenía. Por otra parte, con este método se evitaba usar inmovilización postoperatoria.

En nuestro medio en el CEDEFECO (Centro de Deformidades de Columna), se diseñó un sistema similar que lleva el nombre de Marco de Lea Plaza, con un rectángulo que fue muy efectivo para el tratamiento de las deformidades raquídeas.

El abordaje del cuerpo vertebral a través de los pedículos originalmente fue descrito por A. Michele y F. Krueger (Surgical approach to the vertebral body- J bone joint surg am,) en 1949, quienes lo usaron para biopsiar procesos tumorales de los cuerpos vertebrales. La instrumentación con tornillos en los pedículos fue iniciada en 1970 por Raymond Roy-Camille (1927–1994) quien en 1963 en Poissy descomprimió la médula de la una joven accidentada y la fijó con tornillos.

Ese día se introdujeron los tornillos pediculares como elementos de fijación del raquis.

Los estudios biomecánicos han permitido determinar que la fijación en los pedículos (transpedicular) es la más eficaz. Además, en montajes cortos la interfase tornillo-hueso, tiene mayor resistencia que una interfase alambre-hueso, lo que ayuda a limitar el número de segmentos a ser fusionados.

Las ventajas de los tornillos pediculares, es su aplicación en todas las vértebras de la columna, con una fijación sólida las tres columnas de la vertebra (posterior, media, y anterior), permitiendo montajes cortos y ayudando a mantener los contornos sagitales normales.

El mayor riesgo de los tornillos es el daño que se puede producir en el sistema nervioso o en los vasos; para ello es que usamos desde hace un tiempo la monitorización neurofisiológica intraoperatoria para controlar y minimizar el riesgo de eventual daño neurológico y reconocerlo precozmente durante el acto quirúrgico. Se realiza la monitorización del sistema nervioso controlando con potenciales sensitivos, motores y electromiografía; dando mayor seguridad a las maniobras que se realizan en la vecindad de los elementos nerviosos (médula espinal o raíces nerviosas). Es muy útil sobre todo cuando se realiza la técnica de manos libres que requiere un conocimiento detallado de la morfología del pedículo. Hay también centros donde utilizan navegadores, (equipos muy costosos y que no se han impuesto todavía).

Vías de abordaje: La columna puede ser abordada, por vía anterior (artrodesis intersomática) o por vía posterior y póstero-lateral. Cada vía de abordaje tiene su razón y sus indicaciones precisas.

En los años 80 se introdujeron los abordajes raquídeos por vía anterior, tanto transcavitarios como extra cavitarios, haciendo evidente las ventajas de las reconstrucciones y las fijaciones segmentarias con tornillos pediculares.

Por otra parte la población añosa ha aumentado; habiendo aumentado, en consecuencia, la presencia de enfermedades degenerativas, traumáticas e inflamatorias que requieren soluciones quirúrgicas.

Tipos de implantes: placas cervicales y tornillos; tornillos pediculares y barras, balones vertebrales de expansión en vertebroplastias; cajas intersomáticas etc., que puede ser de diferentes materiales. Los más usados son el acero inoxidable 316, y el titanio (que fue inicialmente utilizado en los motores de los jets). Otros muchos tipos de implantes se han diseñado, tales como prótesis discuales de diferentes tipos, estabilizadores intraspinales, etc.

Tanto los instrumentos como los implantes siguen evolucionando y mejorándose. Hay tornillos con cabezas monoaxiales, poliaxiales y con diferentes medios de conexión a las barras. Hay gran variedad de tamaños. Se pueden usar en todo el raquis desde C1 hasta el sacro. Existen múltiples tipos de placas, con diferentes conexiones, cajas intersomáticas y dispositivos intersomáticos de diferentes tamaños, formas y materiales que se usan como soportes en las vías anteriores y en las sustituciones de cuerpos vertebrales.

Hubieron múltiples intentos y siguen existiendo para la sustitución protésica de los discos intervertebrales tanto a nivel cervical como lumbar, algunos siguen vigentes y otros se han abandonado.

Estos avances tecnológicos han llevado a cirujanos e investigadores a realizar progresos en biomecánica y biomateriales y a unirse con la industria para generar implantes de diferentes materiales que han impactado en la educación médica de postgrado y ha aumentado significativamente el costo del tratamiento las diferentes afecciones de la columna que podrían tener impacto negativo en las economías de los sistemas de salud.

Aunque la diferencia está en la calidad de vida eventualmente alcanzada.

También se han incorporado múltiples técnicas de abordajes cuya siglas en inglés son : ALIF, PLIF, Tlif, Xlif, etc.

La cirugía endoscópica y mínimamente invasiva va aumentando en su utilización, obligando al cirujano a tener mucha paciencia en una curva de aprendizaje, que no es corta y está llena de incidentes.

Para llegar a tener dominio de la misma se debe tener un casuística muy importante que permita adquirir una gran experiencia.

Lamentablemente no existe un reconocimiento de la especialidad en todos los lugares del mundo, aunque si hay dedicación. A ella se puede llegar por la Ortopedia o por la Neurocirugía. Pero uno se debe preguntar ¿puede ser un cirujano espinal competente en tratar deformidades, tumores, afecciones degenerativas, infecciones? ¿Puede ser competente en tratar afecciones pediátricas, del adolescente o del adulto? ¿Puede un cirujano abordar solo una vía anterior o posterior? Existen muchos interrogantes y poco consenso en las respuestas. En un país como el nuestro con un número limitado de habitantes, el tema es más complejo aún.

La historia de la cirugía de la columna hasta ahora ha sido un prólogo fascinante a las innovaciones aún mayores y mejores recuperaciones para los pacientes en sufrimiento, pero debemos tener mesura en las medidas a tomar y no encegüernos con lo primero que brilla. Debe buscarse que el paso del tiempo otorgue su aval a las nuevas técnicas.

Si extenso y fecundo ha sido el camino recorrido por las afecciones músculo-esqueléticas a través de la historia de la humanidad, mucho más sorprendente y prometedor será lo que estará por venir.

Muchas Gracias.

12.8.-

"Comentarios médico-legales sobre el proyecto de ley de técnicas de Reproducción Humana Asistida." (Exposición en el Plenario de la Academia y respuesta a preguntas de distintos Académicos).

Ac. Guido Berro.

Este proyecto de ley ya fue aprobado por la Cámara de Representantes y ahora está a consideración del Senado. Podemos decir que "durmió" mucho tiempo en el Parlamento pero, igualmente, a lo largo de los años sufrió varias modificaciones. Fue presentado por el entonces Senador Dr. Alberto Cid en base a un anteproyecto que había elaborado con el Doctor Gerardo Bossano, quien está en el tema de reproducción humana asistida y hace más de quince años que practica estas técnicas sin norma legal. Entonces, lo primero que uno se pregunta es si realmente debe sancionarse una ley dado que hasta ahora todo ha funcionado bien. Pero son ellos mismos quienes la reclaman porque desean contar con un marco legal que les dé seguridad jurídica.

En el artículo 1º se define la esterilidad e infertilidad. El primer comentario que hago es que me llama mucho la atención que determinadas situaciones médicas o clínicas sean definidas por ley. Se define la esterilidad como una enfermedad de carácter crónico. Por su parte la infertilidad es una disfunción originada por múltiples causas, tanto de la pareja como de cada uno de sus integrantes. La proyectada ley llama enfermedad a la esterilidad y disfunción a la infertilidad; no sé por qué hace esa distinción. Se me ocurre que la intencionalidad subyacente a este tipo de redacción es que sean abarcadas por el Sistema Nacional Integrado de Salud. Asimismo, para esta ley se entiende por pareja estéril aquella que luego de doce meses de relaciones coitales frecuentes, sin medidas anticonceptivas, no ha logrado una gestación, independiente del resultado de esta. Es muy ambiguo porque no nos dice qué es relación coital frecuente. ¿Quién se anima a definirlo? Por su parte, se entiende por pareja infértil aquellas que luego de doce meses de relaciones coitales frecuentes no ha logrado llevar a término una gestación. Creo que la ley debería haberse redactado, a mi modo de ver, de la siguiente forma: Se estará a la definición de los médicos en la materia.

Se pretende, con esta ley, generalizar las técnicas a través de un sistema de financiación por cobertura de enfermedades, declarando que la esterilidad es una enfermedad y la infertilidad una disfunción. Se estaría apuntando al principio de equidad o de justicia distributiva de la Bioética.

La expresión enfermedad podría ser discutible; sería más bien una discapacidad o disfunción de acuerdo con las definiciones de la OMS.

ACADÉMICO POLTO.- Con respecto al asesoramiento debo decir que me sorprende que en esta oportunidad no se haya dado participación a la Academia Nacional de Medicina, como sí había ocurrido con los proyectos anteriores.

Comparto lo que dice el Académico Berro pero advierto que se está refiriendo a los efectos de esta ley. Con respecto a lo que podría ser la frecuencia sexual ideal para lograr un

embarazo, deberíamos hablar de al menos dos veces por semana pues los espermatozoides sobreviven tres días.

ACADÉMICO BERRO.- Sobre el artículo 2° no tengo observaciones que formular. Dice que las entidades públicas y privadas que integran el SNIS deberán garantizar dentro de sus prestaciones, etcétera. Esto me confirma que la declaratoria como enfermedad era para incluirlas en el SNIS.

El artículo 3° define técnicas de reproducción asistida. Las técnicas de reproducción humana asistida son, para esta ley, aquellas que pueden provocar un embarazo que por medios naturales no es posible. Más que definir, me parece que está diciendo, en forma amplia y bastante imprecisa, en qué situación se encuentran. Hay que tener en cuenta que estas técnicas también fallan —como pudieron fallar los medios naturales—, pues hay un promedio de éxito del 40%. Por lo tanto, no es tan claro que vaya a sustituir totalmente las posibilidades de reproducción.

