



REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ISSN – 0255 – 4038

BOLETÍN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

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



Volumen XXX
2013
MONTEVIDEO
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

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 permanente colaboración y apoyo recibidos del Ministerio de Educación y Cultura y de la Fundación de Apoyo a la Academia Nacional de Medicina (FAANAM).

También expresa su reconocimiento a las autoridades de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, al Diario El País, a la Asociación de Laboratorios Nacionales, a la Fundación Víctor y Clara Soriano y a la Fundación Laura Rodríguez Juanicó.

SUMARIO

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

2.- MIEMBROS TITULARES

3.- MIEMBROS EMÉRITOS

4.- MIEMBROS HONORARIOS

5.- MIEMBROS CORRESPONDIENTES

6.- MIEMBROS FALLECIDOS EN EL AÑO 2013

6.1.- Ac. Juan Carlos Abó

6.2.- Ac. H. Raúl Vignale

7.- NUEVOS MIEMBROS

7.1.- Asunción de los nuevos Miembros designados en 2012: Aron Nowinski Luis Carriquiry, Omar França y Hamlet Suárez

7.1.1.- Presidente de la Academia Ac. Hernán Artucio. Palabras de introducción

7.1.2.- Ac. Dante Petruccelli: Presentación del Ac. Aron Nowinski

7.1.3.- Ac. Aron Novinsky: Discurso de Asunción

7.1.4.- Ac. Celso Silva: Presentación del Ac. Luis Carriquiry

7.1.5.- Ac. Luis Carriquiry: Discurso de Asunción

7.1.6.- Ac. Roberto Quadrelli: Presentación del Ac. Omar França

7.1.7.- Ac. Omar França: Discurso de Asunción

7.1.8.- Ac. Carlos Romero: Presentación del Ac. Hamlet Suárez

7.1.9.- Ac. Hamlet Suárez: Discurso de Asunción

7.2.- Asunción de nuevos Miembros designados en 2013: Oscar Cluzet, Augusto Müller Gras, Pablo Muxí, e Ismael Conti

7.2.1.- Ac. Guido Berro: Presentación del Ac. Oscar Cluzet

7.2.2.- Ac. Oscar Cluzet: Discurso de Asunción

7.2.3.- Ac. Luis Carriquiry: Presentación del Ac. Augusto Müller Gras

7.2.4.- Ac. Augusto Müller Gras: Discurso de Asunción

7.2.5.- Ac. José Luis Peña: Presentación del Ac. Pablo Muxí

7.2.6.- Ac. Pablo Muxí: Discurso de Asunción

7.2.7.- Ac. Eva Fogel: Presentación del Ac. Ismael Conti

7.2.8.- Ac. Ismael Conti: Discurso de Asunción

7.3.- Designación de nuevos Miembros: Néstor Macedo, Omar Macadar, Jurguen Weitz (Alemania) y José Biller (Estados Unidos)

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.- COMISIONES

Calificadora Intersectorial

De Reglamentos

De Asuntos Internacionales
De Coloquios
De Educación Médica
De Bioética
De informatización de la Academia
De Presupuesto
De Publicaciones
De Seguimiento de actividades académicas
Delegado ante la ALANAM
Delegado a la XXXV Reunión Conjunta de las Academias de Medicina del Plata

9.2.- GRUPOS DE TRABAJO

Para organizar las Jornadas sobre Vulnerabilidad al consumo de sustancias adictivas
Para organizar las Jornadas de Sinistralidad Vial
Para organizar el Primer Encuentro Inter Académico de las Academias de Veterinaria y Medicina del Uruguay
Para organizar actividades conjuntas entre las Academias Nacional de Medicina y de Ciencias
Para organizar las celebraciones por el 40º aniversario de la ANM
Para mejorar el presupuesto de la Academia

10.- RÉGIMEN DE REUNIONES DE LA ACADEMIA

11.- CONFERENCIAS, EXPOSICIONES Y COLOQUIOS

Año 2012

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

Ac. José Grunberg.
27 de setiembre de 2012

Año 2013

11.1.- Genética: cómo se maneja en Medicina (Exposición en el plenario)

Ac. Roberto Quadrelli
21 de marzo de 2013

11.2.- Función fisonómica del rostro y un mecanismo peculiar de daño (Exposición en el plenario)

Ac. Guido Berro
11 de abril de 2013

11.3.- Fibrilación auricular para no cardiólogos (Exposición en el plenario)

Ac. Carlos Romero
25 de abril de 2013

11.4.- Desde el fondo del mar (Exposición en el plenario)

Ac. Guido Berro
9 de mayo de 2013

11.5.- Programa Salud Renal (Exposición en el plenario)

Ac. Nelson Mazzuchi
23 de mayo de 2013

11.6.- Vida y obra de William S. Halsted (Coloquio)

- Ac. Francisco Crestanello y Enrique Probst. Ac. Hon. Milton Mazza
30 de mayo de 2013
- 11.7.- Medicina y Derecho Penal (Exposición en el plenario)
Dr. Germán Aller
13 de junio de 2013
- 11.8.- Descarga pornográfica de archivos de contenido gráfico pedofílico en Uruguay, en contraste con otros países de la región. (Exposición en el plenario)
Ac. Omar França
27 de junio de 2013
- 11.9.- Epidemiología de la Esclerosis Lateral Amiotrófica en Uruguay. (Exposición en el plenario)
Ac. Mario Médici
11 de julio de 2013
- 11.10.- Desarrollo profesional médico continuo. Situación actual. (Exposición en el plenario)
Ac. José L. Peña
25 de julio de 2013
- 11.11.- Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos. (Exposición en el plenario)
Ac. Hernán Artucio
8 de agosto de 2013
- 11.12.- Enseñanza de la Medicina. Permanencias, Cambios, Desafíos. (Conferencia pública en el salón de actos)
Ac. Humberto Correa
8 de agosto de 2013
- 11.13.- Fenómenos plásticos del sistema cócleo-vestibular. (Conferencia pública en el salón de actos)
Ac. Hamlet Suárez
19 de setiembre de 2013
- 11.14.- Tratamiento del cáncer de recto. De Miles a Habr-Gama (Conferencia pública en el salón de actos)
Ac. Luis Carriquiry
26 de setiembre de 2013
- 11.15.- ¿Te harías un Antígeno Prostático Específico? (Exposición en el plenario)
Ac. Luis García Guido
10 de octubre de 2013
- 11.16a.- Vacunas contra el virus del papiloma humano (HPV). (Exposición en el plenario)
Ac. Enrique Pons
14 de noviembre de 2013
- 11.16b.- Diagnóstico Citológico Del Cáncer Cervical por el Test de Papanicolaou. Control De Calidad. (Exposición en el plenario)
Ac. Carmen Álvarez
14 de noviembre de 2013
- 11.17.- Malas prácticas de científicos y en la investigación científica. Desafíos éticos

y políticas para prevenirlas y controlarlas. (Conferencia pública en el salón de actos)

Ac. Omar França

24 de octubre de 2013

11.18.- Ética de la asistencia a los adictos y de las políticas nacionales respecto a adicción. (Conferencia en las Jornadas Académicas acerca de la Vulnerabilidad a desarrollar Conductas Adictivas)

Ac. Omar França

29 de octubre de 2013

12.- ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN ACADÉMICA

12.1.- 12 de abril de 2013. Curso organizado por la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Uruguaya de Gastroenterología

Actualización en temas gastroenterológicos para el especialista y el médico general

12.2.- 25 de junio de 2013. Jornada de Medicina Interna sobre Actualizaciones en Patología Respiratoria

12.3.- 22 y 23 de agosto de 2013. Jornadas de Siniestralidad Vial

12.4.- 6 de septiembre de 2013. Jornada con la Academia de Veterinaria sobre Leptospirosis

12.5.- 29 y 30 de octubre de 2013. Jornadas Académicas acerca de la Vulnerabilidad a desarrollar Conductas Adictivas: abordaje y respuestas

12.6.- Relacionamiento y actividades con la Academia de Ciencias

13.- XXXIV REUNIÓN CONJUNTA DE ACADEMIAS DE MEDICINA DEL PLATA

Homenaje al Académico Aníbal Sanjinés Bros (1917-2011)

14.- PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2013 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN EL AÑO 2012)

15.- LLAMADO A PREMIOS CORRESPONDIENTES A 2014

16.- DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS

17.1.- Ac. José Luis Peña

17.2.- Ac. Henry Cohen

17.- ACTIVIDADES CON EL COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY

18.- PUBLICACIONES

19.- COMITÉ DE DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO

20.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LOS MIEMBROS (LIBROS, CAPÍTULOS DE LIBROS, PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OTRAS ACADEMIAS)

20.1.- “Una breve historia de la Oftalmología y sus tiempos”. Presidente Honorario Ac. Antonio Borrás.

20.2.- “El Chumbo Ríos. Ética, coraje, humanidad. Guaymirán Ríos Bruno (1928-2004)”. Ac. Antonio Turnes.

20.3.- Berro Rovira Guido, y colaboradores: Medicina Legal, Derecho Médico y Aspectos Bioéticos.

20.4.- Cherro Miguel, Mañé Garzón Fernando: Seis maestros de la Medicina Uruguaya (Fernando Mañé Garzón, Julio Marcos, José María Portillo, Carlos Mendilaharsu, Luis Prego y Juan Carlos Rey).

20.5.- Pou Ferrari Ricardo, Mañé Garzón Fernando: José Máximo Carafí: Primer decano uruguayo y organizador de la nueva Facultad de Medicina de Montevideo.

20.6.- Capítulos de libros.

20.7.- Otras publicaciones de Miembros en 2013 (en orden alfabético).

20.8.- II Encuentro Interacadémico Rioplatense entre la Academia Nacional De Agronomía y Veterinaria de Argentina y la Academia Nacional de Veterinaria de Uruguay.

21.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LA ACADEMIA: ENTREVISTAS A DIVERSAS AUTORIDADES. ACTIVIDAD LEGISLATIVA. NUEVOS REGLAMENTOS DE PREMIOS Y DE AUSPICIOS. PÁGINA WEB

22.- AUSPICIOS OTORGADOS POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA A ACTIVIDADES CIENTÍFICAS MÉDICAS REALIZADAS EN NUESTRO MEDIO

23.- AUTORIDADES DE LA ACADEMIA ELECTAS PARA EL PERÍODO 2014-2015

INTRODUCCIÓN

Como todos los años, la Academia Nacional de Medicina publica este Boletín en el que, en forma resumida, registra sus inquietudes y las actividades más salientes que ha realizado.

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

PRESIDENTE	Ac. Hernán ARTUCIO
VICEPRESIDENTE 1º	Ac. Guido BERRO
VICEPRESIDENTE 2º	Ac. Carlos ROMERO
SECRETARIO	Ac. Eduardo WILSON
SECRETARIO DE ACTAS	Ac. Antonio TURNES
TESORERO	Ac. Mario MÉDICI
PROTESORERO	Ac. Juan C. BAGATTINI
DIRECTOR DE PUBLICACIONES	Ac. Francisco CRESTANELLO
DIRECTOR DE BIBLIOTECA	Ac. Gloria RUOCCO
DELEGADO ANTE LA ALANAM	Ac. Hernán ARTUCIO

MIEMBROS TITULARES

SITIAL	OCUPADO POR	DESDE
1	José L. PEÑA	08.12.1994
2	Francisco CRESTANELLO	12.03.2009
3	Raúl C. PRADERI	08.08.1991
4	José GRUNBERG	08.03.2012
5	Eva FOGEL de KORC	11.11.1999
6	Elena FOSMAN	11.10.2012
7	Luis GARCÍA GUIDO	08.03.2007
8	Celso SILVA	16.10.1997
9	Carlos SALVERAGLIO	11.03.2010
10	Nelson MAZZUCHI	12.03.2009
11	José E. PONS	24.11.2011
12	Antonio TURNES	11.03.2010
13	Enrique PROBST	25.03.2004
14	Omar FRANÇA	04.04.2013
15	Luis CARRIQUIRY	04.04.2013
16	Juan Carlos BAGATTINI	18.09.2008
17	Carmen ÁLVAREZ	24.11.2011
18	Gloria RUOCCO	18.12.2004
19	Mario MÉDICI	25.10.2007
20	Henry COHEN	18.09.2008

21	Carlos ROMERO	11.03.2010
22	Roberto QUADRELLI	02.11.2000
23	Jaime POLTO	19.11.1998
24	Eduardo WILSON	11.03.2010
25	Mario VARANGOT	11.10.2012
26	Dante PETRUCCELLI	18.09.2003
27	Hernán ARTUCIO	11.08.2005
28	Hamlet SUÁREZ	04.04.2013
29	Guido BERRO	11.08.2005
30	Asdrúbal SILVERI	24.11.2011
31	Pablo MUXÍ	12.09.2013
32	Oscar CLUZET	12.09.2013
33	Augusto MÜLLER	12.09.2013

3.- MIEMBROS EMÉRITOS

Juan Carlos ABÓ †
Antonio BORRÁS
Fernando MAÑÉ GARZÓN
Milton MAZZA
Héctor MAZZELLA
Raúl VIGNALE ††

† falleció el 19 de agosto de 2013

†† falleció el 11 de noviembre de 2013

4.- MIEMBROS HONORARIOS

Uruguay

Dinorah CASTIGLIONI
María HORTAL
Juan J. RAVERA
Antonieta REBOLLO

Alemania

Gunther OBE

Argentina

Eduardo CASTILLA
Hernán HERRERO
José PETROLITO

Estados Unidos

Jorge Luis LOCKHART SARRACO
Peter WERNICK

Francia

Pierre LOUISOT

Israel

Ernesto LUBIN

5.- MIEMBROS CORRESPONDIENTES

Uruguay

Ismael CONTI DÍAZ
Humberto CORREA
Aron NOWINSKI
María Teresa ROTONDO

Alemania

Markus BUCHLER
Erich SALING
Juergen WEIS

Argentina

Fortunato BENAİM
Abraam SONIS

España

Marcos GÓMEZ SANCHO

Estados Unidos de América

Sanjeev ARORA
José BILLER
Richard FINE
José P. SEGUNDO

Japón

Katzuo MAEDA

Portugal

Duarte NUNO VIEIRA

6.- MIEMBROS FALLECIDOS EN EL AÑO 2013

6.1.- Ac. Em. Juan Carlos Abó

Falleció el 19 de agosto de 2013.

Fue homenajeado en la Asamblea plenaria de la Academia el 12 de setiembre de 2013, en la que el Ac. Em. Milton Mazza realizó la siguiente evocación.

Evocar al Académico Abó es una triste y piadosa tarea porque su muerte nos sorprendió a todos ya que desconocíamos que estuviera enfermo. Sorpresivamente, en una ocasión con Irma llamamos a su domicilio y fue así que nos enteramos de su fallecimiento. Incluso, hasta el día de hoy —aunque esto es secundario— tampoco ha existido un esclarecimiento posterior que nos permita conocer algún hecho que se vincule de alguna manera a este suceso.

Pienso que extrañamos mucho a Abó. Era un hombre muy querido por todos nosotros. Indudablemente era una persona de bien, un caballero. Tuvo una excelente carrera médica. Fue Jefe de Clínica Quirúrgica del Profesor Stajano. No sé si ustedes saben que fue la primera Clínica Quirúrgica que se instaló en el Hospital de Clínicas. Toda su carrera se orientó, decididamente, hacia la Cirugía Cardiovascular y, en particular, hacia la Cirugía Cardíaca.

Tengo el mejor recuerdo de Abó como cirujano, un hombre prudente, criterioso, conocedor de su oficio y dedicado a sus pacientes. Mis referencias en cuanto a su tarea en la Dirección del Departamento de Cirugía Cardíaca del Hospital de Clínicas son relativas porque no es una especialidad que yo haya practicado.

Cuando Abó accedió a la condición de Jefe de los llamados equipos quirúrgicos en el CASMU, tuve oportunidad de conocerlo más de cerca y valorar su gran erudición. Conocía muy bien la historia de la Cirugía, en particular de la Vascular. Recién conversaba con mi amigo, el Doctor Crespo, acerca de ese rasgo de Abó, tan proclive al diálogo amistoso y respetuoso con sus pares y también con los más jóvenes. Allí fue que pude apreciar sus condiciones de excelente cirujano y, también, la bonhomía característica de Abó, que todos valoramos y recordamos con mucho afecto.

Se retiró de la actividad académica quirúrgica pero siempre mantuvo un vínculo con el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca. Tuvo una excelente actuación como Académico, destacando su asiduidad, su gentileza, la precisión y el buen criterio de sus intervenciones y, fundamentalmente, su dedicación a la Academia. Actuó como Secretario de Actas y también fue Vicepresidente. Compartió con Sanjinés esa modestia tan apreciable de no pretender nunca una posición destacada. Siempre quiso formar parte de la Academia Nacional de Medicina pero nunca pensó que ésta podía servirle como trampolín para colmar alguna aspiración personal.

En suma, pienso que vamos a tener siempre presente a Abó con estas características tan valiosas y que a todos nos resulta emotivo el recuerdo permanente de su figura.

Muchas gracias.

6.2.- Ac. Em. Raúl Vignale

El Ac. Antonio L. Turnes lo recordó en la Asamblea Plenaria con estas palabras.

Falleció en Montevideo el 11 de noviembre de 2013, a los 88 años, el Ac. Raúl A. Vignale Peirano. Había nacido en esta ciudad el 28 de noviembre de 1924 y egresado de la Facultad de Medicina en octubre de 1954. Siguiendo la veta paterna, fue Profesor de Dermatología y Profesor Emérito de la Facultad de Medicina desde diciembre de 1993.

Su padre, el Prof. Bartolomé Vignale, fue uno de los más destacados dermatólogos en la historia del País, y su hijo Raúl siguió sus pasos.

Sus cuatro bisabuelos vinieron en 1864 y 1868 a Montevideo, procedentes de dos balnearios próximos a Génova, el paterno con nueve años y el materno con once. La familia de su padre se dedicó al comercio minorista y mayorista. Su abuelo materno fue uno de los principales del Banco Comercial y creó el Molino Americano. El almacén mayorista Oneto Vignale y Cía, fue uno de los de mayor porte, junto a Juan Carrau y Cía. Su madre

era ama de casa y tuvo un solo hermano, cuatro años mayor, arquitecto, fallecido hace décadas.

Fue alumno de la Escuela y Liceo Elbio Fernández, donde lo marcó el magisterio de Jerónimo Zolesi, porque siempre vivió en el barrio. Luego hizo Preparatorios en el Instituto Alfredo Vásquez Acevedo, hasta que ingresó a la Facultad en 1944. Nació en Soriano y Julio Herrera y luego se mudaron a 18 de Julio y Ejido, donde su padre tenía además su famoso y concurrido consultorio.

Tuvo contacto y recibió enseñanza de los principales maestros de su época: Juan Carlos del Campo, Pablo Purriel, Héctor Franchi Padé, Julio C. García Otero. Como Interno fue al Hospital Saint Bois de tarde, para hacer Piel de mañana y la influencia de su padre fue determinante para esta opción.

Como si fuera proyectando su futuro destino profesional, fue Ayudante de Clase de Histología con Washington Buño y de Anatomía Patológica, y también integró como Ayudante de clase la Cátedra de Patología Médica con un tribunal que congregó a Manlio Ferrari, Héctor Franchi Padé, Fernando Herrera Ramos, José Jesús Estable y José Pedro Migliaro. La docencia fue su guía y junto al Internado del modelo francés que regía entonces, fueron fundamentales en su formación.

Relatando cierta vez cómo surgió la Dermatología como Cátedra, historió que el primer profesor fue José P. Brito Foresti, formado en Francia. Luego le sucedió su padre, Bartolomé Vignale, a él siguió Julio A. Moretti y a éste le sucedió él. Fue sucedido por Probo Pereira y luego por Griselda de Anda, dejando multitud de discípulos con quienes mantuvo hasta muchos años después de cesar en la Cátedra, una entrañable amistad y una sincera colaboración.

Fue un referente en la especialidad y un hombre de gran sencillez y cordialidad, que todo lo iluminaba con su buen humor y su permanente sonrisa. Como docente era de un brillo poco común, porque todo lo hacía sencillo y se preocupaba especialmente por transmitir a los estudiantes que teníamos escaso pasaje por su Clínica, lo que era esencial recordar para toda la vida. Enseñaba con afecto.

Integró la Academia Nacional de Medicina primero como Académico Titular y luego como Académico Emérito.

No hay parcela de la Dermatología y la Venereología que no haya sido de interés para Raúl Vignale. En todas incursionó con su agudo sentido de investigador y claro sentido clínico. Alcanzó las mayores dignidades en el campo nacional e internacional en su especialidad. Pero cabe destacar que desde 1983 a 1988 fue Vicepresidente de la Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, y desde 1987 a 1989 fue Vicepresidente de la Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra el SIDA. Realizó cientos de publicaciones en revistas de todo el mundo y fue reconocido por la solidez de sus aportes científicos.

En el plano internacional entre 1982 y 1987 integró el cuadro de los 40 dermatólogos más destacados del Comité Internacional de Dermatología. Presidió Congresos nacionales e internacionales y fue miembro titular de varias Sociedades de Dermatología. Profesor invitado en reuniones internacionales, particularmente en España, y miembro de los Comités de Redacción de las principales revistas de Dermatología iberoamericanas, recibiendo varios premios honoríficos. En 1991 recibió en Guadalajara, México, el Premio Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología. Descubrió una sustancia que producida

por el mastocito tenía enorme valor en la patogenia de la psoriasis, el tercer aporte en el mundo, luego de científicos de Alemania y los Estados Unidos.

Tuvo larga adhesión a las instituciones gremiales: a la Asociación de los Estudiantes de Medicina desde tercer año, donde sacó con otros compañeros la famosa lista 44. En el SMU fue miembro desde estudiante, pero nunca ocupó cargos. A comienzos de la década del 90 recibió la Distinción Sindical al mérito Científico y Docente.

Su impronta marcó grandemente la Dermatología uruguaya de la segunda mitad del siglo XX, dejando una historia de la especialidad que fue recogida por la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, en colaboración con el Dr. Francisco Amor García.

Fue un católico muy activo y ya desde el cuarto año liceal comenzó sus primeros ejercicios espirituales que siguió por muchos años, conociendo a Fernando Fagalde, que fue su consejero espiritual durante toda la vida, y al que situó junto a sus abuelos y sus padres, como sus mejores orientaciones, porque tenía un sentido religioso muy fuerte. Conversaba con su amigo el Ac. Quadrelli, que debía haber una orientación religiosa de orden genético.

Fue un médico ejemplar, optimista por definición, de profunda sabiduría, una enorme humildad y una gran generosidad para enseñar y compartir. El País ha perdido a una de sus figuras más ilustres, y la Academia a uno de sus miembros más destacados, aunque de un silencio más elocuente que las palabras.

7.- NUEVOS MIEMBROS.

7.1.- Asunción de los nuevos Miembros designados en 2012: Aron Nowinski, Luis Carriquiry, Omar França y Hamlet Suárez

El 4 de abril de 2013 en el Salon de Actos de la sede de la Academia, se realizó una ceremonia pública en la que asumieron sus sitials, los cuatro nuevos integrantes de la Academia Nacional de Medicina designados el año anterior.

La ceremonia se desarrolló de acuerdo al siguiente programa.

7.1.1.- Presidente de la Academia Ac. Hernán Artucio. Palabras de introducción

Sr. Presidente del Colegio Médico Prof. Dr. Jorge Torres.

Sres. Académicos, Colegas, Señoras y Señores.

Celebramos el ingreso de cuatro distinguidos médicos a la Academia Nacional de Medicina. La integración de nuevos académicos implica nuevas ideas, nuevas sugerencias y nueva vida para la Academia. La ANM es lo que son sus miembros. El cumplimiento de sus funciones específicas, contenidas en la ley de creación de la misma: intensificar y fomentar el desarrollo de las ciencias médicas estimulando la investigación, rindiendo culto a la dignidad y la ética en el ejercicio profesional, requiere la iniciativa de todos sus integrantes. Cada uno debe aportar de sí todo para que la Institución dé cumplimiento a sus fines y se desarrolle.

Es claro que el cumplimiento de los objetivos estatutarios, que forman parte de la vida de la ANM no puede ser llevado a cabo sin la asociación y la colaboración de otras instituciones. La política actual de la ANM es de apertura para trabajar en conjunto con organizaciones cuyos fines coincidan con los de la Academia.

Este año la actividad se desarrolla en cuatro líneas:

- a) La primera es continuar con una postura ya tradicional de encarar problemas de impacto social, en actividades coordinadas con otras instituciones que persiguen objetivos semejantes. Se está organizando un evento dedicado a la siniestralidad vial con colaboración del Automóvil Club del Uruguay, UNASEV y la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Mantenemos estrechos vínculos con esta academia hermana con la cual se llevan cabo reuniones anuales. La reunión en Montevideo de las Academias de Medicina del Plata tendrá lugar como parte de la actividad de siniestralidad vial. En otro evento se encararán los problemas de vulnerabilidad a desarrollar conductas adictivas; éste se realiza conjuntamente con otras organizaciones dedicadas a este problema.
- b) La segunda línea es la celebración de actividad conjunta con la Academia de Ciencias y la Academia de Veterinaria abordando temas de interés común cuyo desarrollo se está planificando con cada una de ellas.
- c) La tercera, con Sociedades Médicas, abordará temas de interés para la profesión médica en general. En este año se realizarán reuniones con la Sociedad de Gastroenterología y la de Medicina, que se llevarán a cabo en los meses de abril y junio, teniendo proyectadas nuevas actividades con otras sociedades para los años siguientes.
- d) La cuarta es interna. Está dirigida a que los académicos conozcan la opinión de sus pares en temas médicos. Se trata de presentaciones cortas a realizarse en todas las reuniones plenarias de la Academia.
- e) En lo internacional, el año pasado la Academia concurre a la reunión del Consejo Directivo de ALANAM, Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal, realizada en Madrid y a las jornadas de las Academias de Medicina del Plata en Buenos Aires. Para este año, además del encuentro en Montevideo de las Academias del Plata, está prevista la concurrencia a las sesiones conjuntas de la Academia Brasileña de Medicina y la Academia Nacional Medicina de Buenos Aires, que tendrá lugar en Niteroi.

No dudamos que los nuevos académicos contribuirán significativamente a que la ANM cumpla con las funciones para la que fue creada.

7.1.2.- Ac. Dante Petruccelli: Presentación del Ac. Aron Nowinski

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Académico Hernán Artucio.

Sr. Presidente del Colegio Médico del Uruguay Prof. Dr. Jorge Torres.

Sr. Secretario Ac. Eduardo Wilson.

Sres. Académicos.

Familiares del Dr. Aron Nowinski, en especial su esposa Raquel.

Amigos, señoras y señores.

El Consejo Directivo y la Asamblea de nuestra Academia, me han designado para presentar, en este acto, que tanta trascendencia tiene para nuestra Institución, al Prof. Em. Dr. Aron Nowinski. Nada más honroso para mí, y, al mismo tiempo, más grato, en razón de los altos valores del Dr. Nowinski y de mi alto aprecio personal.

Hoy ingresan a la Academia destacados colegas; el Dr. Nowinski es una figura emblemática que acompaña desde el ingreso a la Facultad, a varias generaciones, por décadas, siempre como un apoyo, siempre como una fuente de consulta. Desde un puesto u otro, más relevante o menos, pero siempre en actitud de apoyo a estudiantes y médicos y, de ahí, a toda la comunidad. Obvias razones de tiempo, me impiden referirme detalladamente a sus altos méritos, que él ha presentado a las autoridades de la Academia.

Intentaré resumir, (sin traicionar la esencia de sus méritos), mi visión de la obra del destacado colega.

En primer lugar, distingo entre sus méritos:

- El de Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, título recibido en 1993.
- El de Socio Honorario del Sindicato Médico del Uruguay.
- El Premio OPS Administración, recibido el año pasado 2012.
- Director del CASMU por concurso durante 5 años.
- Ha recibido numerosos homenajes y, por último, como alto corolario, es autor del libro “Hospital de Clínicas de Montevideo”, junto con Wilson, Turnes, Sánchez y Sierra; un enorme documento histórico publicado en noviembre del 2011.

En segundo lugar, diré que creo que una visión panorámica de la trayectoria del Dr. Nowinski, sin desmerecer aportes o actividades puntuales de importancia, me permite ver tres grandes tareas sucesivas que sostienen su obra como sólidos pilares.

El primero su obra juvenil, poco recordada pero de gran trascendencia hasta hoy, como fue la creación de la Oficina del Libro de la Facultad de Medicina (hoy Fundación), en el año 1948. Desde entonces hasta hoy, todas las generaciones de estudiantes y médicos se han beneficiado altamente con su existencia, fruto de la visión del Nowinski estudiante.

En segundo lugar su destacada actuación en la Dirección del Hospital de Clínicas, integrando el triunvirato Villar, Ripa, Nowinski; una obra positiva de alto nivel, a lo largo de 15 años, que se caracterizó por grandes avances, en lo organizativo, del funcionamiento del hospital; en la fluidez de las relaciones laborales y en el origen de especialidades y tecnologías, siendo a destacar la creación de la Terapia Intensiva, (a la que tan ligada estaría luego la figura de nuestro presidente Artucio), pero también Cardiología, Nefrología y otras, así como la jerarquización de la Enfermería como profesión universitaria. La crisis política que sufrió nuestro país lo obligó a buscar otros horizontes.

En el tercer pilar, aparece el Nowinski internacional, funcionario de OPS, organización en la que alcanzó altos niveles, en la dirección de la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) en San Pablo – Brasil - y, en otros períodos, trabajando en diversos países de América como Paraguay, Centro América, el ya citado Brasil y también en los Estados Unidos de América, aportando conocimientos y adquiriendo experiencia. El Premio Administración de la OPS, antes citado, que recibió el año pasado, confirma la excelencia de su trabajo.

El Dr. Nowinski luego de un pasaje por el Fondo Nacional de Recursos, aporta hoy su experiencia a jóvenes y a instituciones. Su trabajo continúa.

Por último, quiero decir que, por sobre todo lo dicho, tan valioso, tan destacable, me importa señalar que todos vimos y vemos al Dr. Nowinski, como un ser humano cabal (y uso esta expresión cara a Borges en sus poemas, porque creo que expresa bien mi punto de vista), un hombre completo que se ha movido en un marco ético impecable y que, por si fuera poco, es un hombre solidario y amigo.

Sr. Académico Nowinski: en la Academia Nacional de Medicina le damos una cálida bienvenida; lo felicito y le auguro una excelente integración a nuestra Institución, en la certeza de que Ud. la enriquecerá con sus aportes.

7.1.3.- Ac. Aron Novinsky: Discurso de Asunción

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Señores Miembros del Consejo Directivo.

Señores Académicos Familiares, amigas, amigos.

Quiero agradecer en primer lugar la presentación, que con palabras llenas de generosidad acaba de hacer el Ac. Prof. Em. Dr. Dante Petruccelli, con quien me une una larga amistad y preocupaciones comunes. Siempre distinguí su espíritu de pionero y su capacidad de integrar y consolidar equipos humanos, que contribuyeron a vigorizar al Hospital de Clínicas y a la Universidad.

Me siento honrado y halagado por la distinción, de haber sido elegido Académico. Agradezco a los que me invitaron a postularme y a los que decidieron mi incorporación. Decirles que he tenido una gran alegría cuando en diciembre del 2012 se me comunicó que en la Sesión Plenaria del día 6 me habían designado Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina, y que en el día de hoy se realizaría este Acto.

Es para mí un gran honor ocupar esta tribuna que me permite tender una mirada al pasado, un pasado dedicado fundamentalmente a la Salud Pública y sus diferentes disciplinas, que siempre me ha dado muchas satisfacciones, en particular la formación y capacitación de los administradores o gestores de los servicios de salud.

Quiero decirles que durante ese año tuve muchas alegrías, al comienzo del mismo ya habíamos culminado con mis compañeros el proyecto iniciado en el 2007 de escribir la historia del Hospital de Clínicas. El trabajo lo realizamos junto al Ac. Prof. Dr. Eduardo Wilson, la Prof. Lic. Soledad Sánchez, al Ac. Dr. Antonio Turnes y al Arq. Jorge Sierra.

El libro que muchos Académicos conocen, procura documentar en detalle el largo proceso de creación y puesta en marcha del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quiniela de 1887 a 1974. Recuerda la tarea fundamental de la Facultad de Medicina y sus líderes que orientaron la formación del personal de salud, en todas sus categorías y funciones, no sólo para que el Hospital pudiera funcionar, luego de construido, sino para darle al País técnicos de primer nivel en todas las ramas, transitando el largo camino entre una idea y su implantación, superando muchos obstáculos y siendo un lugar de referencia en la Región.

Las otras alegrías fueron cuando en junio se me comunicó que durante la 150a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS/OMS el Jurado para la adjudicación del Premio

OPS en Administración 2012 decidió otorgarnos el Premio que se adjudica a quien haya contribuido al desarrollo de la Salud Pública, la Administración de servicios de salud y entre otros aspectos, el apoyo a los Programas de atención de la salud de los países de la Región. También se me comunicó que siguiendo la práctica establecida, el Premio se me entregaría durante el transcurso de la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana en el mes de setiembre. Quiero manifestar mi satisfacción de que el Uruguay está entre los seis países distinguidos con dos Premios de la Organización Panamericana de la Salud en Administración. El entregado en el 2008 al Prof. Em. Dr. Hugo Villar, y el Premio que he recibido en el 2012, que fue una aparición repentina que se resuelve en emociones no fáciles de explicar

También transmitir mi gratitud a las instituciones que participaron en los actos de homenaje y reconocimiento, realizados en los meses de octubre y noviembre:

- Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Consejo de la Facultad de Medicina (UDELAR)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
- Facultad de Medicina CLAEH
- Fondo Nacional de Recursos (FNR)
- Departamento de Medicina Preventiva y Social (Facultad de Medicina/UDELAR)
- Sindicato Médico del Uruguay (SMU)
- Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva (SUSAC)
- Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud (CUDASS)
- Federación Latinoamericana de Administradores de Salud (FLAS)
- Asociación de ex Funcionarios de Naciones Unidas (AFICS/Uruguay)

A todos ellos, reitero lo que dije en el discurso de aceptación del Premio “que éste era un reconocimiento para todos los que han trabajado por la Salud Pública en nuestro País.”

Quiero manifestar mi reconocimiento a quienes actuando en la dirección de la Escuela de Graduados, Escuela del Profesorado, Departamento de Bienestar Estudiantil, Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, Comité Ejecutivo del Cuerpo Médico del Hospital de Clínicas, Decanato y Rectorado, fueron figuras de gran proyección universitaria, que prestigiaron a la Medicina del siglo XX. Con ellos tuve el privilegio de trabajar y aprender.

Recuerdo a los Profesores Hermógenes Álvarez, Román Arana Iñiguez, Washington Buño, Roberto Caldeyro Barcia, Mario Cassinoni, Constancio Castells, Luis A. Castillo, Pablo V. Carlevaro, Juan J. Crottogini, Juan C. del Campo, Jorge Dighiero, Julio C. García Otero, Fernando Herrera Ramos y Ciro Peluffo.

En particular deseo realizar un homenaje a tres amigos que contribuyeron a mi formación y que mucho hicieron por la Salud Pública y la formación de los Administradores de los Servicios de Salud.

El Prof. Dr. Mario Cassinoni, Decano de la Facultad de Medicina, Director de la Escuela de Graduados y luego Rector de la Universidad, le tocó ser administrador y conductor del Hospital Universitario.

El 12 de agosto de 1950 en ocasión de la entrega del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela a la Facultad de Medicina escuché junto al Br. Petrucelli en el hall del Hospital, el discurso que pronunció el Decano Cassinoni, del que extracto algunos párrafos:

“La organización y administración de hospitales es una nueva especialización médica muy poco desarrollada en nuestro medio.”

“Para planear con eficacia la vida múltiple de este organismo todos en el ambiente médico, hemos creído necesario mirar fuera de fronteras.”

“No se improvisan especialistas de ese orden; carecemos de escuelas para ello.”

“Hemos creído de nuestro deber recurrir a fuentes extrañas para que nos orienten en este aspecto primordial de la labor que comenzamos...”

“Un cambio fundamental va a operarse, estamos en otro comienzo; la investigación la docencia, la asistencia, se transformarán radicalmente.”

“Su influencia se hará sentir en todos los organismos similares y en todos los rincones del país.”

“Nosotros mismos; profesores y estudiantes tendremos que modificarnos mucho, nuestra exigencia de ayer importa una gran responsabilidad.”

“Otro ambiente, otra manera de actuar nos espera.”

Finalmente el Decano Cassinoni a propósito de la nueva especialidad de administración de servicios de salud dice “permítaseme aprovechar de esta circunstancia para exhortar a los jóvenes que acudieron a este acto a dirigir sus miradas hacia ese campo útil para el País y seguramente promisorio para ellos.”

El Ac. Prof. Em. Dr. Ciro Peluffò miembro fundador de la Academia Nacional de Medicina ex Presidente, y su primer Presidente de Honor; fue fundador en la década de los 50 del Fondo de Solidaridad Social del SMU, que integró desde el inicio como Presidente junto al Prof. Dr. Ricardo B. Yannicelli y a mí, en ese entonces bachiller.

En 1963, en el Consejo Directivo Central de la UDELAR, como Consejero por los Profesores Titulares de la Facultad de Medicina, el Prof. Peluffò planteaba su propuesta:

“Desde principios del siglo en este hemisferio se han creado escuelas o facultades, destinadas a preparar especialistas en Salud Pública o Higiene”... “Nuestra Universidad ha quedado un poco apartada de este movimiento”... “Creemos que ha llegado el momento de llenar ese vacío. Nuestra Universidad -como lo han hecho otras - podría empezar por desarrollar el Departamento de Higiene y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina e iniciar a su alrededor la formación de los graduados en Salud Pública.” “Sin embargo estimamos que sería conveniente darle mayor alcance, es decir hacer dentro de la Universidad una Escuela independiente, destinada a la enseñanza de la Salud Pública.”

En la década de los 90, el Representante de OPS/OMS Dr. Juan Carlos Veronelli realizó un planteo en este sentido ante las autoridades universitarias. Sólo se logró realizar un par de cursos.

De modo que el Uruguay no ha concretado esta aspiración y no posee aún una Escuela de Salud Pública, es decir una unidad de referencia para el desarrollo de una nueva salud pública, dentro del marco de la ética de desarrollo global.

Se pretende intentar terminar con una situación que la salud pública siempre enfrenta al tener que legitimarse, por un lado como área académica y científica, y al mismo tiempo ser evaluada y criticada en función de su práctica, de su capacidad de impactar la salud del pueblo.

Hoy el MSP y la OPS/OMS trabajan en forma conjunta con el objetivo de conformar una Escuela de Salud Pública/Escuela de Gobierno en Salud, con el propósito de formar los líderes que asuman la responsabilidad de realizar una administración de servicios de salud, que permita responder con eficacia, equidad y eficiencia a los nuevos desafíos que afrontan y afrontarán los servicios de salud, públicos y privados en el País.

Finalmente un homenaje al Ac. Prof. Em. Dr. Roberto Caldeyro Barcia, quien dirigió desde su inicio el Servicio de Fisiología Obstétrica ubicado en el Servicio del Prof. Hermógenes Álvarez en el Hospital Pereira Rossel. En 1963 el Servicio de Fisiología Obstétrica se instala en el Hospital de Clínicas y llevará el nombre del Premio Nobel 1947 de Medicina Prof. Dr. Bernardo A. Houssay.

En un esfuerzo de cooperación que involucró a la OPS/OMS a nivel continental y al Ministerio de Salud Pública y Facultad de Medicina a nivel nacional, en 1970 se inauguró formalmente en el Hospital de Clínicas el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), iniciando así una labor docente y de investigación de magnitud trascendente en el desarrollo científico y social de la Región.

El Prof. Caldeyro Barcia fue miembro fundador de la Academia Nacional de Medicina. Único uruguayo galardonado por la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Panamericana de la Salud y Educación OPS/PAHEF, por su contribución científica, con el Premio Abraham Horwitz en 1984, a la Excelencia en el Liderazgo en Salud Pública Interamericana.

Muchas gracias

7.1.4.- Ac. Celso Silva: Presentación del Ac. Luis Carriquiry

Hoy tengo el honor de presentar un nuevo Académico, el Dr. Luis Carriquiry.

Su elección tuvo en cuenta sobre todo sus cualidades éticas, profesionales y científicas:

- Excelente cirujano de larga trayectoria llegando a ser referente en varias áreas de la Cirugía.
- Excepcional docente de pre y postgrado.
- Profundo estudioso de la literatura médica que permite señalarlo como un erudito por la extensión, profundidad y actualización de sus conocimientos.

El ingreso a la Academia es una suerte de acto iniciático para el nuevo académico, que, a partir del mismo desarrollará una serie de nuevas actividades que durarán el resto de su vida.

La elección del Dr. Carriquiry no fue un hecho casual. Fue el resultado de una propuesta de varios Académicos titulares, propuesta que fue seguida de la aceptación en una reunión privada de la Academia y de la elección como nuevo Académico titular, por voto secreto en el correspondiente acto eleccionario en la Asamblea plenaria de la Academia.

El ingreso a la Academia supone un honor para el elegido, pero también supone obligaciones como asiduidad y dedicación.

Las actividades del desde hoy Académico Luis Carriquiry ocuparon un extenso período:

Ingresó a la Facultad de Medicina en 1962 y se graduó como Médico en 1971, obteniendo la medalla de plata de su generación.

En 1975 obtuvo el título de Especialista en Cirugía.

Su inclinación a la Cirugía ya se manifestó antes de su especialización. Durante su internado pasó por servicios de cirugía como el de Víctor Armand Ugón y José Piquinela, entre otros.

Ya graduado fue Asistente (Grado 2) de Clínica Quirúrgica en el Servicio del Profesor Jorge Pradines, y Profesor Adjunto y Profesor Agregado en la Clínica Quirúrgica 2, en ese período a mi cargo.

En 1999 culmina su carrera al alcanzar el cargo de Profesor titular en la Clínica Quirúrgica 2 en el Hospital Maciel, que desempeñó hasta 2007.

Todos los cargos fueron obtenidos por riguroso concurso.

Durante este dilatado período el Dr. Carriquiry tuvo una intensa actividad tanto en el ejercicio de la Cirugía, como en la docencia de pre y postgrado y en la investigación clínica.

Es autor de más de 100 trabajos científicos de la especialidad, así como de capítulos de libros en publicaciones nacionales y extranjeras como Cirugía Española, Diseases of the Colon and Rectum y Colo-rectal Disease.

En la actualidad es miembro del Board del World Journal of Surgery, una de las revistas de Cirugía más prestigiosas del mundo.

Ha ganado becas de investigación en la Fundación Manuel Pérez, de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la UDELAR y de la Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer.

Actualmente participa en forma muy activa como investigador en el Proyecto Internacional COLOFON conjuntamente con cirujanos de Dinamarca, Suecia y Polonia.

En nuestro país en los últimos años ha desarrollado una importante actividad en los temas de Seguridad en Medicina y en la Prevención del Error en Medicina.

Además ha desarrollado una profusa actividad internacional, participando en numerosos cursos y congresos en América Latina, Estados Unidos de América y Europa.

Actualmente es Fellow del American College of Surgeons, miembro de la American Society of Colon and Rectal Surgeons, de la Société Internationale de Chirurgie y de la Asociación Latinoamericana de Coloproctología.

Por último debo señalar que también tuvo una activa participación en los órganos de gobierno de la Facultad de Medicina de la UDELAR, habiéndose desempeñado como Asistente Académico durante el Decanato del Profesor Eduardo Touyá, y como miembro del Consejo por el Orden Docente durante dos períodos.

Dr. Carriquiry, la Academia Nacional de Medicina se congratula de tenerlo como Miembro Titular.

7.1.5.- Ac. Luis Carriquiry: Discurso de Asunción

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Sres. Académicos.

Amigos y amigas.

Acceder a un sitial en la Academia Nacional de Medicina es indudablemente un honor muy especial para mí. Seguramente existen médicos con iguales o mayores merecimientos para ocupar esta plaza, pero agradezco a los Sres. Académicos esta distinción que cobra una especial relevancia por provenir de colegas a los que profeso el mayor respeto personal, profesional, científico y ético.

La presentación que acaba de realizar Celso Silva ha sido excesivamente generosa con mis méritos y seguramente más originada en nuestra amistad que en un examen severo de mis antecedentes.

Ha querido Dios que la mayor parte de quienes considero mis mentores en el arte de la cirugía – Jorge Pradines, Julio Cesar Priario, Luis Cazaban y Luis Bergalli- no se encuentran ya entre nosotros y que Celso, mi último mentor vivo, que me regaló con las excelencias de su técnica operatoria y me confirmó en la vocación por la cirugía colorrectal, haya sido responsable de esta introducción.

Gracias, Celso, por tus elogios.

La Academia Nacional de Medicina no es naturalmente una institución para jóvenes: las exigencias para el acceso suponen una carrera desarrollada, que permita a los pares emitir con fundamentos un juicio sobre los aspirantes. Pero tampoco es un panteón o un museo de antigüedades.

Quiero por eso destacar lo que considero importante en la condición del académico: la reflexión sobre la experiencia médica, sobre su particular experiencia como médico actuando en el Uruguay de estos últimos años. Alguien ha dicho con razón que la experiencia no supone sabiduría, y que hay experiencias que no son otra cosa que sucesiones de errores ininterrumpidos y contumaces. Me refiero a una experiencia analizada y tamizada por la reflexión, como plantea el filósofo americano Robert Nozick en su libro “La vida examinada”.

Mi práctica médica - como la de todos los presentes- ha combinado en proporción variable aciertos y errores. Lo que importa es saber reconocerlos a tiempo, afirmarse en los primeros y saber enmendar los segundos, extrayendo consecuencias fértiles para enlazar el camino.

Es esta experiencia asumida y reflexionada, diría mejor juzgada, esa vida examinada la que debemos en conjunto, con la riqueza de matices que aporta nuestra pluralidad, aportar como Academia a la salud de nuestra población y al desarrollo científico y humanista de nuestra Medicina.

Los últimos cambios que viene experimentando nuestro sistema de atención de la salud han puesto el acento en la equidad del acceso y está bien que así lo haya sido. Más allá de acuerdos o desacuerdos con las formas concretas adoptadas, es importante asegurar a la totalidad de la población un acceso fácil y equitativo a la resolución de sus necesidades de asistencia.

En los próximos años, siguiendo adelante, parece importante entrar en dos nuevas lides: las de la seguridad y la de la calidad.

Creo que en los aprestos para estas nuevas batallas, la Academia puede tener mucho que decir, no sólo por la suma de los conocimientos científicos de sus plurales integrantes, sino sobre todo por el caudal de esa experiencia acumulada y sopesada, que resulta del encuentro entre el saber del escritorio y la biblioteca, con los avalares de la práctica en el barro de la realidad de todos los días.

Pueden tener la seguridad las autoridades presentes y los colegas académicos, que no escatimaré mi colaboración en ese sentido.

Muchas gracias.

7.1.6.- Ac. Roberto Quadrelli: Presentación del Ac. Omar França

Autoridades de la Academia Nacional de Medicina
Autoridades del Colegio Médico Uruguayo
Colegas Académicos
Señoras y Señores

La Academia Nacional de Medicina me ha conferido el honor de presentar a un nuevo integrante de este organismo.

Estamos en un mundo en el que cada vez se hace más necesaria la clarificación de los dilemas éticos que presenta la acción humana. Se ha dicho que el siglo XXI será probablemente el siglo de la ética. Dentro de ella, la bioética es una disciplina que ha tenido un extraordinario desarrollo como una nueva especialidad de la Filosofía y de la Medicina.

La Academia de Medicina tiene el espíritu de tener en su seno representantes de todos los quehaceres médicos. Con esa intención, llamó a aspirantes para un sitial de bioética. Luego de los trámites que los estatutos establecen y que involucra una votación secreta del plenario de la Academia, se designó para ocupar el lugar referido, sitial número 14, al médico Omar França-Tarragó.

El ahora Académico França cumple 60 años en el próximo mes de mayo, nació en el Dpto. de Artigas y allí cursó sus estudios primarios, los secundarios en el Dpto. de Tacuarembó en el Colegio San Javier de los Jesuitas, y enseñanza superior en Montevideo en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, donde obtuvo el título de médico en el año 1981.

En 1988 obtuvo la Licenciatura en Ética (summa cum laude probatus) en la Universidad Pontificia Comillas de Madrid, España, con investigación de tesis en el mismo año en el Instituto Kennedy de Ética de la Universidad de Georgetown en Washington, EE.UU.

Las publicaciones en revistas nacionales y extranjeras hacen la cifra de 81.

En nuestro medio, introdujo toda una línea de libros de consulta obligada para quienes la necesitan. Para nombrar sólo los mojonos de la misma mencionamos:

- Fundamentos de Bioética
- Bioética al inicio de la vida
- Bioética al fin de la vida
- Ética para psicólogos y psiquiatras en Manual de Psicoética,
- Por último, el reciente libro editado de Bioética en el transcurrir de la vida (contiene ética ecológica, ética de la investigación, ética gerontológica, ética psicológica, equidad en salud, ética ante los adictos y la adicción y ética y discapacitados).

Suman más de 100 las ponencias por invitación de sus organizadores en Congresos o Conferencias, así como Consultorías especializadas a Organismos públicos o Instituciones relevantes, incluyendo su asesoramiento en Comisiones de Salud de ambas Cámaras del Parlamento Uruguayo.

Desde hace 25 años y lo continúa haciendo, el Dr. França es responsable de la formación en ética de todas las carreras de la Universidad Católica del Uruguay: ética empresarial en la Licenciatura de Negocios Internacionales de la Facultad de Ciencias, de Bioética en la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, y de Psicoética en la Facultad

de Psicología. Dentro de esta última disciplina, el Manual de Psicoética de su autoría es el texto utilizado en la mayoría de las escuelas de psicología de América Latina y lectura obligada en la Facultad de Psicología de Buenos Aires. El término psicoética fue inventado por França y ya está totalmente incorporado a la disciplina.

Dada nuestra orientación en el quehacer médico, la Genética Médica, nos resultó fácil enterarnos de la existencia de Omar França y de sus inicios en la Universidad Católica. Por lo tanto conocemos su trayectoria y más de una vez lo hemos consultado. No nos caben dudas de que Omar França debe considerarse el introductor del tema Bioética en el ámbito Nacional Uruguayo.

Omar França es Sacerdote católico desde 1986. Cursando 4to. año de Medicina ingresó al Seminario Sacerdotal de la Orden de los Jesuitas, por lo que realizó varios años de formación simultánea para sus dos vocaciones. Su acción Pastoral la desarrolló como Párroco de la Parroquia Santa Rosa de Lima (1993-1995), de la Parroquia San Ignacio de Loyola (1996-2003) y actualmente en Nuestra Señora de la Fundación (desde el año 2004 a la fecha).

En esta línea de su accionar y con el libro de su autoría titulado “Psicología de la experiencia religiosa”, obtuvo una Mención Especial en el Premio Nacional de Literatura Bartolomé Hidalgo 2008, en la categoría de “Ensayo de Difusión Científica”.

Académico Omar França: la Academia Nacional de Medicina lo recibe con entusiasmo y esperanza. Con entusiasmo porque la Academia y cada uno de nosotros vamos a sumar conocimientos con su participación; y con esperanza, porque Ud. mismo ha mencionado en sus múltiples escritos (y transcribo): “Las Ciencias son ciegas sin Ética. Estamos en una época en que nuevamente se cae en la cuenta de que la Ética está por encima y es la que tiene que guiar a la Ciencia en su capacidad de servir a la humanización del hombre.”
Bienvenido...

7.1.7.- Ac. Omar França: Discurso de Asunción

Ilustres académicos, Autoridades de los organismos nacionales aquí presentes, amigos y familiares, señores y señoras.

Me siento muy honrado por el hecho de que los académicos hayan pensado en mi persona para ocupar la silla de Bioética de la Academia Nacional de Medicina.

Agradezco especialmente al Dr. Quadrelli por las palabras de presentación que acaba de hacer y porque ha sido él, quien ha tenido la iniciativa de postularme a ser elegido para esta silla.

Los ilustres académicos me han elegido a mí entre otros candidatos presentados a ocupar la silla de Bioética. Asumo esta elección como una gran responsabilidad y con el deseo de poder servir a la sociedad uruguaya a través de esta Institución Científica que tiene como cometido hacer avanzar las ciencias médicas de nuestro país.

Pero las ciencias médicas – como todas las ciencias - son ciegas. Las ciencias sólo se ocupan de describir la realidad empírica lo más objetivamente posible; pero, en sí mismas, no tienen ningún recurso propio para poder “demostrar” cuál es el deber que más dignifica al ser humano entre las múltiples alternativas e incertidumbres que surgen a causa de las técnicas instrumentadas por las ciencias.

Más aún, la ciencia médica en su propósito de describir el funcionamiento de las realidades anatómicas y fisiológicas del ser humano constituye una simple metodología de análisis de la realidad que, para juzgarse a sí misma como “buena” (y no “mala”), necesita ineludiblemente de la valoración de la Ética. Es la Ética la que reconoce y juzga como “buena” la labor de las ciencias médicas en la medida que ve en esta metodología, un medio útil para entender al hombre y ayudarlo a vivir con dignidad la vida. La ciencia médica –como tal- no es capaz de juzgarse a sí misma como “buena” o “mala”, “correcta” o “incorrecta”. Estos son juicios que surgen de la reflexión ética y, en general, pero no siempre, suelen coincidir con la valoración intuitiva y espontánea que hacen las mayorías sociales.

Para la Ética, sin embargo, no alcanza con conocer cuáles son las opiniones sociológicamente mayoritarias sobre los valores. Recordemos en este sentido que también en Alemania era mayoritaria la simpatía que había entre el pueblo, con respecto a Hitler. De ahí que el papel principal que le corresponde a la Ética no es tomar la voluntad de las mayorías como el último fundamento del deber, sino que habrá de proceder con una metodología rigurosamente racional, sistemática y fundamentada en la evidencia, de tal manera que a través de la argumentación y contra argumentación ponderada podrá llegar a mostrar lo que todo hombre sobre la tierra “debe” hacer para su perfeccionamiento como ser humano; y esto, con independencia de simpatías, modas circunstanciales, poderes fácticos o presiones culturales comarcales o temporales.

Bien sabemos que todas las actividades humanas corren riesgo de llegar a ser abusivas y destructivas del hombre, si no se enfoca una reflexión ética que establezca ciertos parámetros básicos en torno a los cuales el ser humano pueda hacerse cada vez más pleno, o perfeccionarse en todas sus dimensiones. En fin, si no es posible delinear ciertos límites éticos frente a las inmensas posibilidades pragmáticas suscitadas por las ciencias.

La prueba histórica más clara de que la ciencia o la educación, por sí mismas, carecen de referenciales éticos en su propia metodología intelectual, la podemos encontrar en Alemania en la primera mitad del siglo XX. Era la única nación de la tierra totalmente alfabetizada y con los niveles científicos más elevados del mundo. Sin embargo eso no impidió que en ese país se llevara a cabo un atroz genocidio contra los judíos, los enfermos mentales, los gitanos, y los discapacitados.

Durante la Segunda Guerra Mundial fueron condenados a muerte varios de nuestros colegas médicos por haber cometido, en el nombre del avance de nuestra ciencia médica, delitos de lesa humanidad contra prisioneros de guerra.

Bien sabemos, también, que en Alemania, antes de la Segunda Guerra Mundial había pancartas a la entrada de pequeñas ciudades que decían: “los judíos no son queridos aquí”.

A diferencia de esa intolerancia, típica de los totalitarismos ideológicos, hoy la Academia Nacional de Medicina ha elegido para ocupar la silla de bioética a un médico que, además, es clérigo católico. No he visto en la Academia Nacional de Medicina del Uruguay ninguna pancarta que diga “Aquí no son queridos los religiosos”.

Por eso hoy me animo a confesar sin miedo a censuras prejuiciosas, que pertenezco a una tradición religiosa que siempre se enorgulleció de pensar que no había ninguna contradicción entre la razón y la fe. Esa tradición religiosa es la que dio origen en la historia humana, a la institución universitaria y fundó un enorme número de universidades para que fueran lugares de investigación y descubrimiento de la verdad en todos los aspectos.

Pertenezco a una tradición religiosa que, además de fundar las universidades fundó los hospitales. En el centro de Capadocia (actual ciudad turca de Kaiseri) San Basilio de Cesarea fundó en el siglo IV su Ciudad Hospitalaria. Esa ciudad hospitalaria, donde se brindaba asistencia organizada y empírica a los enfermos, luego sirvió de modelo para los árabes cuando invadieron esas tierras. Esa experiencia de la ciudad hospitalaria de San Basilio fue la que sirvió de fuente organizativa, en el siglo IV, para fundar al gran Hospital de San Juan de Jerusalén donde se llegaron a atender más de 1000 enfermos, cada día. Este hospital, a su vez, sirvió de inspiración para los hospitales que a partir del siglo V y VI los obispos católicos fundaron a lo largo y ancho de toda Europa.

Provengo de la tradición religiosa de Dámaso Antonio Larrañaga, uno de los más eminentes científicos que tuvo el Río de la Plata, que se carteaba con científicos europeos de renombre y que, siguiendo a Linneo, hizo las primeras taxonomías uruguayas de cerca de 1000 especies biológicas.

Provengo de la tradición religiosa que instaura la tecnología al servicio del desarrollo social y económico de nuestro país, fundando el primer molino hidráulico que tuvo el Uruguay a orillas del Miguelete (y que da origen al actual nombre de “Paso Molino”). Hoy, volvemos a valorar las industrias que utilizan energías no contaminantes como la que creó este padre jesuita a orillas del Miguelete.

Provengo de la tradición religiosa que funda el primer observatorio astronómico y el primer observatorio meteorológico que contó nuestro país.

Provengo de la tradición religiosa que contribuyó sustancialmente a la fundación del primer hospital público que existió en nuestro país –el hospital de Caridad- que luego pasó a llamarse Hospital Maciel.

Provengo de la tradición religiosa que instaura la primera biblioteca nacional y funda la Universidad de la República.

Detrás de todos esos hombres siempre hubo la misma pasión que también a mí me embarga: la búsqueda de la verdad y del bien.

Seguir la evidencia hasta donde quiera que lleve, esa es la fuerza que impregna, desde dentro, la tradición en la que me inserto.

Esa es la convicción que impulsa mi tarea como bioeticista. Es esa convicción de seguir la evidencia a donde quiera que lleve, la que asigna a la Ética una función crítica en la sociedad. Como función crítica entiendo la tarea de buscar desarticular cualquier tipo de falsedad o de ocultamiento de las evidencias. Significa también una disposición a contradecir activamente a las manipulaciones de la libertad y dignidad inalienable de cada ser humano, por el hecho de ser un individuo de la especie humana; y, por último, la función crítica de la Bioética se ejerce cuando rechaza cualquier complacencia con las discriminaciones -o negaciones prácticas- de la radical igualdad de cada uno de los integrantes de la hermandad humana.

Frente al “derroche” de individualismo y a la idolatría del “yo”, que convierte al ciudadano aislado en un mero consumidor y lo vuelve la única medida de todos los valores, la Ética pone ante la sociedad la urgente obligación de hacer el bien a cada persona y a todas las personas de la única gran comunidad global. En suma: la función de la Ética es ayudar a quienes están encerrados en la caverna del ensimismamiento emotivista y subjetivo, a salir fuera de esa caverna para conocer que ad extra de esa cueva narcisista en la que viven grandes masas de nuestras sociedades, hay una comunidad de hermanos

que necesita ineludiblemente del concurso solidario de cada uno de nosotros, puesto que todos navegamos en el mismo barco de la raza humana. Y ante un hombre contemporáneo que parece creer que lo único que vale es hacer barricadas de dinero para defenderse del ataque de los demás y de la vida, la Ética cumple la tarea de ayudar al hombre a tomar conciencia de aquellos pedestales que son como “ídolos” con pies de barro, a fin de poderlo apartar de los fetiches idolátricos y ayudarlo a construir una humanidad hermanada.

Dice Kant el gran filósofo ético alemán: “Es de sabios seleccionar de entre los innumerables problemas que se ofrecen, aquellos cuya solución es importante para la sociedad.”

Siguiendo esa recomendación kantiana, y a manera de propuesta a esta ilustre Academia, considero que la Academia Nacional de Medicina incluya en sus múltiples actividades, una particular preocupación por estudiar y abordar las siguientes temáticas:

1. La Ética de la Investigación Científica y la ética de los científicos cuando investigan.
2. La Ética de la asistencia a la adicción y a los adictos.
3. La Ética ecológica y su repercusión en la salud humana.

Termino con la oración de un célebre médico judío español – Maimónides - no solo médico, sino teólogo y bioético universal (muerto en el año 1204), que ha tenido muchísima relevancia para la historia de la Ética médica. Me identifico profundamente con la espiritualidad de este médico judío que me va a servir para concluir mi respuesta a la presentación que acaba de hacerse de mi persona. En ese sentido pongo en mi boca las palabras de la oración de Maimónides que se elevan a Dios para expresarle:

“Oh Dios llena mi alma de amor por mi arte médica y por todas las criaturas. Que no admita que la sed de ganancia y el afán de gloria me inflúencien en el ejercicio de mi práctica médica, porque los enemigos de la verdad y del amor a los hombres, podrían hacerme, fácilmente, abusar y apartarme de hacer bien a tus hijos. Sostén la fuerza de mi corazón para que esté siempre pronto a servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malo.

Que mi espíritu se mantenga claro y no se distraiga por cualquier pensamiento extraño, y que tenga presente todo lo que la experiencia y la ciencia me enseñaron; porque grandes y sublimes son los progresos de la ciencia médica que tienen como finalidad conservar la salud y la vida de todas tus criaturas.

Si los ignorantes me critican y escarnecen, otórgame –Oh Dios- que el amor a mi ciencia médica, sea como una coraza y me torne invulnerable, a fin de que pueda perseverar siempre en la verdad, sin atender al prestigio, al renombre o a la edad de mis detractores.

Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia.

Sin embargo, aparta de mí, la idea de que todo lo puedo. Al contrario, dame la fuerza, la voluntad y la ocasión para ampliar cada vez más mis conocimientos. Que pueda, hoy, descubrir en mi saber, cosas que ayer no sospechaba; porque la ciencia es grande, pero el espíritu del hombre puede avanzar adelante, siempre más”.

Muchas gracias.

7.1.8.- Ac. Carlos Romero: Presentación del Ac. Hamlet Suárez

El proceso de elección de nuevos miembros de la Academia Nacional de Medicina es complejo. Se inicia cuando alguno de los académicos considera que determinado médico es un buen candidato, conversa con él, lo invita a que presente su candidatura e invita a otros cuatro académicos a firmar la solicitud de ingreso de ese candidato. En el caso de Hamlet Suárez, quien inició el proceso fue el Ac. Peña; cuando me preguntó si yo acompañaría la propuesta, de inmediato le contesté afirmativamente, y lo hice aunque yo casi no había compartido actividades con Hamlet. Lo hice porque en el ambiente médico se lo considera un técnico muy valioso, un investigador destacado, y una persona de bien. Creo que esto es de un extraordinario valor: mi firma representaba no sólo mi opinión, sino la opinión del “demos”.

Cuando al final del proceso el candidato es investido como nuevo académico, uno de los firmantes, preferiblemente el que lo promovió, hace la presentación del nuevo académico. En este caso, por ausencia temporal del Ac. Peña, me correspondió a mí ese honor.

Para hacerlo, me interesé en conocer más profundamente sus antecedentes. Me sorprendí ante la jerarquía de su currículum.

Iniciado en Anatomía en 1972 como ayudante, culmina su actividad como Prof. Adjunto en 1978. Desde sus inicios tuvo claro que se iba a dedicar a la Otorrinolaringología (ORL).

Se recibió de médico en 1973 y de especialista en ORL en 1976.

Su tesis de doctorado, de 1981: “Irrigación arterial intralaringea y su vinculación funcional” ya pone de manifiesto el equilibrio entre los temas anatómicos y los funcionales en sus preocupaciones.

Fue residente de ORL con orientación en Otoneurología en la Facultad Autónoma de Madrid, en 1976-77. Conoce allí a Juan Pedro Segundo, prestigioso investigador uruguayo en neurociencias radicado en EEUU, de visita en España y le manifiesta su intención de dedicarse a la investigación al retornar al Uruguay, culminada su residencia. Segundo le recomienda que contacte con Omar Macadar en el Instituto de Ciencias Biológicas Clemente Estable, y allí desarrolla sus investigaciones junto al propio Macadar en relación con los mecanismos de plasticidad neural que participan de la recuperación postural luego de lesiones experimentales o patológicas que afectan al hombre y otros animales vertebrados. Trabaja también en estos temas con Omar Trujillo. De esa época es la primera publicación que consta en su currículum: Suárez H, Macadar O, Cibils D. Analyse Dynamique de la Poursuite Oculaire Horizontale et son Application Clinique. Rev. Oto-neuroophthalmologie. 1980: 143-146. France.

Desde 1982 y hasta 1993 es Investigador honorario asociado al Instituto de Ciencias Biológicas Clemente Estable. División Neurofisiología.

Se vincula con el Instituto de Neurología de la Facultad de Medicina de la UDELAR, y son allí sus referentes Héctor Deffemini y Mario Médici.

A partir de 1994 impulsa el Programa de Implantes Cocleares del Uruguay, conjuntamente con el Ing. Mario Svirsky, para el tratamiento de la sordera en niños y adultos

Más recientemente se vincula con el Núcleo de Ingeniería Biomédica de la Facultad de Medicina y la de Ingeniería y aparece entre otros nombres, el del Ing. Franco Simini,

coordinador del grupo y editor del libro Ingeniería Biomédica, cuyo capítulo sobre Organos y equipos de medida del equilibrio (en colaboración con Simini y Pablo Musé) y el de Implantes cocleares (con Mario Svirsky), son de autoría de Hamlet.

En 2003, en conjunto con Nicolás Fernández Tournier y su hijo Alejo Suárez funda Medicaa una empresa que desarrolló un novedoso sistema de realidad virtual para la rehabilitación de pacientes con trastornos del equilibrio.

Hamlet Suárez es:

- Director del Programa de Ingeniería Biomédica en el que participan el Hospital Británico, la Facultad de Ingeniería de la UDELAR y la Universidad Católica (UCUDAL).
- Investigador Nivel 2 del Sistema Nacional de Investigadores de la ANII.
- Miembro de la 1ª Comisión Académica de Postgrado de la Universidad de la República.
- Miembro Fundador de la Comisión Asesora del PROINBIO. Facultad de Medicina.
- Encargado de la enseñanza de otoneurología en el Instituto de Neurología del Uruguay. Facultad de Medicina. UDELAR.
- Director (Honorario) del Laboratorio de Audiología y Fisiopatología Vestibular. Unidad asociada al Dto. de Fisiopatología.
- Director del Laboratorio de Otoneurología. Hospital Británico. Unidad Asociada a la Facultad de Medicina CLAEH. Desde 2006, aparecen reiteradamente en publicaciones originadas en este centro los nombres de Darío Geisinger, Enrique Ferreira, Santiago Nogueira, Mariana y Sofía Arocena y otros muchos que seguramente soy injusto al no mencionar.

Recibió los siguientes Grants:

- Investigador asociado del Grant de la Comunidad Económica Europea. Plasticidad Vestibular. 1991. Investigador Principal E. García Austt- O. Macadar.
- Investigador principal del Grant BID-Conicyt. Procesamiento de señales en implantes cocleares.
- Investigador asociado en el Grant sobre implante coclear del NIH, en asociación con Mario Svirsky de la Universidad de Indiana.
- Investigador Principal. Grant del PDT. Desarrollo de sistema de evaluación y rehabilitación con utilización de tecnología de realidad virtual. Medicaa.
- Grant ANII 2012. Modelo matemático del control postural en la enfermedad de Parkinson. Fondo María Viñas.

Es autor de gran cantidad de trabajos originales, muchos de ellos como primer autor. Participó como invitado en capítulos de libros, dictó conferencias y cursos en numerosos países, recibió honores en otros tanto.

Como resulta claro de la gran cantidad de nombres que he mencionado, el mérito de Hamlet es el haber logrado asociar investigadores de la Facultad de Medicina y la de Ingeniería (de la UDELAR), de la Facultad de Medicina del CLAEH, de la Universidad Católica y de una institución privada, el Hospital Británico, en busca de un *equilibrio* que surge de reclutar docentes e investigadores de tan distintos orígenes y luego difundir los conocimientos adquiridos y aplicar las innovaciones que han marcado un rumbo en su línea de trabajo.

Equilibrio, viene del griego (equi = igual; libra = balanza); según el DRAE significa: estado de un cuerpo cuando fuerzas encontradas que obran en él se compensan destruyéndose mutuamente. Yo me permitiría corregir esta definición sustituyendo destruyéndose por anulándose. Significa también: situación de un cuerpo que, a pesar de tener poca base de sustentación, se mantiene sin caerse, también contrapeso, contrarresto, armonía entre cosas diversas y finalmente ecuanimidad, medida, sensatez en los actos y juicios.

Creo que lo que caracteriza a Hamlet es justamente el equilibrio, tanto como tema de investigación como en su proceder.

Con su ingreso a la ANM, ésta se enriquece con la incorporación de un técnico de enorme jerarquía. Felicitaciones a Hamlet y a la Academia.

7.1.9.- Ac. Hamlet Suárez: Discurso de Asunción

Quiero agradecer a las autoridades de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay el honor al haberme designado como uno de sus miembros. En momentos como este es que en un ejercicio de memoria la memoria ayuda a un balance de la vida personal, académica y profesional y en ella a las personas que fueron mojones para que el desarrollo de esas actividades fuera posible.

Mi formación como médico incluyo diez años como docente en el Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina cursando desde ayudante de clase hasta el grado 3 cuando en el año 1976 ya con el título médico otorrinolaringólogo voy a la Universidad Autónoma de Madrid en carácter de residente de la Clínica ORL a cargo del Prof. Cesar Gavilán Alonso con quien hago toda la formación en Otoneurología.

Fueron muy importantes para que pudiera conseguir esta formación el Prof. Luis A. Castillo y el Prof. Roman Arana Iñiguez.

Regreso en 1978 con la idea de iniciar mi carrera académica en la universidad, pero las condiciones políticas en que el país vivía en esos tiempos me impidieron hacerlo.

Fue entonces que me termine mi tesis de doctorado y comencé, en paralelo a mi actividad clínica, a trabajar como investigador asociado en el Depto. de Neurofisiología del Instituto Clemente Estable con el Dr. Omar Macadar que también había regresado al país y el Dr. Omar Trujillo, en plasticidad del sistema vestibular, con un abordaje traslacional en la generación de conocimiento.

La actividad clínica la hacía en el Instituto de Neurología del Uruguay donde el Prof. Hector Defféminis me dio un apoyo fundamental y trabajamos con el Dr. Médici en varios campos de la otoneurología.

Trabajé durante diez años en el Instituto Clemente Estable y luego con la situación ya normalizada en el país instalé mi laboratorio en el piso 15 del Hospital de Clínicas donde el Prof. Héctor Piriz también nos dio un apoyo muy estimable.

Desde el Hospital de Clínicas y el Hospital Británico desarrollamos el programa de implantes cocleares con un encare académico, de investigación y asistencial. El mismo lo desarrollamos en forma conjunta con el Ing. Mario Svirsky científico uruguayo jefe del área de investigación en implantes cocleares en la Universidad de Nueva York. Se pudo desarrollar este programa y dejar instalado esta tecnología para la rehabilitación de pacientes sordos profundos en el país que ya tiene más de 250 personas con esta discapacidad tratadas.

Además posibilitó la formación de recursos humanos en el área médica y fonoaudiológica en el área de mayor desarrollo innovador en el mundo en otorrinolaringología.

Desde hace ya unos años creímos que un país como Uruguay debe aprovechar todos los recursos humanos sean del área pública o privada y desarrollamos un programa de ingeniería biomédica en una asociación del Laboratorio de Otoneurología del Hospital Británico a nuestro cargo y la Facultad de Ingeniería de la Universidad Católica del Uruguay y en este momento hay un grupo de estudiantes de postdoctorado de la UCUDAL y UDELAR realizando sus líneas de investigación dentro de este programa.

En el laboratorio se diseñaron sistemas de evaluación y asistencia para patología del sistema del equilibrio como la Balance Rehabilitación Unit (BRU) que utilizando tecnología de realidad virtual está destinada a evaluar y rehabilitar pacientes con trastornos del equilibrio incapacitante.

Este sistema ya es utilizado en más de 200 centros de tratamiento de esta patología en los distintos continentes con la aprobación de FDA en USA y la CEE. También se ha aplicado a otras patentes de tecnología de uso médico dentro de este programa en forma conjunta con los estudiantes.

Tuve la fortuna de haber tenido un reconocimiento internacional al haberme nombrado miembro del comité científico de la Association for Research in Otolaryngology de USA y miembro del Board del Collegium Otolaryngologicum que es la sociedad internacional que audita la generación de conocimiento anualmente en el campo de la especialidad y como profesor invitado de varias universidades.

Es por eso que al repaso de esta actividad pasan por la memoria actitudes de enorme generosidad y también miserias.

Como persona de fe para estas últimas solo cabe la comprensión y el perdón y agradecer todas la generosidad que permitió haber podido desarrollarme.

Un agradecimiento por haber contado con una familia en su conjunto que es mi principal soporte y especialmente a mi compañera con quien pudimos vivir juntos los sueños y emociones de la vida.

7.2.- Asunción de nuevos Miembros designados en 2013: Oscar Cluzet, Augusto Müller Gras, Pablo Muxí, e Ismael Conti.

7.2.1.- Ac. Guido Berro: Presentación del Ac. Oscar Cluzet

Señor Presidente de la ANM, Académico Hernán Artucio, Sr. Presidente del Colegio Médico del Uruguay Prof. Dr. Jorge Torres, Sres. Académicos, familiares y amigos de los nuevos académicos, colegas, señoras y señores.

La ANM me ha encomendado la muy grata tarea de presentación de un nuevo académico, el Dr. Óscar Cluzet, acto trascendental tanto para el designado como para todos nosotros.

Esta ceremonia es de las más solemnes para la ANM, si bien no tiene ese ceremonioso ritual, 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.

Es al mismo tiempo un acto de alegría y esperanza. El académico Óscar Cluzet, es honrado con este nombramiento por sus holgados méritos académicos y características personales.

Es difícil abarcar en pocos minutos, todo lo que quisiera decirles. Comparto con Óscar, desde hace años actividades en ética médica y tengo una franca amistad e inmensa gratitud por su magisterio indeleble, y por todo lo que ha dado y está dando permanentemente a la bioética médica y al bioderecho.

Se trata de un querido amigo y también por ello agradezco tan grata encomienda y me dispongo a cumplirla en la medida de mis posibilidades.

Del nuevo compañero destaco el perfil intelectual y humano que posee y que ha sido elegido para formar parte de la academia, sin duda también, además de por sus méritos y trabajos, por esas virtudes, con orgullo, y con objetividad necesaria, digo que conozco al Ac Óscar Cluzet desde hace muchos años, desde cuando coordinaba el ciclo clínico patológico (Ciclipa 1) allá por 1986. en el transcurso del tiempo pude apreciarle profundamente por su riguroso trabajo intelectual, su coraje para abrir caminos nuevos, por su indiscutible magisterio, ejercido no sólo en las clases de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, sino en infinidad de contribuciones al interior del país a través del tribunal de ética de FEMI, de otras innumerables instancias docentes y de difusión dentro y también, fuera del país (trabajos y congresos compartidos, en Portugal y Ecuador, por ejemplo), y por su capacidad para crear grupos ilusionados y convencidos, de que importa, y mucho, llevar adelante la tarea de crear comisiones de ética asistencial en las IAMC.