El artículo 4° señala que sólo podrán aplicar las técnicas de reproducción asistida aquellas instituciones públicas o privadas que hayan recibido la correspondiente habilitación del Ministerio de Salud Pública a estos efectos específicos. Me parece que está bien.

El artículo 5° dice así: Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, dentro del marco de la presente ley, sólo se aplicarán si se cumplen los siguientes requisitos:

A) Mayoría de edad de la mujer

B) Certificación extendida por el equipo profesional interdisciplinario tratante y anuencia escrita por la mujer o por ambos miembros de la pareja, en el caso de matrimonio o de unión concubiniaria cuando corresponda, en la que conste:

I) Haber brindado asesoría a la mujer o a ambos miembros de la pareja, cuando corresponda, sobre procedimientos y posibilidades para optar por la adopción, antes de someterse al tratamiento con técnicas de reproducción humana asistida.

II) Justificación para la realización de fertilización in vitro en la mujer interesada o por ambos miembros de la pareja, según corresponda, como último procedimiento médico terapéutico para concebir.

III) Constancia escrita de los estudios, tratamientos y resultados, seguidos por la mujer o pareja antes de decidir sobre la realización de fecundación in vitro.

IV) Constancia, mediante la suscripción de un consentimiento informado, de que la mujer o ambos miembros de la pareja, en su caso, han sido informados por el equipo profesional interdisciplinario tratante, sobre requisitos, procedimiento, riesgos, descripción de posibles molestias, secuelas, evolución previsible, peligros y beneficios del tratamiento.

V) Exámenes clínicos y paraclínicos que demuestren que los participantes en el tratamiento, no son portadores de infecciones de transmisión sexual u otras que confieran riesgos de defectos congénitos al producto de la concepción y no sean posibles de resolver, según el estado del conocimiento médico.

C) Dejar constancia por parte del responsable del equipo actuante, con la firma de todos sus integrantes de que hay posibilidades razonables de éxito y el procedimiento no supone riesgo para la salud de la mujer o su descendencia.

Quiere decir que el equipo se compromete a que haya un éxito razonable y a que esa técnica no suponga riesgo. Sin embargo, en el numeral IV, expresamente, exige que se informe de los peligros a la mujer o a la pareja. Parece algo contradictorio.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Uno de los usos de la reproducción asistida son los temas de genética, cuando la pareja es portadora de alguna patología genética. Sin embargo, aquí ni se lo menciona. Cada vez más se utiliza este tipo de técnicas cuando hay situaciones de alto riesgo.

ACADÉMICO BERRO.- Cuando tuvimos la entrevista con el diputado Dr. Radío por el tema del presupuesto de la Academia, le dije que había hecho estos comentarios y él me pidió que se los alcanzara. Así lo hice, pero el proyecto de ley fue aprobado en la Cámara de Representantes tal cual estaba redactado.

El artículo 6°, expresa: La mujer a la que se le apliquen estas Técnicas de reproducción humana asistida podrá disponer que se suspendan las mismas, antes de la fecundación del óvulo. Tal manifestación de voluntad deberá hacerse por escrito y con los mismos requisitos que se siguieron para consentir.

Quiere decir que según el artículo 5° se necesita el consentimiento de la mujer o de la pareja. ¿Esto significa que hablamos de mujeres solas? Si. Creo que se debería expresar claro si

también abarca a parejas homosexuales. Los hombres, ¿pueden alquilar un útero como sucede en otros países o úteros subrogados? Más adelante lo prohíbe. Parecería que hay un desequilibrio en el tratamiento de ese tema. Desde lo Bioético se destaca que se respeta la libertad de consentir, la autonomía, la información y que se puede disponer la suspensión de la técnica.

Aquí podemos ver (se muestra) una foto tomada de una compañía de turismo de Alicante promocionando lo que se llama turismo con reproducción asistida para lesbianas especialmente en países con legislaciones restrictivas donde mujeres solas o lesbianas no pueden acceder a estas técnicas.

Como decía el Académico Quadrelli, las alteraciones congénitas no son tenidas en cuenta. Se ha mencionado hasta un 4% o 5% de nacidos con algún tipo de alteración.

ACADÉMICO QUADRELLI.- No hay mucha información sobre esta materia.

ACADÉMICA FOGEL.- ¿Se toman en cuenta los incestos?

ACADÉMICO BERRO.- Nadie habló de eso; no recuerdo que se haya mencionado en la discusión.

El artículo 7° sostiene que la donación de gametos se realizará en forma anónima y honoraria, no pudiendo ser objeto de ningún tipo de transacción económica. La donación sólo será revocable cuando el donante precisase para sí los gametos donados, siempre que en la fecha de la revocación aquéllos estén disponibles. La Comisión Honoraria, que crea esta Ley en su Artículo 23, mantendrá un registro de donantes, a los efectos que sólo se pueda ser donante por una vez.

¿Por qué? En realidad, se limita la cantidad de veces cuando se paga por esa donación. En todos los casos se mantendrá la reserva de la identidad de donantes y receptores. Después veremos que esto no es tan así porque comienza a chocar con los derechos del concebido a conocer sus antecesores biológicos.

ACADÉMICO POLTO.- A pesar de que se trate de donaciones honorarias, en todos lados se da un viático.

ACADÉMICO BERRO.- El artículo 8° refiere a la identidad del donante. Sólo en circunstancias extraordinarias, que comporten un comprobado y grave peligro para la salud sicológica del hijo, se podrá revelar la identidad del donante, siempre que ello sea indispensable para evitar ese peligro. La reglamentación respectiva determinará detalladamente las situaciones a contemplar por esta excepción y el modo y requisitos de acreditar las mismas. Ese conocimiento tendrá carácter restringido, no implicará publicidad de la identidad ni producirá ninguno de los efectos jurídicos derivados de la filiación.

Como vimos, en el artículo 7° se habla de donación de gametos, pero nada se dice con respecto a la donación de embriones. Parece adecuada la reserva de la identidad del donante desde que el derecho a la identidad es un derecho humano y, por ende, superior a esta ley.

El Instituto de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos creará un banco de gametos al cual puede recurrirse en iguales condiciones que las prestaciones que brinda este Instituto. Las instituciones públicas y privadas autorizadas para realizar Técnicas de Reproducción Humana Asistida por el MSP, podrán tener sus bancos de gametos, a los que supervisará y controlará el Instituto. Esto me plantea cierta cuestión ética que no sé cómo valorar. Quien tiene un Banco a su vez controla a otros Bancos. Parecería que podría darse lo que se conoce como conflicto de intereses.

La donación no genera responsabilidades civiles ni patrimoniales en el futuro —esto va en contra del Código Civil— y se mantendrá reserva sobre su identidad, salvo que, por caso de enfermedad sea necesaria su revelación, debiéndose contar para esto con la aprobación de la Comisión Honoraria de Reproducción Asistida. Antes se hablaba de causa grave, pero aquí sólo se dice enfermedad.

En general se utiliza la crioconservación pero aquí no se dice nada sobre cómo se van a conservar; tal vez sea resorte de la reglamentación. Habla siempre de gametos pero no sabemos qué pasa con los embriones sobrantes. ¿Cuánto tiempo se conservarán?

Se destaca que la donación no genera responsabilidad civil ni patrimonial. Entonces, ¿nunca se podrá demandar por una transferencia de una malformación genética? Por un lado había que firmar que todo iba a salir muy bien y después se incluye un artículo que impide la reclamación. Parece bastante contradictorio.

ACADÉMICO QUADRELLI.- El tema de la gravedad, o no, se relaciona con la manifestación de la enfermedad; tiene que ver con la expresividad clínica. Desde el punto de vista genético, un individuo puede ser portador de una enfermedad que podría llegar a ser grave pero no en ese momento. Conocemos casos de chicos afectados por donantes que tenían una anomalía cromosómica.

ACADÉMICO BERRO.- Creo que las dudas continúan, pues se agrega que el o los hijos nacidos mediante las Técnicas de Reproducción Humana Asistida tendrán derecho a conocer el procedimiento efectuado para su concepción.

Si le explico todo el procedimiento lo estoy estimulando para que sepa qué gametos se utilizaron.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Pienso que la necesidad de conocer al progenitor es un derecho superior.

ACADÉMICO BERRO.- Comparto esa posición.

Este artículo es un reconocimiento al derecho a la información pero está limitado porque únicamente habla del procedimiento.

El artículo 11 establece que los gametos y embriones no implantados, se conservarán por el lapso que determine la reglamentación, teniendo en cuenta la viabilidad y la posibilidad de generar un embarazo a partir de éstos.

Aparecen los embriones excedentes, no implantados, pero no dice dónde se conservarán. Por la relevancia del tema, ¿no sería conveniente establecerlo en la ley y no dejarlo librado a la reglamentación? ¿Se los va a conservar por cinco años? ¿Se los va a donar para investigación? ¿Qué se va a hacer?

Se seleccionan discriminándolos en función de si son viables o no de generar un embarazo, lo cual plantea dilemas pues para algunos no condice con la noción de dignidad humana.

Tampoco queda claro quién asume el costo de la conservación. ¿Lo harán las propias instituciones? En el caso de que el costo recaiga en la mujer o la pareja, ¿qué pasa si dejan de pagar? ¿Se siguen conservando o se eliminan? Debería quedar bien claro en la ley, a menos a mi juicio.

ACADÉMICO POLTO.- Hay una confusión muy grande desde el punto de vista ético con respecto a los embriones. Si hace poco se aprobó una ley de aborto, parece una contradicción que se trate con tanta delicadeza el tema de los embriones. Uno de los argumentos esgrimidos es que en esta etapa los embriones no son un individuo. Si en las primeras etapas uno divide un embrión en dos, se formarán dos seres vivos.

Lo mismo se puede reflejar en el artículo siguiente el cual limita la cantidad de óvulos a ser fertilizados. Esto es poco práctico porque en la actualidad se fertilizan la mayor cantidad posible. De todos modos, me parece bien que lo disponga la ley porque en ocasiones se dan ciertos excesos.

ACADÉMICO QUADRELLI.- En la línea de pensamiento del Académico Polto, debo decir que hoy en día el 50% o 70% de las concepciones —unión de óvulo y espermatozoide— se eliminan. Por lo tanto no podemos considerar el huevo como un ser humano.

ACADÉMICO BERRO.- Miré el proyectado Código de Ética del Colegio Médico y observé que el artículo 43 señala que el médico procurará evitar generar embriones sobrantes mediante de técnicas de reproducción asistida.

El artículo 12 plantea que luego de producida la fertilización de los ovocitos, podrán transferirse al útero, solo dos embriones por ciclo, salvo expresa indicación médica, en que podrán transferirse un máximo de tres embriones.

Se deberán preservar todos los embriones viables restantes. Los embriones preservados deberán transferirse en un ciclo diferido. En caso de que la mujer no esté en condiciones o se niegue a recibir los embriones, los mismos deberán ser donados. La donación será anónima y honoraria. Queda prohibido descartar embriones viables. Los pacientes debidamente informados decidirán si quieren preservar bajo estas condiciones. De no aceptarlas se procederá a la inseminación de un máximo de tres ovocitos.

El artículo 13 dice que los receptores de gametos o embriones tienen derecho a información general sobre el fenotipo a recibir. Parece prudente, pero el tema es que se empiece a seleccionar a la gente. Las parejas pueden empezar a buscar rubios con ojos celestes o negros de ojos pardos.

El Código de Ética señala que no es ética la aplicación de cualquier procedimiento médico dirigido a practicar la eugenesia seleccionando los seres humanos, especialmente aquellos dirigidos a discriminar según sexo, a menos que se para evitar en una etapa preconcepcional la transmisión de enfermedades relacionadas con el sexo. El proyectado por el Colegio Médico dice que no es ética la aplicación de cualquier procedimiento médico dirigido a practicar la eugenesia seleccionando los seres humanos con el fin de modificar las características de la especie humana.

ACADÉMICO QUADRELLI.- El artículo 17 abre las puertas para esa selección.

ACADÉMICO BERRO.- Es así.

El artículo 14 dispone que no podrán realizarse fertilizaciones de gametos o implantarse embriones de personas que fallecieron luego de la toma de muestras o fertilización de gametos. Se considera que el fin de la vida incluye sus gametos o embriones.

En los casos de separación, la mujer no podrá ser fertilizada con el semen de su pareja o implantarse embriones previamente conservados salvo que el hombre preste su expreso consentimiento escrito. Bastará la declaración de que están separados, con certificación notarial de una de las partes para que opere esta prohibición.

La Institución que no observe estas disposiciones será pasible de las sanciones que la reglamentación determine.

El hecho de no permitir la fecundación con el semen del marido que murió creo que es más un problema legal que bioético o científico, máxime que se permite que una mujer sola solicite la fertilización asistida. Realmente, no entiendo esa prohibición.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Puede ser que haya guardado semen porque tenía una enfermedad grave.

ACADÉMICO BERRO.- Exactamente; pensemos en pacientes con cáncer que guardan sus gametos antes de la quimioterapia o radioterapia. ¿Qué pasa si fallece? Según este texto, la viuda no podrá usar ese semen. Creo que esta iniciativa es muy abierta por un lado y muy restrictiva por otro.

El artículo 15 expresa que la filiación de los nacidos con Técnicas de Reproducción Humana Asistida se regulará por las normas vigentes. Me parece fantástico si yo supiera cuáles son.

Por su parte, el artículo 16 señala que la filiación materna estará determinada por el parto o la cesárea en los niños nacidos en aplicación de estas técnicas.

De admitirse la fertilización o el implante de embriones en úteros subrogados, la madre biológica no sería la madre. Es complicado.

ACADÉMICO POLTO.- En nuestro país el Código de Ética condena la figura de la madre subrogante. Uno piensa que en el caso de una hermana o una madre estaría bien. Supe de muchas empresas que ofrecen distintos tipos de mujeres para madres subrogantes. Eran empresas reguladas por abogados y no por médicos.

ACADÉMICO BERRO.- El artículo 17 establece que los gametos podrán ser utilizados con fines de investigación básica o experimental para la mejora de las técnicas de reproducción.

Estos gametos no podrán ser fertilizados con fines de obtener embriones. Se prohíbe la experimentación con embriones viables o no. La no observancia de estas disposiciones será pasible de clausura de la Institución que lo realice.

El artículo 18 expresa que las investigaciones genéticas sólo serán permitidas para certificar el estado de salud de los embriones. La inobservancia acarreará la clausura de la Institución.

¿No podría haber investigación autorizada por una Comisión Nacional de Ética de la Investigación? No; lo prohíbe.

ACADÉMICO QUADRELLI.- Eso es discriminatorio.

ACADÉMICO BERRO.- En otros países como Inglaterra, por ejemplo, los embriones excedentes, no viables, o transcurridos los plazos legales de conservación, pueden ser cedidos para investigación.

El Código de Ética Médica dice que no es éticamente admisible que el médico contribuya a gestar seres humanos para investigar, comerciar o ser usados como fuente de recursos de diagnóstico terapéutico. Los embriones que se gesten in vitro deberán ser transferidos al útero materno. El embrión humano nunca debe ser objeto de experimentación ni materia prima de medicamentos, cosméticos u otros productos.

Ahora bien, con los excedentarios ¿no será mejor que pasen a investigación en vez de eliminarlos o dejarlos congelados quién sabe cuánto tiempo?

El artículo 19 establece que los Centros que apliquen estas técnicas deberán contar con la habilitación del Ministerio de Salud Pública, debiendo, los que estén funcionando adecuarse a las disposiciones de esta Ley en un plazo de noventa días a partir de la promulgación.

La Dirección Técnica de los referidos Centros, será ejercida por un médico titulado, quien será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las normas legales. Compete al Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de la Salud, la regulación y la auditoría, aún contable, de estos Centros.

El artículo 20 habla de sanciones, multas e inhabilitación de títulos. Se estaría desconociendo el Colegio Médico y la Comisión Honoraria de Salud Pública creando un nuevo organismo que podría inhabilitar títulos.

El artículo 21 es de neto corte legal pues destaca que se prohíbe la celebración de contratos a título oneroso o gratuito, por el cual una de las partes provee un embrión para su gestación en el útero de una mujer, cuyo gameto no fue utilizado para darle origen, obligándose ésta a entregar el nacido a la otra parte o a un tercero.

Quienes intervengan en estas acciones serán castigados con seis meses de prisión a tres años de penitenciaría.

A su vez, el artículo 22 establece que el profesional que, con el fin de crear por clonación, seres humanos idénticos, conteniendo el mismo patrimonio genético que un progenitor, manipule células humanas o material genético, o transfiera a una mujer un embrión así creado, será castigado con dos a seis años de penitenciaría e inhabilitación del título por el doble de la condena. Si llegare a crear uno o más seres humanos por clonación, la pena será de tres a nueve años de penitenciaría e inhabilitación del título por el doble de tiempo de la condena. La no observancia de estas disposiciones generará la clausura definitiva de la Institución que lo realice. En todos los casos que se sanciona a la Institución con la clausura definitiva, es sólo a los efectos de poder continuar actuando como Centro de Reproducción Humana Asistida.

No me queda claro por qué en una ley de reproducción humana asistida aparece un delito de clonación.

El artículo 23 crea la Comisión de Reproducción Humana Asistida que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública, que estará integrada por: un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá; un representante del Instituto de Donación y Trasplante; un representante de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República; un representante de las Sociedades Científicas dedicadas al tema, debidamente acreditadas; y un representante del Colegio Médico del Uruguay.

El artículo 24 contiene los cometidos de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, entre los que encontramos: asesorar al Ministerio de Salud Pública sobre políticas de reproducción humana, así como los avances en la materia; investigar y determinar la pertinencia de nuevas técnicas; vigilancia ética de los procedimientos; y los que determine la reglamentación.

Aquí también parece olvidarse al Colegio Médico, a la DIGESA y a la Comisión Honoraria de Salud Pública.

Finalmente, el artículo 25 señala que en todos los casos en que se detecten infracciones la Comisión creada por el artículo 23 de la presente ley, deberá informar de manera preceptiva al Ministerio de Salud Pública sobre la existencia de la presunta infracción y aconsejar la medida que estime pertinente. El Ministerio de Salud Pública, en ejercicio de las potestades de policía sanitaria que le confiere la ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 (Orgánica de Salud Pública) dentro del marco de sus competencias o si no es del caso sancionar. El apartamiento por parte del MSP de lo sugerido por la Comisión de Reproducción Humana Asistida deberá operar de manera fundada.

Aquí podríamos hacer el mismo comentario del artículo anterior.

Muchas gracias.

12.9.-

El modelo clínico de Heidelberg: cirugía en asociación. (Conferencia).

Miembro Correspondiente Extranjero Markus W. Büchler. (Profesor de Cirugía, Cirujano Jefe y Catedrático del Departamento de Cirugía de la Universidad de Heidelberg, Alemania).

El Profesor Büchler dictó una conferencia en inglés en la que describió la forma en que está organizada de la Cirugía en la Universidad de Heidelberg. Ésta cuenta con hospitales de diferente nivel de complejidad, y un eficiente sistema de traslado de los pacientes de uno a otro en función de su situación clínica y las necesidades terapéuticas que dependen de ella. Señaló las ventajas de ese sistema en términos de eficacia y eficiencia, así como el alto grado de satisfacción de los usuarios del mismo.

12.10.-

The biologic and economic drama of non adherence to medical prescription. The case of non-adherence in pediatric solid organ transplantation. (Conferencia).

Miembro Correspondiente Extranjero Richard Fine. (Profesor de Nefrología Pediátrica de la Stony Brook University School of Medicine de Nueva York).