Nuestro nuevo compañero académico es uno de esos uruguayos escasos, por sus ribetes personales e intelectuales. Por lo que ha aportado desde su visión a la Medicina y seguro seguirá aportando ahora desde el seno de la Academia. En lo personal, y lo menciono porque algunos de ustedes lo saben pero otros quizás no, es una persona que ha sorteado con hidalguía vicisitudes muy difíciles de la vida y su salud, pero como nada es totalmente malo ni bueno, esas vicisitudes y sus efectos me hacen recordar aquella magnífica conferencia del académico Berta respecto de la enfermedad, como mecanismo de elevación y crecimiento espiritual, eso ha sucedido, al menos así lo veo en Óscar.

Óscar trabaja y lee como pocos, su inquietud literaria va más allá de la Medicina, es muy destacable, leyó y nos cita frecuentemente a los clásicos griegos; luego a Descartes: para bien dirigir la razón y buscar la verdad en las ciencias, como titulara René Descartes su discurso del método, (y será por ello que como pocos lo he visto a Óscar insistir tanto en la Medicina basada en la evidencia y en valores así como en la educación médica continua y el desarrollo profesional), a Moro y su utopía, a Bacon (del que suele citar que la verdad es hija del tiempo y no de la autoridad), a los filósofos y grandes novelistas y como mero ejemplo podemos referir que entre otros muchos conoce muy bien a los de la generación del 98: Ortega, Unamuno, Pío Baroja. Admira a Marañón, Cajal, Pascal, así como los ensayos de Michelle Montaigne, y es como él admirador de Virgilio, Séneca, Plutarco y especialmente Sócrates (del que siempre irónicamente nos recuerda que ya afirmaba que la juventud no lo oía y la veía perdida) y también podríamos decir, que como Montaigne, Óscar es un humanista escéptico. Siente gran afición y admiración por Jorge Luis Borges (y a veces nos hemos gratamente sorprendido en las coincidencias, como nos ocurriera con las citas que separadamente pusieramos en el coloquio que aquí

mismo expusieramos, del morir y la muerte), y en otro plano admiración también por García Márquez, Vargas Llosa, Octavio Paz, la literatura latinoamericana y nacional. Nos sorprende siempre con datos de la historia universal y nacional, y que se yo cuántos libros más entre los de Medicina y de filosofía o bioética. Admirador de Pedro Lain Entralgo, y Diego Gracia Guillén, con quien ha compartido momentos enriquecedores, lo mismo con Adela Cortinas y su amigo el chileno Juan Pablo Beca.

El encuentro con esas obras maestras y esas personalidades, el contacto con figuras tan reconocidas de la Medicina, filosofía y bioética, ha sido decisivo para la trayectoria del nuevo académico. Por una parte, porque le despiertan esa vocación que le llevará a leer más y más y estudiar bioética, pero también porque se entusiasma con una bioética cívica y una filosofía sumamente rigurosa, no con lo que dio en llamarse en algún tiempo “filosofía pura”, aquella especie de saber especulativo incontaminado, incapaz de mezclarse con las restantes ciencias, mucho menos de hacerse responsable de la realidad, como tan acertadamente lo explica Adela Cortinas.

Todo lo contrario, Óscar nos muestra y vuelca en todas sus intervenciones que la filosofía nació inextricablemente ligada a las ciencias, que ha estrechado esos vínculos con la Medicina y la bioética, y que mantenerlos no es sino fecundidad para cada una de ellas. Y casi sin proponérselo nos empuja permanente a la reflexión ética de la realidad.

Esa vocación y convicción, que le acompaña la vida, le lleva a ver a la Medicina desde una interesante perspectiva y a ejercer la bioética como método de análisis permanente de los hechos y las encrucijadas médicas.

Vale la pena destacar de su extenso currículum vitae apenas unos datos:

Nace el 16 de abril de 1948 en Montevideo; muy pequeño pasa a vivir en Pando con sus abuelos, de quienes recibe profunda educación, desarrolla toda su formación en la enseñanza pública, vareliana, con todos sus valores, y que remeda con tanto orgullo. Y se ha destacado luego como:

1. Médico cirujano. Médico intensivista. Magister en bioética.
2. Profesor agregado del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas.
3. Mención de honor premio Asociación Médica del Uruguay: “El problema diagnóstico de la naturaleza del nódulo mamario.” 1988.
4. Relator 52°. Congreso uruguayo de cirugía 2001: “Paciente quirúrgico crítico.”
5. Vicepresidente del 63°. Congreso uruguayo de cirugía. Noviembre 2012.
6. Integrante del Tribunal de ética médica de FEMI por 11 años (como secretario desde 1997 a 2003 y como presidente desde 2005 a 2009).
7. Presidente de la Comisión asesora de bioética de FEMI.
8. Presidente del comité de ética asistencial de Sanatorio Americano y CAAMEPA.
9. Integrante del comité de ética asistencial de Hospital de Clínicas.
10. Presidente del comité de ética de la investigación de Sanatorio Americano.
11. Cursó el VI curso de introducción a la ética de la investigación en seres humanos de Unesco, 2011.
12. Ex integrante de la comisión de ética y conducta universitaria de la Facultad de Medicina UdelaR.
13. Coordinador de 5 cursos de bioética de la FEMI, realizados anualmente en forma consecutiva desde 2008 a 2012.

14. Participante de 5 cursos intensivos de bioética en la Universidad del Desarrollo de Santiago de Chile (2008, 2009, 2010, 2011 y 2012).
15. Magíster interuniversitario de bioética (Instituto Borja de Bioética de la Universidad de Barcelona y Universidad del Desarrollo de Santiago de Chile).
16. Integrante del Consejo Nacional del primer Colegio Médico del Uruguay, desde diciembre 2011.
17. Coordinador de la comisión asesora encargada de la redacción del anteproyecto del Código de ética del Colegio Médico del Uruguay.
18. Numerosos trabajos de bioética, publicados en libros y revistas nacionales y extranjeras.

Sin embargo, estos acontecimientos relevantes que componen su vida, ese currículum que es preciso llevar como equipaje para optar a una plaza universitaria o un trabajo o presentarse ante un tribunal son, como decíamos componentes de su vida, pero su vida se caracteriza por no ser destino, sino ser un quehacer libre de dogmatismos, de verdadero librepensamiento.

Como decía Nietzsche: para los seres humanos es más necesario el sentido que la felicidad. Y ello sucede con Óscar, busca obstinadamente el sentido de las cosas, de los hechos y sucesos. Quizás radique allí su verdadera felicidad.

Debo reconocer a Óscar una buena parte de mi haber vital, a lo generosamente recibido de él y de los libros que me ha recomendado. De sus exposiciones, intervenciones y horas compartidas de jornadas docentes y de difusión de Bioética y Medicina legal, de ricos diálogos de los viernes, (nos reunimos los viernes de cada semana desde hace muchos años).

Y para ir dando fin, les pido disculpas por haberme extendido en aspectos personales, pero quise expresar aunque sea un mínimo sobre el académico Cluzet desde mis vivencias compartidas, obviamente otros compañeros también lo podrían haber hecho y mejor.

Finalmente destacar que con sus trabajos y capacitación en bioética, Óscar Cluzet se ha convertido en una referencia indiscutible gracias a su bagaje filosófico, clínico, cultural, y que, a no dudarlo, enriquecerá a la Academia Nacional de Medicina.

Me faltó decirles mucho, por ejemplo, y algunos, seguro darán fe de ello, que es una persona con fino sentido del humor, de la prudencia, la justicia y la responsabilidad. Y esos eran en el mundo homérico los virtuosos, los excelentes, los que desarrollan sus capacidades por encima de la media, pero no sólo por bien propio, sino de la comunidad. Por eso son admirables.

Bienvenido Dr. Óscar Cluzet a la Academia Nacional de Medicina.

La Academia Nacional de Medicina se congratula de incorporar al Dr. Óscar Cluzet como miembro titular.

7.2.2.- Ac. Oscar Cluzet: Discurso de Asunción

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina Profesor Hernán Artucio:

Sr. Presidente del Colegio Médico del Uruguay Profesor Jorge Torres:

Señoras y Señores Académicos:

Familiares y amigos entrañables:

Señoras y Señores:

Quisiera comenzar por expresar mi agradecimiento al Académico Berro, con quien me vincula una sólida amistad de más de un cuarto de siglo y un largo trayecto compartido a través de innumerables jornadas a lo largo de todo el país, en la difusión de la Bioética y la Medicina Legal. Y agradecerle por partida doble, no solo por las desmedidas palabras de elogio con que me ha presentado sino por haber sido él quien me propusiera para ocupar un sitial en esta institución, cuando lejos estaba de poder imaginar algún día mi ingreso a la misma.

Además, compartimos plenamente con Guido el dolor por la irreparable y muy cercana pérdida del querido Gabriel Adriasola, el Asesor Jurídico del Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay y referencia fundamental de nuestra actividad en común, a quien ambos quisiéramos ver hoy sentado aquí.

Por su permanente apoyo personal, vaya además un especial reconocimiento al Académico Peña, de cuya amistad también me honro y con quien aprendemos diariamente juntos, en el estimulante trabajo de planificar actividades educativas en una institución asistencial de proclamada vocación formativa.

Debo extender mi agradecimiento a todos los Académicos Titulares, con quienes será un honor compartir las tareas que deberán llevarse a cabo de ahora en adelante.

Un saludo a los compañeros de la promoción actual, deseándole los mayores logros en su futura actividad aquí. Dentro de ellos debo referirme de manera especial al ahora Académico Augusto Müller, mi entrañable amigo desde hace más de 30 años, gran parte de los cuales nos hemos ido formando y reflexionando juntos, en recíproca y fecunda interacción. No tengo dudas de que su descollante capacidad podrá aportar a la vida de esta Academia una tarea de excelente calidad.

Un reconocimiento a la generosidad de todos quienes me han enseñado a lo largo de mi vida profesional, que han sido muchos porque la Medicina es una actividad en la que de cada colega se aprende algo todos los días. De ellos quisiera destacar especialmente por su dedicación a la docencia y a mi propia formación, aquellos a quienes debo considerar con justicia mis maestros: Raúl Morelli, Federico Latourrette, Milton Mazza y Bolívar Delgado en Cirugía, Hernán Artucio y Humberto Correa en Medicina Intensiva y en Bioética, Juan Pablo Beca de Santiago de Chile. Vale la pena agregar que constituye para mí un motivo de legítimo orgullo ingresar a la Academia durante el ejercicio de la Presidencia de la misma por parte de Hernán Artucio.

Si cumplir con una profesión tan exigente como la nuestra provoca obligados alejamientos de nuestro hogar por largas horas y por otra parte, si el mejor legado que podemos dejar a nuestros hijos surge a partir del tiempo que podamos compartir con ellos, entonces debemos pedirles perdón por el sufrimiento que aquellas involuntarias ausencias les han ocasionado. Por ello, para mí es motivo de especial significación que en esta ceremonia dos de mis hijos, Diego y Gastón se hallen ahora presentes, ya que al ausente, a Sebastián, lo llevo siempre conmigo. Y asimismo resulta muy gratificante que esté aquí mi compañera Gloria Mesones, a quien tanto debo por su firme acompañamiento y solidaridad en todas y cada una de las múltiples instancias de alto riesgo vital por las que tuve que atravesar en estos últimos tres años.

Cada época plantea a la sociedad determinadas demandas, las llamadas urgencias de la hora, ante las cuales no podemos ni debemos permanecer ajenos. Por eso siempre que uno se incorpora a una nueva área de actividad, se pregunta cuál habrá de ser la mejor contribución personal que le permita aportar en sustancia al logro de aquellos desafíos. Y por limitados que sean nuestros recursos, como es mi caso, entiendo que hay dos funciones básicas que siempre se hallan a nuestro alcance: intentar servir, a la vez, de puente y catalizador y en ambas tareas con relación a las personas, las instituciones y los proyectos.

Así que, como aquel paisano que montaba su caballo al revés para nunca perder de vista su origen, partiré desde donde vengo, de mis lugares de actuación, para luego posicionarme mejor en mi futuro desempeño. En tal sentido, mis ámbitos de trabajo de toda la vida han sido y siguen siendo la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, la Federación Médica del Interior y ahora, desde hace casi 2 años, el Colegio Médico del Uruguay, integrando su primer Consejo Nacional. Por ello me congratulo que en este momento se hallen en sala eximios representantes de cada una de estas tres áreas de actuación, cuya presencia agradezco especialmente.

Sigo relacionado con la Facultad de Medicina en tres ámbitos concretos: la continuidad de concurrencia al Departamento de Emergencia, ahora enfrentado a la crucial etapa de hacer realidad su recientemente aprobado postgrado de Emergentología, la gratificante integración al trabajo del Comité de Ética Asistencial del Hospital de Clínicas y nuestra inminente participación en el Curso de Humanidades Médicas del Hospital Pasteur.

Con la Federación Médica del Interior me encuentro vinculado desde el inicio de mi vida profesional: en el momento actual y desde hace más de un lustro, intentando contribuir al funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial del Sistema Federado, integrando además el Comité de Ética Asistencial de CAAMEPA, mi institución de origen y conduciendo las actividades formativas del equipo de salud en el Departamento de Educación de Sanatorio Americano. En todo este lapso, he visto a la Federación Médica del Interior incrementar sustancialmente su nivel de desarrollo en todo el territorio nacional, cuidar cada vez más la calidad tradicional de sus recursos humanos por incremento de su capacitación permanente y acentuar definitivamente su vocación universitaria. Ya Antonio Turnes, en su discurso de ingreso a esta Academia, hacía referencia a destacadas personalidades del Interior con descollante actuación médica. Una vez fundada la Academia, muchos de ellos no podían en aquellas épocas participar efectivamente de sus actividades, por la ausencia de los adelantos y facilidades que ahora existen. Para enfatizar mejor esta riqueza del recurso humano procedente del Interior, vale recordar aquí los nombres de Profesores de nuestra Facultad venidos de tierra adentro: Francisco Soca, Manuel Quintela, Carlos María Fosalba, Héctor Ardao, Mario Cassinoni, Juan José Crotoggini, Abel Chifflet, entre los integrantes ya clásicos de una larga, muy distinguida, y para nada exhaustiva lista. Por todo este cúmulo de características que venimos de reseñar y que singularizan al Interior del país y, más específicamente, también al Sistema Federado, si bien casualmente soy el primer integrante originario de la Federación Médica del Interior en ingresar a la Academia en calidad de Miembro Titular, naturalmente que aspiro a no ser el último.

La Academia Nacional de Medicina y el Colegio Médico del Uruguay comparten objetivos comunes, que podríamos aglutinar en torno al concepto de dignidad profesional, aquella que a la Academia se le pide fomentar (Artículo 1, numeral C del Decreto – Ley

14.260) y al Colegio, velar por su cumplimiento (Artículo 4, numeral 1 de la Ley 18.591). Resulta a todas luces evidente que este término de dignidad, entendido en el sentido más amplio posible, implica el actuar médico con la debida independencia, cumpliendo con las obligaciones de capacitación inherentes al Desarrollo Profesional Médico Continuo, en un marco de condiciones que aseguren a la vez, la absoluta protección de los derechos de los usuarios y la más alta calidad posible de la asistencia efectivamente brindada.

Dicho de manera concreta: la coincidencia de objetivos entre ambas instituciones deberá estructurarse por lo menos en torno a tres aspectos básicos y entrelazados: Educación Profesional, consolidación efectiva de la Bioética Clínica y Enseñanza de la Bioética dirigida al universo de los colegiados del país. Sobre cada uno de estos aspectos examinaré brevemente las posibilidades de la actividad desarrollada en común por ambas organizaciones, a fin de mostrar que la misma se asienta sobre coincidencias conceptuales plenamente compartidas. La importancia intrínseca de la doble temática, educativa y bioética, por ser de alcance universal y cortar transversalmente todo el espectro de disciplinas es tal, como para que todos, con independencia de nuestra actividad específica, nos debamos sentir profundamente involucrados en esta empresa.

Bajo la convocatoria realizada por el Colegio Médico, la Academia ya se encuentra participando en el Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente, el cual ha definido con claridad a la Recertificación Profesional, de aparente aceptación unánime pero tan largo tiempo postergada en su realización, como su objetivo final e irrenunciable. Ya los poderes públicos cuentan con los documentos que han sido elaborados por este grupo, a fin de bajar a tierra las ideas fuerza de tal proyecto. Cuando dicha meta haya sido alcanzada, habremos afianzado un pilar fundamental sobre el cual asentar nuestro nuevo contrato social, del cual nos hallamos tan necesitados, otorgándole a la ciudadanía las garantías necesarias referentes a la idoneidad y capacitación permanente de sus médicos.

Con relación a la consolidación efectiva de la Bioética Clínica, ambas instituciones han comenzado por dotarse de un órgano de asesoramiento específico: nos estamos refiriendo tanto a la Comisión de Bioética de la Academia, ya en funcionamiento desde hace tiempo, como al proyectado Centro de Estudios Bioéticos del Colegio Médico, todavía en ciernes. De esta manera se pretende avanzar en profesionalizar el análisis de los múltiples y por momentos acuciantes problemas bioéticos que la realidad social primero y la propia actividad legislativa después, coloca incesantemente en la agenda cotidiana y sobre los cuales somos frecuentemente interpelados por los medios de comunicación y la propia ciudadanía.

Pero la verdadera unidad fundamental de aquella estructuración efectiva de la Bioética Clínica, se halla constituida en el momento actual por los Comités de Ética Asistencial, órganos donde, en un clima de tolerancia y respeto, se delibera sobre los conflictos de valores propios de la práctica clínica, efectuando recomendaciones no vinculantes sobre los cursos de acción que mejor logren alcanzar un equilibrio de dichos valores en conflicto. En estos Comités, que tienen además funciones normativas y educativas, se expresa el pluralismo moral característico de nuestras sociedades, cuentan con la participación tanto profesional como ciudadana en su integración y han sido declarados por ley (Decreto 274 / 010 de la Ley 18.335 de Derechos y Deberes de los Pacientes) preceptivos para las instituciones médicas en cuanto a su autonomía efectiva y funcionamiento real. Por otra parte y si bien la función educativa en Bioética de estos Comités se halla dirigida al equipo

de salud, la misma comienza por abarcar al conjunto de los profesionales médicos de su institución de pertenencia. Habida cuenta de la enorme desproporción entre demanda educativa bioética y recursos humanos capacitados, este aporte de los Comités orientado al sector médico puede significar un crucial mecanismo multiplicador de esfuerzos en aquel programa educativo. Si recordamos que la Bioética Clínica ha venido a instalarse entre nosotros con la finalidad última de humanizar la Medicina y otorgarle dignidad al proceso de morir, entonces todo lo que podamos hacer para que avance el todavía incipiente desarrollo de los Comités de Ética Asistencial, podrá significar un aporte sustancial hacia el logro de aquellos fines trascendentes para la práctica médica actual. A título de ejemplo de esta contribución, tanto el Colegio como la Academia, entre otras organizaciones, podrían constituirse en convocantes de un cercano encuentro nacional de los Comités de Ética Asistencial, que evalúe críticamente su nivel actual de desarrollo y analice las dificultades encontradas en su efectiva instrumentación. Por último, con la actividad creciente de estos órganos asesores, a la cual debemos estimular fuertemente y que aseguran la vigencia de la participación activa del paciente en las decisiones clínicas, podrá ir haciéndose realidad la máxima kantiana de que la autonomía constituya el verdadero fundamento de la dignidad de la persona.

Por último, tratar de extender la educación en Bioética hasta alcanzar a la totalidad de los médicos de nuestro país, naturalmente que no pretende erigir a cada uno de ellos en un bioeticista sino a dotarlo de los elementos mínimos necesarios para solucionar con solvencia y fundamento la mayoría de los problemas éticos que se le vayan suscitando en su ejercicio profesional cotidiano. Por ello es que en el Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente se ha entendido necesario cumplir con la normativa ministerial de exigir la sistemática inclusión del componente bioético en toda actividad educativa que se planifique en el futuro. De esta manera, la propia práctica médica irá avanzando en el sentido de aquella progresiva humanización que ya hemos referido. Este vasto terreno formativo constituye todavía una asignatura pendiente y siendo tan grande la distancia entre las demandas educativas potenciales y los recursos humanos capacitados que se hallan disponibles, circunstancia a la cual ya aludíamos líneas arriba, resulta imprescindible que, para su efectivo alcance, deban unirse las fuerzas de todas las instituciones convocadas. Sin duda que entre dichos actores protagónicos, por historia y vocación, la Academia está llamada a desempeñar un relevante papel.

Entiendo que tales son los grandes lineamientos de un programa de actuación inclusivo, abierto y convocante, en el cual aspiro a poder participar con mis modestas posibilidades, desde el mismo momento en que ingreso a la Academia.

Porque ingresar a la Academia Nacional de Medicina sin duda alguna constituye una de las más altas distinciones que pueda recibir un médico e implica, a la vez, las correspondientes responsabilidades de desempeño: aquellos honores se terminan evaluando en su verdadero merecimiento con la exigente vara del cumplimiento de estos deberes. Y tal compromiso resulta necesario desde el arranque, en aras de contribuir con el mejor desempeño de nuestra parte para continuar alcanzando los ineludibles objetivos sociales que constituyen la propia razón de ser de esta tan honorable institución.

Muchas gracias.

7.2.3.- Ac. Luis Carriquiry: Presentación del Ac. Augusto Müller Gras

Hace unos pocos meses tuve el inmenso honor de ser recibido como miembro titular de la Academia Nacional de Medicina en este mismo salón. Hoy me toca desempeñar un nuevo papel, introduciendo como nuevo miembro de la Academia al Dr. Augusto Müller Gras.

Conozco al Dr. Müller desde años aunque solo hemos compartido tareas con el Departamento de Cirugía del CASMU, pero puedo efectuar esta presentación sin resquemores ni timideces pues sé de su hombría de bien, su dedicación al trabajo, su seriedad en todas las tareas que emprende y su inquietud intelectual.

El Dr. Müller ha desarrollado una larga carrera en la cirugía. La inicio en la Clínica del Profesor Bolívar Delgado, y se orientó luego hacia la Cirugía de Emergencia, llegando a desempeñar la Jefatura del Depto. de Emergencia del Hospital de Clínicas durante los últimos 10 años. Paralelamente ha desarrollado una importante tarea en el Departamento de Cirugía del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, donde ha asumido recientemente la Jefatura del Departamento de Cirugía.

Al mismo tiempo ha cumplido una importante labor en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, ocupando su Presidencia durante el ejercicio 2010, y la Presidencia del Congreso Uruguayo de Cirugía en 2012, integrando desde esa fecha el Tribunal de Honor.

Su papel en el desarrollo de la Cirugía de Emergencia y de la Atención del Trauma en el Uruguay ha sido relevante, siendo uno de los principales referentes en nuestro país en la planificación y organización de la atención médica en situaciones de desastres. Pero al mismo tiempo supo extender su mirada y luchar por la gestación y aprobación por la Escuela de Graduados de la UDELAR de un Postgrado en Emergencia, que hoy ya es una realidad y que seguramente va a asegurar una mejor formación en esta disciplina a las generaciones futuras.

Fiel a sus raíces, el Dr. Müller ha sido un pilar en el establecimiento de nuevas relaciones entre la cirugía uruguaya y la alemana. Becado inicialmente en dicho país en 1992, se ha preocupado permanentemente en fortificar estos fructíferos lazos que han dado resultado a las Jornadas Germano Uruguayas de Cirugía desde 2011 y a la concurrencia de distinguidos cirujanos alemanes, como el Dr. Markus Buchler, de Heidelberg, a nuestro país, permitiendo a los cirujanos uruguayos convivir durante varios días con uno de los principales cirujanos del mundo entero.

Finalmente, y este es un aspecto que me interesa destacar, el Dr. Müller integra desde su fundación en 2003 el grupo de lectura y reflexión filosófica ZETESIS, conducido por nuestro querido Académico Emérito Dr. Milton Mazza. Unir las humanidades a la Medicina es uno de las exigencias actuales más perentorias del momento actual, tanto en el Uruguay como en el mundo, como hace poco destacaba en este mismo salón el Académico Dr. Humberto Correa. Estoy seguro que la contribución futura del Dr. Müller en transformar en un logro dicha aspiración va a ser relevante y por eso me congratulo de su ingreso a esta Academia.

7.2.4.- Ac. Augusto Müller Gras: Discurso de Asunción

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Ac. Hernán Artucio
Señor Presidente del Colegio Médico del Uruguay, Dr. Jorge Torres
Señores Académicos, Señoras y Señores.

En el momento de asumir la investidura de Académico Titular corresponde en primerísimo lugar el agradecimiento, la gratitud hacia los que están y también para con los que ya no están. Se trata de la familia y de los maestros, que de alguna manera me inculcaron el “deber ser” y posibilitaron este importante escalón final en mi vida profesional. Están entre estos acreedores de reconocimiento, por supuesto, los que ayudaron a mi ingreso a este ámbito: los amigos en la Academia, los que me propusieron y me apoyaron. Vaya para todas estas personas, entonces, mi más profundo agradecimiento.

Debo señalar lo que significa para mí la distinción: un honor inmenso, inesperado, una distinción y un reconocimiento personal y, por supuesto, un halago íntimo y personal.

Pero mucho más importante es que manifieste ahora cual es el significado y la esencia de la Academia “en sí misma”, tal como yo la percibo.

En primer lugar, es el ámbito de acción de una agrupación de personas “de bien”, con notorias virtudes, que se reúnen y trabajan con un fin, un objetivo elevado. ¿Cuál es ese objetivo? Se trata de destinatarios externos a la persona y a la institución, alude este actuar pues al “hacer por los otros”. Por tanto, refleja un accionar profundamente ético. Una meta vigorosa en la vida, en una época de la misma en la que se supone que no las haya, o que estén muy atenuadas. Expresión, por tanto, de vital energía persistente.

En segundo lugar, es una entidad de “corte universitario”. Tiene que ver con el saber más profundo y elevado, pero, sin embargo, no es la Facultad, ni el laboratorio de experimentación. No tiene por destino principal el enseñar ni el descubrir. No obstante es uno de sus cometidos básicos estatutarios el premiar, con el más significativo e importante de los galardones en nuestro medio, la investigación médica. También es parte esencial de su misión la orientación social, el impulsar políticas en salud. Es así, esta Academia, un colectivo con intereses comunes que realiza acciones dirigidas a influir ante los poderes públicos, para promover decisiones favorables a los intereses concretos de la sociedad, una suerte pues de “lobby” ético. Ha cumplido esta función, en los últimos tiempos, impulsando eficientemente nada menos que nueve leyes y dos decretos trascendentes en salud, además de múltiples actividades científicas abiertas con fuertes y trascendentes conclusiones.

Por otro lado, representa, más bien, el vínculo entre la Medicina y la cultura universitaria en el más amplio y ya casi olvidado sentido del término. Incorpora explícita y activamente, asimilándolas, a las humanidades médicas, globalmente, se podría decir.

Su misión, en este vasto campo, es la trasmisión de la cultura, en sentido estricto: “el sistema vital de las ideas en cada tiempo”, al decir de Ortega y Gasset en “La Misión de la Universidad”, papel fundamental que ha sido relegado cada vez más por esta, más ocupada de las necesidades prácticas e inmediatas. “El nuevo bárbaro” de Ortega, más sabio

que nunca pero también más inculto, sigue existiendo en todos los ámbitos, inclusive en las Facultades.

Se realiza en ella el culto de la jerarquía de los valores, que propugnaran ya los antiguos, los generadores de las culturas primigenias, griegos, fundacionales de la tradición académica, y chinos. Encabeza el talento integrador, procurando una nueva unificación del saber. Está, por tanto, también abierta a la plena actualidad. Mantiene, además el vínculo con la Universidad y con las demás academias (letras, ingeniería, veterinaria y ciencias), perpetúa la fruición por lo problemático. Aúna entonces cultura, ciencia y profesión intelectual.

Representa, pues, a la Medicina “en sí misma”. Y si el símbolo es un valor cercano a la esencia de algo, de algún modo se puede decir entonces que “es” la Medicina. “La Medicina” no puede “ser” la Facultad, donde aún resta el devenir, ni la asistencia en el Hospital, dónde todavía falta la sedimentación del error, la reflexión retrospectiva y alejada, ni mucho menos el laboratorio, que, por más cerca que esté de la naturaleza de la enfermedad está a años luz del hombre. Academia y Medicina, pues, una misma esencia.

Para arribar a esta etapa del saber es necesario destacar el valor de la memoria y del recuerdo, la importancia del requisito insoslayable del tiempo transcurrido. Es este un lugar para eméritos, o en inminencia de serlo, porque sólo ellos tienen la perspectiva de los años, el reconocimiento y culto a lo pretérito vigente, la visión completa de lo que ya es pasado, y su proyección hacia el devenir. Una perspectiva que sólo se puede tener con el tiempo transcurrido. La Academia es progreso, porque este implica proyección al futuro y, a la vez, lucidez alentada por la memoria.

Alguien aseveró alguna vez “no hay filósofos niños”, como sí hay virtuosos pueriles de las artes y de las ciencias duras. Similar apreciación cabe para con los académicos. El transcurso del tiempo, de alguna manera, marca el acercamiento al “saber absoluto” en el sentido hegeliano del término, a la “resolución” heideggeriana, no como conceptos soberbios y utópicos, sino como máxima expresión lograble de la completud y realización plena del espíritu.

Es, el de la Academia, un espacio de reflexión con pasiones controladas, por valerlas razones destacado por los griegos como “el jardín”. Un faro rector que representa la necesidad de nuclear a quienes pueden aportar desde el otro extremo de la vida, una posibilidad de continuar haciendo, más allá de la asistencia y de la enseñanza regular. Por ofrecer, desde la imparcialidad de la globalidad de lo ya transcurrido, las máximas garantías de ecuanimidad, la autoridad de la Academia personifica también, la esencia misma del profesionalismo.

Debo, en este momento, repetir de corazón lo que la propia Academia propone como expresión de compromiso para esta instancia:

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

Espero estar a la altura. Muchas gracias.

7.2.5.- Ac. José Luis Peña: Presentación del Ac. Pablo Muxí

El acto de ingreso de nuevos académicos es un evento muy importante para la Academia.

Es trascendente presentar a un nuevo ocupante de un sitial que llega a ello a través de su personalidad y sus méritos.

En este caso para mí lo es especialmente por tratarse del hijo de mi profesor Fernando Muxí, al que recuerdo con respeto y cariño por su bonhomía y sabiduría.

Realizaré una síntesis de su currículo.

Recibido de médico en 1983 recorre el escalafón docente de la UDELAR hasta que alcanza el cargo de Profesor Agregado (2005 - 2009), decidiendo detener allí su carrera docente en dicha institución.

En su actividad a nivel nacional señalamos que es:

- Director de la Unidad de Hematología y Trasplante de Médula Ósea del Hospital Británico (2007 a la fecha), siendo pionero en este tema junto con el prematuramente desaparecido Ac. Roberto De Bellis.
- Asesor honorario del Fondo Nacional de Recursos. (2004 a la fecha)
- Evaluador de proyectos científicos de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII).

Entre otras actividades participó en la Comisión Directiva y el Comité del Cuerpo Médico del Hospital de Clínicas, en el Comité Organizador y Científico del Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Hematología (2007), fue Presidente de la Sociedad de Hematología del Uruguay (2007 – 2008), del Congreso Nacional de Hematología (2009), participó en la implementación del Posgrado de Hematología en la Facultad de Medicina del CLAE

Tuvo un importante papel en la implementación del trasplante de cordón umbilical haplo idéntico, siendo pionero en esta actividad. (2013)

Además es miembro de sociedades científicas nacionales e internacionales, participó en numerosos congresos nacionales e internacionales de la disciplina, y es autor de numerosas publicaciones nacionales e internacionales. En 2012 accedió al 2do. Gran Premio Nacional de Medicina.

A nivel internacional:

- en 1988 realizó una mini residencia en el Mount Sinai Hospital de Miami.
- en 1992 realizó pasantía en el laboratorio de inmunología de la A.N.M. de Buenos Aires.
- en 1993 – 1994 fue becario Fullbrighth en el Hospital Montefiori Medical Center de Bronx NYC.
- en 2013 integra el Editorial Board del Journal of Clinical Oncology.

Estos son sucintamente los méritos del Prof. Pablo Muxí que unidos a su condición personal justifican su ingreso como miembro titular de la Academia. Felicitaciones.

Pero junto con el Ac. Pablo Muxi ingresa su entorno familiar.

El que lo gestó, representado por su señora madre, Esther Martínez; es un placer y un honor contar con su presencia.

Y el entorno que él gestó junto con su esposa Cristina Methol: sus hijos Pablo, Alejandra, Juan y Santiago y su nieta María Florencia. A todos ellos nuestras felicitaciones.

Para terminar algún rasgo personal del Ac. Muxí: su hobby es su familia; le gusta cocinar y se dice experto en pizza y parrilla.

Lo que resalta de su personalidad, para muchos de nosotros, es que desde que tiene uso de razón es hincha del Club Nacional de Fútbol.

Gracias.

7.2.6.- Ac. Pablo Muxí: Discurso de Asunción

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Dr. Hernán Artucio.

Sr. Presidente del Colegio Médico del Uruguay, Dr. Jorge Torres.

Sres. Académicos, colegas, amigos y amigas, familia.

Buenas tardes.

Es difícil hablar luego de las brillantes exposiciones de los doctores Müller y Cluzet; además quiero decir que acabo de darme cuenta que aún tengo la capacidad de sonrojarme por las palabras que el académico Peña hizo en mi presentación.

Quienes me conocen bien saben que no soy de muchas palabras; mi padre siempre me decía que en la carrera había que diferenciar a los que hablaban de los que hacían, así que en mi desempeño profesional intenté hacer algo y hablar poco. Obviamente no tengo experiencia previa en la elaboración discursos referidos al acceso a un sitio en la Academia Nacional de Medicina; es más, no tengo experiencia previa en presentaciones orales que no sean científicas. Con gran esfuerzo trato de leer algo referido a mi especialidad, y en realidad leo poco fuera de algunas novelas de ficción para esparcimiento en aviones o en vacaciones, es evidente que tengo aún muchas materias pendientes.

Así que hice lo que me enseñaron mis maestros y lo que la experiencia docente y como expositor de actividades científicas me indicó, fui a buscar la bibliografía y así leí múltiples discursos de colegas en situaciones similares; leí al Dr. Luis Carriquiry, al Dr. Omar Franca y al Dr. Aron Nowinski gracias a la página web de la Academia; leí también múltiples exposiciones de otros colegas y también la del Prof. Antonio Borrás cuando asumió como Presidente de Honor de la Academia. No tengo ni la cultura general de los referentes mencionados, ni su capacidad literaria, así que en forma sencilla me voy a referir a lo que significa para mí el día de hoy.

Miro para atrás y recuerdo cuando a mi padre lo nombraron académico. Los Profesores Manlio Ferrari, Daniel Murguía y Helmut Kasdorf, fueron a mi casa a informarle la decisión; para mí, un médico recién recibido, aquello era algo lejano, formal y que representaba para mi padre un gran honor y la oportunidad de seguir haciendo. Nunca pasó por mi cabeza que unos 25 años después yo iba a estar en el lugar de mi padre.

Inicié mi Carrera en la Facultad de Medicina en el año 1975, me recibí en el año 83, y luego recorrí mis años de formación y docencia entre la Medicina Interna y la Hematología. Es imposible agradecer a todos los que me enseñaron; aprendí de mis docentes, y de mis alumnos, de mis compañeros y más que nada de los enfermos y sus familias. Unos me enseñaron con clases magistrales y otros con comentarios de corredor, unos con

su ejemplo y otros con su actitud ante la enfermedad, unos me enseñaron ciencia y otro humanismo; siempre traté de ver que se podía incorporar para mi formación.

En la novela “El día que Nietzsche lloró” el autor, Irvin Yalom, un siquiátra, pone en boca de Nietzsche y de su médico dos frases que resumen esto: *“buen profesor es aquel que aprende de sus alumnos”* y *“buen alumno es aquel que no intenta demostrar todo lo que el profesor no sabe sino que se esfuerza en aprender aquello que él puede brindarle”*.

De todas maneras debo mencionar tres referentes: mi padre el Prof. Fernando Muxí en la Medicina y lo que es más importante en la vida; el Prof. Roberto De Bellis mi mentor en la Hematología a nivel nacional; y el Prof. Peter Wiernik mi jefe en las pasantías en el extranjero. En ellos quiero agradecer a todos los que me dejaron algo para que yo me encuentre acá hoy. Los dos primeros fueron miembros de esta Academia y el tercero es académico corresponsal

Al asumir el cargo en la Academia, espero cumplir las expectativas de los colegas que me nominaron; vengo a la Academia a hacer, a tratar de cumplir con los cometidos de esta institución, fundamentalmente en fomentar la dignidad en el ejercicio profesional y en las actividades científicas médicas.

Hoy de mañana me llamó un familiar, sabedor de la simpleza habitual de mis palabras, y me ofreció su ayuda para elaborar este discurso. Decliné amablemente. Al pasar me dijo: *“no te olvides de Descartes”*; de Descartes yo recuerdo de mis años de secundaria su referencia como padre de la filosofía moderna y fundador del racionalismo, el cual ponía a la duda como método para progresar en el conocimiento; estoy de acuerdo, pero no dejemos que las dudas nos impidan hacer. Asumo en la Academia para hacer. Para hacer dejando afuera las prendas ideológicas, prendas que puedan sesgar la vocación de servicio de la Academia hacia la sociedad.

Para finalizar mi agradecimiento a la familia, a mis padres, a mis hermanos, a Cristina mi señora, a mis hijos, y desde hace pocos días a mi nieta María Federica; sin ellos no hubiera logrado lo poco que obtuve, pero todo lo que obtuve es para ellos; ellos son la felicidad y la razón de mi vida, mi máximo galardón.

7.2.7.- Ac. Eva Fogel: Presentación del Ac. Ismael Conti

Buenas tardes.

Nos encontramos reunidos hoy aquí para homenajear a un académico, el Dr. Ismael Conti.

Son por todos conocidas las obligaciones que adquieren los que aceptan pertenecer a la Academia: el compromiso de aportar, opinar y difundir sus conocimientos cuando así se requiere.

El Profesor Conti cuando fue propuesto manifestó y se comprometió cumplir en todos los términos con esta consigna y sin lugar a dudas lo hará.

Referente a su vida personal nació y vivió con su familia muy modestamente en el pueblo Valentines, sin agua, radio etc. Pudo cursar estudios con una beca de 62 pesos mensuales y posteriormente por cargos que concursó en la Facultad de Medicina y Ministerio de Salud Pública.

Luego de graduado su dedicación a la investigación y docencia fue en tiempo completo en los sucesivos cargos de Parasitología. En 1986 fue designado Profesor-Director de la Cátedra, cargo que desempeñó hasta 1997.

Como Catedrático de Parasitología, en 1990, el Decano y el Consejo de la Facultad de Medicina por unanimidad reconocieron su actividad en la docencia y en la investigación.

Participó en múltiples trabajos en el área de micología médica junto a los Profesores Mackinnon, Osimani y otros.

Usufructuó una beca de estudios de micología médica durante dos años en Estados Unidos y mereció reconocimiento de la comunidad científica nacional e internacional.

Obtuvo además el título de especialista en Dermatología, especialidad que vio como necesaria para completar sus conocimientos de Parasitología (ej. Ricketiosis Cutáneo Ganglionar “Tibola” (Tick born lymphadenopathy), reconocida varios años después en Francia y Hungría.

En el Ministerio de Salud Pública fue Subdirector del Laboratorio Central, Director del Dispensario de Profilaxis de Enfermedades Venéreas.

Trabajó en proyectos de reglamentación sanitaria.

Hermosa familia, esposa, 3 hijos y 3 nietos.

Felicitaciones al Dr. Conti y a su familia.

7.2.8.- Ac. Ismael Conti: Discurso de Asunción

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

Sr. Presidente Colegio Médico del Uruguay Prof. Jorge Torres.

Distinguidos miembros de la Academia incluyendo naturalmente los nuevos compañeros hoy incorporados e integrantes de la Secretaría Administrativa presidida por la Sra. Irma López de Puppi.

Colegas, profesores y familiares presentes, amigos, público en general.

Mi más sincero y profundo reconocimiento a la Academia por haber tenido la bondad de designarme Miembro Correspondiente Nacional de la misma experimentando, una gran alegría, emoción y también por qué no un gran orgullo. Gracias mil a la Ac. Dra. Eva Fogel de Kork por la amable presentación y sus conceptos que mucho valoro.

Me comprometo desde ya a esforzarme al máximo en la medida de mis posibilidades para llevar adelante las tareas que me sean encomendadas y naturalmente para colaborar con el gran objetivo del progreso en todos los órdenes de la institución.

Me gustaría recordar someramente, bajo riesgo de pecar de injusto por olvidos involuntarios, a personas e instituciones que de un modo u otro tuvieron que ver con el logro de esta apreciada distinción.

En primer término la familia, sostén permanente en la vida de todos nosotros a la que pido disculpas por no poder citar a todos sus integrantes por sus nombres por razones de tiempo.

A mis padres, Cándido Conti y mi madre Gertrudis Díaz de Conti, que en vida guiara todos mis pasos; mi esposa Doris Sartori aquí presente que me ha acompañado por más de 50 años en las buenas y en las malas; a mis hijos, Mónica, Sandra y Carlos y sus res-

pectivos cónyuges Daniel Fornaro, Fernando Manacorda y Karen Demirchian; ni que hablar mis tres nietos, Rodrigo hijo de Mónica y ya contador, Ornelia de tres añitos y Brunella de cinco meses, hijas de Carlitos y Karen y a cual más adorable; a mis hermanos mellizos ya desaparecidos César y Canducho que tanto me estimularan en todo y sus respectivas esposas, hijos y nietos; a mis suegros ya fallecidos Don Carlos Sartori y Doña Catalina Castiglioni; a mi cuñado José Sartori, su señora esposa, a sus hijas y esposos y a sus nietos.

Luego, mis amigos, pocos, pero a cuál de ellos mejor, cuya presencia agradezco; mi recordada maestra de 6° año de Cerro Chato, Rola Machado; mis profesores del liceo Artigas de Batlle y Ordóñez sin olvidar la beca de Secundaria que me otorgara por dos años para poder continuar con ella mis estudios en el IAVA.

Naturalmente la Facultad de Medicina con sus diferentes Cátedras, Departamentos y Servicios con Profesores inolvidables siempre recordados pero imposible de nombrarlos ahora. En particular el Departamento de Parasitología que me abrió sus puertas desde 1955 bajo la batuta entonces del recordado Profesor Tállice. El apoyo permanente del entonces Decano Prof. Pablo Carlevaro durante mi gestión como Profesor Director no puedo dejar de señalarlo, como también el de mi secretaria Dra. Mariela Fernández de Ferraro; y ni que hablar de todos los tantos integrantes de la Cátedra y Departamento a lo largo del tiempo que no puedo nombrar uno por uno. A todos los llevo en el corazón. Un recuerdo especial para el Maestro Prof. Mackinnon, con quien realizara toda mi trayectoria en investigación científica en el área de la Micología Médica. Aquí está también presente el Dr. Luis Yarzabal con quien compartimos mucho tiempo de trabajo junto al Profesor Mackinnon.

En el ámbito de Salud Pública señalo toda la experiencia acumulada durante el Internado y sus inolvidables guardias en distintos hospitales de la capital e interior. En 1979 fuimos designado Subdirector del Laboratorio Central del MSP dirigido por nuestro querido e inolvidable amigo Raúl Somma y dependiente de la División Epidemiología, con Leonel Pérez Moreira primero y la Profesora Ac. Gloria Ruocco después, como directores de la misma. Sin duda nuestra actuación allí representó una fuente de conocimientos, experiencia y logros por qué no decirlo, formidable.

Mi caluroso reconocimiento a las Instituciones que permitieran ejercer mi actividad médica como el CASMU, el Círculo Católico, AFE, el BPS y su recordado Sanatorio Canzani, etc.

Para finalizar nuestro reconocimiento al Sindicato Médico del Uruguay al que pertenecemos desde estudiante, por habernos tenido durante tantos años como árbitro de la Revista Médica del Uruguay y por habernos concedido en fecha reciente la Distinción al mérito sindical, docente y profesional.

Gracias a todos.

7.3.- Designación de nuevos Miembros: Néstor Macedo, Omar Macadar, Jurguen Weitz (Alemania) y José Biller (Estados Unidos)

En sesión privada de la Asamblea de la Academia realizada el 14 de octubre de 2013 se realizó la votación de los candidatos a ocupar sitaliaes vacantes.

Resultaron electos Miembros Titulares los Doctores Néstor Macedo para la Sección Medicina, y Omar Macadar para la Sección Biología Médica, que asumirán en marzo de 2014.

Y como miembros correspondientes extranjeros los Doctores Jurguen Weitz (Alemania) y José Biller (Estados Unidos)

8.- SECCIONES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN

8.1.- Sección Medicina

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, Mario Varangot y Pablo Muxí.

8.2.- Sección Cirugía

Jaime Polto, Raúl C. Praderi, Celso Silva, Luis García Guido, Francisco Crestanello, Eduardo Wilson, José E. Pons, Asdrúbal Silveri, Luis Carriquiry, Hamlet Suárez y Augusto Müller.

8.3.- Sección Biología Médica

Eva Fogel de Korc, Roberto Quadrelli y Carmen Álvarez.

8.4.- Sección Medicina Social y Salud Pública

Gloria Ruocco, Guido Berro, Antonio Turnes, Omar França y Oscar Cluzet.

9.- COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

9.1.- Comisiones

Calificadora Intersectorial

Hernán Artucio (presidente)

Sección Medicina: Carlos Romero y Mario Médici (titulares). Acs. Carlos

Salveraglio y Nelson Mazzuchi (suplentes)
Sección Cirugía: Raúl Praderi y Celso Silva (titulares). Acs. José E. Pons y Eduardo Wilson (suplentes)
Sección Biología Médica: Roberto Quadrelli y Carmen Álvarez (titulares). Ac. Eva Fogel (suplente)
Sección Medicina Social y Salud Pública: Gloria Ruocco y Antonio Turnes (titulares). Guido Berro (suplente)

De Reglamentos

Antonio Borrás (consultante), Francisco Crestanello (responsable), Dante Petruccelli, Jaime Polto y Nelson Mazzuchi

De Asuntos Internacionales

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

De Coloquios

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

De Educación Médica (en especial el Desarrollo Profesional Médico Continuo y el Profesionalismo)

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

De Bioética

Nelson Mazzuchi (responsable), Eduardo Wilson, Francisco Crestanello, Guido Berro, Omar França y Oscar Cluzet

De informatización de la Academia

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

De Presupuesto

Mario Médici y Juan C. Bagattini

De Publicaciones

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

De seguimiento de actividades académicas

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

Delegado ante la ALANAM

Hernán Artucio (presidente)

Delegado a la XXXV Reunión Conjunta de las Academias de Medicina del Plata

José L. Peña

9.2.- GRUPOS DE TRABAJO

Para la organización de las Jornadas sobre Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas

Guido Berro (coordinador), Eva Fogel, Antonio Turnes y Enrique Probst.
Dres. Freddy Da Silva y Alberto Scavarelli. Inspector Julio Guarteche

Para la organización de las Jornadas de Siniestralidad Vial

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

Para organizar el Primer Encuentro Inter Académico de las Academias de Veterinaria y Medicina del Uruguay

Juan Carlos Bagattini, Luis Eduardo Díaz, Julio García Lagos, José Grunberg, Dante Petruccelli, Roberto Quadrelli, María Angélica Solari y Dr. Juan J. Mari

Para organizar actividades conjuntas entre las Academias Nacional de Medicina y de Ciencias

Hernán Artucio, Eduardo Wilson, y Nelson Mazzuchi, Omar Macadar, Rafael Radi y Guillermo Dighiero.

Para organizar las celebraciones por el 40° aniversario de la ANM

Celso Silva, Roberto Quadrelli, José L. Peña, Eduardo Wilson, Antonio Turnes y Francisco Crestanello.

Para mejorar el presupuesto de la Academia

Hernán Artucio, Eduardo Wilson, Mario Médici y Gloria Ruocco.

10.- RÉGIMEN DE REUNIONES DE LA ACADEMIA

Reuniones plenarias

Se realizan el segundo y cuarto jueves de cada mes a las 18 y 30 horas

Reuniones del Consejo Directivo

Se realizan todos los jueves

Coloquios

Se realizan los quintos jueves de los meses de funcionamiento de la Academia, a las 18 y 30 horas en el Salón de Actos

Conferencias públicas

Se realizan en el Salón de Actos, en días jueves a las 19.00 horas, luego de la Reunión plenaria

11.- CONFERENCIAS, COLOQUIOS Y EXPOSICIONES

AÑO 2012

Nota: Por razones ajenas al expositor y a la Comisión de Publicaciones, en el Boletín de la Academia Nacional de Medicina del año 2012, no se pudo incluir el texto de la Conferencia “**La emergente ciencia del cuidado. El aumento sostenido del grado de dependencia y personas dependientes,**” dictada en la Academia el 27 de setiembre de 2012 por el Ac. José Grunberg.

Por la importancia del tema, en este Boletín del año 2013 se incluye el texto de un trabajo del Ac. Grunberg que resume todos los conceptos expuestos en aquella.

El Sistema Cuidado de larga duración ante el aumento progresivo de personas con diverso grado de pérdida de la autonomía.

Ac. José Grunberg

El progreso tecnológico y científico ha condicionado la supervivencia a personas con enfermedades no viables con la vida hace pocas décadas. Si bien el énfasis es mayor en los adultos mayores, debido a la longevidad progresiva de la población, el requerimiento de diverso grado de complejidad de cuidado se presenta a toda edad. Los pacientes en diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA) son emblemáticos.

El desafío importante contemporáneo es la incorporación en las acciones de cuidado de larga duración, que se desarrollan en el hábitat del paciente, en su entorno habitual. Los cuidados se basan en acciones salud de diversa complejidad, basados en un sistema “informal” de cuidadores integrado por personas familiares eventualmente con otros modelos relacionales (amigos, vecinos).

El sistema cuidado de larga duración está compuesto por el sistema de salud profesional, integrando el componente “informal”, personas con entrenamiento ad hoc para cada situación, y el o los receptores del cuidado.

Objetivos del Sistema Informal de Cuidados (SIC).

El objetivo del SIC es limitar o compensar la pérdida de grados de libertad de una persona, establecer recursos para aumentar la autonomía del cuidado, minimizar o convivir

con la pérdida, sin agregados de pérdida de libertad de los protagonistas. Este último tópico, es de mucha importancia, el polo cuidador puede lograr los objetivos a expensas de su propia limitación de grados de libertad. Por esa vía puede deteriorarse todo el sistema.

Características del SIC.

Está arraigado el concepto del sistema de cuidado informal, simplista, en el que existen dos constructos diferentes, el receptor del cuidado y el complejo cuidador, con un componente “informal” dominante. Es una perspectiva, diádica, unidireccional, desde el cuidador hacia el cuidado.

La realidad controvierte estas afirmaciones. El cuidado informal es una trama relacional, multidireccional entre los múltiples protagonistas, receptores y portadores del cuidado, potencialmente de reciprocidad y solapamiento de las acciones de los integrantes del SIC, sea en sus beneficios y en sus riesgos, deterioro de las relaciones familiares, potencial impacto económico negativo, depresión psíquica, “burn out”.

Expondremos ejemplos reales del SIC, emblemáticos, de su complejidad, imprevisibilidad, dinámica, cambios y solapamiento de roles protagónicos.

Casos clínicos.

Caso # 1. (Figura 1). Cuidado intergeneracional y recíproco.

Familia G. Insuficiencia renal crónica. Síndrome de Alport. La madre y dos hijos adolescentes, en DPCA. Los tres cambian su rol varias veces al día, de cuidadores a receptores de cuidados. El cuarto integrante de la familia, el padre, no participa en el sistema cuidado.

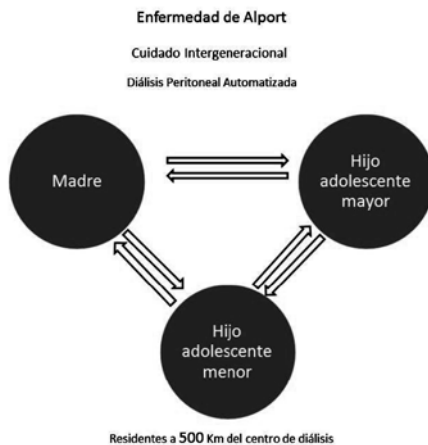


Figura 1

Caso # 2. (Figura 2). Cuidado Recíproco.

D. Paciente de 74 años en DPCA. Auto válido, con requerimientos mínimos de ayuda de su señora. Debido a litiasis renal y pielonefritis la señora evoluciona a la anuria requiriendo diálisis e ileostomía de urgencia. Recuperada la función renal, la señora regresa al domicilio, con indicaciones de cuidado de la pielostomía. D. se ocupa de los cuidados de la señora. Otros integrantes de la familia biológica no se incorporan al sistema cuidado de sus padres. Este caso es ejemplo de cuidado recíproco diádico entre parejas mayores y de dinámica y cambio del sistema cuidado ante emergencias.

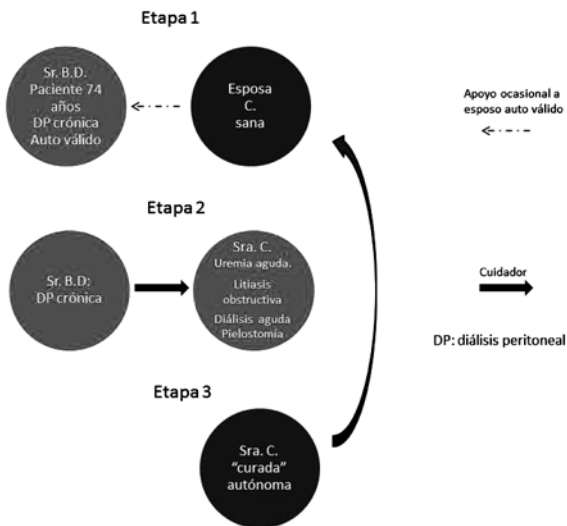


Figura 2

Caso # 3. Constelación de cuidadores familiares. Dinámica y cambio de roles en el sistema cuidado.

R. es una niña en DPCA. Dos tías abuelas, abuela y la madre, cuidadora principal, son las cuidadoras. Una tía abuela y la madre trabajan, siendo el sostén económico de la familia. Etapa con cuatro cuidadoras. Padre abandonó la familia y el país.

Una tía abuela, diabética requiere ser amputada del miembro inferior derecho debido a una vasculitis. En esta etapa, hay dos personas que requieren cuidado, R y la abuela amputada, tres cuidadoras, abuela, madre, y la tía abuela sana. R. participa en los cuidados de la tía abuela, adquiriendo el doble rol de cuidadora a receptora de cuidado.

El trabajo de la madre y tía abuela deben ser reestructurados para dedicar más tiempo y energía al cuidado familiar, con el problema de la disminución marcada de los ingresos económicos.

Conclusiones. Implicancias prácticas de los modelos de SIC.

Los casos presentados demuestran la complejidad del SIC, la multiplicidad de personas involucradas, la dinámica e imprevisibilidad, el cambio y solapamiento de roles entre cuidadores y receptores del cuidado.

Los casos analizados demuestran un aspecto poco destacado en la bibliografía, la participación de niños y adolescentes activos participantes en el sistema en ambos roles.

El cuidado “informal” se integra al sistema de salud formal, constituyendo un factor decisivo en el éxito o el fracaso del sistema en su objetivo mayor: minimizar la dependencia del entorno, aumentar la autonomía, compensar o reducir las limitaciones consecutivas a la enfermedad o a la edad.

El SIC no detecta o lo hace tardíamente, integrantes del sistema desconocidos o imperceptibles por el equipo de salud, dada la complejidad del proceso, pueden ser determinantes acciones positivas o negativas.

En nuestra experiencia, la participación de los cuidadores profesionales, queda limitada a las familias que la puedan solventar económicamente. La eficiencia del sistema “informal” de la familia y el entorno, son los determinantes mayores de la eficiencia.

Sin disponer de un estudio estadístico, con una metodología adecuada, es destacada la preeminencia femenina en los SIC. Es frecuente en nuestra experiencia en hogares con niños en diálisis crónica domiciliaria, que los cuidadores masculinos, en especial los padres, no participen y se auto-excluyan o abandonen el hogar. En un estudio en 13 niños y adolescentes en diálisis crónica domiciliaria, la cuidadora principal es la madre en todos los casos, seis padres se excluyen de participar en el cuidado y dos abandonaron el hogar. De los pacientes en DPC domiciliaria de 65 años y mayores, 11 tienen cuidadores principales o activos, nueve de ellos son mujeres, esposa e hijas.

Bibliografía.

Grunberg J. “Paidogeriatria”: 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. *Can Pediatr* 2010;34:7-13

Grunberg J. “Pedogeriatics”: a pediatric nephrologist’s outlook on common challenges facing pediatric and geriatric nephrologists. *Int Urol Nephrol* 2010;42:253-257

Grünberg J, Verocay C, Rébora A, Amaral C. (2005) Centro de diálisis crónica pediátrica: ámbito y oportunidades de promoción de resiliencia”. *Arch Latinoam Nefrol Pediatr* 5:58-62

Hagerty Lingler, J, Sherwood, Paula R, Crighton, Margaret H, Song, Mi-Kyung, Happ, Mary Beth. Conceptual Challenges in the Study of Caregiver-Care Recipient Relationships. *Nurs Res.* 2008; 57;367–372

Pouso J, Luzardo M, Caracha O. Métodos y recursos en investigación biomédica. Volumen II. Ediciones CLAEH. 2013. Montevideo.

Agradecimientos.

A las Dras. Cristina Verocay y Anabella Rébori, al Dr. Daniel Pérez, a las Nurses Gabriela Hekimian, Mariela Viera, Psic. Elena González y Lic. En Trabajo Social Carmen Amaral que me aportaron ideas y su valiosa experiencia.

Al Dr. Jorge Pouso que me orientó con su enfoque metodológico a clarificar el complejo sistema cuidado, y sus múltiples variantes.

AÑO 2013

En la Academia se realizaron las siguientes conferencias, coloquios y exposiciones:

11.1.- Genética: cómo se maneja en Medicina. (Exposición en el plenario)

Ac. Roberto Quadrelli.

21 de marzo de 2013

Buenas tardes.

Traje cuatro casos —todos ellos han sido publicados— a fin de que tengan una visión general de lo que hacemos en Genética Médica.

El primero tenía como motivo de consulta el aborto recurrente. Una pareja había tenido una historia de varios abortos espontáneos. Los rombos que ven en la imagen representan los abortos espontáneos en el primer semestre de gestación. También vemos un óbito —falleció antes de nacer, a las 38 semanas—; era polimalformado. Esta es una de las consultas frecuentes en Genética Médica. ¿Por qué? Aproximadamente entre un 8% y 10% en que una pareja tiene dos o más abortos espontáneos consecutivos, cabe la posibilidad de que alguno de los dos tenga una anomalía cromosómica balanceada —no le sobra ni le falta material genético—, pero cuando entra en la famosa meiosis surgen los desbalances. Vale destacar que el 50% de los abortos espontáneos son por anomalías cromosómicas. En este caso la madre tenía una translocación balanceada —era clínicamente normal— que involucraba a los cromosomas 6, 13 y 18.

¿Qué hace la Genética? Nos conectamos con toda la Medicina Asistencial a través del asesoramiento genético. Un hecho muy importante es que el objeto de la Genética Médica es la familia, mientras que para la Medicina clásica el objeto es el individuo. ¿Cuál es la unidad básica familiar? La unidad reproductiva y su gestación. Un aborto espontáneo forma parte de la familia porque muchas veces es la expresión de un trastorno cromosómico. Entonces, la Genética Médica estudia familias y asesora parejas.

Se le informa a la madre que tiene un trastorno cromosómico, que es alto el riesgo de un desbalance cromosómico y por lo tanto de niños malformados. De todos modos, al tiempo se presenta con un nuevo embarazo. Se le hace diagnóstico prenatal y se comprueba que el chico tiene una trisomía parcial del 13 y una monosomía parcial del 18. La señora decidió continuar con el embarazo y finalmente nació un chico muy malformado. Esta foto que vemos en la imagen es la del chico a los 14 años; hoy ya tiene 18. El matrimonio

se disolvió y la madre se dedicó prácticamente a su hijo. Hicimos 14 años de seguimiento a este caso y lo publicamos en una revista de marcadores moleculares y testigos genéticos.

Otro motivo de consulta es el de un hijo malformado fallecido. Este caso lo publicamos en una revista iberoamericana de Medicina fetal y perinatal. En la imagen pueden ver la microretrognatia muy importante que tiene; el chico falleció por insuficiencia respiratoria. Esta pareja pide un diagnóstico perinatal a partir del diagnóstico retrospectivo que habíamos hecho.

Este síndrome tiene una severa microretrognatia y efectos costales característicos. El retardo mental está presente en algunos pacientes y es dominante con una gran variabilidad en la expresión. Dominante significa que siempre puede haber alguno presente en las distintas generaciones. ¿Cómo lo asesoramos? Pensando que era una característica dominante y que se trataba de un síndrome hereditario hicimos un relevamiento genealógico familiar. Aquí vemos la foto del esposo cuando nació, donde se nota la microretrognatia; luego fue operado y usó prótesis durante muchos años. En aquel momento se le diagnosticó secuencia de Pierre Robin. Este síndrome no tiene definición molecular; hay genes “candidatos” pero no se sabe a ciencia cierta cuál es el responsable. Al ser padre portador y tener un hijo afectado, el riesgo es alto. En un próximo embarazo se detectó una microretrognatia muy importante en el feto. Ellos decidieron la interrupción del embarazo. El estudio cromosómico fue normal porque el tema no está en los cromosomas sino en los genes.

El asesoramiento genético deberá proveer a la pareja el máximo de información disponible y necesaria para que puedan tomar una decisión. En 1975, la asociación americana recomendó que el asesoramiento lo lleve adelante una persona entrenada para comprender los actos médicos, como los diagnósticos, el posible curso de la enfermedad, el tratamiento disponible, conocer el modo en que la herencia configura el trastorno y el riesgo de recurrencia, elegir una forma de actuación que le parezca adecuada a su visión del riesgo, a sus objetivos familiares, a sus normas éticas y religiosas actuando de acuerdo con esa decisión y llevar a cabo la mejor adaptación posible cuando el individuo nace con la discapacidad.

Ahora pasamos al tercer caso que, a pedido del Académico Médici, es neurológico. Este lo publicamos en la Revista Médica Uruguaya. En rigor, el diagnóstico lo hizo la Doctora Marlene Ferreira. CADASIL es el acrónimo en inglés; es una arteriopatía cerebral cromosómica dominante, con infartos subcorticales y leucoencefalopatía. Aunque nos venga un diagnóstico del mejor nivel posible —como en este caso—, siempre hay que ponerlo en duda a fin de estar muy seguro del fenotipo. En 1996 se identificó el gene responsable de esta enfermedad: se llama NOTCH 3. Este gene produce una proteína receptora que tiene un papel importante en el desarrollo, función y mantenimiento de las células musculares lisas. Se estudia a tres integrantes: a dos hermanos y la madre. En los tres se encontró el gene, aunque vale decir que no lo buscamos nosotros sino que se hizo en Estados Unidos. Recuerdan que en la molécula de ADN la secuencia nucleotómica está determinada por la presencia de guanina, adenina, citocina y timina. En este caso ha sido reemplazado por adenina, adenina, guanina. Quiere decir que se alteró un solo nucleótido: la timina por la adenina. Eso es suficiente para generar una proteína totalmente anómala.

Es una familia uruguaya en la cual se hizo diagnóstico con confirmación ultra estructural mediante biopsia de piel y músculo y estudios de genética molecular. Si bien hasta el momento no hay estrategias específicas de prevención y tratamiento, destacamos la importancia del diagnóstico precoz de esta enfermedad para el asesoramiento genético. La anticoagulación y angiografía estarían contraindicadas pues pueden precipitar un ataque cerebro-vascular. Naturalmente, si alguno tiene el gene y cursa un embarazo, prenatalmente se puede determinar si el chico va a ser portador, o no. Jerarquizamos la estrecha colaboración entre neurólogos, imagenólogos, patólogos y genetistas. Es bueno que el asesor tenga la capacidad de obtener la confianza de quienes consultan y comprender los problemas emocionales, a menudo, complejos que han motivado la consulta, poder comunicar los hechos en términos inteligibles para el profano y discutir la situación individual con el debido equilibrio entre simpatía y objetividad.

El último caso que voy a exponer es el de una joven de 18 años que plantea su deseo de tener hijos sin el problema de su familia. Ella está pidiendo un asesoramiento preconcepcional. Pretende que se le haga un pronóstico familiar. Este era el caso propósito; se dice *propósito* a aquel a partir del cual se estudia a la familia. Terminó siendo un síndrome no descrito en la literatura, facio cardio músculo esquelético. En el año 2000 le llamamos *Síndrome Uruguay*. Las características que presenta son: aspecto de deportista, problemas de columna, pies anchos, no tienen retardo mental y mueren todos por cardiopatías entre los 40 y los 45 años. Además, lo transmiten las mujeres. En esta familia había seis afectados, todos de ellos varones. Eso nos facilitó la búsqueda del gene porque no había que buscarlo en los varones, sino en las madres que habían tenido hijos afectados. Esto lo publicamos en una de las revistas más importantes de Genética en 2000. Desde el punto de vista clínico podemos decir que es una enfermedad ligada al cromosoma x, con hipertrofia muscular y esquelética, tiene una miotonía y un elevado CPK. Se estudia desde el punto de vista molecular con la ayuda de tres países: Austria, Alemania y Estados Unidos. Ellos genotiparon los tres hombres afectados —dos de los cuales han fallecido— y definieron a qué altura del cromosoma x estaba la secuencia del exoma; se llama así a los genes que se expresan. Se encontraron cinco genes candidatos y un solo nucleótido afectado. Se ubicó en la parte del brazo largo del cromosoma xq y se denomina FHL1. Como tiene ese componente cardíaco, les interesa mucho y ahora están estudiando una serie de características sobre todo de la fisiopatología de la proteína anormal. Ellos querían saber quiénes tenían la segregación. Entonces, le mandamos ADN de toda esta gente.

(Muestra distintas imágenes)

No es un gene conservado en el proceso evolutivo, por lo que no es fundamental sino patológico. La segregación familiar, la conservación, la frecuencia alélica y la consecuencia molecular de la mutación ya están definidas. Falta determinar por qué se expresa en determinados tejidos y en otros no. Hace dos meses les enviamos una biopsia muscular para estudiar el ARN. Ellos descubrieron otra miopatía escápulo axio peroneal ligada al x que está muy cerquita a la misma familia que tenemos nosotros y ahora están analizando cuál es la diferencia entre una patología y otra. La que describieron ellos se da tanto en mujeres como en varones, mientras que la que describimos nosotros se da solamente en mujeres. Además, en un caso la muerte es más temprana que en el otro y la hipertrofia muscular es total en nuestra familia y parcial en la que estudian ellos. Cabría preguntarse

por qué existen estas diferencias cuando se trata de un mismo gene. ¿Si las consecuencias de las mutaciones son las mismas por qué los fenotipos son tan distintos?

Muchas gracias.

11.2.- Función fisonómica del rostro y un mecanismo peculiar de daño (Exposición en el plenario)

*Ac. Guido Berro
11 de abril de 2013*

Introducción

Las lesiones en el rostro preocupan en lo pericial por sus dificultades de valoración, así ya en 1983 con los colegas Soiza y Zinno nos referíamos a los *“Problemas Periciales en las Lesiones Personales: la Deformación Permanente del Rostro”*. Y hacíamos notar que son lesiones que han recibido distintos tratamientos medico legales y valoraciones jurídicas. Así en lo penal por ejemplo en la Argentina según el art. 90 del Código es lesión grave la deformación permanente del rostro. En Brasil, siguiendo la codificación alemana, el art. 129 inc.2º del Código Penal tipifica lesión gravísima la lesión deformación permanente de cualquier región del cuerpo. En Italia (Código Penal art.583) es lesión gravísima tanto la deformación como el “sfregio” y, en nuestro país Uruguay, es lesión gravísima la deformación permanente del rostro, art.318 inc.4º del Código Penal Uruguayo (CPU).

La valoración en lo civil no ha sido tampoco para nada sencilla.

El perito se ha enfrentado muchas veces a varios interrogantes frente a lesiones que asientan el rostro.

Rostro

Primero y antes que nada tendrá que formarse una opinión sobre lo que se entiende por rostro y ya verá que no hay unanimidades. En opinión personal no queda limitado al facies, o sólo a lo anatómico, sino que abarca zonas limitrofes, las orejas por ejemplo, que en conjunto integran la fisonomía.

Luego, aunque poco frecuente, deberá el perito despejar lesiones simuladas, tener en cuenta el estado anterior y establecer una relación de causalidad probada.

Posteriormente hará la descripción lo más objetiva posible de la lesión, muchas veces acompañándola de fotografía actual y en lo posible previa, para su comparación. Se describirá la evolución, la consolidación y secuelas con anotación precisa de localización y relaciones con estructuras anatómicas, dimensiones en ancho y longitud, profundidad, su forma, color, existencia o no de fenómenos retráctiles sobre estructuras subyacentes y adyacentes, adherencias a planos profundos, pérdidas de sustancia, perturbaciones dinámicas que pueden no ser aparentes a la inspección estática (por ejemplo al reír, soplar, silbar, hacer muecas y mímicas), la cicatrización por primera o segunda intención, injertos, etc.

Pero lo que más me interesa hoy, antes de entrar en una forma peculiar de lesión que vemos en Montevideo, es como valorar estas lesiones y fundamentalmente, cual es el concepto médico-legal del rostro.

Función fisonómica

En lo personal estoy de acuerdo con que el concepto a ser empleado en las valoraciones de las lesiones del rostro, siguiendo las concepciones de Césare Gerin, debe basarse en el reconocimiento médico-legal de la existencia de una función verdadera y real del mismo: la denominada “función fisonómica”.

De acuerdo con esos conceptos médico-legales, esta función fisonómica (como se dijo descrita entre otros, por autores de la escuela medico legal italiana, como el Prof. Césare Gerin) además de la alteración estrictamente anátomo-funcional conlleva aspectos de repercusión moral, psicológica, social y hasta económica.

Según esta conceptualización el rostro no es solo la tarjeta de presentación sujeta a parámetros estéticos ni de belleza, muy exigentes por cierto en la cultura social actual, sino que es tributario de profundas connotaciones psicológicas, éticas, económicas y sociales.

Debilitación y deformación

El perito podrá entonces hablar de una verdadera debilitación o menoscabo funcional o daño bio-psico-social ocasionado por determinada lesión del rostro que ocasiona un evidente daño, incluso menor, sin llegar a una desfiguración, en tan peculiar función fisonómica que reúne los atributos antedichos. En países que como Uruguay, en materia penal, se tipifica la deformación permanente del rostro como delito gravísimo, con esta propuesta podría admitirse una graduación menor o la lesión grave cuando hay una alteración fisonómica que no llegare a desfigurar, que no rompe la simetría global.

Pero advertimos que en pocas lesiones como las del rostro el perito habrá que esforzarse tanto por ser objetivo en la descripción y valoración.

Mampara

En nuestro país hace 20 años, por resolución de la Intendencia Municipal de Montevideo N°2269/93, actualmente incorporada al Digesto Municipal con el N° R 501 Vol. 5, es obligatorio en Montevideo el uso de mampara de protección en los taxímetros. Este dispositivo que separa el habitáculo posterior del delantero es extremadamente duro, de acero y vidrio, es antibalas, probado en ese sentido por la Policía Técnica, y se puso como defensivo frente a la ola de rapiñas con muertes de taximetristas.

Lesiones

Como resultado de esto e indudablemente favorecido por el no uso de cinturones de seguridad en los pasajeros traseros, amén de que los automóviles no ser lo suficientemente amplios quedando el rostro muy cerca de ese fuerte obstáculo, se asiste a un peculiar y frecuente aumento de lesiones en el rostro, odonto-maxilares y faciales, fronto-nasales y también cervicales y craneales. Algunas realmente graves. Así por ejemplo volvemos a ver con frecuencia aquellas fracturas descritas por René Lefort en 1900 en sus tres categorías, es decir las LeFort I o maxilares transversas de Guerin, las Lefort II o piramidales y las LeFort III o disyunciones cráneo-faciales. Lesiones producidas por choque frontal con retroceso del macizo facial. Dislocaciones mandibulares, meniscales, con secuelas condíleas que se traducen por limitaciones de la apertura bucal. Otros casos en que en lugar de dislocaciones meniscales se producen hemartrosis temporomaxilares con sinequias,

anquilosis o soldaduras generadoras de graves secuelas. La apertura normal de la boca es de 35 a 50mm y hemos visto secueledos con aperturas de no más de 25mm.

El uso del cinturón de seguridad, si es de tres puntos y no es solo de cintura y si está bien puesto, impide que el cuerpo se desplace hacia delante al momento del choque disminuyendo los efectos del mismo, pero no siempre impide el contacto con la mampara, pero además es muy poco frecuente su uso en los asientos posteriores de los taxímetros y recientemente es obligatorio su uso como ya lo era en asientos delanteros. En realidad el cinturón de seguridad previene la vida y las lesiones corporales, no es tan efectivo para el rostro, ni siquiera en los asientos delanteros, menos aún en los traseros con una mampara tan cerca y vehículos tan poco espaciosos. No se hizo un estudio científico del uso de la mampara, solo balístico. Por ejemplo es del caso plantear la necesidad del air-bag, como elemento de protección que sí puede prevenir las lesiones de rostro. No veo que sea de fácil implementación en los taxis nuestros con mamparas, pudiendo ocasionar asfixia.

Prevención

Por último, para finalizar, enfatizar en lo que considero puede ser nuestro rol también desde la Medicina legal, la valoración del daño y como médicos en general. Pues bien, ¿Cuál ha sido la respuesta medico legal hasta ahora? Ha sido:

- El registro de casos.
- La peritación de víctimas.
- La calificación médico legal de las lesiones en lo Penal.
- La valoración del daño a la persona y su baremización.
- La realización a veces de autopsias, porque pueden haber casos mortales.
- Y entiendo que tenemos una deuda muy grande como médicos y como médicos legistas en cuanto a la Prevención.

Concretamente, en la situación motivo de esta ponencia no dudo que tendremos que informar de la patología generada con la mampara, la necesidad del uso correcto de cinturones de seguridad, el extender la obligatoriedad a los pasajeros posteriores (Nota: ya se ha hecho). Cinturones que no sean únicamente de cintura. Vehículos de dimensiones apropiadas, no puede ir un pasajero con sus rodillas contra la mampara y el rostro a pocos centímetros de la misma. Alarmas si los cinturones no están colocados.

En suma, la Medicina legal y la valoración del daño corporal tienen mucho para aportar en lo preventivo y no es común que se lo haga, aunque sí lo considero relevante nos lo planteemos como un nuevo rol social de la disciplina medico legal.

Bibliografía

Antonioti E, De Petra G: *Basi dottrinali del danno fisiognomico ne idiversi ambiti giuridici: Il danno estetico in sede penale*. Zacchia, VIII (2):146-208, 1972.