El Profesor Fine, muy conocido en nuestro país especialmente entre los nefrólogos, dictó una interesante conferencia en inglés en la que, a la luz de su prolongada experiencia en los Estados Unidos, realizó un análisis profundo del problema del no cumplimiento del paciente transplantado con la medicación inmunosupresora y de los impactos que este hecho tiene en su país sobre la salud de los pacientes y sobre la financiación del sistema sanitario.

13.- XXXIII REUNIÓN CONJUNTA DE ACADEMIAS DE MEDICINA DEL PLATA

El 18 y 19 de Octubre de 2012, tuvo lugar en Buenos Aires la XXXIII Reunión Conjunta de las Academias de Medicina del Plata.

Concurrieron el Presidente Ac. Hernán Artucio, y los académicos Guido Berro, Eduardo Wilson, Antonio Turnes, José L. Peña, Carlos Salveraglio, María Hortal y Celso Silva

El programa de la Reunión fue el siguiente:

Jueves 18 de octubre

16.30: Acto Apertura

Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires Ac. José A. Navia

Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina Uruguay, Ac. Hernán Artucio

17.00: Homenaje al Acad. Alberto Agrest

Ac. Rómulo L. Cabrini

17.30: Homenaje al Ac. Ciro Peluffo

Académico Antonio Turnes

18.00: Conferencia "Desaprender y Aprender"

Ac. Vicente Gutiérrez

21 hs: Cena de camaradería

Viernes 19 de octubre

9.00: Conferencia: "El morir y la muerte"

Académico Guido Berro.

10.00: Mesa redonda: "Certificación y Recertificación en Medicina"

Coordinador: Ac. Fortunato Benaim

Expositores: Ac. Alfredo Martínez Marull, Alejandro Oría y Ac. José L. Peña.

Aportes y conclusiones

11.30 a 12.30: Sesión Plenaria de ambas Academias

Se transcribe el texto del Homenaje al Ac. Ciro Peluffo

Ac. Antonio Turnes

Homenaje al Académico Ciro A. Peluffo Berruti (1908-2009)

I

La Academia Nacional de Medicina viene a rendir homenaje a su primer Presidente de Honor, el Ac. Ciro A. Peluffo Berruti. Motivo por el cual nos ha encargado dirigirles estos recuerdos.

II

Quando él nació, hacía cuatro años había terminado la última Guerra Civil. Hijo de una familia numerosa, era el mayor de 5 hermanos, dos varones y tres mujeres. Su padre fue un destacado Químico-Farmacéutico, el Prof. Antonio Peluffo¹⁷, que desempeñó la Dirección de Bromatología de la Intendencia Municipal de Montevideo y escribió muchos trabajos sobre el tema, aún pasados los 90 años de edad. Uno de ellos una semblanza de José de Arechavaleta y Balparda (1838-1912), ciudadano bilbaíno radicado en Montevideo, destacado naturalista, educacionista y nuestro primer bacteriólogo^{18, 19}. Ciro Peluffo tenía raíces genovesas y en alguna pequeña parte ancestro indígena. Nació en Montevideo el 19 de abril de 1908, cuando todavía circulaba el tranvía de caballos, y presenció la aparición de los primeros tranvías eléctricos. Fue un auténtico hijo de la Escuela “Artigas”, el Liceo “Rodó” y el Instituto “Alfredo Vásquez Acevedo”, todos ellos establecimientos públicos; de la Facultad de Medicina en sus mejores tiempos, época que en Anatomía le exigían a cada estudiante presentar una tesis. Para lo que debió realizar numerosas autopsias en fetos, niños y adultos. Aprendería así la importancia del método científico. Por ese tiempo se iban levantando importantes construcciones: el Palacio Legislativo y el puente sobre el río Santa Lucía. Practicó deportes, entre los cuales el remo.

¹⁷ SCARONE, Arturo: Uruguayos Contemporáneos. Nuevo Diccionario de Datos Biográficos y Bibliográficos. Casa A. Barreiro y Ramos S. A. – Montevideo, 1937, p.369-370. PELUFFO (Antonio). Químico-Farmacéutico, nacido en Montevideo el 8 de febrero de 1877, siendo sus padres don Antonio Peluffo y doña Teresa Seitun. Cursó estudios de farmacia en la Facultad de Medicina de Montevideo, graduándose de químico-farmacéutico en 1899. En concurso de oposición obtuvo la cátedra de Farmacia Química y Galénica (1900). Designado en 1907 Jefe del Laboratorio Químico Municipal de Montevideo, ha propiciado desde ese puesto la legislación vigente sobre higiene alimenticia, a cuyo estudio se ha dedicado especialmente. Fue Presidente del Centro Farmacéutico Uruguayo y ha intervenido en varios congresos nacionales e internacionales de química y farmacia. El 15 de octubre de 1926 fue designado para integrar el Consejo Directivo del Instituto de Química Industrial, cargo en el que cesó el 21 de mayo de 1931. Fue también Delegado de la Facultad de Química y Farmacia al Consejo Central Universitario. Ha dado a la publicidad los siguientes trabajos: “Investigación de materias colorantes”, 1901; “Análisis de pepsinas comerciales”, 1901; “La glucosa comercial”. Estudio en colaboración con el Prof. Giribaldo. 1906; “Composición e inspección de la leche de vaca en Montevideo”, con el mismo profesor, 1908; “Détermination indirecte de l’*extrait de lait de vache*”, Idn. *iden.*, 1909; “Adulteración del citrato de magnesio por el borato de soda”, 1901; “Análisis del agua del Río de la Plata”, en colaboración con el Prof. C. Negrotto, 1911; “Composición de los residuos domiciliarios de Montevideo”, 1911; “Composición normal de la leche destinada al consumo”, 1911; “Condiciones de pureza que deben exigirse al éter anestésico”, 1923; “Higiene de la leche destinada al consumo público”, 1923. Además de los trabajos citados anteriormente, aparecidos en tirajes separados, ha publicado en los “Anales de la Asociación de Farmacia y Química del Uruguay” los siguientes: “Necesidad de emplear compuestos órgano-minerales de composición definida en la profilaxis de las enfermedades infecciosas”; “Caracterización de los similares del ajeno a los efectos de la ley que prohíbe su fabricación y venta”; “Condiciones de pureza que debe exigirse al éter anestésico”; “Proyecto de ley de vinos” (Presentado en colaboración con los profesores Coppetti [Víctor] y Giribaldo [Domingo]); “Higiene de la leche destinada al consumo público”. Fue fundador del Laboratorio Athena, hoy denominado Laboratorio “Laboratorio Athena - Dr. Q. F.: Antonio Peluffo S.A.” Ref.: <http://www.athena.com.uy/sitio/Empresa.php> (Consultada el 14.10.2012).

¹⁸ PELUFFO, Antonio: José Arechavaleta (1838-1912). En Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo I, 1988, pp. 57-63.

¹⁹ PELUFFO, Antonio: Arechavaleta (1838-1912) Conferencia de Don Antonio (Prof. Peluffo) en la Sesión del Martes 22 de Octubre de 1946 en el Rotary Club de Montevideo. Edición del Rotary Club de Montevideo, 1946.

III

Ingresó a la Facultad de Medicina en 1928. Trabajó desde 1930 en el Laboratorio del Hospital Maciel, porque ya poseía sólidos conocimientos de Laboratorio Clínico (Clínica del Prof. Arturo Lussich) y con Julio C. García Otero. Luego formaría parte del viejo tronco de la Microbiología en el Instituto de Higiene Experimental, que dirigía Arnoldo Berta. De inicio estuvo junto a Rodolfo Talice con quien hizo su primer trabajo de investigación científica en Parasitología, en sobre Balantidosis y enseguida con Estenio Hormaeche, su Maestro, con quien emprendería su compromiso de investigación y docencia con la Bacteriología. Como lo afirmó Peluffo, eran tiempos en que se consideraba a la Bacteriología como la Cenicienta de las materias básicas.

IV

Se inició en las disciplinas de la Microbiología en el viejo Instituto de Higiene Experimental, de Sarandí y Maciel, trasmitiéndonos un rico anecdotario sobre aquellos personajes míticos que poblaron la antigua Casa de los Ejercicios, fundada en 1799, donde en modestos laboratorios realizaban sus investigaciones desde 1895. Siendo el primero en Sudamérica, en la producción de sueros y vacunas. Junto a Hormaeche describió y clasificó numerosas especies de Enterobacterias, fundamentalmente de los géneros Salmonella y Shigella, estableciéndose firmemente, a nivel mundial, la "Doctrina de Montevideo". Demostrando que las salmonelas de origen animal eran capaces de producir en los lactantes graves cuadros como septicemias y meningitis, a punto de partida de las enteritis infantiles. El Instituto de Higiene mudaría a su flamante local en 1940.

Hormaeche le hizo vivir, en su propio ejemplo de investigador, que el científico exponía su vida buscando una verdad, cuando estuvo a punto de morir por una infección con *Brucella suis*, en tiempos que se ignoraba la posibilidad y frecuencia del pasaje de las brucelas a través de la piel, aparentemente sana y se desconocían los riesgos de la manipulación de animales infectados. Época pre-antibiótica. Experimentar en el laboratorio con microorganismos, no era tarea sencilla o inocua. Estaba expuesta a graves riesgos.

Esas contribuciones e investigaciones, no eran meras especulaciones de laboratorio, sino que tenían inmediata aplicación clínica, particularmente en el campo de la Pediatría. Gracias a tales aportes las diarreas estivales y las intoxicaciones alimenticias pudieron ser mejor tratadas salvando miles de vidas de niños pequeños, que serían luego ciudadanos de provecho. Con marcada incidencia en la disminución de la Mortalidad Infantil en décadas sucesivas. Durante más de 50 años, cerca de un centenar de bacteriólogos, que luego pasarían a ser líderes en sus países, en toda América Latina, se formaron sólidamente en aquel Instituto de Higiene orientado por Hormaeche y Ciro Peluffo.

V

Enseguida de terminada la Segunda Guerra Mundial con una Beca del British Council, realizó estadía prolongada en Londres, destruida por los bombardeos, con un racionamiento feroz. Allí, como no pudo obtener cigarrillos, inició la costumbre de fumar pipa, cuyo tabaco no tenía restricciones, como una forma de disfrutar de la lectura y la reflexión, con su inteligencia inquieta que siempre le acompañó.

En 1953 fue Delegado a la Primera Conferencia Mundial de Enseñanza Médica, en Londres, en la Sede de la British Medical Association, consagrando de este modo un interés marcado por la pedagogía médica, otra de sus pasiones.

VI

En Brasil, Ciro Peluffo fue Jefe del Laboratorio Especial de Investigación Microbiológica, Instituto Butantan de Sao Paulo. Que constituye uno de los más prestigiosos lugares de investigación en Salud Pública del mundo, donde se produce el 93% de los sueros y vacunas (incluyendo los famosos sueros antiofídicos). Fundado por la Secretaría de Salud de Sao Paulo, en 1901, desarrolla múltiples actividades en el asesoramiento y suministro de seroterapias para enfermedades provocadas por microorganismos, animales ponzoñosos, así como la educación y la investigación científica en amplios campos.

VII

Jerarquizó el Laboratorio Clínico. Dirigió laboratorios, fuera del ámbito académico, tanto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, donde había conocido de joven al Maestro LUIS MORQUIO (1867-1935), que también cumplió 100 años en el año 2008, como en el de la Cooperativa Nacional de Productores de Leche (Conaprole), la principal industria láctea del Uruguay. Enseñó con diligencia y exigencia su materia, mostrando e inculcando destrezas y habilidades que los estudiantes incorporaban como una habilidad para toda la vida.

VIII

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

Enseñó a estudiar, descubrir, publicar, emplear las herramientas del conocimiento y el espíritu crítico. Hizo sencillo lo complejo, en aquellos cuadros intrincados para diferenciar los Gram Negativos a través de la modificación de los colores de los azúcares y la producción de gas. Ganó becas, premios, publicó cientos de trabajos científicos.

IX

Siempre atento a la evolución de las ideas y al avance de la ciencia, ejerció su condición de auténtico universitario con dignidad, integrando diversos órganos de gobierno. Ejerció funciones como Consejero en la Facultad de Medicina y en la Universidad de la República, poniendo de manifiesto su creatividad y profundidad de pensamiento.

En el Sindicato Médico del Uruguay fundó y presidió durante 17 años el Fondo de Solidaridad Social, junto a Ricardo Yannicelli y Aron Nowinski.

En la Cátedra formó equipos de investigadores y docentes que extendieron sus conocimientos a las áreas clínicas y permitieron grandes avances, salvando miles de vidas, sobre todo cuando se integraron con los centros de tratamiento intensivo. De esa estirpe salieron valores como Norris Surraco, Juan Carlos Bacigalupi, Jorge Assandri, Pedro Lorenzo Aleppo, Héctor Tosi y Maruja Hortal, su esposa, trabajando en las investigaciones virales. Tal vez su discípulo más destacado fue Carlos E. Hormaeche (1920-2005), hijo de su maestro Estenio, quien sería Profesor y Jefe de Departamento en las Universidades de Newcastle y Cambridge.

Desde 1958 fue Profesor Titular de Bacteriología y Virología de la Facultad de Medicina de Montevideo, de la que fue Profesor Emérito desde diciembre de 1987, además de Jefe del Centro Nacional de Salmonella

X

De sus actividades internacionales cabe destacar que fue:

- Miembro del Comité de Expertos de la OMS sobre Servicios de Laboratorios de Salud;
- Fellow del Guggenheim y British Council.

EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

El Académico Alfredo Navarro Lussich, en una memorable conferencia²⁰ ha expresado en una perfecta síntesis: *“Con su espíritu la Academia asume la defensa tesonera de la ética en general y la médica en particular; los beneficios de la Medicina suministrados con igual calidad, dedicación y devoción a todos los habitantes del País; incita a culturizar; enaltece la libertad y preconiza el terminante destierro de todo propósito por politizar la ciencia, docencia y conciencia ajenas, no permitiendo violar los insustituibles principios morales, deontológicos y éticos, sustentos del entramado social.”*

XI

Ciro Peluffo ha representado con todo vigor ese espíritu académico.

²⁰ NAVARRO LUSSICH, Alfredo: Pasado, Presente y Futuro de la Academia Nacional de Medicina. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay*, Vol XIV: 2; 1996, pp. 31-36.

El Académico Roberto Quadrelli había tenido la intención de dirigirles la palabra en este homenaje, pero por motivos ajenos a su voluntad no ha podido estar presente. Por eso me permito tomar algunas de las palabras que él pronunció en el Homenaje que le tributara la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes al cumplir el Centenario, el 8 de octubre de 2008 en el Palacio Legislativo uruguayo.²¹ Allí, con la presencia lúcida y activa del Ac. Ciro A. Peluffo, él pronunció su emotivo y espontáneo discurso en un cálido acto.

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

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

En aquel homenaje el Ac. Roberto Quadrelli recogía lo que habían sido los intentos, desde 1783, de instalar una Academia de Medicina en Montevideo bajo el Protomedicato del Dr. Miguel Gorman, y los sucesivos intentos, todos fracasados, hasta 1976. Y afirmaba entonces, que si hubieran contado con un Académico como Peluffo, seguramente se habría podido consolidar mucho antes.

Cuando la actual Academia, inició su organización el 27 de diciembre de 1976, había una norma que la creaba. Pero todo estaba por hacerse.

Había que establecer la reglamentación interna, régimen de trabajo, crear comisiones en variados temas, había que crear e ir perfeccionando el mecanismo de nombramiento de nuevos Académicos, manejar sus finanzas, realizar las conexiones con otros organismos y otras Academias nacionales y extranjeras, y otros aspectos cotidianos.

En todas y cada una de ellas estuvo presente y en primera línea Peluffo. Dedicó tiempo, tesón y capacidad a la Academia naciente como pocos. De los 36 años de existencia de la actual Academia, en 33 de ellos estuvo presente y trabajando por la misma el Ac. Peluffo.

Cuando pocos días antes había dado la bienvenida a tres nuevos Académicos, el Presidente Quadrelli reiteraba este concepto: *“El sitial Académico no es cargo o función como muchos de los que habéis ocupado hasta ahora. No es mullida poltrona como recompensa para descansar luego de vuestra labor de toda una vida...”*

Peluffo interpretó a cabalidad estas palabras en su larga estadía Académica.

- Ingresó como Académico titular el 15 de octubre de 1977;
- Presidió la Academia en el período 1986-1987 y actualmente sus colegas Académicos lo hemos nombrado Presidente de Honor, el 26 de julio de 2007. Es el Primer Presidente de Honor en la historia de la Academia.
- Desempeñó tareas de pro-tesorero en los años 1989-1990; y de tesorero en los años 1991-1992;
- Fue responsable de la comisión de becas, premios y concursos en un período no menor de 15 años;
- Fue uno de los artífices en la comunicación con las demás Academias de América Latina y delegado por varios períodos de nuestra Academia ante la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, asistiendo a sus reuniones en alternadas ciudades de la región, incluyendo el encuentro de las respectivas Academias Nacionales con las Íbero-americanas. Téngase en cuenta que cada uno de estos eventos era precedido por la elección y elaboración de un tema puntual que exigía tiempo y dedicación.
- Participó activa y creativamente con el Ac. Guglielmone en la creación y secretariado de la Fundación de apoyo a la Academia.

XII

Su biblioteca, abundante en libros científicos, estaba plena de novelas policiales en inglés. Apreciaba el cine de calidad, que siguió disfrutando hasta el final de su vida con entusiasmo juvenil. Magnífico conferencista le motivaron al final de su vida, los temas vinculados con la superpoblación, ética y bioética ambiental y sobre todo el tema de las enfermedades emergentes y re-emergentes. Con una calidad en sus presentaciones que asombraba a sus oyentes. Por cuanto detrás del antiguo profesor e investigador microbiólogo, surgía un pensador médico y social de elevado talento.

²¹ QUADRELLI, Roberto: Discurso en ocasión del Centenario del Ac. Ciro A. Peluffo, celebrado en el Palacio Legislativo el 8 de octubre de 2008. En: *Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay*, Vol. XXV, 2008; pp. 15-23; y en <http://anm.org.uy/documents/Boletin2008.pdf> (Consultada el 08.10.2012).

XIII

Amó la tierra, plantó árboles, cortó leña, leyó con pasión omnívora, disfrutó de la vida ayudando a los demás, alumbrando los caminos. Más de cuarenta generaciones de médicos aprendimos con él los fundamentos de la Bacteriología, pero sobre todo la metodología científica y la epistemología, en su Cátedra.

XIV

Un hombre recto y justo, consagrado a la ciencia, que cultivó sin estridencias, con humildad y con humor.

Un auténtico maestro, exigente y sobrio, cordial y afectuoso. Un verdadero estímulo para todos. Ahora que pasó a la Eternidad, debemos agradecerle, una vez más, por sus enseñanzas y la riqueza de su ejemplo. Por eso celebramos con este tributo, haber conocido a un Académico, Presidente de la Academia y Presidente de Honor, que llevó una vida tan rica y vigorosa dedicada a sembrar, con ética inquebrantable, el conocimiento y el bien a manos llenas.