Criado Del Río M T y Murcia E: “*1er. Curso Internacional sobre Valoración del Daño a la Persona, Baremología y Baremación*”. Coordinador Prof. Dr. Guido Berro Rovira. Dpto. de Medicina Legal. Facultad de Medicina. UdelAR. 150pp. Montevideo, 2005.

INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO (IMM): Resolución N°2269/93.

Soiza A, Zinno A y Berro G: “*Problemas Periciales en las Lesiones Personales: la Deformación Permanente del Rostro*”. Actas de las Séptimas Jornadas Médico-legales y Criminológicas: 109-112. Tucumán, R. A. 1983.

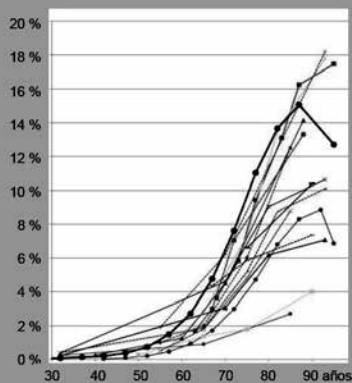
11.3.- Fibrilación auricular para no cardiólogos (Exposición en el plenario)

*Ac. Carlos Romero
25 de abril de 2013*

Hace pocas semanas, en una de las habituales reuniones de café con otros académicos promovidas por el Ac. Probst, yo pedí un café descafeinado y los otros 3 o 4 contertulios se sumaron a mi pedido. Entendí que, dado que las reuniones son matinales, no era el temor al insomnio, sino el temor a las arritmias (o a las palpitaciones) lo que nos llevó a evitar la cafeína (por lo menos, ese es mi caso). Me pareció entonces que, dada la edad de los académicos, podría ser de interés presentarles algunos datos en torno a ciertos aspectos novedosos en el manejo de la arritmia persistente más habitual en la población, especialmente en adultos mayores, la fibrilación auricular (FA).

Precisamente la semana pasada se publicó este artículo que muestra cómo aumenta notablemente con la edad la prevalencia de FA (en negro los datos de más de 8 millones de alemanes, pero varios estudios previos muestran resultados similares).

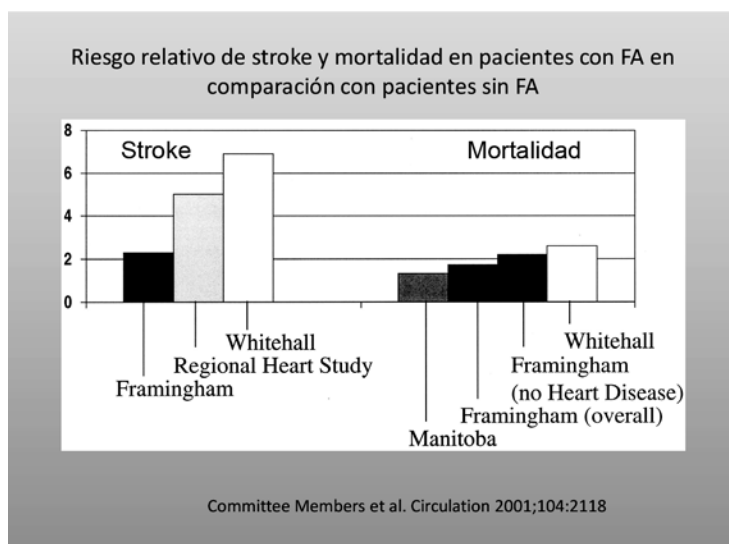
Prevalencia de la FA en una población de 8.3 millones de personas dependientes de un seguro de salud en Alemania



Wilke T, Europace 2013;15:486

Si trasladamos estos porcentajes a nuestra Academia, siendo la edad de la mayoría de los académicos superior a los 70 años, deberíamos tener 3 a 5 personas con FA.

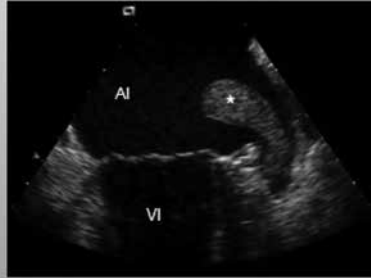
La fibrilación de una cámara cardíaca es una condición en la que la actividad coordinada de sus paredes (dependiente de estímulos eléctricos) es sustituida por una activación eléctrica –y consecutivamente la mecánica- caótica, desorganizada: unas fibras musculares se contraen en tanto otras se relajan, lo que en definitiva determina que no se cumpla la función “bomba” de la cámara. En el caso de las cámaras que deben desarrollar una elevada presión, como es el ventrículo izquierdo, la fibrilación es incompatible con la vida. En cambio, en el caso de las aurículas, en las que su régimen tensional es mucho menor la fibrilación es perfectamente compatible con la vida. De todas formas la presencia de FA determina riesgos de stroke 2 a 7 veces mayores que los de los no fibrilados en estas poblaciones y groseramente duplica el riesgo de muerte en estos otros.



¿Cuáles son los mecanismos por los que aumentan el riesgo de stroke y el de muerte?

A los mecanismos que comprometen el gasto cardíaco se le suma otro fenómeno de gran trascendencia: ante la falla de la contracción auricular, el flujo de sangre en ellas es lento, lo que favorece la formación de trombos. Lo mismo sucede en las zonas con menos movimiento de agua en las playas: es allí donde se junta la resaca. Las orejuelas son las zonas de mayor estancamiento de la sangre; la orejuela izquierda es el apéndice más inútil y funesto de la economía, tanto que durante la cirugía cardíaca, si el procedimiento supone un fácil acceso a la aurícula izquierda, los cirujanos suelen cerrar preventivamente el orificio de acceso a la orejuela.

Trombo en la orejuela izquierda



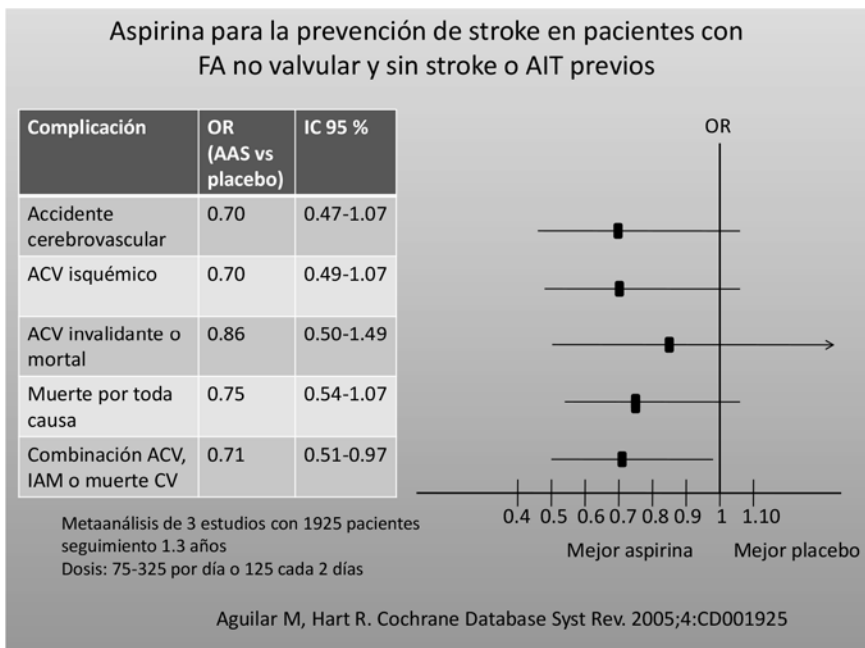
Estos trombos pueden desprenderse y embolizar hacia cualquier sector de la economía. Por razones anatómicas que determinan flujos preferenciales, un destino habitual es la circulación encefálica, con consecuencias que pueden llegar a ser catastróficas: los ataques cerebrales. Pero, aún sin la espectacularidad que puede tener un stroke con una gran manifestación clínica, pequeños y reiterados trombos que determinan otros tantos microinfartos, pueden llevar a un deterioro progresivo de las funciones intelectuales.

Consecuencias de la FA

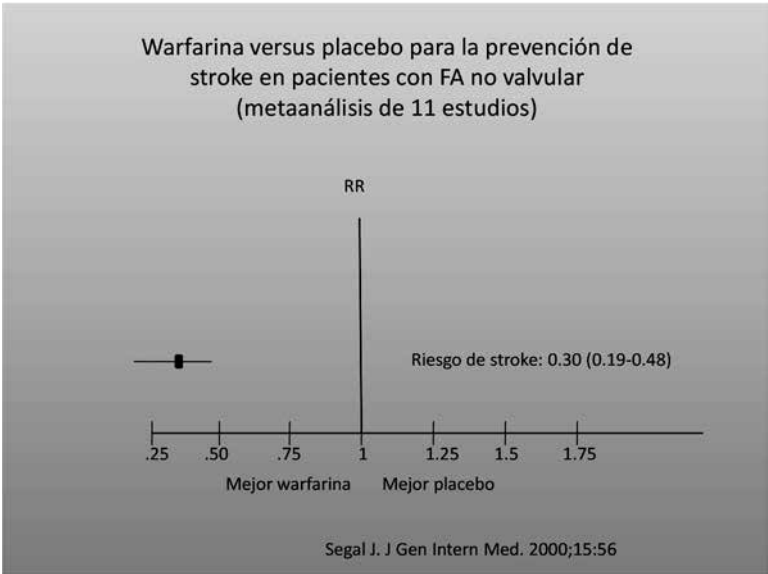
1. Pérdida de la contribución de la contracción auricular al gasto cardíaco
 2. Frecuencia cardíaca inadecuada si
 - a. es muy baja o
 - b. es muy alta
 3. Enlentecimiento de la sangre en las aurículas
→ trombosis
 4. Embolia
- Compromiso del gasto cardíaco
- Fenómenos tromboembólicos

¿Pueden prevenirse los fenómenos tromboembólicos? Este es precisamente el punto que desarrollaremos, dejando para otra oportunidad, por razones de tiempo, los otros aspectos.

La primera intervención farmacológica para la prevención de la tromboembolia, fue el uso de aspirina. Una revisión Cochrane del año 2005 nos muestra que diversos eventos (accidente cerebrovascular, accidente cerebrovascular isquémico, invalidante o mortal o muerte por toda causa) mostraron descensos en relación con quienes no recibieron aspirina, descensos que aunque individualmente no alcanzaron significación estadística (los intervalos de confianza incluyen el odds ratio 1), la combinación de todos los eventos, sí mostró descensos estadísticamente significativos, en el orden del 30%, en un análisis conjunto (meta análisis) de 3 estudios que incluyeron 1925 pacientes portadores de FA, sin valvulopatía ni antecedentes de stroke tratados con dosis variables de aspirina y un seguimiento de 1.3 años. Se concluye entonces que tomar aspirina es mejor que no tomar nada cuando el paciente tiene una FA no vinculada a una patología valvular.



El siguiente paso fue el uso de anticoagulantes orales (ACO) dicumarínicos, de los cuales el más utilizado en nuestro medio es la warfarina. El meta análisis (de Segal) de 11 estudios mostró una reducción del 70 % del riesgo de stroke con warfarina versus placebo.



Pero dado que la aspirina es mejor que el placebo, veamos cómo se comparan warfarina y aspirina. En pacientes con riesgo alto o moderado, se comporta mejor la warfarina.

Warfarina versus aspirina para la prevención de stroke en pacientes con FA no valvular

Riesgo de stroke al año	Sin tratamiento	Con AAS	Con warfarina
Alto (stroke previo)	12 %	10 %	4-5 %
Alto (edad>75 años, DM, HA)	8 %	4-5 %	1-2 %
		-	-
Moderado (edad<65 a + otros FR)	4 %	1 %	1 %
Bajo (edad<65 años, sin otros FR)	1 %		

Lip G, Br J Clin Pharmacol 1996;41:369

¿Es posible estimar el riesgo de stroke?

En base al análisis de datos de la realidad se construyó un score de riesgo de stroke, el score CHADS2, acrónimo del inglés por Congestive (congestión, o sea insuficiencia cardíaca congestiva o disfunción ventricular izquierda), Hypertension, Age (edad mayor a 75 años), Diabetes y antecedentes de Stroke (o AIT o tromboembolismo), pesando cada uno de los distintos factores 1 punto, salvo el último que se valora doblemente; arroja un máximo posible de 6 puntos.

Score de riesgo de tromboembolismo en la FA (CHADS2)

Letra	Factor	Puntaje
C	Congestión (ICC) / disfunción VI	1
H	Hipertensión	1
A	Edad (age) > 75 años	1
D	Diabetes	1
S	Stroke/AIT/TE	2
	Máximo puntaje	6

Gage BF, Circulation 2004;110:2287

Más recientemente se refinó este score, adjudicándole 2 puntos a la edad > 75 años, y agregando otros factores: V (por infarto de miocardio, enfermedad Vasculat periférica, placa aórtica), A por edad mayor a 65 años, Sc por sex category, para el sexo femenino. El máximo es entonces 9 puntos. El score es el CHA2DS2VASc.

Score de riesgo de tromboembolismo en la FA (CHA2DS2VASc)

Letra	Factor	Puntaje
C	Congestión (ICC) / disfunción VI	1
H	Hipertensión	1
A	Edad (age) > 75 años	2
D	Diabetes	1
S	Stroke/AIT/TE	2
V	Vascular enfermedad (infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, placa aórtica)	1
A	Edad (age) 65-74 años	1
Sc	Sexo categoría (sexo femenino)	1
Máximo puntaje		9

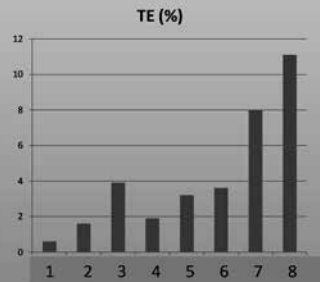
Lip G, Chest 2010;137:263

¿Cómo se comporta este score en la predicción de fenómenos tromboembólicos en el mundo real?

Se ha encontrado una adecuada predicción en una población de 73538 pacientes seguidos por hasta 10 años en Dinamarca y en otra de 7329 pacientes en Gran Bretaña.

Performance del score CHA2DS2VASc en el mundo real (73538 daneses en seguimiento de hasta 10 años)

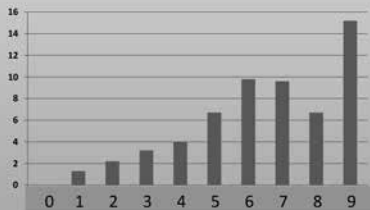
Puntaje	Nº de participantes	Tasa anual de TE (%)
0	103	0
1	162	0.6
2	184	1.6
3	203	3.9
4	208	1.9
5	95	3.2
6	57	3.9
7	25	8.0
8	9	11.1
9	1	100



Lip G, Chest 2010;137:263

Performance del score CHA2DS2VASc en el mundo real (SPORTIF) en 7329 ingleses

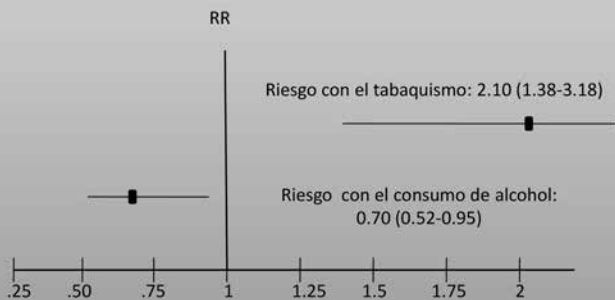
Puntaje	Nº de participantes	Tasa anual de TE (%)
0	1	0
1	422	1.3
2	0	2.2
3	1730	3.2
4	1718	4.0
5	1159	6.7
6	679	9.8
7	294	9.6
8	82	6.7
9	14	15.2



Lip G, Stroke 2010;41:2731

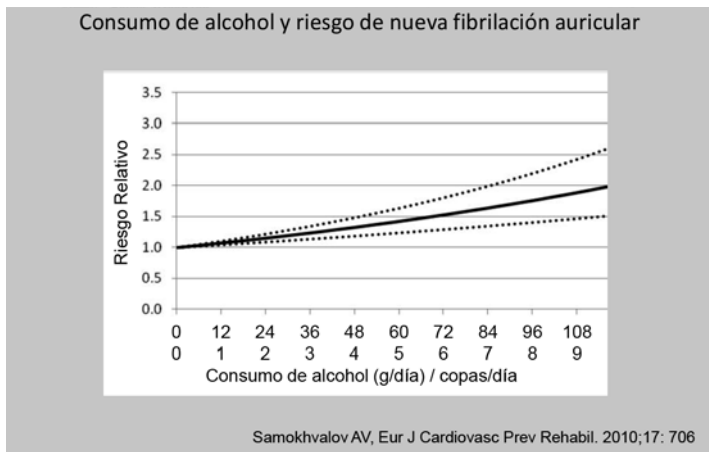
Una digresión: ustedes habrán oído que mucha gente tiene miedo de tomar alcohol cuando está recibiendo antibióticos o cuando toma anticoagulantes. Pues en este último estudio, el consumo de alcohol fue protector (HR, 0.70; P=0.02), lo que no es de extrañar dado que el consumo de alcohol disminuye los niveles de factores protrombóticos y aumenta los de los fibrinolíticos en forma proporcional a la dosis consumida.

Influencia del alcohol y el tabaquismo en el riesgo de fenómenos tromboembólicos en el estudio SPORTIF

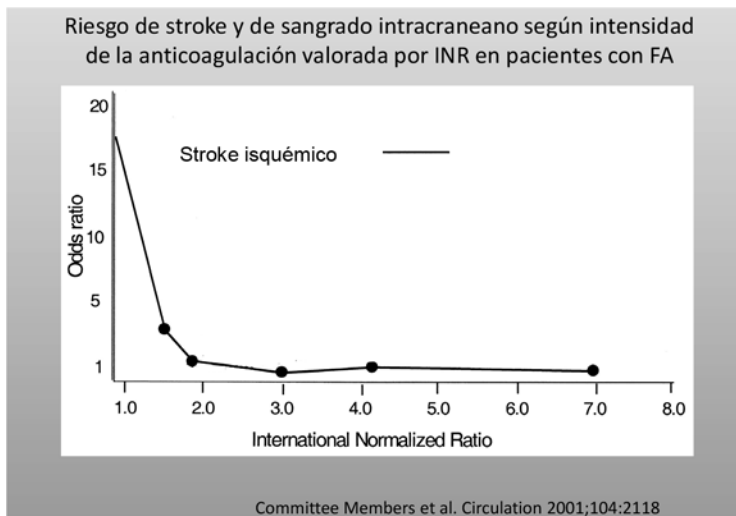


Lip G, Stroke 2010;41:2731

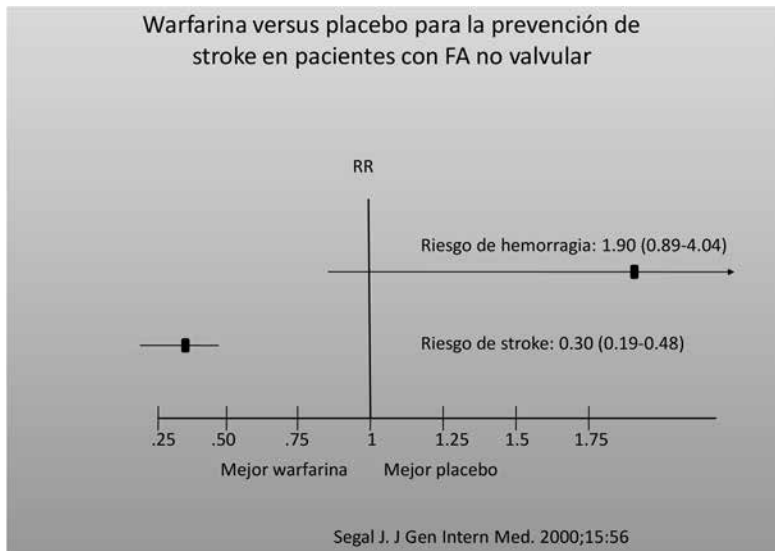
Pero, como contrapartida, el alcohol aumenta el riesgo de aparición de FA en pacientes en ritmo sinusal; quienes consumen una medida diaria (de vino, whisky, cerveza) tienen un riesgo de padecer una FA 8 % mayor que el de los abstemios. En definitiva, ninguna norma avala el uso del alcohol para prevenir fenómenos tromboembólicos en pacientes con FA. En ese mismo estudio el tabaquismo duplicó el riesgo (HR, 2.10; $P=0.0005$) de tromboembolia en pacientes con FA.



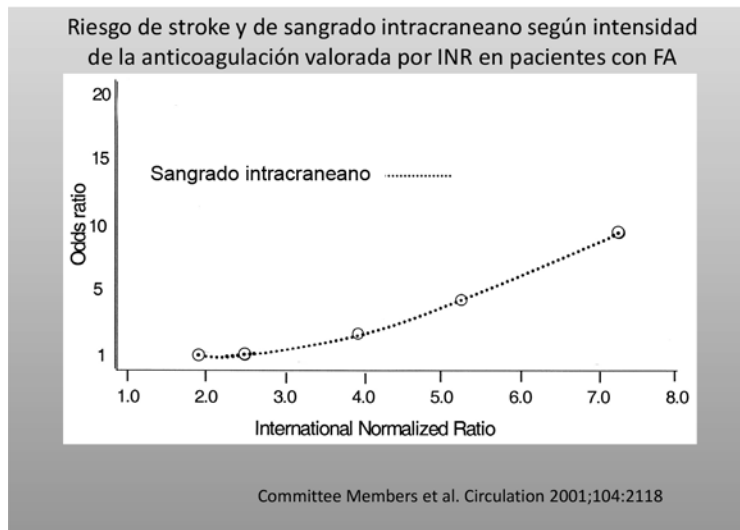
La warfarina disminuye el riesgo de trombosis tanto más cuanto mayor el nivel de anticoagulación alcanzado, según valoración por el INR.



Habíamos visto varias diapositivas atrás que la warfarina disminuye el riesgo de stroke, pero también aumenta el riesgo de hemorragias.



Y este riesgo también aumenta a medida que aumenta la intensidad de la anticoagulación.



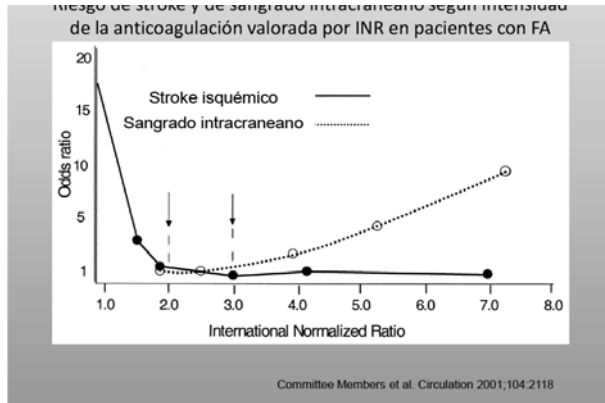
¿Es posible estimar el riesgo de hemorragias severas? También aquí se ha elaborado un score de riesgo, ingeniosamente denominado HAS-BLED (ha sangrado) por los factores Hipertensión, Age, Stroke previo, Blood –sangrado previo-, Labilidad del INR, Edad > 65 años y Drogas antiplaquetarias o AINE y/o alcoholismo. Como ustedes pueden observar, algunos de los factores están presentes tanto en el riesgo de fenómenos tromboembólicos como en el de hemorragia, haciendo más difícil la toma de decisiones.

Score HAS-BLED para la estimación del riesgo de sangrado

Letra	Componente	Puntaje
H	Hipertensión arterial (PAS>160 mmHg)	1
A	Anormal función renal y/o hepática	1 o 2
S	Stroke previo	1
B	Sangrado (bleeding) previo	1
L	Labilidad del INR	1
E	Edad > 65 años	1
D	Drogas antiplaquetarias/AINE y/o alcoholismo	1 o 2
Máximo puntaje posible		9

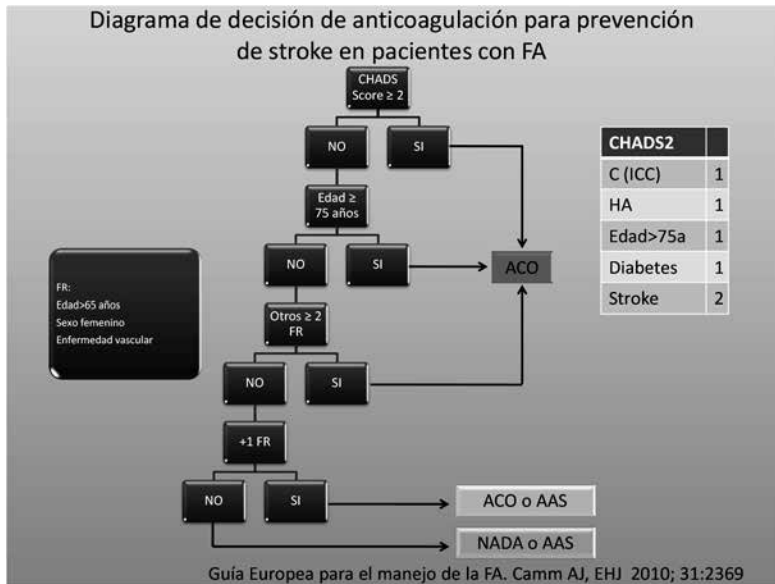
Pisters R, Chest 2012;138:1093

En este score de riesgo de hemorragia se ha hecho presente un molesto factor de riesgo: la labilidad del INR o sea la inestabilidad de los niveles de anticoagulación logrados, que analizaremos después. El riesgo de stroke aumenta cuando los niveles de anticoagulación son insuficientes, y el riesgo de hemorragia aumenta cuando esos niveles aumentan. Como sucede con tantas variables, los riesgos exhiben un comportamiento que sigue una curva en forma de J (o en U). Los niveles de anticoagulación se valoran por el INR (International Normalized Ratio). Valores de INR entre 2 y 3 representan la mejor situación para el compromiso de los riesgos de ambos eventos.



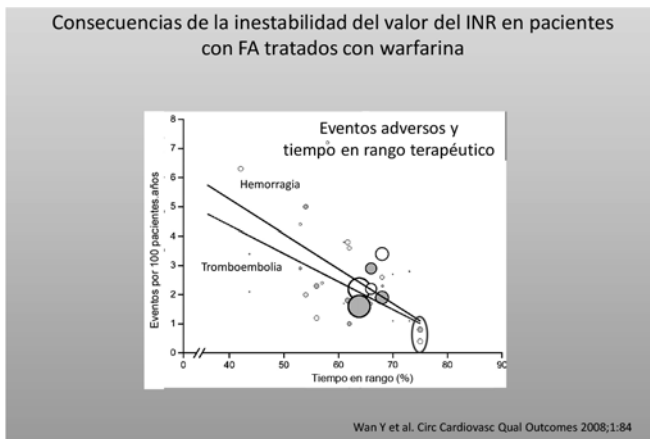
De la compleja interrelación entre los riesgos de tromboembolismo y hemorragias surge la necesidad de establecer criterios para anticoagular o no a los pacientes con FA. Pacientes con bajo riesgo de tromboembolia no deberían ser anticoagulados; los demás sí.

Un esquema para guiar el uso de ACO es el elaborado por la Sociedad Europea de Cardiología, que no podemos analizar en detalle, pero como ustedes pueden observar, toma en cuenta la presencia de diversos factores de riesgo. Es de destacar que la sola presencia de hipertensión a una edad superior a 75 años, asociación frecuente, indica la conveniencia de anticoagular a los pacientes con FA.

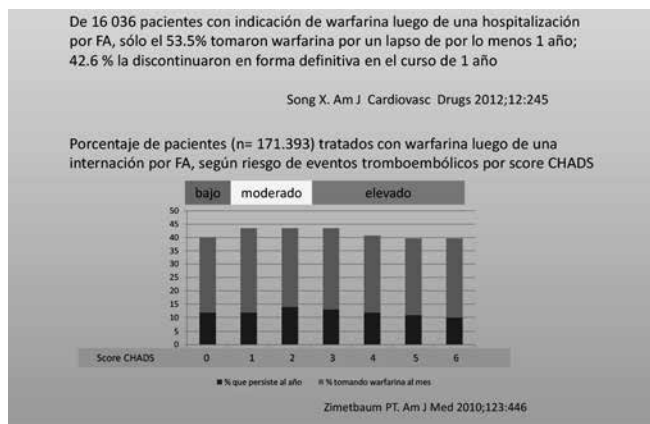


El tratamiento con warfarina es molesto. Las frecuentes interacciones con otros medicamentos, con ciertos alimentos y hasta con cambios climáticos, olvidos o reiteraciones de dosis porque el paciente no recuerda si la tomó, etc. determinan que los niveles de anticoagulación logrados sean variables y requieran ajustes frecuentes según los valores del INR.

Todos esos factores hacen que muchas veces los valores de INR estén por encima o por debajo del rango deseado. Y eso tiene consecuencias funestas. Efectivamente, cuanto más tiempo estén por debajo del rango, tanto mayor el riesgo de tromboembolia, y cuanto más tiempo estén por encima, tanto mayor el riesgo de sangrado.



Dadas las dificultades de la anticoagulación con warfarina, es frecuente que los pacientes que deben recibir warfarina dejen de tomarla. Un estudio realizado en Boston, mostró un gran caída en el cumplimiento de la medicación al año, y aún al mes de la indicación, independientemente del riesgo de stroke.



¿Existen otros ACO que no tengan los inconvenientes de la warfarina?

Se han librado al uso nuevos ACO que operan en distintos niveles del proceso de la coagulación, que no son afectados por otros fármacos o alimentos, que son aplicables en dosis fijas y que no requieren determinación de los niveles de anticoagulación logrados. Los disponibles en nuestro medio son el dabigatrán y el rivaroxabán. El 1º se debe administrar 2 veces al día. No existe antídoto en caso de que se produzca una hemorragia, al revés de lo que sucede con la warfarina cuyos efectos se neutralizan con vitamina K y plasma. Dada su eliminación renal, podría ser eliminado por diálisis. El rivaroxabán se administra una sola vez por día, lo que mejora la adherencia al tratamiento, pero no tiene otro antídoto más que el tiempo. Es posible que se desarrollen otros ACO que resuelvan este problema o que se encuentren antídotos específicos para los actuales.

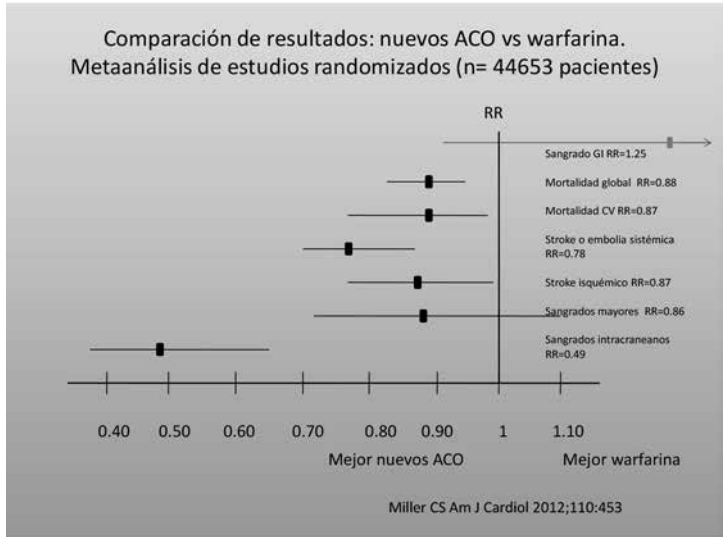
Warfarina y nuevos anticoagulantes orales

	Warfarina	Apixaban	Rivaroxaban (Xarelto)	Dabigatran (Pradaxa)
Lugar de acción	Factores II, VII, IX Y X, proteína C y S	Factor Xa	Factor Xa	Trombina
Posología	1-10	5 mg 2 por día	20 mg 1 por día	110-150 mg 2 por día
Vida media	20-60 horas	9-14 horas	5-9 horas (más en añosos)	12-17 horas
Metabolismo renal	0%	33%	25%	80%
Metabolismo hepático	100%	67%	75%	20%
Antídoto	Vit K, plasma	No existe	No existe	Diálisis

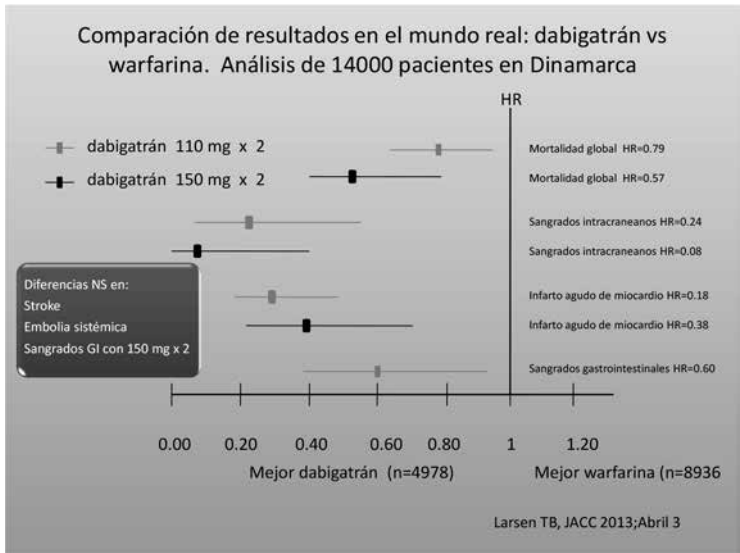
Lindsay BD, Clev Clin JMs 2012;79:553

Mientras tanto ¿cómo se comportan los nuevos ACO disponibles frente a la warfarina?

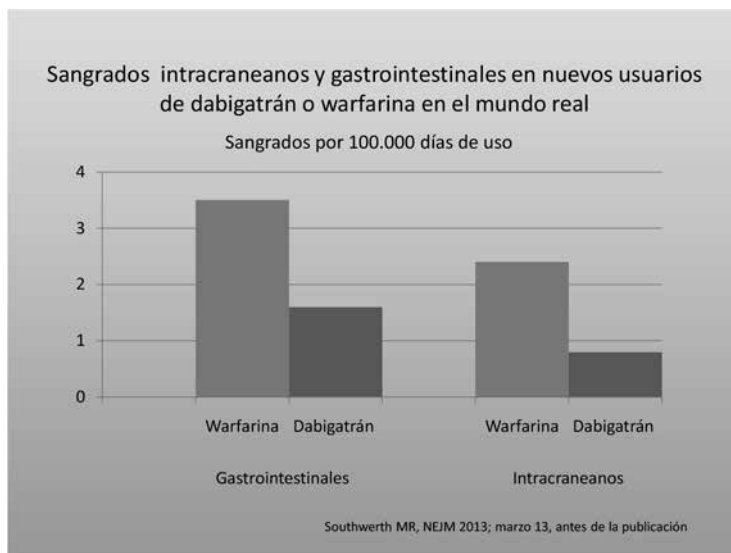
Del análisis conjunto de resultados de estudios randomizados surge que disminuyen significativamente la mortalidad global, la mortalidad cardiovascular, stroke o embolia sistémica, notablemente los sangrados intracraneanos y en forma no significativa los sangrados mayores. ¿Son todas perlas? No, aumentan, aunque no significativamente, los sangrados gastrointestinales.



¿Qué ha pasado en el mundo real, con el uso de los nuevos ACO?
En 14000 pacientes daneses los resultados en varios endpoints fueron mejores con dabigatrán que con warfarina.



Tal como mostraron los estudios randomizados, los sangrados intracraneanos fueron menos frecuentes, e inversamente a esos estudios los gastrointestinales también fueron menos frecuentes.



En suma: los nuevos ACO han mostrado ser superiores a la warfarina, y estos resultados se vienen confirmando sistemáticamente.

Como resumen final podemos decir que en la prevención de fenómenos tromboembólicos, la aspirina es mejor que nada, la warfarina es mejor que la aspirina, los nuevos ACO son mejores que la warfarina, y cabe prever que nuevos ACO serán mejores que los actuales. Es probable que NADA vuelva a ser superior a todos los fármacos, en la medida en que podamos prevenir o tratar eficazmente la FA o que podamos evitar la formación de trombos en las aurículas fibriladas mediante la oclusión de la orejuela -tal como al principio mencionamos en el caso de intervenciones cardíacas por otras causas-, pero con dispositivos que se implantan por vía percutánea. Los resultados preliminares muestran que, en manos experimentadas, ésta es una estrategia con resultados no inferiores a la anticoagulación, y estaría especialmente indicada en pacientes con contraindicaciones para la anticoagulación. En nuestro país el implante percutáneo de tales dispositivos se intentó en 2 pacientes en el Hospital de Clínicas; en uno fue exitoso y en el otro no se pudo implantar por razones anatómicas (desproporción entre el tamaño del orificio de la orejuela y el dispositivo).



11.4.- Desde el fondo del mar. (Exposición en el plenario)

*Ac. Guido Berro
9 de mayo de 2013*

Van a ver una presentación inédita ya que aún no ha sido exhibida en público, salvo en una pequeña rueda de expertos forenses celebrada el año pasado. Hoy la vamos a ver gracias a un amigo, que fue el investigador en jefe del rescate de los cuerpos de la catástrofe del vuelo de Air France, Pierre Perich. Fue él quien me acercó esta documentación que quiero compartir con ustedes ya que me pareció muy interesante. Admito que algunas fotos pueden ser un poco duras; ustedes las juzgarán.

Recordarán el caso del vuelo de Air France AF447, que partió el 1º de junio de 2009 de Río de Janeiro con destino a París. En internet hay bastante material con respecto a esta catástrofe, pero lo que vamos a ver hoy no está en ningún lado.

Pierre Perich es del sur de Francia —su madre es española— y en un simposio mundial de ciencia forense en Guayaquil presentó este informe en una rueda de expertos en catástrofes, a la que accedí más que nada por la amistad que nos une. Nos conocimos en Toulouse, en 2006, donde me llevó a conocer la fábrica de Concorde y de Airbus.

Como dije, el vuelo era el 447 de Air France, entre los aeropuertos Galeao y Charles de Gaulle. Hablamos de un Airbus 330200 con una capacidad de 216 pasajeros, 61 franceses —varios de la compañía Michelin—, 58 brasileños, 26 alemanes y 71 de otras nacionalidades y 12 tripulantes a bordo, incluyendo tres pilotos. El de mayor experiencia se había puesto a descansar y enfrentaron una tormenta impresionante.

(Se proyectan diversas imágenes)

Ahora vamos a ver la metodología que se empleó para sacar los cuerpos del océano. Tafonomía es un término prestado de la Paleontología, que tiene que ver con las transformaciones que sufren los cuerpos, incluso llegando a la etapa de fosilización; es toda la transformación de descomposición, de volver al todo, a la tierra. Se me ocurrió titular esto como *Tafonomía* porque es lo que me evocó la visualización de las fotos que me mandó Pierre Perich y que presentaré a continuación.

El proceso de identificación se extendió de marzo a noviembre de 2011. El descubrimiento de los restos del avión demoró. Entre el 1º de junio de 2009 y marzo de 2011 la operación de búsqueda no tuvo éxito. En marzo, con la colaboración de Estados Unidos y una nueva estrategia de búsqueda se localizaron los restos del avión a 0.3 grados norte y 33 oeste, a 3900 metros de profundidad, en el Océano Atlántico. Las imágenes obtenidas permitieron observar muchos cuerpos dispersos, visibles entre piezas y partes del avión. Se decidió la siguiente fase bajo la autoridad del Ministerio de Transporte y del Ministerio de Justicia. Concretamente, se autorizó a buscar y encontrar elementos útiles para la investigación técnica y judicial. Aquí vemos el buque *Ile de Sein* en el que estaban los forenses. Es así que se procura la recuperación de la grabadora de los datos del vuelo, FDR y la de la voz de cabina, CVR, como así también la búsqueda de motores, calculadoras, etcétera. Finalmente, también se planteó la búsqueda y recuperación de los cuerpos y su identificación. Esto fue bastante discutido, incluso hasta con los familiares. Se plantearon cuestionamientos éticos en el sentido de si había que sacar o no los cuerpos que estaban allí. Finalmente se impuso la opinión de los investigadores. Estados Unidos colaboró con una sonda sonar que barría un kilómetro y medio a cien metros del fondo y a una velocidad de dos kilómetros por hora. La última posición conocida del avión se tenía por uno de los mensajes Acars emitido a las dos de la mañana. La máxima profundidad en la que se encuentran restos es de 4.600 metros.

(Se proyectan diversas imágenes)

Los cuerpos se encuentran muy diferentes según estén en el fondo del mar o atados a las butacas del avión. Hubo que fabricar una especie de jaula en el propio barco a fin de poder subirlos a la superficie. En realidad, esa etapa presentó una dificultad adicional dado que el ascenso provocaba una especie de efecto filtrado, destruyendo los cuerpos. Es por eso que debían subir la jaula muy lentamente, lo cual les insumía entre tres y cuatro horas. En total, se recuperan 104 cuerpos —entre los que se pudo determinar que 31 eran de mujer y 51 de hombre—, los que fueron trasladados a París para su estudio. Las condiciones en que se desarrolló toda esta operativa fueron bastante duras. El equipo estaba compuesto por un médico legista, un odontólogo, un antropólogo, técnicos en identificación, dactiloscopos, etcétera. Se tomaron ochenta mil fotos. Se sabe que las enzimas provocan autólisis de los tejidos, que microorganismos bacterianos provocan la putrefacción y que hay fauna necrófaga que genera la depredación de los cuerpos, todo lo cual depende según el ambiente en que se encuentren los cuerpos, las condiciones atmosféricas y otros factores tafonómicos. Pero lo que encontraron, realmente, llama mucho la atención.

(Se proyectan diversas imágenes)

Podemos ver unas especies de gusanos rodeando los cuerpos, que se supone son de la familia de los Crinoides; son crustáceos bentónicos. Quisieron llevar algunos de ellos a Francia para estudiarlos, pero tuvieron problemas con las autoridades brasileñas. Los

cuerpos que quedaron sujetos a los asientos están mucho más completos que aquellos que quedaron sobre el suelo. Vemos los cráneos como carcomidos y los miembros amputados.

La grasa cadavérica se exterioriza y produce como una imagen rugosa, con depósitos de sales calcáreas.

(Se proyectan diversas imágenes)

Estos cuerpos estuvieron dos años bajo el mar, a 2 grados centígrados, a 3.900 metros de profundidad y con una presión de 400 bares, sin oxígeno, con fauna, con un grado de salinidad desconocido, con ausencia de luz y de vegetación, con escasos movimientos o corrientes y con ausencia de sedimento o nieve marina. La descomposición fue muy distinta a la conocida. Se encontraron cuerpos totalmente esqueletizados, otros con dislocaciones, traumas y deterioro articular debido a la descomposición y a la acción de depredadores, y otros casi completos.

En síntesis, esta era la presentación que deseaba compartir con ustedes.

Comentarios agregados por el Ac. Berro y otros, luego de la presentación.

El avión iba volando normalmente hasta que se enfrentó a una tormenta muy importante a diez mil metros de altura. Estaba al mando el piloto más joven y le preguntó al otro si se desviaban a fin de evitar dicha tormenta, y éste le respondió que hacerlo implicaba llegar entre tres o cuatro horas más tarde a París. Empezaron a ascender hasta los catorce mil metros y parecería que allí los tubos que miden la altitud se congelaron. Despertaron al piloto de más experiencia y discutían si iban hacia abajo o hacia arriba y parece que pegaron contra el océano.

El equipo Phoenix que se utilizó está especializado en estas búsquedas y está en poder de los norteamericanos; los franceses no tenían algo así, más allá de que disponen de equipos muy buenos.

Desconozco el costo de esta búsqueda, pero tengamos en cuenta que estuvieron en el océano durante tres meses. De todos modos, el costo no fue un impedimento porque había muchísimo interés de parte del Gobierno francés, de las aseguradoras, de Airbus —firma que ahora ha corregido los medidores de altitud a fin de que no se congelen a catorce mil metros— y de Air France.

No sé, concretamente, cómo se resolvió esa disputa entre dejar los cuerpos en el fondo del mar o sacarlos, pero el tema de la pertenencia del cadáver es apasionante y discutible, sobre lo cual hace años expuse en la Academia. ¿Es de la familia, del Poder Judicial —en caso de que haya un interés judicial—, de la ciencia o de la comunidad? Hablamos de algo que antes era una persona y que luego pasa a ser una cosa pero no cualquier cosa.

El ADN no se modifica en esas condiciones.

11.5.- Programa de Salud Renal (Presentación en el plenario)

*Ac. Nelson Mazzuchi
23 de mayo de 2013*

Voy a compartir con ustedes algunos datos del Programa de Salud Renal y, si hubiera interés en profundizar algunos aspectos del mismo, los veríamos posteriormente.

El Programa fue diseñado luego de realizado el Taller “Hacia un modelo sustentable y sostenible de Salud Renal”, en abril de 2004, por iniciativa del Programa de

Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, con la presencia de representantes del Ministerio de Salud Pública, de la Sociedad Uruguaya de Nefrología, de varias instituciones nacionales y de representantes de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología.

El Programa fue diseñado por un grupo de trabajo de la Sociedad Uruguaya de Nefrología y del Centro de Nefrología de la Facultad de Medicina. Su instrumentación e implementación fue posible por un amplio apoyo del Fondo Nacional de Recursos y por el reconocimiento del Ministerio de Salud Pública. La idea era que se articulara con el programa de salud del país y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en 2008, facilitó esta articulación. Se inició con un programa piloto en la zona oeste del sector público de Montevideo. Posteriormente se incorporaron en forma voluntaria las instituciones de asistencia médica públicas y privadas. Los nefrólogos de las instituciones tuvieron participación activa en las incorporaciones y con el Fondo Nacional de Recursos se hicieron convenios con las instituciones de asistencia médica, formalizando esta integración. De octubre de 2004 hasta la fecha se han incorporado instituciones de quince de los diecinueve departamentos y actualmente está por incorporarse uno más. De tal manera que están cubiertos en ASSE once departamentos con la Red de Atención de Primer Nivel en los centros hospitalarios correspondientes, y veinte instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Esto supone que, teóricamente, estaría incorporada el 70% de la población mayor de 20 años, que es a la que está dirigida el Programa.

Los objetivos del Programa son prevenir la enfermedad renal, disminuir su progresión y de esta manera reducir la incidencia de insuficiencia renal extrema. Para reconocer tempranamente la enfermedad renal en las poblaciones de riesgo, en nuestro país existe desde 1976 el Carné de Salud básico, obligatorio para la población laboralmente activa. Por iniciativa del Programa de Salud Renal, en 2009 se incluyó en el Carné la determinación de la creatinina en diabéticos e hipertensos. En 2001 se firmó un convenio de cooperación entre clínicas preventivas y el Programa de Salud Renal por el cual aquéllas aportan los datos de tamizaje de Enfermedad Renal Crónica, la Comisión de Salud Renal analiza los datos, realiza informes periódicos al Ministerio de Salud Pública y actualmente está abocada a mejorar la interrelación entre los controles preventivos de salud y el primer nivel de atención. Esta tarea ha sido facilitada por las disposiciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, particularmente por las establecidas en los contratos de gestión.

Las estrategias para optimizar el cuidado de los pacientes con enfermedad renal varían según la intensidad de la misma. Es así que para los pacientes con Enfermedad Renal Crónica avanzada, con un filtrado glomerular menor de 30 ml, el Programa propone la instrumentación de clínicas de enfermedad crónica avanzada con equipos interdisciplinarios formales, integrados por nefrólogos, licenciados en enfermería, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos y cirujanos vasculares. Con frecuencia, en estas etapas los pacientes tienen complicaciones y necesitan una atención más próxima. Incluso, puede ser necesario coordinar la sustitución de la función renal por lo cual es importante realizar asesoramiento institucional, social, psicológico e informar adecuadamente al paciente para que participe de la elección de la modalidad de tratamiento sustitutivo: diálisis o trasplante.

En las etapas más tempranas de la enfermedad renal la participación del nefrólogo está siempre mediatizada porque es el médico de primer nivel de atención el que puede reconocer la presencia de personas con factores de riesgo, tratarlas en forma adecuada,

evitar la enfermedad renal, como así también puede diagnosticar la enfermedad renal en etapas tempranas e instrumentar el inicio de su estudio y tratamiento. Es por eso que el Programa ha priorizado la educación del equipo del primer nivel de atención. Para ello ha introducido guías clínicas basadas en evidencia, ha descentralizado el cuidado nefrológico integrando equipos interdisciplinarios, ha promovido la indicación del tratamiento multicausal, ha definido objetivos terapéuticos destacando la importancia de alcanzarlos y mantenerlos, y ha estimulado que se informe y motive a los pacientes para participar en el tratamiento.

En esta tarea ha sido fundamental la participación del Comité de Educación Médica Continua de la Sociedad Uruguaya de Nefrología, la cual ha mejorado la competencia pedagógica del nefrólogo, ha cambiado su mentalidad favoreciendo la descentralización y la atención del primer nivel de atención y, sobre todo, ha jerarquizado la importancia de la educación en el lugar de trabajo.

En la evaluación del Programa se ha instrumentado un registro de Enfermedad Renal Crónica computarizado, on line, que tiene alarmas que muestran los pacientes que no concurren a la cita. De esta manera se intenta disminuir el abandono del tratamiento. Se han definido indicadores verificables y se los ha comparado con puntos de referencia, aplicando criterios de rigurosidad científica para garantizar la validez de las interpretaciones.

Es muy importante que los indicadores sean precisos y estén bien determinados. En nuestro país hay un problema, sobre todo, en dos indicadores fundamentales en la Enfermedad Renal Crónica, que son el filtrado glomerular estimado a partir de la creatinina plasmática y la proteinosis. Estos indicadores estratifican el riesgo de pérdida de la función renal y, por lo tanto, debe ser precisa su determinación. Por ello, el Programa estableció una estandarización de la creatinina a partir del año 2007 a nivel nacional y realizó un Consenso Nacional de Proteinuria en 2011. En el Programa de Estandarización de la Creatinina el porcentaje de laboratorios que cumplen con el objetivo necesario para una determinación adecuada aumentó significativamente en el nivel más crítico para el diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica, de 36% en 2007 a 83% en 2010. El Consenso Nacional de Proteinuria tuvo una organización multiinstitucional. Ha sido publicado y ha tenido una amplia difusión.

El Registro de Enfermedad Renal Crónica integra datos de los registros uruguayos de diálisis y fallecidos. Con ellos se tiene la precisión del dato final para poder evaluar en forma adecuada la evolución de los pacientes. Los pacientes ingresados hasta el 31 de diciembre de 2012 son más de once mil.

Veremos algunos datos de la evaluación del Programa que nos parecieron de interés. En primer lugar, tenemos la calidad del cuidado médico en el primer nivel de atención. Esta evaluación se hace por el cumplimiento de los objetivos terapéuticos de los pacientes que ingresan al Programa referidos del primer nivel de atención, que son el 64% del total, y se analizan por año de ingreso al Programa. Podemos observar que de 2005 a 2012 ha existido un aumento significativo del porcentaje de pacientes con normotensión que cumplen con los objetivos de presión arterial sistólica y diastólica recomendados por el Programa. Por el contrario, no ha habido ninguna mejoría en el control del peso, un problema reiterado en los programas de nuestro país.

Estos datos parecen indicar un mejor cuidado médico en el primer nivel de atención y pueden ser atribuidos a las múltiples actividades de programas ocasionales. Sin embargo,

hay que tener presente que estas cifras representan datos promedio. Si analizamos qué sucede en los distintos grupos nefrológicos —aquí se toman grupos que tienen más de cien pacientes en control, que se numeran en forma aleatoria para asegurar la confidencialidad— vemos que el porcentaje de pacientes que cumple con el objetivo de 80 ml de presión arterial diastólica, varía de 61% a 28% y en el caso de la presión arterial sistólica del 50% al 22%; lo mismo ocurre con el colesterol y fracción LDL.

Este análisis es realizado en 6.897 pacientes que tienen más de seis meses de control y viendo el cumplimiento del objetivo de tratamiento en la primera y en la última consulta, concluimos que ha habido un aumento significativo del porcentaje de pacientes con normotensión con cumplimiento de objetivos de presión arterial diastólica, sistólica, ausencia de proteinuria clínica, colesterol y fracción LDL, sin resultados en el control de peso. Cuando se entra a analizar los distintos grupos nefrológicos existe una amplia dispersión: de 79% al 37%, de 57% al 26% y lo mismo para colesterol y fracción LDL. Están marcados en celeste todos los grupos nefrológicos que cumplieron con el objetivo preestablecido. También se analiza qué pasó en los distintos grupos nefrológicos con el cumplimiento de los objetivos al inicio y al final. Vemos que en la mayor parte de estos grupos ha habido una mejoría significativa. En algunos casos ha habido un mal control de los pacientes enviados del primer nivel de atención. En otros no se ha advertido ninguna mejoría. Si hay un buen control de los niveles de inicio, su tarea debe intensificarse en la educación del primer nivel de atención. En el caso del seguimiento, debe revisar sus protocolos.

Entendemos que el análisis de indicadores globales es muy importante para cumplir con las metas del Programa, dado que permite mejorar la credibilidad del cuidado médico, promover la autoevaluación de los grupos nefrológicos y mantener el compromiso y motivación de los mismos. Para ello se deben cumplir algunos cuidados. Es necesario realizar el procesamiento y difusión de los resultados de los indicadores, manteniendo la confidencialidad. A cada grupo se le informa sus resultados y el promedio total de participantes. El Registro, que es on-line, permite acceder a los datos del paciente y realizar los análisis que se consideren convenientes. Nos parece importante cuidar que los indicadores sean vividos como una referencia y no como un sistema de premio o castigo.

La progresión de la enfermedad renal medida por la variación de filtrado glomerular durante el tiempo de control se hace en forma muy sencilla: el filtrado glomerular final menos el filtrado glomerular inicial, dividido entre el tiempo transcurrido entre ambas determinaciones. Muestra en 5.032 pacientes que un 50% de los pacientes no tiene pérdida de función renal y que son todos mayores de una pérdida de 0,6 ml por año, mientras que un 25% de los pacientes tienen una pérdida de filtrado mayor a 4 ml. Si definimos como estabilizados a los pacientes que tienen una pérdida de filtrado menor a 1 ml —que, por otra parte, es el dato que se ha obtenido en el control de personas sin enfermedad renal evidente después de los 40 años— tenemos que el 53% de los pacientes estuvo estabilizado. Si esta estabilización se mantiene en el tiempo, estos pacientes no van a evolucionar a la insuficiencia renal crónica extrema que necesita la sustitución de la función renal. Vemos que hay diferencias entre los distintos grupos: en uno llega a 59% el número de pacientes con filtrado glomerular estabilizado y en otro se sitúa en 44%.

Los eventos finales, la muerte, la insuficiencia renal extrema y los nuevos eventos cardiovasculares expresados por tasas, por cien personas por año, muestran que la tasa de

insuficiencia renal es de 2 personas/año. La mortalidad y los nuevos eventos cardiovasculares son más de dos veces mayor: 5.5 y 5.9.

Una de las herramientas fundamentales para evitar la progresión de la enfermedad renal es el tratamiento con inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona; observamos que los pacientes tratados tuvieron riesgo de insuficiencia renal extrema 38% menor, y 28% menos de riesgo de muerte.

En realidad es difícil demostrar el beneficio del Programa. Lo que hemos hecho es comparar en 10.297 pacientes registrados qué diferencia existía entre aquellos que fueron controlados al menos una vez, con los que nunca recibieron seguimiento. Los primeros tuvieron un riesgo de muerte 53% menor que los segundos y un riesgo de insuficiencia renal extrema un 10% menor. Esta es una diferencia no significativa. Como no se conoce exactamente qué pasó con estos pacientes, es posible que algunos o muchos hayan tenido indicación de sustitución de la función renal, lo que cambiaría los porcentajes.

En definitiva, si se compara el riesgo combinado de muerte e insuficiencia renal extrema que salva este hecho, encontramos que los pacientes controlados tuvieron un 49% menor riesgo. Esto demuestra el beneficio del control durante el Programa. Estos datos corroboran el progresivo mejor cuidado de los pacientes en el primer nivel de atención, el mejor cumplimiento de los objetivos terapéuticos, la estabilización de la Enfermedad Renal Crónica en más de la mitad de los pacientes, la disminución significativa del riesgo de morir y el beneficio del tratamiento multicausal.

Para la generalización y sustentabilidad del Programa es importante mantener la motivación y el compromiso asistencial del equipo de salud, que los pacientes reciban información y sean motivados, y que el sistema de salud brinde condiciones de asistencia que faciliten la comunicación entre los equipos y el paciente. En el Programa han participado, hasta la fecha, más de noventa nefrólogos y son ellos responsables del registro y de los resultados obtenidos.

11.6.- Vida y obra de William S. Halsted (Coloquio)

*Acs. Francisco Crestanello y Enrique
Probst. Ac. Hon. Milton Mazza
30 de mayo de 2013*

Ac. Francisco Crestanello.

1°.- Introducción

Halsted fue el cirujano estadounidense de fines del siglo XIX y principios del XX que incorporó de primera mano todo lo bueno que la Cirugía tenía en Europa, lo sistematizó, lo mejoró, lo enriqueció con aportes personales y lo divulgó en forma incansable. Con ello contribuyó más que ninguno en su época, a que las elementales concepciones y rústicas operaciones de la Cirugía de entonces, se transformaran en las de la Cirugía moderna que hoy nos benefician, a que “*la chatarra de la cirugía estadounidense se trasmutara en oro*” y a que el liderazgo de la especialidad en el mundo se desplazara desde Europa a los Estados Unidos de América (EUA).

Hasta muchos años después de su muerte se ocultó que tuvo una dependencia a las drogas, que hizo que en realidad su vida fuera un complejo y fascinante mosaico de triun-

fos y derrotas, tragedia, lucha, adaptación y recuperación, voluntad, determinación y amistad inquebrantables, que abarca 38 años en dos ciudades, que es poco común en la historia de la Cirugía.

En ella se destaca la dura lucha personal para superar y luego convivir con su dependencia, sin que ésta lo deteriorara o interfiriera con el logro de sus elevadas metas profesionales.

Mi participación en este coloquio se limita a resumir ese mosaico, que describí con más detalle en un trabajo publicado en las Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, que cito en la bibliografía, y a solicitar a los Acs. Enrique Probst y Milton Mazza, cuyas solvencias es innecesario que destaque, que se refieran a los aspectos de esta vida que no estoy capacitado para analizar.

2°.- 1852-1884. Nueva York. Los Años Dorados

William Stewart Halsted Haines nació en 1852 en Nueva York, en una familia de rígidos principios religiosos presbiterianos, que con la importación de mercaderías europeas finas ganó solvencia económica y prestigio social.

Tuvo una infancia principesca y una educación acorde con ella, que recibió en su casa con maestros privados, en selectas academias de Massachussets, y en Yale donde hizo el College y se reveló como excelente deportista, pero fue un estudiante mediocre.

Su vocación por la Medicina se desarrolló posiblemente por la influencia de un tío médico. No fue aceptado en la Escuela de Medicina de Yale, por lo que entre 1874 y 1877 cursó regularmente sus estudios de Medicina en el College of Physicians and Surgeons de Nueva York, afiliado a la Columbia University.

En 1876, aún estudiante, comenzó su entrenamiento en Cirugía en el Bellevue Hospital de Nueva York.

En 1877 recibió su título de médico y, luego de una corta actuación como médico de planta del New York Hospital, con el sostén económico de su familia, hizo un viaje de estudios a Europa que duró dos años: 1878 y 1879. Su determinación por capacitarse lo mejor posible era entonces muy firme, como surge de una de sus cartas, escrita de paso por París rumbo a Viena.

“En el otoño de 1878 viajé a Europa. Sam Vander Poel, que los seis meses previos había estado en Alemania, me esperaba en París.

La primera mañana fui invitado a desayunar Chez Foyot por algunos de sus amigos de California, que nominalmente habían estado estudiando Medicina en París durante dos años. Pedí a estos alegres pájaros que me llevaran a la École de Médecine, pero me dijeron que no habían sido capaces de saber dónde estaba, porque todos los días estaban ocupados por el arduo trabajo de ir al banco.

Con la guía de esta banda, aprendí algunas cosas sobre Montmartre y luego tomé el tren para Viena.”

En Viena y Alemania conoció y trabajó con las figuras más notables de la Cirugía y ciencias relacionadas de la época.

En la primera con Hans Chiari, Emil Zuckerkland, Heinrich Braun y Theodor Billroth, en cuya clínica estableció una estrecha relación de amistad con Anton Wölfler y Johan von Mickulicz, dos notables discípulos de éste, y desarrolló una profunda admiración por la escuela médica alemana que mantuvo hasta el fin de su vida.

En la segunda con Kölliker, Stoer, von Bergmann, Richard von Volkmann , Schede y Johannes von Esmarch.

En 1880 regresó a Nueva York y comenzó a trabajar con iniciativa, determinación, capacidad de liderazgo, deseo de divulgar y aplicar los avances que había visto en Europa, con energía física y espiritual más que suficiente para hacerlo, y con constancia para vencer la resistencia de varios de sus jefes, férreamente apegados a la tradición en materia de asepsia, hemostasis, y otros aspectos básicos de la Cirugía.

Lentamente se fue imponiendo por la fuerza de sus razones y de los resultados de su actividad muy intensa.

Tenía una consulta privada muy solicitada.

Era cirujano de seis hospitales de Manhattan y de dos islas vecinas en el East River. Uno de ellos era el Bellevue Hospital, en el que había sido interno. En él trabajaba William Henry Welch, un notable médico dos años mayor que él, que dirigía en ese hospital y su escuela de Medicina el primer laboratorio de Fisiología y Patología experimental que existió en EUA. Welch fue su amigo incondicional y su constante protector en los futuros y próximos períodos oscuros de la vida de Halsted.

Hoy es difícil imaginar cómo podía atender toda esta demanda de trabajo.

Además era Instructor de Anatomía en el College of Physicians and Surgeons, y entrenaba a los aspirantes a cargos médicos institucionales, que invariablemente obtenían los mejores resultados.

Y paralelamente comenzó a desarrollar sus técnicas de mastectomía radical y de cura de la hernia inguinal, concurría regularmente a las sesiones de la New York Surgical Society y, entre 1880 y 1886, produjo 21 trabajos científicos.

En 1881 mostró su condición de pionero: transfundió su propia sangre a su hermana con grave hemorragia post-parto, inició la reposición hidrosalina en el shock, y realizó a su madre una de las primeras colecistectomía por piocolecisto litiasico en EUA.

En 1884 era un “buen partido”; tenía 32 años, era, soltero, adinerado, de buena familia, tenía una intensa vida social, deportiva, artística y cultural y, profesionalmente, era un cirujano muy solicitado y confiable, un docente y un investigador. Su futuro parecía brillante.

3.- 1884-1886. El Derrumbe

Albert Niemann, que aisló la cocaína, y Sigmund Freud, que un cuarto de siglo después la empleaba como antipsicótico, observaron que adormecía la mucosa lingual. Este último lo comentó al oftalmólogo vienés Leopold von Königstein que la empleó para mitigar el dolor del tracoma. Pero su humilde ayudante, Karl Köller, fue más allá: pensó que podía ser más útil para la cirugía oftalmológica que la anestesia general que se disponía entonces; luego de probarla en varios animales de laboratorio, el 11 de septiembre de 1884 la utilizó con éxito en un paciente al que operó de cataratas.

Un mes después este avance se conoció en EUA y desencadenó una “*epidemia*” de investigaciones sobre el empleo de cocaína en las mucosas, que se reflejó en los periódicos y en más de 60 trabajos científicos.

Halsted, que en esa época estaba en la cima de su práctica profesional y encontraba muchos inconvenientes en la anestesia general de entonces, pensó que la cocaína podría

ser una alternativa mejor para ciertas operaciones, y comenzó a realizar investigaciones pioneras sobre su empleo como anestésico local y regional en Cirugía y Odontología.

Años después, en una carta, Halsted recordó: *“En una semana o a lo sumo dos, del arribo del primer trabajo de Köller ... nosotros comenzamos una activa experimentación con esta droga, esperando que pudiera probar su empleo en Cirugía General. (La palabra “nosotros” alude a Halsted y a sus colaboradores del Departamento de Pacientes Externos del Roosevelt Hospital). Además veinticinco a treinta estudiantes del College of Physicians and Surgeons que estaban bajo mi preceptoría, fueron enrolados en las investigaciones con cocaína.”*

Halsted pensó que el hecho que observó en 1868 el médico y militar peruano Moreno Maiz, de que la cocaína abolía la sensibilidad sin anular la motricidad podía deberse a la inyección de la cocaína en los nervios y concibió la idea de anestésiar un miembro, por inyecciones en los troncos nerviosos periféricos. Investigó en el ciático de perros, identificó los posibles puntos de inyección de nervios periféricos en el hombre, uno de sus estudiantes hizo una tesis inyectándose cocaína en el nervio mediano, y según agregó Halsted en la referida carta: *“En las reuniones de preguntas y respuestas de las tardes comenzamos nuestras inyecciones en los nervios, casi todos los nervios accesibles fueron probados, el dentario inferior entre otros.”*

Estas investigaciones trascendieron al medio médico, y los servicios de Halsted o sus colaboradores para hacer esta anestesia eran muy solicitados por dentistas, ortopedistas y otros cirujanos.

De esta manera Halsted estableció por primera vez que la inyección con una aguja de una solución de cocaína en los nervios periféricos controlaba eficazmente la sensibilidad y el dolor, con lo que inició el bloqueo nervioso troncular periférico que entonces se denominó *“anestesia de conducción”*, de gran utilidad en cirugía dental, oral y de las extremidades, que antecedió a otras formas de anestesia regional. Este mérito le fue reconocido públicamente mucho después por la Maryland State Dental Association.

En realidad, muy poco antes que Halsted el cirujano ruso Vassili Konstantinovich von Anrep publicó en la revista rusa Vrach una observación de tratamiento exitoso del dolor de una pleuritis aguda por infiltración de los intercostales con cocaína, pero pasó desapercibida.

* * *

Halsted y sus colaboradores habían observado el poderoso efecto estimulante de la cocaína, por lo que desde la primavera de 1885, para trabajar más y mejor, en forma regular comenzaron a aspirarla en polvo.

Pero desconocían sus efectos tóxicos y adictivos y, poco después, observaron que si no aspiraban por algunos días, experimentaban múltiples síntomas de lo que después se describió como síndrome de abstinencia. Halsted disminuyó su concurrencia a la New York Surgical Society, Hall debió abandonar Nueva York, y varios de los estudiantes abandonaron los cursos.

En 1885 Halsted todavía tuvo fuerzas para viajar a Europa, mostrar sus técnicas anestésicas con cocaína a Wölfler, y al Dr. Thomas, un famoso dentista americano de Viena.

Pero estaba intensamente perturbado, como lo prueban:

- un trabajo con abundantes frases sin sentido que escribió en base a su experiencia exitosa con el empleo de cocaína en más de 1000 operaciones quirúrgicas menores.
- y el testimonio de uno de sus colaboradores que al visitarlo en el Roosevelt Hospital encontró que estaba “... *muy excitado y hablaba constantemente sobre todo lo que hay bajo el sol, desde el tránsito de Venus hasta el gonococo. Me retuvo toda la tarde y parte de la noche y cada vez que intentaba retirarme, quería comenzar de nuevo.*”

Halsted intentó aliviarse de la dependencia, pero no sabía cómo hacerlo. Apoyado por su amigo Welch, ensayó diversas maneras.

Entre febrero y marzo de 1886 hizo un largo viaje en velero a las Antillas. Fue un rotundo fracaso; Halsted deliberadamente llevó la mitad de la dosis de cocaína necesaria y debió robar el botiquín de la nave para proveerse de más droga.

En abril de 1886, de regreso en Nueva York, Halsted preparó las conferencias para concursar por la Cátedra de Cirugía del College of Physicians and Surgeons de Nueva York. Invirtió cerca de USD 1.000.⁰⁰ en carteles que las ilustraban, pero no pudo pronunciarlas.

Por consejo de sus familiares, el Dr. Welch, y otros buenos amigos, se internó en el Butler Psychiatric Hospital de Providence, Rhode Island, institución de gran prestigio en el tratamiento de adictos. Estuvo allí entre mayo y noviembre, con un nombre falso, sometido a reclusión, aire libre, ejercicio, buena alimentación, sedantes, y sustitución gradual de la cocaína por morfina en dosis muy liberales.

Al alta hospitalaria regresó a Nueva York, un mes después de la inauguración de la Estatua de la Libertad. El cirujano, sólido, y buen docente, el joven atlético, vigoroso, deportivo, entusiasta, seguro de sí mismo, carismático, emprendedor, sociable y atrevido, y el líder natural que había sido hasta hacía poco, habían desaparecido. Además trascendió a la opinión pública que en la firma Halsted, Haines & Co, hubo una malversación de fondos en la que estuvo especialmente involucrado su padre, que la llevó a la bancarrota y afectó seriamente el prestigio social de la familia.

Su hasta entonces brillante y planificada carrera se arruinó, y su clientela desapareció.

4°.- 1886-1922. Baltimore. Johns Hopkins University. Recuperación (¿?), producción y triunfo

Hacia 1884 William Welch había sido nombrado Profesor de Fisiología, Patología experimental y Bacteriología en la Escuela de Medicina de la Johns Hopkins University (JHU) en Baltimore.

Vista la tragedia de Halsted, Welch le propuso trabajar en su laboratorio, como terapia ocupacional, no para relacionarlo con el Hospital y la Escuela de Medicina de la JHU, que todavía estaban en proceso de creación.

A comienzos de diciembre de 1886 Halsted se mudó a Baltimore y allí permaneció hasta su muerte. Siempre ocultó el verdadero motivo de la decisión. Treinta y cinco años después, en una carta a Rudolph Matas, la justificó de esta manera: “*Yo he escrito muy poco sobre el tema de mis experimentos con cocaína que durante un año realicé en forma muy vigorosa. Luego mi salud se deterioró principalmente por un dedo infectado y los horribles dolores de neuritis del brazo que le siguieron. Por más de un año estuve incapaz*”

citado y por eso trabajé durante dos años en el Laboratorio de Patología del Dr. Welch en el Johns Hopkins. Por eso mi infortunio tuvo su lado brillante así como su lado oscuro.”

* * *

La vida y la obra posterior de Halsted sólo se pueden entender si se conocen las características de la Escuela de Medicina y el Hospital de la JHU.

La JHU se abrió en 1876. Fue un emprendimiento dedicado a la educación médica de calidad en el que todo fue planificado minuciosamente y con antelación en todos sus detalles.

La idea y los recursos para materializarla provinieron de Johns Hopkins II, un cuáquero de origen rural y humilde y de limitada educación formal. A los 17 años su madre lo envió a Baltimore con su tío Gerard, próspero mayorista de comestibles.

Johns estaba dotado de gran habilidad para los negocios; trabajó con su tío hasta aprender los secretos de su actividad, luego con sus hermanos fundó Hopkins & Brothers que, operando en el mismo ramo pero con menores escrúpulos morales que aquél, rápidamente les dio una incipiente riqueza; posteriormente la invirtió en el ferrocarril Baltimore-Ohio (el primero de carga en EUA) y en bancos, y se hizo millonario.

Se cree que su deseo de fundar una universidad de características tan adelantadas, fue el resultado de una sugerencia que antes de morir recibió de sus amigos, entre los que había médicos, o tal vez de su prima Elizabeth, una joven culta y de fuerte carácter con quien no se pudo casar por razones religiosas, pero mantuvo una buena relación.

Para materializar su idea, Johns Hopkins II donó USD 7.000.000.⁰⁰, en su momento la donación filantrópica más grande de la historia de EUA; fue un formidable regalo para Baltimore, que pasó a tener una institución que le dio merecida fama nacional e internacional.

Luego de su muerte, su voluntad fue seguida con fidelidad por un Consejo de Fideicomisarios que, siguiendo una metodología ejemplar, eligió como primer presidente de la JHU al Dr. Daniel Coit Gilman, que había sido docente y administrador de la Yale University, y era presidente de la Universidad de California. Hombre de talento superlativo, tenía convicciones originales y muy avanzadas para la época, respecto a cómo debía ser una universidad para la educación médica de calidad.

Por eso no sólo buscó los mejores profesores y estableció exigentes criterios de aceptación de alumnos, sino que la organizó sobre dos principios fundamentales.

El primero fue que enseñanza e investigación estuvieran interrelacionadas y, el segundo, que la Escuela de Medicina estuviera asociada con un excelente hospital para cumplir la triple tarea de curar, enseñar e investigar.

El Consejo de Fideicomisarios encomendó la elección de los primeros profesores y jefes de los servicios de Medicina, a un Comité de Selección integrado por:

- Daniel Coit Gilman.
- John Shaw Billings, un hombre brillante y polifacético: cirujano militar, estadístico, inspector médico del ejército del Potomac, especialista en la construcción de hospitales, diseñador del JHH, creador del Index Medicus, ordenador de la biblioteca médica de la Oficina del Surgeon General, que luego fue el núcleo original de la actual National Library of Medicine, creador de la primera tabla de expectativa

de vida de la Oficina del Censo y, al fin de su vida, director de la New York Public Library.

- y Henry Newell Martin un médico irlandés formado en Inglaterra, contratado por Coit como director del Departamento de Biología y jefe del Laboratorio de la Facultad.

En 1884 el Comité de Selección eligió al primer docente de la nueva Escuela de Medicina: William Henry Welch, un especialista en ciencias básicas, lo que es una prueba del encare innovador.

En 1886, Halsted estaba en el punto más bajo de su tragedia, desde el que se debe medir la dimensión titánica de su esfuerzo para recomponer paso a paso su vida y su carrera.

En sus primeros meses en Baltimore, vivió en forma muy simple en una casa de hospedaje que pertenecía a Welch, y trabajó exclusivamente en el Laboratorio de éste, tratando de pasar desapercibido. Allí entabló una nueva amistad con el Dr. Franklin Mall con cuya colaboración, en unos pocos meses, realizó un importante trabajo sobre una técnica personal de sutura digestiva que incluye la submucosa.

El 5 de abril de 1887, cuatro días después de terminar este trabajo, Halsted viajó a Boston para presentarlo en una conferencia en Harvard y luego, por su propia voluntad, reingresó en el Butler Psychiatric Hospital.

Desde allí escribió a Mall dos cartas con indicios de que había mejorado. En una de ellas, le dijo que: *“Por favor, siéntanse (se refiere a Welch y a Mall) en la libertad de publicar, si por alguna razón lo desean, el trabajo sobre suturas intestinales. Yo sólo lamento que las circunstancias me impiden cumplir con mi parte en el acuerdo (escribir el manuscrito). Si ustedes todavía están tan amablemente dispuestos como cuando me ofrecieron hacer un dibujo esquemático de las capas del intestino, estén seguros que yo apreciaré ese servicio. Desearía que sea capaz de mostrar el espesor de la pared intestinal en centímetros, cuyo peritoneo debería ser representado por un simple trazo de lápiz. Me gustaría escribir más, pero no estoy muy bien.”*

En diciembre de 1887 Halsted regresó a Baltimore y en 1888 y 1889 continuó trabajando en el laboratorio donde fue recuperando su capacidad de trabajo y, además:

- realizó importantes investigaciones sobre cicatrización de las heridas, el método antiséptico de Lister, y sobre extirpaciones y trasplantes de tiroides.
- y desarrolló los principios de su “Cirugía de seguridad”, que marcan una forma de proceder con los tejidos y los órganos durante las operaciones muy distinta a la hasta entonces tradicional, que hoy se conocen como Principios Halstedianos y han sido considerados como uno de sus mayores aportes al avance de la Cirugía. Ellos son:

- empleo estricto de técnicas asépticas.
- manipulación delicada de los tejidos.
- control meticuloso del sangrado.
- evitar los espacios muertos.
- afrontar perfectamente las capas.
- suturar con hilos finos y sin tensión.