14.- PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2012 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN EL AÑO 2011)

14.1.- Gran Premio Nacional de Medicina Año 2011

El Plenario en su sesión del 13/9/12 resolvió homologar el fallo del Tribunal integrado por: Ac. Hernán Artucio (presidente) José Grunberg, Luis García Guido, Gloria Ruocco y Carmen Alvarez otorgando un 1ºer. Gran Premio al trabajo: “Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay 2006-2009 de los Dres. Winston Abascal, Elba Esteves, Beatriz Goja, Lic. Franco González, Dra. Ana Lorenzo y Ps. Amanda Sica.

Un 2º Gran Premio le fue otorgado al trabajo “Normativas para medicamentos de alto costo. Experiencia del Fondo Nacional de Recursos con rituximab e imatinib: desarrollo, resultados e impacto en la asistencia médica en Uruguay”, de los Dres. Pablo Muxí, Fernando Correa, Henry Albornoz, Lem Martínez y Abayubá Perna.

14.2.- Premio Internacional en Neumología Dr. Fernando D. Gómez

El Plenario en su sesión del 23/8/12 resolvió homologar el fallo del Tribunal integrado por: Ac. Hernán Artucio (presidente) Juan C. Bagattini, Dr. Luis Piñeiro (en representación de la Facultad de Medicina, Dra. Mónica Pujadas en representación del MSP y Dr. Jorge Rodríguez De Marco (en representación de CHLA-EP) otorgando el Premio al trabajo “Variación en el estallido respiratorio y apoptosis de neutrófilos humanos por aislados clínicos de Mycobacterium tuberculosis, como posible mecanismo de evasión de la respuesta inmune” de los Dres. María Mercedes Romero, Juan Ignacio Basile, Viviana Ritacco, Beatriz López, Lucía Barrera y Mercedes Alemán.

14.3.- Acto entrega de premios 2011

Se realizó el 29 de noviembre a las 19.30 hs. en el Salón de Actos de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, de acuerdo al siguiente programa:

- Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Ac. Hernán Artucio.
- Palabras del Ac. Luis García Guido en representación del Tribunal que entendió en el Gran Premio Nacional de Medicina.
- Palabras del Representante Ministerio de Educación y Cultura, Mag. Ciencias Gustavo Riestra quien entregó los diplomas.
- Gratificaciones a cargo del Presidente de la Asociación de Laboratorios Nacionales, Dr. Alfredo Antia.
- Palabras del Dr. Winston Abascal en representación del equipo ganador del Primer Gran Premio.
- Palabras del Dr. Pablo Muxí en representación del equipo ganador del Segundo Gran Premio.
- Palabras del Ac. Juan C. Bagattini en representación del Tribunal que entendió en el Premio Internacional Latinoamericano de Neumología Dr. Fernando D. Gómez.

- Palabras de la Dra. María Mercedes Romero en representación del equipo ganador del Premio.
- Entrega de gratificaciones y diplomas. Acs. Hernán Artucio y Eduardo Wilson.
- Palabras del Ministro de Salud Pública Dr. Jorge Venegas

Como ejemplo de la importancia de las razones por las que los tribunales otorgaron los respectivos premios, se reproduce el discurso pronunciado por el Ac. Luis García Guido.

Autoridades Ministeriales, Autoridades Institucionales, Patrocinantes, Colegas Académicos, Colegas Médicos, Señoras y Señores.

Me honra representar al Tribunal del Gran Premio Nacional de Medicina, integrado por nuestro Presidente, el Ac. Hernán Artucio y los Acs. Carmen Alvarez, José Grumberg, Gloria Ruocco y quien les habla.

Tuvimos en consideración dos trabajos muy valiosos, que dieron lugar a un extenso análisis y una discusión muy enriquecedora para los integrantes del tribunal.

Dada la jerarquía y rigurosidad científica de los mismos, recurrimos al inciso 2 del artículo 3 de las bases especiales del GPNM, que autoriza adjudicar un primer y un segundo gran premio.

Ambos trabajos, se ajustan plenamente a los objetivos del Gran Premio Nacional de Medicina, establecidos en el inciso 2 del artículo 1, por aportar información original y de gran significación para la Medicina Nacional, y agregaría, una contribución importante en beneficio de la Salud Pública en general, y para nuestra comunidad en particular.

Como veremos a continuación, los mismos generan un impacto sustancial en nuestro sistema de salud.

El primer gran premio correspondió al trabajo "Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay 2006-2009. Programa Nacional Para Control de Tabaco", de los Dres. Winston Abascal, Elba Estéves, Beatriz Goja, Ana Lorenzo, Sociólogo Franco González y Psicóloga Amanda Sica.

Se basa en dos encuestas comparables, que muestran una disminución significativa de la prevalencia del consumo de tabaco del 30 %, a partir de la implementación de las medidas de control del tabaco en el Uruguay, en el año 2005; y que culminaron, en marzo del 2008, con la aprobación de la Ley Integral para el Control del Tabaco, ley 18 256.

El otorgamiento de este primer premio, no se basa en el simple resultado de las encuestas realizadas, que es excelente, sino, fundamentalmente en la labor desarrollada por el grupo de trabajo hoy premiado, que desde hace muchos años viene trabajando en el tema, y permitió, junto a otros, la implementación de la ley integral para el control del tabaco.

La misma, hizo al Uruguay, el primer país de América y el séptimo a nivel mundial, libre de humo de tabaco.

Otra consecuencia, más recientemente demostrada, es una disminución del 22 % de los infartos cardíacos, en nuestro país.

El tema del tabaquismo y los programas de cesación del hábito de fumar, son temas, desde hace muchos años, altamente sensibles para la Academia.

Entre sus integrantes, se destaca la figura del Ac. Helmut Kasdorf, uno de los primeros pioneros en la lucha contra el tabaco. Posteriormente los Acs. Dante Tomalino, José Piñeyro y más recientemente, el Ac. Hon. Roberto López Soto, contribuyeron significativamente en la misma.

Desde 1984 la Academia asume para sí el tema, y señala la importancia de combatir esta terrible y mortal pandemia.

Hoy, noviembre del 2012, un tercio de la población mundial fuma; y una de cada tres muertes en el mundo, está directa o indirectamente relacionada al tabaco.

En el Uruguay, cada hora y media, muere una persona por tabaquismo, 15 defunciones por día, más de 5000 al año; de las cuales más de 600 ocurren en no fumadores, expuestos al humo de tabaco ajeno o de segunda mano. Como dicen los autores, el tabaquismo es la primera causa de morbimortalidad evitable.

El otorgamiento por unanimidad de este primer premio, es pues, el reconocimiento a los que mucho trabajaron para el logro de un Programa Nacional Antitabaco, modelo y ejemplo en el mundo, hoy con resultados concretos y muy significativos, en beneficio de nuestra comunidad.

El segundo premio fue para el trabajo “Normativas para medicamentos de alto costo. Experiencia del Fondo Nacional de Recursos con rituximab e imatinib: desarrollo, resultados e impacto en la asistencia médica en Uruguay”, de los Dres. Pablo Muxí, Fernando Correa, Henry Alborno, Lem Martínez y Abayubá Perna

Es un trabajo, que en primer lugar, se destaca por la metodología científica, aplicada en toda la extensión del mismo.

Los autores describen las bases científicas, que avalan la normativa de cobertura, diseñadas para dos medicamentos de alto costo y la metodología de trabajo para su implementación.

Encaran racionalmente, el gran tema, de la incorporación de medicamentos de calidad, eficiencia y alto costo, permitiendo su acceso universal y equitativo, a toda la comunidad.

Al margen de los resultados obtenidos, comparables a los estándares internacionales en ganancia de supervivencia global y calidad de vida, en las dos patologías hematológicas consideradas, el grupo crea en base a un trabajo en equipo y una metodología basada en la evidencia, una normativa o modelo operativo, para la implementación de otras coberturas de Medicamentos de alto costo, que a nuestro entender, es el aporte más valioso del trabajo.

Los autores destacan la importancia del Fondo Nacional de Recursos, no sólo en la cobertura financiera y sustentable de prestaciones altamente especializadas, sino como un ente innovador en el desarrollo de protocolos de investigación con los Medicamentos de alto costo en general.

Con este trabajo, los autores generan también, un impacto en la medicina nacional; que implicó para el FNR en el año 2011, el 30 % de su presupuesto anual.

Finalmente, hoy es un día de júbilo y celebraciones, por el triunfo de los galardonados en los distintos premios. Triunfos bien ganados, lo que conlleva un legítimo y merecido orgullo en cada uno de ellos.

Pero, también para la Academia es un día de júbilo y regocijo.

La entrega de estos premios, representa uno de los actos y cometidos trascendentales desde su creación, porque reafirma sus propósitos en el estímulo de la producción científica biomédica en nuestro país.

15.- LLAMADO A PREMIOS CORRESPONDIENTES A 2012.

En abril de año 2012 se efectuaron llamados para todos los premios que adjudica la Academia:

- Gran Premio Nacional de Medicina, año 2012. 36 edición. Dotación \$ 50.000. Patrocinado por la Asociación de Laboratorios Nacionales.
- Premio “El País” año 2012. Se retribuye con la publicación del trabajo
- Premio Ministerio de Salud Pública, año 2012. Tema: Patología humana vinculada al uso de agrotóxicos y su prevención. Dotación \$ 30.000-
- Premio Nacional de Neumología Dr. Miguel M ello Aguerre . Dotación U\$S 2.200
- Premio Dra. Laura Rodríguez Juanicó. Tema: trasplante renal. Dotación \$ 40.000.

En el año 2013 se incorporará el Premio Victor y Clara Soriano, que había sido instituido por el Dr. Victor Soriano y que luego de su fallecimiento, se dejó de llamar. El Maestro Mario Benzecry, hermano de Clara Soriano expresó su voluntad de re-instituir el premio de carácter internacional, con una dotación de USD10.000.aportada por él.

16.- DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS

Ac. Nelson Mazzuchi.

Fue honrado por la Sociedad Internacional de Nefrología, como ganador del Premio Pionero para América Latina de esta sociedad para el año 2013.