A mediados de 1888 estaba cercana la inauguración del JHH que tuvo lugar en mayo del año siguiente. Había que nombrar a los jefes de los principales departamentos clínicos.

El Comité de Selección eligió a los médicos más brillantes de la época, todos de 40 años o menos.

El primero fue William Osler & Grace para Medicina, un canadiense de 39 años, que era profesor de esta disciplina en la Universidad de Pennsylvania.

En 1889 eligió a Howard Atwood Kelly para Ginecología; tenía 31 años y era profesor asociado de Obstetricia en la Universidad de Pennsylvania.

El cargo de jefe y profesor de Cirugía fue ofrecido a sir William Macewen, una gran estrella europea: sucesor de Lister, cirujano del rey de Inglaterra y Regius Professor de Cirugía en Glasgow. Tenía 40 años, y era pionero en una cantidad de aspectos de la especialidad. Macewen declinó el ofrecimiento.

* * *

Halsted por entonces tenía 37 años y llevaba ya cerca de dos trabajando en el laboratorio de Welch. Había mejorado tanto de los efectos aparentes de su dependencia, que tenía una consulta privada, en la que veía pacientes con esguinces, fracturas, abscesos, uretritis y hernias, y había realizado con éxito algunas operaciones en varios hospitales de Baltimore, las que comenzaron a crearle una reputación de hábil cirujano en la ciudad.

El Comité de Selección y el Consejo de Administración estaban al tanto de la dependencia de Halsted y de lo incierto de su curación y dudaban, pero Welch logró que lo nombraran Cirujano Jefe del Dispensario y cirujano actuante como Profesor Asociado de Cirugía en el JHH, a prueba por un año.

John Shaw Billings después de comunicarle la decisión, con una sonrisa que luego Halsted evocó como amistosa y paternal, le dijo: *“Ahora Usted tiene la pelota entre sus pies. Todo lo que tiene que hacer es patearla. No estoy completamente seguro de que yo lo apruebe definitivamente, pero puede contar con mi apoyo.”*

Halsted pasó a vivir en habitaciones del hospital dispuestas para el personal médico del JHH, y comenzó a almorzar en la cantina junto con Welch, Osler, Mall y otros. Trabajó muy bien en su nueva responsabilidad y su actividad volvió a ser tan febril como había sido en Nueva York. Inicialmente como único cirujano del JHH, realizaba todo el trabajo quirúrgico. Además continuó con sus investigaciones en el laboratorio, meditó sobre cómo organizar un departamento de Cirugía y un programa de entrenamiento de cirujanos, y seleccionó a sus colaboradores, el primero de los que fue John M. Finney.

En agosto de 1889 Welch escribió una carta a Mall, en la que con inocultable satisfacción le decía: *“El hospital está en plena actividad. El número de pacientes supera lo previsto y Halsted (popularmente conocido en el hospital como Jack el destripador) no hace otra cosa que operar toda la madrugada, hay que admitir que con brillantes resultados.”*

Osler también consideraba que Halsted se había vuelto confiable, que contribuía mucho a la buena reputación del JHH, y que estaba en condiciones de poner orden en la hasta entonces caótica Cirugía de Baltimore, por lo que en 1890 escribió al Presidente de la Universidad una carta en la que decía: *“Halsted está haciendo un trabajo remarkable en Cirugía y siento que su nombramiento para la Universidad y el hospital debe ser muy seguro.”* Y en su trabajo *The Inner History of Johns Hopkins Hospital*, afirmó que Halsted era el cirujano más consciente que él había conocido, y dejó constancia de que *“... Cuando en 1890 lo recomendé para que fuera nombrado, Welch y yo creíamos que hacía*

tiempo que no era más adicto a la morfina. Había trabajado tan bien y tan enérgicamente que no parecía posible que pudiera tomar la droga y hacer tanto.”

Para entonces Halsted había hecho dos grandes aportes a la cirugía; había dado forma final a sus famosas técnicas de mastectomía radical (1889) y de cura de la hernia inguinal en el hombre (1890), que en 1898 fueron consideradas el “gold standard” por la American Surgical Association.

Poco después, el 1 de marzo de 1890, Halsted fue nombrado cirujano jefe del JHH; aún no tenía 38 años. Tenía muy buenos antecedentes profesionales; pero no había alcanzado puestos académicos elevados. En un proceso de cuatro años que se ha comparado a la mitológica resurrección del ave fénix, Halsted había reconstruido su carrera, y había conquistado la primera de sus dos altas posiciones en la JHU.

Sólo le faltaba formar una familia.

Caroline Hampton era hija de una importante familia sureña, que fue diezmada y arruinada durante la Guerra de Secesión. De carácter enérgico e independiente se liberó de la tutela de sus tías, se graduó de enfermera en Nueva York y pasó a trabajar en el JHH. Tuvo una relación tormentosa con las autoridades de enfermería, por lo que Halsted, en uno de los primeros indicios de su interés por ella, solicitó que fuera nombrada jefe de las instrumentistas. Las agresivas técnicas de lavado y desinfección de manos de la época le produjeron lesiones cutáneas, por lo que Halsted hizo que la empresa Goodyear le fabricara dos pares de guantes para que protegiera su piel.

Rápidamente la afinidad entre ambos se expresó más claramente y el 4 de junio de 1890, con gran satisfacción de todos sus amigos del JHH y con Welch como padrino, se casaron.

* * *

El Consejo de Administración mantenía la duda de si Halsted se había curado o no de su dependencia. Procedió con cautela y no adoptó decisiones irreversibles; su nombramiento inicial fue preliminar (condicional y temporario) y sus privilegios limitados (para la práctica de la cirugía en el flamante JHH). Recién luego de un período de prueba de dos años bajo estricta observación sin que se apreciaran problemas, en 1892 le hizo un nombramiento categórico (definitivo) y completo (Jefe y Profesor de Cirugía).

Esta decisión fue acertada y trascendente. Dotó a la institución del líder que fue capaz de crear el Departamento de Cirugía universitario más avanzado de su época, del que René Leriche dejó este lúcido testimonio: *“Para aquellos que han visitado el Johns Hopkins Hospital dos cosas sorprenden; Halsted ha creado un método de cirugía y tiene discípulos inspirados. Esto es lo que da a su clínica tan vívida originalidad, y cuando uno ha visto íntimamente tan admirable organización, comprende por qué Baltimore se ha transformado rápidamente en la cuna de la cirugía contemporánea en los Estados Unidos.”*

* * *

El nombramiento de Halsted completó el grupo de “Los cuatro doctores” (Welch, Osler, Kelly y Halsted) de alta reputación en el medio, en el que cada uno conservó su individualidad, pero constituyó un eficaz equipo que tomó el hospital recién nacido y lo

hizo pasar rápidamente a la madurez y al primer lugar, prácticamente sin niñez ni adolescencia.

Los estudiantes percibían el poder ilimitado que esos cuatro tenían sobre sus destinos académicos. A Welch lo llamaban “Popsy”. Osler, que trabajaba en el hospital con pompa y ceremonial muy teatrales, era conocido como “El Jefe”. Halsted, lejano e irónico, era “El Profesor”. Kelly más llano, era conocido como “Dr. Kelly” o como “Howard A.”

En 1897 hicieron circular por todo el JHH copias de las figuras de Halsted, Osler y Kelly recortadas de una fotografía, a las que habían agregado la leyenda: “*Las tres parcas: William S. Atropos (Halsted), William Lachesis (Osler) y Howard A. Clotho (Kelly).*”

* * *

Con su nombramiento categórico (titular) como profesor de Cirugía (1892) Halsted inició una labor de tres décadas con la que realizó una contribución al avance de la Cirugía que probablemente no tiene parangón.

En ella se aprecian varias características culturales estadounidenses derivadas de la ética de los fundadores de la nación:

- liderazgo, derivado de la concepción de ser un pueblo elegido con ideales semidivinos.
- pragmatismo.
- la finalidad de la vida es la prosperidad colectiva alcanzada a través del trabajo.
- reunión de lo mejor de un conocimiento o tecnología que está disperso, para procesarlo, aplicarlo en escala industrial y divulgarlo por el mundo.

Halsted tomó lo mejor de la cirugía europea y, asumiendo un papel de puente, con su inteligencia y el enorme poder de las posibilidades que le brindó el JHH, lo sistematizó y materializó y así:

a.- dio la forma final a la **cirugía moderna** con su nueva:

- **concepción**, como una disciplina independiente de la Medicina y con un sólido fundamento científico basado en la clínica, en la sala de operaciones, en el laboratorio y en la biblioteca (profundo conocimiento anatómico, biológico, fisiológico y patológico).
- **realización**, completamente distinta a la habitual en los clásicos y bulliciosos teatros operatorios: planificación meticulosa, salas silenciosas y calmas, ejecución no apresurada y especialmente respetuosa de los ya referidos Principios Halstedianos.
- y **enseñanza** mediante un programa de dedicación completa y prolongada. Si bien no está claro quien propuso un programa de este tipo al Consejo de Fideicomisarios de la (JHU), Halsted le dio al de Cirugía una estructura bien definida y consistente, con un método destinado a formar especialistas capaces de ejercer la cirugía de la mejor manera posible, elevar sus estándares y planificar el recambio reclutando jóvenes entusiastas para sustituirlos.

b.- divulgó esta nueva cirugía a todo EUA.

De hecho, tuvo un “efecto polinizador”; hacia mediados de la década de 1950 los discípulos de Halsted actuaban como cirujanos académicos en casi todos los estados de

Estados Unidos, y la mayoría de los jefes de los programas de formación podían seguir sus raíces hasta el Johns Hopkins y Halsted.

Por ello se le considera el Padre de la Cirugía moderna de EUA, se le atribuye un rol similar al de Hunter, Lister o Billroth y se afirma que en cirugía hay un antes y un después de él.

c.- contribuyó, en forma probablemente más importante que los otros profesores, a crear el alto prestigio de su notable hospital. Y por este prestigio era visitado y así difundió su estilo de Cirugía a gran parte de occidente.

* * *

Halsted era de estatura mediana y complexión atlética. Sus ojos eran claros; tenía una miopía que le dificultaba reconocer a las personas que se cruzaban con él y le hacían parecer distante; usaba lentes pequeños de soporte nasal (llamados impertinentes) que no ocultaban su mirada fría, severa, acerada. Sus manos eran poderosas y sus pulgares cortos.

Caminaba con pasos deliberadamente medidos, y con los brazos un poco separados del tronco lo que acentuaba la impresión de una gran fuerza muscular.

Vestía como un “dandy”: finos trajes importados de Europa siempre immaculados y sin arrugas, sombrero primero de copa y luego de tipo hongo o bombín, calzado brillante, bastón y guantes, todo lo que sugería calma, dignidad, autoridad y reserva.

Tenía un comportamiento obsesivo y tan meticuloso que provocaba fastidio en los que circunstancialmente estaban con él.

En su vida corriente:

- Cuando joven mandaba a hacer sus zapatos a Paris con estrictas instrucciones sobre cómo cortar el cuero, y cuando los recibía decía que el zapatero no lo había interpretado y los rompía y tiraba.
- Cuando pasó a vivir en el JHH hizo pintar las paredes de sus habitaciones varias veces hasta obtener exactamente el color que deseaba.
- Consideraba que en Baltimore no había buenas lavanderías y por eso mandaba tandas de 50 o 60 camisas a las lavanderías de París o Londres.
- En invierno enviaba a su esposa, uno de sus residentes y su respectiva esposa, a los alrededores de Baltimore a comprar el tipo exacto de leña que quería que se quemara en las numerosas chimeneas de su casa y los huevos que prefería para el desayuno.
- En los primeros años de su matrimonio invitaba a sus amigos más íntimos a reunirse y cenar en su casa. Entonces compraba personalmente las provisiones en el mercado cercano, hacía planchar los manteles, supervisaba todo y en la sobremesa les preparaba el café moliendo exactamente sesenta granos. Todo esto terminó por hartar a su esposa y las reuniones pasaron a hacerse en el Maryland Club de la calle Franklin.
- Cierta vez, en 1905, cuando fue a Washington para ser padrino del hijo de su residente James Mitchell, llevó varios pares de guantes porque no sabía el color de los que debía usar.

- Coleccionó una cantidad inimaginable de cigarreras y, en su época, en su finca de High Hampton reunió la más importante variedad de dalias de su país, con ejemplares de todo el mundo.
- No le gustaba ser fotografiado, hacía lo indecible por evitarlo y por eso se conservan pocas fotos de él.

En sus actividades en relación con la Cirugía:

- Analizaba con anticipación todos los detalles de las operaciones que iba a realizar, preveía sus dificultades y, aunque conocía profundamente la anatomía y tenía gran habilidad manual, las ejecutaba con lentitud y delicadeza, porque estaba convencido de que de esta forma sus operaciones eran más seguras.

Se dice que en una oportunidad William Worrall Mayo, el padre de los famosos hermanos William James y Charles Horace Mayo, fue a verle hacer una mastectomía radical. Mayo era impaciente y estaba habituado a la manera rápida y desprolija de operar que era habitual hasta entonces. A las dos horas de comenzada la operación no soportó más, salió de la sala, mientras decía: *“Es la primera vez que veo cicatrizar la parte alta de la herida mientras aún se está operando la parte baja.”*

- Su perfeccionismo se refleja en sus obras monográficas como su monumental *The Operative Story of Goiter* en donde reunió todas las operaciones sobre la glándula tiroideas realizadas hasta 1920 de las que existía registro.
- Como jefe de departamento, daba las órdenes verbalmente y por escrito, a veces mediante notas que escribía a medianoche en su casa y enviaba de inmediato al JHH con un mensajero. Y luego de darlas, verificaba dos o tres veces en la semana que se hubieran cumplido.

* * *

Para la mayoría de quienes trabajaban en el JHH, nada indicaba o sugería que Halsted tuviera una dependencia a las drogas; por ejemplo Harvey Cushing, su alumno más brillante, nunca lo sospechó.

Hoy se sabe que en forma permanente, o intermitente con empujes y remisiones, la dependencia a la morfina duró largo tiempo y posiblemente todo el resto de su vida.

Inicialmente tuvo una causa terapéutica; luego fue una necesidad imprescindible para seguir trabajando. Para alguien acostumbrado a obtener todos los objetivos que se propuso con un trabajo tenaz, la incapacidad para liberarse de su dependencia debe haber constituido un tormento que lo humillaba y minaba la confianza en sí mismo.

Pudo lograr que no interfiriera con el logro de sus elevados objetivos, pero no quedó ningún indicio de los recursos que empleó para ello.

Algunos de sus biógrafos plantean que, para mantenerla en secreto, Halsted se mantuvo en permanente estado de alerta, que modificó su comportamiento que pasó a tener estas características:

a) Soledad.

Detestaba los grupos numerosos, los reconocimientos y alternar con la clase alta de la sociedad; prefería la calma de su estudio, el laboratorio o la sala de operaciones para

concentrarse en los problemas, lo que constituyó un cambio muy notable que llamó la atención a sus conocidos.

b) Distancia y reserva.

Mantenia a distancia a los que trabajaban con él; raramente almorzaba con sus residentes, a muy pocos los llamaba por su nombre y a menos aún por su sobrenombre.

Hacía que todos sus asistentes tomaran parte de sus operaciones, pero en silencio, a menos que él les formulara preguntas.

Según testimonio de Matas: *“Su reserva, su precaución en hacer nuevas relaciones, y su formalidad, siempre ocultas tras una insuperable urbanidad, hacían bastante difícil a los que bien al tanto de su alto valor y del privilegio de su bien ganada reputación nacional estaban deseosos de aproximarse y contactar con este hombre distante, y al no hacer avances se llevaban la impresión de que el Dr. Halsted no correspondía a su atención.”*

c) Laconismo.

El día de la ceremonia inaugural del JHH, su primer Jefe de Residentes, colaborador más estrecho y luego sucesor el Dr. John M. Finney, fue a su despacho para plantearle la designación de un nuevo residente. Durante la entrevista Halsted sólo pronunció tres cortas frases:

“Mucha gente ¿no?”

“Lindo día ¿no?”

“Debo excusarme porque en pocos minutos tengo una cita en el Laboratorio; ¿en cuánto tiempo me puede comunicar su propuesta?”

d) Imperturbabilidad y autocontrol.

Jamás se alteraba ante una complicación en el desarrollo de una operación.

Pero a veces se irritaba. Cierta vez cuando estaba operando en un hospital fuera de Baltimore, en tres oportunidades la vieja instrumentista del JHH que había llevado pero que no le estaba asistiendo, se le acercó por detrás y brevemente le susurró algo al oído. La primera vez Halsted respondió: *“sí”* en un tono cortés. La segunda respondió nuevamente: *“sí”* pero de modo seco. Y la tercera vez, que coincidió con un momento especialmente difícil de la operación, Halsted visiblemente irritado le dijo con voz fuerte: *“Usted cierre el pico y váyase de aquí”*.

e) Discriminación, ironía y sarcasmo.

Enseñaba con su ejemplo pero no le gustaba dar clases, especialmente a los estudiantes.

Miraba por encima de ellos hacia el fondo del anfiteatro como si los ignorara y ellos, que conocían su sarcasmo, temían hablarle, y elegían a un candidato para que presentara los casos y fuera ridiculizado por el profesor.

Pero si percibía que un estudiante tenía condiciones que él consideraba destacadas, le otorgaba su atención y lo trataba con notoria deferencia.

Cierta vez dos de sus residentes luego de operar le pidieron permiso para retirarse en la tarde para presenciar un partido de fútbol. Halsted les respondió: *“Sí ciertamente, nunca dejen que la Cirugía interfiera con el fútbol”*.

Pero en la libertad relativa de la intimidad Halsted era bastante distinto.

- a) Si bien no tuvieron hijos y vivían en pisos separados de su casa en Baltimore, Halsted tuvo una relación muy particular y cálida con su esposa. El matrimonio duró treinta y dos años. Ella era muy eficiente y le fue muy devota: dedicó su vida a que todo fuera confortable y placentero para él y a interferir lo menos posible con su obra.
- b) Con Welch, Osler y Kelly mantuvo una relación muy buena: almorzaba con ellos en un clima festivo entre noticias del trabajo y bromas. En una oportunidad cuando Kelly le pidió su opinión sobre una operación de hernia en la que había implantado un trozo de mármol para contener el saco alto en el canal inguinal, Halsted le respondió con otra pregunta: *“Kelly, para que (la operación) ande bien, el mármol ¿debe ser verde o rosado?”*
- c) Al dorso de las hojas de su libreta de contabilidad escribía ingeniosos y a veces ácidos comentarios sobre algunos de los numerosos pacientes privados de las clases altas de Baltimore que atendía regularmente.
- d) En una carta que le envió a su hermana Berta, le hizo una deliciosa descripción de cómo en 1911 en Berna le tomaron una fotografía mientras realizaba con Kocher una operación que resultó famosa a una paciente portadora de un aneurisma de la aorta abdominal.
- e) Con sus amistades era sumamente educado, cortés y cálido; las atendía con interés, hospitalidad, formalidad y a la vez desenvoltura, demostrando elevado nivel cultural. Parte de estas características de su personalidad también se reflejan en la correspondencia que mantuvo con su gran amigo Theodor Kocher, con el que, pese a la diferencia de edad, compartía muchas características y gustos personales.
- f) Halsted era socio del Maryland Club, el segundo club de caballeros más antiguo de EUA. En las reuniones Halsted se mostraba alegre, no se perdía nada de lo que se comentaba, y mantenía diálogos en los que sus intervenciones solían ser las más ingeniosas y brillantes.
- g) Siempre se dijo que su trato con las demás mujeres era distante y nunca dejó abierta la mínima posibilidad de intimar. Sin embargo recientemente se han encontrado cartas que muestran que ya sexagenario tuvo una estrecha relación sentimental con Elizabeth Blanchard Randall, una joven 40 años menor que él, hija de un prominente abogado de Baltimore relacionado con la JHU.

* * *

Halsted tuvo recaídas en su dependencia, pero aparentemente no se volvió a internar. Las pasaba con su esposa, en High Hampton, una finca campestre que poseían en Cashiers una pintoresca localidad en las Blue Mountains de Carolina del Norte.

En High Hampton pasaba muy bien, como él mismo relató en dos cartas.

En la primera, de agosto de 1920, dirigida a René Leriche Halsted le comentaba que ... *“... religiosamente me abandonaba en las delicias de las vacaciones en la vida silvestre libre de cuidados, a 30 millas del ferrocarril, cabalgando, manejando, pescando, hamacándose y leyendo cosas no médicas...”*

En la segunda de julio de 1921, dirigida a Rudolph Matas, Halsted fue aún más explícito: *“Por más de 30 años he pasado aquí parte de mis vacaciones de verano y amo este lugar. El clima es perfecto. Hay hermosas truchas en nuestro estanque, y no hay mosquitos, moscas negras u otros tormentos. Estamos en las montañas, a 3600 pies sobre el nivel del mar, en la naturaleza, a 18 millas del ferrocarril. Los únicos sonidos son los cantos de los pájaros y el murmullo de los arroyos. Tenemos una buena biblioteca, un telescopio reflector de 10 pulgadas, está lleno de caballos para montar o conducir y también un automóvil Ford.”*

En High Hampton estudiaba astronomía, cuidaba sus dalias, jugaba con sus perros como ha quedado registrado en una célebre fotografía, ayudaba a su esposa en el manejo de la propiedad, y apoyaba la economía de la iglesia local aunque no concurría a ella. Mantenía muy buena relación con los vecinos a los que cuando era necesario trataba a su costo en el JHH; además, les operaba a sus perros y caballos.

Pero aún cuando estaba en Baltimore, en los períodos en que tenía mucho trabajo entre manos, sus visitas al JHH eran tan esporádicas que a veces pasaba más de una semana sin concurrir a él. Prefería trabajar en la privacidad de su biblioteca donde estaba resguardado de interrupciones.

Todos los años Halsted hacía un largo viaje a Europa para visitar a sus amigos cirujanos, entre los que a partir de 1899 y hasta 1914 nunca faltó el viaje a Berna para estar unos días con Theodor Kocher y su familia. Pero también aprovechaba esos viajes para regalarse algunos días para estar solo y leer sin interrupciones en pequeños hoteles de la costa de Inglaterra, Bretaña, y París.

Las recaídas, los viajes anuales a Europa y las estadias de un mes en High Hampton que invariablemente seguían a los mismos, hacían que si bien Halsted seguía produciendo intelectualmente, faltara a su trabajo en el JHH por largos períodos que algunas veces se extendieron de mayo a octubre.

Durante sus ausencias era suplantado en sus funciones por el Dr. Finney.

Las autoridades del JHH se preocupaban y le enviaban cartas con advertencias de distinto tenor; Halsted casi nunca las dio por recibidas, ni las obedeció.

El cuidado de Halsted para que su dependencia se mantuviera en secreto no fue totalmente exitoso. Existen varias evidencias de que sus colaboradores la percibieron o la conocieron.

J. L. Mencken dejó constancia de que en ciertos períodos Halsted tenía un aspecto extraño y distante aun cuando estaba operando. Deseaba comenzar la operación, realizaba sus primeros tiempos y entonces parecía estar fatigado, decía a su asistente: *“Usted ha visto lo que quiero hacer; termínelo”* y se retiraba.

Su residente Mitchell dejó el testimonio personal de dos “filtraciones”. En una presentación en la que aludió al trabajo de Halsted sobre la cocaína, éste visiblemente molesto le dijo: *“¿De dónde sacó esa cosa horrible?. Yo no estaba en muy buena forma entonces.”*

Y en otra oportunidad, frente a un enfermo agitado luego de operación de hernia con anestesia con cocaína, Halsted le aconsejó: *“Dele morfina. Si Usted supiera cuán terrible es el sufrimiento de la inquietud después de recibir cocaína, usted no dejaría de darle su morfina”.*

En The Inner History of Johns Hopkins Hospital, Osler dejó este testimonio: *“La predisposición al aislamiento, su tendencia al menosprecio, la cantidad de excentricidades que a sus viejos amigos de Nueva York parecían aún más extrañas que a nosotros, eran las únicas manifestaciones exteriores de la batalla diaria que nuestro valiente amigo libró por años.”*

Más adelante, aclara que ésta duró por lo menos hasta 1905, año en que Osler se fue a Inglaterra: *“Alrededor de seis meses después de que se le había dado el cargo categórico, lo vi con un chucho severo y esta fue la primera evidencia que tuve que él aún estaba recibiendo morfina. Posteriormente tuve varias charlas con él y gané su completa confianza. Él nunca había logrado reducir la cantidad a menos de tres granos diarios; con ellos podía realizar cómodamente su trabajo y mantener su excelente vigor físico.”*

En abril de 1934, cuando William Welch estaba internado en el JHH próximo a morir, dio a uno de sus médicos, este testimonio que aclara varios aspectos de la dependencia de Halsted.

En primer lugar afirmó que era crónica y que tuvo recaídas: *“Si bien había sido extensamente dicho que Halsted había superado su adicción, ello no es enteramente cierto. Durante toda su vida tuvo recaídas y volvía a la droga.”*

No precisa a qué droga se refiere, lo que deja abierta la posibilidad de que algunas de ellas fueran recaídas en la cocaína.

Esta interpretación podría explicar algunas de sus prolongadas ausencias al JHH, en especial la de 1891. El 8 de abril de ese año, cuando llevaba poco tiempo como jefe titular de cirugía, envió una carta a las autoridades del JHH en la que decía: *“¿Podrían amablemente extender mi permiso de ausencia? Por seis meses he tenido lo que supongo que es malaria y pienso que no podré retornar a Baltimore antes de mediados de julio. Lamento profundamente que me vea obligado a solicitar una vacación en esta época del año.”*

A continuación Welch en su testimonio confirmó que pasaba las recaídas fuera de la ciudad, aunque no se refirió a High Hampton: *“Por esto siempre debía irse de la ciudad...”*

Lo más valioso de este testimonio son las doce palabras que siguen, que pusieron una mínima y posiblemente única luz sobre la magnitud de la perturbación espiritual y el sentimiento de culpa que le provocaba a Halsted su dependencia y su incapacidad de liberarse de la misma: *“... y cuando retornaba, volvía a mí para confesármelo, muy arrepentido y lamentándolo.”*

En suma: a fines de 1884 y en 1885, cuando los efectos de la cocaína eran incompletamente conocidos, Halsted participó en la búsqueda de alternativas para la Cirugía que fueran mejores que la anestesia general por inhalación disponible entonces.

Descubrió los principios esenciales, hoy todavía vigentes, de la anestesia regional por bloqueo nervioso, pero en forma accidental e involuntaria contrajo una dependencia a ese alcaloide, la que destruyó su prestigio social y profesional en Nueva York.

Luchó contra esta dependencia, es probable que la haya abandonado definitivamente, pero contrajo una segunda dependencia, esta vez a la morfina, que tuvo una causa terapéutica y persistió durante la mayor parte de los restantes años de su vida.

Algunas veces esta segunda dependencia ha sido valorada en forma negativa y hasta peyorativa. Pero si se la analiza en el contexto de las drogas que se disponía en la época, el conocimiento aún incompleto de sus efectos, la consideración de la dependencia por la sociedad de entonces y la clase social y la profesión a las que pertenecía, se percibe que:

- no fue un hecho extraordinario.
- fue muy exitoso en mantenerla en un dominio estrictamente privado.
- en el conjunto de su vida fue un hecho irrelevante porque, probablemente por el uso de morfina de buena calidad, no afectó su trabajo, su obra y el extraordinario brillo de su vida profesional.
- lo hace merecedor de una profunda admiración y respeto porque constituyó la secuela de una enorme tragedia personal que condicionó el resto de su vida, no se doblegó ante ella, y si bien no pudo vencerla, logró que no lo destruyera ni interfiriera con el logro de los elevados objetivos.

Cabe formular una pregunta final: **la trayectoria de Halsted ¿habría sido la misma si no se hubiera hecho dependiente a las drogas?**

La respuesta es especulativa y tiene dos aspectos:

a.- Si Halsted no se hubiera vuelto dependiente a la cocaína, no habría tenido acceso a las inigualables facilidades de la formidable JHU en que desarrolló su obra y, por lo tanto, no habría existido esa asociación excepcional y afortunada para el nacimiento de la cirugía moderna, que en ese caso habría tenido una historia diferente.

Pero también puede pensarse que de no haberse vuelto dependiente a la cocaína, en pocos años más hubiera alcanzado la notoriedad necesaria para que la combinación de la profunda admiración que Welch ya tenía por sus condiciones, la profundidad de la amistad que los unió toda la vida, y la política de nombramientos de los jefes de las diferentes especialidades que se siguió en el JHH, hubieran hecho que más temprano que tarde fuera convocado a trabajar en él.

O quizá le hubieran permitido alcanzar en Nueva York o en otras ciudades importantes de EUA objetivos muy elevados, aunque probablemente no tanto como los que alcanzó en Johns Hopkins.

b.- El papel jugado por su dependencia a la morfina en el brillo de su obra. Halsted en su etapa pre-dependencia dio muestras de una visión de futuro, un empuje y una capacidad de trabajo extraordinarios, que sólo se atenuaron durante los años negros y que volvieron a manifestarse en todo su esplendor ya en 1889 cuando, como primer y único cirujano del JHH, realizaba todo el trabajo de esa especialidad. Es pues presumible que el brillo de su obra hubiera sido similar sin esa segunda dependencia.

Sin embargo él mismo confesó a Osler que necesitaba una dosis diaria para *“realizar cómodamente su trabajo y mantener su excelente vigor físico”*. Es pues probable que la dependencia de Halsted a la morfina, con el tiempo se haya transformado en una forma de

satisfacer la necesidad de un intelectual de alto vuelo de tener un rendimiento físico mucho mayor del que le permitían sus energías naturales.

* * *

En 1919 Halsted fue sometido a una colecistectomía por litiasis vesicular y tuvo una prolongada fistula biliar externa postoperatoria.

En 1922 todavía ocupaba todos sus cargos en el JHH y en la Escuela de Medicina. A fines de agosto de ese año estando en High Hampton hizo una colangitis aguda por una litiasis residual del colédoco. Llegó al JHH muy grave, pudo ser operado, pero en el postoperatorio alejado tuvo tres complicaciones (hemorragia digestiva, neumonía y posiblemente pancreatitis aguda) que el 7 de septiembre de 1922, pocos días antes de cumplir 70 años, lo llevaron a la muerte.

Bibliografía

- Bernheim, Bertram M. *The Story of the Johns Hopkins. Four Great Doctors and the Medical School They Created* New York, Whittlesey House 1948
- Brieger G *A portrait of Surgery. Surgery in America 1875-1889* Surg Cl N Amer 1987;67:1181-1216
- Cameron J L *William Stewart Halsted Our Surgical Heritage* Ann Surg 1997; 225: 445-458
- Cameron J L, Gordon T A, Winslow Kehoe M, McCall N *William Stewart Halsted: Letters to a Young Female Admirer* Ann Surg 2001;234:702-707
- Crestanello F *La "Enfermedad" del Dr. Halsted. ¿Una dependencia a drogas que culminó el nacimiento de la cirugía moderna?* Sesiones de la sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. 2011;28:198-235
- Dagnino J *De la coca a la cocaína* Ars Medica 2003;5:15-31
- Dagnino J. *El trío de Viena, de la cocaína a la anestesia tópica* Ars Medica 2005;10: 81-105.
- Halsted W S *Practical comments on the use and abuse of cocaine suggested by its invariability succesful employment in more than a thousand minor surgical operations* N Y Med J 1885;13:294-295 (citado en 14)
- Mac Callum W. G. *Biographical memoir of William Stewart Halsted 1852-1922* National Academy of Sciences of the United States of America Biographical memoirs. Volume XVII Seventh Memoir 1935
- Markel H *The Accidental Addict* NEJM 2005;352:966-968
- Matas R. *The Story of the Discovery of Dental Anesthesia by Nerve Blocking. Achievements of William Stewart Halsted.* Surgery 1952;32:530-537
- Mitchell J F *Memories of Dr. Halsted* Surgery 1952;32:451-460
- Nuland S B *Doctors. The Biography of Medicine.* New York Alfred A. Knopf 1988 *Cap 13: Medical Science comes to America. William Stewart Halsted of Johns Hopkins*
- Nunn D B *William Stewart Halsted: Transitional Years* Surgery 1997;121:343-351
- Nunn D B *Dr. Halsted's Addiction* Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine 2006;6:106-108
- Olch P D *William S. Halsted and Local Anesthesia* Anesthesiology 1973;42:479-486

- Osborne M *William Stewart Halsted: his life and contributions to surgery* Lancet Oncol 2007;8:256-265
- Osler W *The Inner History of The Johns Hopkins Hospital* The Johns Hopkins Medical Journal 1969;125:184-194 (Citado por Nunn)
- Raymond Fink B *Leaves and Needles: The introduction of Surgical Local Anesthesia* Anesthesiology 1985;63:77-83
- Rutkow I *William Halsted and Rudolph Matas: Their unique alliance* Surgery 1980;87:524-538
- Rutkow I, Rutkow B, Ernst C. *Letters of William Halsted and René Leriche: "Our friendship seems so deep"* Surgery 1986;88:806-825
- Scott Rankin J *William Stewart Halsted. A Lecture by Dr. Peter D. Olch* Ann Surg 2006;243:418-425
- Thornwald J *La segunda batalla contra el dolor En: Thornwald J El triunfo de la Cirugía* Barcelona. Ediciones Destino 1999 Páginas 237-298
- Whipple A *Halsted's New York Period* Surgery 1952;32:542-550
- WHO Lexicon of Alcohol and Drugs Terms World Health Organization Geneva 1994
- Yentis S, Vlassakov K *Vassily von Anrep, Forgotten Pioneer of Regional Anesthesia* Anesthesiology 1999;90:890-895

Ac. Enrique Probst

Consideraciones psicopatológicas acerca de "la enfermedad" del Dr. W. Halsted

Agradezco al Ac. Crestanello su invitación a participar en su exposición acerca de lo que ha titulado como la "enfermedad del Dr. Halsted" y que asocia como subtítulo una urticante pregunta: ¿ una dependencia a las drogas que culminó en el nacimiento de la cirugía moderna?.

Acerca de lo que quisiera reflexionar no es solo sobre las perturbaciones que generan las adicciones sino la articulación de las mismas con los aspectos sanos de su personalidad dicho con otras palabras: cuál es la relación entre conductas perturbadoras y los recursos joicos saludables, que en el caso de Halsted, han sido reiteradamente calificados de geniales.

Crestanello ha sido muy hábil en desarrollar una descripción patobiográfica de la vida y carrera de Halsted. También – y esto lo valoro especialmente- en su sagacidad para formularse una serie de interrogantes que – pensándolo bien- trascienden las vicisitudes personales del personaje Halsted y nos enfrentan con la relación existente en la genialidad de un individuo y la organización de la personalidad que permite que ésta se genere.

En esta breve exposición tendré que seguir un sendero algo tortuoso para tratar de proporcionarles algunas ideas acerca de las preguntas formuladas.

Sintéticamente podemos decir que en Psiquiatría existen dos visiones antagónicas de las perturbaciones mentales y su relación con la salud psíquica. Han existido algunos intentos en conciliar ambas perspectivas pero desarrollar este tema nos alejaría del propósito central de esta exposición.

La primera de estas visiones es la denominada categorial donde se concibe que lo sano y lo enfermo está claramente delimitado. La otra es denominada dimensional donde se concibe un gradiente de situaciones entre lo que podríamos llamar lo sano y lo enfermo.

Los que se ponen en contacto con el conocimiento psiquiátrico no tienen en general dificultades para aprehender lo enfermo, lo patológico. El escollo surge cuando intentamos definir o delimitar a lo sano. El conocimiento psiquiátrico ha puesto su énfasis, al igual que en el resto de la Medicina, en los síntomas y lamentablemente no se ha transitado por lo sano o las fronteras con lo patológico con la suficiente profundidad. Siempre he insistido que los aspectos sanos y tróficos de la personalidad deben ser minuciosamente analizados porque es a través de ellos que construiremos nuestras aproximaciones terapéuticas.

Con frecuencia los estudiantes de Medicina, incluso los estudiantes del posgrado de Psiquiatría, se acercan presurosamente alarmados a formularnos preguntas acerca de lo que el docente les describió, por ejemplo, acerca de la sintomatología obsesiva. Una estudiante me preguntaba si los pensamientos que a veces le venían y conducían a rituales compulsivos destinados a frenarlos, o los que repetitivamente le llevaban a controlar si la llave del gas o las puertas estaban cerradas y que para ella eran como una tortura, o la frecuencia con que le acontecían dudas sobre muchas cosas, significaban que padeciera una neurosis obsesiva.

Estas perturbaciones obsesivas pueden tener distinto grado de intensidad y pueden o no interferir en el desarrollo de la vida. Estos “escapes obsesivos” son frecuentes de observar en numerosas personas sin que se afecte la existencia de las mismas. Sin embargo hay ocasiones en que esto adquiere una dimensión manifiesta que lleva a trastocar el equilibrio de la vida en forma notoria.

Los síntomas son defensas que nuestra mente desarrolla a efectos de reprimir problemáticas sumergidas en la profundidad de lo inconsciente. Su abordaje terapéutico, si este está indicado es biológico y psicoterapéutico.

Recuerdo una ocasión en que traté a un destacado cirujano por la intensidad de sus síntomas obsesivos. El nivel de angustia era tan intenso que no podía operar. Se centraba en sus persistentes y fatigantes dudas por no poder tener la certeza sobre si la ligadura de los vasos sanguíneos habrá sido correcta al igual que el conteo de las compresas utilizadas, no confiando en el realizado respectivamente por sus ayudantes.

En lo que lamentablemente no se pone el suficiente énfasis, es en la valoración de la personalidad. Con ello significamos cuales son las defensas habitualmente utilizadas para enfrentar los acontecimientos problemáticos de la vida, sus proyectos existenciales, sus expectativas y sobre todo la capacidad de cuestionamiento que posea, que en el caso de las estructuras paranoicas es casi nula.

¿ Que podemos decir de la adicción o adicciones de Halsted?- Creo importante mencionar su “ adicción”, esto entre comillas, y su posibilidad de trabajar como lo hizo.

Los aspectos sanos de su personalidad deben haber sido sólidos para permitirle desarrollar su actividad científica y docente. De la intimidad de su vida personal, en especial la amorosa, no sabemos prácticamente nada.

Las adicciones pueden ser transitorias, episódicas o permanentes. Una forma de investigar esta problemática es plantear cual es la vulnerabilidad del sujeto a desarrollar conductas adictivas.

El concepto de vulnerabilidad implica la noción de riesgo y va a depender de múltiples factores. Los médicos constituyen una población de riesgo importante por su proximidad en sustancias francamente adictivas. Halsted las tuvo en relación a la cocaína y los opiáceos. Pero la vulnerabilidad depende de factores biológicos del sujeto, de los aspectos psicológicos y con ello nos referimos a la adecuación o inadecuación de las defensas construidas para enfrentar las diversas situaciones de la vida y por último de los aspectos sociales. Los micro sociales, fundamentalmente las características de la familia en la cual aterrizamos y también los macro sociales que implican sobre todo aspectos de la cultura.

En el caso de la adicción a las drogas es importante saber que ellas generan distinto nivel de dependencia. Quizá el ejemplo del consumo del alcohol nos enseñe muchas cosas.

Existe, ustedes lo saben muy bien, un consumo social del alcohol que bajos ciertos parámetros no genera mayor problemática salvo en los casos de embriaguez simple o la denominada patológica. La cédula de identidad del alcoholista es su dependencia. Cuando se llega a ese extremo por la aparición del síndrome de abstinencia cuando se interrumpe la ingesta de alcohol, podemos decir que se ha perdido la posibilidad de abstenerse, se ha perdido la libertad.

Cuando se pretende interrumpir el consumo de alcohol es un sujeto con una dependencia importante, se entra en abstinencia y se corre el riesgo de la aparición de un cuadro clínico, que en el caso del alcohol, en general todos los médicos conocen.

Me refiero al delirium tremens. Sus ruidosas manifestaciones: la confusión mental, la inquietud psicomotora, los trastornos alucinatorios predominantemente visuales y la hipertermia, hoy son más infrecuentes de observar, quizá debido a la existencia de un arsenal terapéutico muy amplio, que utilizados precozmente abortan la mayor parte de las veces el desarrollo del cuadro clínico.

Las adicciones transitorias, y con drogas blandas, permiten, en ocasiones, que los aspectos más sanos de la personalidad, cuando existen, pueden expresarse y manifestarse en toda su extensión.

Se sospecha que las conductas adictivas de Halsted fueron probablemente permanentes. Tanto la cocaína como los opiáceos no le produjeron desorganizaciones psíquicas de severa intensidad. Esta es una plausible hipótesis, para explicar esa extraña combinación entre adicción y su genial conducta en el plano de lo científico.

A través de un trabajo psiquiátrico y psicoanalítico, he tenido la oportunidad de observar asociaciones de este tipo. Esta problemática tiene muchos puntos de contacto con las desorganizaciones psicóticas transitorias, de lo que en psiquiatría se ha dado en llamar las personalidades borderline. Estas se caracterizan, precisamente por la esporádica aparición de brotes psicóticos que irrumpen en la vida de un sujeto con vínculos familiares y laborales que funcionan como normales.

Tengo particularmente presente a una brillante docente de literatura con una labor creativa formidable que era interrumpida en varias ocasiones por episodios psicóticos de los que era llamativamente parcialmente consciente. Recuerdo que una ocasión me llamó telefónicamente y me dijo: Doctor necesito que me vea urgentemente, creo que estoy empezando a delirar, siento que me siguen, escucho voces, etc. Al verla comprobé que me había expresado, por teléfono, su evaluación de esos momentos de invasión psicótica eran tal cual me lo habían descrito.

Esta desorganización psicótica guarda una llamativa coincidencia con lo descrito con pacientes adictos descompensados.

Para poder hipotetizar sobre esta alternancia o coexistencia de estados mentales, a veces tan bizarramente opuestos, es necesario recurrir, como acabo de mencionar, a hipótesis que pueden dar cuenta, razonablemente, de los mecanismos psicopatológicos involucrados. Creo que lo que más posibilita entender lo que estamos tratando es lo que Freud, al final de su vida describió como la Spaltung (o escisión) del yo.

Aclaro que esto no tiene nada que ver con lo de Freud a través de toda su obra, describió como represión.

Este es un mecanismo que en los “normales” y los neuróticos (en esa zona me incluyo), existe y opera como una gran defensa frente a la cercanía amenazante de representaciones mentales inconscientes que de hacerse conscientes conflictuarían al sujeto en forma notoria. La presencia de angustia es la clave que tiene el clínico de la proximidad que tienen esos contenidos inconscientes de hacerse conscientes y dejar al individuo en una situación muy comprometida.

Es muy ingenua o simplista la actitud del médico que intenta solucionar el problema a través de un ansiolítico.

Ello implica atacar solamente el nivel biológico de la actividad mental sin darse lugar a investigar y poner de manifiesto el o los conflictos subyacentes.

El psiquismo corrientemente recurre a lo que se llaman las formaciones del inconsciente que son en última instancia procedimientos o intentos de solucionar los problemas.

Que estoy refiriendo a los sueños, los actos fallidos, los lapsus lingue y aunque a muchos les resulte extraño: a los síntomas.

La Spaltung o escisión del yo, es un mecanismo defensivo que permite un clivaje en la actividad mental que posibilita la coexistencia de grupos representativos mentales antagónicos, sin generar mayor conflicto. Octavio Manonni lo ha descrito brillantemente en su libro “La otra escena”, especialmente en un capítulo que titula “yo lo sé, pero aun así”.

He tratado de hipotetizar de la manera más simple posible (al menos para mí), de esta curiosa asociación en Halsted al igual que en otros pacientes. Un aspecto clivado del yo (Spaltung), permitiéndole el despliegue de una brillantez rayana, a veces como en Halsted, en lo genial. El otro aspecto clivado, perturbado y necesitado de recurrir a su conducta adictiva con todo lo que puede significar esta adhesión a un fármaco del cual no se puede desprender por su unión simbiótica en el mismo y sobre todo por lo que simbólicamente puede significar.

Ac. Hon. Milton Mazza

El Ac. Crestanello nos ha ofrecido, como es habitual en él, una conferencia excelente. Su admiración sin reservas por la figura de Halsted, resalta claramente en cada uno de los segmentos de su completa presentación.

No cabe duda que Halsted representa el paradigma moderno de la Cirugía y uno de sus más conspicuos forjadores.

La adicción a las drogas del gran cirujano, es un extraordinario asunto que el Ac. Crestanello aborda con rigor, precisión y sensibilidad desde variadas perspectivas.

Más allá de algunas dificultades funcionales indudables y bien explicitadas por el conferenciante, Halsted superó su dependencia y desarrolló con extraordinario éxito su actividad académica y profesional.

Y supo también conducir dignamente su propia existencia, ofreciendo un ejemplo fascinante y conmovedor de una dificultad vital de gestación aleatoria e inocente, asumida y superada con gran inteligencia y energía.

La conferencia del Ac. Crestanello ofrece una significativa analogía con los principios quirúrgicos que inspiraron a su admirado personaje. Si, en espejo, se combinan en una complicidad y convivencia admirables, entre Halsted y Crestanello, el afán y la necesidad de rigor, la exigencia de completitud y exhaustividad y la solidaridad perfecta de intención prospectiva y de realización justa y oportuna.

Mi sincera felicitación y agradecimiento reconocido al Ac. Crestanello.

11.7.- Medicina y Derecho penal (Exposición en el plenario)

*Dr. Germán Aller
13 de junio de 2013*

Señor Presidente: para mí es un altísimo honor encontrarme en esta Mesa y con su venia me dirigiré a todos, cumpliendo con el protocolo de las Academias.

El tema por el que me han invitado es muy apasionante y me llena de orgullo exponerlo frente a gente de la capacidad y trayectoria de ustedes. La Medicina y el Derecho han vivido, históricamente, verdaderos períodos de tensión. En realidad es una falsa tensión; no es una tensión que tenga un verdadero fundamento científico ni empírico, sino más bien una mala contraposición de situaciones. En ese sentido me interesaría señalar algunos aspectos que parecerían canalizar la cuestión. La gente del campo del estudio del Derecho científico solemos visualizar —y es una afirmación que estimo no acertada— a la Medicina y al médico como una ciencia y un individuo que mira las cuestiones con cierto determinismo. Si hay tales factores hereditarios se reproducirá la enfermedad, si tiene tales cuestiones es o será de tal manera. A su vez, los que estamos en el campo del Derecho nos autodefinimos como personas librealbedristas. Yo creo que esa es una ecuación realmente discutible. A lo largo de la historia muchísimas personalidades del Derecho no han sido librealbedristas y me ha tocado conocer y estudiar a muchos médicos que han sido bastante más libertarios que otros abogados. Por lo tanto, creo que la supuesta antinomia entre Medicina y determinismo y Abogacía y libre albedrío es relativa. Es verdad que en el Derecho basamos todo nuestro esquema en la autodeterminación, en la responsabilidad individual —y mucho más si se trata de Derecho Penal—, y eso nos vuelca hacia ese campo pero no quita que sea una ecuación de relativo valor. De hecho, nuestro propio sistema penal consagra mecanismos a través de los cuales se termina castigando o aplicando medidas de seguridad a personas condicionadas por no decir determinadas. Quiere decir que aun en nuestra propia letra no estamos asumiendo que toda persona es libre. Ese es un aspecto que me parece esencial para establecer como punto de partida a propósito de esa supuesta tensión. Por otro lado, nos unen muchas cuestiones como, por ejemplo, las pericias. Ningún Juez que actúe medianamente bien —y creo que la mayoría, en ese sentido, cumple este requisito—, condena a un médico o a un operador del equipo médico en lo Civil ni en lo Penal si no tiene detrás el aval, la opinión, la pericia de otro médico.

Realmente, no tengo presente situaciones en las que el Juez haya actuado a la inversa de ese dictamen. Sí puede ocurrir que no le convenza el peritaje, que no sea clara la pericia y, por ende, solicita que se busque otro perito, que se amplíe la pericia o, directamente, que se pase a una Junta Médica. Por lo tanto, también esa contraposición “abogados contra médicos” parece ser algo más bien mediatizado y de repetición oral que lo que en verdad visualizamos en el foro. Cada vez que un abogado, sea en su rol de Fiscal en lo Penal o como denunciante, litigue contra los intereses de un médico, también es cierto que este último tiene un abogado que lo defiende. Quiere decir que allí tampoco veo esa contraposición como a veces se plantea.

El Instituto Técnico Forense, dependiente del Poder Judicial, tiene una importante cantidad de médicos. En tal sentido vale citar la figura del Académico Berro, si bien ahora se ha retirado. O sea que hay un vínculo profesional, activo, permanente, que relaciona el campo del Derecho Penal con la Medicina sin ningún tipo de conflicto, más allá de las sapiencias y opiniones. La Medicina Legal —aunque no es mi materia, siempre me ha apasionado— ha estado presente en nuestra Facultad de Derecho, aunque lamentablemente ha desaparecido desde hace décadas; debería volver a estarlo. También la encontramos en los estudios y en la formación de quienes pretenden subir en el Escalafón de la Escuela de Policía. Vale resaltar que, como consecuencia de un convenio firmado en el año 2000, varios profesores dictamos clases de Derecho para quienes egresan como Oficiales, lo que los habilita, luego, a continuar con la carrera de Abogacía si así lo desean. No lo hacen la mayoría pero sí podemos decir que es un porcentaje interesante el de quienes están estudiando o ya se han recibido de abogados. A nivel de la Universidad de la Empresa tenemos la Maestría en Ciencias Criminológicas y Forenses, donde el Académico Berro magistralmente dicta clases y a mí me toca la tarea de coordinar. En resumen, hablamos de muchos campos en los que el Derecho está presente y se conjunta perfectamente con el mundo de la Medicina sin ningún tipo de obstáculo.

Minutos atrás hice unas anotaciones porque creo que así se preparan las charlas: primero se preparan, se estudian, luego no se sabe muy bien lo que se va a decir y, finalmente, en un bar o un café es donde en realidad aflora la charla; al menos así es mi larga experiencia en esto. Lo importante es tener un momento con cierta tranquilidad en el tramo previo y uno siempre fabrica ese instante porque es cuando empezamos a disfrutar la charla que vamos a dar. Es así que, reitero, me anoté algunas cuestiones que hacen al asunto.

Nuestras ciencias son ciencias: tienen métodos —quizás propios o tal vez en parte prestados—, pero no son exactas. No creo ser un atrevido si afirmo que la Medicina no es una ciencia exacta. El cuerpo humano no deja de ser —obviamente, todo esto lo digo sin ningún ánimo de agravio— una suerte de laboratorio en la que se van probando cuestiones, con una sapiencia, con un conocimiento ad hoc, específico y también con investigación. Por lo tanto, no es una ecuación matemática. En Derecho tenemos parámetros, guías, una lógica en la resolución de los casos, como también debe haberla en los tratamientos y eventual sanación del paciente. Nos llama particularmente la atención cuando esa lógica no funciona, tanto en la Medicina como en el Derecho. En eso, pese a que evidentemente no somos ciencias iguales ni nada por el estilo, tenemos algunos rasgos en común. Ambas son autónomas pero ¿hasta qué punto? Cualquier profesor va a enseñar, sistemáticamente, en los primeros días de clase, que el Derecho Penal es una ciencia y que es autónomo. Es una ciencia porque tenemos un método, un razonamiento lógico, etcétera. En cuanto a lo

de ser autónomo hace tiempo que me permito no repetir tanto los manuales porque creo que no somos tan autónomos ni nos hace muy bien serlo. En realidad, es mejor decir que somos operativamente autónomos porque los valores absolutos no son humanos. Si existe Dios —yo creo que sí, pero en esto dejamos a cada cual a su libre creencia—, ese sería un valor absoluto, pero lo humano es todo perecedero, relativo. Paradójicamente, de las pocas cosas —por no decir casi la única— que tenemos seguridad, médicos y abogados, es que pase lo que pase, nuestro título nunca lo perdemos. Podremos perder la habilitación, pero no el título. No considero que el Derecho sea plenamente autónomo; pienso que el Derecho Penal, para serlo, debería estar absolutamente desgajado, separado y sin ninguna implicancia ni siquiera con la Constitución de la República. Sin embargo, no hay dudas de que el Derecho Penal no sólo debe ser una rama de ese tronco fundamental, sino la Carta aplicada a cada caso. Desde esa perspectiva, entonces, no explico a mis alumnos que el Derecho Penal sea autónomo. Entiendo que debemos tener y extender a los demás un cierto manto de modestia y no considerar que somos el ombligo del mundo y que sería muchísimo mejor si no existiésemos, si no hubiese causas criminales, que no hubiese delitos y, agrego, que no hubiese enfermedades. Sin embargo, nosotros estamos estructurados sobre una necesidad social y muchas veces —no siempre—, en nuestra profesión nos manejamos en situaciones casi de crisis de las personas a las que debemos abordar; ustedes, en la clínica, en el tratamiento médico y personalmente creo que he hecho muchísimo más de psicólogo que de abogado y he atendido mucha gente que, en realidad, lo que necesita es que la escuchen y que le hablen. Cuando se plantea la pregunta “¿qué hacemos?”, si pudiera responder con una honestidad que es imposible para ese momento, diría “Nada”. Si bien en la mayoría de los casos no es mucho lo que hay para hacer, tratamos de dar consejos y muchas veces terminamos haciendo una suerte de actividad que nunca estudiamos en la Facultad de Derecho: aconsejar sobre la vida. ¿Quién soy yo para aconsejar a una persona cómo tiene que vivir, qué tiene que hacer? No sé cuál sea el paralelo de ustedes en ese sentido —cada cual lo sabrá—, pero recuerdo que mi abuelo, que era médico, nos contaba que muchos de los pacientes que atendía no tenían problemas de patología, sino que su “enfermedad” era que estaban solos, que no tenían con quién hablar, etcétera. Obviamente, eran otras épocas y otros tiempos de la Medicina ya que mi abuelo nació en el siglo XIX. No sé si eso hoy se mantiene así —creo que no—, pero seguramente algo podrá haber.

Nuestros campos son particularmente antiguos. No somos los únicos ni mejores por eso, pero la Medicina y el Derecho, en el Uruguay, somos los que “primereamos” con la Ley de Larrañaga. Se discute la fecha de nacimiento de la universidad —no se llamaba Universidad de la República, pero eso no importa—, porque, en realidad, depende de qué lado quiera jugar usted y en función de eso se habla de que fue fundada en diferentes momentos, lo que llama la atención porque debería ser una sola; dejémoslo así. Tengo un libro sobre esto pero nunca va a ser publicado porque nadie lo va a leer por más que al editor le encante. ¿Quién va a comprar un libro con la historia del Derecho Penal en el Uruguay si la gente no estudia Derecho Penal? En cualquier caso, cuando se funda la Universidad aparece una Facultad de Jurisprudencia, que es la mía, y también una Facultad de Medicina. Ustedes saben mejor que yo la preciosa historia de la Facultad de Medicina, la construcción de sus sucesivos edificios hasta llegar al actual en un inmenso jardín florido. En todos los casos se daba cuenta de una grandilocuencia y una gran dignificación de esas

profesiones que, quizás, hasta pueda verse como excesiva. Nuestras profesiones tenían un fuerte compromiso social en un país que lo necesitaba.

Somos campos controvertibles. ¿Cuál de nuestras disciplinas puede soportar que no se nos digan muchísimas cosas? Tenemos una particularidad: en Uruguay, además de los médicos, casi todo el resto de los uruguayos son médicos; en Uruguay, además de los abogados, todos los demás saben de Derecho. No veo que la gente le discuta a mi hermano que es arquitecto ni a los ingenieros, salvo por sus honorarios. Estamos en un campo donde todos pueden opinar. Si es bueno o malo no me compete a mí definirlo, pero sí me parece bastante claro que hemos aprendido a convivir con esa situación. Debemos desarrollarnos en esa perspectiva y partir del supuesto de que abogados ni médicos vamos a dictar cátedra al ciudadano; más bien tendremos que procurar convencerlo pero será él quien tendrá la libre opción de recurrir, eventualmente, a otro galeno o a otro curial.

Tenemos un objeto, en parte, compartido, y esto suena raro; evidentemente al Derecho Penal no le corresponde la sanación de las personas del mismo modo que a la Medicina no le compete resolver conflictos en materia penal. En la Medicina Legal se centra un buen tramo del objeto del Derecho Penal. Entonces, ese objeto del Derecho Penal, de estudiar en lo genérico el fenómeno criminal, cómo se genera, cuáles son las consecuencias, qué repuesta político-criminales dar, qué tratamiento debe seguirse, etcétera, nos muestra que la Medicina Legal tiene respuestas. A esto le añadimos que en el Derecho Penal —me baso más en ello porque es de lo que algo sé, aunque tengo claro que cada vez sé menos— nos toca bailar con la más fea, debemos lidiar con la pena. Es bueno aclarar, de todas formas, que la pena no le pertenece al Derecho Penal, cuyo nombre es engañoso porque más correcto sería denominarlo Derecho Criminal. La pena es la consecuencia del delito; entiéndase que si no hay culpabilidad no hay pena y nosotros trabajamos esencialmente sobre la conducta típica, jurídica y culpable cuya consecuencia eventual es una pena. Por ende, sin ningún tipo de dudas la pena preexiste largamente al Derecho Penal. Nuestro Derecho Penal, liberal, republicano, teóricamente surge en 1874 —esto es discutible—, con la obra de Beccaria. Fijense que nace mal parida la criatura porque el libro es publicado como anónimo, en Livorno, por un pequeño hombre, bajito, regordete y feo —para reafirmar la convicción de que en general los penalistas no somos bien vistos—, con el propósito de zafar de una eventual guillotina o inquisición en tanto todavía quedaban sus últimos coletazos hasta que fue eliminada por Christian Thomasius. Este hombre publica una serie de ideas de discusiones entre jovenzuelos de poco más de veinte años, intelectuales, de clase alta, fundamentalmente de Italia, congregados en lo que dio en llamarse la Academia de los Puños. Es así que se funda lo que se denominó Il Caffè. Un día encomiendan a este regordete, que era intelectual y jurista, que escribiera todas esas ideas acerca de política criminal. En sus conclusiones explica que la pena debe ser la menor de las posibles, la más pronta, lo más inmediata a la concreción del delito, que tiene que ser la mínima necesaria y aclara que de por sí es mala. Nace una ciencia que dice: vamos a trabajar en algo que es malo. Así se instituye un Derecho Penal de mínima expresión. Todo eso no guarda mucha relación con lo que vemos en los noticieros ni con las expectativas que traza el ciudadano. El mensaje, lo mediático, lo político criminal y en buena medida lo legislativo, va a contramano del desarrollo de una ciencia penal liberal, republicana y bien entendida que debe ser, aunque suene desagradable para quien no esté en el asunto, la Magna Charta Libertatis del delincuente. ¿Por qué? Porque frente al Estado el delincuente

es el más débil. Aquella persona que se encuentre algún día indagada por la razón que fue- re entenderá enseguida lo que estoy diciendo, más allá de si es inocente o culpable. Como tenemos un sistema en el que toda persona debe ser presumida como inocente, pues enton- ces debemos prodigarle todas las garantías. ¿Y si fuese culpable, no deberíamos, de todos modos, dispensarle las mismas garantías para no quedar en la misma situación de ser igual que el criminal? Esta es una cuestión que la sociedad, evidentemente, no ha entendido, quizás porque nosotros la hemos explicado mal a lo largo de los últimos doscientos años porque se sigue reclamando, cual si fuese una panacea, más castigo, menos posibilidades de obtención de libertad, más estigmatización, más señalamiento. Y como se sabe que la pena no funciona ahora también se la quieren agregar a los chiquilines que andan matando gente. Aclaro que no hago la apología de estos energúmenos, pero ¿ustedes darían a un pa- ciente un medicamento que saben a ciencia cierta que no da resultado? ¿Por qué lo harían?

Creo que la Medicina Legal ha trabajado muchísimo, sobre todo, respecto del tema penitenciario, como puede observarse en la obra de algunos autores que luego citaré rápi- damente. Esto le ha brindado muchísimo al Derecho Penal, si bien también debo decir que la Medicina nos ha hecho algunos regalos de esos que quisiéramos sacarnos de encima. Uno de ellos se lo debemos a la Psiquiatría, gran campo científico realmente maravilloso. Le debemos mucho pero nos ha dejado como una donación, sin ninguna condición —o sea, es toda nuestra—, la peligrosidad, que ellos se la sacaron de encima hace rato. Eso es fruto de una época pero nosotros nos hemos aferrado a ella y seguimos repitiendo que las personas por ser peligrosas deben estar más tiempo recluidas por lo que han hecho, lo que constituye una gran contradicción en todo sentido, tanto epistemológicamente hablando como desde el punto de vista del Derecho; yo sólo puedo castigar conductas realizadas en el pasado y no proyecciones de conductas hacia el futuro. Eso debiera ser abordado por otros campos científicos pero, insisto, la pena no pertenece al Derecho Penal: nadie la quiere tener. Por esa razón la administra el Derecho Penal que nos termina, casi, colocan- do en una situación sin salida. Tampoco seremos los últimos en administrar la pena y esa es la única buena noticia que puedo dar a este respecto. El Derecho Penal es grueso pero finito; grueso porque cada vez abarca más cosas, pero finito porque va a tener fin. Un día, como todo en la vida, terminará. No sé cuándo va a ser aunque no creo que ninguno de los aquí presentes esté medianamente cerca de visualizarlo. Y cuando ello ocurra no sé qué a va a sustituir al Derecho Penal, pero sí sé que la pena va a seguir existiendo.

La pena empezó desde el primer momento en que un hombre, seguramente muy pri- mitivo, castigó a otro por algo que entendió no era lo correcto. De ahí en más lo que po- demos establecer son mecanismos para su control. El Derecho Penal cumple lo que en su momento cumplieron las leyes de Hammurabi; entiéndase no más que ojo por ojo y diente por diente. La gente sólo repite ojo por ojo y diente por diente, pero la expresión literal es no más que ojo por ojo y diente por diente. Esto quiere decir: no podemos castigar más que eso.

En la Medicina Legal están acostumbrados, a través de los baremos, a cuantificar y yo siempre planteo en tono risueño —porque creo que uno debe reírse de uno mismo— que me parece muy lindo histriónicamente visualizar la *lex talionis* o ley del talión que cada vez se reclama más en la sociedad. ¿Cómo aplicarla? Siempre planteo una situación: si a uno de ustedes le violan a la hija, tendrá que ir a violar a la hija del violador. Esa es la única posibilidad de aplicar la *lex talionis* en el sentido estricto. ¿Cuál sería la hipótesis?

¿Qué significa ojo por ojo y diente por diente? Si me robás, te robo. De esta forma generamos una suerte de violadores profesionales para cumplir la tarea con delegación de atribuciones. Hablo de los delitos sexuales porque no hay que explicar nada ya que todo el mundo entiende lo que quiero decir. Ahora pensemos en una maniobra fraudulenta a nivel del Estado. ¿Qué ley del talión le aplicamos a ese individuo? Lo tendríamos que defraudar a él, pero ya está avisado por lo que más bien habría que decirle que nos diera el dinero, con lo que sería un asalto. Son criterios que se utilizaron en una época remota con el fin de limitar el castigo y ese es uno de los grandes objetivos del Derecho Penal en el que sí necesita permanentemente la ayuda de la Psiquiatría, a nivel penitenciario, de la Psicología, de la Medicina Legal, para tratar de dominar a la fiera de la mejor manera posible, sabiendo que el domador siempre se lleva algún mordiscón. Efectivamente creo que es así.

Otro aspecto que me parece interesante resaltar es que nuestros campos científicos han dado a la historia uruguaya grandes prohombres para la sociedad, más allá de su especialidad. Por supuesto que hemos tenido grandes cirujanos y comercialistas, grandes gastroenterólogos y penalistas, pero me estoy refiriendo a gente de nuestra formación humanista, pensada en clave social, que ha marcado un camino en el campo de la política, de lo social, de la filantropía, etcétera. Todos recuerdan a Pedro Figari por sus cuadros, pero pocos saben que fue un buen jurista quien, de viejo, empezó a pintar. Fue el adalid en la defensa de la eliminación de la pena de muerte. En tal sentido, creo que nunca se le dio el mérito que tuvo el Presidente Williman al convertir al Uruguay en el primer país de toda la región hispanoparlante y uno de los primeros en el mundo en eliminar la pena de muerte.

Sin pretender aburrirlos, dedicaría el siguiente tramo de la charla a citar algunos nombres que he seleccionado.

Por supuesto que para nosotros, Hipócrates y Galeno han sido personajes interesantísimos. Siempre me ha atrapado mucho más la figura de Hipócrates —y el Académico Guido me ha escuchado decirlo más de una vez— que la figura egocéntrica de Galeno, quien creía que todo lo podía curar. Hipócrates tenía la modestia y la humildad de un gigante, de un coloso; era considerado, de alguna manera, como una suerte —no lo fue— de semidiós. En cambio, Galeno quería ser un semidiós. ¡Esa es la gran diferencia! El que no lo buscó, lo consiguió mientras que el que lo buscó toda la vida yo creo que no. Desde ya que no estoy atacando a Galeno en cuanto a todos los aportes que hizo a la Medicina. Ambos tenían una concepción atrapante de la salud vinculada a la filosofía. Creo que hemos ido perdiendo muchos de esos aspectos. En 1610 aparece un personaje que, en realidad, era un artista, pseudomédico; ¡qué sé yo cómo definirlo! Me refiero a Giovanni Battista della Porta, un italiano que tallaba la madera, esculpía el mármol, trabajaba con la arcilla y hacía excelentes figuras. Comenzó a repetir hasta el hartazgo que tocando la cabeza de una persona con sus manos podía describir el carácter y proyectar, entre otras cosas, si podía ser un criminal. Más allá de ese dislate total, aparece una conexión directa entre la indagación del fenómeno criminal, la prevención, y el mundo de la antropología embrionaria, por llamarla de alguna manera.

Jean Gaspard Lavater fue el iniciador de la fisonomía y craneometría, quien establece todas las bases de esos mapas, del cráneo, de las funciones. Confieso que a la gente joven me gusta mostrarle esos planos de Lavater y de Franz Joseph Gall —podemos hacer dos por uno—, aunque este último funda otro campo, que es el de la frenología. En esos planos se indica que el sentimiento patriótico está en tal lado, la honestidad en otro, etcétera.

Todos sabemos que la teoría de la localización a los efectos del cerebro existe y que se ha avanzado muchísimo. En ese sentido, uno se enorgullece de aquellos precarios, casi ingenuos, trabajos de Lavater, Franz Joseph Gall y sus seguidores, como Mariano Cubi y Soler, en España. De todos modos, a fuerza de ser sinceros, la mayoría de sus afirmaciones hoy implicarían la reprobación de un examen en la Facultad de Medicina. Más allá de esto, la cabeza frenológica se vende estupendamente bien en las casas de antigüedades y sigue siendo un gran llamador. Es decir que, de alguna manera, della Porta, Lavater y Gall siguen vivos en esa idea del crimen como algo misterioso. Desde ya, por temor a olvidarme en el futuro de la charla, aclaro que el crimen no tiene nada de misterioso; es el fruto de la razón. No hablamos de la razón individual en el sentido de por qué Fulano hizo tal cosa; eso está muy bien para las películas televisivas pero es un disparate. En la lógica de un estudio criminológico o medico legista, casuístico, donde sacamos los niveles de abstracción necesarios y generalizamos, es totalmente racional que en Uruguay haya determinada cantidad de homicidios por año, que tengamos ciertos riesgos de ser atacados de tal o cual manera. La idea de que el crimen es irracional es una suerte de excusa o ignorancia para colocar a los delincuentes como outsider de la sociedad, como individuos que están poco menos que fuera de la especie humana, lo cual es absolutamente falso. El crimen es una expresión de vida en sociedad; es un fenómeno normal, frecuente, repetido e, incluso, con relativa constancia en cuanto a los números. Por ejemplo, podemos establecer claramente en nuestro país una inequívoca constancia en su aumento y hoy, más o menos, podemos proyectar que el año que viene serán tantos, si nada cambia. En la morgue esto lo saben, aunque no se haga un estudio estadístico exacto. Quiere decir que no es irracional como la gente imagina. Lo que sí es irracional es que a mí me pase tal cosa, que a Fulano tal otra. Hay una pregunta que todo ciudadano se suele formular cuando le ocurre algo desgraciado, hablemos de una enfermedad o de un delito: ¿Por qué a mí? Creo que la verdadera interrogante inteligente es otra: ¿Por qué no a mí? No quiero jugar con el tema de las enfermedades para no ser yeta, pero podría preguntarme por qué no puede aparecerme tal patología mañana. ¿Por qué tiene que pasarle al de al lado?

Otra cuestión que me parece interesante tiene que ver con una anécdota que si me permiten, voy a leer. Seguramente alguno de ustedes recuerde al personaje del médico personal de Napoleón, quien lo acompañaba a todos lados. En la campaña de Egipto, en determinado momento, deben batirse en retirada y a eso apunta este relato: Estando Napoleón Bonaparte de campaña en Egipto, ordenó abandonar rápidamente el asentamiento donde estaban sus fuerzas militares. En esas circunstancias, cuatro de sus soldados padecían de la peste con peligro de contagio inminente, al punto de que De Gennes le hizo saber que los pacientes morirían en las siguientes veinticuatro horas. Napoleón preguntó si los soldados enfermos podrían ser transportados y De Gennes contestó que no. Entonces, inspirado por la piedad, le ordenó, Napoleón, que los matase con fuertes dosis de opio para evitar el sufrimiento y no caer en manos de sus enemigos turcos ni obstaculizar la marcha del ejército. Luego Napoleón, pasado este periplo, se entera de que el médico no había cumplido la orden y lo hizo comparecer ante él demandándole una respuesta. El médico reconoció no haber matado a los soldados y explicó su desobediencia diciendo que “Mi deber es mantenerlos vivos”.

Es decir que el médico cumple su función y cuenta con un fuerte respaldo en los códigos de Ética Médica, en los códigos penales, en los códigos penales y en la Constitución.

Otro médico que para nosotros no pasó desapercibido —creo que sí para la Medicina porque no se dedicó a ella— fue Juan Pablo Marat, de origen español aunque nacido en Francia. Estudió y se graduó de médico en Inglaterra, volviendo luego a Francia en donde se transforma en el amigo del pueblo, en aquel connotado revolucionario, periodista. Vale recordar que hizo una publicación para un concurso que perdió aunque debió ganarlo ya que el único problema fue que se entendió que “no era políticamente correcto”. Ese mismo trabajo, luego, lo publica en 1790 —diez o quince años después de haberlo escrito— bajo el nombre de Plan de Legislación Criminal. Este es el antecedente directo de lo que hoy conocemos como la parte especial de cualquier código penal. Claro, responde a la cabeza de un médico —es organizado, metódico— si bien no ejerce como tal. Sufrió enfermedades atroces aunque no murió a causa de las mismas sino por ser apuñalado por Charlotte Corday, en la bañera; creo que todo el mundo recuerda la escena reflejada en el cuadro. Digamos que murió en su ley, pues no dejó títere con cabeza hasta que llegó el momento en que una lo ejecutó. De todos modos, es justo aclarar que Charlotte Corday solía ir de picos pardos. Esta expresión surge a raíz de que las prostitutas se distinguían por utilizar vestidos de color pardo y con puntas en pico. Volviendo a Marat digamos que creó un verdadero decálogo, antecedente de nuestro Código Penal. Como reseñé anteriormente, es un trabajo en el que aparece la mente de un científico de la Medicina porque organizó todo. Confieso que los abogados no nos caracterizamos por eso. Sigo teniendo carpetas y carpetas, y cuando me preguntan cómo sé dónde está cada una respondo que en la medida en que no las toco siguen estando donde las dejé. Un contador que tenía de cliente me propuso organizarme todo pero temí que me iba a significar atenderlo gratis y opté por cobrarle y no organizar nada.

Otro gran médico, muy importante para la Medicina, fue Philippe Pinel, fundador de la Psiquiatría. Si me permiten, le quitaría el rol de médico porque, por sobre todas las cosas, fue un gran libertario, un revolucionario. Le costó muchísimo recibirse aunque era un brillante estudiante y hacía las tesis doctorales de la mayoría de los muchachos adinerados que le pagaban por ello. Pero la academia de aquella época no quería un médico sin linaje y por eso su tesis doctoral era sistemáticamente rechazada hasta que un buen día, tal vez por cansancio o porque alguno se apiadó, aprueba con las máximas calificaciones. Propuso algo maravilloso: desencadenar a esos que denominan locos criminales, tratarlos con dulzura para lograr algo mejor de ellos y no el baño de agua helada todas las mañanas, también invernales, como una especie de castigo, evitar las sangrías... Y aquí aparece la figura de Cheygné, un soldado muy fuerte que en algunos raptos, en momentos de borrachera, mató a varias personas. Pinel lo lleva a trabajar con él, le coloca una especie de túnica blanca. Esto era muy rechazado por varios de sus colegas, al punto que se trama una suerte de toma por asalto del hospital teniendo como uno de los objetivos el cobrar la vida de Pinel. Pero no lo lograron porque Cheygné lo salvó.

Por razones de tiempo saltaré algunas cosas, pero vale destacar que aparece la figura de Esquirol, psiquiatra mucho más técnico que Pinel. Luego tenemos la figura descollante de este hispano-judío-italiano: Cesare Lombroso. Fue un hombre de sectores muy bajos, que nunca tuvo dinero pero aun así contribuyó atendiendo gratuitamente a todas las personas para tomar sus medidas y obtener información. Es así que desarrolla toda una teoría del crimen como una resultancia del atavismo que, indudablemente, no era acertada. Él parte de un supuesto equivocado, que es el de que el hombre primitivo hoy sería un gran

criminal. En realidad, como sabemos mucho más de lo que sabía Lombroso en aquellos tiempos, el hombre primitivo seguramente sería bruto y tosco, pero apegado a su familia, fiel a su esposa y que daría su vida por ellos. Sinceramente, no sé si nosotros cumplimos todo esto que acabo de decir. Por lo tanto, no puedo afirmar que el hombre primitivo sería un gran criminal; tal vez fuera un diamante a pulir. No me voy a extender más, pero este alienista —expresión muy antigua que me gusta utilizar— equivocó muchas cosas; presupuso que el delincuente era un ser atávico, que era el fruto involucionado de la humanidad. Esto no es así porque hay muchos niveles de criminalidad: la del poder, la económica, la política, etcétera. En esos casos no vamos a distinguir por color ni por cráneos y ni siquiera por problemas culturales porque suelen estar educados igual y mejor que nosotros. Tampoco vemos en ellos ningún rasgo atávico ni inconvenientes en su faceta occipital media. Quiero rescatar que el aporte de Lombroso fue dotar al estudio científico del rango de ciencia.

Lacassagne, en Francia, es la contrapartida, con aquella expresión tan interesante sobre que las sociedades tienen los criminales que se merecen. En realidad, él no construye este pensamiento sino que lo deforma, pues la expresión literal era tenemos los políticos que nos merecemos, lo cual dejo a cuenta de cada cual. Es verdad que tenemos algún tipo de incidencia en la criminalidad, aunque no nos demos cuenta. En algún momento uno cae a tierra y piensa: No merezco que me asalten al salir de acá. No merezco que al llegar a mi casa un individuo me encañone y me haga pasar un momento tremendo. ¿Por qué no me lo merezco? Porque trabajo todo el día, porque no me alcanza el sueldo, porque las cosas que quiero son las más limitadas y las que no quiero las que más tiempo me absorben. Creo que si soy honesto y hago las cosas lo mejor posible, pues todavía me lo va a pagar usted diciendo que merezco que me roben. Y si no me toca a mí, ¿a quién de los que está alrededor de esta mesa le toca ser robado? Entonces, deberemos elegirlo y entregarlo como una suerte de cordero en holocausto a los dioses porque víctima quiere decir eso mismo. Me parece que ese concepto habría que revisarlo. De todas formas, Lacassagne fue un hombre que acertó mucho. También describió al delincuente de una manera en que los estudiantes de Derecho siempre lo dicen mal, pero ustedes lo entienden muy bien. Haciendo un correlativo con la Medicina, decía que el criminal es como el microbio. Pero los estudiantes de Derecho terminan poniendo en las pruebas que el criminal es un microbio. Habrá algunos que sí lo serán, pero la regla es que no es así. Muchos de ellos son personas desgraciadas, con una vida horrorosa que termina masacrando a otros. Entonces, el criminal es como un microbio, que aislado es inocuo pero colocado en el caldo de cultivo apropiado desarrolla la enfermedad. Tenía razón porque el crimen no se produce si no hay, al menos, dos personas, si no hay un ámbito propicio. El estafador no estafa a cualquiera sino que elige al “gil” y si bien lo va a tratar estupendo, lo desprecia. Hablo de la estafa porque es un delito maravilloso —discúlpeme la expresión, típica de penalista— porque requiere sagacidad, inteligencia, intuición, conexión. No es lo burdo, lo tosco, el macetazo en la cabeza. Quien estafa elige a su víctima y juega perversamente con ella hasta conseguir su cometido, incluso dejándola por un tiempo con la sensación de que ha hecho un maravilloso negocio.

Von Kries fue un médico fisiólogo importante en Alemania que en 1889 construye la Teoría de la Causalidad Adecuada, que si bien ha sido superada gobernó a todo lo referido a la acción en Derecho Penal.

Podría citar más personalidades pero el tiempo se me acaba y, además, no quiero aburrirlos con tantos nombres.

Hoy en día tenemos varios problemas, que sólo mencionaré someramente, en los que la Psiquiatría y la Medicina Legal juegan un rol importante. La peligrosidad se la quedó el Derecho Penal. Si bien pedimos a gritos que se la lleve quien la trajo, no hay manera. El proyecto de Código Penal que se ha elaborado en la Comisión que preside el Doctor Cairolí plantea haber eliminado todos los vestigios de la peligrosidad, lo cual sería un gran avance aunque creo que algo queda. ¿Cuál es nuestra gran preocupación? Ese Código, según tengo entendido —y es legítimo—, va a ser revisado artículo por artículo. Cuando los señores legisladores lleguen al punto en el que vean que no habrá más pena por la habitualidad sino que será la misma que por un solo delito, que se le quita al Juez la discrecionalidad de incrementar la pena observando el estilo de vida de la persona, etcétera, seguramente introduzcan modificaciones. Tienen el derecho a hacerlo, pero desde el punto de vista técnico van a meter la mata hasta el caracú. Un sociólogo amigo, Luis Barrios, ha dicho que Uruguay tiene una bajísima tasa de desempleo pero, por otro lado, las dos terceras partes de la población está bajo la línea de pobreza por lo que, en realidad, lo que está dando son empleos de miseria. Por supuesto que eso es mejor a no dar empleo, pero de todos modos seguimos teniendo un problema de órdago que no se arregla simplemente con la disminución del desempleo. Aclaro que esto vino a colación porque está vinculado con el tema del estilo de vida al que aludí recién.

Las neurociencias irrumpen en el mundo y, en el buen sentido, nos toman por asalto. Hoy, quien quiera avanzar en Derecho Penal debe estudiar esto. Personalmente vengo tratando de entender, he comprado libros y he ido a charlas en otros países, pero confieso que todavía sigue estando en ruso. Tengo que decodificar todas estas cuestiones porque nos pueden llevar desde un determinismo que entendíamos superado hasta abrir tranqueras y encontrarnos con un mundo maravilloso hacia el futuro.

Nuestra Magna Carta, que nos gobierna a todos independientemente de que seamos abogados, médicos, delincuentes o enfermos —aunque también cabe la posibilidad de que seamos todo eso junto—, en su artículo 44 expresa: El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. Esta disposición, que está llena de ideales compartibles, es antigua y programática, pero nos cae en forma dividida a médicos y abogados. ¿Por qué razón? Porque somos nosotros los que tendremos que, luego, establecer los mecanismos del deber de cuidar la salud, que es el nuestro desde el punto de vista jurídico pero también de ustedes en lo que hace a su aplicación. Quiere decir que estamos hermanados en la Constitución. Y tenemos un problema de órdago con eso de la obligación de asistirse en caso de enfermedad porque serán ustedes quienes nos digan a los juristas que ese individuo está en situación de enfermedad y tendremos que quedar casados con esa situación que a nosotros nos coloca en problemas difíciles de resolver.

Con esto creo haber agotado vuestra paciencia y agradezco infinitamente el silencio con el que me han premiado.

11.8.- Descarga pornográfica de archivos de contenido gráfico pedofílico en Uruguay, en contraste con otros países de la región. (Exposición en el plenario)

*Ac. Omar França
27 de junio de 2013.*

La pornografía infantil online constituye un tema de interés para la Ética Paidológica¹. Por ello, desde la Cátedra de Ética Aplicada, perteneciente al Departamento de Formación Humanística de la Universidad Católica del Uruguay, se ha entendido el valor de emprender una investigación de carácter exploratoria que aporte al entendimiento de una problemática instaurada en la sociedad tanto global como uruguaya, de expansión creciente y, cuya manifestación, ha sido escasamente abordada por la academia local.

Tasa de participación en la descarga de material pornográfico infantil online (PDMPIO) para diez países latinoamericanos. Período enero – diciembre 2011 y enero – agosto 2012		
País	2011	2012
Argentina	1,28	1,59
Bolivia	0,29	0,21
Brasil	0,59	0,26
Colombia	0,44	0,11
Chile	0,91	0,36
Ecuador	0,51	0,13
Paraguay	0,44	0,09
Perú	0,78	0,30
Uruguay	2,35	2,80
Venezuela	1,72	0,89
Fuente: elaboración propia		

En primer lugar, se reconoce especialmente la colaboración de la Fundación ALIA2 de España, sin cuyos datos no habría sido posible hacer esta investigación².

La investigación se propuso explorar la participación de Uruguay en el flujo de material pornográfico infantil online a través de Internet. Con los datos proporcionados por ALIA2, fue posible discriminar los archivos con contenido pornográfico infantil, descargados desde el software Ares por parte de usuarios con direcciones de Internet (IPs) uruguayas. En este sentido, se utilizó la herramienta especializada denominada “Florencio”, desarrollada por Fundación Alia2 y de referencia para Gendarmería de España e Interpol.

Se construyó una tasa denominada “Participación en la Descarga de Material Pornográfico Infantil Online” (PDMPIO). La misma, señala la cantidad de habitantes que han descargado al menos un archivo con contenido pornográfico infantil por cada 20.000 habitantes con acceso a Internet.

Tasa de participación en la descarga de material pornográfico infantil online (PDMPIO) en Uruguay. Período enero – diciembre 2011 y enero – agosto 2012		
	2011	2012
Total del país	2,22	2,65
Montevideo	3,95	4,12
Resto del país	0,82	1,45
Artigas	0	0
Canelones	1,37	2,13
Cerro Largo	1,26	1,26
Colonia	1,16	2,32
Durazno	0	0
Flores	0	9,98
Florida	0	1,07
Lavalleja	0	0
Maldonado	1,74	3,48
Paysandú	0,32	0,63
Río Negro	1,96	0
Rivera	0,35	2,42
Rocha	0	1,05
Salto	0,29	0
San José	0,33	0,33
Soriano	0	0
Tacuarembó	0,40	0
Treinta y Tres	1,48	0,74
Fuente: elaboración propia		

Uruguay posee la mayor tasa PDMPIO entre diez países latinoamericanos estudiados. En 2011, de cada 20.000 habitantes en el país con acceso a Internet, 2,35 descargaron a sus dispositivos (computador tipo PC u otro) material pornográfico infantil. En 2012, la tasa fue de 2,8. Por su parte, Bolivia registra la menor tasa PDMPIO para 2011 (0,29) y Paraguay para el período 2012 (0,09). En promedio, la tasa para el primer período analizado es de 0,93 y para el segundo 0,57.

Al analizar la situación de los 19 departamentos de Uruguay, Montevideo se destaca ampliamente con la tasa PDMPIO más alta. Esto se verifica para ambos períodos estu-

diados. En 2011, desde la capital del país aproximadamente 4 personas cada 20.000 con acceso a Internet descargaron material con pornografía infantil. La tasa se mantiene con un leve aumento para el período 2012 (4,12). El resto del país (sin considerar Montevideo) posee una tasa de 0,82 para 2011 y 1,45 para 2012. A su vez, exceptuando los departamentos sin actividad (PDMPIO valor 0), los valores más bajo de la tasa PDMPIO para 2011 lo registra Salto (0,29), y para 2012 San José (0,33).

A partir de estos datos es importantísimo poder seguir haciendo el seguimiento de estas conductas pedofílicas en años sucesivos, con una metodología similar a la que nosotros empleamos, que ha innovado la forma de estudiar empíricamente este fenómeno. Eso permitiría ver cómo evoluciona la descarga pornográfica de contenido infantil en el Uruguay, ya que eso tiene enormes consecuencias en la integridad física y psicológica de nuestros menores, así como repercusiones educativas y criminológicas de trascendental importancia.

- 1 La Ética Paidológica constituye una “... rama de la Bioética que argumenta sobre lo correcto en el trato que ha de darse a los niños por parte de la sociedad, sus progenitores, tutores o el personal de la salud, a fin de que logren un desarrollo armónico en todas sus dimensiones de persona humana.” Cfr. Franca-Tarragó, O. (2010). Bioética en el transcurrir de la vida. Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana, 2013.
- 2 La Fundación Alia2 es una entidad sin fines de lucro con sede en Madrid (España). Su misión consiste en “... la erradicación de la pornografía infantil en internet y la lucha contra la pederastia, a través del desarrollo de medios fecno/óg/cos”. Para alcanzarla, ofrece instancias formativas dirigidas a la familia, educadores y autoridades; también desarrolla herramientas tecnológicas para la prevención, control y denuncia del material pornográfico infantil en Internet; y, finalmente, colabora con organizaciones afines. Vid. <http://alia2.org> con acceso el 10 de mayo de 2012.

11.9.- Epidemiología de esclerosis lateral amiotrófica en Uruguay (Exposición en el plenario)

*Ac. Mario Médici
11 de julio de 2013*

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) , Enfermedad de Charcot, conocida así en la literatura Europea por haber sido descrita en 1886 por el Profesor J.M. Charcot en sus caracteres clínicos y patológicos, o enfermedad de las motoneuronas en la literatura sajona, es una de las tres importantes enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso de causa desconocida (Enfermedades de Alzheimer, Parkinson y ELA). Dentro de este tipo de enfermedades es la menos frecuente, pero es muy impactante para el enfermo y su entorno por no tener tratamiento efectivo y por tener una evolución fatal en todos los casos dentro de los 3 y 5 años del inicio, en general manteniendo la completa lucidez hasta el momento de la muerte.

Se caracteriza por la asociación de lesiones de la Motoneurona Central (NMC) y de la motoneurona periférica (NMP). Es la más frecuente dentro de las lesiones de la NMP.

La frecuencia es baja y salvo ciertas zonas del Sudeste Asiático, la distribución de incidencia y prevalencia es homogénea en el mundo.

En el Instituto de Neurología se inició un estudio epidemiológico de la misma, con el fin de tener datos nacionales de incidencia y prevalencia, sus principales síntomas y signos, y mostrar la distribución geográfica de la misma con el fin de establecer posibles relaciones con ciertos factores de riesgo en zonas de nuestro país.

La presentación en esta Academia tiene fundamentalmente el interés de hacer conocer el funcionamiento multidisciplinario de un grupo que durante 2 años se dedicó a obtener los datos necesarios y luego durante 2 años más realizar el análisis de los mismos.

Se propuso un estudio prospectivo basado en la población de nuestro país prácticamente abarcando la totalidad de pacientes con ELA. De acuerdo a lo planificado se recolectaron los datos de diferentes pacientes y se aplicaron los criterios de El Escorial para la estadificación de la enfermedad, propuesto por la Federación Mundial de Neurología (WFN) en su Grupo de Enfermedades de las Motoneuronas. Se utilizó el método de captura-recaptura, de gran utilidad para la evaluación de enfermedades poco frecuentes.

Destacamos que fue el primer estudio prospectivo y basado en la población en América Latina, y también el séptimo de estas características en el mundo hasta el momento de su realización. Fue el quinto que utilizó estrictamente los criterios de El Escorial. Por último fue el segundo estudio prospectivo que abarcó la totalidad de la población de un país.

Esto fue posible porque Uruguay tiene condiciones que permiten realizar un estudio de este tipo de enfermedades poco frecuentes, ya que tiene suficiente número de habitantes para aplicar los métodos estadísticos. Las distancias son relativamente cortas, al alcance de los habitantes lo que permite completar los protocolos establecidos en todos los casos. Tiene una completa cobertura sanitaria en el país. Además todos los departamentos tienen por lo menos un neurólogo, lo que hace que éstos hayan visto por lo menos una vez en su evolución a prácticamente todos pacientes con ELA.

Otro hecho importante es que tenemos una Sociedad de Neurología activa, bien organizada y con 100% de los neurólogos asociados. Esto permitió obtener la colaboración desinteresada de todos sus miembros.

Uruguay tiene en cuanto a etnias y niveles culturales y sociales una población uniforme.

En el estudio participaron el Instituto de Neurología de Montevideo, con su Sección de Enfermedades Neuromusculares, de larga y reconocida trayectoria de casi 50 años, así como la Sección de Neuroepidemiología que tiene experiencias previas en estudios de diferentes enfermedades y en diferentes poblaciones. El Instituto de Epidemiología Neurológica y Medicina Tropical de la Universidad de Limoges fue un colaborador importante en la planificación y análisis de los datos presentados.

Lo primero que se realizó fue una difusión del inicio del estudio y de los caracteres del mismo entre los sectores involucrados sobre la enfermedad y las pautas diagnósticas por medio de presentaciones, folletos y mailing durante 1 año antes.

Fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas, particularmente en relación al consentimiento informado que aceptaban y firmaban los pacientes para incluirlos en el estudio. Prácticamente todos aceptaron el mismo.

Las múltiples fuentes que aportaron los datos fueron neurólogos y neurocirujanos, clínicas de neurofisiología, neumólogos, fisiatras, geriatras, imagenólogos y médicos generales. De estos últimos se resolvió extraer al azar el 10% del registro nacional de médicos. Se revisaron los registros de los consultorios médicos, de los Hospitales e Insti-

tuciones de Medicina Colectiva, así como los certificados de defunción durante el tiempo que duró el estudio.

Para lograr este propósito se utilizó un grupo de cuatro pasantes de Medicina que se designó por un llamado abierto. Además se nombraron dos coordinadores de pasantes con experiencia en epidemiología. Este grupo se le asignó un salario que, como otros gastos generados en el estudio, fueron aportados por una industria farmacéutica (Aventis) con fondos asignados por sugerencia del Grupo de Estudio de Enfermedades de la Motoneurona de la Federación Mundial de Neurología, y manejados a través de la Tesorería del Hospital de Clínicas.

Se designaron 2 neurólogos de primer nivel para el análisis de datos, 2 neurólogos de segundo nivel para examinar y confirmar los datos de todos los enfermos vistos en el país.

Como ya se mencionó, se utilizaron estrictamente los criterios diagnósticos de El Escorial de la WFN y sólo se incluyeron las formas definitivas y probables. Las formas posible o sospechosa no se incluyeron por obligar a un control más prolongado a la duración propuesta para el estudio.

Se agregó además la utilización del método de captura y recaptura para conocer los pacientes perdidos en los registros médicos y de hospitales, clínicas neurofisiológicas y los certificados de defunción.

Se utilizó en el análisis un intervalo de confianza del 95%.

Los resultados mostraron 143 casos en el periodo de 2 años, 89 de ellos se vieron por primera vez durante el estudio y son los considerados. 54 fueron diagnosticados previamente al estudio por lo cual no se incluyeron. Dentro de los 89 se registraron 6 formas familiares.

La mediana de la edad fue 58.7 años en el momento del diagnóstico, pudiendo analizarse los síntomas del inicio en cuanto a su distribución, en la NMP o NMC y los segmentos primeramente afectados. (Tabla 1)

Localización de los síntomas al comienzo	Número de pacientes (%)
Miembros inferiores	46 (32,1)
Miembros superiores	46 (32,1)
Bulbar	45 (31,5)
Generalizados	5 (3,5)
Músculos respiratorios	1 (0,7)
Total	143 (100)

Síntomas al comienzo	Número de pacientes (%)
Debilidad	89 (60,1)
Calambres musculares	47 (31,8)
Disartria	33 (22,3)
Fasciculaciones	20 (13,5)
Disfagia	17 (11,5)
Atrofia muscular	13 (8,8)
Fatiga	9 (6,0)
Dolor	4 (2,7)
Caídas	4 (2,7)
Problemas respiratorios	2 (1,4)

Tabla 1

La incidencia anual ajustada por sexo y edad fue de 1.37/100.000 habitantes del total visto. Si se analizaba la franja de máxima incidencia, entre 45 y 74 años, como varios estudios lo han hecho, sería de 3.6/100.000. Por el método de captura recaptura los números serían 1,47 y 3,74 respectivamente.

Se comprobó, en todas las edades, un predominio en los hombres, como se vio en otros estudios (Figura 1).

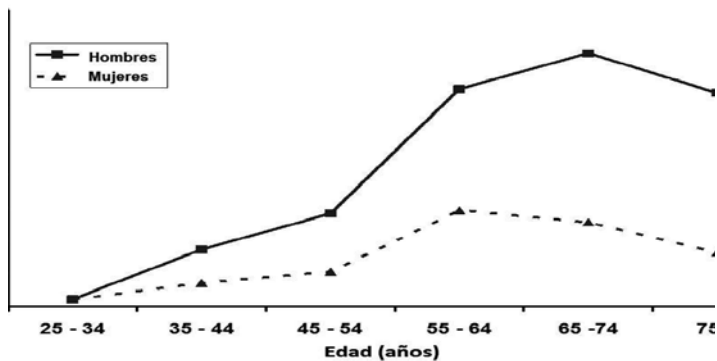


Figura 1

La prevalencia cruda, puntual, el último día del año 2003, fue de 1.90/100.000, 2.3 en hombres, 1.5 en mujeres y con el método de captura y recaptura 2.01/100.000. (Figura 2.). La prevalencia es más variable por el momento puntual que se establece en pacientes con una vida acortada y por la demora en el diagnóstico en varios casos. Las mujeres tienen menos incidencia o prevalencia por el subregistro o por una real menor exposición a factores riesgos.

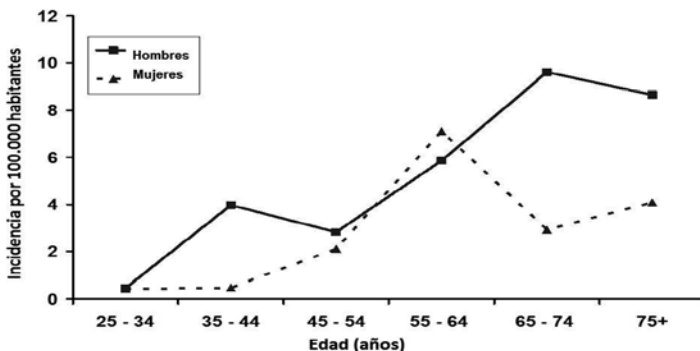


Figura 2

Finalmente este estudio permitió cumplir con los objetivos previamente mencionados:

- determinar incidencia y prevalencia.
- distribución geográfica en nuestro país.
- síntomas y signos de la enfermedad y su distribución en los pacientes.
- la aplicación en forma estricta de los criterios del Escorial.
- aplicar el método de captura-recaptura en nuestro medio.
- comparar los hallazgos obtenidos con otros grupos en el mundo.
- haber logrado una muy buena colaboración de casi el 100% de los actores
- y haber desarrollado un grupo multidisciplinario con alto compromiso de las partes actuantes.

A lo descrito previamente, objetivo fundamental del estudio, se agrega el haber permitido a un integrante del grupo realizar su tesis de doctorado en Métodos Cuantitativos en la Universidad de Limoges, que luego fue publicado en ALS Journal (Estudio comparativo con el grupo de Limoges) y así aumentar los vínculos de cooperación con el Centro de Limoges.

Los resultados de este estudio fueron publicados en 2008 en la revista Neuroepidemiology¹.

1 Vázquez MC, Ketzoián C, Legnani C, Rega I, Sánchez N, Perna A, Penela M, Aguirrezabal X, Druet-Cabanac M, Médici M *Incidence and Prevalence of Amyotrophic Lateral Sclerosis in Uruguay: A Population Based Study* Neuroepidemiology 2008;30:105-111

11.10.- Desarrollo profesional médico continuo. Situación actual. (Exposición en el plenario)

*Ac. José L. Peña
25 de julio de 2013*

Antes de iniciar el tema de hoy, quiero recordar al Ac. José Blasiak y realizar esta exposición en su homenaje.

El Ac. Blasiak se caracterizó por su personalidad cordial, humilde y afectuosa.

Se destacó a nivel nacional e internacional en su especialidad otorrinolaringológica y quirúrgica y brindó su esfuerzo permanente a la Academia trabajando en el tema que hoy nos ocupa ocupando el grupo de trabajo correspondiente.

Con el Ac Petruccelli tuvimos el privilegio de disfrutar en los últimos años de sus enseñanzas en reuniones periódicas referidas a la educación médica y Profesionalismo

La Academia Nacional de Medicina (ANM) participa activamente en todo lo relacionado con el Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC).

Ya en 1987 el Ac José Piñeyro realizó una excelente exposición sobre el tema, en la Reunión de las Academias del Plata en Buenos Aires.

Desde 1995, el Ac. Petruccelli ha integrado distintos grupos de trabajo referidos al DPMC y realizado aportes originales y trascendentes al mismo.

Realizaré una breve reseña sobre el desarrollo y situación actual del DPMC en Uruguay.

En 1990, por resolución 36/90, el Ministerio de Salud Pública (MSP) estableció la renovación obligatoria de los registros de Médicos y Odontólogos, la cual no se reglamentó y nunca se aplicó.

En 1992 la Facultad de Medicina de la UDELAR (FdeM) resolvió considerar la evaluación de los conocimientos de los egresados y creó el Comité Honorario de Educación Médica Continua y, posteriormente, el Grupo de Trabajo Permanente (GTP) integrado entre otros por los Prof. Carlos Gómez Haedo e Irma Gentile.

En el período 1997-2002 la FdeM, el MSP, la Federación Médica del Interior (FEMI) y el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), firmaron el primer Acuerdo Marco decidiendo la Creación de un Grupo de Trabajo Permanente (GTP), integrado por las cuatro Instituciones), que elaboró un Anteproyecto de Ley y la creación por la Escuela de Graduados de una Comisión de Acreditación de Instituciones y Actividades Docentes que desarrolló una importante actividad, acreditando hasta el 2012 47 Instituciones y 720 actividades educativas

A partir de 2004 las actividades en torno a DPMC comenzaron a decrecer; el Ac. Petruccelli señalaba que “al DPMC no se le dio la importancia que tiene, no tuvo por momentos el liderazgo necesario y la voluntad política estuvo muy lejos de ser la deseada”

Ante esta situación la ANM resolvió convocar al MSP, a la FdeM, el SMU y la FEMI a una reunión, a la cual concurrieron las Máximas autoridades; en ello se planteó la situación y la necesidad de desarrollar una mayor actividad contando con la aprobación de todas las instituciones e incrementándose desde entonces las actividades relativas al DPMC

En 2006 se firmó un segundo Acuerdo Marco que incluye a la ANM, creando un Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP) integrado por representantes de las cinco Instituciones, que hasta la fecha desarrolló actividades tales como:

- reunión con Autoridades de JUNASA.
- elaboración de un segundo anteproyecto de ley que incluye la posible financiación del sistema.
- Curso básico para Formación de Formadores en DPMC y otras.

En 2008 en la Reunión Conjunta de Academias del Plata en Buenos Aires se trató el tema de Re acreditación Médica, en esa instancia expresamos que “consideramos que la reglamentación necesaria para asegurar las bases institucionales de la re acreditación no existe en el Uruguay”; al día de hoy la situación está incambiada.

En 2009 se aprobó la Ley N° 18.591, de Colegiación de la Profesión Médica, la que en su artículo 4° incluye estas actividades.

Dice así: “Los cometidos del Colegio Médico del Uruguay son los siguientes:

- 1) Velar para que el médico ejerza su profesión con dignidad e independencia.
- 2) Vigilar que el ejercicio de la profesión médica se cumpla dentro de los valores y reglas del Código de Ética Médica.
- 3) Garantizar la calidad de la asistencia brindada por los médicos, así como la protección de los derechos de los usuarios.
- 4) Proporcionar las garantías legales y sociales necesarias para asegurar un marco deontológico adecuado, que evite el riesgo de incurrir en prácticas corporativas.
- 5) Establecer los deberes del médico para mantener actualizado su conocimiento.
- 6) Resolver sobre los casos sometidos a su jurisdicción en los asuntos relativos a la ética, deontología y diceología médicas que le sean requeridos por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio.
- 7) Organizar actividades de educación médica continua y desarrollo profesional médico continuo, vinculados al ejercicio profesional y los preceptos éticos aplicables.
- 8) Procurar la mejora continua de la calidad en el ejercicio profesional de los médicos colegiados.

Una vez creado el Colegio Médico, priorizó la Re acreditación Médica y propuso un proceso organizacional para trabajar en conjunto con el GTIP. Es así que se formó la Comisión Central con representantes de las cinco instituciones del GTIP y del Colegio Médico (uno del Consejo Nacional, uno de los Consejos Regionales y uno de Montevideo). El Colegio Médico ofrece su Sede, Secretaría y mobiliario, como así también apoyo para alguna actividad en materia de recursos económicos. El proyecto de funcionamiento no lo vamos a desarrollar pero sí decir que su objetivo es mantener e incrementar conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionales. El Colegio Médico incluye planes y programas, modalidad educacional y evaluación.

Es muy importante señalar que el Colegio Médico relaciona íntimamente la capacitación y la Educación Médica Continua con la ética médica. Como ustedes saben ya se redactó y aprobó un Código de Ética en el que se dispone que la falta de adaptación, formación y actualización del médico tienen un componente ético.

Luego de estas primeras reuniones, la Academia Nacional de Medicina, a través de sus dos representantes en el GTIP, propuso que se instituya la Comisión Colegio Mé-

dico – GTIP, cuyo objetivo sea planificar y organizar actividades. Para ello sugirió la conformación de una Comisión Honoraria integrada por cinco representantes del Colegio y otros tantos del GTIP. También se aprobó la incorporación de un representante de las sociedades científicas.

En relación a ello, el Académico Petruccelli debe recordar cuando por los años 2006 y 2007 se realizó un llamado al que acudieron sesenta sociedades científicas que, unánimemente, manifestaron su intención de federarse.

Por último, se propuso una dirección ejecutiva rentada y la determinación de un presupuesto con apoyo del Colegio Médico.

Aquí vemos las propuestas que ha hecho la ANM: estrategias, formación de recursos, acreditación de instituciones y actividades, recertificación médica, sistema de evaluación y auditoría.

También se propuso la coordinación con Comités de Educación Médica de Montevideo y el interior, y una línea de investigación, difusión pública y relación con grupos del exterior.

En abril de este año se integraron en la comisión Colegio Médica – GTIP cuatros grupos de trabajo, relacionados a: - Formación de recursos humanos – Acreditación de instituciones y actividades educativas – Recertificación médica – Sistema de evaluación y auditoría.

En el grupo sobre Formación de Recursos Humanos, la ANM está representada por el Ac. Calos Romero y en el de Sistema de Evaluación y Auditoría de actividades educativas, por quien les habla.

La aparición del Colegio Médico ha vitalizado las actividades que se venían desarrollando.

Citaré algunos aspectos conceptuales referidos a la calidad de atención y capacitación del equipo de salud.

”La calidad empieza con la educación y finaliza con la educación.” Esta frase es de un salubrista suizo, Casat, que trabajó mucho en el tema y llegó a esa conclusión. También señaló que: “No hay calidad de educación sin evaluación.”

Es decir que calidad, capacitación y evaluación van unidas y forman un todo. A este respecto, la Académica Fosman y las profesoras Ceretti y Nisky, en un libro de reciente publicación, señalan “La eficacia de las actividades de educación médica para lograr sus objetivos fundamentales es un problema ligado estrechamente a su evaluación.” Vemos cómo la evaluación, que durante muchos años no fue considerada adecuadamente, es ahora un punto fundamental en las actividades educativas.

Los costos de la no calidad surgen de la suma de gastos y pérdidas generados por la falta de calidad en la asistencia de salud. Si relacionamos esto con que la calidad está ligada a la capacitación vemos como está influye en los costos asistenciales.

Para terminar quiero recordar que el Académico Petruccelli, en Cuadernos del CES dice: “Creo firmemente que las Academias de Medicina pueden y deben ofrecer un aporte sustancial en el campo del Desarrollo Profesional Médico Continuo.” Nuestra Academia, en sus Estatutos, incluye esta responsabilidad. Sus últimos aportes al respecto surgieron en las Jornadas sobre Ética e Investigación, y en las de Radioprotección realizadas en el año 2011.

Si bien nuestra Academia no tiene la trascendencia y poderío de otras Academias, su opinión es escuchada y considerada y es responsabilidad de sus integrantes utilizar este privilegio en beneficio de toda la población.

Muchas gracias.

11.11.- Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos. (Exposición en el plenario)

Ac. Hernán Artucio

8 de agosto de 2013

El Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos es el denominador común de la Medicina Intensiva y es lo que da unidad a esta disciplina médica que se ocupa de pacientes que sufren enfermedades tan diferentes como pancreatitis, sepsis de cualquier origen o infarto agudo de miocardio complicado.

Este artículo no es una revisión o puesta al día del tema, sino simplemente una visión general, a vuelo de pájaro del mismo.

En el Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos existe un agente agresor, activación de mediadores y respuesta inflamatoria sistémica que genera la disfunción de uno o más órganos. De alguna manera, en forma esquemática, esa es la ruta del Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos.

Los mediadores pro inflamatorios son una respuesta generalizada e inapropiada a una variedad de insultos iniciales. La sepsis es el más frecuente, pero otros procesos, como trauma, pancreatitis, quemaduras y otros pueden desencadenar la liberación inapropiada de los mediadores que determinan inflamación en órganos distantes desencadenando una respuesta inflamatoria que se mantiene. Se han descrito gran cantidad de mediadores. La que sigue es una lista necesariamente incompleta, ya que se continúan aislando nuevos mediadores ⁽¹⁾.

TNF- α : de liberación rápida, estimulante de los granulocitos

IL 1 β : provoca síndrome séptico

IL-8: estimula angiogénesis

Citoquina diferida

Factor estimulante de macrófagos

Metabolitos del ácido araquidónico

Integrinas: involucradas en la adhesión de leucocitos

Óxido nítrico: regula el tono vascular

Complemento: contribuye al mantenimiento de la respuesta inflamatoria

A su vez, ante la entrada en circulación de los mediadores pro inflamatorios, que en general son citoquinas, se liberan interleuquinas (IL- 6, IL-10, IL-4, IL-13) que tienen efecto antiinflamatorio. Aparecen más tarde pero se mantienen por más tiempo en circulación.

Desde el punto de vista clínico, la determinación de la concentración de los mediadores en sangre tiene aplicación para el diagnóstico de sepsis. Hay alguna correlación entre ciertos mediadores con el tipo de insulto inicial y además, la persistencia de niveles elevados tiene implicancia en el pronóstico. De hecho, en la clínica no es una técnica que se utilice frecuentemente.

El reconocimiento del Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos se fue haciendo a partir de la Guerra de Vietnam. En ese enfrentamiento bélico se progresó mucho en el manejo inicial de los heridos en combate y también en el traslado a los hospitales. Sin embargo, se comenzó a observar que más allá de que se trataban rápidamente las heridas, de todos modos los pacientes se descompensaban y morían. Fue así que se reconoció la existencia de fallas de sistemas alejados de la injuria inicial. Todo este movimiento se desarrolló en la década del ochenta y se fueron describiendo fallas en los sistemas cardiovascular, respiratorio, etcétera.

Definiciones.

En 1991 se hizo una reunión de la “Society of Critical Care Medicine (SCCM) y American College of Chest Physicians” (ACCP) (Sociedad de Medicina Crítica y Colegio Americano de Médicos de Tórax respectivamente). En ella se desarrollaron dos definiciones que, de alguna manera, marcaron el comienzo del manejo ordenado del Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos⁽²⁾.

Se definió el **Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica** (SIRS, Systemic Inflammatory Response Syndrome). Se reconoció que frente a una agresión, generalmente infecciosa se producía una respuesta inflamatoria afectando varios sistemas, desencadenada por la agresión. El síndrome se caracterizó de forma muy simple: después de un insulto inicial se manifiesta por fiebre, taquicardia, taquipnea y leucocitosis. Se observó que estaba desencadenada principalmente por la infección pero también había otras agresiones como el trauma múltiple, shock hemorrágico y la injuria por procesos inmunitarios.

También se estructuró la definición del **Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos** (Multiple Organ Dysfunction Syndrome, MODS) En el documento de la SCCM y ACCP se prefirió la utilización del término disfunción al de falla que era cómo se denominaba este síndrome en toda la literatura previa a esa fecha. Se entendió que el concepto de falla era binario, sí o no, mientras que disfunción implica el desarrollo progresivo y variable del trastorno orgánico. Es así que se estableció que se trata de un proceso de disfunción fisiológica progresiva de varios sistemas de órganos interdependientes. No es una consecuencia directa del insulto sino una respuesta del huésped. En ese contexto los sistemas fisiológicos no son capaces de mantener la homeostasis y se desarrollan cambios continuos a través del tiempo. En ese mismo documento se recomendó la creación de scores para dar más precisión al manejo de los conceptos clínicos⁽²⁾.

Descripción de las disfunciones de órganos

La descripción de las disfunciones de órganos o sistemas se fue elaborando paulatinamente. No es el propósito de este artículo desarrollar extensamente las disfunciones consideradas integrando el síndrome, sino proveer una breve descripción de las mismas.

Sistema Cardiovascular. Se describen como manifestaciones de disfunción cardiovascular: taquicardia, vasodilatación, hipotensión, gasto cardíaco elevado, resistencia vascular periférica disminuida, miocardiopatía dilatada, shock séptico y arritmias. La arritmia más frecuente es la fibrilación auricular que tiene prevalencia de 9% al 15% (Fig. 1)⁽³⁻⁵⁾.

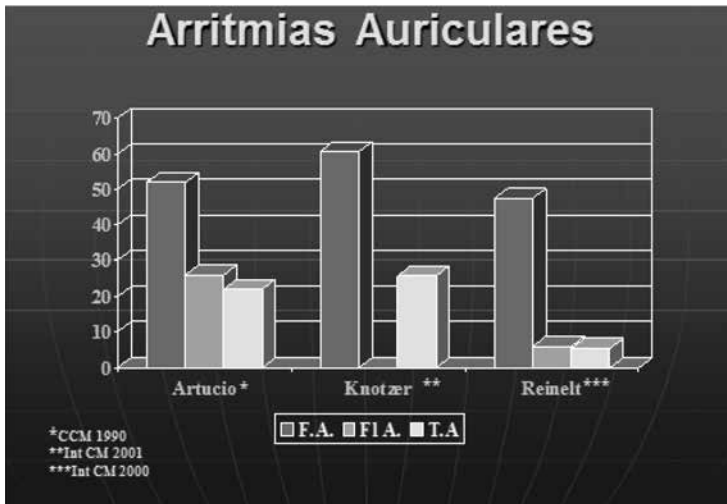


Fig. 1. Prevalencia de arritmias auriculares en el paciente crítico (3-5).

La mortalidad de los pacientes que presentan esta arritmia en el curso de la evolución es de 20 a 30%, significativamente mayor que la de los pacientes que cursan sin ella (3-5). Está asociada a scores de gravedad (SAPS) y de disfunción orgánica (MODS) significativamente mayores que los pacientes críticos que no presentan esta complicación (Fig. 2).

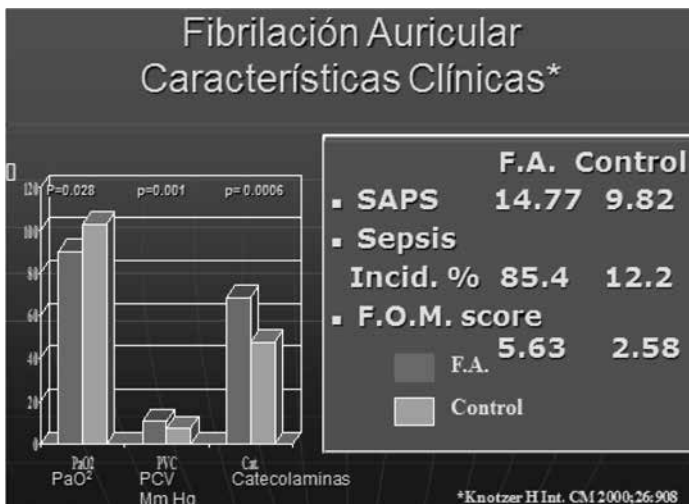


Fig. 2. Características clínicas de los pacientes críticos con fibrilación auricular comparada con pacientes que no la tienen (4).

Es por estos motivos que hemos incluido la fibrilación auricular entre las manifestaciones de disfunción cardiovascular ⁽³⁾.

Sistema respiratorio. El distress respiratorio agudo del adulto es la manifestación más característica de la disfunción pulmonar. Se produce alteración de la permeabilidad de los capilares pulmonares con edema intersticial rico en albúmina, y proliferación de los neumocitos tipo II. Esto determina edema clínico y radiológico y severo trastorno del intercambio gaseoso pulmonar con hipoxemia arterial. La relación entre la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO_2) y la fracción de oxígeno del aire inspirado (FiO_2), Índice Pa/Fi , cuyo valor normal es >400 , se reduce a valores <200 . Habitualmente se acompaña de hipertensión pulmonar.

Disfunción neurológica. La disfunción neurológica puede tener manifestaciones múltiples. Las alteraciones sensoriales y de la conciencia, con reducción del score de Glasgow a valor <10 son las más frecuentes. También pueden observarse excitación, delirio y movimientos anormales.

Disfunción hepática. La disfunción hepática se manifiesta por agrandamiento de hígado. Bilirrubinemia >2 mg con ictericia y coluria son manifestaciones frecuentes. El valor de las enzimas marcadoras de lesión hepática puede elevarse.

Disfunción renal. La disfunción renal es debida a la inflamación del parénquima por la cascada de mediadores, aunque pueden existir factores prerenales asociados. Del punto de vista clínico se presenta como necrosis tubular aguda. Puede desarrollarse luego de estado de shock o independientemente del mismo. En general se presenta con oligo-anuria, pero la diuresis puede estar conservada. Se acepta la presencia de insuficiencia renal con valores de azoemia >1 g/l o creatinina >1 mg/dl.

Disfunción hematológica. La disfunción hematológica se manifiesta por anemia en ausencia de pérdidas, con médula rica e hiperpoblada, plaquetopenia y coagulación intravascular diseminada.

Disfunción gastrointestinal. La manifestación más frecuente de disfunción gastrointestinal es el desarrollo de ulceraciones agudas múltiples del estómago y duodeno constituyendo la gastritis erosiva. También pueden ocurrir episodios de íleo y diarrea.

Estratificación.

La cantidad de disfunciones que muestra un paciente en cada momento de su evolución tiene implicancias para el pronóstico. La estratificación de los pacientes se efectúa utilizando definiciones muy simples para cada disfunción.

Se utilizan dos scores: el MODS (Multiple Organ Dysfunction Syndrome) y el SOFA (Sequential Organ Failure Assesment). El primero se utiliza en la literatura norteamericana y el segundo en la europea ^(6,7).

Las definiciones de las disfunciones son muy semejantes. Ambos sistemas son igualmente confiables para estratificar a los pacientes con disfunción múltiple de órganos⁽⁸⁾. El grado de disfunción se establece de 0 a 4. En la tabla 1 se muestran ambos sistemas.

Organo	0	1 MODS SOFA	2	3	4
Respiratorio PA/FiO2	>300 >400	226-300 ≤400	151-225 ≤300	76-150 ≤200	≤75 ≤100
Renal Cr. Serica Mg/l	≥1 <1.2	1-2 1.2-1.9	2-3.5 2.0-3.4	3.51-5 3.5-4.9	>5 ≥5
Hepático Cr. Mg/l	≤2 <1.2	2-6 1.2-11.9	6.1-12 2.0-5.9	12.1-24 6.0-11.9	>24 ≥12
Cardio Vascular ICxPVC/PAM PAM mm Hg	≤10 Normal	10.1-15 <70	15.1-20 Dop≤5 μ/kg/min	20,1-30 Dop>5μ	>30 Dop>15μ
Hematol. Plaquetas X10 ³ /mm ³	>120 >150	81-120 ≤150	51-80 <100	21-50 ≤50	≤20 ≤20
Neurol. GCS	15 15	13-14 13-14	10-12 10-12	7-9 6-9	≤6 <6

Tabla 1. Scores MODS y SOFA (6,7)

Prevalencia y mortalidad.

La incidencia de MODS en el paciente crítico es elevada y se incrementa con la evolución. El 35% de los pacientes que ingresan a una Unidad de Medicina Intensiva, lo hacen porque tienen una disfunción, el 12% evidencian dos disfunciones y 5% tienen tres (Fig. 3)⁽⁷⁾.



Fig. 3. Frecuencia de disfunciones en el paciente crítico al inicio del tratamiento (7).

Durante la evolución, el 30% de los pacientes acumulan hasta 5 disfunciones de órganos (Fig. 4)⁽⁹⁾. La mortalidad depende de la cantidad de disfunciones, siendo menor del 5% en población de pacientes con una disfunción, hasta 80% si existen cinco disfunciones (Fig. 5)⁽⁶⁾. Como es de esperar, la mortalidad en la Unidad de Medicina Intensiva y la mortalidad hospitalaria se relacionan significativamente con el aumento de los score de valoración^(6,7).

Los scores tienen alto significado pronóstico. En tal sentido en el trabajo del Grupo de Bruselas⁽⁷⁾ se establece que si el score disminuye en las primeras veinticuatro horas la mortalidad es más baja que si se incrementa.



Fig.4 Frecuencia de disfunción de órganos en toda la evolución (8)

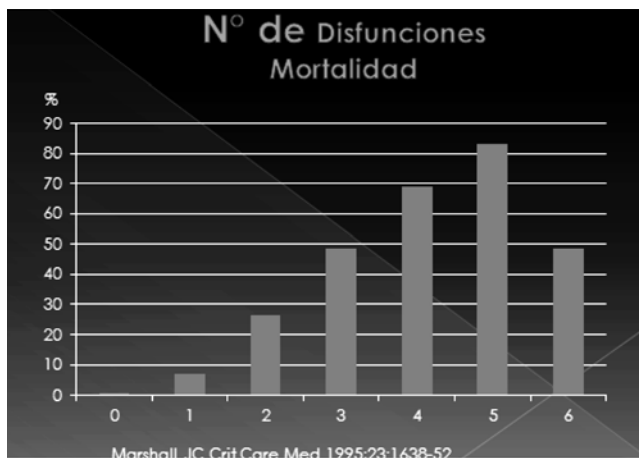


Fig. 5. Influencia del número de fallas y mortalidad (6)

Tratamiento.

El tratamiento de la causa desencadenante del MODS es absolutamente fundamental y por ahora es la única manera de detener la cascada de mediadores pro inflamatorios. Es el primer pilar de la terapéutica.

El segundo pilar es el sostén o la sustitución de cada una de las funciones de los órganos en falla. Esto es lo que se hace normalmente en las Unidades de Medicina Intensiva para mantener la vida hasta que la causa del MODS sea tratada y las disfunciones retrocedan.

El control de la liberación de citoquinas y del proceso inflamatorio sistémico sigue siendo un sueño. Se han propuesto numerosas drogas y dispositivos para el tratamiento:

Corticoides

Ibuprofeno

Plasmaféresis

Descontaminación digestiva

Antioxidantes: N-acetil cisteína

Insulina

Proteína C humana recombinada activada: drotrecogin

En veinte años de investigación no se ha logrado una manera de detener en forma efectiva, confiable y replicable la cascada de mediadores que conduce al Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos. Un buen ejemplo es lo que ocurrió con el drotrecogin. El estudio inicial PROWESS ⁽¹⁰⁾ mostró actividad en el shock séptico con mejora de la supervivencia. Veinte años después, un nuevo estudio realizado por los mismos investigadores, demostró que era inefectiva, con lo cual se retiró del mercado ^(11,12,13).

En síntesis, la Disfunción Múltiple de Órganos permite unificar desde el punto de vista conceptual la heterogeneidad de los pacientes críticos. El mecanismo general es la respuesta inflamatoria sistémica al agente desencadenante. Los scores de cuantificación de las fallas, MODS y SOFA, permiten seleccionar poblaciones para ensayos terapéuticos y suministran datos objetivos para hacer comparaciones. El tratamiento actual está orientado a controlar o limitar las causas desencadenantes y sostener o sustituir la función de los órganos en falla. Los esfuerzos dirigidos a controlar o revertir la respuesta inflamatoria sistémica no han mostrado, hasta ahora, resultados confiables ^(13,14).

Bibliografía

1. Correa H. Disfunción orgánica múltiple. En: Correa H Sepsis Cap. 4.pag.47-61. Ed. Oficina del Libro FEFMUR Montevideo 2004.
2. Bone RC, Balk RA, Cerra FB et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest 1992;101:1644-55.
3. Artucio H y Pereira M. Cardiac arrhythmias in critically ill patients: epidemiological study. Crit Care Med 1990;18:1383-88.
4. Knotzer, Mayr A, Lederer W et al. Tachyarrhythmia in surgical intensive care unit: a case controlled epidemiologic study. Intensive Care Med 2012;27:908-14.
5. Reinelt P, Delle Karth G, Geppert A et al. Incidence and type of cardiac arrhythmias in critically ill patients: a single center experience in a medical-cardiological ICU. Intensive Care Med 2001;27:1466-73

6. Marshall JC, Cook DJ, Christou N et al. Multiple organ dysfunction score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Crit Care Med* 1995;23:1638-52.
7. Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F et al. Use of SOFA scores to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multi-center, prospective study. *Crit Care Med* 1998;26:1793-1800.
8. Peres Bota D, Melot C, Lopez Ferreira F et al. *Intensive Care Med* 2002;28:1619-24.
9. Correa H, Operti A, Patrone L Influencia de la topografía del foco y de las alteraciones sistémicas mayores en el pronóstico de la sepsis. *Arch Med Int* 1987;9:97-9.
10. Bernard GR, Vincent JL, Laterre PF et al. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. *N Eng J Med* 2001;344:699-709.
11. Levy MM, Artigas A, Phillips GS et al. Outcome of surviving sepsis campaign in intensive care units in USA and Europe: prospective cohort study. *Lancet Infect Dis* 2012;12:919-24.
12. Kali AC and Florescu D. Severe sepsis: are PROWESS and PROWESS-SHOCK trials comparable? A clinical and statistical heterogeneity analysis. *Critical Care* 2013;17:167.
13. Wang H and Ma S. The cytokine storm and factors determining the sequence and severity of organ dysfunction in multiple organ dysfunction syndrome. *AJEM* 2008;26:711-15.
14. Fry DE. Sepsis, systemic inflammatory response, multiple organ dysfunction: the mystery continues. *Ann Surg* 2012;78:1-8.

11.12.- Enseñanza de la Medicina. Permanencias, Cambios, Desafíos. (Conferencia pública en el salón de actos)

*Ac. Humberto Correa
8 de agosto de 2013*

1.- El cambio

El cambio es inherente a la condición de lo existente y es constante. No podemos detener los cambios pero podemos manejar en parte su cualidad, dirección y ritmo. Todo se transforma. Hay cosas que se transforman muy lentamente y entonces les llamamos permanencia, hay otras que muda con rapidez en forma apreciable y al proceso que sufren le llamamos cambio. Finalmente hay otras, ya obsoletas, que no han evolucionado de acuerdo a la nueva realidad del momento y que deben cambiar. Estas son las que nos desafían

2.- Enseñar/Aprender

Enseñanza es todo lo que los docentes y las instituciones que los cobijan ponen al servicio del estudiante para que este se forme y aprendizaje es la construcción nueva que el alumno hace en su mente en base a las informaciones – de todo tipo- que recibe, a su capacidad de reflexión, de síntesis, a su afectividad y a sus recursos para el trabajo.

Todos aprendemos desde el nacimiento hasta la muerte, aprendemos durante toda la vida. A la vez tenemos la posibilidad de dirigir en parte ese aprendizaje en base a planifi-

cación, observación, reflexión y esfuerzo. Es decir que podemos actuar sobre la cantidad, la riqueza, la orientación y la utilidad de lo que aprendemos.

El gran desafío que se nos plantea es cómo enseñar Medicina en y para la sociedad actual que ha cambiado tanto. Muchísimas cosas han cambiado, entre ellas señalaremos solo unas pocas. Dentro de las muchas que nos convocan y nos desafían y que incumben directamente a la Medicina se encuentran: a) la ciencia (y su derivado la técnica) se incrementan cada poco tiempo en forma exponencial ;b) la información ya no reconoce límites ni fronteras y su red se universaliza de continuo ;c) existe una cascada imparable, que parece incommensurable, de novedades médicas ,d) las organizaciones de asistenciales de la salud han cambiado, e) los requerimientos de los que nos consultan han cambiado asimismo.

Dentro de esta mudanza universal el hombre está cada vez más solo, cada vez más es y se siente considerado un número, tratado como una cosa y no como una persona. Asistimos al desvanecimiento de algunos valores que creíamos definitivos y aquellos que van a suplantarlos no han terminado de nacer.

Todo lo que se mueve en este contexto nos impone la necesidad de formar un nuevo médico.

3.- Necesitamos un nuevo médico

Aunque la profesión y el rol del médico están establecidos desde hace milenios (incluso desde cuando no se llamaba médico) por la necesidad, la costumbre y la propia elaboración de los grupos dedicados a esta profesión, no es inmutable. Evidentemente tiene una constante que es la obligación de prepararse y dedicarse a curar, aliviar y consolar a los humanos que padecen y hacerlo con buena técnica y actitud humanitaria y caritativa. Sin embargo la necesidad de cambio en la forma de ejercer Medicina se impone a causa de los cambios – ya señalados antes- en estructura y función de la sociedad, en las demandas de los que consultan, a la difusión universal de la información, al aumento de los conocimientos, al enriquecimiento de las técnicas y el instrumental y el enfriamiento que ha sufrido (especialmente en los últimos 50 años) la relación del médico con sus pacientes, con la sociedad y hasta con su misión personal. O sea ha cambiado el contexto y han cambiado los valores.

Por eso necesitamos un nuevo médico, un médico que responda al nuevo perfil que se dibuja como imprescindible y para ello debemos estructurar nuevos currículos para las carreras de Medicina. Currículos que tengan una triple orientación: salvar lo antiguo valioso (permanencias), desechar o modificar lo obsoleto (cambios) y crear cosas nuevas con trabajo, imaginación y audacia (desafíos).

Pero ningún nuevo currículo, por perfecto que sea producirá cambio alguno si nosotros los docentes no cambiamos. Y este es el desafío mayor.

4.- Desarrollaremos a continuación en forma resumida nuestra concepción de las permanencias, de los cambios y en especial de los cambios necesarios en los docentes para la mejorar enseñanza de la Medicina

Permanencias que deben conservarse:

- La transmisión del conocimiento médico de generación en generación

- La enseñanza de la clínica, noble artesanía – basada en la ciencia y en la experiencia- en la cual el paciente como sujeto (persona) y objeto de aprendizaje es imprescindible
- El docente como modelo, orientador y estimulador como lo han sido y lo son los buenos docentes que aún persisten
- Y una constante universal – a menudo olvidada- que se resume en pocas palabras que repito: curra, aliviar, consolar, actuar con altruismo y humanidad.

Cambios que han sido propuestos, ya instaurados en algunas partes del mundo, que están comenzando en otras o que esperan nuestra decisión:

- Reducción de los años de la carrera de Medicina
- Enseñanza dinámica , interactiva y centrada en el que aprende
- Docencia en grupos pequeños
- Enseñanza integrada a la comunidad. Mantener por supuesto el aprendizaje en el Hospital o Sanatorio, pero poner a igual nivel el aprendizaje inserto den la Comunidad.
- Fomento del aprendizaje grupal cooperativo
- Enseñar a elaborar conocimientos propios, a buscar en forma autónoma las fuentes de información, a reconocer las confiables, a resolver problemas y a mezclar o integrar la teoría con la práctica en forma permanente.
- Establecer la concurrencia a los centros asistenciales (de internación, de Medicina ambulatoria y en la comunidad) durante todos los años de estudio.
- Recrear currículos que privilegien los contenidos y prácticas **relevantes** (que sean visiblemente importantes para la práctica médica) y que sean **abarcables** para la mente del que aprende. Al respecto debe señalarse que es imposible retener todos los conocimientos, todas las informaciones, todos los datos que llegan en una corriente creciente e imparable. Una solución propuesta es crear currículos “core” o centrales obligatorios para todos los estudiantes y agregar numerosas asignaturas electivas para los que tienen determinadas orientaciones o intereses.
- Introducir las ciencias del hombre en Medicina (que es una más de ellas): Antropología, Filosofía, Relatos.
- Enseñar Bioética y Comunicación
- Tener como imprescindible el conocer la realidad sanitaria del país y las necesidades de la zona
- Humanizar la Medicina

Cambiar nosotros los docentes

Como líderes del proceso de cambio, del proceso de enseñar a aprender y de transmitir experiencias valiosas estamos comprometidos a cambiar, a profesionalizar nuestra acción docente y cambiar nuestra didáctica empírica y auto centrada.

Para ello es importante

- Formarnos en ciencias de la educación
- Conocer las bases epistemológicas, psicológicas y los modelos didácticos modernos.
- Conocer el fundamento del aprendizaje

- Buscar la evidencia científica en el modo de enseñar y de aprender
- Hacer “ feedback” (devolución) constructivo
- Entrenarnos en : incentivar al aprendizaje activo , comprometer al alumno en su propio aprendizaje y practicar formas más adecuadas y objetivas de evaluación

En consecuencia el buen docente debe:

- Transmitir conocimiento desde su experiencia
- Ayudar al alumno a construir su propio conocimiento
- Estimular el autoaprendizaje y la autoevaluación
- No ser agente de CURRÍCULO OCULTO
- Individualizar a sus alumnos
- Inducir a la reflexión en la acción y luego de la acción.

Creemos firmemente que se impone crear en nuestro país ESCUELAS formadoras de docentes para la enseñanza de la Medicina.

5.- Recordar a los pioneros

Al hablar y reflexionar sobre el tema que nos ocupa algunos hitos de personas o encuentros históricos en la enseñanza médica vienen a mi memoria. La enumeración que sigue es un recuerdo personal y no una lista de la biografía e inmensos aportes teóricos y prácticos de la legión de educadores médicos. Tampoco es la lista de los que me ayudaron a mí a aprender Medicina y a quienes hago homenaje constante en mi espíritu.

* **Abraham FLEXNER** de Kentucky (1866-1959) fue quien dio las bases para la reforma de la educación médica en los Estados Unidos de Norteamérica. A partir de 1910, siguiendo la línea y las ideas de la reforma de la enseñanza médica en Alemania en el siglo XIX, publicó su famoso reporte: Medical Education in The United States and Canada. New York. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910. Propició el fundamento científico en la educación médica.

* Dando un salto de 100 años nos encontramos actualmente con los trabajos, publicaciones e ideas de **Ronald HARDEN** de Edimburgo. Harden es uno de los líderes más importantes entre los que propician el cambio actual en la educación médica. Es Profesor de Educación Médica y Decano de Educación en DUNDEE. Es editor de Medical Teacher y Secretario de la Asociación Europea de Educación Médica. Una de sus publicaciones recientes – en colaboración con Jennifer Laidlaw- es sumamente útil para todos los docentes de Medicina: “Esencial Skills for a Medical Teacher”. Elsevier. Churchill Livingstone 2012.

* **Luis BRANDA**. Es un médico y docente uruguayo, especialista en Educación Médica, que ha trabajado en Argentina, Canadá y España. Se dedica desde hace años a ciencias de la educación médica y a consejería práctica en enseñanza en diversas facultades de Medicina. Es uno de los fundadores y promotores del método de Aprendizaje Basado en Problemas o ABP – PBL (actuó en Mc Master durante varios decenios). Ha sido un inspirador y colaborador invaluable en la estructura y función de la Facultad de Medicina CLAHE y del currículo de su carrera de Medicina. Recientemente se ha publicado el libro: “Historia de un cambio: Un currículo integrado con el aprendizaje basado en problemas”. Escola Universitaria d’Infermeria de Vall d’Hebron- Barcelona 2010. Allí está documentado un cambio profundo en educación inspirado y dirigido por él.

* **José Venturelli.** Educador médico que ha estado varias veces en nuestro país. Es importante su libro publicado con el auspicio de OPS: “Educación Médica: nuevos enfoque, metas, métodos. OPS 2003

* **En América del Sur** han comenzado hace años importantes esfuerzos – algunos de ellos mantenidos- en pro de cambios educacionales en Medicina, señalo solo algunos hitos:

-- **Chile:** Seminario de Formación profesional Médica- 1960

-- **Brasil:** En este país se han realizado a la fecha más de 40 Congresos de Educación Médica. Existe una sociedad y una revista dedicada exclusivamente a la Educación Médica y textos actuales sobre el tema.

--**Colombia.** Señalo un libro que me es muy caro por mi dedicación actual al tema: “Hacia una Medicina más Humana de Plata Rueda, Leal Quevedo y Mendoza Vega. Publicado con el auspicio de OPS en 1997

--**En Uruguay,** nuestro país, existen varios antecedentes. De ellos señalo algunos pocos. 1) Un curso organizado y realizado por CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología, que funciona en el Hospital de Clínicas de Montevideo) cuya publicación se titula “Curso de Didáctica Médica”, coordinado por Ángel Díaz y Washington Benedetti en 1980”. 2) Documentos – dos tomos- publicados luego del evento correspondiente celebrado en Punta del Este: “Encuentro Continental de Educación Médica de 1994”. 3) Es remarcable en educación del médico adulto (Formación Profesional Medica Continua) el esfuerzo constante desde los años 90 hasta la actualidad del grupo de “Educación Medica Continua” de la Escuela de Graduados que funciona en el piso 19 del Hospital de Clínicas de Montevideo. Su última publicación es: “El Médico y su Continuo Aprendizaje – Desarrollo profesional médico continuo” de Elena Fosman, Teresita Ceretti y Rosa Nisky-2012. En Uruguay hasta el momento se ha dedicado más esfuerzo sistemático al estudio y práctica de la didáctica en educación médica continua que a la formación didáctica de docentes para la carrera de grado.

6.- Algunos supuestos básicos

Para emprender un camino de cambio o reforma debemos tener puntos de partida, puntos de partida demostrados o en los que creemos y sobre los cuales intentamos edificar el nuevo edificio. Señalamos los que creemos más conspicuos:

- El alumno que ingresa a Medicina trae ya una red de conocimientos propios y una habilidad reflexiva para relacionar lo nuevo a sus red previa: SIGNIFICACION
- La información que solo escucha o lee tiene poco valor y no será recordada si se queda sólo en eso.
- Pasará a la memoria definitiva y será útil operacionalmente solamente si la información ha sido reflexionada, repensada, vuelta a ver, dialogada, escrita y finalmente construida para sí.
- La información que el alumno no ve relacionada con su futura profesión no será recordada (es “enseñanza muerta”). En cambio la información RELEVANTE (aquella que adquiere vinculada a su futuro trabajo profesional y que es enseñada/ aprendida – aún en básicas- vinculada a la clínica será recordada siempre.

- La enseñanza sólo teórica no integrada con la práctica real (con alguna práctica adecuada) no será de gran utilidad. Debe combinarse teoría con práctica (Ciencia con Arte o “Scientia con ARS”)
- Recordar los crudo y lo cocido de los indios amazónicos. Burke señala en su libro “Historia Social del Conocimiento” que una tribu amazónica denomina en relación a los contenidos mentales y con sapiencia natural milenaria: “crudo” a aquello de lo que simplemente estamos informados y “cocido” a lo que se ha vuelto a “visitar” y ha sido, reflexionado y reelaborado y que ya es verdadero conocimiento.
- El alumno “copiará” a su modelo
- Vale mucho más que la una clase, el ver actuar a un docente médico, ser observado por él al actuar y recibir su feedback
- Sus “neuronas espejo” copiarán al modelo
- El estado afectivo relacionado con el aprendizaje es fundamental : importancia del CONTEXTO Y EL AMBIENTE EDUCATIVO
- *Si el modelo contradice los principios del Currículo expreso se transformará en “Currículo oculto” y moldeará deformado al aprendiz*

7.- Diseño de un currículo

Tomo conceptos de Ronald HARDEN, de la Ley de Educación de España, de lo aprendido de BRANDA y definiciones del Diccionario de la Real Academia (edición XXII).

Desde el punto de vista práctico “Currículo” es el sinónimo enriquecido y actualizado de lo que llamábamos antes “Plan de Estudios”. Pero no solo contiene una lista de asignaturas ordenadas sino que incluye declaración de intenciones, mecanismos y contextos. O sea, incluye lo que se quiere lograr, por qué se quiere lograr, cómo se va a lograr, en qué ambiente psicofísico se va a lograr y de qué manera se comprobará el logro

El término **Currículo** se refiere al conjunto de motivaciones, fundamentos, estrategias, objetivos, contenidos, criterios metodológicos y técnicas de evaluación que orientan la actividad académica. Y también a las etapas, ciclos, grados y contextos en que se desarrollará.

El Currículo permite planificar las actividades académicas de **forma general: enseñanza, aprendizaje, formación** Su base fundamental son los logros deseados o **COMPETENCIAS GENERALES**

PROCESO de un Proyecto de Enseñanza de la Medicina: Diseño de un Currículo

1) ¿Por qué se propone y se emprende el Proyecto? Al respecto las respuestas son la clarificación de la **MISIÓN**, justificación e inserción en el medio, **FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS** de la Carrera

2) ¿Qué producto se busca? **Perfil del EGRESADO** y ¿Por qué se busca dicho producto?

3) ¿Qué áreas o dominios de **COMPETENCIAS** deben alcanzarse para obtener el Perfil? Descripción de las Competencias

4) ¿Qué **Medios** se necesitan para lograr las competencias?

¿Qué enseñar/Qué se debe aprender?

¿Cómo enseñar/Cómo se debe aprender?

¿Cuándo enseñar/Cuándo se debe aprender?

¿Qué y cómo evaluar?

¿En qué ambiente físico, social y psicológico se va a enseñar y a aprender?

EJEMPLOS de Ítems para el Currículo

- **PROGRAMAS:** ¿Será por objetivos?
- **CONTENIDOS:** ¿Abarcativos o seleccionados? *Lo mejor es una selección “CORE” restringida y obligatoria y luego gran número de electivas para profundizar según apetencias personales de los alumnos*
- **SECUENCIA:** ¿Dónde se incluirán las Biociencias?
- **MÉTODOS de Enseñanza:** ¿ABP, ABT, o sesiones de información?
- **ÁREAS de Conocimiento:** ¿Independientes o integradas?
- **CONTEXTO:** ¿Hospital, Comunidad, Aula, Laboratorio?

DISEÑO DIDACTICO: Cursos (“clases”), actividades

Mediante el Diseño Didáctico se pone en la práctica el Currículo. Se trata de la mejor planificación de actividades para que el alumno incorpore conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes. Los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes deben seguir las líneas y estar de acuerdo con lo que señalan las **Competencias**

- El Diseño Didáctico es el Plan de Cursos por Asignaturas. (Éstas serán integradas o no).
- Debe contener cada Programa de asignatura o de modulo integrado con su nombre, horas y ubicación en el año.
- El Programa de Asignatura incluye varias partes fundamentales: Contenidos, Objetivos generales y específicos de esa asignatura o módulo y otros ítems
- Los Contenidos son una lista de temas.
- Los Objetivos específicos debe ser claros. Marcan concretamente aquello que el estudiante debe de ser capaz de conocer o hacer al finalizar el curso. Actualmente son considerados la parte “core” de un programa de enseñanza (el “alma” del programa”)
- Métodos de enseñanza/aprendizaje

Los métodos, modos o modalidades de enseñanza tienden a que el estudiante obtenga la capacidad específica deseada y que desarrolle o acreciente las capacidades de reflexión, independencia, autocrítica cooperación e inventiva

8.- Competencias en Medicina

1) Según UNESCO

UNESCO define como Competencias al conjunto de comportamientos socio afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un desempeño, una función, una actividad o una tarea.

2) Proyecto TUNING

El proyecto *Tuning Educational Structure in Europe and América Latina* define Competencias, como la combinación dinámica de atributos con respecto al conocimiento

y sus aplicaciones, habilidades, aptitudes y responsabilidades, que describen el nivel o grado de suficiencia con que una persona es capaz de desempeñarlos como producto final de un proceso educativo

3) **MODELOS PRACTICOS DE COMPETENCIAS GENERALES**

LOGROS del APRENDIZAJE DESEADOS (“OUTCOMES”) y COMPETENCIAS deben ser considerados sinónimos para la práctica

Hay varios modelos de COMPETENCIAS GENERALES: Universidad de Dundee, Canadá, USA y otros. Aunque difieren en detalles **todos tienen grandes coincidencias**

Las Competencias se dividen en “Clases de Competencias” o “Dominios de Competencias”

Los dominios deben de ser pocos y generales

La Universidad de DUNDEE (“El médico escocés”, texto de HAREEN mencionado antes) establece 3 grupos de dominios:

1) Referidos a aquello que “debe saber hacer” o ser competente

2) Referidos a “cómo hacer bien lo que hace”

3) Referidos a cómo se debe ser como persona

Dominios (A) Competencias necesarias para hacer lo que tiene que hacer

1) Habilidades Clínicas: desde recoger la Historia Clínica hasta el Tratamiento

2) Procedimientos prácticos: cateterismos, endoscopías, otros

3) Investigación basada en el paciente

4) Manejo: Dónde asiste al paciente, le indica algo enseguida o en diferido, a quién lo deriva, qué contexto lo albergará: Servicio de Cirugía, CTI, Psicología Médica, Servicio Social, etc.

5) Prevención y Promoción de la salud

6) Comunicación

7) Información

Dominios (B) Competencias necesarias para hacer bien lo que tiene que hacer

8) Conocimiento de las Ciencias Básicas, Clínicas y Sociales

9) Actitudes Éticas

10) Poseer capacidad de decisión y juicio clínico

Dominios (C) Competencias necesarias para SER como debe SER

11) ROL de MÉDICO, Rol y desarrollo profesional

12) Desarrollo personal como ser humano

ALGUNAS ENTIDADES QUE HAN DEFINIDO COMPETENCIAS

The Dundee Three-Circle Outcome Model and “The Scottish Doctor’s Framework”

The CANMEDS Physician Competence Framework

The Accreditation Council For Graduate Medical Education (ACGME) USA

The BROWN abilities (USA)

The Global Minimum Essential Requirements (Institute for International Medical Education of the CHINA Medical Board in N. York)

En todas las descripciones de dominios de competencias (que van de más de 10 dominios a 6 dominios) siempre ocupan los 3 primeros lugares, aunque en diferente orden, estas 3: **habilidad clínica, la base científica y en la evidencia, y la capacidad de comunicación-actitud- comportamiento.**

DOMINIOS DE COMPETENCIAS Y SU DESARROLLO EN EL CURRÍCULO DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL CLAEH

	COMPETENCIA	Principales actividades educativas al servicio de cada competencia en el currículo de la carrera de Medicina CLAEH Todas son actividades obligatorias.
1	Habilidades clínicas. Manejo de paciente. Ser médico experto	Enseñanza clínica de 1° a 6° año. Internado obligatorio rotatorio y evaluado. Talleres de ABRP. Curso de encares clínicos durante el internado. Contacto con pacientes durante 3000 (tres mil) horas cada alumno.
2	Medicina fundada en evidencia y ciencia	Epistemología Biociencias los 3 primeros años. Asignatura trabajo Científico desde 1 a 4 año
3	Gran capacidad de comunicación. Conducta ética Actitud- Comportamiento	Curso de Bioética Asignatura Comunicación Asignatura Humanismo Médico de 2° a 4° año inclusive La actitud del alumno integra la evaluación continua
4	Juicio crítico y creatividad	Talleres de ABP. Talleres de ABRP. Enseñanza interactiva. Talleres clínicos de 1° a 5° año
5	Salud Publica- Comunidad	Asignatura salud Pública de 1° a 3°. Policlínicas de la comunidad en servicios de ASSE, municipales y mutuales.
6	Manejo de la Información	Informática. Búsquedas en Internet Bases de datos Plan Timbó

9.- Características deseables (algunas de ellas ya establecidas en varios países) que favorecen un cambio real en la educación médica. Ronald Harden

- 1) Énfasis en el producto de la educación , en el resultado que se desea obtener
- 2) Aprendizaje que relaciona la teoría con eventos de la vida práctica
- 3) Introducción muy temprana de la clínica
- 4) Combinación de estrategias: pacientes reales, modelos informáticos, simuladores.
- 5) Estudiante comprometido con su propio aprendizaje
- 6) Individualización de las necesidades de cada estudiante
- 7) Elaboración de un currículo integrado
- 8) Estudio en conjunto y trabajo en pequeños grupos
- 9) Evaluación basada en habilidades y actitudes
- 10) Aprendizaje a partir de los errores en la práctica (feedback)
- 11) Búsqueda y empleo de la evidencia en los métodos educativos.

Ninguna de estas características está ausente en el Currículo Declarado de la Carrera de Medicina del CLAEH, aunque en la práctica unas tienen más desarrollo efectivo que otras (Currículo efectivo).

Recomendaciones de lectura:

Colman KC 2006. Medical Education: Past, Present and Future. Elsevier. Edimburgh.

Dent J.A, Harden RM. 2009 y 2012.A Practical Guide to Medical Teachers. Elsevier. Edimburgh.

Swanwick T. 2010. Understandign Medical Education. Evidence, Theory and Practice. ASME. Wiley Blackwell. Chinchester.

10.- Humanismo en Medicina

¿Qué es Humanismo en Medicina?

Humanismo en Medicina no es un código regulado, no es una ley, **es una posición ante la vida**, una manera de vivir la Medicina. Implica que el médico, estudiante de Medicina, enfermera, fisioterapeuta y todo el personal al servicio de la salud tenga una consideración amplia y profunda hacia la persona del paciente y de sus colegas. El médico y estudiante humanista considera al paciente en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, afectiva, familiar, social, laboral, económica y tiene en cuenta sus creencias. Lo respeta, lo escucha, está a favor de su bienestar y se gratifica con ello.

Humanismo Medico es una asignatura obligatoria en 3 años de la Carrera de Medicina del CLAEH (2º, 3º y 4º). **Su objetivo** es desarrollar efectivamente en los estudiantes la empatía hacia los pacientes y hacerlos conscientes de sus dimensiones humanas y de sus necesidades. Humanismo Médico tiende los caminos para que quienes cursan logren hacer conciencia (y adhesión afectiva) al concepto de que tener amplitud de mirada y solidaridad hacia el enfermo, hacia sus compañeros y hacia sí mismo trae consigo beneficios existenciales tangibles. Bregamos porque esto se haga cultura.

11.13.- Fenómenos plásticos del sistema cócleo-vestibular. (Conferencia pública en el salón de actos)

*Ac. Hamlet Suárez
19 de setiembre de 2013*

Se denomina plasticidad en el sistema nervioso central a los fenómenos de cambios conductuales en las diferentes redes neurales que permiten la adaptación a las necesidades evolutivas o medioambientales del individuo. También a las estrategias reparativas de esas redes luego de lesiones de distinta etiología que pueden afectar al sistema nervioso. Los receptores de audición y el equilibrio del oído interno pueden sufrir lesiones o también sus conexiones neurales en el cerebro lo que lleva al desencadenamiento de fenómenos que buscan la restauración de la función parcial o totalmente.

Esta presentación está dirigida a discutir algunas situaciones en que tanto la cóclea, los receptores vestibulares o sus vías integrativas en el sistema nervioso se dañan y los procesos reparativos que se producen, como así también las intervenciones terapéuticas destinadas a optimizar la recuperación lesional.

En el caso de la cóclea y sus vías es particularmente impactante los cambios producidos en los últimos 20 años en cuanto a las posibilidades de restaurar una función sensorial como la audición que es clave para la evolución de un individuo, cuando el daño lesional sobre el sistema auditivo deja a un paciente sin la capacidad de comunicarse.

Las lesiones sobre el sistema auditivo se producen en la etapa gestacional (Se les denomina hipoacusias profundas prelinguales) o luego de nacido por causas que van desde un traumatismo, agresiones virales, fenómenos vasculares, degenerativos, etc. Se les denomina hipoacusias profundas postlinguales.

La aparición de una prótesis electrónica como el implante coclear ha permitido sustituir el receptor coclear para que haga la transducción de la señal acústica en pulsos eléctricos que estimulan la redes neurales involucradas en la comunicación verbal y los estímulos auditivos en general.

El implante coclear consta de un dispositivo interno que se constituye de una antena receptora y una serie de electrodos que mediante un procedimiento quirúrgico se colocan dentro de la cóclea en las cercanías de las terminaciones nerviosas auditivas aferentes a fin de estimularlas, y un dispositivo externo que consta de un procesador de palabras que se contacta a través de la piel con los electrodos (Comunicación electromagnética) a fin de que conduzcan la señal acústica a las áreas cerebrales encargadas de procesarlas.

Cuando se tratan de personas que perdieron la audición en forma total ya sea de niños, jóvenes o adultos (postlinguales), luego que colocado el implante coclear, se le programa y esos estímulos acústicos, como la palabra, se transforman en señales eléctricas que el cerebro procesa y las transforma en claves comunicacionales como es el fenómeno de darle significado a una palabra como señal sonora. En los pacientes postlinguales ese proceso de reconocimiento de señales se hace en forma bastante rápida porque el implante estimula la memoria verbal por lo que el fenómeno plástico consiste en la “reactivación funcional” de las redes neurales involucradas en la audición.

En el caso de hipoacusias prelinguales, el paciente nace sin haber experimentado nunca audición y por lo tanto no tiene las “etiquetas verbales” en la corteza cerebral que le permiten procesar el sonido de una palabra como una clave acústica. Es entonces que luego de implantado un niño, que se debe hacer preferentemente entre los 6 meses y los 3 años de vida que es el periodo de mayor capacidad plástica de formar nuevas conexiones neuronales, debe iniciarse un programa de rehabilitación, con fonoaudiólogas y maestras especializadas cuya tarea es entrenar al niño para reconocer la señal acústica como una clave de comunicación; cuando oye “casa” saber que significa esa clave y así con las distintas palabras.

Es un proceso de los primeros años en que luego la maestra lo va vinculando a otros procesos más complejos como es el del aprendizaje. Todas estas acciones de estimulación van generando nuevas conexiones de la redes neurales involucradas en la comunicación humana como un fenómeno de plasticidad neural que está dirigido a lograr la comunicación oral. Si el procedimiento de implante se realiza en los plazos óptimos descritos y el niño tiene una estimulación auditiva reglada y constante por el técnico fonoaudiólogo, se va a lograr que tenga un desarrollo de lenguaje normal y una inclusión social normal.

Eventos como los de carácter socioeconómico que habitualmente impiden una rehabilitación fonoaudiológica adecuada son un obstáculo significativo para lograr intervenciones eficaces. Así también cuando a la hipoacusia está asociada con alteraciones cognitivas que van a limitar la capacidad de sistema nervioso central para procesar la información los resultados son más limitados.

Tanto en las hipoacusias profundas pre como postlinguales, el implante coclear produce distintos y diferentes procesos de cambio en el sistema nervioso central que invo-

lucran nuevas conexiones sinápticas y el desarrollo de redes neurales involucradas en la comunicación auditiva, lo que genera fenómenos de plasticidad neural muy rico en sus procedimientos en busca de la recuperación lesional.

En cuanto al sistema del equilibrio son muchas las lesiones que tanto en el desarrollo embrionario como luego del nacimiento generan un impedimento incapacitante para el control postural y trasladarse con una marcha normal.

El sistema de equilibrio tiene tres tipos de receptores que dan la información necesaria para generar las estrategias necesarias para la postura y marcha: la visión, los receptores vestibulares y propioceptivos. Cuando hay daño en uno de ellos generalmente como fenómeno plástico se generan estrategias en el sistema nervioso central para que la información relevante para estas funciones pase a ser las de los receptores sanos.

Describimos el fenómeno de algunos niños con hipoacusia neurosensorial profunda neonatal también nacen con lesiones en los receptores vestibulares los que no dan la información suficiente para desarrollar una normal postura y marcha. Se presenta investigación realizada en el Laboratorio de Otoneurología del Hospital Británico en que se describe que, pese a la ausencia de esta información vestibular, tienen un desarrollo normal ya que su desarrollo en las funciones de la postura bípeda y la marcha se basan en la información visual y propioceptiva en un proceso plástico del sistema nervioso central que se denomina sustitución sensorial.

Son dos ejemplos presentados en que dada una lesión coclear o vestibular se generan procesos plásticos destinados a la recuperación funcional, dejando abierto la discusión en los caminos que deberán recorrerse para entender mejor estos procesos con el fin de lograr eficaces procedimientos terapéuticos.

11.14.- Tratamiento del cáncer de recto. De Miles a Habr-Gama (Conferencia pública en el salón de actos)

*Ac. Luis Carriquiry
26 de setiembre de 2013*

Debo confesar que cuando se me solicitó un tema para desarrollar como conferencia académica inaugural tuve mis dudas acerca de la selección que he realizado. Me preguntaba si el cáncer de recto no sería un tema demasiado “quirúrgico” e incluso dentro de la cirugía “demasiado especializado” para una audiencia médica general, aún tan selecta como la presente. Pero finalmente primó en mí la importancia de encarar en esta presentación lo que considero ha sido el tema de mayor interés en mi carrera académica, a partir de la publicación con Alberto Piñeyro de un librito de carácter docente sobre el tema allá por los años 80, al que todavía releo con satisfacción y orgullo. Y al mismo tiempo la oportunidad de hacer conocer en círculos más amplios que los estrictamente quirúrgicos a una figura señera como lo es Angelita Habr-Gama, que ha puesto a América Latina en el centro de los debates mundiales sobre este tema. Y no estoy exagerando: los Foros Internacionales sobre Cáncer de Recto que viene organizando en San Pablo cada dos años desde 2007 se han transformado, por la profundidad y exigencia de las discusiones y la calificación de los concurrentes – los más importantes cirujanos, oncólogos, radioterapeutas e imagenólogos interesados en el tema-, en la reunión cumbre sobre cáncer de recto en el mundo entero.

Entrando en materia, digamos que esta exposición no pretende ser ni una historia arqueológica, ni una mera discusión de técnicas quirúrgicas, ni un debate para expertos: más allá de todo ello, simplemente pretende mostrar la fecundidad del abordaje multidisciplinario en el tratamiento de esta enfermedad, con la concurrencia de la cirugía, la oncología, en su doble vertiente, médica y radioterápica, la imagenología, la patología y aún la ingeniería biomédica y la importancia del diálogo fructífero entre las diversas escuelas oncológicas y quirúrgicas del mundo para ir avanzando en los resultados que importan: mayores y mejores sobrevidas para los pacientes afectados por esta cruel enfermedad.

En un principio – pensemos en los comienzos del siglo XIX – fue la cirugía. Jacques Lisfranc en 1826 describe la primera exéresis de un cáncer de recto, a través de un abordaje perineal, limitada a la resección del tumor macroscópico y terminada por una colostomía perineal naturalmente incontinente.

Durante todo el siglo XIX, el único avance- aún relativo- fue el uso de un abordaje transcoccígeo preconizado por Czerny con igual cirugía limitada e igual penoso resultado: alta mortalidad, escasa sobrevida con recidivas locales casi de regla y bajísima calidad de vida.

Ya en los albores del siglo XX, con los incipientes progresos de la anestesia, Lockhart-Mummery en el Reino Unido busca mejorar la mortalidad de la operación y la calidad de vida ulterior haciéndola en dos etapas: en la primera, por vía abdominal, realiza la colostomía iliaca y en la segunda realizada a las dos semanas por vía perineal, reseca en forma igualmente limitada el tumor

Pero fue en los años inmediatamente siguientes su colega Ernest Miles el verdadero fundador de la cirugía moderna del cáncer de recto. Miles observó en sus estudios propios y en los de Gabriel que el cáncer de recto difundía sobre todo por las vías linfáticas hacia los ganglios a lo largo de la arteria mesentérica inferior, es decir “hacia arriba”, por lo que todas las formas de resección limitada llevaban fatalmente a la recidiva y así diseñó su técnica que, por vía combinada abdominal y perineal, realizaba la exéresis total del órgano, con sus vías linfáticas de diseminación y no sólo la del tumor, siguiendo una tendencia similar a la de Halsted en el caso del cáncer de mama.

Aunque gravada inicialmente con una altísima mortalidad operatoria – cercana al 40%- los progresos de la anestesia, la introducción de las transfusiones sanguíneas y los mejores cuidados postoperatorios consolidaron la primacía de la ahora llamada operación de Miles como el gold standard del tratamiento del cáncer de recto en la primera mitad del siglo XX.

En 1932, con Cuthbert Dukes, irrumpe la patología en este dominio hasta ahora totalmente quirúrgico con una aportación fundamental: la descripción de los 3 estadios del cáncer de colon y de recto, con sus implicaciones pronósticas y como veremos más adelante también terapéuticas en el futuro: A.- tumor que compromete la pared del órgano sin evadirla y sin ganglios metastáticos. B.- tumor que evade la pared del órgano pero sin ganglios metastáticos y C: tumor con ganglios metastáticos. La aportación de Dukes fue tan certera que aún hoy en día la clasificación internacional de la UICC sigue exactamente los mismos criterios para sus estadios I, II y III y el paradigma Miles-Dukes reinó indiscutido hasta más allá de los 50, aunque sus logros distaran de la excelencia: todavía alta mortalidad postoperatoria – más del 15%-, cifras modestas de sobrevida a los 5 años – no

más del 30-40% aún para los tumores localizados- y calidad de vida signada por la presencia de una colostomía definitiva.

No puede sorprender por lo tanto que los caminos de búsqueda en la segunda mitad del siglo XX y lo que va del XXI se dirigieran en tres direcciones:

- 1) la eliminación o minimización del uso de la colostomía, lo que hemos denominado hacia el “más abajo”
- 2) la persecución de una mayor sobrevida, hacia el “más lejos”
- 3) la reducción de la agresión quirúrgica, hacia “el menos”

La primera senda tuvo como hito iniciador la demostración por Goligher y otros, en piezas operatorias de amputación abdómino perineal, de la escasa progresión distal microscópica de los cánceres de recto, casi nunca superior a los 2 cm., lo que teóricamente permitiría en los casos más altos conservar el recto distal y efectuar una anastomosis con el colon descendido que conservara la evacuación por vía anal y evitara la colostomía al menos definitiva.

Ya en la década del 40, Dixon y otros cirujanos de la Clínica Mayo se habían adelantado a proponer para los cánceres del recto alto la llamada resección por vía anterior, que, realizada sólo por vía abdominal, conducía a la exéresis del recto alto con un margen distal de 5 cm., a la conservación del recto bajo y a la anastomosis entre el colon descendido y el recto distal conservado.

Ello llevó al conocido precepto, casi generalizado en los 70, años de mi formación como cirujano: tumor de recto que no se toca al tacto rectal, resección anterior y tumor que se toca, amputación abdominoperineal.

El obstáculo en el progreso hacia resecciones anteriores más distales estribaba en la dificultad técnica creciente en realizar suturas manuales en la profundidad de la pelvis menor, en especial en los hombres, de pelvis más estrecha.

El ingenio de los cirujanos buscó superar este obstáculo, de varias maneras.

La primera fueron las técnicas de “pull-through”, que simplemente renuncian a la sutura en la pelvis, seccionando el recto por debajo del tumor y respetando el margen distal sano, y descienden el colon a través del muñón rectal conservado hasta más allá del ano, logrando la continuidad por simple adherencia o por sutura diferida. Aparece aquí en esta historia la primera contribución de un latinoamericano, la del Dr. Daher Cutait, de San Pablo, que describió casi simultáneamente con el Dr. Rupert Turnbull, de la Cleveland Clinic, la versión más practicada de estos pull-through, con sutura diferida del colon exteriorizado al muñón rectal evertido con reintroducción secundaria en la pelvis.

La segunda – técnica abdómino-sacra- descrita inicialmente por D’Allaines en Francia pero desarrollada sobre todo por Arthur Localio en Nueva York- hace una resección anterior baja, conservando el recto distal y luego de recolocar al paciente en decúbito lateral, recurre a un abordaje transcoccígeo para realizar por esa vía la sutura del colon descendido al recto distal.

La tercera, - técnica transesfintérica- desarrollada en el Reino Unido por York Mason,- hace igualmente una resección anterior por vía abdominal pero luego coloca al paciente en decúbito prono , abre longitudinalmente el recto distal seccionando los esfínteres, baja el colon y lo sutura al recto y reconstruye plano a plano los esfínteres.

A decir verdad, más allá de las buenas intenciones de los colegas, todas estas técnicas presentaron un alto número de complicaciones y sobre todo no generaron una aceptable función defecatoria que fuera preferible a la colostomía, máxime teniendo en cuenta los progresos en la estomaterapia durante esos años. De ahí, que en general su utilización fuera bastante limitada fuera de centros muy especializados y nunca pudieran imponerse en forma universal.

El progreso hacia el más abajo vino de una fuente inesperada: la ingeniería biomédica. Los primeros aparatos de sutura mecánica, desarrollados en la entonces URSS, fueron perfeccionados por la industria americana y adaptados para realizar suturas colorectales bajas, por lo menos hasta el límite superior del canal anal, entrando en el terreno prohibido para las suturas manuales.

Su adaptación para la cirugía rectal, especialmente luego de la introducción de la técnica de Knight-Griffen, con sutura lineal del extremo superior del muñón distal y anastomosis trans-suturaria con el aparato de sutura circular introducida por el ano, constituyó un verdadero hito en esta carrera hacia abajo, máxime luego de la demostración por Pollett y Nicholls y por Williams en nuevos estudios de piezas anatómicas que la famosa progresión distal submucosa del cáncer de recto nunca superaba los 2 cm., lo que permitió rebajar el margen distal sano a 2 cm.

Los aparatos de sutura mecánica no determinan una anastomosis más segura como inicialmente se pensó – las fallas anastomóticas siguieron con cifras similares a las obtenidas en las suturas manuales- pero permitieron bajar el número de amputaciones y subir el de resecciones por vía anterior en una nueva relación de 20 a 80.

Los últimos progresos fueron el desarrollo de la sutura manual colo-anal, por Sir Allan Guyatt Parks en el Reino Unido, con descenso del colon al canal anal desnudado de su mucosa y sutura manual a nivel de la línea pectínea y la resección interesfintérica, desarrollada por cirujanos austríacos y japoneses, que demostraron que era posible en tumores muy bajos resecar parcialmente o totalmente el esfínter interno y efectuar una sutura manual en la margen anal, con conservación parcial de la continencia.

Con una relación de frecuencia ahora de 10 a 90, la amputación abdómino perineal ha llegado a ser considerada como una “operación en peligro”. En rigor, el título entusiasta de Heald - ya aludiremos a él más adelante- era exagerado. Por más que técnicamente las nuevas operaciones permitieran anastomosis cada vez más bajas, no puede dejar de admitirse que la continencia obtenida distaba de ser perfecta, con frecuente defecación fraccionada y sensación de urgencia. Pese a ello, y aun cuando en los estudios formales de calidad de vida, no parece haber diferencias sustanciales en los índices entre los pacientes sometidos a resección anterior muy baja o a amputación abdómino-perineal, en todas las encuestas de preferencias los pacientes uniformemente prefieren pagar con una continencia algo afectada la eliminación de la temida colostomía definitiva.

Hasta aquí la carrera “hacia abajo”.

Veamos la segunda carrera “hacia el más lejos”.

Los intentos de mejorar, alargando, la sobrevida de los pacientes con cáncer de recto han seguido tres direcciones, distintas pero complementarias entre sí.

La primera ha sido el uso de la radioterapia y de la quimioterapia antineoplásica como complementos de la cirugía en el tratamiento, la primera sobre todo para evitar la temida recidiva local pelviana, la segunda, para prevenir la aparición de metástasis. La adición

de estas nuevas posibilidades terapéuticas, especialmente de la radioterapia, ya había sido experimentada por algunos investigadores como Cummings en Canadá, con buenos resultados en pequeñas series, pero el desarrollo de su uso se dio de un nuevo convidado: los estudios prospectivos y aleatorios. Los primeros estudios multicéntricos en EEUU – los del Gastrointestinal Tumor Study Group y sobre todo el National Breast and Colon Adjuvant Project- sobre terapias adyuvantes, es decir, posteriores a la cirugía, evidenciaron una caída significativa de las recidivas locales pelviana con la radioterapia postoperatoria, y una caída igualmente significativa en las recidivas a distancia con la quimioterapia postoperatoria, en base a 5FU y leucovorin, de utilidad demostrada en el cáncer de colon desde los estudios de Fisher en EEUU y Bonadona en Italia. El precio a pagar era una toxicidad bastante alta y, sobre todo, efectos secundarios sobre la función defecatoria, urinaria y sexual importantes y más aún sobre el intestino delgado fijo a la pelvis por las adherencias postoperatorias, con aparición de una enteritis rádica de efectos temibles.

Aunque algunos grupos norteamericanos, como el de Marks y Mohiuddin en Filadelfia y el de Kodner en Saint Louis, ya habían recurrido a ella con buenos resultados, fueron sobre todo los europeos los que se inclinaron a ensayar la terapia neoadyuvante o preoperatoria, en especial teniendo en cuenta sus ventajas teóricas: acción más efectiva sobre tejidos bien oxigenados, reducción del volumen tumoral que facilitaría las exéresis, esterilización del tumor que prevendría su diseminación secundaria al manejo intraoperatorio, exclusión del intestino delgado del campo a irradiar y mejor función del neorrecto formado por el colon descendido, no sometido a la irradiación.

Dos estudios claves, ambos realizados con radioterapia preoperatoria corta, 25 cGy en 5 días, seguida a la semana siguiente de la cirugía, fueron decisivos para demostrar la superioridad de esta forma de aplicar la radioterapia. El primero fue realizado en Suecia, dirigido por Lars Pahlmann, y publicado en 1997, y el segundo, realizado en Holanda bajo la dirección de Cornelis van de Velde, publicado en el 2001. Ambos demostraron, en el contexto de una metodología rigurosa, la significativa influencia de la radioterapia preoperatoria para descender las recidivas locales.

Unos años después, un tercer estudio, realizado en Alemania, dirigido por Rolf Sauer, igualmente riguroso, mostró la superioridad de la quimioradioterapia preoperatoria, pero ahora con radioterapia larga – 5000 cGy en 25 días- seguida de la cirugía a las 4-6 semanas, sobre su aplicación selectiva en el postoperatorio a los casos en estadio III.

De estos estudios y algunos otros realizados en EEUU ha surgido prácticamente un consenso universal hasta nuestros días: cirugía sola en estadios I y II -los viejos A y B de Dukes- y cirugía con quimioradioterapia preoperatoria – sea corta o larga, asociada o no a quimioterapia igualmente preoperatoria – seguida de quimioterapia clásica con 5FU y leucovorin en el estadio III. La introducción en los últimos años de nuevos quimioterápicos – capecitabina, oxaliplatino- han robustecido la acción de esta quimioterapia postoperatoria mientras que los agentes más nuevos- bevacizumab, cetuximab – todavía son sujeto de estudios.

En forma bastante insólita, la segunda vía de mejorar la sobrevida ha sido la difusión de una más depurada técnica quirúrgica para la exéresis del recto. Esta fue la obra de una eminente personalidad quirúrgica, el Dr. Richard Heald, de Basingstoke, una pequeña ciudad cercana a Londres en el Reino Unido. Heald preconizó una técnica minuciosa

de exéresis del recto pelviano, siguiendo los planos fasciales de origen embriológico, realizable con tijera o con bisturí eléctrico, sin utilizar el despegamiento a mano o las múltiples ligaduras, que denominó “exéresis mesorrectal total” pues incluye junto con el órgano recto su meso celuloadiposo conteniendo los ganglios regionales, pero que en rigor mejor debería denominarse “exéresis extrafascial del recto” como propone Graham Hill, de Nueva Zelandia. Con el uso estricto de esta técnica, su tasa de recidivas locales, luego de cirugía exclusiva bajó a menos del 5%, en una serie auditada por otros cirujanos. Pero lo más importante ha sido su prédica casi apostólica – Heald lejos de ser un inglés flemático, es casi un profeta religioso de enorme capacidad de arrastre- que ha difundido con sus conferencias y su docencia personal su técnica primero en el Reino Unido, luego en Holanda y los países escandinavos, y finalmente en el resto del mundo, logrando similares resultados en cuanto a descenso de las recidivas locales a nivel poblacional en pocos años, de 25-30% a menos de 10%.

Correspondió a otro británico, el Profesor Phillip Quirke, de Leeds, complementar desde la patología el aporte sustancial de Bill Heald, con dos nuevos conceptos: el “mesorrectal grading”, evaluación macroscópica de la calidad de la pieza operatoria y el “compromiso del margen circunferencial”, o compromiso de la fascia mesorrectal por la extensión del tumor, hallado a través de la técnica de cortes transversales seriados de la pieza. Ambos criterios patológicos demostraron en series importantes su fecundidad no sólo para evaluar la calidad de la cirugía, sino también para plantear un pronóstico – un mal grado mesorrectal y un compromiso del margen circunferencial se asocian a alta tasa de recidiva- y como veremos luego para seleccionar la terapéutica adecuada.

La asociación de una mejor cirugía de exéresis del recto y las terapias neoadyuvantes y adyuvantes revolucionaron los resultados del tratamiento del cáncer de recto, llevando en pocas décadas las cifras de sobrevida a 5 años de los cánceres localizados, no metastáticos, al entorno del 70-80% aún en series poblacionales como las escandinavas.

Pero al mismo tiempo, y ya desde mediados del siglo XX, se desarrolló un proceso paralelo en el cáncer metastático, primero a través de la cirugía de las metástasis hepáticas y pulmonares, cada vez más agresiva y luego del uso combinado con ella de protocolos quimioterápicos cada vez más efectivos que han llevado a que las sobrevidas a 5 años en el estadio IV antes desconocidas hoy día disten de ser excepcionales

No puede extrañar por lo tanto que en forma simultánea la búsqueda se haya desplazado también a un nuevo objetivo: lograr una menor agresividad del tratamiento, con mejor calidad de vida de los pacientes.

Una primera vía que pareció inicialmente prometedora, siguiendo la tendencia vista en el cáncer de mama, fue intentar extender las indicaciones de la resección local del tumor efectuada por vía transanal, de manera de poder conservar el órgano recto y la función defecatoria casi normal. Pero los resultados de varios ensayos han prácticamente clausurado este intento, pues mostraron altas tasas de recidiva y más que eso, malos resultados de la cirugía mayor de salvataje, por lo que hoy en día la mayor parte de los autores aceptan esta técnica solo para los tumores T1, e incluso dentro de ellos para los que tienen una menor extensión submucosa – sm1-2-, aunque todavía no faltan en quienes confían en lograr mejores resultados combinando resección local con quimioradioterapia neoadyuvante o adyuvante.

En cambio la vía que ha resultado realmente efectiva es la aplicación de las técnica laparoscópica para la resección del cáncer de recto, siguiendo los mismos principios desarrollados por Heald. Inicialmente descrita y aceptada para el cáncer de colon luego del monumental estudio COST de los norteamericanos, la técnica laparoscópica se ha ido extendiendo para la cirugía del cáncer de recto ayudada por el entrenamiento riguroso de grupos quirúrgicos y el progreso incesante del equipamiento y en especial de los nuevos staplers. En el momento actual, varios estudios prospectivos y aleatorios- el CLASSIC en el Reino Unido, el COLOR II en la Europa continental y el Korean en Corea- han demostrado que, en manos entrenadas, la cirugía laparoscópica del cáncer de recto puede ser realizada con una técnica que replica exactamente la descrita por Heald, con tasas equivalentes de mesorrecto intacto, de compromiso del margen circunferencial y de número de ganglios en la pieza, con morbimortalidad similar y con resultados oncológicos similares a los 3 años, si bien con tasas de conversión todavía algo altas – más del 10%-. Pero la rápida extensión del uso de la técnica en el mundo entero y el mayor entrenamiento de los cirujanos jóvenes en los abordajes laparoscópicos seguramente determinarán que su uso tienda a generalizarse en los próximos años, dado sus menores índices de agresión en el corto plazo (menos pérdida sanguínea, menos dolor postoperatorio, restablecimiento de la función defecatoria más rápida, internación más corta) y algunas de sus posibles ventajas en el largo plazo (menos eventraciones y oclusiones postoperatorias tardías por adherencias).

El uso de la cirugía robótica – con similares ventajas por el abordaje mini invasivo y con algunas adicionales como un mejor respeto de la inervación pelviana con su repercusión sobre la función urinaria y sexual- y de las técnicas NOTES – con extracción de la pieza operatoria por el ano, sin necesidad de una incisión abdominal- seguramente van a acentuar esta tendencia.

Al mismo tiempo, también es posible reducir la agresión que supone la radioterapia, que no es insignificante: está claramente demostrados que, aun aplicándola en el preoperatorio, ella tiene efectos deletéreos sobre la función defecatoria, sobre la micción y sobre la actividad sexual, que se suman a los de la cirugía, como resulta del seguimiento a largo plazo de los ensayos suecos y holandes.

Y ello a través de dos pasos: una selección más rigurosa de su indicación y un uso de mejores técnicas radiantes.

El primer paso ya está dado y para ello ha sido fundamental el aporte que ha significado para una más adecuada estadificación preoperatoria la resonancia magnética. Varios investigadores europeos – de entre ellos destaco a Gina Brown, del Royal Marsden Hospital en Londres- han mostrado que realizada de acuerdo a especificaciones técnicas cuidadosas- perfectamente reproducibles en Uruguay- la resonancia magnética dibuja con precisión la fascia mesorrectal y permite identificar con igual precisión la distancia entre el margen más externo del tumor y dicha fascia, lo que ha sido confirmado en el estudio multicéntrico europeo Mercury, comparando el diagnóstico por resonancia y el estudio anatomopatológico postoperatorio con la técnica de Quirke. Ello ha llevado, especialmente a los europeos pero crecientemente también a los norteamericanos, a limitar la indicación de la radioterapia preoperatoria, en general siguiendo el esquema que toma prestado su nombre del clásico spaghetti western de Sergio Leone “El bueno, el malo y el

feo”, con solo cirugía en los casos T1,1 N0, radioterapia preoperatoria corta en los casos Tx N1, T3Nx CRM-, y quimiorradioterapia larga en los casos con CRM +.

El segundo se encuentra aún en investigación, siendo la Intensity Modulated Radiotherapy y la braquiterapia los caminos más promisorios

Es dentro de este panorama global que la irrupción del aporte de Angelita Habr Gama, ha sacudido los cimientos del tratamiento del cáncer de recto. Una cirujana mujer en un mundo de hombres, una brasileña y latinoamericana en un mundo dominado por el norte. Y digo latinoamericana no para apropiarnos de su origen brasileño sino porque Angelita ha demostrado y sigue demostrando a través de su compromiso con la cirugía de nuestros países, sus respuestas generosas a todas las invitaciones, su participación intensa en todas las reuniones de la Asociación Latinoamericana de Coloproctología, su profunda vocación latinoamericana.

Nacida en la isla de Marajó, en el delta del Amazonas, de padres libaneses – como Daher Cutait, el otro brasileño de esta historia- Angelita estudió y se graduó como médico y como cirujana en la Universidad de San Pablo, completando su formación como cirujana colorrectal en el legendario St. Marks Hospital en Londres. Ha desarrollado toda su carrera en su alma mater, trabajando en el Departamento de Cirugía Colorrectal, del que alcanzo la Jefatura al retirarse Cutait y llegando, tras un concurso riguroso, a la Jefatura del Departamento de Cirugía de la Universidad, donde sucedió al eminente Henrique Walter Pinotti.

Angelita supo relacionar un hecho empírico : la existencia en un porcentaje – pequeño, alrededor de un 10% - de los cánceres de recto avanzados sometidos a quimiorradioterapia larga preoperatoria de una respuesta patológica completa, con ausencia total de células neoplásicas en el examen anatomopatológico de las piezas operatoria luego de una resección quirúrgica, con un hallazgo previo indiscutido: la eficacia de la quimiorradioterapia para curar un 70-80% de los cánceres epidermoides de ano, descubierta en los 80 por Norman Nigro y confirmada luego en estudios prospectivos multicéntricos, desplazando el papel de la cirugía a los casos de persistencia o recurrencia.

A partir de allí, se planteó la pregunta: ¿no sería posible pensar en un tratamiento inicial quimiorradioterápico en todos los cánceres del recto bajo, tan efectivo como la cirugía, pero sin sus inconvenientes, que replicara lo logrado por Nigro en los cánceres anales?

Y pasando a la acción, desarrolló una nueva estrategia de tratamiento como plan de investigación:

- 1) quimiorradioterapia inicial para todos los cánceres de recto bajo, cualquiera fuera su estadio – en los cánceres del recto alto continúa utilizando la cirugía-
- 2) evaluación rigurosa de la respuesta clínica luego de un plazo más largo – 8-10 semanas en lugar de los 4-6 habituales- para permitir acción más tardía de la radioterapia
- 3) sustitución de la cirugía por un seguimiento intensivo de los pacientes con respuesta clínica completa, estrategia que luego ha denominado “observar y esperar”, “watch and wait” en la terminología consagrada en el mundo anglosajón.

Tuve la fortuna de estar presente cuando Angelita hizo su primera presentación internacional en el congreso de la American Society of Colon and Rectal Surgeons en Filadelfia en 1997. Mostró su serie de 118 pacientes tratados con quimiorradioterapia inicial, de

los cuales 36 (30.5%) habían presentado respuesta clínica completa – desaparición del tumor al tacto rectal y la endoscopia- con 6 de ellos, los iniciales, operados, todos con respuesta patológica completa en el estudio postoperatorio y 30 seguidos por un promedio de 36 meses, sin operarse, con 2 muertos por otras causas y 28 vivos sin recurrencia y sin operación. El impacto de su figura menuda en el podio fue enorme pero no lo fue menos la general desconfianza hacia sus datos y sobre la factibilidad de un estudio de esta naturaleza.

Pero Angelita no se arredró: en sucesivas publicaciones, con mayores números ha mostrado resultados similares, definiendo mejor los criterios de evaluación de la respuesta clínica completa, y reconociendo la existencia de algunas recidivas locales tanto tempranas – dentro del año- como tardías así como los excelentes resultados de la cirugía de salvataje frente a estas recidivas si se identifican tempranamente con un seguimiento riguroso

El reconocimiento comenzó a aparecer, inicialmente más en Europa que en EEUU y no fue ajeno a él la aceptación por parte de Heald de esta estrategia como una vía interesantes de aplicación en pacientes seleccionados y debidamente informados.

En su último estudio, presentado este año en la ASCRS y galardonado con el premio a la Mejor Presentación del Congreso, - que Angelita tuvo la gentileza de enviarme a mi pedido- aumentando la intensidad de la quimioterapia – la RT a 5400 cGy y la QT a 6 series, 3 durante la RT y 3 durante el periodo de espera, llega a obtener una respuesta clínica completa a los 9 semanas del 57%, y presenta un 51% de pacientes curados sin cirugía con un seguimiento promedio de 50 meses.

Su estrategia gana cada vez más adeptos en América Latina – en nuestro país el grupo del Dr. Daniel Varela viene siguiendo ya una serie aún pequeña de pacientes sin cirugía- pero empiezan a aparecer publicaciones europeas con series de “watch and wait” como de la Maas en Holanda o la de Dalton en el Reino Unido.

Quizá la más significativa sea la de Paty, del Memorial Sloan and Kettering Cancer Center de Nueva York, no solo porque confirma en un grupo relativamente pequeño de pacientes la legitimidad de la opción, sino porque proviene de un grupo de investigadores que la habían cuestionado previamente señalando un punto débil: la posibilidad de que la respuesta clínica completa no se correspondiera con una respuesta patológica completa y por lo tanto dejara tumor in situ, facilitando las recidivas ulteriores

La estrategia de Angelita dista de ser todavía el “gold standard” en el tratamiento del cáncer del recto bajo pero ha sido aceptada como una opción respetable a discutir a investigar y no como una excentricidad proveniente del mundo subdesarrollado, como lo testimonian la asistencia de los más granado del mundo quirúrgico y oncológico que asiste cada 2 años en San Pablo a su Foro Internacional de Cáncer de Recto y la catarata de distinciones honorarias que viene recibiendo su promotora.

Como amigo personal y como compatriota latinoamericano me siento realmente orgulloso de que esta historia del tratamiento del cáncer de recto – que ha sido el interés central de mi vida profesional- culmine en estos años con el aporte de esta mujer excepcional.

11.15.- ¿Te harías un Antígeno Prostático Específico? (Exposición en el plenario)

Ac. Luis García Guido

10 de octubre de 2013

Introducción

El objetivo de esta exposición, es clarificar y actualizar el rol que le cabe al Antígeno Prostático Específico (APE) en el diagnóstico precoz del Cáncer de Próstata (CP).

El CP es uno de los tumores más polémicos y controvertidos; y el valor diagnóstico del APE, es uno más de los aspectos particulares de las controversias.

Desde hace pocos años viene siendo blanco de críticas; y aún más, ha sido denostado, agredido y desvalorizado, de una manera tendenciosa y alarmista: “no te hagas el APE”, “no sirve”, “hace daño”, “hace más mal que bien”.(1, 2)

Por otra parte, prestigiosas instituciones mantienen su vigencia, racionalizando sus indicaciones y dándole su justo y actual valor.(3, 4, 5)

Generalidades sobre el CP

El CP abarca un amplio grupo de adenocarcinomas, muy heterogéneos en su historia natural; con un amplio espectro evolutivo, y un potencial biológico muchas veces impredecible. Incluye formas puramente histológicas, indolentes en la inmensa mayoría; formas clínicas localizadas de bajo, intermedio y alto riesgo, formas localmente avanzadas, tumores metastásicos y tumores resistentes a la castración, de muy difícil manejo terapéutico.

Es raro que afecte al hombre adulto antes de los cincuenta años.

Son de lenta y prolongada evolución en sus estadios localizados. Tienen un tiempo de duplicación celular estimado de 2-8 años.

Son tumores potencialmente curables en estadios confinados a la próstata. Estos estadios localizados, son totalmente asintomáticos.

Importancia

El CP representa uno de los problemas médicos más importantes que afectan al hombre adulto. Se considera un problema mayor de salud pública, en creciente aumento, por el envejecimiento exponencial de la población masculina.

Nuestras autoridades sanitarias todavía no lo han considerado como tal.

No existe un programa de diagnóstico precoz de CP; sin embargo Salud Pública creó el programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cuello Uterino, que representa un tercio de los CP.

Tiene alta prevalencia, incidencia y mortalidad, ligeramente en aumento en nuestro país (6). Esto significa enormes gastos y esfuerzos en salud, lo que genera preocupación en seguros médicos y prestadores de salud.

Es el cáncer visceral más frecuente del hombre adulto. Representa el 12% de todos los cánceres del hombre; con una tasa ajustada de incidencia de 60/100000, y un promedio anual de 1457 nuevos casos (6).

El riesgo de tener un cáncer clínico en el hombre adulto es del 17%. Al igual que el cáncer de mama, a uno de cada seis hombres se le diagnosticará un CP.

Representa la segunda causa de muerte por cáncer, luego del cáncer de pulmón, con una tasa ajustada de 22/100.000. Contrariamente a la tendencia de muchos países occidentales, la tendencia es ligeramente al ascenso desde 1989.

En el Uruguay, el CP mata a 620 hombres por año. Uno de cada 36 hombres morirá por su causa (7).

Existe una gran disparidad entre prevalencia histológica: 30-80%; prevalencia clínica: 17% y mortalidad: 3%, lo que significa que muchos CP son indolentes, muchos se curan, o fallecen por otra causa.

Estrategias para disminuir la mortalidad por CP

No existen estrategias de prevención primaria; hay trabajos investigacionales, pero la información es muy inmadura.

Nos resta apostar a la prevención secundaria, con el diagnóstico precoz.

Otra alternativa, sería mejorar los recursos terapéuticos.

¿Qué estrategias tenemos para que el diagnóstico precoz sea una realidad?

Debemos, sin atemorizar, informar y sensibilizar a colegas y usuarios en general. Estimular campañas informativas para aumentar el nivel educacional sanitario de la población.

Los mensajes deben ser claros y sencillos: que el CP es una enfermedad potencialmente mortal; que es curable en etapas localizadas, asintomáticas ; no hay prevención primaria; se impone la necesidad de un diagnóstico precoz, mediante dos simples tests: tacto rectal y APE en forma periódica.

Concepto del APE

El APE es una glicoproteína segregada por las células de las glándulas túbulo-alveolares de la próstata; está presente en el suero y semen de los hombres.

Del punto de vista clínico práctico, es segregada exclusivamente por la próstata.

Constituye un marcador tumoral fundamental para: el diagnóstico, estadificación tumoral, encare terapéutico, pronóstico, seguimiento evolutivo, respuesta terapéutica y como predictor de mortalidad previo a un tratamiento radical.

En rangos útiles para el diagnóstico precoz del CP, es un marcador órgano-específico, pero no cáncer-específico. La hiperplasia prostática benigna, las prostatitis, instrumentaciones sobre la próstata, pueden elevar el APE.

Hoy la mayoría de los diagnósticos de CP se realizan por las elevaciones del APE y/o sus variaciones dinámicas.

Distra mucho de ser un marcador ideal, pero constituye hasta el momento, el mejor marcador de la oncología.

Debilidades del APE

No es un test directo, sino un test de riesgo de CP, señalando un menor o mayor riesgo estadístico.

Posee pobre sensibilidad y especificidad diagnóstica. Su valor predictivo positivo es bajo: 35-50%.

Al presente, las variaciones del APE resultan más por la hiperplasia prostática benigna, que por el CP.

Existen fluctuaciones espontáneas imposibles de explicar. Crea en muchos pacientes una morbilidad psicológica importante, por ansiedad, temores, “adicción o dependencia”, afectando la calidad de vida.

No hay consenso sobre el punto de corte para realizar la biopsia de próstata: 2.5? 3.0? 4.0?

“Detección precoz” con PSA, no siempre es precoz; ya que el primer APE a veces identifica estadios avanzados.

La detección precoz no siempre es beneficiosa para hombres con tumores de bajo riesgo, o con expectativas de vida limitadas.

Se estima que el 23-66% de los hombres con CP diagnosticados por el APE, nunca tendrán sintomatología. (5)

Diagnóstico precoz del CP

Antes de la incorporación del APE, a mediados de la década del 90 en nuestro país, el diagnóstico del CP se realizaba en base a la semiología del tacto rectal; y más raramente por metástasis sugestivas.

La introducción del APE produjo una migración sustancial del estadio, al momento del diagnóstico: aumento de los tumores no palpables, confinados, potencialmente curables, y una reducción significativa de la mortalidad.

En Austria se logró una reducción del 33% en la tasa de mortalidad por CP, diez años después de la introducción del APE (8). En Goteborg, disminución del 50% en la mortalidad, y 41% en reducción de los estadios metastásicos (9).

En Estados Unidos, el Programa SEER (1993-2003) logró un 32.5% de reducción de la tasa de mortalidad ajustada; con 90% de diagnósticos confinados, reducción del 75% de los estadios avanzados, y reducción de los casos metastásicos del 20-30% a un 3% (10).

Las ventajas en sobrevida del diagnóstico precoz, son equivalentes a los probados resultados de programas de despistaje para el cáncer de mama y colorrectal (11).

¿Quiénes están en riesgo de tener un CP clínicamente significativo? Son hombres mayores de 50 años, con expectativa de vida de más de 10 años. Hombres con riesgo aumentado (raza negra, historia familiar en primer grado) se consideran de riesgo a partir de 40 años.

¿El diagnóstico precoz debe ser una política sistemática, (screening, tamizaje o filtro) o, debe ser una política individualizada de consultorio?

Hay enormes controversias por el balance final entre beneficios y perjuicios de los screening.

Existe una fuerte evidencia que los mismos disminuyen las tasas de mortalidad, y aumentan los diagnósticos de enfermedad localizada, con beneficios en hombres menores de 70 años. Pero los screening tienen muchas debilidades y señalamientos: no hay consenso en las metodologías aplicadas: cuándo comenzar, cuándo terminar, frecuencia de los mismos, etc. Tienen 80% de falsos positivos con APE entre 2,5 -4.0. Son muy onerosos, y tienen bajo rendimiento diagnóstico y terapéutico. Se ha estimado que para prevenir una muerte por CP, se requeriría un screening de 1410 hombres y el tratamiento radical de 48 de los mismos (12).

Las tasas de detección en 2005 muestran en: Estados Unidos: 4.5 ; Holanda: 4.1, Japón: 1.3 y España y Uruguay: 1.2 .

Pero la gran problemática de los screening, lo constituyen los sobrediagnósticos (5-56%) y los sobretratamientos (70%) (11,13,14) de CP de bajo riesgo, que pueden ser totalmente indolentes. En Estados Unidos el 70% de los tumores sobrediagnosticados son sobretratados.

Conceptualmente, sobrediagnóstico no debería significar sobretratamiento.

El buen juicio crítico puede prevenirlos.

Hoy los CP de bajo riesgo pueden ser perfectamente monitoreados, sin ser tratados (estrategias de “expectación vigilante” o “vigilancia activa”) (15).

No se pueden extrapolar las conclusiones sobre la eficiencia y riesgos de los programas de screening masivos, a los programas de diagnóstico precoz, individualizados, racionalizados e informados.

A pesar del amplio debate y controversias, el clínico, cuando se presentan hombres para exámenes periódicos, debe aprovechar la oportunidad para informar sobre el CP y el APE, y permitir una decisión individual e informada sobre los mismos.

Hoy la indicación de un APE diagnóstico, debe ser considerada y racionalizada, en el contexto clínico individualizado del paciente, estratificando riesgos, en base a variables como: raza, edad, comorbilidad, expectativa de vida, historia familiar, datos del tacto rectal, información de estudios previos si existen, y preferencias y motivaciones de cada paciente.

Consideraciones sobre hombres de mayor edad.

Existe una creencia errónea y casi generalizada, de que los cánceres en las personas de mayor edad (mayores de 75 años) son en general, más “indolentes”.

Un estudio que analizó cerca de 500.000 historias clínicas de CP (base de datos SEER) (16) evidenció que los CP en hombres de mayor edad, tienen una mayor agresividad, que a edades menores. Y evidenció también, que dichos CP tienen mayor probabilidad de presentación clínica en estadios avanzados, con mayor riesgo de letalidad.

Esta información sugiere que a los hombres de mayor edad se les realice un control clínico de sus próstatas.

Conclusiones

- Se jerarquiza el valor del diagnóstico precoz del CP, en la disminución de la morbilidad y mortalidad por dicha causa.
- El diagnóstico precoz del CP se realiza mediante el tacto rectal y el APE.
- No al screening sistemático, ni al APE rutinario.
- Sí al diagnóstico precoz individual, racional e informado, en hombres asintomáticos, entre 50 y 70 años, con una expectativa de vida de 10 años o más, que son los más beneficiados por esta política.
- Hombres de mayor riesgo, pueden beneficiarse desde los 40-45 años.
- El exceso diagnóstico es un riesgo a asumir, ya que la única alternativa para saber si un hombre tiene un CP, es mediante la estrategia: tacto rectal, APE y punción biopsica prostática.
- El exceso terapéutico, sólo cabe cuestionarlo, en los CP de bajo riesgo.

- Se sugiere un control anual con APE y tacto rectal, incluso en hombres de mayor edad.

Si bien estamos lejos del marcador ideal, el APE tiene todavía mucha vigencia.

Es clara la necesidad de test más sensibles y más específicos para identificar hombres en riesgo de morbilidad y mortalidad por CP. Seguramente nuevos marcadores genético-moleculares a nivel sanguíneo y/o urinario, o dinámico-funcionales en la imagenología, permitirán diagnósticos más eficientes.

Bibliografía

- 1.- US Preventive Services Task Force 2012 Update
- 2.- American College of Preventive Medicine 2008 Update
- 3.- American Cancer Society 2010 Update
- 4.- American Urological Association 2009 Update
- 5.- American College of Physician 2013 Clinical Guideline
- 6.- Barrios E. Registro Nacional de Cáncer del Uruguay 2010
- 7.- National Cancer Institute 2013
- 8.- Oberaigner W. Amer. J. Epidem. 2006;163:376
- 9.- Hugosson J. Lancet Oncol. 2010;11:725
- 10.- Loeb S. Campbell-Walsh. UROLOGY 10 Ed. Vol.3 2012
- 11.- NCCN Version 2, 2012
- 12.- Schröder F. N.Eng.J.Med. 2009;360:1320
- 13.- Catalona W. AUA News 2007;12:1
- 14.- Carrol P. J.Urol. 2005;173:106
- 15.- Albertsen P. JAMA 2005;293:2095
- 16.- Walsh P. J. Urol. 2012;187:2012

11.16a.- Vacunas contra el virus del papiloma humano (HPV). (Exposición en el plenario)

*Ac. Enrique Pons
14 de noviembre de 2013*

Papel del virus HPV en cáncer de cuello uterino

En 2008, el virólogo alemán Harald zur Hausen (n. 1936) fue galardonado con el Premio Nobel de Fisiología o Medicina por sus investigaciones, que condujeron a establecer la relación causal entre virus de papiloma humano (HPV) y cáncer de cuello uterino. En 1976 había publicado la hipótesis de que los HPV jugaban un papel importante en la etiología del cáncer de cuello, lo cual fue recibido con escepticismo. Pero en 1983 identificó el DNA del HPV 16 en cánceres cervicales y al año siguiente hizo lo propio con DNA del HPV 18. Desde entonces, se logró evidenciar que DNA específico de varios tipos de HPV se encuentra en prácticamente todas las biopsias de cánceres de cuello y que los oncogenes de HPV que se expresan en esas células están involucrados en su transformación e inmortalización, y son necesarios para la progresión hacia la malignidad. Asimismo, los estudios epidemiológicos han subrayado que los HPV son el principal factor etiológico de cánceres cervicales (57).

HPV es el nombre común para un grupo heterogéneo de virus simples, con una doble cadena de DNA, contenida en una cápside icosaédrica de unos 55 nanómetros de diámetro (22). Existen más de 200 tipos de HPV que afectan a animales y humanos. En estos últimos causan una variedad de proliferaciones benignas (verrugas, quistes epiteliales, neoplasias intraepiteliales, papilomas anales, genitales, orales, faríngeos, laríngeos, queratoacantomas y otros tipos de hiperqueratosis) y malignas (cánceres de cuello uterino, ano, vulva, vagina, pene y orofaringe). Los virus productores de cánceres son denominados “de alto riesgo”.

Alrededor de 50 tipos de HPV tienen apetencia por la región genital (55). De ellos, unos 15 son de alto riesgo (35), habiéndose establecido que determinan prácticamente todos los cánceres de cuello de útero, la mayor parte de los anales, y una proporción menor de los de vulva, vagina y pene (14). El contagio se produce por transmisión sexual, aceptándose en el momento actual que es una de las causas más comunes de infecciones de transmisión sexual (ITS). Un 80% de mujeres adquirirán una infección de HPV durante su vida (2,3,26). El riesgo acumulado de adquirir una infección cervical por HPV en mujeres con una sola pareja sexual es del 46%, 3 años después del primer encuentro sexual (12). El riesgo de una infección por HPV oncogénico en una mujer sexualmente activa, es más alto ya desde la primera relación sexual y continúa a través de toda la vida (16,43,45). A pesar de que la mayoría de las infecciones se eliminan, ello es menos probable cuando las mujeres son mayores (8).

El mecanismo de eliminación natural de las infecciones determina que aproximadamente 90% de las contaminaciones retrocedan sin secuelas (34). El 10% restante persistirá, ahora sí manifestándose como lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL, por su sigla en inglés, utilizada universalmente). Un 70% de los L-SIL puede también retroceder espontáneamente, pero el otro 30%, casi siempre debido a virus oncogénicos (de alto riesgo), progresará a una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL). Pese a ello, 3 de cada 10 H-SIL pueden aún retroceder. Las 7 restantes progresarán al cáncer cervical. Esto avala la frase frecuentemente repetida: “el cáncer cervical es una consecuencia infrecuente de una infección muy frecuente.” La persistencia de una lesión por HPV oncogénico es, precisamente, el principal factor en el desarrollo del cáncer.

Los HPV humanos se agrupan en especies, que se reconocen por números. Cada especie está conformada por varios genotipos. La mayoría de los genotipos de alto riesgo se encuentran en la especie 9, siendo el principal el HPV-16. En la especie 7 se encuentra el genotipo HPV-18, el segundo en importancia en la mayor parte de las poblaciones del mundo.

El HPV-16 es el causante de algo más del 50% de los cánceres cervicales en todo el mundo (11), y también en Uruguay (39). El HPV-18 determina alrededor de otro 17%, con variaciones regionales, entre un 8,5% en Uruguay (1) y 25% en Asia Meridional. Pese a las variaciones, entre ambos causan más del 70% de los cánceres. Los siguientes en frecuencia están bastante por debajo de esos porcentajes: HPV-45: 6,7%, HPV-31: 2,9%, HPV-33: 2,6%, HPV-52: 2,3%, HPV-58: 2,2% y HPV-35: 1,4%. Razones que veremos más adelante hacen importante sumar todos esos porcentajes, ya que totalizan casi el 90% de los cánceres de cuello, en todo el mundo y Uruguay no es excepción (1).

Pese a lo arriba señalado respecto a la eliminación de infecciones por HPV, la protección natural contra ellas es pobre. Una protección duradera requiere inmunidad mediada

tanto por anticuerpos como por células, pero los HPV oncogénicos estimulan células epiteliales que inhiben la reacción inmunológica local. Además, la infección por HPV no produce viremia. Tampoco la infección previa con un HPV oncogénico induce inmunidad contra infecciones subsiguientes, por lo cual aún en caso de haberse curado la infección, ya sea espontánea o terapéuticamente, puede reaparecer. El nivel de protección ofrecido por la exposición natural es variable, pero siempre muy bajo (19).

Racional de las vacunas

El conocimiento de la estructura de los HPV fue fundamental para el desarrollo de vacunas. En forma muy resumida, todos los HPV contienen un genoma que se divide en tres regiones mayores: temprana (E, por su denominación en inglés: “early”), tardía (L: “late”) y una larga región central de control. Las tres regiones están separadas por dos sitios de poliadenilación, asimismo temprana y tardía. La región temprana codifica seis marcos abiertos de lectura (E1, E2, E3, E5, E6 y E7) que traducen proteínas individuales. La región tardía codifica los marcos abiertos de lectura L1 y L2 que traducen dos proteínas de la cápside, una mayor (L1) y otra menor (L2) (56).

Las proteínas E6 y E7 son oncogénicas. Las L1 y L2, por su lado, son inmunogénicas. Los epitopos neutralizantes inmunodominantes se encuentran en la proteína L1. Un procedimiento por el cual se expresa la proteína L1 por vía recombinante con el genoma de una levadura, logra que se auto-ensamble en forma de cápsides vacías, llamadas “partículas similares a virus” (VLP, por su sigla en inglés), que son morfológica y antigénicamente casi idénticas a los viriones nativos. Esta es la tecnología que ha sido utilizada para producir vacunas de subunidades VLP de HPV L1 (49). Cuando las VLP son inyectadas en el individuo vacunado inducen respuesta inmune, originando anticuerpos neutralizantes (21,37,47).

Vacunas comercializadas

La investigación y ensayos clínicos de varias vacunas dirigidas a los tipos más comunes de HPV, ha conducido hasta el presente a la introducción comercial de dos vacunas. Ambas se componen de VLP de L1 de los dos tipos oncogénicos más frecuentes de HPV: 16 y 18. Una de ellas, desarrollada por GlaxoSmithKline (GSK, Brentford, Middlesex, United Kingdom) sólo contiene esas VLP. La otra, desarrollada por Merck and Co. Inc. (Whitehouse Station, NJ, USA) incorpora además VLP para los dos tipos más comunes de HPV no oncogénicos, causantes de verrugas genitales: 6 y 11. Es usual referirse a la primera como “bivalente” y a la segunda como “cuativalente”. En adelante adoptaré estas denominaciones para mayor simplicidad de exposición.

La composición de VLP de HPVs no es la única diferencia entre ambas vacunas. Recurren a adyuvantes distintos. Los adyuvantes (potenciadores inmunes o inmunomoduladores) son componentes que potencian la respuesta a antígenos y/o la modulan hacia las respuestas inmunes buscadas. Se los utiliza desde hace décadas en vacunas, con el propósito de mejorar la inmunogenicidad de los antígenos, modificar la naturaleza de la respuesta inmune, reducir la cantidad de antígeno necesaria para la inmunización exitosa, reducir la frecuencia de administraciones de refuerzo, y lograr respuestas inmunes mejores en personas mayores o inmunocomprometidas. Algunos de los adyuvantes más

utilizados son sales minerales, entre ellas el hidróxido de aluminio. La vacuna cuativalente recurre a este último en forma de sulfato de hidroxifosfato de aluminio amorfo (33).

La vacuna bivalente recurre a AS04, una combinación de hidróxido de aluminio con un derivado lipopolisacárido inmunoestimulante de lípido A monofosforilado (MPL) (20,32).

Hasta el presente, ambas vacunas se administran en tres dosis. Recientes evaluaciones hacen pensar que se pueden lograr los mismos niveles de inmunidad con menor cantidad de dosis, pero no se lo recomienda todavía, hasta no tener evidencia más sólida. Tomando como mes “0” la primera dosis administrada, el esquema para la vacuna cuativalente es 0, 2, 6, y para la bivalente 0, 1, 6.

El objetivo final de la vacunación, con ambas presentaciones, es prevenir el cáncer cervical invasor. Sin embargo, razones metodológicas y éticas que se analizarán más adelante, hacen inaceptables las evaluaciones que tengan ese objetivo como diana. En razón de ello, se acepta un objetivo a mediano plazo: prevención de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino, en especial la neoplasia intraepitelial cervical (CIN) 3.

Eficacia

Ambas vacunas comercializadas hasta el presente son altamente inmunogénicas, con 100% de eficacia contra CIN de alto grado, relacionado con HPV 16 y 18 (20,29,30,31,48), lo cual implica que serán efectivas en la prevención del cáncer cervical relacionado con esos tipos virales (48). La inmunogenicidad es frecuentemente utilizada como variable subrogada de eficacia (14), lo cual es necesario dada la imposibilidad ética de utilizar el cáncer como variable dependiente. Se sabe que las infecciones persistentes por HPV de alto riesgo representan un riesgo significativamente aumentado de desarrollar CIN 3 o cáncer invasor, por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) acepta la utilización de la persistencia de ese tipo de infección y el CIN 2/3 histológicamente documentado, como variables subrogadas de enfermedad persistente (38), pero siempre que la población de control sea de mujeres HPV negativas (51).

Ambas vacunas demuestran mayor efectividad cuando son administradas antes de que exista exposición a HPV. De ahí que se recomiende vacunar en la primera adolescencia, antes de que se inicien las relaciones sexuales. Inicialmente se propuso 11-12 años de edad, pero en el presente se ha adelantado el límite inicial a 9 años (24).

Pese a lo anterior, el hecho de haber iniciado actividad sexual o el haber tenido una infección por HPV no son contraindicaciones para la vacunación. Dado que muchas infecciones retroceden espontáneamente, y que el haber tenido – o tener – una infección por un tipo de HPV no determina inmunidad contra nuevas infecciones, ya sea por el mismo o por otro tipo viral, es recomendable la vacunación, aún en esos casos, a fin de lograr inmunidad persistente. También inicialmente se recomendó la vacunación de “catch-up” en mujeres de 13 a 26 años, pero en el presente se ha extendido el límite superior (36,44).

Las vacunas no son efectivas contra infecciones activas por HPV de tipo vacunales (16 y 18). Es decir, no son vacunas terapéuticas. Sin embargo, se obtiene protección contra la reinfección por esos HPV, después de la curación. También se obtiene protección contra las infecciones por otros tipos vacunales, no causantes de la infección actual. Asimismo, proveen protección cruzada contra otros virus genéticamente relacionados con los 16 y 18 (genotipos miembros de la misma especie). La especie 9, además del HPV-16

incluye los tipos oncogénicos 31, 33, 35, 52 y 58. La especie 7, a la cual corresponde el HPV 18, incluye también al 45, junto a otros de menor importancia, pese a ser asimismo oncogénicos.

Lo anterior da cuenta de que la protección contra los tipos vacunales alcanza aproximadamente al 70% de los casos, ya que con variaciones regionales el HPV 16 es responsable de algo más de la mitad de los casos y el 18 de poco menos del 20%. Les siguen en frecuencia el 45 (6-7%) y el 31 (3%). Precisamente, muy poco después de la introducción de las vacunas se pudo demostrar que la protección cruzada alcanzaba a los tipos 45 y 31, elevando a 80% la protección. En años subsiguientes lo mismo fue demostrado para los HPV 33, 52, 58 y 35, lo cual significa alcanzar casi 90% de protección.

Un estudio reciente demostró que las adolescentes no inmunizadas también presentan menor tasa de infección por HPV. Este hecho está en consonancia con el llamado “efecto manada” (inmunidad de grupo o inmunidad colectiva) que ocurre cuando una masa crítica de personas está inmunizada contra una enfermedad infecciosa. De todos modos, la disminución de infecciones en la población vacunada es mayor que en la no vacunada (58% vs. 49% de disminución, respectivamente) (25).

De particular importancia resulta tener presente que los cánceres de cuello uterino son de dos grandes variedades histológicas: el escamoso, originado en el epitelio estratificado exocervical, y el adenocarcinoma, originado en el epitelio glandular endocervical, con una variedad mixta, mucho menos frecuente, el adenoescamoso. Tradicionalmente, el escamoso era el más ampliamente observado, superando el 90-95% del total. Sin embargo, en las últimas décadas, los programas de prevención secundaria han determinado una reducción sensible de la frecuencia de éste tipo, mientras que paralelamente se observa un aumento de adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos, que en algunos países llega al 20% del total (53).

El adenocarcinoma es de más difícil y más tardío diagnóstico, de más rápida evolución, y de mayor mortalidad que el escamoso. Es además diferente en lo que respecta a los tipos virales causales. Aunque el HPV 16 sigue dando cuenta de la mitad de los casos, el 18 aumenta a más de 30% (7,11) y el 45 al 12% (6,7,10), lo cual significa que la protección contra los dos tipos vacunales, y contra el tercero en frecuencia, llega a 90% (a ello debe agregarse el papel – aunque menor – de la protección cruzada contra otros tipos no vacunales).

Seguridad

Ambas vacunas han demostrado buen nivel de seguridad. Sin embargo, este aspecto ha generado dudas y controversias, por lo cual es importante analizarlo en forma más detenida.

Es un hecho innegable que todos los recursos médicos, desde los más sencillos a los más complejos, pueden determinar efectos adversos, que alcanzan desde reacciones menores, pasajeras y tolerables, hasta severas consecuencias para la salud llegando incluso amenazar la vida. En esta época, ningún recurso se incorpora a la práctica sin haber pasado antes por severos controles en todas las etapas de desarrollo, desde la investigación básica, hasta la comercialización o distribución para uso clínico. Esto no evita totalmente los riesgos potenciales de reacciones idiosincráticas o colaterales imprevisibles. De ahí que aún después de la liberación para el uso se sigan monitoreando las reacciones adversas.

La atribución de causalidad ante la eventualidad de un incidente sólo se establece después de verificar rigurosamente que existe una relación causa-efecto indudable o altamente probable, y por ende, también después de descartar la coincidencia debida al azar.

Las dos vacunas comercializadas han sido aprobadas en Uruguay – al igual que ha sucedido en la mayor parte de los países del mundo – por los respectivos ministerios de salud o entes nacionales idóneos y legítimos. Esa aprobación significa que los ministerios han evaluado eficacia y seguridad y las han encontrado razonablemente aceptables. De todos modos la vigilancia se sigue realizando. Eso es lo que ha permitido determinar, después de usos masivos, cuándo existen efectos adversos que hacen recomendable suspender el uso, o advertir que es necesario extremar las medidas de valoración de esos riesgos frente a beneficios para los cuales no existen otros recursos, o los mismos, aun existiendo, resultan de mayor riesgo.

La vigilancia en el caso de vacunas – y las de HPV no son excepción – la realizan varios organismos que publican con gran frecuencia sus conclusiones, después de analizar todos los informes de efectos aparecidos después de la administración de vacunas. Los más respetados son el Sistema de Informe de Efectos Adversos de Vacunas (VAERS, por su sigla en inglés), norteamericano; la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Vigilancia de Efectos Adversos Después de Vacunación en la Comunidad (SAEFVIC) de Australia.

Hacia julio de 2013 se habían administrado más de 175 millones de dosis de vacunas HPV. Todos los estudios clínicos al azar realizados hasta entonces, a los cuales se han agregado algunos más en la segunda mitad de ese año, han mostrado que las dos vacunas tienen un “excelente perfil de seguridad” (18). El efecto adverso más común es dolor en el sitio de inyección, y fiebre, que se resuelve espontáneamente en un lapso breve (46). Los efectos secundarios serios ocurren en menos del 0.1% de pacientes con ambas vacunas (14). Algunas patologías específicas han merecido particular atención, ya que se las ha vinculado a la vacunación, las más importantes son síncope (que se observa en frecuencia similar a cualquier otra vacunación, y es leve y transitorio), anafilaxis (posible, pero no mayor a lo observado con otras vacunas), síndrome de Guillain-Barre (no hay evidencia de tasas significativamente mayores que las esperables en la población de adolescentes y mujeres jóvenes), tromboembolismo venoso (raramente informado y en todos los casos sin relación temporal estable con la vacunación, y observada en personas con otros factores de riesgo), síndrome de dolor regional complejo (los escasos casos informados se resolvieron en lapsos breves sin recurrencia o consecuencias). Ninguna de las escasas muertes informadas ha sido relacionada con la vacuna (18).

En función de todo ello, el Comité Asesor Global sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS) de la OMS, en su última revisión (13 de junio de 2013), concluyó que ambas vacunas comercialmente disponibles son seguras (54).

Diferencias de las vacunas comerciales

Las dos vacunas disponibles hasta el momento presentan diferencias. En primer lugar debe señalarse que la cuativalente incorpora VLP para dos tipos virales no oncogénicos, el 6 y el 11, que son los más frecuentes responsables de la aparición de verrugas genitales. La bivalente no incluye VLP para tipos no oncogénicos. Esto establece diferencias en las opciones de indicación, que deben ser consideradas en vinculación a los riesgos que se

pretende disminuir. La decisión, por tanto, dependerá de razones epidemiológicas (poblacionales) o clínicas (personales), que tanto las autoridades sanitarias como los médicos suelen tener en cuenta.

La segunda diferencia corresponde a la inmunogenicidad de ambas vacunas. En este sentido, dado que ambas incorporan VLP para los tipos 16 y 18, debe considerarse cada uno. Un estudio realizado por la Dra. Diane Harper, quien participó en la investigación que permitió desarrollar las dos vacunas, demostró para ambas 100% de seroconversión para HPV 16 con seropositividad mayor a 98% a los 5,5 años de la vacunación. Los títulos de anticuerpos neutralizantes son asimismo más altos que los de la infección natural a los 5.5 años. En cambio para HPV 18, aunque la seroconversión alcanza el 100% en ambas, sólo la bivalente mantiene 98% de seropositividad a los 5,5 años, con títulos de anticuerpos neutralizantes más altos que los de la infección natural. Para la cuatrivalente la seropositividad cae después de 2 años y los títulos de anticuerpos neutralizantes son similares a los de la infección natural a los 3 años (23).

El mismo estudio demostró 100% de protección contra CIN 2/3 causada por HPV 16 o 18 en población naïve. Para HPV 45, el tercero en frecuencia, la vacuna bivalente demostró 88% de protección en población naïve durante un mínimo de 6,4 años (plazo hasta el cual se extendía la experiencia en ese momento), mientras que la cuatrivalente no protege contra HPV 45 (23).

Un estudio posterior, comparando las respuestas de anticuerpos neutralizantes en HPV 16 y 18 de ambas vacunas, demostró mayor tasa de seroconversión para ambos tipos en el caso de la vacuna bivalente, para todos los grupos etarios (17).

Estas diferencias parecen adquirir mayor importancia en la posible prevención del adenocarcinoma, para el cual la representación etiológica del HPV 45 es porcentualmente más elevada que en el carcinoma escamoso. La explicación para la diferencia parece estar vinculada al adyuvante utilizado en cada vacuna. Se ha logrado demostrar que la acción adyuvante del AS04 es estrictamente dependiente del hecho de que el mismo y los antígenos HPV sean inyectados simultáneamente en el mismo sitio intramuscular. AS04 induce en ese caso actividad NF-kappaB local y producción de citoquinas. Esto conduce a un aumento transitorio del número de células dendríticas cargadas de antígenos, así como de monocitos en el drenaje ganglionar linfático del sitio de inyección, con subsiguiente aumento de la activación de células T antígeno-específicas. Estas respuestas vacunales apoyan la idea de que la adición de MPL a las sales de aluminio produce una respuesta local de citoquinas que conduce a activación óptima de células presentadoras de antígenos (APC) (15,20).

Resultados hasta el presente

La eficacia de ambas vacunas ha sido establecida, según se señaló más arriba. Obviamente, la imposibilidad ética y metodológica de utilizar el cáncer cervical como variable, unido al hecho de la relativamente reciente introducción de las vacunas en la práctica clínica y el período relativamente largo de desarrollo del cáncer cervical, hacen que se requieran todavía años de seguimiento para poder afirmar que se está previniendo el cáncer. Sin embargo ya existen indicadores importantes. Uno de los más auspiciosos fue publicado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos) en 2013. En ese país la tendencia de infección por HPV se

redujo en más de 50% desde el trienio 2003-2006 al 2007-2010 para el grupo etario 14-19 (grupo blanco de la vacunación a partir de su incorporación), pese a haberse mantenido prácticamente estable o aumentado en los otros grupos. Esto fue así pese a que sólo 32% de las jóvenes de 13-17 años completó la cobertura de 3 dosis (28).

Proyecciones futuras

La información más reciente ofrece varios datos auspiciosos, que sin embargo deben ser tomados con prevención, hasta tanto no estén publicados los resultados definitivos. De todos modos, es importante conocerlos puesto que señalan que se está en buen camino hacia el control realmente efectivo del cáncer de cuello uterino. Esto requerirá no solamente de vacunas, sino de esfuerzos redoblados para inculcar actitudes positivas hacia la prevención secundaria (test de Papanicolaou o sus sucedáneos más modernos), puesto que seguirán existiendo casos no evitables mediante vacunación. También deberá intensificarse la educación en responsabilidad sexual, para evitar transmitir o contraer una ITS que es la desencadenante del camino que conduce al cáncer.

Se debe insistir en la incorporación activa de los varones en las medidas de cuidado y prevención, lo cual pasa por inculcar la ya señalada mayor responsabilidad. Esto no ha sido auspicioso hasta el presente, con excepción de algunas sociedades con larga tradición de educación en responsabilidad y respeto de género. Pero para la mayor parte de los países, la información acerca de actitudes y conductas de adolescentes varones sobre infección por HPV y las consecuencias para las mujeres es poca, y lo que se conoce resulta descorazonador. Esto no es exclusivo de la patología que nos ocupa, sino de todo el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Un pequeño estudio piloto solo logró reclutar varones estudiantes o empleados. Los que estaban en educación exclusiva respondieron que compartían la responsabilidad en asuntos sexuales y reproductivos con sus parejas, pero solo en relación estable. Dada la frecuencia de encuentros sexuales ocasionales, esto es sinónimo de irresponsabilidad en gran número de relaciones (4).

Se ha observado que dos dosis de la vacuna son igualmente efectivas que las tres preconizadas hasta ahora, durante un plazo de 4 años (esto no significa un límite, sino solamente que al presente ese es el tiempo de observación, el cual eventualmente será mayor a medida que se prolongue la vigilancia). Esta información surge de un ensayo clínico desarrollado en Costa Rica (27,41). Otros estudios han mostrado iguales resultados (40). El Comité de Inmunización, del Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec (Canadá) ha indicado que “en las jóvenes de 9-13 años, los niveles de anticuerpos observados un mes después de haber recibido ya sea 2 dosis o 3 dosis, son comparables” (13). Esta observación está siendo evaluada a largo plazo y aunque ya no recomiendan una dosis de refuerzo al año siguiente de haber recibido dos dosis, se insiste en la precaución de observar meticulosamente los informes de seguimiento. Suiza ya ha implementado programas de dos dosis (50).

El estudio en Costa Rica parecería indicar que una sola dosis podría tener igual eficacia (41). Sin embargo los autores establecen varias precauciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar los resultados. No es posible aún establecer que una sola dosis determine eficacia a largo plazo. Tanto para una como para dos dosis, se requieren nuevos estudios para conocer la evolución a largo plazo. Igualmente, los resultados de este estudio son válidos para la población estudiada, pero podrían no ser extrapolables a

otras, en especial las de zonas de malnutrición, enfermedades endémicas o infectadas por HIV, condiciones que pueden tener impacto sobre el sistema inmune.

Se ensayan también vacunas “de segunda generación”, buscando proteger contra más virus que los dos tipos oncogénicos “vacunales” de las vacunas comercializadas hasta ahora (42). Una vacuna reformulada, basada en la tecnología ya probada, está ahora en ensayos clínicos. Otra estrategia consiste en apuntar a epitopos altamente conservados de la proteína menor L2 de la cápside de HPV. Las vacunas dirigidas contra L2 inducen anticuerpos neutralizantes amplios, capaces de bloquear la infección por un espectro amplio de tipos de HPV. También se ensayan al presente varias vacunas así desarrolladas (52).

Finalmente, se están explorando vacunas terapéuticas, recurriendo a las oncoproteínas E6/E7 (5). En particular moléculas quimerizadas de proteínas de choque térmico (HSP – “heat-shock proteines”) de micobacterias y oncoproteína E7 de HPV 16, probadas ya en estudios preclínicos, parecen abrir perspectivas promisorias (9). Sin embargo, la mayoría de los ensayos clínicos de vacunas terapéuticas han sido de escasa eficacia, postulándose que pueda obedecer a que se seleccionan pacientes en etapas muy avanzadas de la enfermedad, que tienden a presentar funciones inmunitarias deprimidas (14). Nuevas investigaciones, en las que se recurre a otras tecnologías y ensayos clínicos en etapas más precoces de la enfermedad, abren esperanzas.

Conclusiones

En pocas décadas se ha avanzado enormemente en el conocimiento y en la prevención del cáncer de cuello uterino. A partir del descubrimiento del papel etiológico casi exclusivo del HPV, se logró identificar a ese tipo de cáncer como la consecuencia de una infección de transmisión sexual. Con ello se consolidó la noción de la importancia del cuidado responsable en la actividad sexual y la necesidad de insistir en los programas de prevención secundaria, mediante el test de Papanicolaou – de largo tiempo conocido como la mejor medida de prevención secundaria – o sus sucedáneos. A ello se sumó una nueva estrategia, la prevención primaria a través de vacunas para el HPV, completándose un trípode de prevención, que es la mejor aproximación hasta el presente para lograr reducir la tragedia de la enfermedad y sus consecuencias: mutilaciones y muertes. Nuevos caminos, actualmente en estudio o en desarrollo, abren mayor optimismo en lograr derrotar definitivamente al cáncer cervical uterino.

Bibliografía

1. Berois N, De Cremoux P, Mazal D, Sica A, Cedeira M, Caserta B, Barrios E, Osinaga E, Sastre-Garau X. Prevalence and distribution of high-risk human papillomavirus genotypes in invasive carcinoma of the uterine cervix in Uruguay. *Int J Gynecol Cancer* 2013;23:527-32.
2. Bosch FX, de Sanjose S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer—burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2003;3–13.
3. Brown DR, Shew ML, Qadadri B, Neptune N, Vargas M, Tu W, Juliar BE, Breen TE, Fortenberry JD. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. *J Infect Dis* 2005;191:182-192.

4. Brown S. Young men, sexual health and responsibility for contraception: a qualitative pilot study. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2012;38:44-47.
5. Bubeník J. Therapeutic vaccines against HPV16-associated tumors. *Minireview. Neoplasma*, 2002;49:285-289.
6. Bulk S, Berkhof J, Bulkman NW, Zielinski GD, Rozendaal L, van Kemenade FJ, Snijders PJ, Meijer CJ. Preferential risk of HPV16 for squamous cell carcinoma and HPV18 for adenocarcinoma of the cervix compared to women with normal cytology in The Netherlands. *Br J Cancer* 2006;94:171-175.
7. Castellsagué X, Díaz M, de Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, Peeling RW, Ashley R, Smith JS, Snijders PJ, Meijer CJ, Bosch FX, International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. *J Natl Cancer Inst* 2006;98:303-315.
8. Castle PE, Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, Rodriguez AC, Bratti MC, Sherman ME, Wacholder S, Tarone R, Burk RD. A prospective study of age trends in cervical human papillomavirus acquisition and persistence in Guanacaste, Costa Rica. *J Infect Dis* 2005;191:1808-1816.
9. Chu NR. Therapeutic vaccination for the treatment of mucosotropic human papillomavirus-associated disease. *Expert Opin. Biol. Ther.*, 2003;3:477-486.
10. Clifford G, Franceschi S. Members of the human papillomavirus type 18 family (alpha-7 species) share a common association with adenocarcinoma of the cervix. *Int J Cancer* 2008;122:1684-1685.
11. Clifford G, Franceschi S, Díaz M, Muñoz N, Villa LL. HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine* 2006;24 Suppl 3: 26-34.
12. Collins S, Mazloomzadeh S, Winter H, Blomfield P, Bailey A, Young LS, Woodman CBJ. High incidence of cervical human papillomavirus infection in women during the first sexual relationship. *Br J Obstet Gynaecol.* 2002;109:96-98.
13. Comité sur l'Immunisation du Québec. La vaccination des pré-adolescents contre les virus du papillome humain (VPH) au Québec: deux ou trois doses? Québec. Institut National de Santé Publique. 2013.
14. Comparetto C, Borruto F. Human Papillomavirus Infection: Overview. In: HB Smith (Editor). *Handbook on Human Papillomavirus*. Hauppauge (NY). Nova Science Publishers 2013;1-137.
15. Didierlaurent AM, Morel S, Lockman L, Giannini SL, Bisteau M, Carlsen H, Kiehlend A, Vosters O, Vanderheyde N, Schiavetti F, Larocque D, Van Mechelen M, Garçon N. AS04 , an aluminium salt- and TLR4 agonist-based adjuvant system, induces a transient localized innate immune response leading to enhanced adaptive immunity. *J Immunol* 2009;183:6186-97.
16. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, Maquillan G, Swan DC, Patel SS, Markowitz LE: Prevalence of HPV infection among females in the United States. *JAMA* 2007;297:813-819.
17. Einstein MH, on behalf of the VPH-010 study group, 25th International Papillomavirus Conference (Abstract O-01,02), 2009.
18. FIGO. Statement on HPV Vaccination Safety. August 2nd, 2013.