Este premio ha sido creado recientemente para reconocer las contribuciones sobresalientes y sostenidas a la creación y / o desarrollo de la nefrología en las diversas regiones emergentes del mundo. A esta

selección se llega por un complejo proceso que se cumple sucesivamente en el Global Outreach Core Comité de la Sociedad, en su Comité Ejecutivo, y en su Consejo.

El Ac. Mazzuchi fue elegido en reconocimiento a sus muchas contribuciones pioneras a la génesis y desarrollo de la nefrología en Uruguay, al papel cumplido como primer profesor y entrenador de varias generaciones de nefrólogos en el país, al énfasis puesto en la investigación tanto básica como clínica y en particular en la prevención de las enfermedades renales. Estos aspectos han tenido beneficios duraderos sobre la nefrología y sobre la atención renal no sólo en Uruguay sino también en toda América Latina.

El Ac. Mazzuchi recibirá este premio en el Congreso Mundial de Nefrología que se realizará en Hong Kong entre el 31 de mayo y el 4 de junio de 2013. Se dará especial visibilidad a su nombre y sus logros durante todo el Congreso a través del reconocimiento por parte del Presidente en la Asamblea General, la ceremonia de apertura y la cena, y a través de un poster. Además serán divulgados en la página web de la Sociedad.

17.- COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY

La A.N.M. mantiene un relacionamiento con el Colegio Médico del Uruguay, todo lo estrecho y fecundo que sea necesario. Apoyó sus pasos iniciales participando con delegados en la organización del acto eleccionario de los primeros Consejos, y una vez constituido y puesto en marcha, aportando sugerencias al proyecto del Código de Ética del Colegio Médico del Uruguay que fue plebiscitado y elevado al Parlamento para su transformación en ley como marcan las disposiciones vigentes.

18.- PUBLICACIONES

Durante el año 2012 se redujo considerablemente el atraso de la publicación de los Boletines de la Academia producido en años anteriores por causas ajenas a ésta.

Se publicaron los de los años 2006, 2007, 2008 y 2009 que fueron impresos por el diario El País y el Boletín 2010 impreso por el Ministerio de Educación y Cultura.

Se halla en curso de impresión el Boletín del año 2011.

19.- COMITÉ DE DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO

Durante el año 2012 la Academia Nacional de Medicina continuó integrando el Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP), en el que están representados el Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior.

El GTIP trabaja en la organización de la Educación médica continua, cuya necesidad no ofrece ninguna objeción teórica.

Ha alcanzado algunos logros, entre ellos el anteproyecto de ley de Educación Médica Continua que, lamentablemente, está demorado en el Ministerio de Salud Pública.

Actualmente, dentro de los cometidos del Colegio Médico del Uruguay está la actualización del conocimiento, las destrezas y habilidades de los colegiados. Junto con el GTIP integró comisiones de trabajo para avanzar en el tema.

20.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LOS ACADÉMICOS

En el año 2012 se publicaron dos biografías sobre importantes figuras de la Medicina Nacional.

20.1.- “Roberto Berro. El gran reformador de la Protección a la Infancia”.

Sus autores son los Acs. Antonio Turnes y Guido Berro Rovira.

Fue publicado por Ediciones Granada en julio de 2012 y su lanzamiento fue realizado el 3 de diciembre de 2012 en el anfiteatro de Pediatría del Hospital Pereira Rossell.

En 368 páginas el libro describe en forma completa, detallada y bien documentada la vida y obra de este médico, formado en Uruguay, especializado en Europa, profundo conocedor de la Pediatría y la Puericultura y promotor de la creación del Código del Niño y del Consejo del Niño, inspirador de la creación de la Justicia de Menores y, en definitiva humanizador de la asistencia social a los niños.

20.2.- “Abel Chifflet. El equilibrio entre espíritu, ciencia y arte en Cirugía”.

Es obra del Ac. Francisco Crestanello.

Fue publicado por el autor en octubre de 2012, y su lanzamiento fue realizado en el Curso Precongreso del 63° Congreso Uruguayo de Cirugía el 19 de noviembre de 2012.

En 757 páginas profusamente ilustradas, reúne una considerable base documental y describe y analiza con detalle la vida pública de este cirujano y su obra como ciudadano, profesional, docente, universitario, gremialista, científico, pensador, y creador de una escuela uruguaya de Cirugía, la primera en nuestro medio organizada con sentido de equipo con un diseño “horizontal”, que por ello fue una de las más destacadas, prolíficas y duraderas.

21.- REUNIÓN DE LA ALANAM EN MADRID

Los días 28 y 29 de septiembre de 2012 en la sede de la Real Academia de Medicina de España en la ciudad de Madrid se llevó a cabo la reunión de la ALANAM (Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal, entidad sin ánimo de lucro fundada en 1967 en Bogotá (Colombia) que trabaja en colaboración entre sus miembros velando por y apoyando la excelencia en el ejercicio de la Medicina.

Concurrieron a ella el Ac. Hernán Artucio y la Académica Gloria Ruocco.

Los temas tratados fueron:

28 de septiembre: Universalización de las vacunas. Expuso la Ac. Gloria Ruocco

Conclusiones

Como el abastecimiento de agua potable y las vacunas constituyen el mejor índice de coste-efectividad en la prevención y control de las enfermedades transmisibles, es muy importante que las autoridades políticas y sanitarias centren todo su esfuerzo en ambos conceptos, máxime en los momentos de crisis económica, en los que los gastos de tratamiento y hospitalización son mucho mayores que los efectuados en inversiones, para obtener agua potable e inmunizaciones.

Es necesario que todas las vacunas de que disponemos actualmente lleguen a todas las poblaciones, en especial a las más alejadas de las grandes ciudades, a las que se encuentran en zonas selváticas, a los grupos marginados y a los de más baja capacidad económica, pues existen países latinoamericanos donde aún se encuentran carencias en este sentido.

Las inmunizaciones deben llegar a todas las personas y a todas las edades, ya que contamos con vacunas para la población adulta y de la tercera edad, y éstas no se cubren al cien por cien en ciertos países.

Aunque en la última década se han producido avances considerables de inmunización en los países de la península ibérica e iberoamericanos, la cobertura aún no es total, ni en la población infantil ni en el resto de las edades.

La inmunización contra las infecciones por rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis A, varicela y papilomavirus, no se han introducido en todos los países y hay poblaciones que aún no la poseen.

Así, se puede resumir que:

- El abastecimiento de agua potable y las vacunas constituyen el mejor índice de coste-efectividad en la prevención y control de las enfermedades transmisibles, medido por los índices naturales de muertes evitadas y años de vida salvados, y por años de vida ajustados por discapacidad.

- El Programa Ampliado de Inmunizaciones es una iniciativa de todas las naciones y de los organismos internacionales para lograr la universalización de las vacunas y así controlar, eliminar o erradicar las enfermedades inmunoprevenibles, y con ello mejorar la salud y el desarrollo de las poblaciones. Todos los gobiernos deben adherirse al mismo, poniendo los medios posibles para alcanzarlo.
- El desarrollo durante los últimos años de nuevas vacunas, utilizando la más moderna tecnología científica, o nuevas presentaciones de las mismas, ha supuesto un aumento muy importante de la eficacia y seguridad en la prevención de las enfermedades infecciosas.
- La prevención de estas enfermedades mediante la vacunación debe ser una prioridad para las autoridades políticas y sanitarias, favoreciendo la llegada de estos productos a toda la población, y en especial, a los grupos marginados y de más baja capacidad económica.
- En la última década se han producido avances considerables en materia de inmunización en los países de la península ibérica e iberoamericanos, tanto en el aumento de la cobertura como en la introducción de nuevas vacunas.
- Es necesario aumentar en todos los países la cobertura vacunal de los adultos y ancianos, para lo que sería imprescindible la realización de campañas de educación sanitaria con tal finalidad.
- Las últimas adquisiciones en la inmunización de enfermedades como las vacunas contra las infecciones por rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis A, varicela y papilomavirus, deben extenderse a todas las países y poblaciones que aún no las poseen.
- Junto a la adquisición de las dosis necesarias de vacunas, los responsables sanitarios no deben olvidar la financiación de jeringas y suministros afines para la inmunización, así como el mantenimiento de la cadena del frío para los productos biológicos que lo necesiten. Este requisito es fundamental en las zonas más alejadas o pobres de los países.
- Es preciso avanzar en la investigación de las vacunas contra el dengue, la hepatitis C, la malaria, la tuberculosis y el SIDA, para poder disminuir a nivel mundial las tasas de morbilidad y mortalidad de estos graves procesos.

Recomendaciones

- La prevención de las enfermedades transmisibles mediante la inmunización activa con vacunas debe ser una prioridad para las autoridades políticas y sanitarias, favoreciendo la llegada de las mismas a toda la población, y en especial a los grupos de más baja capacidad económica.
- Es necesario aumentar en todos los países la cobertura vacunal de los niños, adultos y ancianos, para lo que sería imprescindible, con tal finalidad, la realización de campañas de educación sanitaria. Así mismo, es necesario concienizar a las autoridades políticas y sanitarias de dicha necesidad.
- Esta cobertura vacunal debe ser aún más marcada en las últimas vacunas introducidas en el mercado como las de rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis A, varicela y papilomavirus.
- Junto con la adquisición de las dosis necesarias de vacunas en cada uno de los países, los responsables sanitarios no deben olvidar la financiación de jeringas y suministros afines para la inmunización, así como el mantenimiento de la cadena de frío para los productos biológicos que lo necesiten. Este requisito es fundamental en las zonas más alejadas de los centros urbanos.