19. Frazer I. Correlating immunity with protection for HPV infection. *Int J Infect Dis* 2007;11(Supplement 2): S10-S16.
20. Garçon N, Morel S, Didierlaurent A, Descamps D, Wettendorff M, Van Mechelen M. Development of an AS04-adjuvanted HPV vaccine with the adjuvant system approach. *BioDrugs* 2011;25:217-226.
21. Giannini SI, Hanon E, Moris P, Van Mechelen M, Morel S, Dessy F, Fourneau MA, Colau B, Suzich J, Losonksy G, Martin MT, Dubin G, Wettendorff MA. Enhanced humoral and memory B cellular immunity using HPV16/18 L1 VLP vaccine formulated with the MPL/aluminium salt combination (AS04) compared to aluminium salt only. *Vaccine* 2006;24:5937-5949.
22. Handisurya A, Schellenbacher C, Kirnbauer R. Erkrankungen durch humane Papillomviren (HPV). *J Dtsch Dermatol Ges* 2009;7:453-466.
23. Harper D. Prophylactic human papillomavirus vaccines to prevent cervical cancer: review of the Phase II and III trials. *Therapy* 2008;5:313-324.
24. Heard I, Floret D. Vaccins contre les papillomavirus humains (HPV) – Dernières recommandations du Haut conseil de la santé publique, et premiers résultats cliniques et virologiques. *Med Sci (Paris)* 2013;29:1161-1166.
25. Kahn JA, Brown DR, Ding L, Widdice LE, Shew ML, Glynn S, Bernstein DI. Vaccine-type human papillomavirus and evidence of herd protection after vaccine introduction. *Pediatrics* 2012; 130: 249-256.
26. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997;102:3-8.
27. Kuehn BM. Two doses of HPV Vaccine May be Sufficient. *JAMA* 2011;306:1643.
28. Markowitz LE, Hariri S, Lin C, Dunne EF, Steinau M, McQuillan G, Unger ER. Reduction in Human Papillomavirus (HPV) Prevalence Among Young Women Following HPV Vaccine Introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003-2010. *J Infect Dis* 2013;208: 85-393.
29. McCormack PL, Joura EA. Quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine (Gardasil®): a review of its use in the prevention of premalignant genital lesions, genital cancer and genital warts in women. *Drugs* 2010; 70: 2449-2474.
30. McCormack PL, Joura EA. Spotlight on quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine(Gardasil®) in the prevention of premalignant genital lesions, genital cancer, and genital warts in women. *BioDrugs* 2011;25:339-343.
31. McKeage K, Romanowski B. AS04-adjuvanted human papillomavirus (HPV) types 16 and 18 vaccine (Cervarix®): a review of its use in the prevention of premalignant cervical lesions and cervical cancer causally related to certain oncogenic HPV types. *Drugs* 2011;71:465-488.
32. McKee AS, Munks MW, Marrack P. How do adjuvants work? Important considerations for new generation adjuvants. *Immunity* 2007;27:687-690.
33. Merck & Co. Inc. Whitehouse Station, NJ 08889, USA. Gardasil® [Human Papillomavirus Quadrivalent (Types 6, 11, 16, and 18) Vaccine, Recombinant]. Highlights of Prescribing Information.
http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/g/gardasil/gardasil_pi.pdf

34. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine* 2006; 24: S42-51.
35. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, Snijders PJ, Meijer CJ, International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group: Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003;348:518-527.
36. Muñoz N, Manalastas R Jr., Pitisuttithum P, Tresukosol d, Monsonego J, Ault K, Clavel C, Luna J, Myers E, Hood S, Bautista O, Bryan J, Taddeo FJ, Esser MT, Vuocolo S, Haupt RM, Barr E, Saah A. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in women aged 24–45 years: a randomised, double-blind trial. *Lancet* 2009;373:1949-1957.
37. Nardelli-Haeffiger D, Wirthner D, Schiller JT, Lowy DR, Hildesheim A, Ponci F, De Grandi P. Specific Antibody Levels at the Cervix During the Menstrual Cycle of Women Vaccinated With Human Papillomavirus 16 Virus-Like Particles. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:1128-1137.
38. Pagliusi SR, Aguado MT. Report. Efficacy and other milestones for human papillomavirus vaccine introduction. *Vaccine*. 2004;16:569-78
39. Ramas V, Mirazo S, Bonilla S, Mendoza L, Lago O, Basiletti J, González J, Picconi MA, Arbiza J. Human papillomavirus genotypes distribution in cervical samples from Uruguayan women. *J Med Virol* 2013;85:845-851.
40. Romanowski B et al. HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine administered as a 2-dose schedule compared with the standard 3-dose schedule. Abstract presented at European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia 2010 (EU-ROGIN). Monte Carlo, Monaco, 17-20 February 2010.
41. Safaeian M, Porras C, Pan Y, Kreimer A, Schiller JT, González P, Lowy DR, Wacholder S, Schiffman M, Rodríguez AC, Herrero R, Kemp T, Shelton G, Quint W, van Door LJ, Hildesheim A, Pinto LA, CVT Group. Durable antibody responses following one dose of the bivalent human papillomavirus L1 virus-like particle vaccine in the Costa Rica Vaccine Trial. *Cancer Prev Res* 2013;6:1242-50.
42. Schellenbacher C, Kwak K, Fink D, Shafti-Keramat S, Huber B, Jindra C, Faust H, Dillner J, Roden RB, Kimbauer R. J Efficacy of RG1-VLP Vaccination against Infections with Genital and Cutaneous Human Papillomaviruses. *Invest Dermatol* 2013 May 10.
43. Schiffman M, Kjaer SK. Natural History of Anogenital Human Papillomavirus Infection and Neoplasia. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31:14–19.
44. Schwarz TF, Spaczynski M, Schneider A, Wysocki J, Galaj A, Perona P, Poncelet S, Zahaf T, Hardt K, Descamps D, Dubin G, HPV Group for Adult Women. Immunogenicity and tolerability of an HPV-16/18 AS04-adjuvanted prophylactic cervical cancer vaccine in women aged 15-55 years. *Vaccine* 2009;27:581-587.
45. Sellors JW, Karwalajtys TL, Kaczorowski J, Mahony JB, Lytwyn A, Chong S, Sparrow J, Lorincz A, Survey of HPV in Ontario Women Group. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ* 2003;168:421-425.

46. Siddiqui MA, Perry CM. Human papillomavirus quadrivalent (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine (Gardasil). *Drugs*, 2006;66:1263-1271.
47. Stanley M. Immune responses to human papillomavirus. *Vaccine* 2006; 24 (Suppl 1).
48. Stanley M. Prophylactic HPV vaccines: prospects for eliminating ano-genital cancer. *Br. J. Cancer*, 2007 May 7;96:1320-3.
49. Stanley M, Lowy DR, Frazer I. Prophylactic HPV vaccines: Underlying mechanisms. *Vaccine* 2006;24: S3/106-113.
50. Suisse. Commission fédérale pour les vaccinations (CFV), Office fédéral de la santé publique (OFSP). Vaccination contre les VPH : passage du schéma à trois doses au schéma à deux doses chez les adolescentes âgées de moins de 15 ans. *Maladies transmissibles*. 2012;Bulletin 6:106-110.
51. Syrjänen K. Persistent high-risk human papillomavirus (HPV) infections as surrogate endpoints of progressive cervical disease. Potential new endpoint for efficacy studies with new-generation (non-HPV 16/18) prophylactic HPV vaccines. *Eur J Gynaecol Oncol* 2011;32:17-33.
52. Tyler M, Tumban E, Chackerian B. Second-generation prophylactic vaccines: successes and challenges. *Expert Rev Vaccines* 2013 Dec 18
53. Vinh-Hung V, Bourgain C, Vlastos G, Cserni G, De Ridder M, Storme G, Vlastos A-T. Prognostic value of histopathology and trends in cervical cancer: a SEER population study. *BMC Cancer* 2007;7:164-176.
54. WHO. GACVS Safety update on HPV Vaccines. Geneva, 17 December, 2013. In: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/GACVS_Dec_2013_HPV_France_Dec20_Final.pdf.
55. Zazove P, Caruthers BS, Reed BD. Genital human papillomavirus infection. *Am Fam Physician* 1991;43:1279-1290.
56. Zheng Z-M, Baker CC: Papillomavirus genome structure, expresión, and post-transcriptional regulation. *Front Biosci* 2006;11:2286-2302.
57. Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nature Reviews Cancer* 2002;2:342-350.

11.16b.- Diagnóstico Citológico Del Cáncer Cervical por el Test de Papanicolaou. Control De Calidad. (Exposición en el plenario)

*Ac. Carmen Álvarez
14 de noviembre de 2013*

El propósito de esta exposición es resaltar los procedimientos involucrados en la elaboración del diagnóstico citológico del Test de Papanicolaou.

A partir de la publicación en 1943 de la monografía sobre “Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear” por George N. Papanicolaou y Herbert F. Traut, los ginecólogos americanos rápidamente se dieron cuenta del valor del método y el enorme beneficio potencial para sus pacientes en relación al diagnóstico del cáncer uterino. Los patólogos por el contrario, en esa época todavía, eran escépticos sobre la validez del diagnóstico citológico y no incorporan la técnica. Esta quedó en manos de ginecólogos y técnicos de laboratorio principalmente. A partir de las contribuciones de los patólogos J. Reagan en 1957

y L. Koss en 1961, éste último con la publicación del libro “Diagnostic Cytology and its Histopathologic Basis”, se consolidó el valor del diagnóstico citológico en todos sus áreas, y su aceptación por parte de los anatómo-patólogos interesados en citopatología.

La posibilidad de diagnosticar en forma temprana el cáncer de cuello uterino así como de los estados precancerosos mediante la citología cervical, llevó desde el comienzo al desarrollo del screening o tamizaje poblacional. Ya en 1949 se implementó el programa de detección en la Columbia Británica, en 1953 en Louisville, Kentucky, en Gran Bretaña, en los países nórdicos, etc. En nuestro país la técnica fue introducida en 1946 por el Profesor Juan J. Crottogini.

Las enormes ventajas y los éxitos del screening poblacional, dieron lugar a la diseminación de esta técnica que carecía de ensayos de control previos, por lo que pronto se evidenciaron sus debilidades. Esto llevó al estudio, desarrollo, e implementación de estrategias para el screening poblacional, a la definición de poblaciones de riesgo, a la introducción del concepto de cobertura y al control de calidad del diagnóstico citológico con el objetivo de evitar errores, sobretodo en la forma de falsos negativos, entre otros.

Se definieron los procedimientos de Control de Calidad, tanto Internos como Externos, enfocados para ser implementados en los Laboratorios de citología y en los Programas de Detección del Cáncer Cervical.

Control de calidad es un sistema que permite verificar y mantener un nivel deseado de un proceso o test individual. Su objetivo es detectar, controlar y prevenir la producción de errores.

Las actividades de control de calidad abarcan todo el proceso del test citológico desde el momento de la recolección de la muestra hasta que el clínico recibe el informe. Incluye todos los procesos administrativos, técnicos y de diagnóstico citológico. La seguridad del control se logra mediante el monitoreo sistemático de todos los procedimientos involucrados en las distintas etapas, evaluando parámetros así como los resultados obtenidos. La evaluación realizada permite analizar el desempeño del laboratorio en su conjunto o la de un observador individual.

Esta exposición se limitará en el control de calidad del diagnóstico citológico.

El control de calidad externo permite evaluar la competencia en el diagnóstico citológico. Puede realizarse de diferentes maneras, por ejemplo mediante lectura por peritos de láminas ya informadas, la relectura por un laboratorio de referencia, el intercambio de láminas entre laboratorios o la realización de tests de competencia. Se puede acordar también otras modalidades.

El control de calidad interno para el diagnóstico citológico involucra la supervisión de todos los extendidos anormales y dudosos por los citopatólogos y la revisión de diagnósticos negativos por cualquiera de los integrantes del equipo. La revisión de los extendidos negativos puede realizarse mediante el método de revisión rápida, que en general se aplica al 100% de los extendidos clasificados como negativos. Si se adopta el método de la revisión completa de los extendidos negativos está acordado que se debe revisar por lo menos el 10% de los diagnósticos negativos emitidos.

Es importante que los encargados del diagnóstico puedan tener acceso a la revisión de los extendidos previos del extendido anormal diagnosticado, o de los antecedentes y extendidos de las pacientes con factores de riesgo para el cáncer cervical.

Entre otros aspectos del control de calidad interno se encuentra el análisis del porcentaje de los extendidos negativos, insuficientes y anormales. Dentro de los anormales se debe estimar el porcentaje relativo de los diagnósticos de lesiones. En el caso de poder realizar la correlación de los diagnósticos citológicos con los diagnósticos histológicos se estimarán los parámetros específicos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y proporciones de falsos negativos y falsos positivos. Estos valores deben ser comparados con las tasas de referencia nacionales e internacionales. A nivel nacional siempre están a disposición los valores proporcionados por el Programa Nacional para la Detección del Cáncer Cervical de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. De esa manera se puede estimar el desempeño del laboratorio.

Es evidente, luego de lo descrito, que todo el equipo diagnóstico del laboratorio, incluyendo el sector administrativo y técnico que aquí no hemos analizado, debe participar activamente en estos procedimientos de control de calidad interno.

En los laboratorios que cuentan con una sola persona encargada del diagnóstico sólo es posible instrumentar el control de calidad externo. En cambio en aquellos laboratorios que tienen una estructura piramidal con citólogos que realizan el diagnóstico primario y que cuentan con supervisores para las otras tareas diagnósticas, es posible realizar el control de calidad interno como se ha descrito, así como el control de calidad externo.

El diagnóstico primario es realizado en nuestro medio por médicos citólogos (título que otorgaba el Ministerio de Salud Pública hasta la década de los noventa, pero que a iniciativa de la Sociedad Uruguaya de Citología fue suspendido), médicos citopatólogos quienes deben ser los directores técnicos y los responsables del laboratorio. Actualmente se designan como citotécnicos, los técnicos de anatomía patológica que integran el equipo de diagnóstico y estén acreditados para realizar dicha tarea. Este título no existe en la Escuela de Colaboradores del Médico, pero debido a la demanda de los laboratorios que integran el Programa de Control del Cáncer Cervical de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer la dirección del Programa tuvo que instrumentar y llevar a cabo un curso de capacitación en el área del diagnóstico ginecológico.

Esta exposición termina con una cita de la Profesora Ritu Nayar, editora junto a Diane Solomon de la publicación “The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology” y profesora de patología de la Universidad de Northwestern y Directora de Citopatología del Northwestern Memorial Hospital. *“El Test de Papanicolaou es un test de screening con una tasa inherente de falsos negativos. La utilización de la técnica en base líquida puede disminuir pero no eliminar los resultados falsos negativos. Un resultado negativo no descarta la presencia y/o desarrollo de la enfermedad, ya que la presencia de células anormales en el extendido depende de la localización de la lesión y de la técnica de muestreo. El screening continuo y regular es el mejor método para la prevención del cáncer. Si los hallazgos citológicos reportados no se correlacionan con los hallazgos físicos y/o históricos, se recomienda una mayor investigación, como clínicamente sea necesario”.*

11.17.- Malas prácticas de científicos y en la investigación científica. Desafíos éticos y políticas para prevenirlas y controlarlas. (Conferencia pública en el salón de actos)

*Ac. Omar França
24 de octubre de 2013*

Nota del autor: Por razones de espacio no es posible transcribir en esta Boletín, el contenido completo de la conferencia ante la Academia Nacional de Medicina, que tuvo una duración de una hora, aproximadamente. Por eso, he considerado conveniente hacer una síntesis breve que, transmitiendo lo esencial, ayude a los lectores a percibir el meollo de la exposición. Un resumen con esas características de presentación general ha sido publicado en la revista *Opción Médica* 2011;2:30-32; de ese artículo se transcribe el texto que sigue.

El fraude investigativo, es una mala conducta que preocupa cada vez más a la comunidad científica. ¿Cuántos investigadores uruguayos estaremos cometiendo fraude en nuestras investigaciones y publicaciones? ¿Ninguno? ¿Alguno? ¿Cuál será la respuesta realista?

Si nos basáramos en las estadísticas que se manejan en los Estados Unidos¹, tendríamos que hacer cálculos como estos: si en el Uruguay hubieran 2000 investigadores (de todas las universidades y centros de investigación de nuestro país) en este momento habría 40 de ellos cometiendo fraude cada año. Esa proporción se daría si se aceptara que un 2% del total de investigadores –tal como sucede en los Estados Unidos- cometen fraude en sus trabajos de investigación. Como en Uruguay no tenemos estudios al respecto sólo podemos contentarnos –por el momento- con abordar la urticante pregunta: ¿Qué estará sucediendo en nuestro país en lo que se refiere a las conductas éticas de nuestros investigadores? ¿Reflejarán fielmente la realidad que investigan o la “maquillarán” mediante algún género de fraude o plagio?

Ciertamente, el retrato fiel y objetivo de la realidad es asunto primordial en toda ética investigativa. Cuando leemos un artículo científico presumimos la validez objetiva de los datos que en él se muestran. Pero esa presuposición podría ser falsa en algunos casos debido al fraude o al plagio.

El objetivo de esta reflexión es poner sobre la mesa la pregunta sobre cuál será, de hecho, la ética investigativa que estaremos aplicando los académicos uruguayos cuando investigamos y publicamos. ¿Será que el pequeño número de investigadores –en proporción a los cientos de miles que hay en Estados Unidos²- es suficiente impedimento para evitar las inconductas éticas académicas?

¿Será que aquel viejo tópico “somos pocos y nos conocemos” es suficiente como para estar seguros que entre nosotros están inhibidas las inconductas éticas académicas en las investigaciones y publicaciones?

Recientemente el Dean de la Universidad de Harvard, Michael D. Smith, hizo una comunicación a toda la comunidad académica de aquella Universidad con respecto a uno de sus investigadores estrellas, el psicólogo Mark Hauser: “Ningún Director Académico quiere ver que uno de sus miembros es responsable de inconducta científica, puesto que tal inconducta va contra el corazón mismo de nuestros valores académicos. Es ahí que

con gran tristeza confirmo que el Profesor Marc Hauser fue encontrado como el único responsable, después de exhaustiva investigación por parte de una comisión universitaria, por ocho hechos de inconducta universitaria según los patrones de la Facultad de Arte y Ciencias”.³

Entre las definiciones de **fraude** podemos citar la de la Real Academia de la Lengua Española que lo caracteriza como “1. engaño, inexactitud consciente, abuso de confianza que prepara o produce un daño”. Por otra parte “Plagio” es “copiar en lo sustancial obras ajenas, dándolas como propias”.

El fraude en las investigaciones científicas puede tener diferentes formas o acontecer en diferentes momentos del proceso investigativo:

- 1.- un método de investigación diseñado de forma pre-juiciada
- 2.- una selección de material o de los objetos investigativos que deliberadamente se “disimula” para que no se vea el pre-juicio investigativo que se busca comprobar
- 3.- interpretación subjetiva e “interesada” de los datos que se obtienen y la generalización de esa interpretación “interesada” (es decir, al servicio de una teoría de fondo)
- 4.- las conclusiones que no se siguen de los datos objetivos expuestos o conclusiones que sólo recogen ciertos datos y soslayan otros disonantes.
- 5.- la publicación que plagia los resultados de otros autores acomodándolos a formatos diferentes.⁴

El Vicerrector Académico de Harvard al denunciar lo acontecido con Mark Hauser señala uno de los puntos calientes y sensibles al fraude investigativo en el que puede caer cualquier investigador por más “estrella” y célebre que sea. Al parecer, la inconducta fraudulenta del psicólogo Mark Hauser (dada a conocer en agosto de este año) consistió en la manipulación “subjetiva”; es decir en la posibilidad número tres de las indicadas. Y el Dean de Harvard acepta que “El informe del Comité indicó que tres publicaciones necesitaban ser corregidas o retractadas y que esto es un asunto de público conocimiento... porque los datos producidos en los experimentos publicados no soportan los datos publicados..... Mientras que se detectaron asuntos diferentes en los estudios revisados, en general, los experimentos informados fueron diseñados y conducidos, pero hubo problemas involucrando la adquisición de datos, el análisis de datos, la retención de datos y el informe de los resultados y de las metodologías de investigación”.⁵

Hace unos años atrás Jan Hendrik Schön, (2002) un físico joven, de nanoelectrónica, de los Laboratorios Bell (EE UU) publicó sus artículos de investigación en las mejores revistas del tema y fue co-autor junto con físicos eminentes. Anunció un número llamativo de descubrimientos, pero los resultados que presentaba no pudieron ser reproducidos por otros científicos y se constató que había inventado o manipulado los datos en numerosas ocasiones en el período que va de 1998 a 2001.⁶

Lo significativo del caso es que el joven físico contaba con supervisores de primer nivel científico internacional. Eso no impidió que manipulara los datos. Es decir, que aún la supervisión de docentes designados por la misma casa de estudios puede ser insuficiente como para evitar que se den esos clamorosos fraudes.

El caso del surcoreano Hwang Woo Suk (2005) y sus falsas células madre, es otro episodio célebre de fraude investigativo que llevó al “bochorno” de la revista Science que publicó sus investigaciones, y del mismo presidente de Corea que había apoyado a

Woo Suk con US\$ 40 millones de dólares y lo había considerado prácticamente como un “héroe” nacional. Hwang pidió perdón a la comunidad científica derramando lágrimas públicamente y renunció a su cátedra en la Universidad Nacional de Seúl. Para eso, cientos de investigadores habían sido afectados por los resultados planteados por el coreano.

El fraude y el plagio en el ámbito de la investigación científica es un problema que sólo se resuelve con una conciencia ética bien formada. No bastan las reglamentaciones o las leyes. El fenómeno es muy preocupante. Así opina el periodista científico Saswato R. Das: “Un amplio estudio del fraude científico en biología y salud en los EE UU ha descubierto que es mucho mayor de lo que creemos. Muchos científicos cometen algún tipo de fraude, como por ejemplo cambiar los datos de un experimento para mejorar los resultados que se desea obtener. Últimamente han salido a la luz pública muchos casos todavía más extremos en que se han inventado los datos. Es altamente probable que esto suceda en todos los campos y países. Además, la cantidad de científicos en activo que hoy existe nunca se había dado antes, y a menudo están mal pagados y bajo presiones extremas para conseguir resultados: el perfil del infractor acostumbra a ser el de alguien joven, brillante y muy productivo. Hasta ahora, los científicos decían que con la autorregulación y el tiempo los fraudes se controlaban, pero vemos que es necesaria una nueva política”.⁷

Algunos plagios resultan estruendosos como el caso sufrido por Eric Le Bourg, un gerontólogo francés que encontró en una revista científica coreana⁸, un artículo suyo íntegramente copiado, incluyendo texto y gráficos⁹, de una publicación suya anterior: “era un plagio del comienzo al fin... quedé estupefacto, era un simple ‘corte y pegue’¹⁰. Garner (de la Universidad de Texas) ha encontrado docenas de artículos clónicos en revistas científicas. En 181 de esos artículos el 15% de ellos habían copiado el 100% del contenido. En cambio, un 85% de los artículos clónicos tenían contenidos conceptuales similares.¹¹

Esta conducta que José Pedro Varela —el reformador de la educación uruguaya— llevaba a la práctica con mucha soltura en su época, copiando en su libro “La Educación Popular”, páginas enteras traducidas del original “Popular Education” del pastor metodista norteamericano Ira Mayhew ¿continuará de hecho entre nuestros académicos uruguayos?¹²

Siendo que los estudiantes universitarios que se supervisan con investigadores autorizados los ven haciendo componendas con intereses que deberían ser separados entre su fidelidad a las empresas y fidelidad a la academia, o porque los ven siendo negligentes con respecto a la adecuada supervisión de sus asistentes o “cocinando” datos, terminan encontrando esas inconsistencias entre sus formadores y, también ellos, adquieren una formación éticamente distorsionada.

Uno de los engaños más “duraderos” y famosos de la historia de la ciencia fue el Hombre de Piltdown¹³. Se trataba de un cráneo presentado en 1912 por el británico Charles Dawson como eslabón perdido entre el mono y el hombre, la combinación óptima entre cráneo perfectamente humano y mandíbula simiesca. El Hombre de Piltdown conservó su respetabilidad científica durante cuatro décadas, hasta que, en 1953, se descubrió que era el cuidadoso montaje de un cráneo humano actual y una mandíbula de orangután. El ansia de protagonismo científico puede llevar a este tipo de conductas tan contrarias a la ciencia y a la sana filosofía y ética.

Y para tomar conciencia de hasta qué punto puede llegarse con el fraude científico mencionamos las conductas de los que ahora se han dado en llamar “escritores fantasmas”¹⁴ o, más educadamente: “autores honorarios”. Se trata de artículos publicados en las revistas científicas, pero redactados y gestionados por personeros de grandes empresas

farmacéuticas. El personal especializado de las industrias del medicamento redactan los artículos, muestran los datos científicos que el laboratorio tiene interés en difundir pero pagan a un autor del staff académico de alguna universidad importante para que aparezca como si fuese una investigación hecha por un investigador “serio” sin intereses económicos. Los pagos son variables pero pueden llegar a ser muy sustanciosos.

Después de este recorrido, volvamos a la pregunta inicial: “¿qué conductas éticas estarán poniendo en práctica, de hecho, los investigadores del Uruguay?” Por el momento nos quedamos sin saberlo; pero con la duda de si lo que sucede en otros lados no se estará dando entre nosotros, de manera que no percibimos aún.

Lo sorprendente del caso es que, las encuestas hechas en los Estados Unidos muestra que, a los investigadores que ven que un colega está llevando a cabo un fraude les resulta muy difícil abordar el tema con el implicado y les cuesta mucho denunciarlo a las autoridades que tienen que tomar la decisión correctiva justa. La revista Science¹⁵, mostró que el 43% de los científicos a los que se encontró culpable de inconducta ética investigativa permanecían en sus puestos y seguían publicando un artículo por año.¹⁶

Es frecuente que los reglamentos académicos relativos a los estudiantes evalúen explícitamente que constituye una falta muy grave que los alumnos cometan fraude o plagio en sus tareas académicas. Pero... ¿qué estará pasando en los laboratorios, despachos y centros de investigación de los Académicos uruguayos? ¿No habrá llegado la hora de prestar atención, en su real magnitud, a la veracidad o al fraude en el trabajo intelectual y en la ética de investigación que se hace en Uruguay?

Bibliografía

1. S.TITUS, X.BOSH Tie Funding to research integrity. Nature 466 (2010) 436.
2. 2.300 casos de posibles malas prácticas científicas cada año se dan en los EUA sólo entre el colectivo de unos 155.000 investigadores del área salud. A.RIVERA. Científicos tramposos. Un informe de EE UU admite centenares de casos de engaño El País (Madrid) - 02/07/2008
3. <http://openparachute.wordpress.com/2010/08/21/hauser-misconduct-investigation-full-text-of-deans-statement/> Consultado el 8 diciembre 2010.
4. A tal punto esto preocupa a las revistas científicas que algunas han formado una base de datos común en el que comparten la totalidad de los manuscritos a fin de poder hacer la revisión electrónica exhaustiva de los originales, antes de autorizar su publicación. Nature 466 (2010) 159.
5. <http://openparachute.wordpress.com/2010/08/21/hauser-misconduct-investigation-full-text-of-deans-statement/>
6. E.S.REICH, Plastic Fantastic: how de biggest fraud in physics shook the scientific world. Palgrave Macmillan, 2009. Citado por M.Blume. Keeping up scientific standards. Nature 459 (2009) 645
7. The Herald Tribune, 30-06-2008
8. D. BUTLER Entire-paper plagiarism caught by software Thousands of ‘similarities’ found between papers. Nature 455 (8 October 2008) 715.
9. El artículo fue publicado por H-R KIM COR en Korean Journal of Biological Sciences 4 (2008) 231–237.

10. El artículo de E.Le Bourg había sido publicado en *Experimental Gerontology* 34 (1999) 319-336.
11. D.BUTLER, op.cit.
12. Juan Villegas S.J. y otros Inlujo de Ira Mayhew en José Pedro Varela. Montevideo: Sin editorial, 1989.
13. H.F.JUDSON. *Betrayers of the Truth. Fraud and science. Harcourt: 2004. CREATION-EVOLUTION ENCYCLOPEDIA* www.Home/Science VS Evolution / PDF /Encyclopedia / Search / Pathlights Home / Bookstore THE STORY OF PILTDOWN MAN
14. T.D.ANEKWE. Profits and plagiarism: the case of medical ghostwriting. *Bioethics* 24 (2010) 267-272. Editorial; Scandalous behaviour Austria's most serious report of scientific misconduct in recent memory must be handled properly. *Nature* 454, 917-918 (21 August 2008) doi:10.1038/454917b; Published online 20 August 2008.
15. B.K.REDMAN, J. F. *Science* 321, 775 (2008).
16. P. BALL, Crime and punishment in the lab. *Nature* 8 ag.2008, 1015

11.18.- Ética de la asistencia a los adictos y de las políticas nacionales respecto a la adicción. (Conferencia en las Jornadas Académicas acerca de la Vulnerabilidad a desarrollar Conductas Adictivas)

*Ac. Omar França
9 de octubre de 2013*

1.- Introducción general

Al intentar abordar el tema de los problemas éticos de la adicción, surgen dos perspectivas diferentes de análisis que apuntan a derechos y deberes éticos diferentes. Esas dos perspectivas deben ser analizadas por separado, pero sin dejar de lado su mutua y estrecha relación.

La **primera perspectiva** se refiere a la responsabilidad ética de los profesionales, la familia y el conjunto de la sociedad hacia la **persona individual del adicto** y sus conductas. Llamaremos a este punto de vista: **Perspectiva sanitaria o asistencial individual**.

La **segunda perspectiva** se refiere a la responsabilidad ética de la sociedad con respecto a la comercialización de drogas usadas por los adictos y –concomitantemente- al derecho de los ciudadanos a escoger su propia forma de entretenimiento o placer físico. También se refiere a las condiciones de equidad en la producción, industrialización y comercialización de drogas psicotrópicas. Identificaremos a este segundo punto de vista como la **Perspectiva-económica-jurídica**.

Si bien ambas perspectivas están estrechamente interrelacionadas, muchas veces las tensiones en las discusiones públicas surgen porque los interlocutores priorizan una de las dos perspectivas como la única decisiva para establecer políticas públicas; y buscan invalidar o descalificar la otra.

Por nuestra parte, intentaremos mostrar en esta ponencia que una actitud razonablemente responsable desde el punto de vista ético deberá contemplar ambas perspectivas de forma simultánea y armónica.

En el desarrollo que haré a continuación intentaré argumentar cómo entiendo que hay que armonizar una y otra perspectiva.

No es nuestra intención mostrar que sea posible eliminar las incertidumbres con respecto a los medios más eficaces para garantizar los derechos éticos que el Estado debe asegurar en las dos perspectivas aludidas antes, sino –apenas- mostrar que algunas incertidumbres pueden despejarse y que es posible lograr cierta claridad como para que el proceso de deliberación ética en las instituciones sociales favorezca la mínima paz y armonía entre grupos de intereses diferentes, en lo que se refiere a la droga adicción.

2.- Desarrollo

I. Perspectiva sanitaria

El problema del adicto ha sido descrito como una “patología del espíritu” y una alienación del yo, respecto a los valores éticos y espirituales Don Mario Picchi, uno de los especialistas que más experiencia tiene en toxicómanos en Italia caracteriza así al drogadicto:

“el toxicómano es una persona en crisis, en conflicto consigo mismo, con la familia, con la sociedad; emotivamente frágil, moralmente débil, busca un estado irreal de felicidad perpetua, libre de preocupación y responsabilidad, con intolerancia de tensiones y frustraciones e incapacidad cuasi total de posponer la búsqueda del placer o de esperar la satisfacción; incapacidad de instaurar con éxito las relaciones interpersonales, vive las relaciones humanas particularmente tenues y fácilmente sustituibles con una píldora o con una inyección que le llevará al agotado estado del nirvana Actúa constantemente bajo el impulso del sentimiento, de la emoción, del miedo; intenta esconder la propia volubilidad y el no respeto por sí mismo, detrás de una falsa imagen”.

Se puede decir que el toxicómano es un individuo psicológicamente inmaduro. Su modo de afrontar los problemas y las dificultades que se le presentan, es la fuga a través de la droga. Su mundo sentimental es limitado, confuso, conoce poco lo que no sea sensación de miedo, agresión, inseguridad, sentido de inferioridad, rechazo y depresión. Frente a las emociones que lo hacen sentir culpable puede reaccionar con violencia y agresividad; o, de lo contrario, con miedo y rechazo, reprimiendo cualquier sentimiento delicado.

Aun cuando a la descripción de este perfil se le puedan agregar otras notas que lo enriquezcan, es suficiente como para mostrar los 3 principales modelos de intervención del adicto, que se han ensayado en las últimas décadas del siglo XX y primeras del presente siglo para resolver los problemas sanitarios que plantea el adicto.

1.1. Modelos asistenciales para la recuperación y reinserción social del adicto.

Podemos describir tres modelos fundamentales de asistencia y rehabilitación del adicto, que pasamos a describir:

Primer Modelo: el médico-psicológico. Quizá fue el primer modelo que se dio en la historia de la asistencia a los adictos. Actualmente, muy pocos profesionales lo emplean de forma aislada o separada de otras formas de intervención.

El concepto subyacente a este modelo es que el adicto es un “sujeto enfermo” cuyo cerebro necesita determinado tipo de sustancias para sentirse bien; y por eso, se hace adicto (perspectiva **médica**). Concomitantemente, desde el punto de vista psicológico, el modelo considera que el psiquismo del adicto lo lleva a buscar evadirse de la conflictividad intra psíquica que le generan sus vínculos afectivos no resueltos; y lo hace mediante el consumo de sustancias (perspectiva **psicológica**).

Según este modelo, si el adicto es un “enfermo” hay que actuar sobre la enfermedad, con métodos terapéuticos propios de la Medicina o la psicología. El método terapéutico **médico** consiste en sustituir la droga que le genera problemas, por otras que lo ayuden a funcionar bien. Por otra parte, el método terapéutico **psicológico**: consiste en aplicar una terapia individual para ayudarlo a resolver esos vínculos no adecuadamente resueltos, a fin de que no necesite evadirse por medio de la droga.

Pero sea aplicando la perspectiva médica o la psicológica, este modelo implica que el adicto **no tiene responsabilidad por sí mismo**:

O bien su voluntad está afectada por la necesidad orgánica de drogas que le dan tranquilidad o placer.

O bien su voluntad está afectada por carencias afectivas que le impiden tomar decisiones y resolver conflictos psicológicos vinculados a sus seres queridos, que se sustituyen por la evasión que permite el consumo de sustancias psicotrópicas.

De acuerdo a este modelo el drogadicto no está en condiciones óptimas de libertad y hay que sacarlo de las ocasiones personales o sociales en los que su vulnerable voluntad pueda ser inducida a consumir.

En esta perspectiva, el libre acceso a las drogas químicamente certificadas y a un bajo precio, sería exactamente lo contrario a lo que buscarían los asistentes terapéuticos.

Segundo Modelo: el decisionista individual. Esta segunda forma de concebir al adicto consiste en calificarlo como un individuo que “libremente” ha optado por drogarse pero que puede “libremente” escoger no drogarse. Este modelo supone que el adicto tuvo una decisión equivocada en su pasado pero que, ayudado a 1) librarse del síndrome de abstinencia 2) o a tomar conciencia de las ventajas de vivir sin droga, podrá revisar su decisión y tomar una nueva opción, ahora saludable.

El método terapéutico de este modelo es esencialmente individual y consiste en ayudarlo a:

- 1) que se sienta libre del síndrome orgánico de abstinencia
- 2) ilustrarlo mejor sobre las desventajas de la opción disfuncional previamente hecha (psicología cognitivo-moral),
- 3) estimularlo a que opte nuevamente por una decisión correcta y saludable; y perseverar en tal decisión.

Este modelo considera que no es intrínsecamente mala la utilización de drogas psicoactivas para lograr determinados efectos en el individuo y en determinados contextos. En ese sentido, quienes suscriben este modelo afirman que resulta evidente que el uso terapéutico de drogas como la morfina, la cocaína (y sus derivados) o la metadona, es “bueno”. Algo similar cabría afirmar respecto a la LSD, la heroína u otras drogas cuando se usan para investigar los mecanismos neuropsíquicos del ser humano.

Por último, el uso de las **drogas químicas para el entretenimiento o placer individual**, -cuando el placer es puntual y controlado-, no necesariamente debe ser considerado éticamente reprochable, sostienen quienes suscriben el segundo modelo.

En ese sentido hay múltiples conductas humanas elegidas para el entretenimiento que pueden ser riesgosas para la integridad física o emocional de quienes las ponen en práctica. Nos estamos refiriendo a los deportes de alto riesgo, que la sociedad permite porque forman parte del derecho a disponer de sí mismo que tiene cada individuo humano, siempre que no se ponga en peligro la vida de terceros.

Entre los deportes de alto riesgo que pueden poner en peligro la vida de quienes los practican podemos citar a:

1. **Paracaidismo desde edificios, antenas o riscos** (Base Jumping) Entre 5 y 15 personas mueren cada año. 170 muertes en 30 años.
2. **Esquiar saltando de helicópteros** (Heli-Skiing). Las muertes son causadas por malas condiciones de tiempo que provocan avalanchas y desgajamientos de los cerros.
3. **Buceo de aguas peligrosas o de cuevas marinas**. (Diving) Existen muchos peligros que las personas no miden. El salir abruptamente del agua, ya sea por falta de aire, miedo o simple nerviosismo, puede causar daños importantes al organismo. A este peligro se le suman los tiburones, mantarayas, víboras “morenas”, corales de fuego y demás organismos peligrosos en el mar, así como las corrientes de agua que muchas veces pueden jalar a una persona decenas de kilómetros en poco tiempo. Llevar el buceo a cuevas profundas y oscuras dentro del mar, aumenta el peligro. La baja visibilidad puede hacer que te pierdas o te separes de tu compañero de buceo. El perderte en una cueva puede ocasionar que se termine tu aire para respirar, que te de hipotermia y en poco tiempo puede causar la muerte. *En Norte América han muerto más de 500 personas en los 40 años que tiene de existir esta actividad.*
5. **Montada de toros** (Bull Riding) Son frecuentes las fracturas, lesiones cervicales y de columna, hasta jinetes paráliticos o muertos por el peso del toro.
6. **Surfeo de olas gigantes**. (Big Wave Surfing) Estas olas de más de 30 metros de altura, tienen corrientes muy fuertes que expulsan al más experto y lo revuelcan en agua y arena. Además la fuerza y velocidad, provocan un riesgo de ser golpeado en la cabeza por tu propia tabla.
7. **Trineo en calle** (Street Lugging) Acostados en patinetas bajan por calles en declives a gran velocidad. En general está prohibido porque pone en riesgo a terceros.
8. **Equitación, en general**: Estadísticamente más personas mueren practicando deportes a caballo que en el boxeo. Implica cerca de **130 muertes cada año**.

9. **Escalada en rocas y montañas.** Las aseguradoras lo sitúan en nivel 5 de riesgo, debajo de las peleas con cuchillo. En 2009 **se produjeron 24 muertes. De cada 6 ascensos al Everest muere uno.**
10. **Automovilismo deportivo.** Las cifras de célebres pilotos muertos en carrera son elevadas. A eso se suman los cientos de miles de espectadores muertos a consecuencia de los coches siniestrados en carrera.
12. **Largarse en picada (Wingfly)** Alcanzan velocidades hasta de 200 km por hora en picada. Suceden unas **20 muertes cada año.**

En todos esos ejemplos de **conductas placenteras que ponen en riesgo la vida o la salud de quienes las practican**, el Estado limita las condiciones de seguridad que deben respetarse para la recreación y el placer; y exige que el individuo que decide correr riesgos en su propia integridad física, sepa cuáles son esos riesgos y como evitarlos. Pero el Estado violaría el derecho al entretenimiento si prohibiera radicalmente ciertas conductas de riesgo que los individuos quieren correr, por su propia voluntad, cuando quieren experimentar determinados placeres.

No obstante esto, sigue pendiente de respuesta, la pregunta sobre el nivel de obligación moral que tiene el individuo con respecto al cuidado de su propia salud y con respecto a la evitación de conductas de riesgo para sí mismo, sea cuando se trata de deportes extremos o cuando se trata de incorporar al cuerpo sustancias perjudiciales por motivos de placer subjetivamente elegido. No entraremos en este tema aquí.

Según el “modelo decisionista”, la objeción moral que recae sobre las drogas químicas **no es respecto a su uso recreativo libremente elegido**, sino solo respecto **a su ingestión compulsiva, en la medida que ésta forma de ingestión debilita o anula la libertad de los individuos**; especialmente si estos se vuelven enfermos e incapaces de librarse a sí mismos, sin la ayuda de terceros, y causando graves daños a la sociedad.

Este modelo sería favorable al hecho de que las drogas fueran accesibles a todos los ciudadanos, siempre que sean químicamente certificadas y tengan un precio acomodado a las posibilidades económicas de los ciudadanos. En cambio este modelo buscaría que se evitara a toda costa que un individuo impusiera sus gustos recreativos a públicos vulnerables que no son conscientes de lo que hacen (ej. niños o enfermos mentales).

Tercer Modelo: el socio-espiritual. Este tercer modelo integra los componentes valiosos que están presentes en los otros dos modelos anteriores pero tiene una visión más integral del problema del adicto. En este tercer modelo el adicto sería un individuo “**ata-do**” o “**prisionero**” a un **estilo de vida degradante** vinculado a ciertos contextos sociales que son axiológicamente cercenadores de la libertad y de la conciencia de los individuos. Es el estilo de vida social y personal, junto al contexto cultural de valores en los que vive el adicto, lo que –conjuntado- favorece las conductas de descontrol de su voluntad e impide que los individuos ejerzan verdaderas decisiones, libres y conscientes. Un sector muy importante de las llamadas comunidades terapéuticas se ubica en este tercer modelo de enfoque de la asistencia al adicto.

Obviamente, si el adicto es visto como un individuo que ha optado por **un estilo de vida degradante**, (donde su conciencia y su voluntad han quedado gravemente disminuidas –o aún anuladas-) el tratamiento implicará un cambio de estilo de vida. Esto último

es mucho más complejo que la aplicación del modelo médico-psicológico o el modelo decisionista, utilizados cada uno de ellos de forma aislada.

En este tercer modelo, el problema en sí mismo no es la droga **sino el estilo de vida narcisístico-emotivista y sociodependiente adoptado por el adicto**. Las drogas químicas no serían más que un epifenómeno derivado de ese estilo existencial de fondo.

Dentro de ese “estilo de sentir y actuar” asociado a los adictos se puede **describir**:

1º. Una ética **emotivista-narcisista**. El emotivismo es la teoría ética que considera que “lo bueno” para el ser humano es hacer “lo que yo siento que es bueno”. Obviamente, en términos prácticos esto puede significar que cualquier medio se justifica con tal de satisfacer mi anhelo de placer o el logro de “mis” intereses. Por consiguiente:

- a. La mentira suele ser la consecuencia práctica más común de esta ética narcisista del adicto.
- b. La utilización y manipulación de las personas es un ingrediente usual de su comportamiento.
- c. El no respeto por la propiedad del otro es uno de los procedimientos que más rápido le aseguran sus propósitos (cualquier medio justifica los fines).

2º. Una ética de **tipo sociologista**. Es decir, lo “bueno” para el adicto es sentirse “uno” con su grupo de pertenencia y totalmente permeable a la “seducción” de dichos grupos de presión. El “**sociologismo**” es la teoría ética que considera que “lo bueno” para el ser humano es seguir las costumbres del grupo (o de la sociedad) en la que uno se encuentra; y “lo malo” es ser “disidente” o crítico de las costumbres del grupo social. Es característica de la ética sociologista del adicto, seguir como “buenas” las reglas de conducta de la pandilla en la que su autoestima puede sentirse nivelada o, al menos, no minusvalorada.

En este tercer modelo:

- a. El **objetivo** terapéutico consistirá en hacer que el adicto pase de un estilo “narcisista -emotivista” y socio-dependiente, a un estilo **personalista y comunitario**.
- b. El **medio** eficaz son las comunidades terapéuticas de resocialización ética y espiritual.

En este tercer modelo, **lo realmente decisivo** no es si el adicto dispone de tratamientos médicos (para resolver el síndrome de abstinencia) o tratamientos psicológicos (para resolver sus vínculos patológicos), sino **si es capaz de “cambiar” de estilo de valores y de grupos sociales caracterizados por la evasión de la realidad por medio de una recreación narcisista y sociodependiente**. En consecuencia los asistentes terapéuticos consideran que la disponibilidad de grupos de **re-socialización** o **re-significación** de los valores y sentido de vida personal son el principal ingrediente para que el adicto pueda re-configurar una vida sana y satisfactoria y tomar las decisiones correctas para diseñar su nuevo plan de vida.

Ahora bien, **el acceso fácil a la droga químicamente certificada y a un bajo costo, es una dificultad sobre agregada en este proceso de re-significación de valores, grupos y sentido de la vida que son la pieza clave de este puzle de rehabilitación social y moral del adicto**.

II. Perspectiva Jurídica-Económica.

Habiendo trazado los tres modelos de respuesta ante el problema del adicto individualmente considerado, intentaremos hacer a continuación una reflexión desde la óptica del conjunto de la sociedad, tratando de señalar en el fenómeno de la adicción, una conducta que repercute en todos los aspectos sociales y en la que múltiples factores están involucrados: -educativos – antropológico/existenciales –legales –policiales – económico/empresariales, etc.

En todo caso, la conducta puesta en práctica por los adictos y todos los involucrados con la producción, distribución y venta de sustancias psicoactivas puede causar –y de hecho así sucede- graves perjuicios a terceros inocentes y al conjunto de la sociedad. De ahí que la comunidad internacional haya buscado el desarrollo de políticas públicas que resuelvan –en lo posible- este problema o atemperen sus efectos.

II.1. Las políticas de respuesta a la drogadicción.

Por políticas se entiende *“el desarrollo de una variedad de leyes y programas que pretenden influenciar sobre la decisión de los individuos de usar o no sustancias psicoactivas y sobre las consecuencias de su uso tanto para el individuo como para la comunidad. Este conjunto de leyes y programas constituye la política de drogas de un país”*.

Actualmente podemos caracterizar dos grandes articulaciones de políticas nacionales sobre drogas que se contraponen en sus enfoques y en sus programas específicos.

A. Políticas prohibitivas o controladoras.

En este momento, es el modelo que tiene mayor peso en la acción de los gobiernos y en los acuerdos internacionales. Su argumento es que esta política constituye la mejor forma de refrenar el consumo y limitar nuevas experimentaciones por parte de los consumidores. Por otro lado establece una valoración moral clara: “drogarse es malo”.

Parte de la base de que, cuanto más facilidad tengan los enfermos para acceder a la droga, más lo harán. La tesis controladora asume el papel de “padre protector” por parte del Estado que debe impedir el acceso a la droga. Y de la misma forma que considera que los menores de edad no deben tomar alcohol ni asistir a espectáculos de adultos, esta política asume que el adicto es un enfermo o un débil en su voluntad, al que hay que proteger con medidas de control.

La política de tipo controlador implica hacer un juicio de valor respecto a la droga y calificarlas como dañinas para el individuo y para el conjunto social; por eso las clasifica como ilegales y reprime su producción y comercialización.

Las políticas enfocadas al “control” priorizan la **des-habituación** del drogadicto y el logro de que estos **vivan sin drogas**. Dicho en otras palabras buscan, por todos los medios disponibles, apartar al individuo del consumo de drogas. Por otra parte, su énfasis se expresa en campañas educativas y preventivas que quieren **generar fuerte aversión al uso individual de la droga** persuadiendo a los no consumidores a que se abstengan de probar las sustancias psicótónicas y tomen conciencia de los males sociales que éstas implican.

En síntesis sus argumentos son los siguientes:

1. Si se bajan los precios de venta, aumentan los individuos motivados al consumo, con lo cual el número de jóvenes adictos crecería aún más que el actual. Eso ha

pasado en algunos países que liberalizaron la venta de Cannabis (como Australia, Holanda).

2. La eventual autorización a laboratorios especiales para que produzcan y comercialicen la droga (como abogan los liberacionistas) pondría a estos laboratorios a expensas de los mafiosos productores de la materia prima en los países de origen, que continuarían cobrando la droga a precios exorbitantes; en consecuencia laboratorios se verían obligados a cobrar altos precios por la droga químicamente certificada.
3. Lo que se legaliza tiende a considerarse como moralmente correcto y será muy difícil convencer -especialmente a los jóvenes- que “drogarse es un mal”.
4. Los programas deben estar diseñados para disuadir del consumo a los adictos e inhibir a los candidatos nuevos a través de la educación correcta, no a lo contrario, como posibilita la política liberalizadora.
5. La represión del tráfico y venta deberá ser intensa y exhaustiva. Las penas aplicadas habrán de ser muy elevadas para lograr la disuasión.

País de referencia: Suecia :

En los años ‘60 se permitió en este país la prescripción libre de droga a aquellos que decían ser adictos, al mismo tiempo que se les permitía acceder a la asistencia sanitaria. Este proyecto se abandonó 3 años después debido al progresivo incremento de nuevos consumidores. A pesar del libre acceso a las drogas, el índice de crímenes se incrementó entre los que formaban parte del programa de atención en aquella época.

A partir de 1968 Suecia se concentró en las medidas de control, tratamiento y educación, con el objetivo de tener una sociedad “libre de droga”. Desde ese momento las penas aplicadas a los infractores se incrementaron sustancialmente en Suecia. El cuidado coercitivo de los adultos adictos se introdujo en 1982. Sin embargo el tratamiento generalmente era considerado una alternativa opcional a la prisión. La coercitividad establecida por la ley sueca y la asistencia brindada mediante el tratamiento se usaron coordinadamente. En ese sentido la rehabilitación de los adictos a heroína ha sido implementado con un número muy restringido de casos.

El uso de droga fue criminalizado en 1988 y en 1993 se puso una pena de 6 meses de prisión para el uso ilegal de droga. La ley sueca prevé que la posesión de heroína y cocaína sea penada con pena estricta de prisión, mientras que tener pequeñas cantidades de cannabis o anfetaminas puede implicar una multa. Al narcotraficante se le condena hasta con 20 años de prisión. La policía controla el tráfico en las calles y no pueden desarrollarse centros de obtención gratuita de drogas.

B. Políticas liberalizadoras o de libre opción individual.

Tienen dos presupuestos éticos y filosóficos:

- 1) Presuponen **el derecho a la libre opción de entretenimiento por parte de los individuos**, de acuerdo a su propia filosofía de vida y valores. Este presupuesto, no sólo es válido para las drogas psico estimulantes sino que también vale para

justificar **la práctica de los deportes de extremo riesgo vital, la cacería con armas de fuego o el combate de ciertas plagas con venenos mortales** para el ser humano. Aplicado este derecho al consumo de drogas psicoestimulantes, significa que el individuo que decide consumir no debe tener interferencias sobre sus propias opciones recreativas, siempre que eso no cause daño al resto de la sociedad y se practique con la debida información, antes del consumo.

- 2) Reivindican **el libre mercado y la equidad en la producción, distribución y venta de las sustancias psicoactivas**. Mientras algunos autores son muy radicales y consideran que “solo” el mercado debe regular estas transacciones, otros autores abogan por diferentes grados de intervencionismo estatal en las regulaciones. Estos últimos aceptan que el Estado regule el consumo de las sustancias adictivas, del mismo modo que debe regular la práctica de cualquier conducta riesgosa para la salud individual (como son los deportes extremos, el porte de armas o el uso de venenos).

Sus argumentos pueden sintetizarse de la siguiente manera:

1. Al haber libre competencia entre los laboratorios productores y comercializadores de las drogas, estas bajarían sus precios y los consumidores, no se verían “asaltados” por los altos costos fijados por las mafias de traficantes.
2. Al haber producción controlada por parte de los laboratorios, las drogas no se adulterarían con sustancias tóxicas, y al tener certificación química, disminuirían las muertes de los consumidores.
3. Los lugares autorizados para vender drogas –a demanda- a mayores de edad será accesible si los consumidores dejan registrados sus datos (identidad, domicilio, teléfono, familias) a fin de controlar quienes son los que las usan y facilitarles las medidas de deshabituación y rehabilitación.
4. El Estado podría recaudar altos impuestos por la venta de las diversas drogas, sea mediante plantas propias de producción, o la autorización dada a las empresas farmacéuticas reconocidas y establecidas legítimamente en el mercado. El dinero obtenido sería volcado a campañas masivas para inhibir el consumo de drogas, o para fortalecer tanto a las instituciones públicas o a las de gestión privada de rehabilitación o deshabituación de los adictos.
5. Al haber producción nacional legítima, en equidad de condiciones y sin monopolios disminuirá el tráfico criminal y mafioso a nivel nacional.
6. El Estado, tendría que gastar menos dinero en la represión del tráfico ilícito de drogas y podría volcar ese dinero a programas educativos, preventivos, disuasivos o rehabilitativos.
7. Disminuirían los adictos proclives a delinquir porque no necesitarán grandes sumas de dinero para acceder a la droga. Consiguientemente disminuirá el número de presos en las cárceles. Por el contrario, al desaparecer el negocio fácil de la re-venta de drogas psicoactivas en el mercado ilegal, menos jóvenes buscarían lucrar con ese negocio, y se sentirían motivados a capacitarse laboralmente en otros sectores de la economía

8. El presumible aumento del número de consumidores podría contrarrestarse con medidas masivas de persuasión para evitar el consumo de drogas y medidas de información sobre el riesgo de su uso.
9. El Estado no debería permitir que las farmacias vendan drogas a menores o enfermos psiquiátricos.

Medidas paliativas del daño.

Los defensores de la política liberalizadora, frente al hecho de que los países no han aprobado políticas de liberalización completa, han buscado *medidas intermedias* para paliar los males del consumo de drogas. Este enfoque ha sido identificado como “**minimización del daño**”. Asume que la droga tiene malas consecuencias para los individuos pero que, dado que la erradicación de estas preferencias subjetivas de entretenimiento es “poco menos que imposible” y no hay políticas enteramente liberalizadoras, el Estado debe buscar paliar de la mejor manera posible el perjuicio en la salud individual de los adictos.

Típico ejemplo de estas estrategias minimizadoras de daño, son los programas especiales que proporcionan jeringas gratuitas, o metadona para los que quieren dejar de consumir y no quieren experimentar el síndrome de abstinencia. La metadona, aun cuando no garantiza que los adictos dejen la heroína (según ciertos informes esto no sucede así en el 97% de los casos) los que permanecen adictos a la metadona, consumen una droga que es menos dañina que la heroína y está controlada por el Estado.

La posibilidad de que esta política tenga como resultado una mayor prevalencia del uso de la droga entre los miembros de la sociedad es evaluada como productora de un daño “menor” en relación a las muertes y a la delincuencia colateral al tráfico.

Medicalización del expendio.

Una versión algo menos “liberal” (pero aún dentro de este modelo de política) sería la de **medicalizar el expendio de las drogas psicoactivas**. Esta estrategia implica que siempre deberán ser los médicos quienes proporcionen la droga al consumidor (bajo receta profesional) del mismo modo que lo hace con los medicamentos psicoactivos de uso terapéutico. En esta estrategia el “adicto” pasa a convertirse en un “paciente” y es el profesional de la Medicina el que decide cuanta droga se debe proporcionar a cada individuo, cada cuanto tiempo y en qué lugares. Tratándose de drogas “recreativas”, es muy difícil que un médico tenga condiciones profesionales especiales para saber cuál es la dosis adecuada y con qué frecuencia debe ser usada por el consumidor. Pero cabe preguntarse: ¿El médico debe prescribir drogas según demanda del “paciente” o según su propia convicción profesional? ¿Cuántos gramos de cocaína, LSD o marihuana debe darse cada 24 hs? ¿Querrán los adictos sujetarse a los controles médicos o continuarán delinquiendo para obtener mayores dosis de las que les dio su médico? ¿Los médicos sólo darán drogas a los crónicos o también la proporcionarán al “novato” que quiere introducirse a este “nuevo modo de entretenimiento” o de pertenencia grupal?

País de referencia: Australia.

El concepto de “minimización de daño” fue el aplicado en Australia a partir de los años ‘80 con la intención de que el drogadicto individual se perjudicara lo menos posible cuando se drogaba.

Esta política resultó en un significativo aumento del número de adictos australianos.

Las políticas educativas de Australia se definieron como la enseñanza de la “Droga segura” o del “uso seguro” de drogas; mientras que la abstinencia no se promovió directamente, ni tampoco se insistió en la incorporación de los adictos a los programas de des-habitación y rehabilitación. El mensaje que solía dar la estrategia “liberalizadora” australiana era: *“si has optado por consumir, hazlo de forma ‘segura’”*. De hecho muchos estudiantes australianos estaban convencidos que el alcohol y los cigarrillos son más peligrosos que la cannabis.

	Suecia	Australia
Prevalencia de uso de drogas (entre 14 y 29 años)	9%	52%
Uso de heroína por millón de personas	500	5000-16000
Porcentaje de dependientes en menores de 20 años	1,5%	8.2%
Pacientes que usan metadona por millón	50	940
Muertes por sobredosis por millón	23	46
% de todas las muertes en menores de 25 años	1,5%	3.7%
Delitos por millón	3100	1000
Promedio de meses en prisión por causa de droga	20	5
Crímenes por millón de población	51000	57000
Casos acumulados de Sida por millón:	150	330

Fuente: Sullivan, L., op.cit.1999

Las políticas educativas en Australia dieron a entender a los jóvenes que el único efecto colateral de la heroína era la constipación y su uso era presentado como una “opción normal” desde el punto de vista psicológico. Algunos programas educativos insistían en la necesidad de *“hacer nuestras propias elecciones”* respecto al consumo, de tal manera que la decisión de algunos individuos de no consumir droga alguna se presentaba -en cierta manera- como excéntrica o minoritaria para los programas masivos de propaganda a favor del consumo “seguro”.

	PROGRAMAS DE REDUCCION DE DAÑO (un aspecto de las políticas liberalizadoras)	POLITICAS CONTROLADORAS
OBJETIVO	Minimización de daño individual. Canalizar consumo “seguro”	abstinencia y control impedir nuevos adictos des-habitación de los antiguos consumidores
MEDIO PSICO-ETICO	incentivar opción “libre” y “racional” de la droga. Droga “aceptable” si se usa de forma libre consciente y segura	se resaltan daños y perjuicios causados al individuo y a sociedad se estimula el “miedo” y la droga en toda la población

PROGRAMAS ASISTENCIA	proporcionan jeringas y metadona de forma masiva	asistencia para deshabitación en casos determinados
PUBLICIDAD	informan/seducen para usar la droga "segura"	informan/seducen para lograr aversión a las drogas "siempre riesgosas"
PENAS	se rebajan para no aumentar dolor/sufrimiento al drogadicto individual	se aplican con rigor para inhibir al adicto y a los que pueden entrar

En dichos programas el reparto de jeringas no se utilizaba como condición sanitaria previa a entrar en un plan de tratamiento de deshabitación y rehabilitación, porque eso no era considerado prioritario en las políticas de minimización del daño aplicadas en Australia. Por otra parte, la libre disposición de jeringas no impidió que éstas se compartieran y aumentó el contagio de Hepatitis C. A pesar de que en Australia los adictos disponían del acceso libre a la metadona, las muertes por sobredosis de drogas resultaron incrementadas.

II.B. Balance de las políticas.

De hecho, los gobiernos utilizan políticas entremezcladas: en parte liberalizadoras y en parte controladoras; y esa es una de las razones por las que no es fácil una comprobación empírica de la eficacia de las políticas empleadas. Algunas políticas liberalizan ciertas drogas pero reprimen otras, o aplican la llamada reducción del daño para algunas conductas pero no para otras, etc.

Por otra parte, sucede que las políticas más efectivas en **el control y disminución del consumo** generalizado, pueden tener una pobre eficacia en cuanto a minimizar el daño individual causado en los drogadictos ya consumidores.

Por el contrario, las políticas más efectivas en **minimizar el daño auto infligido** por el adicto y el daño social, pueden -como contrapartida- hacer crecer el número de los consumidores habituales.

Esta paradoja puede verse, en cierta manera, con los resultados que hemos mostrado a propósito de las políticas aplicadas en el caso de Suecia y Australia antes detallados. Pero dado que Australia no aplicó una política liberalizadora completa, sino simplemente un programa de reducción de daño, no deben considerarse los datos del cuadro de resultados como concluyentes. Y menos aún, pueden considerarse repetibles –sin más- en otros países.

Por otra parte, el contenido concreto que cada sociedad da al **concepto "daño"** de los individuos y de la sociedad en su conjunto, es diferente; y esa ambigüedad conceptual alimenta las polémicas permanentes que se suscitan sobre la conveniencia o no de la adopción de programas de minimización de "daño" individual.

Las políticas tradicionalmente admitidas de control del tráfico y acceso a las drogas ilegales dependen de la potencia del aparato estatal para efectivizar ese control. Como parte de este enfoque, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1998) se propuso movilizar la cooperación internacional para que en el año 2008 se redujera, significativamente, la demanda y la oferta de droga en los diversos países. No hay

evidencia de que esta opción de la comunidad internacional de ilegalizar y reprimir cierto tipo de drogas psicotrópicas haya tenido resultados realmente significativos.

3. REFLEXIONES FINALES

El fenómeno del consumo de drogas psicoactivas con fines recreativos es tan viejo como el consumo de alcohol, de tabaco o de psicotónicos naturales en numerosas culturas. Sin embargo el problema que suscitan las adicciones modernas es multifactorial y tiene que ver con:

- la aparición de sustancias químicas cada vez más eficientes en su potencialidad para generar sensaciones placenteras,
- la liberalización de las costumbres y la relativización de los valores,
- la fragmentación y falta de socialización de los valores en el seno de la familia,
- la pérdida de sentido fundante de la vida y la desvinculación a comunidades de sentido,
- trastornos psicológicos de la voluntad en los individuos,
- y con el accionar del crimen organizado para eludir las prohibiciones legales.

Luego de la exposición de las dos perspectivas de aproximación a la adicción y a los adictos, permítasenos formular un balance reflexivo, que no busca ser definitivo pero que trata de formular una articulación de diferentes derechos y deberes, tanto de los individuos como de las instituciones del Estado:

1. **Primer balance: Desde la Perspectiva Sanitaria**, consideramos que el Estado deberá poner los medios adecuados para que el **drogadicto pueda salir de su adicción y reincorporarse a la vida social, de forma consciente y haciéndose capaz de controlar su compulsión a drogarse**. Para eso, el Estado podrá utilizar los recursos educativos y organizacionales necesarios para que los individuos conozcan los serios riesgos de utilizar sustancias químicas para la recreación y podrá instrumentar suficientes instituciones de rehabilitación para todos aquellos que quieran abandonar las adicciones.

Esta propuesta ética está fundamentada en el deber del Estado de proporcionar a los individuos los medios adecuados para que estos puedan libremente gestionar su salud y recuperarla cuando por diversas causas la hayan perdido.

2. **Segundo balance: Desde el punto de vista jurídico económico y policial**, el Estado deberá garantizar tres derechos diferentes y complementarios del que enunciábamos en el primer balance.

- a. El primer derecho es **al acceso voluntario a las drogas químicas certificadas**, de quienes deciden, consciente y libremente usarlas para su recreación personal.

Esta segunda conclusión está fundamentada en que los individuos tienen el derecho a decidir sobre sí mismos, el placer que quieren para sí mismos, siempre y cuando no perjudiquen a terceros. El Estado puede permitir que el individuo adopte conductas riesgosas para su propia salud, siempre y cuando

lo haga con conciencia y libertad; pero no puede imponer al individuo una determinada forma de cuidado de su salud, una determinada forma de inhibir riesgos o de valorar placeres personales.

- b. El segundo derecho es **el libre mercado y la equidad** de derechos para **la producción, industrialización y comercialización de las drogas recreativas**. Consiguientemente, el Estado deberá permitir que empresas reconocidas y legales puedan ofrecer los productos riesgosos requeridos por los individuos (del mismo modo que se comercializan las armas, pólvora, venenos, y equipos para deportes de alto riesgo vital) etc.
- c. **El tercer derecho** es a la seguridad física de los ciudadanos cuando esta resulta amenazada por **adictos compulsivos** o por **mafias organizadas** de delinquentes. Para eso podrá poner a disposición de la Justicia y de la policía los medios legales o represivos necesarios para inhibir a los delinquentes.

El fundamento de este deber es que el Estado debe evitar que ningún individuo u organización atente contra la integridad física o contra bienes que pertenecen legítimamente a terceros

Consiguientemente, el Estado deberá utilizar todos los recursos represivos de la policía para inhibir el narcotráfico o la venta de sustancias a menores de edad o deficientes mentales.

Pero, dicho lo anterior, quedan numerosas preguntas sin responder ante esa complejidad de factores intervinientes:

1.- ¿Cómo contrarrestar la actitud hedonista de los individuos que es una causa de primer orden en las adicciones? En la cultura occidental actual se pueden ver elementos predisponentes a la droga, muy difíciles de contrarrestar. Quizá el más importante sea el carácter hedonístico y consumístico de nuestra cultura. Esto implica una permanente actitud de búsqueda de **placer fácil y rápido**; a su vez, sustituible por otros nuevos y diversos. Por el contrario, hay una huida a todo género de sufrimiento, esfuerzo o sacrificio. En ese sentido, las sustancias psicoactivas son artefactos que satisfacen el deseo de placer rápido e inmediato y ayudan a huir de los dolores ineludibles de la existencia. Esta actitud hedonista ¿no baja el umbral de percepción de riesgo y no expone a los individuos a subestimar el peligro de las drogas químicas de tal manera que lo convierte en incapaz para situarse de forma verdaderamente libre ante dichas conductas riesgosas? Por otra parte, el combate a la droga adicción depende de que los individuos adquieran una vivencia más integral, y antropológicamente realista, tanto del placer como del dolor ¿cómo lograrlo?

2.- ¿Cómo contrarrestar el déficit de sentido de la vida y la falta de pertenencia a comunidades “sanas”? La no pertenencia a comunidades donde el individuo pueda encontrar sentido positivo a su existencia y experimentar que su vida es útil y digna de estima, juega un papel preponderante en la inducción al consumo de drogas. Esta ausencia de pertenencia es particularmente acuciante entre los jóvenes. La ausencia de ideologías altruistas, la deseclesialización sociológica y las dificultades en la inserción laboral, son

otros factores favorecedores del sin sentido o “intemperie” de sentido de la vida. Es evidente que el problema de los adictos a drogas –favorecido por un descontrol psicoafectivo de la voluntad- se agrava por la pertenencia a grupos en los que sus “colegas” también carecen del sentido necesario para proyectar la vida productivamente. Esa carencia ¿no disminuye gravemente la voluntad de los individuos? ¿No menoscaba seriamente su libertad y lo hace vulnerable a no ponderar libre y responsablemente los riesgos de probar sustancias químicamente perjudiciales? ¿Cómo evitarlo?

3. ¿Cómo contrarrestar el déficit de la familia y su patología vincular? Los vínculos con la madre y el padre son predisponentes claves en el favorecimiento de la adicción. Se dice que en la familia del adicto siempre hay un padre afectiva y socialmente distante del hijo y de la madre. Simultáneamente, se señala que detrás de un adicto, suele haber una madre carente del afecto de su esposo, que convierte a su hijo en su pequeña “droga”; y entabla con él una dependencia y una actitud de “nutrir” permanentemente las demandas de su hijo. Con esto, el niño se acostumbra a no tolerar las frustraciones. Y como no encuentra en el padre, su referencia de valores y conductas, lo busca en la “barra” de amigos, que se vuelven para él la “ley” que no encontró en su casa. Sea o no sea correcta la anterior interpretación, es claro que la socialización temprana de valores, conductas y hábitos de vida es fundamental cuando se trata de contrarrestar la turbación interior que experimenta el joven cuando pierde las referencias familiares y no aprende a soportar las frustraciones propias de la vida. ¿Cómo impedirlo?

4. ¿Cómo contrarrestar los contextos sociales delictivos y el lucro económico que suscitan? La delincuencia internacional organizada en torno a la droga genera conductas éticas y legales altamente perjudiciales pero sumamente lucrativas. Se considera que el narcotráfico es el segundo “negocio” más rentable del mundo, luego del tráfico de armas. Las naciones del mundo buscan por todos los medios controlar el llamado “lavado de dólares” producido por las mafias organizadas por la producción y tráfico de drogas. En nuestra sociedad capitalista el lucro y la codicia de dinero parecen ser el idolo adorado por amplios sectores de nuestra sociedad. ¿Cómo evitar que las pingües ganancias que da el narcotráfico no tiente a los jóvenes y medianos de una forma incoercible? ¿Podrá la libre producción y comercialización de las drogas químicas evitar que los narcotraficantes sigan tentando a los menores de edad, a los que el Estado no permitiría que se les vendiera legalmente la droga?

La adecuada respuesta a las preguntas antes formuladas son decisivas para poder construir una sociedad donde sus ciudadanos puedan evitar la compulsión irresistible y coactiva a las sustancias psicoactivas. Para responderlas, se necesita la conjunción de la Medicina, la psicología, la antropología, la religión, la educación, la política, las empresas, la policía y el ejército. Si se excluye algunas de estas dimensiones de la persona humana, creo que seguiremos patinando en el mismo lugar, **sin resolver armónicamente las dos perspectivas que hemos indicado a lo largo de este trabajo y los diferentes derechos que ellas reivindican.**

12.- ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN ACADÉMICA

12.1.- 12 de abril de 2013.

Curso organizado por la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Uruguaya de Gastroenterología.

Actualización en temas gastroenterológicos para el especialista y el médico general

COORDINADORES:

Prof. Ac. Elena Fosman.
Prof. Ac. Henry Cohen.
Dr. José P. Ibargoyen.
Dr. Horacio Gutiérrez Galiana.

LUGAR

Hotel NH Columbia

PROGRAMA CIENTÍFICO

9.00- 9.20 Conferencia:

Prof. Agda. Dra. Carolina Olano.

Indicaciones y valor diagnóstico de la cápsula de intestino delgado.

9.20- 9.40 Conferencia:

Prof. Agda. Dra. Carolina Olano.

Indicaciones y valor diagnóstico de la cápsula de colon.

Dr. Horacio Gutiérrez Galiana.

9.40 – 11.00

Discusión de historias clínicas en grupos.

11.00 – 11.30

Café.

11.30 – 12.30

Discusión de historias clínicas en el plenario.

12.30 - 13.30

Pausa para almuerzo.

13.30 – 14.00 Conferencia.

Fisiopatología y diagnóstico de la constipación crónica: hacia un tratamiento personalizado.

Dr. Luis María Bustos (Argentina)

14.00 -15.30

Discusión de historias clínicas en grupos.

15.30 – 16.00

Café.

16.00 – 17.00

Discusión de historias clínicas en el plenario.

Coordina: Dr. José P. Ibagoyen.

17.00 – 17.30

Conferencia de cierre.

Estado actual del diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*.

Ac. Prof. Henry Cohen.

12.2.- 25 de junio de 2013. Jornada de Medicina Interna sobre Actualizaciones en Patología Respiratoria

Se realizó en el Centro de Conferencias de la Torre de las Comunicaciones de AN-TEL. Fue organizado en cooperación con la Sociedad de Medicina Interna y coordinada por el Ac. Juan Carlos Bagattini, la presidente de la Sociedad de Medicina Interna Dra. Mabel Goñi, la secretaria Dra. Mercedes Perendones y el Dr. Mario Llorens.

El programa fue el siguiente:

08:00 a 09:00: Acreditación

9:00 a 10:00: Síndrome de Apneas-Hipopneas Obstructivas del Sueño

Presentación de casos clínicos: Dra. Valentina Mérola.

Tratamiento del SAHOS: Dra. Ana Musetti.

Guías Clínicas para los Trastornos Respiratorios del Sueño: Dr. José P.

Arcos

10:00 a 10:45: Intersticiopatías. Dra. Verónica Torres.

10:45 a 11:05: Pausa café.

11:05 a 11:50: Abordaje diagnóstico y terapéutico de la Hipertensión pulmonar. Dr. Pablo Curbelo.

11:50 a 12:30: Lunch.

12:30 a 13:15 Asma: Dr. Julio Real.

13:15 a 14:15 EPOC. Dra. Alejandra Rey.

14:15 a 15:00: Vacunación antigripal y antineumocócica en adultos.

Oportunidades perdidas de vacunación. Dra. Graciela Pérez.

15:00 a 16:00: Homenaje a destacados Profesores

12.3.- 22 y 23 de agosto de 2013. Jornadas de Siniestralidad Vial

Se llevaron a cabo en el Centro de Conferencias de la Torre de las Comunicaciones de Antel, en el marco de:

- la Década de Acción por la Seguridad Vial 2011-2020 impulsada, suscripta y reafirmada en nuestro país, mediante la Ley N° Ley 18.904, que recoge la Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas.
- el Plan Mundial planteado por la Organización de Naciones Unidas que señala cinco pilares:
 - I. Situación y Gestión de la Seguridad Vial.
 - II. Vías de tránsito y Movilidad más segura.
 - III. Vehículos más seguros.

IV. Usuarios de vía de tránsito más seguros.

V. Mejor respuesta tras los accidentes.

La Década y el Plan ponen en primer plano la necesidad de mancomunar esfuerzos a nivel global, para combatir la pandemia sanitaria y de seguridad pública que significan los siniestros viales y la violencia en el tránsito, que en todo el mundo provocan la pérdida de 1.240.000 personas por año y son la primera causa de muerte entre los 15 y 29 años.

El Informe Siniestralidad Vial del Sistema Nacional de Tránsito (SINATRAN) de Uruguay muestra que, a pesar de que se ha logrado primero estabilizar y luego reducir la cantidad de siniestros, muertes y lesionados, en el primer semestre del 2013 las cifras continúan siendo preocupantes:

- más de 15.000 lesionados, es decir 83 por día o uno cada 17 minutos.
- 290 fallecidos (51.7% motociclistas), uno cada 15 horas, con picos en los jóvenes entre 15 y 24 años y en los mayores de 70 años.
- 1.000 millones de dólares anuales de costo económico global estimado, vinculado a estos siniestros.

Dados la magnitud del problema, sus aspectos no estrictamente médicos pero que están íntimamente ligados a la salud de las personas y constituyen factores de riesgo que es necesario prevenir, el carácter sistémico del tránsito, y la transversalidad de los procesos que están en la base de la ocurrencia de siniestros viales, la Academia Nacional de Medicina y el Ministerio de Educación y Cultura entendieron necesario organizar estas Jornadas, con la co-organización de la UNASEV (Unidad Nacional de Seguridad Vial), el Automóvil Club del Uruguay y la Fundación UNITRAN, para:

- convocar y reunir a especialistas de las diferentes áreas que se integran en este tema.
- avanzar en su conocimiento.
- lograr que esta situación sea motivo de preocupación preferencial de las autoridades y de la población.
- y extraer conclusiones y formular recomendaciones con el propósito de contribuir a una mejora sostenida y sustentable de la Seguridad Vial en Uruguay.

Las Jornadas fueron declaradas de Interés Nacional por los Ministerios de Salud Pública, el de Transporte y Obras Públicas, y el de Turismo y Deporte, y contaron con el auspicio de la Intendencia de Montevideo, la Facultad de Medicina de la UDELAR, ASSE, SMU y FEMI.

Invitados Extranjeros

Dra. Eugenia María Rodrigues

Doctora en Medicina (1982; Universidad Uberlândia Federal).

Diploma en Salud Pública (1984, Universidad Federal de Minas Gerais).

Magister (1989) y Doctora (1995) en Medicina Preventiva en la Universidad Sao Paulo.

Asesora Regional de Seguridad Vial de la Organización Panamericana de la Salud en Washington EE.UU (desde 2005) cooperando con los Estados Miembros en las políticas

públicas para la promoción de la seguridad vial. Coordinó la elaboración del Informe de Situación Regional de Seguridad Vial en las Américas en 2009 y en 2013.

Coordinadora Nacional de Vigilancia de Lesiones por Causas Externas en el Ministerio de Salud en Brasil.

Representante del Ministerio de Salud en el Consejo Nacional de Tránsito (2003/2004).

Profesor asociado de la Facultad de Medicina Barao de Mauá en Ribeirao Preto, (2003/2004).

Dr. Julio Urzúa

Licenciado en Ciencias de la Administración de la Facultad de Economía y Administración de la Universidad de Chile (USACH) (1996).

Máster en Políticas Públicas de la Universidad de Wisconsin-Madison, Estados Unidos (2004).

Asesor del Ministro de Obras Públicas, Transportes y Telecomunicaciones del Gobierno de Chile hasta 2004

Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito de Chile (CONASET) desde 2004.

Durante su gestión, el Congreso Nacional aprobó en la Nueva Ley de Tránsito Nro. 18.290, que entre otras medidas dispuso la prohibición de hablar por teléfono celular mientras se conduce, la de transportar niños menores de 8 años en los asientos delanteros de los vehículos, obligación de transportar a menores de 4 años en sillas especiales, y aumento de multas y sanciones a diversas infracciones.

Secretario de la Comisión Transitoria de Seguridad Vial para América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica (2006)

Desde 2009 es Director para América Latina y el Caribe del Programa Internacional de Evaluación de Carreteras (RAP) que es una fundación sin fines de lucro registrada en Inglaterra, dedicada a salvar vidas mediante la promoción del diseño de carreteras más seguras. Conferencista en Seguridad Vial en diferentes encuentros internacionales organizados por Agencias de Naciones Unidas, Bancos de Desarrollo, Universidades, y asociaciones públicas y privadas en América Latina, Estados Unidos, Europa y Asia.

Además de los académicos e invitados extranjeros, participaron el ministro Industria, Energía y Minería Ing. Roberto Kreinerman, la Dra. Mercedes Bernadá (Prof. Agreg. de Pediatría, F. de M. UDELAR) y más de 30 representantes de Ministerio de Educación y Cultura, Policía caminera, UNITRAN, Medios de comunicación, UNASEV, Intendencia de Montevideo, Linephalt Uruguay Señalización Vial S.A., Fundación Alejandra Forlán, Congreso de Intendentes, Congreso Nacional de Ediles, Municipio de Ciudad de la Costa, Automóvil Club del Uruguay, Asociación de Transporte, Turismo y Escolares, Comisión de industria del Senado, CEPA, Academia de Medicina de Buenos Aires, Fundación Gonzalo Rodríguez, Asociación Uruguaya de Aseguradores, Centro de Propietarios de taxis del Uruguay Ministerio de Economía y finanzas, ANCAP, ANTEL, Banco de Seguros del Estado, TUSA-RAINCOOP, ISEV, Junta Nacional de Drogas, UDESEV de San José, Red de Víctimas, Unión de la Mutualidad, PIT-CNT, Petrobras, etc.

Resumen del Programa de las Jornadas.

22 de agosto de 2013

Actividad abierta al público

- 14.00 -14.30 Apertura
Ac. Hernán Artucio, Ac. José A. Navía (Argentina), Ac. Asdrúbal Silveri, Ac. Guido Berro, Ac. Jorge Neira (Argentina), Dr. Eduardo Levcovitz (OPS - OMS)
- 14.30 -15.30 Conferencias sobre Situación de la Siniestralidad Vial
Presentador: Ac. Juan Carlos Bagattini
Situación de la Siniestralidad Vial en América. Dra. Eugenia María Rodrigues (OPS/OMS)
La Seguridad Vial en Argentina. Ac. Felipe Rodríguez Laguens (Argentina)
De la Enfermedad Olvidada de la Sociedad Moderna....al Desafío del Siglo XXI. Dr. Gerardo Barrios (UNASEV, Uruguay)
- 15.35 -16.25 Conferencias sobre Vías de tránsito y movilidad más seguras
Presentador: Ac. Augusto Müller
La seguridad vial en nuestras vías de tránsito. Ing. Gustavo Arbiza (SINATRAN, Uruguay)
Evaluación de la Seguridad de Carreteras a través de la metodología RAP. Lic. Julio Urzúa (Chile)
- 16.25-16.40 Café
- 16.40-17.30 Conferencias sobre Vehículos más seguros
Presentador: Ac. Gloria Ruocco
Aspectos LatinNCAP, vehículos más seguros. María Fernanda Rodríguez (Fundación Gonzalo Rodríguez, Uruguay)
Enfoque desde la gestión privada de las grandes flotas. Sr. Fernando Cammarota (Director CEPA, Uruguay)
- 17.35-18.35 Conferencias sobre Usuarios de vía de tránsito más seguros
Presentador: Ac. Guido Berro
Educación vial y formación ciudadana. Mtro. Mario Ibarra (Ministerio de Educación y Cultura, Uruguay)
Programa comunidades promotoras de la Seguridad Vial
Sr. Carlos Cal (UNITRAN, Uruguay)
Estrategias de acción para usuarios de vías más seguros
Dra. Mónica Farías (UNASEV, Uruguay)

18.40 -19.20 Conferencias sobre Respuesta tras los accidentes
Presentador: Ac. Hernán Artucio
Puntos críticos en la respuesta tras los siniestros viales. Ac. Augusto Müller (Uruguay)
Incendio vehicular como consecuencia de siniestros viales Asistencia a las víctimas. Ac. Fortunato Benaim (Argentina)

23 de agosto de 2013

08:30 a 11:30 Talleres

Taller I: Situación y Gestión de la Seguridad Vial
Moderador: Sr. Pablo Inthamoussu (UNASEV, Uruguay)

Taller II: Vías de tránsito y Movilidad más segura
Moderador: Ing. Mario Pitzer (Presidente de la Asociación Uruguaya de Caminos, Uruguay)

Taller III: Vehículos más seguros
Moderador: Sr. Jorge Tomasi (Automóvil Club del Uruguay)

Taller IV: Usuario de vía de tránsito más seguros
Moderador: Lie. Mario González (OPS/OMS)

Taller Va: Mejorar las respuestas tras los accidentes
Moderador: Ac. Augusto Müller
Acciones de sistema orientadas a la estructura global de sistema a crear.

Taller Vb
Moderador: Dr. Fernando Machado
Acciones de sistema orientadas a los centros y a la capacitación del recurso humano.

11:30 a 12:30 Reunión de trabajo entre moderadores de talleres y académicos

Almuerzo de los integrantes de Talleres

Actividad abierta al público

14.00 a 16.00 Conferencias.
Moderador Ac. Asdrúbal Silverí
Aspectos psicológicos de los actores. Ac. Enrique Probst
La importancia de las apneas del sueño en la Siniestralidad Vial.
Dr. José P. Arcos
Costos de los accidentes viales. Cr. Hernán Garat

Papel de los Organismos Internacionales. Dra. Eugenia María Rodríguez (OPS/OMS), Juan Manuel Campana (CAF), Andrés Pereyra (BID)

- 16.00-16.30 Café
- 16.30 -18.30 Lectura de las Conclusiones y Recomendaciones. Ac. Guido Berro, frente a un Panel integrado por:
- Ministros (de Salud Pública, Educación y Cultura, Transporte y Obras Públicas, Industria y Energía, y del Interior, o sus delegados),
 - Presidentes (de la UNASEV, de la Academia Nacional de Medicina, del Colegio Médico del Uruguay)
 - Responsable de la Comisión Organizadora de las Jornadas.

Síntesis de conclusiones y recomendaciones

Pilar I.- SITUACIÓN Y GESTIÓN DE LA SEGURIDAD VIAL

- El siniestro de tránsito es una pandemia que involucra especialmente al MSP y al Ministerio del Interior. Siendo un problema de seguridad pública, Uruguay debe profundizar el camino iniciado, logrando el concurso pleno de todos los actores involucrados, a fin de instalar definitivamente una política de Estado en materia de Seguridad Vial, que debe comprender los niveles de gobierno nacional, departamental y municipal.
- Consideramos conveniente fortalecerá la UN ASEV, asignándole un presupuesto específico.
- Consolidar el desarrollo del Sistema Nacional de Tránsito (SINATRAN), dentro de la UN ASEV, como base primordial en la gestión para definir estrategias y políticas en materia de siniestralidad vial. Es necesario integrar los registros del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud) a nivel pre hospitalario y hospitalario. Acelerar la implementación del sistema de geo-referenciación de los siniestros viales y el desarrollo de un Sistema Nacional de Registro de Vehículos, Conductores e Infracciones.
Es urgente unificar a nivel país el control, fiscalización y ordenamiento del sistema de tránsito y se debe impulsarla creación de una Policía Nacional de Tránsito.
- Es indispensable instaurar el Permiso Único Nacional de Conducción, con la unificación de todos sus aspectos: examen psicotécnico, exámenes teóricos y prácticos, capacitación de instructores y examinadores, considerando que dicho permiso sea revocable y no un derecho definitivo.
- Propender a que las organizaciones y empresas adopten normas de gestión de la seguridad vial, como la ISO 39001.

Pilar II.- VÍAS Y MOVILIDAD MÁS SEGURA

- Establecer exigencias de formación técnica, para los distintos actores, vinculados a la gestión de vías de tránsito y la movilidad, para alcanzar criterios únicos y estándares de diseño y ejecución para vías más seguras.

- Establecer un programa permanente de Auditorías de Seguridad Vial en carreteras y asignar los recursos necesarios para Implementar las medidas que allí se recomienden. También un programa de detección y tratamiento de puntos críticos en carreteras y vías urbanas de todo el país, con medidas de bajo costo con financiamiento compartido entre el gobierno nacional y los gobiernos departamentales.
- Aplicar medidas de ITS (Sistema Inteligente de Transporte) en área metropolitana (incluyendo vías urbanas y rutas principales). Tales como la creación de un Centro de Control de Tránsito vinculado a una red de cámaras, control de semaforización, paneles de señalización, variable, monitoreo de velocidad inteligentes, que posibiliten una mayor capacidad de respuesta rápida ante eventos en las vías.

Pilar III.- VEHÍCULOS MÁS SEGUROS

- Si bien en los últimos años se ha trabajado desde diferentes órdenes a nivel del país en ese sentido, estamos aún lejos de suscribir las normativas de Naciones Unidas. Entendemos que el país debe adoptar e impulsar un alineamiento de la región en el cumplimiento de la normativa internacional en materia de seguridad vehicular (WP 29 y UNECE 94) con un cronograma racional de aplicación.
- Es necesario difundir los resultados de las condiciones de seguridad de los vehículos disponibles en el mercado, por el programa Latin NCAP (evaluaciones mediante crash test de la calidad en la seguridad vehicular), para que los usuarios dispongan de las mismas.
Propiciar la bonificación impositiva de los elementos de seguridad que se incorporen a los vehículos nuevos.
- Es necesario incrementar la inspección técnica vehicular (ITV) en lo referente a las condiciones mínimas necesarias para su circulación, tanto en el equipamiento original de los vehículos como el que puedan incorporarles los usuarios.
- Fiscalizar el equipamiento de cinturones en todos los asientos de todos los vehículos, enfatizando su disposición adecuada en los asientos traseros de los taxis.
- Teniendo en cuenta la alta incidencia de siniestros con participación de motocicletas, es necesario controlar sus condiciones de seguridad, en particular la calidad del sistema lumínico, neumáticos y amortiguadores.

Pilar IV.- USUARIOS MÁS SEGUROS EN LAS VÍAS DE TRÁNSITO

- Es impostergable la aplicación de la educación vial y su implementación en todo el universo educativo del país, debiendo cumplir las autoridades de la educación involucradas con lo mandatado por la ley vigente.
Es necesario que la educación vial se imparta desde la etapa preescolar. Utilizar las potencialidades del Plan Ceibal en la educación vial en Primaria. Desarrollar la enseñanza de ésta en secundaria e institutos técnicos profesionales y universitarios, así como en los institutos de formación docente.
- Enfatizar la educación en seguridad vial a los ciclistas, motociclistas y peatones, especialmente los adultos mayores.
- En el marco del MSP y SNIS resulta imprescindible incorporar la Seguridad Vial como Meta Prestacional Obligatoria lo que permitiría a los distintos prestadores desarrollar los Planes Preventivos, detección de factores de riesgo y estableci-

miento de los necesarios registros y controles de calidad para esta enfermedad. El desarrollo de Planes de Primer Nivel de Atención encuentran en la “Estrategia del Consejo Médico” una oportunidad basada en la evidencia para el trabajo de corrección de factores de riesgo como por ejemplo alcohol-conducción y políticas de salud vinculadas al mismo, con la meta de mejorar las conductas de los usuarios de las vías públicas.

- Jerarquizar el papel educador de pediatras, médicos de familia.
- Apoyar la creación del IN FOSEV - Instituto de Formación en Seguridad Vial -. El mismo estará destinado a la capacitación y formación de los actores vinculados al gerenciamiento y ejecución de las políticas de seguridad vial en todo el territorio nacional. Fortalecer las capacidades nacionales para el desarrollo de la investigación aplicada, tales como auditorías, tratamiento de puntos críticos, líneas báseles, aplicación de medidas ITS entre otras.

En lo inmediato se deberá:

- Capacitar a los Examinadores de todas las intendencias, acorde a las necesidades que surgirán del Permiso Único Nacional de Conducción. Institucionalizar el Programa COPSEV (Comunidades Promotoras de la Seguridad Vial) en todo el país, consistente en el empoderamiento, transferencia y disseminación masiva de conocimientos básicos en materia de seguridad vial a nivel local, de forma de hacerlo participativo y sustentable.
- Exigir el cumplimiento de todas las disposiciones legales y reglamentarias vigentes en materia de tránsito, dando prioridad inmediata al USO OBLIGATORIO DEL CASCO DE SEGURIDAD HOMOLOGADO EN MOTOCICLISTAS, dada la prevalencia en la gravedad de las lesiones consecuencias de los siniestros con participación de motocicletas y la importancia de su magnitud según demuestran los datos divulgados por el SINATRAN.
- Apoyarla política “cero consumo” de alcohol en la conducción en el tránsito, con la inmediata aprobación de la ley en tratamiento e instrumentar las reglamentaciones necesarias para su aplicación.
- Dar la mayor prioridad a los estudios planteados para poder diseñar, impulsar y desarrollar una política coherente con la anterior, respecto al consumo de otras drogas y al uso de medicación que pueda resultar inadecuada en relación a la conducción de vehículos en la vía pública.

Pilar V.- RESPUESTA TRAS LOS SINIESTROS DE TRÁNSITO

En cuanto a la organización del sistema de respuesta se debe:

- Establecer un sistema integral regionalizado-inclusivo de trauma en todo el país, plenamente incorporado en el SNIS para mejor localizar, coordinar y utilizar los recursos terapéuticos requeridos para el cuidado óptimo de todos los pacientes de trauma, con énfasis en los severos.
- Regular, clasificar los recursos, regionalizarlos, y mejorar y organizar la capacidad de respuesta.

La organización del sistema es una obligación indelegable del ente regulador de la salud (MSP), el que deberá coordinar la complementación público-privada en el más amplio sentido.

Aprovechar la estructura y las experiencias exitosas existentes, tales como la muy operativa y eficaz Red de Trasplantes de Órganos.

- Incorporar los recursos necesarios para la creación y establecimiento de un Servicio de Emergencia Aero Médica (SEAM) dotado de aeronaves adecuadamente equipadas y personal capacitado, integrando él sistema propuesto.
- Establecer un Sistema de Vigilancia de la Injuria por siniestros de tránsito constituyendo un Registro Nacional de Información sobre Trauma, que se articule como base de datos de lesionados al SINATRAN pudiendo reunir todos los aspectos de la siniestralidad y lesividad.
- Hacer especial énfasis en la atención integral a las víctimas y familiares de siniestros de tránsito.
- Exhortara las autoridades a efectuar en forma urgente la reglamentación de la Ley N° 18651 del 19 de febrero de 2010 referente a la PROTECCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- Incluir dentro del SNIS como prestación obligatoria, la atención integral y multidisciplinar de las víctimas de siniestros de tránsito y sus familiares.
- Establecer un cronograma para la creación de Centros de Rehabilitación para la atención posthospitalaria.

En cuanto a los recursos de asistencia se debe:

- Crear un Centro de Trauma del más alto nivel, que sea centro de excelencia y referencia (para designar otros centros de igual o menor nivel).
- Categorizar, regionalizar e integrar los recursos sanitarios en función de las características epidemiológicas de la enfermedad traumática.
- Incorporar la asistencia pre-hospitalaria en las metas prestacionales obligatorias de las instituciones del SNIS.
- La cobertura del servicio pre-hospitalario en las áreas no rentables, sean suburbanas, rurales así como en rutas nacionales, debe ser garantizada por el ente regulador de la salud.
- Incluir en las licitaciones de los sistemas de peaje en las rutas nacionales, la cobertura médica pre-hospitalaria del área cubierta respectiva.
- Establecer el marco regulatorio adecuado para la protección legal del personal destinado a la actividad asistencial.

En cuanto a la capacitación de los recursos humanos:

- Nuestro país cuenta con capacidad formativa suficiente de técnicos en asistencia del Trauma, en todos los niveles. En este contexto se destacan entre otros los postgrados médicos en Emergentología.
- Es necesario establecer un núcleo de profesionales médicos y paramédicos entrenados para liderar la capacitación de los recursos humanos necesarios.

* * *

Luego de las Jornadas, la Academia Nacional de Medicina desarrolló estas conclusiones y recomendaciones en forma más explícita, en un documento oficial que tiene una visión panorámica y pluridisciplinaria sobre este problema en nuestro país en el momento actual.

Las publicó en un librito de 36 páginas, que elevó a todas las autoridades relacionadas con la siniestralidad vial, porque lo considera una herramienta valiosa, útil y actualizada para contribuir eficazmente en la toma de las decisiones que les correspondan para mejorarla situación en esta materia, de la forma más orgánica, coordinada, universal, efectiva y rápida posible.

Y lo divulgó a la opinión pública, para generar una mayor conciencia de la magnitud del problema de la Siniestralidad Vial y, a través de ella, robustecer el proceso educativo tendiente a generar conductas de prevención y lograr el objetivo de “Todo el mundo todo el tiempo” para : **salvar vidas, reducir el número de heridos, y reducir la gravedad de las lesiones y sus consecuencias, a través de la reducción de los siniestros viales, y abatir los importantes costos económicos a nivel país que tiene la siniestralidad vial.**

Enlaces a las principales páginas web que contienen información adicional
Academia Nacional de Medicina. Uruguay:

<http://anm.org.uy>

<http://anm.org.uy/documents/LibroAcademiaNacionaldeMedicinaSiniestralidadVial.pdf>

Unidad Nacional de Seguridad Vial

<http://unasev.gub.uy>

Observatorio Iberoamericano de Seguridad Vial

<http://www.oisevi.org/a/>

Organización Panamericana de la Salud

<http://www.paho.org>

Organización Mundial de la Salud

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/index.html>

Federation Internationale de l'Automobile

<http://www.fia.com/campaign/action-road-safety>

Fondo de Seguridad en la Ruta

<http://www.roadsafetyfund.org/Pages/default.aspx>

Organización Internacional de Seguridad Vial

<http://www.oisevi3.com.ar/oisevi/conclusiones-es.html>

CEPA Safe Drive

<http://www.cepasafedrive.com/es/>

Latin NCAP

<http://www.latinncap.com/es/>

Fundación Gonzalo Rodríguez

http://www.gonzalorodriguez.org/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=32&Itemid=34&lang=es

12.4.- 6 de septiembre de 2013. Jornada con la Academia de Veterinaria sobre Leptospirosis

Se realizó en el Paraninfo de La universidad de la República, de acuerdo al programa que sigue.

15.30 a 17.00- Inscripciones y entrega de materiales

- 17.00 a 17.20 – Palabras del Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina Ac. Hernán Artucio
- Palabras del Sr. Presidente de la Academia Nacional de Veterinaria Ac. Julio García Lagos.
- 17.20 a 17.40 – Epidemiología de Leptospirosis humana en el Uruguay – Dra. Raquel Rosas
- 17.45 a 18.05- Epidemiología y control de la Leptospirosis bovina en el Uruguay, con especial referencia en la zona Este. Dr. Fernando Dutra.
- 18.10 a 18.30- Leptospirosis Bovina: enfermedad, epidemiología y diagnóstico serológico. Dra. Alejandra Suanes.
- 18.35 a 18.50 – Coffee Break
- 18.55 a 19.15- Clínica de la Leptospirosis humana: opciones terapéuticas. Dr. Eduardo Savio
- 19.20 a 19.40- Clínica y patología de la Leptospirosis Bovina con especial referencia a los terneros. Dr. Rodolfo Rivero.
- 19.45 a 20.05- Leptospirosis Humana como zoonosis y su control. Dr. Felipe Schelotto
- 20.10 a 20.45- Mesa Redonda abierta y discusión.
Moderadores Académicos: Roberto Quadrelli y Luis Eduardo Días
Integrantes: Dres. Raquel Rosas, Fernando Dutra, Alejandra Suanes, Eduardo Savio, Rodolfo Rivero, Felipe Schelotto y Alejandro Buzchiazzo.
- 21.00- Brindis de cierre

Para esta Jornada se hizo una publicación con el texto de todas las exposiciones y además del tema: “De los genes a las proteínas en Leptospira: enfoques moleculares en la comprensión de la patogenicidad”, publicación que se repartió entre los concurrentes inscriptos

12.5.- 29 y 30 de octubre de 2013. Jornadas Académicas acerca de la Vulnerabilidad a desarrollar Conductas Adictivas: abordaje y respuestas.

Fueron organizadas por la Academia por la preocupación generalizada acerca de los problemas de salud vinculados a las conductas adictivas y consumo de sustancias psicoactivas, con el propósito de reunir diferentes miradas y opiniones, a fin de contribuir con aportes científicos eficaces para esta antigua problemática.

El grupo de trabajo encargado de organizarlas estuvo integrado por el Académico Guido Berro (Responsable), los Académicos Eva Fogel, Enrique Probst, Antonio Turnes, por los Doctores. Alberto Scavarelli y Fredy da Silva y por el Inspector Principal (R) Julio Guarteche.

Estuvieron destinadas a educadores, profesionales de la Salud, técnicos del área de drogas y de Poder Judicial, Policías, integrantes de las Instituciones de Salud, unidades de emergencias móviles, técnicos en violencia doméstica, comunidades terapéuticas, magistrados.

Las Jornadas se desarrollaron los días 29 y 30 de octubre de 2013 en la Sala Nelly Goitíño del Auditorio Adela Reta del S.O.D.R.E. con el siguiente programa:

MARTES 29 DE OCTUBRE

07.30 – 08.30

Acreditaciones

08.30 -09.00

Ceremonia de Apertura

Invitados:

Presidente de la República Oriental del Uruguay: Sr. José Mujica

Ministro de Educación y Cultura: Dr. Ricardo Erlich

Ministra de Salud Pública: Dra. Susana Muñiz

Ministro de Interior: Sr. Eduardo Bonomi

Ministro de Trabajo y Seguridad Social: Sr. Eduardo Brenta

Presidente de la Suprema Corte de Justicia: Dr. Jorge Ruibal Pino

Presidente de la Junta Nacional de Drogas: Dr. Diego Cánepa

Representante de la OPS en Uruguay: Dr. Eduardo Levcovitz

Presidente de la Academia Nacional de Medicina: Ac. Hernán Artucio

Responsable de la Comisión Organizadora de la Jornada: Ac. Guido Berro

Módulo I

“Diagnóstico de situación: hacia una percepción compartida de la amenaza”.

Presentador: Ac. Guido Berro Coordinación: Dr. Álvaro D´Ottone

09.00 – 09.10 **“Introducción”**

Expositor: Ac. Guido Berro

09.10 – 10.00 **“Diagnóstico de situación”**

Expositor: Dr. Fredy da Silva

La evolución del fenómeno del consumo de drogas en el Uruguay. Conceptualización y criterios.

10.00 – 10.50 **“Una visión desde la seguridad pública “**

Expositor: Inspector Principal Julio Guarteche

10.50 – 11.15 **Café**

11.15 – 12.05 **“Hacia una percepción compartida de la amenaza”**

Expositor: Dr. Alberto Scavarelli

12.05 – 14.00 **Intervalo**

Módulo II

“La vulnerabilidad a desarrollar conductas adictivas “

Coordinación: Ac. Eva Fogel

14.00 – 14.30 **“¿Qué es la vulnerabilidad? ¿Qué se entiende por conductas adictivas?”**

Expositor: Ac. Enrique Probst

14.30 – 16.00 **Mesa Redonda: Aspectos biológicos: genética, desarrollo neurológico. Maduración de las diversas estructuras y patologías perinatales**

Coordinación: Ac. Enrique Probst

Expositores: Dr. Álvaro D´Ottone

Dr. Pablo Fielitz

Dra. Cecilia Scorza

16.00 – 16.30 **Café**

Coordinación: Ac. Eva Fogel

16.30 – 17.15 **Conferencia: Aspectos psicobiológicos: desarrollo temprano, factores de riesgo y de protección**

Dra. Raquel Zamora

17.15 – 18.00 **Conferencia: Problemática del uso de drogas en el deporte. Abordaje científico de la prevención ante la vulnerabilidad del sector.**

Dr. José Veloso

18.00 – 18.45 **Conferencia: Aspectos éticos y filosóficos**

Ac. Omar França

MIÉRCOLES 30 DE OCTUBRE

Módulo II – 2da. parte

“La vulnerabilidad a desarrollar conductas adictivas “

08.30 – 10.30 **Mesa Redonda: Aspectos sociales: microsociales, macrosociales y políticas Públicas**

Coordinación: Dr. Alberto Scavarelli

Expositores: Ps. Eliseo González

Ps. Miguel Hernández

Fiscal Dr. Gustavo Zubía

Ministro SCJ Dr. Ricardo Pérez Manrique

Dr. Alberto Scavarelli

10.35 – 11.05 **Conferencia**

Prof. Dr. Duarte Nuno Vieira (Portugal)

11.10 – 11.40 **Conferencia Medidas preventivas de la drogadicción en México**

Dr. Alfredo López Valle (México)

11.40 – 12.10 **Café**

12.10 – 12.40 **Conferencia**

Dr. Alfredo Miroli (Argentina)

12.45 – 13.15

Conferencia Dr. Marlon Alexis Oviedo Ramírez (Ecuador)

13.15 – 13.45

Conferencia Drogadicción en la Argentina

Dr. Francisco Fama (Argentina)

13.45 – 14.30 **Intervalo**

Módulo III

“Posibilidades de intervención precoz: herramientas terapéuticas y políticas públicas”.

14.30 – 16.30 **Mesa Redonda: La Vulnerabilidad como problema de salud ocupacional.**

Coordinación: Ac. Antonio Turnes

Expositores:

- Dr. Fernando Tomasina, Decano de la Facultad de Medicina

- Representante de la OPS
- Representante del BSE
- Juan Andrés Roballo, Inspector General del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- Representante de ANCAP
- Representante de CONAPROLE
- Representante de UTE

16.30 – 16.40 Clausura

Ac. Hernán Artucio – Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Ac. Guido Berro – Responsable de la Comisión Organizadora

Dr. Alberto Scavarelli – Integrante de la Comisión Organizadora

12.6.- Relacionamiento y actividades con la Academia de Ciencias

Se formó un Grupo de Trabajo integrado por los Acs. de Medicina Hernán Artucio, Eduardo Wilson y Nelson Mazzuchi y por los Acs. de la Academia de Ciencias Guillermo Dighiero, Omar Macadar y Rafael Radi.

Se realizaron reuniones regulares y se programa para el año 2014 un encuentro sobre investigación que culmine en un proyecto de ley sobre Investigación en Salud que cree una entidad única rectora de la investigación en salud que regularice y simplifique la presentación de proyectos y adjudique fondos para los mismos. Se ha invitado a estas reuniones a todos los posibles interesados para preparar una reunión tipo mesa redonda o seminario para el año próximo.

13.- XXXIV REUNIÓN CONJUNTA DE ACADEMIAS DE MEDICINA DEL PLATA

Se realizó en Montevideo, en el Auditorio de la Torre de las Comunicaciones de AN-TEL, el 22 de agosto de 2013.

Concurrió una nutrida delegación de la Academia de Medicina de Buenos Aires.

En buena parte estuvo integrada con el primer día de las Jornadas de Siniestralidad Vial organizadas por la Academia Nacional de Medicina y el Ministerio de Educación y Cultura y co-organizadas por la UNASEV (Unidad Nacional de Seguridad Vial), el Automóvil Club del Uruguay y la Fundación UNITRAN.

El programa de actividades fue el que sigue.

ACTIVIDAD ACADÉMICA

09.00 - 09.30 Acto de apertura

Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay

Ac. Hernán Artucio

Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires

Ac. José A. Navia

Homenaje de la Academia Nacional de Medicina de Uruguay a los Académicos Bonaerenses Dr. Fortunato Benaim y Abraam Sonis por el continuado y fecundo apoyo prestado a los médicos uruguayos respectivamente en Asistencia a los quemados, y en Medicina Sanitaria y administración de salud.

09.30 -10.00 Homenaje al Ac. Aníbal Sanjinés

Ac. Emérito Milton Mazza

10.00 -10.30 Conferencia Homenaje al Ac. Juan M. Ghirlanda Ac. Miguel Podestá (Buenos Aires)

10.30 -11.00 Café

11.00 -11.30 Conferencia

“Alteraciones del equilibrio del adulto mayor”

Ac. Hamlet Suárez

11.30 -12.00 Conferencia

“La enfermedad Trauma y Seguridad Vial en Argentina” Ac. Jorge Neira (Buenos Aires)

12.00-13.00 Sesión plenaria conjunta privada de ambas Academias.

En la misma se trataron los siguientes temas:

1.- Informe de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay.

El Secretario General, Ac. Eduardo Wilson, informó sobre lo actuado en resoluciones, decretos, leyes que fueron dictados como consecuencia de la actividad de la Academia.

2.- Informe de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires

El Ac. Jorge Neira informo sobre la relación con la Academia de Derecho y de Ciencias Morales y Políticas

3.- Propuesta de temas para la reunión de agosto de 2014 en Buenos Aires

- Accidente cerebrovascular isquémico y hemorragia

- Embolismo cerebral en arritmias

- Patología de la tercera edad

- Diabetes

- Medicina Translacional

- Terapia con células madre

- Repercusión en la salud humana de los productos agroquímicos

- Aspectos ambientales. Contaminación acústica, electromagnética, radiante.

- Infarto agudo de miocardio

La lista no impide proponer otros temas.

Ambas academias aportarán sus respectivas experiencias, por lo que cada Academia elegirá dos temas y se los comunicará a la otra Academia, tratando entre ambas de consensuar sus propuestas.

4.- Reuniones con la Academia de Brasil

El Ac. Artucio expresó su deseo de que no se pierda la tradición de las reuniones de las Academias del Plata.

El Ac. Wilson sugirió que cada 3 años se puede realizar una reunión con la Academia de Brasil y otras.

A la próxima reunión de cónclave en Niteroi concurrirá un académico uruguayo.

5.- Otros temas

El Ac. Probst propuso que se reflexione sobre aspectos de la Medicina que se van perdiendo, sobre “la silla” en relación con la comunicación entre paciente y médico.

Función y Actualización de las Academias. El Ac. Navia, refirió que la Academia de Medicina de Buenos Aires tomó la certificación y recertificación de especialidades juntamente con el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Opina que la relación médico-paciente es un tema que debe ser encarado

El Ac. Peña señaló la importancia del tema de certificación y del vínculo entre las Academias, que favorece un intercambio vital.

El Ac. Martí propuso que se nombre uno o dos académicos a cargo de la comunicación que se realizará a intervalos de un mes. El Ac. Navia propuso que el encargado de la Academia de Medicina de Buenos Aires sea el Ac. Larguía.

14.00 El Presidente de la Academia de Medicina de Buenos Aires Ac. José A. Navia integró el panel que presidió el acto de apertura de las Jornadas de Siniestralidad Vial.

19.00 Conferencia en las Jornadas de Siniestralidad Vial. Ac. Fortunato Benaim (Buenos Aires)

“Incendio vehicular como consecuencia de siniestros viales. Asistencia a las víctimas”.

Participación en el Taller Vehículos más seguros.

Ac. Jorge Neira (Buenos Aires)

ACTIVIDAD SOCIAL Y DE CONFRATERNIDAD

13.00 Cocktail

21.00 Cena de camaradería en el Club de Golf

HOMENAJE AL ACADÉMICO ANÍBAL SANJINÉS BROS (1917-2011)

Reseña biográfica

Aníbal Sanjinés Bros fue un destacado cirujano cardiovascular y torácico de Uruguay.

Nació en Montevideo 1917 en una familia de ascendencia vasca y catalana. Su padre era dueño del prestigioso Hotel España, ubicado en el centro de Montevideo.

Cursó la enseñanza primaria y secundaria en distintas instituciones.

Su vocación médica demoró en definirse; llegó a ella luego de plantearse la carrera militar, y la arquitectura. En su formación profesional se nutrió con el ejemplo directo de grandes figuras de la Facultad de Medicina de entonces: Horacio García Lagos, Jorge Dighiero, Juan Carlos Del Campo, Abel Chi-



fflet, Raúl Piaggio Blanco y Fernando Herrera Ramos, con el que luego compartió largos años de trabajo en la Academia Nacional de Medicina.

Se graduó en noviembre de 1947.

Fue Jefe de Clínica y Asistente en la clínica quirúrgica del Profesor Juan Carlos Del Campo.

Por sugerencia de Raúl Piaggio Blanco y Jorge Dighiero, se especializó en cirugía cardíaca en la Clínica del Hospital Hahnemann de Filadelfia, que dirigía uno de los pioneros de esta especialidad: el Profesor Charles Bailey (1911-1993). Allí sucesivamente realizó cirugía experimental, hizo la residencia, y fue Jefe de Residentes.

De regreso en Uruguay, hizo sus primeras cirugías cardíacas valvulares en los hospitales Maciel y Pasteur y operó una serie considerable de pacientes con quistes hidáticos cardíacos.

Una vez inaugurado el Hospital de Clínicas, junto a Roberto Rubio y Juan Carlos Abó, integró su primer equipo de cirugía cardíaca, que realizó operaciones a corazón abierto inicialmente bajo hipotermia y, luego de la estadía en Uruguay del Profesor Clarence Crafoord y su equipo, bajo circulación extracorpórea.

En 1963 Sanjinés decidió dedicarse exclusivamente a la cirugía torácica.

Mantuvo su vinculación con la cirugía cardíaca estadounidense, y realizó visitas a sus principales centros, entre ellos los de Houston, San Francisco, y Rochester (Clínica Mayo).

A la muerte de José Luis Roglia, otro pionero de la cirugía cardíaca en Uruguay que actuaba en el Hospital Italiano, el equipo de Abó, Rubio y Sanjinés, pasó a operar también en ese hospital.

Paralelamente Sanjinés actuó en el Servicio de Cirugía Torácica en el Hospital Saint Bois, dirigido por Víctor Armand Ugón, donde inicialmente también hizo cirugía cardíaca, y luego se extendió a la cirugía pleuropulmonar y mediastinal y, en especial, a la de la hidatidosis pulmonar.

Su interés por esta enfermedad se manifestó en su concurrencia a numerosos congresos mundiales de Hidatidología y, entre 1985 y 1990, en que presidió la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis.

También fue Presidente de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa.

Ingresó a la Academia Nacional de Medicina en 1986 ocupando el sitial número 19 en sustitución de Mario Rius. Fue Secretario de la misma durante cinco períodos consecutivos (1992 – 2001), caso único en la historia de la institución, que pone de manifiesto su amor y entrega a la misma.

Tuvo una vida muy larga, en la que hasta las últimas etapas conservó una destacable capacidad física, e intacta su capacidad intelectual.

Falleció en Montevideo el 24 de noviembre de 2011 a los 93 años.

* * *

La Academia Nacional de Medicina decidió realizarle un homenaje acorde a la importancia de su actuación y por ello eligió hacerlo durante las XXXIV Jornadas Conjuntas de las Academias de Medicina de Plata.

En esa ocasión el Académico emérito Milton Mazza lo recordó con las palabras que se transcriben a continuación.

Académico Emérito Milton Mazza. Evocación-homenaje al Ac. Aníbal Sanjinés Bros.

Señoras y Señores Académicos.
Señoras y Señores.

Nada más justo, en el ámbito de una Reunión Conjunta de las Academias del Plata, iniciadas en Buenos Aires en 1978, que recordar a quien fuera uno de sus miembros más dedicados y generosos, el Académico Aníbal Ulises Sanjinés Bros.

Le agradezco a la Academia Nacional de Medicina de Uruguay que me haya confiado esa misión, que cumpla con especial emoción y recogimiento, en razón de la particular estima y gratitud que siento hacia él.

Yo quería y sigo queriendo mucho a Aníbal.

Su imagen y su figura reaparecen en mi memoria involuntaria en las más variadas circunstancias.

Dije que tomaba la palabra con emoción y melancolía. Estos efectos toman origen en algo muy simple: todos queríamos mucho a Aníbal.

¿Por qué era justo y natural que quienes lo frecuentábamos sintiéramos cariño por su especial personalidad?

Es la pregunta a la que intento responder ahora. Para poder hacerlo es que acepté complacido evocarlo en este acto. Me satisface mucho responder bien a esa pregunta. En esa respuesta, al servicio de la cual deben ponerse toda la inteligencia y toda el alma, se juega la coincidencia de lo aquí dicho con la auténtica verdad de su existencia. Se necesita candor y amor. Espero así poder rescatarlo por un momento del fatal olvido al que la muerte nos conduce a todos. Traerlo, si fuera posible, a la presencia real mediante la reproducción imaginaria y la reminiscencia. Es bueno, es justo, así debe ser.

Sanjinés jamás volverá a estar en este mundo en carne y hueso, pero sí en nuestra memoria y nuestro corazón.

Conocí a Aníbal durante mi pasaje como Practicante Interno en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint Bois. Él integraba el staff de cirujanos que dirigía Víctor Armand Ugón.

Lo había visto por primera vez cuando yo concurría al piso 18 del Hospital de Clínicas, y a través de los vidrios del mirador, contemplaba fascinado operaciones de cirugía cardíaca en las que él participaba junto a Abó, Rubio y otros colegas. Eran los años 1955-56.

Lo veía también en algunas reuniones clínicas en la Clínica Quirúrgica del Profesor Abel Chifflet en la que me desempeñé como Practicante Externo. Practicante Interno y Jefe de Clínica.

¡Qué hermosos tiempos!

Me impresionaban vivamente su figura de lord inglés, su inquietud, su dicción nerviosa, ansiosa de hacerse comprender sin error, y su infaltable pipa.

Muchos años después, lo encontré en la Academia, donde actuaba como Secretario durante la presidencia del Académico Alfredo Navarro. De entrada se generó un vínculo afectuoso entre nosotros.

Compartimos siempre una particular preocupación por el asunto de la Colegiación Médica. Sanjinés trabajó mucho, como siempre con modestia y lejos de los primeros so-

nes, en favor de ella. La Academia y Sanjinés trabajaron con entusiasmo en el objetivo de lograr la sanción de la Ley de Colegiación. Como ya lo intuíamos en aquel momento, esos esfuerzos no han sido nunca reconocidos. Yo creo que tuvieron un significado importante y determinante. Sanjinés fue un campeón en su entusiasmo en favor de la Colegiación y trabajó con un desinterés y una generosidad admirables.

Entre nosotros se generó un afecto respetuoso y valioso.

Alguna vez lo visité en su apartamento de la calle Soriano, que compartía con su esposa la Doctora María Julia Salsamendi, excelente anestésista y ejemplo de dignidad personal y profesional. Allí conocí a la fiel y espléndida Señora Judith, que lo acompañó y cuidó en sus últimos años en Punta del Este, con dedicación admirable.

Después hablé alguna vez por teléfono con él, y lo vi por última vez en una reunión posterior en la Academia. Después murió, el 24 de noviembre de 2011, a sus 93 años.

También se han ido Roberto Rubio y Juan Carlos Abó, queridísimos maestros y amigos, que junto a Sanjinés crearon la moderna cirugía cardíaca uruguaya. Los tres excelentes, cada uno a su manera.

Recibido de médico en 1947, Sanjinés fue un destacado cirujano cardíaco y torácico. Se inició como cirujano general en la Clínica del Profesor Juan Carlos Del Campo, desempeñándose como Jefe de Clínica. Permaneció largo tiempo en importantes centros de cardiocirugía en Estados Unidos de América y después de extraordinarios periplos comenzó, junto a Abó y Rubio a operar a corazón abierto y a configurar de modo decisivo y definido el ámbito de la especialidad. En los últimos años de actividad profesional practicaba exclusivamente cirugía torácica. Fue un cirujano responsable, sensato y de gran conciencia, siempre tremendamente preocupado por sus actos en el quirófano, como de una cuidadosa y humanísima atención a sus pacientes en pre y postoperatorio. Todo su desempeño profesional fue siempre de una gran dignidad y conciencia.

Pero lo que más me importa y apremia es recordar a Sanjinés como persona, como persona, claro, porque no es suficiente pertenecer a la especie humana para por ese acto absolutamente contingente justificar que también uno sea persona.

La persona tiene que ver con lo que hay de espíritu en la carne que también somos.

Aníbal fue un hombre bueno, generoso, sencillo. El egoísmo y el narcisismo le eran ajenos. En la Academia se le extraña mucho, pero a mí me parece, cada vez que voy a la Academia, que Sanjinés está allí entre nosotros. Sanjinés se confunde con la Academia, que tanto quería y por la que tanto se preocupaba.

Debo decir algo personal con la única intención de exaltar, si es posible más, la grandeza de su persona.

Recién yo ingresado a la Academia se hizo el más entusiasta promotor de mi designación como presidente de la misma, con un afecto, admiración en cierto modo, que no olvidaré jamás. Y quiso ser, con enorme sencillez y grandeza, mi secretario.

La elegancia con que se conducía siempre, con simplicidad y galanura, siempre me pareció espléndida.

Tenía un gran corazón. Era un sentimental y muy emotivo y las lágrimas le venían a los ojos con facilidad, lo que generaba en su interlocutor un sentimiento de mucha ternura y simpatía.

Tenía buen humor y hasta sus últimos días supo disfrutar, ya muy limitado, de las cosas sencillas de la vida, con una prestancia conmovedora.

Ese es mi Sanjinés, y seguramente también el de aquellos que lo frecuentaban. Es el que se nos aparece de improviso en una reunión académica, cuando una frase, una expresión, una cierta actitud de alegría, o las características de un determinado asunto en discusión, hacen reaparecer en nuestra imaginación representativa la figura de Aníbal, como si estuviera allí, presente. Y lo volvemos a ver tal como era, tal como se vestía, tal como se acomodaba en su asiento, y recordamos la emoción que lo dominaba al tomar la palabra y cómo, con un anhelo ansioso y honrado intentaba convencer al auditorio de la veracidad y legitimidad de sus ideas.

En esa manera de hablar tan generosa, tan sana, tan preocupada, se mostraba Aníbal de tal bonhomía, que aún en el desacuerdo uno no podía menos que valorarlo y quererlo.

Aníbal reunía en su persona una serie de virtudes que sólo me limitaré a mencionar, y que sólo en su mención ya son capaces de generar un significado visible: prestancia, dignidad, integridad, modestia, bondad, ingenuidad, reflexión, pasión, sufrimiento ante lo que creía era el mal.

Sanjinés nos mostró una tendencia, un apuntar hacia el bien, que es el anhelo infinito del espíritu cuando es tal.

Si mantenemos en la memoria a Aníbal, si logramos aprehender la significación de su trayectoria, ello nos ayudará a sostener el deseo y la esperanza de una vida que se dirija hacia la única trascendencia racional posible: la de un sentido y una lucidez cada día mayor de la propia existencia y su inserción en el mundo alentado por una anterioridad del Bien que debe precedernos y destinarnos.

Aníbal: los académicos rioplatenses te recuerdan siempre y te dan las gracias por haber estado entre nosotros.

14.- PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2013 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN EL AÑO 2012)

Fueron otorgados a los siguientes trabajos:

GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA.

Se presentaron seis trabajos; todos cumplían con los requisitos reglamentarios de la Academia. El Tribunal estuvo integrado por los Académicos Artucio, Romero, Peña, Médici y Berro. Luego de una exhaustiva consideración decidió que, dada la calidad de los trabajos, debían otorgarse dos Premios.

El Primer Gran Premio Nacional de Medicina se otorgó al trabajo:

“INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA MUJER EMBARAZADA Y EN EL NIÑO, 23 AÑOS DE ACTIVIDAD” de los Dres. Jorge Quian, Stella Gutiérrez, Virginia González, Ana Visconti, Elena Bernadá, Hugo Dibarbouré Rossini, Ramón Alvarez, Silvia Güimil, Virginia Gaicano, Nora García, Miriam de León, Lisette Collazo, Marta Lioni y Cecilia Murialdo.

Por su continuidad, su rigor, su carácter prospectivo e interinstitucional y sus resultados.

El segundo Gran Premio Nacional de Medicina se otorgó al trabajo:

“REPERCUSIÓN EN EL NEURODESARROLLO INFANTIL DEL CONSUMO DE ALCOHOL, COCAÍNA Y DEPRESIÓN MATERNA. ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA” de los Dres. Mario Moraes Castro, Gabriel González Rabelino, Claudio Sosa Fuertes, Eleuterio Umpiérrez, Andrea Ghione. Silvia González, Adriana Bocaratto, Sandra Berta, María José Alcántara, Silvia Galípolo, Verónica Batista, Cristina Scavone y Daniel Borbonet.

Por la seriedad en la elaboración del protocolo, su sometimiento al Comité de Ética de la Facultad de Medicina, su carácter prospectivo, el rigor en el seguimiento de los pacientes, la puesta a punto de análisis de meconio en nuestro país, el trabajo conjunto de las Cátedras de Neonatología, de Ginecología y de Neuropediatría y de la Facultad de Química y los múltiples apoyos institucionales.

PREMIO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

“INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS AGRÍCOLAS Y VETERINARIOS EN EL URUGUAY” de los Dres. L. Taran, C. Ortega, A. Laborde, J. Mallet, R. González, D. Pose, A. Negrín, R. de Souza Viera, S. Couío, M.J. Molí y A. Sosa.

PREMIO DIARIO “EL PAÍS”

“NUTRICIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO, FUNDAMENTOS PARA UNA OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA” del Dr. Alvaro L. Ronco.

La entrega de premios se realizó el jueves 15 de agosto de a las 18.00 horas, en ceremonia pública realizada en el Salón de Actos de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, de acuerdo al siguiente programa

GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA.

- Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Ac. Hernán Artucio.
- Palabras del Ac. José L. Peña en representación del Tribunal.
- Palabras del Sr. Representante del Ministerio de Educación y Cultura, Dr. Omar Macadar, quien entregará diplomas.
- Gratificaciones a cargo del Presidente de la Asociación de Laboratorios Nacionales, Dr. Alfredo Antia.
- Palabras del Dr. Jorge Quian en representación del equipo ganador del Primer Gran Premio.
- Palabras del Dr. Mario Moraes Castro en representación del equipo ganador del Segundo Gran Premio.

PREMIO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

- Palabras de la Ac. Eva Fogel de Korc en representación del Tribunal.
- Palabras de la Dra. Amalia Laborde en representación del equipo ganador del Premio.
- Entrega de premios y gratificaciones por el representante del Ministerio de Salud Pública.

PREMIO DIARIO “EL PAÍS”.

- Palabras del Ac. Mario Varangot en representación del Tribunal.

- Palabras del Dr. Alvaro Ronco.
- Entrega del diploma correspondiente por el representante del Diario “El País”.

15.- LLAMADO A PREMIOS CORRESPONDIENTES A 2013

En el mes de diciembre de 2013 se anunció públicamente el llamado a los siguientes premios, que realizará la Academia en el próximo año.

1º) “GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA” (37º EDICIÓN).

Patrocinado por la Asociación de Laboratorios Nacionales.

Para trabajos que se ajusten a lo que establece el Artículo 1.1 del Reglamento General de Premios, sin limitación temática.

Dotación \$ 75.000 (setenta y cinco mil pesos uruguayos).

2º) PREMIO “EL PAÍS”.

Patrocinado por el Diario “El País”.

Para trabajos que se ajusten a lo que establece el Artículo 1.1 del Reglamento General de Premios, sin limitación temática.

Se premia con la impresión del trabajo ganador.

3º) PREMIO “MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA”.

Patrocinado por el Ministerio de Salud Pública.

Para trabajos que se ajusten a lo que establece el Artículo 1.1 del Reglamento General de Premios, limitados a cualquier área o aspecto de la gestión de Salud Pública.

Dotación: \$ 50.000 (cincuenta mil pesos uruguayos).

4º) PREMIO “PROF. DRA. LAURA RODRÍGUEZ JOANICÓ”.

Patrocinado por la Fundación Laura Rodríguez Joanicó.

Para trabajos que se ajusten a lo que establece el Artículo 1.1 del Reglamento General de Premios, limitados a cualquier área o aspecto del trasplante renal.

Dotación: \$ 40.000 (cuarenta mil pesos uruguayos).

5º) PREMIO INTERNACIONAL “VÍCTOR Y CLARA SORIANO”.

Patrocinado por la Fundación Víctor y Clara Soriano.

Para trabajos que se ajusten a lo que establece el Artículo 1.1 del Reglamento General de Premios. De acuerdo a la rotación temática trienal que establecen sus Bases Especiales, en esta oportunidad están limitados a cualquier área o aspecto de la Medicina Interna.

Dotación: U\$S 10.000 (diez mil dólares estadounidenses).

De acuerdo al nuevo Reglamento General de Premios, el plazo de inscripción se fijó desde el primer día hábil de marzo de 2014 hasta el último día hábil de agosto de 2014.

16.- DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS

16.1.- Ac. José Luis Peña

El 18 de octubre de 2013, en el marco del XXIX Congreso Uruguayo de Pediatría, se realizó una ceremonia en la que el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Prof. Dr. Fernando Tomasina le hizo entrega del título de Profesor Emérito de dicha casa de estudios.

16.2.- Ac. Henry Cohen

En 2001, el Ac. Henry Cohen fue invitado a formar parte de la WGO, la organización más importante del mundo en esta especialidad.

En los años siguientes sucesivamente fue Secretario por dos periodos consecutivos y Vicepresidente.

En 2011 fue designado Presidente, una distinción y una responsabilidad muy significativas.

Desempeñó dicho cargo durante el bienio 2012 – 2013.

Durante su gestión, la Organización continuó con el énfasis puesto en la educación y el entrenamiento de los gastroenterólogos en todo el mundo, en especial en los países emergentes, a través de varios programas, uno de los cuales es la creación de centros de entrenamiento, dieciséis en la actualidad, de los que la mitad están en Latinoamérica. Son centros que ya existían, pero que la WGO reconoce que allí hay un líder interesado en la educación de los gastroenterólogos, con un buen equipamiento y material humano, y que está dispuesto a enseñar y entrenar a jóvenes.

Como logros particulares, bajo la presidencia del Ac. Cohen, la WGO conservó a sus miembros de países importantes, integró a otros cuatro países entre ellos China, diseñó un programa de entrenamiento de los líderes, algunos de los que se llevaron adelante en idiomas diferentes al inglés, se desarrollaron nuevas guías clínicas (actualmente son veinticuatro) y se desarrolló el Día Mundial de la Salud Digestiva.

En setiembre de 2013, en el Congreso Mundial de la WGO, realizado en la ciudad de Shanghai, el Ac. Cohen entregó la presidencia a su sucesor, James Toouliun, respetado cirujano bariátrico y Profesor Emérito de Cirugía de la ciudad de Adelaida (Australia).

17.- ACTIVIDADES CON EL COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY

La Comisión de Educación Médica, integrada por los Ac. José Luis Peña, Juan Carlos Bagattini, Carlos Romero, Asdrúbal Silveri y Elena Fosman, a través de sus representantes Ac. Peña y Romero en el Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP) integrado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Facultad de Medicina (FM), Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Federación Médica del Interior (FEMI) y la Academia Nacional de Medicina (ANM), ha colaborado con el Colegio Médico del Uruguay (CMU) en la planificación de un proceso de recertificación-relicencia con la finalidad de actuali-

zar conocimientos y destrezas en el universo de médicos a fin de contribuir a la mejora de la salud de la población. Entendiendo que se había congelado en esferas del gobierno el proceso de aprobación del proyecto de Ley de Educación Médica elaborado por el GTIP, se optó por coordinar con el CMU los esfuerzos tendientes a lograr la recertificación, ya que por su ley de creación, el CMU es responsable de la educación médica permanente. Este cambio de estrategia contó con la aprobación del Plenario de la ANM. El trabajo conjunto se está cumpliendo a través de cuatro grupos de trabajo: Acreditación, Evaluación, Formación de Recursos Humanos y Financiación. El día 3 de diciembre, coincidiendo con la conmemoración del Día del Médico, se realizó una conferencia de prensa en la sala de Actos del MSP que contó con la presencia de la Ministra Susana Muñiz y el subsecretario Prof. Leonel Briozzo, el presidente del CMU, Prof. Jorge Torres, el Decano de la FM, Prof. Fernando Tomasina, el presidente de FEMI, Dr. Carlos Cardoso y el Secretario del SMU, Dr. Gustavo Grecco, en la que se difundió la intención de avanzar en el proceso de recertificación durante el año 2014.

En el documento al respecto elaborado por el CMU constan extractos de las opiniones de los representantes de la ANM: “Recertificación médica significa más profesionalismo, mejor calidad de atención y mejor relación médico-paciente” (Ac. Peña) y “Para lograr una mayor eficiencia en ese proceso (de actualización) es necesario que se organice un sistema de desarrollo profesional que, por otra parte, y para garantía de la sociedad, sea capaz de evaluar y documentar esa actualización. Lo que ahora es anárquico y parcial debe organizarse y universalizarse a todo el cuerpo médico” (Ac. Romero).

18.- PUBLICACIONES

Durante el año 2013 se completó la redacción y la publicación de los Boletines de la Academia de los años 2011 y 2012, y la redacción del Boletín de 2013 que será publicado el año 2014.

19.- COMITÉ DE DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO

Durante 2013, las actividades de la ANM en esta área se desarrollaron en el ámbito del Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP), ahora dinamizado por el Colegio Médico del Uruguay, que a sugerencia de la Academia conformó una Comisión Honoraria Colegio Médico – GTIP (integrada por cinco representantes del Colegio, otros tantos del GTIP y un representante de las sociedades científicas), cuyo objetivo es planificar y organizar actividades de re-acreditación médica (incluyendo planes y programas, modalidades educacionales y procedimientos de evaluación) para mantener e incrementar conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionales con sus correspondientes componentes éticos.

Si bien la ANM no tiene la trascendencia y poderío de otras Academias, hizo numerosas propuestas: estrategias, formación de recursos, acreditación de instituciones y activi-

dades, recertificación médica, sistema de evaluación y auditoría y su opinión siempre es escuchada y considerada.

En abril de 2013 en la Comisión Colegio Médico – GTIP se crearon cuatros grupos de trabajo, relacionados a: - Formación de recursos humanos – Acreditación de instituciones y actividades educativas – Recertificación médica – Sistema de evaluación y auditoría de actividades educativas.

En el grupo sobre Formación de Recursos Humanos, la ANM estuvo representada por el Ac. Carlos Romero, y en el de Sistema de evaluación y auditoría de actividades educativas, por el Ac. José L. Peña.

20.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LOS MIEMBROS (LIBROS, CAPÍTULOS DE LIBROS, PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OTRAS ACADEMIAS)

En el año 2013 los miembros de la Academia publicaron cinco libros y varios capítulos de libros, y además participaron en actividades de otras academias.

20.1.- “Una breve historia de la Oftalmología y sus tiempos”.

Su autor es el Académico y Presidente de Honor de la Academia, Profesor Antonio Borrás.

En un libro de 332 páginas publicado en julio de 2013 por la Editorial Artemisa, el Ac. Borrás en base a una impresionante bibliografía de más de 900 referencias, pero sobre todo en base a su profundo conocimiento de la especialidad, a su dilatada y sólida experiencia en el ejercicio de la misma, y a su extensa cultura, con un lenguaje sobrio, preciso y elegante que lo caracteriza, tiende una visión panorámica sobre la historia de ésta.

El texto propiamente dicho del libro se organiza en tres grandes capítulos. El segundo, que se refiere específicamente la historia de la Oftalmología, se subdivide en cuatro partes que respectivamente describen datos generales, una síntesis histórica, la historia de la Oftalmología, y la Historia de la Oftalmología por sectores.

El libro finaliza con un epílogo, un capítulo sobre léxico médico, y la lista de referencias bibliográficas.

Se trata de un libro muy completo, que pese a la enorme cantidad de información no pierde su carácter de ameno, lo que hace que rápidamente establezca una relación amigable con el lector.

Sin duda será muy útil no sólo para los jóvenes médicos que se inician en la especialidad, sino también para historiadores y, en general, para todos los interesados en la historia.

Pero sobre todo se trata de un libro singular, probablemente único o con muy pocos que se le asemejen, pues para escribirlo es necesario poseer las condiciones también singulares que reúne el Ac. Antonio Borrás.

20.2.- “El Chumbo Ríos. Ética, coraje, humanidad. Guaymirán Ríos Bruno (1928-2004)”.

Es una obra de 438 páginas, profusamente documentada, del Ac. Antonio Turnes, publicada por Ediciones Granada en setiembre de 2013.

En ella en forma clara y completa, a través de documentos y testimonios surgen la vida y obra del Dr. Ríos, en sus facetas personales, familiares, de humanista, de gremialista y las profesionales como cirujano, docente universitario, anatomista, emergencista y médico forense.

El libro satisface la necesidad de revelar en forma completa la riqueza de la existencia y la trascendencia de las acciones de un personaje importante de la Medicina nacional desaparecido hace menos de una década.

20.3.- Medicina Legal, Derecho Médico y Aspectos Bioéticos.

Autores: Berro Rovira Guido, y colaboradores, Montevideo, mayo 2013, 719 páginas.

En la Asamblea Plenaria del 26 de Septiembre de 2013, el Ac. Antonio Turnes comentó el libro de esta manera:

Se ha presentado hace dos meses el libro de MEDICINA LEGAL de que es autor el Ac. Guido Berro, y que nos proponemos comentar brevemente, a modo de presentación.

Se trata de un libro voluminoso, de 720 páginas, cuidadosamente editado por la Fundación de Cultura Universitaria, una editorial que se especializa en obras para los cultores del Derecho. En su tapa luce la reproducción de La Lección de Anatomía Willem de van der Meer (del pintor holandés Janzoon van Miereveld, de 1617). Contiene numerosas ilustraciones de diferentes autores extranjeros así como reproducciones del Manual de Medicina Forense de A. Ponsold, de 1955, que le obsequiara el Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno.

El público objetivo estará, sin duda, entre los médicos y estudiantes de Medicina, pero también entre los profesionales del Derecho y los Magistrados.

Viene precedido de dos prólogos, uno del Dr. Luis Alberto Kvitko, ex profesor titular de Medicina Legal y Deontología Médica de la UBA, y otro del Prof. Dr. Dardo Preza Restuccia, de nuestra Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UDELAR y destacado Miembro de los Tribunales de Apelaciones en lo Penal.

En mi concepto se trata de un libro moderno y actualizado. A través de los numerosos aportes de autores especializados (un total de 33), se abordan en 45 capítulos, con idoneidad poco común, aspectos hasta ahora no incluidos en los tratados de Medicina Legal: Aquí intervienen Anestesiólogos, Ginecólogos y Obstetras, Cirujanos, Genetistas, ORL, Pediatra, Psiquiatras, numerosos médicos legistas, Magistrados y Abogados, nacionales y extranjeros. También hay colaboraciones de una Antropóloga Forense, una Licenciada en Biología Humana y otra Licenciada en Registros Médicos.

A diferencia del tratado más conocido del autor argentino NERIO ROJAS, miembro de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, el trabajo del Ac. Guido Berro es una actualización de los temas más relevantes para el mundo actual.

En sus 45 capítulos aborda los temas más diversos. Todos los clásicos, pero sobre todo los de mayor actualidad e interés como:

- Los aportes de la Genética Médica y la relación del ADN como ayuda en las pericias.

- Los de Antropología Forense en los que el autor y la colaboradora han realizado importantes hallazgos en sus trabajos de identificación de restos hallados en el marco de la Comisión para la Paz, generada por el Presidente Jorge Batlle en el año 2000.
- Las diferentes formas de la muerte: violentas, homicidios, suicidios, muerte rápida, lenta, agonía, premoriencia y conmoriencia, aportando claros conceptos y estadísticas actualizadas en materia de suicidios, tema de gran importancia médico legal como problema de salud pública, lamentablemente poco transitado por las autoridades y la docencia.
- Los certificados médicos y sus variantes: de aptitud psicofísica para la expedición y vigencia del título de habilitación para la Adquisición y Tenencia de Armas (THATA), el de defunción, con frecuentes áreas ignoradas que pueden ser objeto de problemas judiciales para los médicos jóvenes.
- La violencia, el maltrato infantil y la violencia sexual, tanto en los aspectos periciales de la víctima como del victimario.
- Los aspectos médico-legales de la reproducción asistida y el aborto.
- Los siniestros de tránsito, incluyendo la ebriedad etílica, la valoración médico legal del daño a la persona y la baremología médica, comprendiendo las lesiones del rostro por la mampara de taxis, característica de Montevideo y que fuera expuesta por el autor en un reciente Plenario este año en la ANM.
- La Bioética es tratada desde sus principios hasta las influencias en la actividad pericial: así desfilan el consentimiento informado y sus aspectos penales, la confidencialidad, la eutanasia y los cuidados paliativos.
- Reflexiones en torno a los Derechos de los Enfermos, en su contexto de la legislación española, lo que permite cotejarlos con nuestra legislación.
- La iatropatogenia, el Error en Medicina y la Responsabilidad Médica, con sus vertientes en el Derecho Penal y el Civil.
- Dedicar un capítulo a reflexiones sobre la Responsabilidad Penal de los Médicos por delitos de omisión y delitos culposos; así como la Causalidad, imputabilidad médica y el problema de la atribución causal.
- Aspectos Médico-Legales de la Anestesiología, tratada en conjunto con especialistas de primer nivel de nuestro medio.
- Del mismo modo, en importante colaboración con un destacado Ginecocólogo trata los aspectos médico legales de la especialidad, incluyendo los vinculados al parto y puerperio, frecuente causa de reclamos en los estrados judiciales; la detección precoz y diagnóstico del cáncer génito-mamario.
- La historia clínica como herramienta fundamental para las Auditorías Médicas y la defensa del médico que realiza las buenas prácticas de acuerdo a la Lex Artis.
- Un capítulo se dedica a la Medicina Legal y las Cárceles, tema frecuentemente olvidado y marginado, que tantos problemas ha traído a la luz pública en las últimas décadas.
- La Tóxicofilia con especial referencia a la Pasta Base de Cocaína, que también fuera expuesta en un Plenario del pasado año por el autor en la ANM.
- El Mobbing o acoso laboral, con sus consecuencias sobre la salud y las repercusiones médico legales.
- El campo científico en la Criminología.

- La Psiquiatría Forense, con un capítulo que incluye el origen y desarrollo de la Psiquiatría Médico Legal en el Uruguay desde 1724 hasta 1907.
- La Simulación.
- El Trastorno por estrés post-traumático.
- La imputabilidad y sus aspectos médico-legales.
- La peligrosidad o pronosis criminal, con una mirada médico legal.

Merece especial destaque el hecho de que cada tema tiene su adecuada correlación histórica, que enriquece y jerarquiza el conocimiento de cada capítulo.

EN SUMA: estamos ante un Tratado moderno que jerarquiza tanto los temas que incluye, todos de acuciante necesidad para los médicos actuales, que está llamado a ser una formidable herramienta, fundamental para quien se acerca a esta materia. La Medicina Legal ha sufrido una transformación fundamental en la conceptualización del conocimiento necesario para el médico en cualquier rama que ejerza, y nada tiene que ver con lo que se aprendía en nuestra época, cuando era una materia marginal, de las llamadas “chicas” a las que se asignaba escasa importancia en la Currícula de pregrado, circunscribiéndose casi exclusivamente a la Tanatología y algunas nociones de Psiquiatría. Hoy los médicos no deben transformarse en abogados, pero deben conocer de mejor forma el cúmulo de obligaciones que regulan su ejercicio y éste es el gran aporte que el Ac. Guido Berro realiza con su tratado, articulando la Medicina con la Ley y el Derecho, de forma clara y amena, pero con profundo fundamento científico y claro sentido pedagógico.

Por ello felicitamos al autor que ha puesto al día una disciplina como la Medicina Legal, que tan profundamente conoce, que en los últimos 30 años ha cambiado de manera muy significativa y que los médicos desconocen generalmente, incurriendo frecuentemente en situaciones que los expone a responsabilidad por ignorancia. Bienvenido el aporte y el agradecimiento por esta publicación a él y a sus distinguidos colaboradores, algunos de los cuales forman parte de esta Academia.

20.4.- Cherro Miguel, Mañé Garzón Fernando: Seis maestros de la Medicina Uruguaya (Fernando Mañé Garzón, Julio Marcos, José María Portillo, Carlos Mendilaharsu, Luis Prego y Juan Carlos Rey).

Montevideo, julio 2003, 312 páginas.

20.5.- Pou Ferrari Ricardo, Mañé Garzón Fernando: José Máximo Caraffi: Primer decano uruguayo y organizador de la Facultad de Medicina.

Montevideo, mayo 2013, 362 páginas.

20.6.- Capítulos de libros.

Cluzet Oscar: Tensiones entre equidad, calidad y desarrollo tecnológico en salud: una aproximación pragmática (10 páginas). En: Yarzabal L, Chiappara C (Eds): Dilemas éticos de la Medicina contemporánea. Montevideo, febrero 2013.

Berro Rovira Guido: Los alcances de la confidencialidad médica (15 páginas). En: Yarzabal L, Chiappara C (Eds): Dilemas éticos de la Medicina contemporánea, Montevideo, febrero 2013.

Berro Rovira Guido, Cluzet Oscar: Bioética (Capítulo 18, 12 páginas). En Berro Rovira Guido: Medicina Legal, Derecho Médico y Aspectos Bioéticos. Montevideo, 2013.

Berro Rovira Guido: Prólogo. En Kvitko LA: Valoración del daño corporal. Examen y evaluación del peritado para fundamentar y desarrollar una correcta peritación médico-legal (3ª Ed). Buenos Aires, 2013.

Berro Rovira Guido: El punto de vista de un médico legista en respuestas y perspectivas prácticas de los actores del medical risk legal management (6 páginas). En Alain Garay: Gestión jurídica del riesgo médico, España, 2013.

20.7.- Otras publicaciones de Miembros en 2013 (en orden alfabético).

Artucio H: Fibrilación auricular. Tendencias: en prensa.

Berro Rovira G: Consentimiento informado. Revista Uruguaya de Cardiología, 2013;28:17-31.

Berro Rovira G: Consentimiento informado. La Justicia Uruguaya Revista Jurídica. Año LXXIV, tomo 147: D71-D81, abril 2013.

Gadola L, Ríos P, Canzani O, Perg N, Canon A, Daglio M, De Souza N, Lamadrid V, Solá L, Noboa O, González Martínez F, Schwedt E, Mazzuchi N: Impacto de la acidosis en la evolución de la cohorte de pacientes del Programa de Salud Renal del Uruguay. Rev Méd Urug 2013; 29:4-11.

Pons JE: Flautas mágicas y medicamentos portentosos. Dominando el macro y el microcosmos. Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. (En prensa).

Pons JE, Pou-Ferrari R: Dibujos y esquemas didácticos del Prof. Juan Pou Orfila. Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. (En prensa).

Pou-Ferrari R, Pons JE: El pulverizador de Just Lucas-Championnière (1843-1913). Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. (En prensa).

Pons JE, Pou-Ferrari R: Centenario de la Cirugía Uterina Obstétrica de Couvelaire, y un ejemplar especial para Uruguay. Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. (En prensa).

Pons JE: La colección de fotografías médicas del Museo Mutter, del Colegio de Médicos de Filadelfia. Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. (En prensa).

Pons JE: Una visita a la Farmacia Imperial China. Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. (En prensa).

Pons JE, Pou-Ferrari R: Ginecología en las Misiones Jesuíticas Orientales. Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. (En prensa).

Romero Carlos E. Disminución del consumo de sal en la población: ¿recomendar o no recomendar? Rev Urug Cardiol 2013;28:263-272.

Suarez H, Sotta G, San Roman C, Ferreira E, Picerno J, Suarez A, Geisinger D: Postural response characterization in elderly patients with bilateral vestibular hypofunction. Acta Otolaryngol, Stockholm. Jan. 2013.

Duque G, Boersma D, Lopez Diaz G, Suarez H, Geisinger D, Sharma A: Effects of balance training using a virtual-reality system in older fallers. *Clinical Intervention in Aging*. Feb.2013. Dove Publication.

De Stefano A, Dispenza F, Suarez H, Perez-Fernandez N, Manrique-Huarte R, Ban JH, Kim MB, Strupp M, Feil K, Oliveira CA, Sampaio AL, Araujo MF, Bahmad F Jr, Ganança MM, Ganança FF, Dorigueto R, Lee H, Kulamarva G, Mathur N, Di Giovanni P, Petrucci AG, Staniscia T, Citraro L, Croce A. A multicenter observational study on the role of comorbidities in the recurrent episodes of benign paroxysmal positional vertigo. *Auris Nasus Larynx*. 2013 Aug 6. pii: S0385-8146(13)00155-7.

Wozniak A, Wilson E: Aportes originales de radiólogos uruguayos con reconocimiento internacional. Segunda parte. *Revista de Imagenología, Epoca II*, 2013. En prensa.

20.8.- II Encuentro Interacadémico Rioplatense entre la Academia Nacional De Agronomía y Veterinaria de Argentina y la Academia Nacional de Veterinaria de Uruguay, sobre Enfermedades transmitidas por los alimento.

Se realizó el 28 de noviembre de 2013 en la ciudad de Buenos Aires. En la sesión sobre Síndrome Urémico-hemolítico, en calidad de delegado de la Academia Nacional de Medicina de Uruguay, invitada para este encuentro, participó el Ac. José Grunberg quien expuso su experiencia sobre este tema.

21.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LA ACADEMIA. ENTREVISTAS A DIVERSAS AUTORIDADES. ACTIVIDAD LEGISLATIVA. NUEVOS REGLAMENTOS DE PREMIOS Y DE AUSPICIOS. PÁGINA WEB

Entrevistas a diversas autoridades.

Durante 2013, las autoridades de la Academia concurrieron a la sede de las siguientes autoridades nacionales:

- Ministro de Educación y Cultura
- Ministro de Salud Pública
- Ministro de Industria y Energía
- Directora General de Salud
- Presidente del Colegio Médico del Uruguay
- Presidente de la Comisión Honoraria Para La Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes

El motivo general de esta concurrencia fue mantener activo el vínculo, informarles sobre las actividades que realiza y se propone realizar la Academia, plantearles inquietudes, necesidades y planes de futuro, y ofrecerles la colaboración técnico-profesional que le marcan su Ley fundacional y su Estatuto.

En todos los casos fueron recibidos amablemente, prometiéndoles ocuparse de los planteos efectuados.

Actividad Legislativa.

En enero de 2013 fue promulgada la Ley de Radioprotección.

La ANM había impulsado el estudio de la Ley y ofreció al Ministro de Industria, Energía y Minería Ing. Roberto Kreimerman participar en la elaboración de su reglamentación.

Este informó que se está trabajando en los aspectos jurídicos y una vez terminada esta etapa se pondrá en contacto con la Academia por la reglamentación de la mencionada ley, en lo que concierne a los aspectos técnicos que pueda aportar.

* * *

La ANM participó en la elaboración del proyecto de ley sobre “Alimentación saludable en Centros de enseñanza”, que fue aprobado por ambas Cámaras.

Nuevos Reglamentos de Premios y de Auspicios.

Como una de las formas de cumplir con los objetivos que le marcan su Ley de Fundación y sus Estatutos, en la Academia Nacional de Medicina se otorgan premios a trabajos que promuevan el progreso de la asistencia médica a los seres humanos y de este modo constituyan un aporte de significación al objetivo de elevar la calidad de la Medicina Nacional.

Por otra parte, por su bien ganado prestigio, la Academia recibe con frecuencia solicitudes de auspicio para diversos tipos de actividades científicas médicas que se realizan en el país.

Hasta principios del año 2013, el otorgamiento de premios y de auspicios estaba regulado por un Reglamento general de premios y por un conjunto de otros reglamentos.

En cuanto a los premios, el Reglamento General, cuya última actualización databa del mes de agosto del año 2010, había mostrado algunas insuficiencias. Y los demás se habían agregado a demanda, en forma no siempre dependiente de la versión del Reglamento General de Premios vigente en el momento de su redacción, con lo que se había constituido una situación compleja, con numerosos vacíos, imprecisiones y con algunas contradicciones.

En cuanto a los auspicios, el Reglamento existente era demasiado general y no definía suficientemente los criterios para hacerlo.

La Comisión de Reglamentos trabajó en la actualización y homogeneización de los reglamentos y a lo largo del año redactó:

- a. Una nueva versión muy mejorada y algo más descriptiva del Reglamento General de Premios.
- b. Las Bases especiales de cinco premios (Gran Premio Nacional de Medicina, Premio Ministerio de Salud Pública, Premio Laura Rodríguez Joanicó, Premio “El País”, y Premio Internacional Víctor y Clara Soriano), todas ellas referidas a los aspectos particulares de cada premio. Esto las hace precisas, y como son completamente coherentes con el Reglamento General de Premios al que frecuentemente se refieren, evitan repetir los contenidos de éste y por ello son breves.

El Reglamento General de Premios y las cinco Bases Especiales forman así un conjunto armónico.

- c. Las Bases Generales para conceder el auspicio de la Academia a actividades científicas médicas.

Este nuevo conjunto normativo fue analizado con detenimiento en varias sesiones del Consejo Directivo y luego, con su aprobación, fue elevado a la Asamblea que lo aprobó por unanimidad el 26 de setiembre de 2013.

* * *

Página web.

La página web de la Academia es una herramienta moderna, muy importante para robustecer la vinculación de la institución con los médicos y la sociedad en general. Sus contenidos han sido renovados y actualizados gracias al trabajo dedicado de la Ac. Gloria Ruocco y su diseño gráfico contó con la experta participación del Sr. Leonardo Franzi.

22.- AUSPICIOS OTORGADOS POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA A ACTIVIDADES CIENTÍFICAS MÉDICAS REALIZADAS EN NUESTRO MEDIO

Durante 2013 la Academia Nacional de Medicina, a pedido de los organizadores de actividades científicas que se realizaron en nuestro país, concedió los siguientes auspicios:

- XVIII Congreso Uruguayo de Anestesiología y Simposio Latinoamericano de Anestesia Regional. 18-20 abril.
- 1er. Congreso de Medicina Ambulatoria del Cono Sur, 20 Jornada de Actualización de Medicina Ambulatoria y 18ª Jornada de Nutrición, 16-18 junio.
- 3as. Jornadas Internacionales de Patología Cardiovascular Integrada, 26 de abril.
- 2º. Simposio Latinoamericano de la Sociedad Uruguaya de Hemostasis y Trombosis, 24 de mayo.
- 1as. Jornadas Integradas del Centro Cardiovascular Universitario, 2-3 de mayo.
- XIII Congreso Uruguayo de Medicina Intensiva, 23-26 de octubre.
- 64º. Congreso Uruguayo de Cirugía, 27-30 de noviembre.
- VI Congreso Uruguayo de Anatomía Patológica, 18-20 de setiembre.
- 1as. Jornadas Internacionales de Medicina Intensiva. 14 de noviembre.
- V Congreso Uruguayo de Neurología. 5-7 de noviembre.
- Congreso de la Confederación Americana de Urología CAU, Sociedad Internacional de Urología Pediátrica (SIUP) Sociedad Uruguaya de Urología (SUU) 24-28 de noviembre de 2014.
- XXIX Congreso Uruguayo de Pediatría. VII Jornada del pediatra joven del Cono Sur. 15-18 de octubre.

- VI Congreso Uruguayo de Gerontología y Geriátría. 3er. Encuentro Interdepartamental de Geriátría y Gerontología y Foro Latinoamericano sobre Envejecimiento activo. 25-27 de mayo de 2014.
- 29 Congreso Uruguayo de Cardiología. 1-3 de diciembre.

23.- AUTORIDADES DE LA ACADEMIA ELECTAS PARA EL BIENIO 2014-2015

Como marca el Reglamento Interno de la Academia, en la Asamblea Plenaria del 28 de noviembre de 2013 se procedió a la elección de autoridades para el bienio 2014-2015. Se presentó una sola lista integrada de la siguiente manera:

Presidente Ac. Guido Berro
1^{er}. Vicepresidente Ac. Eduardo Wilson
2^o. Vicepresidente Ac. Nelson Mazzuchi
Secretario General Ac. Henry Cohen
Secretario de Actas Ac. Antonio Turnes
Tesorero Ac. Mario Médici
Protesorero Ac. José E. Pons
Director de Publicaciones Ac. Carlos Romero
Director de Biblioteca Ac. Francisco Crestanello

Se procedió a la votación y la lista de nuevas autoridades propuesta fue aceptada por unanimidad.