- Es preciso avanzar, mediante la financiación adecuada, en la investigación de las vacunas contra el dengue, la hepatitis C, la malaria, la tuberculosis y el SIDA, para poder disminuir a nivel mundial las tasas de morbilidad y mortalidad de estos graves procesos infecciosos.
- Con la finalidad de adecuar las vacunas a la tercera edad, es necesaria la realización de un profundo estudio de su respuesta inmunológica, que puede ser alterada debido a la existencia de patologías básicas diferentes a las de los niños y adultos.
- La ALANAM debe dirigirse a las autoridades políticas y sanitarias de los países que la componen, instándolas a una potenciación del papel de las Academias Nacionales de Medicina en el asesoramiento de los problemas de salud y enfermedad. Se llevará a cabo en todo momento, máxime en los casos de situaciones epidemiológicas graves o de emergencia.

29 de septiembre: Epidemiología de la obesidad. Expuso el Ac. Hernán Artucio

Conclusiones

- La Obesidad (sobre todo en su fenotipo abdominal), representa una de las más grandes amenazas a la Salud individual y colectiva, ya que el sobrepeso y la obesidad confieren un elevado riesgo de morbimortalidad, como promotores o inductores de muy severas comorbilidades.
- Ningún sexo, edad ni grupo étnico, es respetado por esta Pandemia, cuya prevalencia/incidencia crece, en casi todo el mundo desde edades muy precoces de la vida y de la adolescencia.
- Numerosos estudios confirman un mayor riesgo para ambos estados (sobrepeso/obesidad) en relación inversa con los niveles socioeconómicos y educativos, sobre todo en los Países menos desarrollados. Es ésta una realidad dramáticamente cierta en ciertos países Latino-Americanos (p.e. México, Bolivia, Brasil, Venezuela...), en los que el sobrepeso “convive” o se solapa con la desnutrición severa, más o menos encubierta, incluso en miembros de una misma comunidad o familiar étnica específica o no, y es el resultado de una compleja interacción entre genes y factores ambientales (nutrición, actividad física, calidad/cantidad de sueño, factores psicobiológicos y culturales...).
- “Es heterogénea y multifactorial, salvo en las formas monogénicas y sindrómicas, ya que en la obesidad común no es detectable en su heterogeneidad fenotípica un patrón mendeliano simple” (Bouchard, C., 1992). Sobre esta predisposición actúan una vastísima serie de factores externos (ambientales) que oscilan desde hábitos sedentarios (ninguna actividad física) con escaso gasto energético, acoplados a un surplus de aporte con la Dieta (azúcares refinados, grasas saturadas...), la urbanización predominante, el estrés psicológico asociado a la biografía del individuo, la presión social y económica, el sueño escaso y/o de la mala “calidad”. Dicha combinación de factores, es bien notoria en la mayoría de los países latinoamericanos, aquí estudiados. Y entre ellos es muy severa en algunos como México, Brasil, Bolivia e incluso Perú.
- Hecho notable es que en la mayoría de los países Latinoamericanos (con la excepción notable de Argentina, Portugal y España), la prevalencia de Sobrepeso-Obesidad es mayor en el sexo femenino, más aún en el ciclo vital postmenopausico, y con un patrón distributivo preferente de la grasa en el compartimiento abdominal. Este retrato nada favorable para la Salud de los individuos y para los Organismos Responsables de Salud Pública, implica además una gran carga social (invalidez, discapacidad, complicaciones C-V precoces, y aun mayor riesgo de ciertos tipos de Cáncer), así como un incremento notable de los gastos económicos demandados por la Obesidad y sus comorbilidades, y también un mayor riesgo de mortalidad prematura en personas en edades jóvenes y productivas, sin excepción, en todos los Países Iberoamericanos y en España, con un preocupante crecimiento de la incidencia de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia (promedio del 20-25% en esas edades).

Recomendaciones

- La prevención es la exigencia inmediata de estos estudios epidemiológicos, para afrontar esa pandemia desde una perspectiva multifactorial, en Portugal, España e Ibero-América, y esto a través de la colaboración multinacional/multidisciplinar. Dentro de estas iniciativas, requieren una atención particular las enfocadas a la obesidad infantil como las tipificadas en España por la llamada Estrategia *NAOS*.
- *“En síntesis, prevenir es mejor que curar y la lucha debe ser «contra» la obesidad y no contra el obeso”*.
- En efecto, la preocupación por combatir la obesidad y el sobrepeso en niños-adolescentes y adultos, ha generado muy interesantes propuestas de estrategias preventivas (p.e. Argentina, México, Perú, Venezuela, Brasil), alentadas por las Autoridades Nacionales, Políticas Sanitarias Públicas y por otras iniciativas de Asociaciones Privadas o Profesionales.
- La educación y promoción de hábitos saludables de nutrición, actividad física y el abandono del consumo del tabaco, etc), constituyen el núcleo de estas estrategias de Prevención (No-Farmacológicas y Farmacológicas), y también la implantación de la cirugía metabólica (o bariátrica), (p.e. Brasil, Chile y Argentina).
- Quizá una consecuencia importante, entre otras, de esta Reunión, sea la de obtener un Consenso sobre esta problemática del sobrepeso/obesidad, sobre las estrategias conjuntas de prevención en Iberoamérica, España y Portugal, y en la que se involucren las respectivas Autoridades Sanitarias.

22.- AUSPICIOS OTORGADOS POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA A REUNIONES CIENTÍFICAS REALIZADAS EN NUESTRO MEDIO

Como es tradicional, reconociendo la jerarquía de la Academia, los organizadores de las numerosas actividades científicas que se realizan en nuestro país solicitan el auspicio de la Academia que pasa a ser analizado por el Consejo Directivo.

En el año 2012 fueron otorgados los siguientes auspicios:

- Segundas Jornadas Internacionales de Patología Vasculas Integrada
- Taller de Ética, Medicina y Salud Pública.
- XX Congreso Anual de la Academia Iberoamericana de Neurología Pediátrica.
- 63º Congreso Uruguayo de Cirugía
- XVII Jornada SOLACI (Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista) 2012 6º región Cóno Sur.
- 41º Congreso Nacional de Medicina Interna.
- VIII Congreso Uruguayo de Nefrología
- XI Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica.
- 12º Congreso Uruguayo de Oncología
- 28º Congreso Uruguayo de Cardiología
- 3ª Jornadas Latinoamericanas-Israelíes de Hematología Pediátrica
- IX Jornadas Internacionales de Relaciones Públicas- a 12 años de la ley 171250
- Reporte Latinoamericano sobre Prevención del stroke en pacientes con fibrilación auricular.
- 1ª Jornadas Latinoamericanas de Coloproctología.
- 11º Seminario-Taller de Desarrollo Profesional Médico Continuo
- Unidad de Dermatología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

23.- COMPROMISO DE GESTIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO PARA EL PERÍODO MARZO 2013 – FEBRERO 2014

Actividad ordinaria

El plenario de la Academia se reunirá, como es habitual dos veces por mes durante todo el año, y el Consejo Directivo se reunirá todas las semanas.

Actividad académica

Se integrará con varias actividades internas y también con actividades conjuntas con las Academias de Veterinaria y de Ciencias y con sociedades científicas.

1. Los académicos desarrollarán temas de interés médico o general ocupando una parte de cada sesión del plenario. Algunas de estas conferencias o presentaciones serán de carácter público. Se prevé la realización de 15 a 20 presentaciones.
2. Jornada de Siniestralidad. El grupo de trabajo que está organizando esta Jornada es presidido el Ac. Asdrúbal Silveri. Se llevará a cabo conjuntamente con el Automóvil Club del Uruguay, UNASEV y otras organizaciones interesadas. Está programada para el 22 y 23 de agosto de 2013.
3. Jornada de Drogadicción. El grupo de trabajo está presidido por el Ac. Guido Berro. Participarán representantes de la Junta Nacional de Drogas y otras instituciones relacionadas con el tema. Se realizará en setiembre de 2013.

La Academia Nacional de Medicina ha dado especial jerarquía a las Jornadas de Siniestralidad y Drogadicción, por su importante contenido social.

4. Se está planificando una jornada conjunta con la Academia Nacional de Ciencias dedicada a la investigación científica en Uruguay. El grupo de trabajo está integrado por los Ac. Artucio, Wilson y Mazzuchi por la ANM y los Ac. Radi, Digiero y Macadar por la Academia Nacional de Ciencias.
5. Se realizará una Jornada con la Academia Nacional de Veterinaria desarrollando un tema de interés de ambas Academias.
6. Se ha programado para el mes de abril una jornada conjunta con la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay.
7. También se realizará una Jornada Conjunta con la Sociedad de Medicina del Uruguay.

Actividad Internacional

Durante el año 2013 se realizará la XXXIV reunión de las Academias de Medicina del Plata, que coincidirá con las Jornadas de Siniestralidad.

Premios

En el año 2013 se convocará para los siguientes premios

- Gran Premio Nacional de Medicina
- Premio Ministerio de Salud Pública
- Premio Víctor y Clara Soriano
- Premio Nacional de Neumología Dr. Miguel Mello Aguerre
- Premio Lara Rodríguez Joanicó

Comisión de Desarrollo Profesional Médico Continuo

Para el año 2013 se ha planificado continuar representando a la ANM en el Grupo de Trabajo Institucional Permanente (GTIP) y establecer coordinación con el Colegio Médico.

Publicaciones

Durante el año 2013 se publicará el Boletín Anual de la ACM conteniendo la actividad durante 2012.

Página web

Se continuará con la misma tratando de mejorar el contenido si se obtienen los fondos necesarios.

Presupuesto

El presupuesto asignado a la ANM es absolutamente insuficiente. Los fondos asignados por el Ministerio de Educación y Cultura, \$290.000 que no ha sido modificado en los últimos tres años. Se hace imprescindible incrementar la partida, ya que de otra manera no solo es imposible llevar a cabo el programa para el año próximo, sino que está en peligro la propia viabilidad de la Academia. El programa de actividades para el año 2013 exige un presupuesto de \$1.900.000 como fue solicitado en oportunidad a ese Ministerio.

Ac. Hernán Artucio
Presidente

Ac. Eduardo Wilson
Secretario

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA