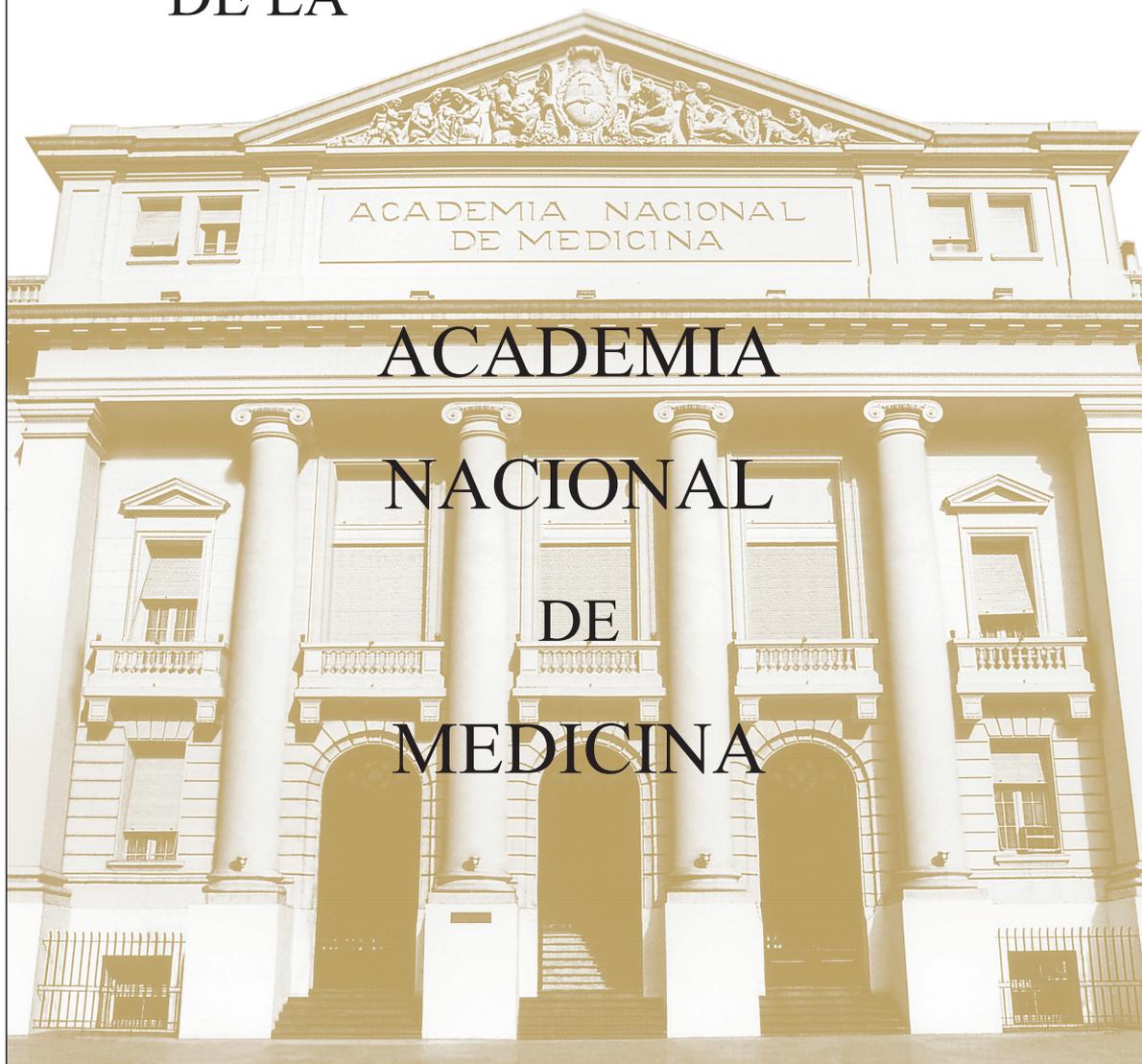


# BOLETÍN DE LA



BOLETÍN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA - 1º SEMESTRE 2009

VOL. 87(1) - 1º SEM. 2009  
1-160 páginas  
Enero-Junio 2009

ISSN. 0374-647 X







**BOLETÍN  
DE LA  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA  
(BUENOS AIRES)**

Fundado en el año 1823

DIRECTOR: Dr. ROBERTO N. PRADIER

COMITÉ DE PUBLICACIONES

Presidente: Dr. Mario A. Copello  
Secretario: Dr. Román L. Rostagno  
Vocales: Dr. Arturo A. Arrighi  
Dr. Juan M. Ghirlanda  
Dr. Manuel L. Martí  
Dr. Oscar H. Morelli  
Dra. Christiane Dosne Pasqualini  
Dr. Roberto N. Pradier  
Dr. Abraam Sonis



Volumen 87 (1)  
1<sup>er</sup> Semestre 2009

BUENOS AIRES  
República Argentina

Queda hecho el depósito que previene la Ley N° 11.723  
Inscripción en el Registro Nacional de la  
Propiedad Intelectual N° 805755  
ISSN 0374-647X

Compaginación y Corrección  
Sra. Susana M. Rodríguez

**La H. Academia no se responsabiliza por los conceptos  
vertidos por los autores en los trabajos presentados.**

Propiedad de la  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA  
BUENOS AIRES

Av. LAS HERAS 3092  
Buenos Aires (C1425ASU) - República Argentina

FAX: (54.11) 4806-6638  
e-mail: [acamedbai@acamedbai.org.ar](mailto:acamedbai@acamedbai.org.ar)  
internet: <http://www.acamedbai.org.ar>  
[publicaciones@anm.edu.ar](mailto:publicaciones@anm.edu.ar)

**ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA  
BUENOS AIRES**

**Fundada el 17 de abril de 1822**

Presidente Honorario Perpetuo  
BERNARDINO RIVADAVIA

**Autoridades**

Presidente  
Dr. ROBERTO M. ARANA

Vicepresidente  
Dr. JUAN MANUEL GHIRLANDA

Secretario General  
Dr. ROBERTO N. PRADIER

Secretario de Actas  
Dr. MANUEL L. MARTÍ

Tesorero  
Dr. RÓMULO L. CABRINI





## SECCIONES DE LA ACADEMIA

### MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

Presidente .....	Dr. Miguel Tezanos Pinto
Secretario .....	Dr. Oscar H. Morelli
Vocal .....	Dr. Alberto Agrest
“ .....	Dr. Marcelo Víctor Elizari
“ .....	Dr. Jorge A. Insua
“ .....	Dr. A. Miguel Largaúa
“ .....	Dr. Ramón C. Leiguarda
“ .....	Dr. Manuel L. Martí
“ .....	Dr. Olindo A. L. Martino
“ .....	Dr. Leopoldo L. Montes
“ .....	Dr. Jorge A. Neira
“ .....	Dr. Víctor Pérez

### CIENCIAS BIOLÓGICAS, FÍSICAS, QUÍMICAS Y NATURALES

Presidente .....	Dr. Rómulo L. Cabrini
Secretario .....	Dr. Roberto M. Arana
Vocal .....	Dr. Eduardo H. Charreau
“ .....	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
“ .....	Dra. Mercedes Weissenbacher

### CIRUGÍA, TOCGINECOLOGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Presidente .....	Dr. Eduardo A. Zancolli
Secretario .....	Dr. Enrique M. Beveraggi
Vocal .....	Dr. Arturo A. Arrighi
“ .....	Dr. Fortunato Benaim
“ .....	Dr. Rolando G. R. Fonseca
“ .....	Dr. Juan Manuel Ghirlanda
“ .....	Dr. Vicente P. Gutiérrez
“ .....	Dr. Enrique S. Malbrán
“ .....	Dr. Leonardo Mc Lean
“ .....	Dr. José A. Navia
“ .....	Dr. Alejandro S. Oría
“ .....	Dr. Roberto N. Pradier

### SALUD PÚBLICA Y CIENCIAS CONEXAS CON LA MEDICINA

Presidente .....	Dr. Abraam Sonis
Secretario .....	Dr. Enrique C. Gadow
Vocal .....	Dr. Mario A. Copello
“ .....	Dr. Román L. Rostagno
“ .....	Dr. Héctor N. Torres

## COMISIONES INTERNAS

### COMISIÓN DE BIBLIOTECA, PUBLICACIONES, HISTORIA DE LA MEDICINA ARGENTINA Y RENICS Y ARCHIVO-MUSEO HISTÓRICO

Presidente .....	Dr. Mario A. Copello
Secretario .....	Dr. Román L. Rostagno
Vocal .....	Dr. Arturo A. Arrighi
“ .....	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
“ .....	Dr. Juan Manuel Ghirlanda
“ .....	Dr. Manuel L. Martí
“ .....	Dr. Oscar H. Morelli
“ .....	Dr. Roberto N. Pradier
“ .....	Dr. Abraam Sonis

### COMISIÓN PARA DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS, DE PROGRAMAS CIENTÍFICOS Y DE RELACIONES INTERNACIONALES

Presidente .....	Dr. Fortunato Benaim
Secretario .....	Dr. Manuel L. Martí
Vocal .....	Dr. Enrique M. Beveraggi
“ .....	Dr. Rómulo L. Cabrini
“ .....	Dr. Eduardo H. Charreau
“ .....	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
“ .....	Dr. Rolando G. R. Fonseca
“ .....	Dr. Juan Manuel Ghirlanda
“ .....	Dr. Ramón L. Leiguarda
“ .....	Dr. Enrique S. Malbrán
“ .....	Dr. Olindo A. L. Martino
“ .....	Dr. Oscar H. Morelli
“ .....	Dr. José Antonio Navia
“ .....	Dr. Roberto N. Pradier
“ .....	Dr. Abraam Sonis
“ .....	Dr. Miguel Tezanos Pinto
“ .....	Dra. Mercedes Weissenbacher

### COMISIÓN DE PREMIOS

Presidente .....	Dr. Alejandro C. Paladini
Secretario .....	Dr. Ramón C. Leiguarda
Vocal .....	Dr. Alberto Agrest
“ .....	Dr. Arturo A. Arrighi
“ .....	Dr. Vicente P. Gutiérrez
“ .....	Dr. Héctor N. Torres
“ .....	Dra. Mercedes Weissenbacher



#### COMISIÓN PERMANENTE DE ÉTICA EN MEDICINA

Presidente .....	Dr. Jorge A. Insua
Secretario .....	Dr. Juan Manuel Ghirlanda
Vocal .....	Dr. Fortunato Benaim
“ .....	Dr. Enrique S. Malbrán
“ .....	Dr. Leonardo Mc Lean
“ .....	Dr. Jorge A. Neira
“ .....	Dr. Eduardo A. Zancolli

#### COMISIÓN PLAN REGULADOR Y DE MANTENIMIENTO DEL EDIFICIO E INSTALACIONES

Dr. Rómulo L. Cabrini	Dr. Vicente P. Gutiérrez
Dr. Mario A. Copello	Dr. Roberto N. Pradier
Dr. Miguel Tezanos Pinto	

#### COMISIÓN DE ESTUDIO DEL ORGANIGRAMA (\*)

Dr. Rómulo L. Cabrini	Dr. Vicente P. Gutiérrez
Dr. Juan Manuel Ghirlanda	Dr. Roberto N. Pradier
Sr. César Menéndez	

(\*) Con asesoramiento del Dr. Luis Seisdedos.

#### COMISIÓN DE HIGIENE Y SEGURIDAD

Sra. Josefina Espinosa (IIE)	Acad. Jorge A. Neira
Dra. Susana Fink (IIHEMA)	Ing. Fabián Ponce
Sr. Mariano Flotta (Academia)	Dra. Silvia Vanzulli (IEO)

#### COMISIÓN DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TRAUMA

Presidente .....	Dr. Jorge A. Neira
Vicepresidente .....	Dr. Enrique M. Beveraggi
Secretario .....	Dr. Fortunato Benaim

COMISIÓN DE MODIFICACIÓN DEL ESCALAFÓN

Acad. Rómulo L. Cabrini  
Sr. César Menéndez

Acad. Roberto N. Pradier  
Dr. Luis Seisdedos

COMITÉ DE ÉTICA DE LOS INSTITUTOS  
DE LA ACADEMIA

Presidenta .....	Dra. María Marta de E. de Bracco
Vicepresidente .....	Dr. Alfredo Speroni
Secretaria .....	Dra. Zulma Ortiz
Vocal .....	Dr. Siro Miguel De Martini
" .....	Dr. Miguel Ángel Espeche Gil
" .....	Sra. Elsa Falcó
" .....	Téc. Carlos Fraiman
" .....	Dra. María Ángela Lazzari
" .....	Dra. Hna. Elena Lugo
" .....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMITÉ DE TRABAJO  
"INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO"

Presidente: Acad. Víctor Pérez  
Dra. Emilse Bermejo (IIHEMA)  
Sra. Josefina Espinosa (Cuerpo de Delegados)  
Sra. Gladis Giménez (Recursos Humanos)  
Sra. Marta Latini (IIE)  
Sr. Mario Pasquali (Administración)  
Sra. Elvira Sánchez (IEO)

## ACADÉMICOS HONORARIOS NACIONALES

Dr. Barrera Oro, Julio (residente en EE.UU.)	Dr. Pellegrini, Carlos A. (residente en EE.UU.)
Dr. Bergoglio, Remo (Córdoba)	
Dr. Camerini Dávalos, Rafael (residente en EE.UU.)	Dr. Ras, Norberto (Buenos Aires)
Dr. Ceriani, Roberto Luis (residente en EE.UU.)	Dr. Sabatini, David Domingo (residente en EE.UU.)
Dr. Delius, Juan D. (residente en Alemania)	Dr. Testa, Humberto J. (residente en Gran Bretaña)
Dr. Palacios, Gerardo L. (Tucumán)	

## ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES NACIONALES

Dr. Acosta, Aníbal (residente en EE.UU.)	Dr. Mainetti, José A. (La Plata, Bs. As.)
Dr. Acosta, Juan M. (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Manzur Luna, Rafael L. (Mendoza)
Dr. Allende, José N. (Córdoba)	Dr. Martínez Marull, Alfredo (Córdoba)
Dr. Álvarez Gardiol, Emir (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Martini, Carlos J. M. (residente en EE.UU.)
Dr. Ameri, Domingo (Chaco)	Dra. Moreno, Elsa Margarita (Tucumán)
Dr. Ameriso, José Luis (Rosario, Santa Fe)	Dr. Moroni, Jorge M. (Rosario, Santa Fe)
Dr. Astiz, Juan Manuel (Luján, Bs. As.)	Dr. Muniagurria, Alberto J. (Rosario, Sta. Fe)
Dr. Babini, Domingo Santiago (Córdoba)	Dr. Pérez de Nucci, Armando (Tucumán)
Dr. Barrantes, Francisco J. (B. Blanca, Bs. As.)	Dr. Perinetti, Héctor (Mendoza)
Dr. Basombrio, Miguel Ángel (Salta)	Dra. Pesce de Ruiz Holgado, Aída (Tucumán)
Dr. Battagliotti, Carlos (Santa Fe)	Dra. Pogo, Beatriz (residente en EE.UU.)
Dr. Bergna, Luis José (La Plata, Bs. As.)	Dr. Poliche, Adolfo V. (Tucumán)
Dr. Burgos, Mario H. (Mendoza)	Dr. Rezzónico, Carlos A. (Córdoba)
Dr. Cafferata, Eduardo P. (Córdoba)	Dr. Rico, Clemente Manuel (Córdoba)
Dr. Colombato, Mario M. (La Pampa)	Dr. Rivero, Isaac Hilario (Mendoza)
Dr. De la Vega, Mario Desio (La Rioja)	Dra. Roses Periago, Mirta (residente en EE.UU.)
Dr. Frangione, Blas (residente en EE.UU.)	Dr. Russo, José (residente en EE.UU.)
Dr. Giménez, Carlos Roberto (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Sarriá, José Antonio (Córdoba)
Dr. Glikstein, Salomón (Rosario, Santa Fe)	Dr. Taleisnik, Samuel (Córdoba)
Dr. Gorodner, Jorge Osvaldo (Corrientes)	Dr. Tanno, Hugo E. (Rosario, Santa Fe)
Dr. Gunstche, Enrique M. (Mendoza)	Dr. Tozzini, Roberto Ítalo (Rosario, Sta. Fe)
Dr. Langer, Salomón (residente en Francia)	Dr. Urrets Zavalía, Alberto Jerónimo (Córdoba)
Dr. Losada, Carlos A. (Neuquén)	Dr. Zabert, Enrique I. (Neuquén)

## ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

Dr. Aldrete, J. Antonio (EE.UU.)	Dr. Moreno González, Enrique (España)
Dr. Andrews, Joseph L. (EE.UU.)	Dr. Norrby, Erling C. J. (Suecia)
Dr. Barraquer, Joaquín (Barcelona, España)	Dr. Obwegeser, Hugo (Suiza)
Dr. Bockus, H. (EE.UU.)	Dr. Peluffo, Ciro (Uruguay)
Dr. Clarkson, Thomas William (EE.UU.)	Dr. Pinotti, José A. (Brasil) (†)
Dr. Erdmann, James B. (EE.UU.)	Dr. Portmann, Michel (Francia)
Dr. Gonella, Joseph S. (EE.UU.)	Dr. Ramírez Boettner, Carlos M. (Paraguay)
Dr. Guerra de Macedo, Carlyle (Brasil)	Dr. Sabiston, David C. (EE.UU.) (†)
Dr. Hollender, Louis (Francia)	Dr. Sadoul, Paul (Francia)
Dr. Kernberg, Otto (EE.UU.)	Dr. Silveira, José (Brasil)
Dr. Kumate Rodríguez, Jesús (México)	Dr. Slavin, Shimon (Israel)
Dr. Liguory, Claude (Francia)	Dr. Snyderman, Ralph (EE.UU.)
Dr. Mahler, Halfdant (Dinamarca)	Dr. Veronesi, Umberto (Italia)
Dr. Mathieu, Henry (Francia)	Dr. Vettorazzi, Gastón (Italia)
Dr. Monckeberg Barros, Fernando (Chile)	Dr. Vilardell Viñas, Francisco (España)
Dr. Montagnier, Luc (Francia)	Dr. Walton, Henry (Escocia)
	Dr. White, Kerr L. (EE.UU.)
	Dr. Zurita González Vidarte, Carlos (España)

## ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

Dr. Adorno, Amado (Paraguay)	Dr. Birnbaumer, Lutz (EE.UU.)
Dr. Alonso del Hoyo, José (España)	Dr. Blasi, Antonio (Italia)
Dr. Allan, Frank (EE.UU.)	Dr. Bock, Hans E. (Alemania)
Dr. Anavitarte Fariña, Eduardo (Uruguay) (†)	Dr. Bollak, Claude (Francia)
Dr. Baroudi, Ricardo (Brasil)	Dr. Bonilla Musoles, F. (España)
Dr. Barraquer Bordas, Luis (España)	Dr. Bonnadona, Gianni (Italia)
Dr. Barrera, Pedro de la (España)	Dr. Bossa, Guido (Italia)
Dr. Berg, Hans H. (Alemania)	Dr. Breuer, Nicolás (Paraguay)
Dr. Bertoni, Franco (Italia)	Dr. Cáceres, Eduardo (Perú)
Dra. Bianchi, Diana W. (EE.UU.)	Dr. Caminha, Nicola (Brasil)

Dr. Carezza, Luigi (Italia)  
 Dr. Castello, Manuel Adolfo (Italia)  
 Dr. Cederbaum, Arthur (EE.UU.)  
 Dr. Cernea, Pierre (Francia)  
 Dr. Cibils, Luis A. (EE.UU.)  
 Dr. Cirenei, Anacleto (Italia)  
 Dr. Civatte, Jean (Francia)  
 Dr. Clavero Núñez, José A. (España)

Dr. Chapman, John S. (EE.UU.)

Dr. Denois, Pierre (Francia)  
 Dr. Díaz Escobar, Silvio (Paraguay)  
 Dr. Diebold, Jacques Joseph (Francia)  
 Dr. Di Matei, Pietro (Italia)

Dr. Ennuyer, A. (Francia)  
 Dr. Eridani, Sandro (Italia)

Dr. Fairlamb, Alan H. (Escocia)  
 Dr. Ferguson-Smith, Malcolm A. (Inglaterra)  
 Dr. Figueiredo Mendes, T. (Brasil)  
 Dr. Fisher Enneking, William (EE.UU.)  
 Dr. Fox, Wallace (Gran Bretaña)  
 Dr. Fraga, Clementino (Filho) (Brasil)  
 Dra. Francés Causapé, M. del Carmen (España)

Dra. García Mullick, Florabel (residente en EE.UU.)  
 Dr. García Perla, Álvaro (España)  
 Dr. Garland, Bryan (Inglaterra)  
 Dr. Garro y Gama, Santiago (España)  
 Dr. Gerbaud, Augusto (Panamá)  
 Dr. Gestal Otero, Juan Jesús (España)  
 Dr. Ghaliounghi, Paul (Egipto)  
 Dr. Gilsanz, V. (España)  
 Dr. Goldstein, Jerome C. (EE.UU.)  
 Dr. Gómez López, Juan (España)  
 Dr. González Mogena, Heliodoro (España)  
 Dr. González Torres, Dionisio M. (Paraguay)  
 Dr. Grosogogeat, Yves (Francia)  
 Dr. Guénet, Jean-Louis (Francia)

Dra. Habr-Gama, Angelita (Brasil)  
 Dr. Hachinski, Wladimir (Canadá)

Dr. Halstead, Bruce W. (EE.UU.)  
 Dr. Hilario, José (Brasil)  
 Dr. Hoet, Joseph (Bélgica)  
 Dr. Hökfelt, Tomas (Suecia)  
 Dr. Holtmeier, Hans (Alemania)  
 Dr. Hornbostel, Hans (Alemania)  
 Dr. Hortobagyi, Gabriel H. (EE.UU.)

Dr. Iriarte, David R. (Venezuela)

Dr. Keiderling, Walter (Alemania)  
 Dr. Khamashta, Munther A. (Londres, Inglaterra)  
 Dr. Knous, Robert (EE.UU.)

Dr. Lacoste, Jacques (Francia)  
 Dr. Lambert, Robert L. (EE.UU.)  
 Dr. Landmann, Jaime (Brasil)  
 Dr. Lazorthes, Guy (Francia)  
 Dr. Leal Prado, Joel (Brasil)  
 Dr. Lenz, W. (Alemania)  
 Dr. Linzenmeier, Götz (Alemania)  
 Dr. Lombardini, Velazco (Uruguay)  
 Dr. López Ibor, Juan J. (España)

Dr. Llinas Olarte, Juan Pablo (Colombia)

Dr. Mach, René S. (Suiza)  
 Dr. Mackenzie Stewart, Thomas H. (Canadá)  
 Dr. Maillard, Jean Noel (Francia)  
 Dr. Malinow, Manuel R. (EE.UU.)  
 Dr. Martínez Lage, Luis (España)  
 Dr. Matilla Gómez, Valentín (España)  
 Dr. McClelland, Roy (Irlanda)  
 Dr. Meade, Gordon M. (EE.UU.)  
 Dr. Mello Aguerre, Carlos (Uruguay)  
 Dr. Mëndes, Ernesto (Brasil)  
 Dr. Meulengracht, E. (Dinamarca)  
 Dr. Miyamoto, Junshi (Japón)  
 Dr. Moncada, Salvador (Gran Bretaña)  
 Dr. Moncayo Medina, Álvaro (Colombia)

Dr. Netto, Juan S. (Paraguay)  
 Dr. Nicola, Pietro de (Italia)  
 Dr. Nussenzweig, Victor (Brasil-residente en EE.UU.)

Dr. Oehling, Albert (España)

Dr. Olsen, Arthur M. (EE.UU.)	Dr. Schmidt Goffi, Fabio (Brasil)
Dr. Otero Ruiz, Efraín (Colombia)	Dr. Schroeder Otero, A. (Uruguay)
	Dr. Segovia de Arana, José María (España)
Dr. Packer, Lester (EE.UU.)	Dr. Sies, Helmut (Alemania)
Dr. Papa, Sergio (Italia)	Dr. Soriano, Víctor (Uruguay)
Dr. Perry, Kenneth (Gran Bretaña)	Dr. Sotelo Figueiredo, Juan Manuel (representante de OPS - residente en Chile)
Dr. Pifarré Sanahuja, Enrique (España)	Dr. Sotgiu, Giulio (Italia)
Dr. Pinotti, Henrique W. (San Pablo, Brasil)	Dr. Souza, Wanderley de (Brasil)
Dr. Prehn, Richmond T. (EE.UU.)	Dr. Spandidos, Demetrios A. (Grecia)
Dr. Rachmilewitz, Moshe (Israel)	Dr. Teich Alasia, Simone (Italia)
Dr. Reyes, Walter (Uruguay)	Dr. Tena Núñez, Guillermo (España)
Dr. Richer, Luis A. (Paraguay)	Dr. Torres, Fernando (EE.UU.)
Dr. Rochemaure, Jacques A. M. (Francia)	Dr. Traeger, Jules (Francia)
Dr. Rodeck, Charles (Inglaterra)	Dr. Tubiana, Maurice (Francia)
Dr. Romero Velazco, Enrique (España)	
Dr. Royo Vilanova, Ricardo (España)	Dr. Verstraete, Marc (Bélgica)
Dr. Rozman Borstnar, Cirilo (España)	Dr. Vianna, Teobaldo (Brasil)
Dr. Russel, Findlay (EE.UU.)	Dr. Voto Bernales, Jorge (Perú)
Dr. Russell, Anthony S. (Canadá)	
Dr. Sada Tejero, Víctor M. (España)	Dr. Wagner, João Ephrain (Brasil)
Dr. Samuelsson, Bengt I. (Suecia)	Dr. Warter, Julien (Francia)
Dr. Sánchez Moreno Ramos, Francisco (Perú)	Dr. Welbourn, Richard W. (Gran Bretaña)
Dr. Sangiorgi, Mario (Italia)	Dr. Wenström, Karl G. (Suecia)
Dr. Sarre, Hans J. (Alemania)	Dr. Wertelecki, Vladimiro (EE.UU.)
Dr. Scoville, Alberto de (Bélgica)	
Dr. Scrimshaw, Nevin S. (EE.UU.)	Dr. Zumel, Mariano (España)

#### ASESORES LEGALES HONORARIOS

Dr. García Belsunce, Horacio	Dr. Rodríguez Galán, Alberto
Dr. Santillán, Zenón	

#### ASESOR DE PRENSA

Dr. López, Pablo

## PRESIDENTES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

1822-2009

### PRESIDENTES DE HONOR

1822-1845	Bernardino Rivadavia
1874-1876	Juan José Montes de Oca
1930-1931	Eliseo Cantón
1956-1958	Marcelino Herrera Vegas
1959-1968	Mariano R. Castex
1978-1993	Marcial I. Quiroga
2000-2008	Julio V. Uriburu

### PRESIDENTES

1822	Justo García Valdéz	1932-1934	Carlos Bonorino Udaondo
1822	Francisco de Paula Rivero	1934-1936	Mariano R. Castex
1823-1824	Manuel Moreno	1936-1938	Bernardo A. Houssay
1852	Francisco de Paula Rivero	1938-1940	Alberto Peralta Ramos
1856-1858	Pedro Nolasco Rojas	1940-1942	Mariano R. Castex
1874	Manuel Porcel de Peralta	1942-1944	Eliseo V. Segura
1878-1879	Santiago Larrosa	1944-1946	Armando R. Marotta
1880-1884	Manuel Porcel de Peralta	1946-1948	Gregorio Aráoz Alfaro
1884-1886	Pedro A. Pardo	1948-1950	Carlos Bonorino Udaondo
1886-1887	Nicanor Albarellos	1950-1952	Gregorio Aráoz Alfaro
1887-1889	Cleto Aguirre	1952-1957	Alois Bachmann
1889-1893	Mauricio González Catán	1958-1960	Luis Esteves Balado
1893-1897	Leopoldo Montes de Oca	1960-1962	Rómulo Gil
1897-1900	Enrique del Arca	1962-1964	Luis Figueroa Alcorta
1900-1902	Juan R. Fernández	1964-1966	Pedro A. Maissa
1902-1906	Eufemio Uballes	1966-1968	Luis Esteves Balado
1906	Enrique del Arca	1968-1970	Marcial I. Quiroga
1906-1908	Eliseo Cantón	1970-1970	Vicente Gutiérrez
1908-1910	Eufemio Uballes	1970-1974	Raúl F. Vaccarezza
1910-1911	Pedro N. Arata	1974-1976	David E. Nölting
1911-1912	Pedro Lagleyze	1976-1978	Pablo Negroni
1912-1913	Roberto Wernicke	1978-1980	José E. Rivarola
1913-1914	Antonio G. Gandolfo	1980-1982	Horacio Rodríguez Castells
1914-1915	Luis Güemes	1982-1984	Julio V. Uriburu
1915-1916	Enrique Bazterrica	1984-1986	Diego E. Zavaleta
1916-1917	José Penna	1986-1988	Virgilio G. Foglia
1917-1918	Domingo Cabred	1988-1990	Horacio Rodríguez Castells
1918-1919	Daniel J. Cranwell	1990-1992	Enrique P. Viacava
1919-1920	Marcelino Herrera Vegas	1992-1994	Leoncio A. Arrighi
1920-1921	Eliseo Cantón	1994-1996	Osvaldo Fustinoni
1921-1922	Carlos Malbrán	1996-1998	Andrés O. M. Stoppani
1922-1924	Luis Güemes	1998-2000	Armando Maccagno
1924-1926	Eliseo Cantón	2000-2002	Miguel Tezanos Pinto
1926-1928	Martín M. Torino	2002-2004	César Bergadá
1928-1930	Mariano R. Castex	2004-2006	Rómulo L. Cabrini
1930-1932	Juan Carlos Navarro	2006-2008	Vicente P. Gutiérrez
		2008-2010	Roberto M. Arana



## SUMARIO

### INCORPORACIONES

#### INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR DOCTOR MARCELO V. ELIZARI

Palabras de apertura del acto por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto M. Arana .....	3
Discurso de recepción por el Académico Dr. Alberto Agrest .....	5
Discurso del Académico recipiendario Dr. Marcelo V. Elizari .....	9

#### INCORPORACIÓN DE LA ACADÉMICA CORRESPONDIENTE NACIONAL DOCTORA MIRTA ROSES PERIAGO (Residente en EE.UU.)

Palabras de la apertura del Acto por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto M. Arana .....	33
Discurso de recepción por la Académica Dra. Mercedes Weissenbacher .....	35
Salud para Todos: del Conocimiento a la Acción, por la Académica recipiendaria Dra. Mirta Roses Periago .....	41

## **HOMENAJE**

### **AL ACADÉMICO TITULAR DR. CARLOS ALBERTO BERTOLASI**

XXX REUNIÓN CONJUNTA DE LAS  
ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA DEL PLATA  
URUGUAY y BUENOS AIRES (Argentina)  
Montevideo, 23-24 de abril de 2009

Palabras recordatorias del Académico Alberto Agrest ..... 65

## **TRABAJO CIENTÍFICO**

Formación de Médicos Dermatólogos en Argentina, por los Dres.  
Jorge H. Andrade, Roberto Chuit, Lic. Carolina O'Donnell, Dres.  
Raúl Valdéz, Mario Savarin y Roberto Glorio ..... 71

## **ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

### **CICLO CIENTÍFICO CULTURAL "MÉDICOS VIAJEROS"**

12 de mayo de 2009

Palabras de presentación por el Acad. Roberto N. Pradier ..... 89  
Experiencias en el Ferrocarril Transiberiano (Resumen), por el Dr.  
Jaime Cornejo Saravia ..... 91

## **SIMPOSIO**

### **“INFLUENZA A (H1 N1). UN VIRUS EMERGENTE. UNA NUEVA AMENAZA”**

27 de mayo de 2009

*Coordinador Acad. Olindo Martino*

Palabras de Apertura del Acto por el Sr. Secretario de Actas de la Academia, Acad. Manuel L. Martí .....	99
Introducción, del Acad. Olindo Martino .....	101
Aspectos Viroológicos, por la Prof. Dra. Liliana Martínez Peralta .....	103
Aspectos Epidemiológicos de la Influenza A (H1N1), por la Dra. Zulma Ortiz .....	115
Clínica y Tratamiento de la Influenza A (H1N1), por el Dr. Jorge San Juan .....	121
Herramientas de Prevención, por el Dr. Tomás Orduna .....	127
El Complejo Zooantroponótico, por el Acad. Olindo Martino .....	137

### **CICLO CIENTÍFICO CULTURAL “LA RESPONSABILIDAD DE SER JEFE EN UN HOSPITAL MODERNO”**

9 de junio de 2009

Palabras de Apertura del Acto por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto M. Arana .....	149
La Responsabilidad de ser Jefe en un Hospital Moderno, por el Acad. Vicente Gutiérrez .....	151



## **INCORPORACIONES**

### **INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR DOCTOR MARCELO V. ELIZARI**

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO POR EL  
SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,  
ACADÉMICO ROBERTO M. ARANA

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO  
DOCTOR ALBERTO AGREST

DISCURSO DEL ACADÉMICO RECIPIENDARIO  
DOCTOR MARCELO V. ELIZARI

### **INCORPORACIÓN DE LA ACADÉMICA CORRESPONDIENTE NACIONAL DRA. MIRTA ROSES PERIAGO (Residente en EE.UU.)**

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO POR EL  
SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,  
ACADÉMICO ROBERTO M. ARANA

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR LA ACADÉMICA  
DOCTORA MERCEDES WEISSENBACHER

**SALUD PARA TODOS:  
DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN.**

POR LA ACADÉMICA RECIPIENDARIA  
DOCTORA MIRTA ROSES PERIAGO



**INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR  
DOCTOR MARCELO V. ELIZARI**

SITIAL N° 22  
“ENRIQUE B. DEL CASTILLO”

2 de junio de 2009

**PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO  
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,  
ACADÉMICO ROBERTO M. ARANA\***

Mis primeras palabras son de bienvenida.

En nombre del Plenario Académico, tengo el honor de dar comienzo a esta Sesión Pública Extraordinaria.

La ceremonia a la que hoy asistimos marca un momento de trascendencia, y constituye uno de los actos académicos más importantes y significativos de la vida institucional: la incorporación de un nuevo Miembro de Número a esta Corporación.

Cumpliendo con el ritual académico que impone su Reglamento, lo hace hoy para recibir al Dr. Marcelo Elizari en el sitial N° 22. Expreso en este momento la satisfacción de la Honorable Academia por la llegada a su seno de un destacado miembro de la grey médica.

---

\* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

El sitial N° 22 quedó vacante el 8 de enero de 2008, por el fallecimiento del Acad. Carlos Bertolasi. Corresponde al Académico que hoy recibimos, referirse a la figura del que le precedió. Sin embargo no puedo dejar de mencionar que quienes tuvimos la oportunidad de compartir su paso por esta Casa, además de sus virtudes académicas, recordamos y valoramos su amistad, su caballerosidad, su bondad y su entereza en los momentos difíciles.

La presentación del nuevo académico, y la tarea de destacar el mérito de su obra, estarán a cargo del Acad. Alberto Agrest. A mí me toca el privilegio de dar estas palabras de bienvenida, de abrir las puertas de esta Casa, e invitarle a compartir las responsabilidades de nuestro trabajo.



Dr. Marcelo Elizari:

Como Presidente de la Academia Nacional de Medicina, tengo el placer de entregarle el diploma y la medalla que le acreditan como Miembro Titular de esta Corporación.

## **DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO DOCTOR ALBERTO AGREST\***

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Señoras y Señores Académicos, Señoras y Señores:

Es para mí un gran honor presentar ante ustedes al Dr. Marcelo Elizari; se trata de un reconocimiento a él y a su maestro, el Dr. Mauricio Rosenbaum. Reconocimiento de sus pares, reconocimiento de su labor fructífera y reconocimiento de su personalidad.

Se reconoce a Elizari una feliz conjunción de génesis y ambiente, de vocación que enlaza azar y oportunidades. La conjunción que Ortega y Gasset llamaría el hombre y su circunstancia y que hoy desglosamos como genoma y medio ambiente; la vocación que resulta de su interacción que se expresa en condiciones naturales del azar y las oportunidades de un mundo impredecible.

El padre de Elizari había nacido en Navarra, España; a los 18 años dejó una Europa que entraría en guerra en 1914. Como siempre, las guerras han sido el motivo de emigración de muchos de nuestros padres o abuelos que mostraron el coraje y el espíritu de aventura para instalarse en un país remoto y probablemente desconocido que los recibiría como un mundo de paz y oportunidades de desarrollo personal para contribuir al progreso de un gran país que hoy extrañamos. Emigración que demuestra la capacidad de elaborar el propio destino.

---

\* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

Su padre eligió el magisterio y graduado de maestro, con su madre, también maestra, ejercieron en la provincia de Neuquén, primero en un desolado poblado en Paraje Las Horquetas y luego en Colonia Centenario. Sólo con genes generosos y solidarios podían sus padres acometer esta misión en la que docencia y asistencia social deben realizarse con pasión y abnegación.

Elizari, nuestro nuevo académico, nacido en Buenos Aires, fue llevado a los 3 meses de edad al Paraje Las Horquetas, a orillas del Río Limay, criado entre las bellezas del río y las tareas de los hombres de campo: sembrar, cultivar y cosechar, mirar el cielo, esperar las lluvias y sufrir el frío.

Durante su infancia y adolescencia Elizari visitaba con frecuencia a su tío Irineo Elizari, médico ginecólogo y obstetra, radicado en Río Colorado, provincia de Río Negro; lo acompañaba y fue testigo presencial de su vitalidad, su abnegación, su habilidad y el reconocimiento de sus pacientes y de todo el pueblo lo que despierta su admiración y el deseo de seguir sus pasos. Su tío practicaba con éxito la sinfisiotomía de Zárate con una técnica propia que quizás haya inspirado a nuestro Elizari en la disección de las ramas de conducción de Haz de His. Resultado de dicha admiración es que Elizari llega a Buenos Aires e ingresa en la Facultad de Medicina de Buenos Aires en 1955, año en el que ocurre un renacimiento de las Universidades Argentinas y lo enfrentan con los grandes maestros de la medicina argentina: Houssay, Braun Menéndez, de Robertis, etc. Traía su vocación dirigida a la Obstetricia, pero Elizari ingresa como practicante en la Guardia Externa del Hospital Álvarez y allí conoce al Dr. José Andrés Pascual que era médico concurrente del Servicio de Cardiología del Hospital Ramos Mejía. Pascual lo lleva a ese servicio y le presenta al Dr. Mauricio Rosenbaum; azar y oportunidad se conjugan entonces para reconocer sus propias habilidades naturales y para reconocer así su vocación al encontrar un modelo imitable. De allí en adelante forma parte destacada del grupo liderado por Rosenbaum que hace aportes trascendentales a la electrofisiología cardíaca a nivel mundial.

Es pertinente el comentario de Leonard Dreifus, en ese momento Presidente del Colegio Americano de Cardiología, al decir “con

apenas observaciones y cuidadosos modelos anatómicos este grupo fue capaz de lograr uno de los más excitantes progresos de la electrofisiología”.

Desde entonces el Dr. Elizari ha seguido contribuyendo en forma relevante en el campo de las arritmias cardíacas con estudios clínicos y experimentales tal cual lo demuestran sus publicaciones y premios recibidos.

Esta actividad de investigación estuvo siempre unida a una actividad asistencial y docente que le ha permitido al Dr. Elizari organizar una División de Cardiología del Hospital Ramos Mejía que se ha convertido en un centro de referencia de pacientes y de formación de residentes, becarios y visitantes de toda Latinoamérica.

La especialización de esta División de Cardiología en el campo de la arritmología no ha ido en detrimento del nivel científico y asistencial alcanzado en otras disciplinas de la Cardiología que se llevan a cabo tanto en sus aspectos diagnósticos como terapéuticos gracias, sobre todo, a los esfuerzos y el éxito en ello del Dr. Elizari, para obtener un equipamiento que en algunas subespecialidades iguala o supera a los más dotados de los mejores centros cardiológicos del país, y esto hay que destacarlo, en un hospital público.

Le agradezco así al Dr. Elizari que me haya conferido el honor de su presentación.



## **DISCURSO DEL ACADÉMICO RECIPIENDARIO DOCTOR MARCELO V. ELIZARI\***

La Academia Nacional de Medicina es una institución emblemática de la medicina argentina y por esto, pertenecer a ella constituye uno de los máximos honores al que puede acceder un médico argentino. En primer lugar, entonces, mi más profundo y genuino agradecimiento a quienes pensaron en mi persona e hicieron posible esta distinción no buscada y por cierto, totalmente inesperada. No menor mi reconocimiento al Sr. Presidente y demás miembros de la Academia, quienes con su voto han permitido mi incorporación como Miembro Titular de la Honorable Academia Nacional de Medicina en el sitial N° 22 que dejara vacante el insigne cardiólogo y amigo Dr. Carlos A. Bertolasi. Mi agradecimiento especial al Dr. Alberto Agrest, maestro de la medicina argentina, que me concedió el honor y el privilegio de presentarme y, a la vez, la oportunidad de confirmar que nos unen ideales comunes. Por un lado, la fascinación de la ciencia y por el otro, el interés por el enfermo reflejados en las dos grandes manifestaciones de nuestra vocación: el deseo de saber y el deseo de ayudar. Con el Dr. Agrest compartimos el respeto por la medicina clínica, la tradicional, la del binomio médico-enfermo, de un hombre que se inclina sobre otro para ayudarlo en su enfermedad, y también hemos vivido con asombro una revolución científico-médica y un progreso tecnológico inimaginable de nuestra profesión. Agradezco al Dr. Agrest la sentida semblanza de mi vida con el recuerdo de aquéllos que modularon mi vida y mi trayectoria profesional. No menos sentido mi particular reconocimiento al Dr. Agrest por haber sido

---

\* E-mail: [elizarimv@fibertel.com.ar](mailto:elizarimv@fibertel.com.ar)

quien me dio la sorpresa inicial de preguntarme si aceptaría la propuesta para acceder al singular honor de este sitial. Muy lejos estaba yo de pensar que podría alcanzarlo teniendo en cuenta la existencia de tantos colegas con sobrados méritos para ocuparlo. A los académicos Miguel Tezanos Pinto y Jorge Neira, también mi gratitud por su participación en el proceso de mi elección como académico.

Gran parte de la emoción provocada por esta designación se mezcla de manera inevitable con la preocupación generada por dos razones: la primera, poder estar a la altura de los señores académicos, compartiendo las responsabilidades y obligaciones que corresponden a los miembros de esta categoría y la segunda, es la de sentir que será difícil o imposible reemplazar en esta función a un hombre de la estatura y envergadura de Carlos A. Bertolasi.

Aunque la audiencia médica no ignora la trascendencia de la actividad profesional de Carlos Bertolasi y su intachable conducta ética y moral, siento la obligación y a la vez el enorme placer de rememorar su trayectoria como médico, maestro e investigador para la información de todos.

Mi primer encuentro con el Dr. Bertolasi fue en el año 1960 cuando, a instancias de un amigo común, el Dr. José Andrés Pascual, ingresé al Pabellón de Cardiología Luis H. Inchauspe. En el año 1966, se realizó un concurso para el ingreso y acceso a cargos de mayor jerarquía de la Carrera Médica de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Con Bertolasi, Atdemar J. Álvarez y Julio Lazzari pasamos al Servicio de Cardiología del Hospital Argerich, cuyo jefe era el Dr. Fernando Battle, un ser humano y cardiólogo excepcional que nos recibió con total generosidad, permitiéndole a cada uno desarrollar sus aptitudes y preferencias en el marco de la especialidad.

Allí fui testigo del progreso profesional de Carlos Bertolasi y su influencia positiva en el crecimiento y el prestigio del lugar. Su entrega incondicional como maestro de una larga lista de jóvenes residentes y concurrentes, y su compromiso en la tarea médica, le permitieron alcanzar objetivos con impacto y proyección a la comunidad

y a la salud pública. Cuando retorné al Hospital Ramos Mejía, a principios de los años setenta, la cardiología del Argerich había cambiado su fisonomía tanto en la faz asistencial, como en la docencia y la investigación. Prueba de ello es que el lugar fue pionero en el uso de los marcapasos, en los registros eléctricos intracavitarios y le cupo el mérito de crear la primera Unidad Coronaria de Latinoamérica en un hospital público.

El Dr. Bertolasi ocupó todos los cargos, obtenidos por concurso, hasta la Jefatura de Cardiología y, a pedido de las autoridades municipales, también el de Director del Hospital Argerich durante varios meses con el objetivo de frenar una de las tantas crisis del hospital público.

En la docencia brindó sin retaceos todas las formas de la educación médica a través del intercambio cotidiano con residentes, concurrentes y becarios en charlas informales, ateneos y seminarios. Los cursos, jornadas, simposios y congresos de Latinoamérica contaron invariablemente con su presencia incondicional en las más diversas actividades académicas. En el terreno de la investigación, su orientación y profundización en el estudio de la fisiopatología de los síndromes isquémicos cardíacos le permitió idear una clasificación de enorme valor en la práctica cotidiana que, con posterioridad, fue presentada como novedad en la literatura internacional. Incansable, se esforzó sin tregua para correr el velo que oculta el complicado engranaje de la fisiología y la fisiopatología en busca de soluciones terapéuticas. Quienes le conocieron saben que sus principios sobre la ética en la investigación, la asistencia y cualquier otra actividad relacionada con la profesión, fueron sus rasgos sobresalientes.

La producción científica de Bertolasi fue abundante en libros y trabajos científicos publicados en revistas de la especialidad. Su obra científico-educacional culminó con la edición de los cuatro tomos de Cardiología 2000, de carácter multiautoral, lectura obligada de todos los médicos cardiólogos de habla hispana. Fue precisamente con esta obra que recibió el Premio Nacional de las Artes en el año 2005 y un hecho para destacar es que, a su solicitud, cada uno de los

que fuimos coautores obtuvimos el mismo reconocimiento. Huelga decir que todas estas formas de participación y la importancia de sus trabajos le valieron numerosos premios y honores que lo coronaron con varios galardones, entre los cuales menciono el de Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología, Profesor Honorario de la Universidad de Buenos Aires y Ciudadano Ilustre de la Ciudad de Buenos Aires, este último como reconocimiento a su trayectoria profesional, su labor a favor del hospital público y su aspiración de una atención igualitaria en todos los niveles sociales. Por último, ejemplo inequívoco de sus capacidades fue su relevante actuación como académico, desde su nominación, en el sitial 22, Enrique B. del Castillo.

Hasta aquí me he referido a la faz profesional de Bertolasi, plena de logros y reconocimientos. No menos importantes fueron sus cualidades humanas que complementaron y reforzaron la trascendencia de su obra. Su equilibrio emocional, su sencillez, su generosidad y su disposición para enseñar y transmitir sus ideas, unidas a su capacidad docente, lo ubicaron en el plano de referente de la Cardiología argentina y maestro de varias generaciones. Su franqueza y sinceridad en la expresión de sus pensamientos y su extraordinaria capacidad de trabajo expresan la síntesis de su espíritu fuerte, vertical e inquebrantable, atributos que lo mantendrán siempre presente entre los más preclaros cardiólogos argentinos.

Para destacar, poco antes de su muerte continuaba trabajando como siempre junto a sus seres queridos, no obstante ser consciente que aquélla se acercaba lenta, firme e inexorable. Pero Carlos Bertolasi era de esos que podía esperarla y contemplarla sin temores y con altivez, como corresponde a los seres humanos que tienen fe y paz espiritual desde una vida plena y honrada.

Después de esta apretada semblanza sobre Bertolasi me corresponde contar mi recorrido en la vida y en la profesión hasta el punto de verme aquí, frente a Uds.

Aunque siempre resulta incómodo y molesto hablar de uno mismo, debo confesar que en esta oportunidad me siento aliviado por la

convicción de poder decir que todo lo que hice o logré en mi vida se lo debo a seres humanos que con su ejemplo y su guía modularon mi personalidad, me educaron y orientaron mis actividades. En relación a los logros científicos, siento que fui un componente más de un grupo humano que trabajó en forma mancomunada y de manera constante en un clima cordial bajo la dirección de un gran maestro.

El Dr. Agrest ya ha mencionado que mi educación primaria dependió exclusivamente de mis padres, quienes también fueron mis maestros en la escuela. Mi infancia transcurrió en un lejano paraje de la Patagonia, ubicado a varias leguas de Piedra del Águila y con posterioridad en Colonia Centenario, por entonces un pequeño pueblo ubicado a orillas del río Neuquén. Terminados mis estudios secundarios en la ciudad de Neuquén, ingresé en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el año 1955, precisamente en el momento en que la Universidad recuperaba su fisonomía tradicional después de varios años de vejación e ignominia.

La carrera la cursé viviendo en pensiones que pagaba con el producto de los ingresos obtenidos por un servicio de inyecciones a domicilio, que realizábamos con un compañero, pampeano, Ricardo N. Merech, con quien compartí la vida de estudiante y ya como médicos, una duradera amistad. Todavía viviendo en pensión, otros compañeros de estudios, Juan Carlos Negri y Mario Freue, hoy destacados profesionales, me brindaron el calor y el confort de sus hogares para estudiar y preparar las últimas materias de la carrera.

Por influencia de un tío paterno médico, Irineo Elizari, mi orientación inicial en la medicina iba a ser la Obstetricia. Pero quiso el azar que durante la realización de guardias en el Servicio de Cirugía y Medicina de Urgencia del Hospital Teodoro Álvarez conociera al Dr. José A. Pascual, médico del Pabellón de Cardiología Luis H. Inchauspe del Hospital Ramos Mejía quien despertó en mí la curiosidad por la Cardiología y me convenció para tener una entrevista con el Dr. Mauricio Bernardo Rosenbaum, quien a su vez terminó de cambiar mi orientación original hacia la Obstetricia por la Cardiología.

### **El Pabellón de Cardiología Luis H. Inchauspe del Hospital J. M. Ramos Mejía**

Fue a partir de ese encuentro con Rosenbaum que comenzó mi recorrido en la Cardiología. El Pabellón Inchauspe era en ese momento un lugar excepcional por el nivel científico de sus cardiólogos y su remarcable interés por la enseñanza, que ofrecía en forma extensiva a toda la Argentina y demás países Latinoamericanos. Tantos cardiólogos se formaban en el Inchauspe, que alcanzó la reputación de semillero de cardiólogos. Precisamente por esta razón y por respeto a su tradición, quiero hacer una crónica breve de la Cardiología en el Hospital Ramos Mejía, ya que creo es parte de la historia de la Cardiología Argentina, según lo ha expresado el Dr. Alberto J. Demartini en su trabajo sobre la Cardiología en la República Argentina.

En el año 1930, el Prof. Rafael A. Bullrich asumió la Jefatura de la Sala 12 de Clínica Médica del Hospital Ramos Mejía, al trasladarse desde el Hospital Alvear, donde también había sido Jefe de Clínica. Trajo consigo a dos jóvenes médicos, los Dres. Eduardo Braun Menéndez y Blas Moia. En el año 1931 Bullrich crea la Sección Cardiología y designa como “encargado” al Dr. Braun Menéndez, recién llegado de Europa trayendo consigo un electrocardiógrafo Boulite de dos cuerdas, uno de los primeros que por ese entonces había en la Argentina y que todavía se exhibe en la biblioteca del Pabellón Inchauspe. La vinculación de Braun Menéndez con el profesor Houssay lo hizo abandonar paulatinamente la clínica cardiológica y en el año 1935 se alejó definitivamente del Hospital Ramos Mejía para ocupar el cargo de Director de Investigaciones Cardiovasculares del Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina.

Los estudios médico-sanitarios realizados por Bullrich y colaboradores revelaron la alta incidencia de las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte y mostraron la necesidad de tomar medidas para prevenir y tratar las cardiopatías. Esto movilizó a las autoridades nacionales y provinciales para la concreción de ciertas iniciativas y bajo la acción personal de Bullrich, se crearon los Dispensarios de Asistencia al Cardíaco en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. En el año 1939 ya se habían establecido diez dispensarios agrupados en un

nuevo organismo municipal denominado Dirección de Asistencia Social al Cardíaco, cuyo primer director fue Rafael A. Bullrich en el Dispensario N° 1 del Hospital Ramos Mejía. Cuando se inaugura el Pabellón Inchauspe en el año 1946 y en ausencia por retiro de Rafael A. Bullrich, el Profesor Blas Moia asume como Jefe.

Creo importante mencionar que el Dr. Blas Moia, que había sido el director de la revista "Archivos Médicos del Hospital Ramos Mejía" desde 1932 hasta 1934, aprovechó esa experiencia muy valiosa, para crear y editar desde el año 1934 la Revista Argentina de Cardiología, emprendimiento compartido con Eduardo Braun Menéndez, Antonio Battro, Pedro Cossio, Alberto Taquini y otros destacados cardiólogos.

El Pabellón Inchauspe fue donado por Pedro Inchauspe y su esposa, María Teresa Rosa de Inchauspe, a la memoria de su hijo, Luis Héctor, cardiólogo, que falleció súbitamente, en plena juventud. La inauguración del Pabellón tuvo lugar el 23 de septiembre de 1946 y su primer jefe fue el Profesor Blas Moia. En el ámbito municipal capitalino fue el primer Servicio de Cardiología con internación. Este hecho no fue casual dado que, tanto la Cardiología como otras especialidades en el Hospital Ramos Mejía, tuvieron servicios y figuras descoltantes en la medicina argentina, y por ello, siempre decimos que el Ramos Mejía es un hospital con prosapia.

Desde mi ingreso en diciembre de 1960, hasta el año 1963, residí en el Pabellón Inchauspe y de manera simultánea con la formación clínica, mi actividad principal se centró en la investigación bajo la dirección de Mauricio Rosenbaum. Antes de la creación de la Residencia Hospitalaria fui nombrado Jefe de Becarios del Pabellón Inchauspe. Éste tenía una dotación permanente de becarios provenientes de los países latinoamericanos y del interior del país, un equivalente de la residencia, que efectuaban su formación cardiológica en una pasantía de dos años viviendo en el Pabellón. Al crearse la Residencia Hospitalaria, ingresé como Residente de Cardiología y en el año 1964 opté por una beca de la Universidad de Buenos Aires para realizar estudios sobre la anatomía del sistema de conducción del corazón.

### **La historia de las investigaciones sobre los nuevos trastornos de conducción: los hemibloqueos y el concepto de trifascicularidad del sistema de conducción**

La observación clínica de Rosenbaum de un paciente cuyo electrocardiograma mostraba bloqueos con patrones de activación del corazón no descritos hasta ese momento y que no encajaban en la teoría clásica bifascicular del sistema de conducción del corazón, y posteriormente otros casos similares, lo llevó a pensar que había que reformular su anatomía y fisiología.

Para llegar a la concepción actual del sistema de conducción cardíaco la ciencia transitó un camino sinuoso y difícil. El primer jalón lo marcó el fisiólogo checo Johannes Purkinje (el mismo que definió el protoplasma), cuando describió en el año 1845 “las terminales” de lo que ahora se conoce como red de Purkinje pensando que funcionaba de manera aislada. Cuarenta y ocho años después, en el año 1893, otro fisiólogo, Wilhelm His, descubre lo que hoy se conoce como haz de His, cuyas terminales eran las descubiertas por Purkinje. Recién en el año 1906 con la descripción de Tawara se arriba a la noción de todo el sistema en lo referente a la conducción cardíaca. En ese año se constituye la teoría clásica del sistema que después fuera cuestionada por nuestras investigaciones. Esa teoría decía que así como hay un ventrículo derecho y uno izquierdo, también había un terminal eléctrico derecho y otro izquierdo y toda la electrocardiografía que surgió y creció por esa época fue pensada e interpretada con la idea de que sólo había dos terminales. Sin embargo, con esta concepción no se explicaban ciertos signos que se observaban en los electrocardiogramas. La idea de que había más de 2 terminales en el sistema de conducción surgió de las observaciones clínicas de Rosenbaum y, para comprobarlo, reanalizamos los estudios anatómicos previos y comenzamos con los nuestros. Como el sistema llamado bifascicular era una concepción clásica y admitida sin discusión por la comunidad científica, pensar en una estructura anatómica grosamente diferente en los años sesenta era una herejía.

Fue necesario trabajar muchos años y mostrar las nuevas observaciones anatómicas, los estudios experimentales y su contrapar-

te clínica para romper un paradigma y reemplazarlo por otro. Pero, desde el punto de vista clínico, ya no era un caso el que no encajaba en la teoría clásica sino que eran centenares en diferentes variedades electrocardiográficas, con lo cual se llegó a la conclusión que lo que se sabía y se decía era deficiente y erróneo.

Mi primera tarea fue el estudio del sistema de conducción, con diferentes técnicas para su exploración macroscópica y, en particular, la disección en diferentes especies animales y en el hombre. Otra de las técnicas consistía en la tinción selectiva del sistema de conducción con solución de lugol aprovechando su mayor concentración de glucógeno en relación al miocardio común adyacente. Pero esto exigía efectuar la tinción en el corazón del animal recién sacrificado para evitar la degradación del glucógeno. Con Rosenbaum íbamos al matadero de Liniers, por lo general de noche, para efectuar las tinciones con lugol en corazones bovinos, ovinos y porcinos recién explantados y luego fotografiarlos. No escaparon a nuestra curiosidad corazones caninos y de otras especies animales (hasta un elefante marino) para confirmar que, en todos, el sistema de conducción intraventricular tenía tres terminales. Esta investigación culminó con el estudio de un centenar de corazones humanos autopsiados que nos mostró que en el hombre también había tres terminales conformando un sistema trifascicular. Identificada la anatomía era imperativo demostrar su expresión fisiológica y fisiopatológica mediante la producción experimental de las diferentes variedades de bloqueo. El conocimiento de la anatomía nos permitió provocar, en experimentos *in vivo*, todas las formas de trastornos de conducción en ese sistema trifascicular, efectuando cortes aislados o combinados de esos terminales.

El reconocimiento de la nueva concepción no se hizo esperar. Con la publicación de estas investigaciones, más toda su contraparte clínica, con Mauricio Rosenbaum y Julio Lazzari obtuvimos, en el año 1967, los premios Rafael Bullrich de la Academia Nacional de Medicina y Luis Sívori de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Un año después se publicó el libro *Los Hemibloqueos* con lo cual se llenó una apremiante necesidad por parte de todo cardiólogo y, con posterioridad, se conoció su versión inglesa.

Estos descubrimientos, plasmados en estos libros y varias publicaciones en revistas de difusión internacional, fueron aceptados de inmediato en todo el mundo. Cuando en el año 1974 Rosenbaum tuvo el halago de ser el primer argentino y el segundo latinoamericano en recibir, por estas contribuciones, el título de Miembro de Honor del Colegio Americano de Cardiología, su Presidente, el Dr. Leonard Dreifus dijo; "... Es importante señalar que los investigadores argentinos concretaron semejante progreso científico, inmersos en un ambiente de extrema sencillez, en una época de grandes subsidios para la investigación y de tecnología científica sin precedentes rodeada de equipos electrónicos sofisticados. A ellos le fue necesario muy poco: nada más que la observación científica precisa y el modelo anatómico exacto".

A partir de la descripción de toda una familia de nuevos trastornos de conducción, el diagnóstico electrocardiográfico se vio afectado. Basta para ello sólo mencionar que los hemibloqueos pueden simular o disimular agrandamientos cardíacos, simular o disimular un infarto o sus secuelas y simular o disimular una isquemia miocárdica para darse cuenta de su importancia en la interpretación del electrocardiograma que, como Uds. saben, es el primer recurso diagnóstico en Cardiología. Podemos decir, entonces, sin temor a equivocarnos, que quien no ha incorporado a su bagaje intelectual estos conceptos de la escuela electrocardiográfica argentina, no puede hacer un diagnóstico electrocardiográfico correcto.

El estudio de la trifascicularidad del sistema de conducción y el concepto de hemibloqueos son el ejemplo más perfecto de la filosofía que caracterizó el trabajo de nuestra escuela: la integración total del tema desde sus aspectos básicos a la clínica recorriendo invariablemente el mismo camino y la misma secuencia: primero surgía la incógnita, en lo habitual por un problema a resolver a partir de observaciones clínicas y, a continuación, se elaboraban las ideas para encontrar la explicación del fenómeno a través de estudios experimentales y su confirmación clínica; el producto final quedaba plasmado en una publicación esclarecedora.

Con el conocimiento y la destreza adquiridos en las disecciones del sistema de conducción, durante mi estadía en la Universidad de Indiana (1970-1971) desarrollé un modelo experimental para estudios de la fisiología, fisiopatología y farmacología del tejido de conducción mediante su disección y la exploración con microelectrodos intracelulares. Dado que esto coincidió con el momento de mayor auge de los estudios electrofisiológicos y el registro del electrograma del haz de His en el hombre, en el año 1972, fui invitado por Anthony Damato, Jefe de Cardiología del United States Public Health Hospital de Nueva York, olimpo en la electrofisiología clínica, para correlacionar las observaciones clínicas con el modelo experimental. A mi regreso, Damato, que además de ser un investigador excepcional era un hombre generoso, cargó en su viejo Cadillac osciloscopios y demás materiales necesarios que nos donó para montar un laboratorio para estudios intracelulares en Buenos Aires. Así comenzó a funcionar el laboratorio de electrofisiología para estudios *in vitro* en el Hospital Ramos Mejía.

### **Impacto y reconocimiento internacional de los estudios del Pabellón Inchauspe**

No quiero pecar por exceso pero se hace un deber de mi parte dar a conocer otros testimonios que avalaron el reconocimiento internacional de nuestras investigaciones. Menciono algunos de ellos:

- 1) Los conceptos teóricos y los criterios diagnósticos han sido incorporados a todos los libros de texto de la electrocardiografía y electrofisiología publicados desde aquellas descripciones originales.
- 2) En un artículo publicado en el American Journal of Cardiology bajo el acápite *Hitos Históricos*, el Dr. Hernan Huley expresa: "El mejor testimonio de la contribución de Rosenbaum, Elizari y Lazzari es el gran número de publicaciones sobre el mismo tema debidas a muchísimos autores desde la aparición de *Los Hemibloqueos*". Al concluir su artículo, el Dr. Huley expresa: "El concepto de la conducción trifascicular ha tenido un enorme impacto en la práctica de la Cardiología y ha ejercido una influencia notable en el trabajo de clínicos, investigadores y estudiosos. Los anatomistas comenzaron a investigar los detalles del sistema de conducción auriculoventricular e intraventricular; los patólogos mostraron un renovado interés en sus

correlaciones anatomoclínicas; los electrofisiólogos sintieron la necesidad de investigar la actividad eléctrica de estas estructuras especializadas en diferentes circunstancias; los estudiosos aprendieron a reconocer un nuevo enfoque unificado de la conducción auriculoventricular e intraventricular. Más aún, los clínicos pudieron descifrar fenómenos previamente inexplicables y pudieron aplicar esos nuevos conceptos a la interpretación cotidiana de los electrocardiogramas de sus pacientes". Y así se sucedieron similares comentarios por parte de los grandes electrocardiografistas de la época. 3) Los libros o publicaciones sobre la historia de la cardiología hacen referencia a los aportes de las investigaciones argentinas a la cardiología contemporánea como prueba de su vigencia. Tanto es así que en el año 2007 la revista *Circulation* me pidió que escribiera un artículo de revisión sobre los hemibloqueos que fue publicado bajo el título *The Hemiblocks Revisited* (Nueva Visita a los Hemibloqueos). 4) Otras evidencias importantes fueron obtenidas en la revisión de la literatura internacional en la Biblioteca del National Institute of Health (Instituto Nacional de la Salud) de los Estados Unidos que reveló que mientras en el trienio 1966-1968 no había publicaciones referidas a bloqueos intraventriculares, en el trienio siguiente se publicaron más de 250 trabajos. Por otra parte, los trabajos del Pabellón Inchauspe fueron citados en 2.904 publicaciones en la literatura científica internacional en el período 1970-1985 según una revisión del Citation Index (Índice de Citas Bibliográficas).

### **Otras contribuciones y emprendimientos**

En las décadas del '60 y '70, se incorporaron al equipo liderado por M. Rosenbaum otros jóvenes profesionales que brillaron con luz propia (Gerardo Nau, Pablo Chiale, Raúl Levi, M. Susana Halpern, Rafael S. Acunzo, Rubén Sánchez, Julio Przybylski, Alejandro Haedo, Horacio Blanco, Julio Pastori, Jorge Schmidberg, Silvio Litovsky, Alejandro Novakovsky, Serge Sicouri, Héctor Vetulli, Salomón Krawczyk, etc.). Investigaciones originales relacionadas con la fisiopatología de las arritmias, su diagnóstico y tratamiento, dieron lugar a más de un centenar de publicaciones. En el año 1981, después de un simposio realizado en Buenos Aires en el que participaron los electrofisiólogos y arritmólogos más prestigiosos del hemisferio norte, se editó el libro

*Frontiers of Cardiac Electrophysiology* traducido luego al español (Fronteras de la Electrofisiología Cardíaca) que condensaba los mayores adelantos del conocimiento del momento sobre la electrofisiología cardíaca normal y anormal y la fisiopatología y diagnóstico de las arritmias.

Otras contribuciones trascendentes fueron los estudios efectuados en el Pabellón Inchauspe a comienzos de la década del '70 que dieron origen al descubrimiento de las propiedades antiarrítmicas de la amiodarona, droga considerada en la actualidad como el fármaco antiarrítmico de mayor versatilidad y eficacia. En la misma década, los estudios sobre la modulación electrotónica de la repolarización ventricular y la memoria cardíaca constituyeron otro aporte original que sorprendió a la comunidad científica internacional. Así como los estudios sobre la conducción cardíaca motivaron a anatomistas, fisiólogos y clínicos a realizar innumerables trabajos científicos, los estudios sobre la memoria cardíaca atrajeron el interés de biólogos, fisiólogos y clínicos para el diseño de investigaciones derivadas de estos nuevos conceptos, que aún hoy continúan en otros países y en nuestro centro, bajo la dirección de Pablo Chiale.

En la década del '80, investigaciones dirigidas por el Dr. Luis A. Girotti en el área de la enfermedad coronaria fructificaron en una producción fecunda y continuada con publicaciones en revistas de alto impacto y varios premios. Asimismo, se realizaron estudios orientados al diagnóstico y tratamiento de la Miocardiopatía Crónica Chagásica y, en forma particular, a las arritmias que ocurren en esa enfermedad. Como consecuencia de la experiencia adquirida en el diagnóstico y tratamiento de la misma, el Pabellón Inchauspe se constituyó en un centro de referencia y la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires creó, por Decreto, el Centro de Asistencia Integral del Paciente Chagásico.

En los últimos años, estudios experimentales *in vitro* a cargo del Dr. Serge Sicouri revitalizaron su propio descubrimiento de la heterogeneidad del miocardio ventricular y sus efectos sobre la repolarización como sustrato en la génesis de arritmias ventriculares malignas.

Cerrando el círculo de las investigaciones signadas por la originalidad, en el año 2008 la Academia Nacional de Medicina nos otorgó el Premio Rafael A. Bullrich por el estudio: “Análisis molecular de regiones teloméricas en pacientes con enfermedad coronaria”, realizado en colaboración con las Dras. Irma Slavutzsky y Julieta Panero de la Academia Nacional de Medicina y motorizado por el Dr. Luis A. Girotti en el Pabellón Inchauspe.

Un rasgo habitual en diferentes disciplinas médicas es la disociación entre la investigación básica y la clínica. La faceta más notable de la escuela del Hospital Ramos Mejía ha sido la de estrechar la brecha entre los clínicos y los fisiólogos básicos. Más aún, nuestro Servicio, esencialmente clínico, se atrevió a profundizar y explorar, en su seno, la contraparte básica de cada observación clínica.

La larga historia del Pabellón en su liderazgo en el diagnóstico y tratamiento de las arritmias lo han transformado en un centro de referencia. Por decreto del Gobierno de la Ciudad Autónoma de la Ciudad se creó el Centro de Arritmias que coordina el Dr. Pablo Chiale. Su equipamiento fue donado en su totalidad por la Fundación de Investigaciones Cardiológicas Einthoven que apoya el accionar del Pabellón Inchauspe desde el año 1974.

La figura de Rosenbaum en esta vasta producción científica fue la de un modelo de investigador, ejemplo de lo que se puede hacer con solvencia intelectual, honestidad científica y tenacidad. Rosenbaum fue el prototipo del “rebelde intelectual”. Era consciente que la obsecuencia al pasado y a los paradigmas cierra la inteligencia a toda verdad nueva. En otras ocasiones me he referido a este concepto para transmitir un pensamiento que impregnó el accionar de nuestro grupo de trabajo y para ello he tomado palabras de José Ingenieros quien, con su particular elocuencia y enjundia, pudo expresar este mensaje. Decía Ingenieros: “El arte y las letras, la ciencia y la filosofía deben todos sus progresos al espíritu de rebeldía. Los domesticados gastan su vida en recorrer sendas trilladas del pensamiento y de la acción, venerando ídolos y apuntalando ruinas; los rebeldes hacen obra fecunda y creadora, encendiendo sin cesar luces nuevas en los senderos que más tarde recorrerán otros”.

Algunos antropólogos y sociólogos posmodernistas han postulado que los científicos no buscan el saber sino el poder. Para todos nosotros, todavía modernos, esto no fue y no es así. Nuestra motivación principal siempre fue satisfacer la curiosidad mediante la solución de incógnitas y de anteponer ideas a los datos como la mayor satisfacción y fascinación del conocimiento. Robert K. Merton, el padre de la sociología de la ciencia, fue el primero en distinguir entre las recompensas intrínsecas y las extrínsecas en la investigación científica. La satisfacción de la curiosidad al encontrar la solución de problemas es una recompensa intrínseca. En cambio, el reconocimiento de los pares, las publicaciones, el ascenso, los premios son recompensas extrínsecas. En los casos felices, como entiendo ha sido el nuestro, ambas formas se han reforzado mutuamente. Esto significa que cuanto más y mejor investiga un científico tanto más se reconocen sus méritos y si esto implica la obtención de más medios que se ponen a su alcance, tanto mejor será su producción. Sin embargo, en algunos casos, ambos mecanismos entran en conflicto, especialmente cuando el investigador sacrifica la calidad por la cantidad de sus trabajos para abultar el currículum, por figuración o por otros motivos.

Esta reseña de las actividades de investigación en el Pabellón Inchauspe que yo he vivido paso a paso, se desarrollaron unidas estrechamente a las docentes y asistenciales. En la investigación, todo fue logrado en forma amateur y en un hospital público gracias a la sólida integración de un grupo humano que mantuvo una cohesión excepcional por varias décadas, sustentada en el respeto de las capacidades individuales, en su vocación por la investigación y en sus objetivos comunes en la búsqueda permanente de saber más y comprender mejor las incógnitas del corazón siempre pensado en el beneficio de los destinatarios, los enfermos que acuden en busca de alivio para sus dolencias.

### **Actividad Societaria**

Mi labor vinculada a la Sociedad Argentina de Cardiología comenzó como miembro del Comité Científico del Congreso Mundial de Cardiología en el año 1974, presidido por Rosenbaum. En el año

1977 presidí el Comité Científico del Congreso Nacional de Cardiología. En los años 1993 y 1994 tuve el honor de ocupar la vicepresidencia y la presidencia de la Sociedad Argentina de Cardiología y en el año 1999, la Sociedad de Cardiología me honró con la responsabilidad de presidir el Comité Organizador del Congreso Interamericano de Cardiología junto a la invaluable colaboración del Dr. Jorge Lerman, como presidente del Comité Científico. Esos años en la Sociedad me demostraron el papel fundamental de las sociedades científicas en la educación médica continua a través de sus cursos de posgrado, de las actividades de los Consejos, la elaboración de consensos y guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes y la organización de simposios, jornadas y congresos. Todo lo anterior sumado a la responsabilidad de la recertificación de sus miembros. Tanto la Sociedad Argentina de Cardiología como la Federación Argentina de Cardiología en su sana competencia han fomentado la educación de nuestros cardiólogos jóvenes y el progreso de la Cardiología en todos los rincones del país.

El Estatuto de la Academia Nacional de Medicina indica, entre otros objetivos, “dedicar preferente atención a los problemas relacionados con la Salud Pública propulsando todas las actividades que tiendan a su perfeccionamiento; expresar opinión sobre asuntos de interés trascendente relacionados con las ciencias médicas o conexas afines y fomentar, por todos los medios a su alcance, el culto a la dignidad en el ejercicio profesional y en las actividades científicas de la medicina”. En tal sentido, me referiré a algunos temas prioritarios para la Cardiología.

La enfermedad cardiovascular es la de mayor prevalencia tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. A pesar del significativo descenso de la mortalidad, ajustada por la edad, en los últimos 30 años su prevalencia no se ha modificado. De acuerdo con la Asociación Americana del Corazón, más de 80 millones de americanos tienen uno o más problemas cardiovasculares y los datos inter-

nacionales sobre la mortalidad muestran que las enfermedades cardiovasculares subyacen en el 35% de todas las muertes, cifra que también se aplica a nuestro país. La magnitud y severidad de estas estadísticas se mantienen de manera independiente de los avances en el conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades cardiovasculares, los esfuerzos educacionales para promover cambios en los estilos de vida y factores de riesgo y el desarrollo de terapias altamente efectivas. El hecho que explica esta situación es que las enfermedades cardiovasculares además de estar estrechamente relacionadas con los factores de riesgo también se vinculan con la edad y aspectos económico-sociales. Si bien el incremento de la edad poblacional, el aumento en la incidencia de diabetes, los valores anormales del colesterol, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad son las causas básicas que propician la perpetuación de las dolencias cardiovasculares, no debemos olvidar que el estrés psicológico provocado por los determinismos económicos, la inseguridad, la desocupación y la pobreza cuando se vuelven crónicos pueden acelerar los procesos que llevan al desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

Un hecho destacable de la patología cardiovascular es que casi dos tercios de los individuos que sufren un infarto de miocardio mueren antes de recibir atención médica o bien, y aún, cuando acceden a un centro médico (por lo general tardíamente), no pueden recibir un tratamiento acorde con las posibilidades que ofrece la tecnología actual. El Dr. Néstor Pérez Baliño, Director Adjunto de la Región Sanitaria I de Buenos Aires y Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad ha iniciado gestiones para que varios hospitales de Buenos Aires cuenten con servicios de hemodinamia intervencionista durante las 24 horas para el tratamiento urgente de pacientes con infarto o sospecha de infarto. El criterio para este enfoque terapéutico es que “tiempo es músculo cardíaco salvado”. El gobierno, las sociedades científicas, las fundaciones cardiológicas tienen la obligación y el compromiso de extremar los recursos para combatir esta pandemia a través de intervenciones que permitan controlar los factores de riesgo y resolver las emergencias. Se sabe que con estas medidas se evitarían más del 50% de las muertes prematuras.

A este escenario tan promisorio se le contraponen una realidad que no puedo dejar de comentar con respecto a la heterogeneidad de los hospitales públicos de nuestro país en términos de recursos y riesgos asistenciales. Por un lado existen hospitales equipados con robots mientras que otros no cuentan con equipos, drogas y los insumos más elementales. La falta de insumos y medicamentos, los nombramientos pendientes de médicos y enfermeras, los equipos obsoletos y fuera de funcionamiento, las listas de espera para la cirugía cardíaca, etc., han llevado al hospital público a una situación crítica y los médicos deben disimular y enfrentar estas falencias frente a una población cada vez más demandante.

Otra deuda impostergable de las autoridades en el área de salud de los hospitales públicos es la falta de personal de enfermería en calidad y cantidad. La profesión de enfermería debe ser encarada en un proceso de consolidación, madurez y crecimiento con un desarrollo académico y profesional que le permita a estos profesionales adquirir nuevas competencias y un mayor nivel de capacitación en un entorno de compromiso y garantía de la calidad, para aprovechar adecuadamente un recurso humano esencial en el sistema de salud. Las contradicciones y las incongruencias entre proyectos y promesas incumplidas nos confirman que vivimos y somos víctimas de un mundo enfermo de hipocresía.

Un tema preocupante en nuestra especialidad es la discontinuación de drogas con efectos e indicaciones específicas, por parte de la industria farmacéutica. Es probable que el uso limitado de esos fármacos, precisamente por su alta especificidad, determine beneficios económicos bajos o nulos, que motivan su retiro del mercado. El Dr. Jorge Schmidberg efectuó averiguaciones en la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) respecto de esta situación. La respuesta obtenida fue que los laboratorios pueden suspender la venta de sus productos sin realizar gestión alguna ante los organismos regulatorios. En nuestra especialidad se han discontinuado fármacos esenciales y no reemplazables para el tratamiento de arritmias potencialmente malignas, dejando a médicos y pacientes en una situación angustiosa. Esto lle-

va a hacer la siguiente reflexión: para incorporar una nueva droga a la farmacopea se exigen estudios controlados en miles de casos con gastos millonarios y rigurosos controles por parte de los organismos regulatorios. En franco contraste, otros fármacos con demostrada eficacia pueden ser discontinuados sin ningún trámite. Estos comentarios son compartidos por arritmólogos de Estados Unidos, Europa e Israel. En un excelente trabajo muy reciente y en su comentario editorial, se plantea este problema y se sugiere que las autoridades sanitarias deben intervenir ante la conducta antiética de la industria farmacéutica para asegurar la provisión y disponibilidad de estos fármacos.

Un tema que preocupa a los cardiólogos de manera particular es la muerte súbita que ocurre en niños, jóvenes y adultos jóvenes con enfermedades heredo-familiares por alteraciones genéticas. El impacto familiar y social de esta patología no necesita ser comentado, ya que ocurre en general, de manera inesperada y en aparente plena salud “como un trueno en un cielo azul”, según expresión de Pedro Brugada. Un alto porcentaje de estas muertes ocurre durante prácticas deportivas y, si bien no tenemos estadísticas, todo hace pensar que la incidencia de estos casos ha aumentado llamativamente en los últimos años por razones no establecidas.

El desarrollo de la genética en el estudio de esas arritmias permite abordar de manera más racional los aspectos médicos, psicológicos, sociales y legales de la enfermedad en el paciente y en sus familiares.

Atender a esta necesidad requiere la conformación de un equipo multidisciplinario integrado por cardiólogos especializados, genetistas, asistentes sociales, psicólogos, etc. Un “team” con estas características tendría que constituirse en un centro de referencia para el diagnóstico, la prevención y tratamiento de estas patologías. Me pregunto si desde la Academia Nacional de Medicina se podría encarar un proyecto de esta envergadura para prestar un servicio inexistente hasta ahora en la Argentina.

No puedo soslayar el tratamiento de un tema esencial y preocupante en la práctica médica: la relación médico-paciente. Este binomio enfrenta, a veces con esperanza y otras con resignación, las alternativas del proceso salud y enfermedad. Como dice Agrest en su libro *Ser médico ayer, hoy y mañana*, el elemento más importante en esa relación es la confianza del paciente en el médico. En la actualidad esa relación se ha quebrado en su armonía, al aparecer un tercer elemento distorsivo: la organización médica que restringe las atribuciones del médico y limita su responsabilidad profesional.

La profesión médica ha tenido que admitir esta intromisión en los dominios que antes fueron sus cotos sagrados. Agrest señala, además, que ser médico en la actualidad es muy diferente a la responsabilidad ética de antaño, ya que se le ha sumado la responsabilidad legal. El incremento de los juicios estimulados por abogados inescrupulosos ha llevado a una **medicina defensiva** que obliga al médico a realizar estudios de todo tipo, por lo general costosos y muchas veces innecesarios, para responder a la justicia ante eventuales demandas. Todo esto, más el desenfrenado crecimiento tecnológico, ha llevado a la deshumanización de la medicina o mejor dicho, del médico en su ejercicio profesional.

No hay duda que los médicos somos el puente más ancho que existe entre la ciencia y el humanismo. Ser humanista no significa ser hombre bondadoso, aunque el médico deba serlo; ni ser ilustrado, aunque lo necesita; ni cultivar las letras, la historia y el arte, aunque sea útil. **Significa ante todo** haber adquirido una cultura que afine la sensibilidad para ver al hombre con simpatía, depurar el juicio para comprenderlo en sus virtudes y miserias y elevar la razón de vida para servirlo y ayudarlo en su mejoramiento. Como en ninguna otra profesión, la convergencia de ciencia y humanismo es lo que más la exaltan y la ennoblecen.

La Universidad tiene un papel decisivo en la formación científica y humanista del médico. Sus funciones son: impartir cultura, fomentar nobles disciplinas, difundir y acrecentar el conocimiento, formar profesionales bien preparados y aptos para cumplir con decoro la

función social que les espera y, sobre todo, educarlos para cumplirla con sacrificio, buscando siempre el mejoramiento social. Pero, he aquí un problema: las restricciones presupuestarias actúan como chaleco de fuerza para ahogar el proceso educativo desde sus primeros peldaños, aun sabiendo que la falta de desarrollo educativo actúa como rémora para impedir el auge económico. De este círculo vicioso no saldremos nunca mientras los gobiernos no comprendan que invertir riqueza en la educación significa crear riqueza no sólo material sino también espiritual. Según expresiones de Guillermo Jaim Etcheverry, sólo cuando se revalorice la educación se jerarquizará a profesos y maestros, factor primordial para poder poner en marcha el sistema. A la "sociedad del conocimiento" se ingresa por la esforzada puerta del conocimiento y por eso, el destino de cada una de las personas y de la sociedad dependerá de la actividad que asumamos en relación con la educación.

El panorama de la salud en el comienzo del tercer milenio ha sido desarrollado de manera elocuente por el Grupo de Estudio de Cardiología Transdisciplinaria quienes, entre otros conceptos, expresan que la globalización de los consumos culturales, de los hábitos, de los patrones y modelos de conducta se ha instalado de manera brutal e indiscriminada, produciendo una aparente homogeneización de las conductas por encima de los particularismos regionales. De este modo, la situación se torna problemática en tanto los sectores marginados del mundo pretenden adoptar hábitos propios de las sociedades privilegiadas mientras la desigualdad se refuerza y multiplica a la hora de acceder a los recursos para enfrentar las consecuencias de aquellos comportamientos. Así, la producción científica generada en los países desarrollados forma parte del imaginario cultural que se disemina sin fronteras y sin respeto por las particularidades y posibilidades regionales. En esta ilusoria pertenencia simbólica al primer mundo y una despiadada desigualdad material convive una gran parte del planeta y nosotros no somos la excepción. En nuestros días, el 80% de la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares ocurre en países del tercer mundo. Mientras en algunas áreas la declinación de la mortalidad se esgrime como un logro científico, en otra el incremento de esas tasas tornan obsceno el

optimismo ingenuo que no cesa de agrandar la brecha de la desigualdad e injusticia del mundo en que vivimos.

Antes de finalizar deseo honrar la memoria de las grandes figuras de la Cardiología Argentina que de alguna forma pasaron a ser parte de su historia. Además de los que ya he mencionado en mi exposición, otros ejemplos de investigadores o esforzados maestros fueron: Abel Ayerza, Antonio Battro, Francisco Arrillaga, Alfonso Albanese, Tiburcio Padilla, Oscar Orías, Ricardo Podio, Pedro Cossio, Bernardo Malamud, Albino Perosio, León de Soldati y René Favalaro. A muchos de ellos tuve el honor de conocerlos y tratarlos personalmente y para todos mi sentido homenaje.

Toda una vida y 49 años de profesión se concentran emocionalmente en este momento y en este acto que comparto con Uds. Lo vivido y por vivir tiene un punto de inflexión en este inmensurable honor que me brinda esta Institución médica que hoy me incorpora y que "nació a poca distancia del amanecer de la Patria y cuya historia se inicia con la enseñanza universitaria de la medicina en la Argentina".

Pertenezco a una generación afortunada que nació a tiempo y no traicionó a su destino. Al llegar a este punto de mi carrera, siento en mí la tranquilidad de haber sido leal conmigo mismo y no haber sacrificado mis convicciones al interés personal, de haber procurado caminar en la vida de acuerdo con lo que me enseñaron y he enseñado, y de haber aceptado que nuestro paso por la vida es misión como la que asumo a partir de este momento en el compromiso formal y las responsabilidades que las autoridades de esta Academia me delegan con tan honrosa distinción.

Mi gratitud inmensa a mis seres queridos por su amor, tolerancia y estímulo permanente. A mis hijos María Amalia, Ignacio Víctor, Julián Marcelo y Pedro Ezequiel, por su cariño y comprensión; a Elisabet, por su abnegación y apoyo inquebrantable; a mis padres que me enseñaron con el ejemplo el amor al prójimo, la obsesión por la verdad y el rechazo a la indolencia. De ellos aprendí que el ejemplo no es lo más importante en la vida sino que es la única cosa importante.

Gracias a cada uno de los presentes, amigos, pacientes y colegas por haberme honrado hoy con su presencia. Gracias a los médicos, secretarías, técnicos, personal de enfermería y personal auxiliar con quienes tengo el placer de trabajar y me acompañan en mi tarea de todos los días en el hospital, compartiendo esfuerzos, ideales y objetivos. He tenido la fortuna de vivir en amistad con ellos, de trabajar con ellos y de compartir nostalgias y entereza frente a la adversidad. Muchas gracias.



**INCORPORACIÓN DE LA ACADÉMICA CORRESPONDIENTE  
NACIONAL DRA. MIRTA ROSES PERIAGO  
(Residente en EE.UU.)**

**PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO\*  
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,  
ACADÉMICO ROBERTO M. ARANA\*\***

Autoridades presentes, Señoras y Señores Académicos, Colegas y Amigos:

Sean mis primeras palabras de bienvenida.

En nombre de la Academia Nacional de Medicina tengo el honor de dar comienzo a esta Sesión Pública Extraordinaria para recibir como Miembro Correspondiente Nacional a la Dra. Mirta Roses Periago a cuyo cargo estará la 3ra. Conferencia Anual de nuestra Institución.

La incorporación de un miembro a esta Corporación constituye uno de los actos académicos más importantes y significativos. El Estatuto de la Academia establece que para ser elegido Miembro Correspondiente se requiere: tener un concepto público de honorabilidad intachable; haber descollado en las disciplinas científicas que atañen a la Medicina y Ciencias Conexas; la publicación de obras originales o haber contribuido de alguna manera al progreso de la medicina.

---

\* Acto celebrado en la Sesión Pública Extraordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 28 de abril de 2009.

\*\* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

Si bien la Académica Weissenbacher tendrá la tarea de destacar sus méritos y antecedentes, no puedo dejar de mencionar que la Dra. Roses es argentina, graduada de Médica Cirujana en la Universidad Nacional de Córdoba, Especialista en Salud Pública y Enfermedades Infecciosas en la Universidad de Buenos Aires; en Medicina Tropical en la Universidad de Bahía, Brasil.

Después de desempeñarse en distintos organismos nacionales se incorporó a la Organización Panamericana de la Salud donde se distinguió por su permanente compromiso con el principio de equidad en salud y por su dedicación en trasladar al campo de acción los avances científicos.

Luego de una reconocida trayectoria fue elegida para ocupar el cargo de Directora de la Organización Panamericana de la Salud. La designación en el sitio de mayor responsabilidad en el Organismo para las Américas de la Organización Mundial de la Salud es un proceso complejo en el que participan todos los países de la región. El haber accedido a dicho cargo implica que la Dra. Mirta Roses Periago es, sin duda, la persona más destacada en el área de incumbencia de la Organización Panamericana de la Salud.

Además de sus méritos académicos, la Dra. Roses es esposa, madre y abuela.

Dra. Roses, en mi carácter de Presidente de esta Institución tengo el placer y el orgullo de entregarle el Diploma que la acredita como Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

## **DISCURSO DE RECEPCIÓN POR LA ACADÉMICA DRA. MERCEDES WEISSENBACHER\***

Agradezco a esta Honorable Academia que me delegara el honor de presentar a la doctora Mirta Roses Periago que hoy recibe el Diploma que la acredita como Miembro Correspondiente Nacional.

No es tarea fácil, pero sí muy grata, resumir aspectos de su rica personalidad, méritos académicos, diplomáticos y de liderazgo, que utiliza en beneficio de la salud de la población.

Mirta Roses, colega y amiga, nació en Santa Fe donde transcurrió su infancia. Sus ascendientes llegaron a nuestro país desde el norte de Italia y sus padres, primera generación de argentinos, se establecieron en la ciudad de Santa Fe. Inculcaron en la familia la cultura del estudio, el trabajo y la vocación de servicio, valores que Mirta supo incorporar y aplicar con creces.

Ella manifiesta con orgullo que ha cursado sus estudios primarios y secundarios en colegios del sistema público de Santa Fe donde se graduó de maestra. Sin temor a equivocarme puedo decir que a lo largo de su vida ejerció, armoniosamente entrelazadas, su vocación de maestra y de médica gracias a su avidez por adquirir conocimientos y a su capacidad para compartirlos con tanta gente como fuera posible.

Con Antonio Periago formó una familia enriquecida con cuatro hijos y recientemente un nieto. Recibió siempre el cálido apoyo fami-

---

\* Académica Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

liar en sus múltiples actividades, en sus alegrías y también en las dificultades y momentos de tristeza que la vida presenta.

Mirta Roses no sólo habla cinco idiomas: español, inglés, portugués, italiano y francés, sino que también se abocó al aprendizaje de lenguas aborígenes, como el quechua y el guaraní, para acceder a una mayor comprensión de los pueblos del continente y desde esa comprensión pensar y actuar mejor sobre sus problemas de salud.

A pesar de sus múltiples actividades, siempre encuentra tiempo para practicar natación, aunque confiesa que “con menos disciplina que hace unos años”. También practica yoga, inclinación que manifiesta haber heredado de su madre.

Le agrada realizar manualidades y además de tejer, se cataloga a sí misma como “una muy buena cocinera” y cuenta que siendo muy joven estudió en una escuela formal de cocina y repostería.

Nuestra flamante Académica estudió medicina en la Universidad Nacional de Córdoba y, desde su época de estudiante, se inclinó con entusiasmo al estudio de las enfermedades infecciosas. Obtuvo su primer trabajo remunerado como vacunadora a domicilio en 1965 durante la campaña de vacunación antivariólica.

Se graduó de médica en 1969. Sus estudios de posgrado incluyeron: la especialidad de Medicina Tropical en la Universidad Federal de Bahía, Brasil; la Diplomatura en Salud Pública con orientación en Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y la especialidad en Enfermedades Infecciosas en la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina, en el Hospital “Dr. Francisco J. Muñiz”.

Fue docente de las Cátedras de Medicina Preventiva y Social y de Enfermedades Infecciosas en la Universidad Nacional de Córdoba y médica interna en el Hospital de Enfermedades Infecciosas “Dr. Guillermo Rawson”, de esa provincia.

En ese entonces, Mirta Roses ingresó al equipo del Dr. Remo Bergoglio de quien manifiesta que además de su descollante activi-

dad asistencial y docente en Infectología, es un gran humanista, dueño y transmisor de valores éticos esenciales, con una amplia visión de la salud pública.

Ella reconoce al Dr. Bergoglio como su maestro y como la persona que más influyó en su vocación y formación académica.

Mirta Roses tuvo una vasta trayectoria de servicio en salud pública en las áreas de Epidemiología, Emergencias Sanitarias e Investigación, en el Ministerio de Salud de la Nación de la Argentina (1974/1982).

Su experiencia profesional internacional se inició en 1982 como Consultora en Epidemiología de Enfermedades Tropicales en la Organización Panamericana de la Salud y se consolidó en la misma institución en 1984 como Coordinadora de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en Trinidad y Tobago, desde donde brindó su apoyo a todos los países del Caribe.

Más tarde, y durante cuatro años, se desempeñó como Representante de OPS en la República Dominicana y luego, durante tres años, como Representante en Bolivia, desarrollando destacados programas de cooperación técnica.

Posteriormente fue elegida Subdirectora de OPS, durante dos períodos (1995-2003) y, entre sus múltiples funciones, tuvo a su cargo la supervisión directa de todas las representaciones de la OPS/OMS en las Américas.

En 2002, Mirta Roses fue elegida por los países de las Américas como Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana. Asumió al año siguiente por un período de cinco años, convirtiéndose así en la primera mujer y en la primera persona de la Argentina en alcanzar la Dirección de esa centenaria institución.

En virtud del éxito de su gestión inicial como Directora de OPS, en 2007 fue reelegida por un segundo período de cinco años.

Mirta ha descollado en su desempeño en salud internacional, demostrado en los 25 años de trabajo en los países de las Américas y en su activa participación en esfuerzos mundiales para lograr el control de epidemias, equidad en salud y regulación sanitaria.

Mirta Roses es médica epidemióloga especializada en Medicina Tropical, convencida de la misión que está llevando a cabo en nuestro continente. Su tarea está sólidamente basada en sus conocimientos, memoria prodigiosa, formación multicultural, capacidad para el liderazgo, honradez intelectual y espíritu crítico.

Como buena exponente del signo Libra tiene una extraordinaria habilidad para la búsqueda de alianzas y para el armado de acuerdos y consensos.

Entre las prioridades de OPS enfocadas durante su Dirección quiero destacar: la reducción de la mortalidad infantil; el fortalecimiento de la salud de la mujer; el control de enfermedades crónicas no transmisibles; el diagnóstico y control de malaria, lepra, TB, Chagas, enfermedades emergentes y reemergentes, así como la eliminación o el control de las enfermedades prevenibles por vacunación. Estableció la meta de eliminar el sarampión de este continente.

En una conferencia reciente Mirta Roses afirmó que “un aspecto central del enfoque renovado de la atención primaria de la salud es su énfasis en la reducción de las desigualdades sanitarias en un mundo de crecientes disparidades sociales. Para nuestra región, la más desigual del planeta, es de particular relevancia el compromiso de no replicar esas inequidades en la salud y de asegurar que la atención primaria para todos reduzca las brechas sociales”.

Su posición a favor de los que más necesidades tienen ha sido una constante en su desempeño como Directora de OPS. Luchar por la justicia social, los derechos a la salud y la salud para todos, se destacan en su accionar como persona y como autoridad sanitaria internacional.

Su vida de intenso trabajo en pro de la salud ha sido ampliamente apreciada y reconocida dentro y fuera de las Américas a través de numerosas distinciones, de las cuales mencionaré sólo algu-

nas: en España fue galardonada con la Orden Civil de Sanidad; en Bolivia con la Orden de la Salud Pública; en Ecuador con la Condecoración al Mérito en Salud Pública y distinciones semejantes en Nicaragua y República Dominicana. En Argentina recibió tres Premios Konex en Ciencia y Tecnología del área de Salud Pública.

Además, le han sido conferidos reconocimientos relevantes por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil; la Universidad de Antioquia, Colombia; y el Ministerio de Salud Pública del Paraguay.

Ha sido proclamada "Ciudadana Ilustre" de Córdoba, Argentina y "Huésped Ilustre" de diversas ciudades en países de las Américas: Quito, Guayaquil, Cuenca, San Salvador, Guatemala, Managua, Panamá y Montevideo.

En el ámbito académico quiero destacar que Mirta Roses ha sido honrada con el título de "Profesora Honoris Causa" por la Escuela Andaluza de Salud Pública, España; la Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia; la Universidad Tecnológica de Ecuador y la Universidad Mayor de San Marcos, Perú.

Ha recibido el "Doctorado Honoris Causa" de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina; la Universidad Autónoma Metropolitana, de México; la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en León; la Universidad Central de la República Dominicana y la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Es Académica Honoraria de la Academia Nacional de Medicina de Perú.

Pertenece a numerosas Asociaciones profesionales como Miembro Titular y como Miembro Honorario.

Tiene una extraordinaria lista de conferencias dictadas sobre temas de Salud Pública, Epidemiología y Política Científica.

Finalmente quiero destacar condiciones que, además de su calidad humana y profesional, muchos admiramos en Mirta a través del

conocimiento de su accionar cotidiano: es una luchadora incansable, comprometida y solidaria con la salud de los pueblos.

Hoy Mirta Roses inicia su actividad académica y para ello nos brindará la Conferencia Anual de la Academia Nacional de Medicina. El tema por ella elegido es "Salud para todos: del conocimiento a la acción".

Estoy segura de que esta disertación reflejará el quehacer de su vida profesional: la construcción del conocimiento científico y su aplicación para la salud, en el marco de la rigurosidad académica y el compromiso social.

Mirta, como ya lo expresara nuestro Presidente, el Dr. Roberto Arana, esta Honorable Academia se complace en brindarte una muy cordial bienvenida.

## **SALUD PARA TODOS: DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN.\***

ACADÉMICA CORRESPONDIENTE NACIONAL  
DRA. MIRTA ROSES PERIAGO\*\*

El tema “Salud para Todos” ha permeado de modo crítico la salud pública de la segunda mitad del Siglo XX. Formulada en 1978 en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Alma Ata<sup>1</sup> como una solución universal equitativa para el goce de la salud concebida como derecho, a través del modelo de atención primaria de salud, fue luego cuestionada por nuevos abordajes estratégicos para la gestión de los sistemas de salud en los países en desarrollo, los que la adoptaron parcialmente (salud rural) o simplemente la ignoraron.

Entre tanto, el ideario de Salud para Todos que, desde su lanzamiento, galvaniza los liderazgos de la comunidad, de las autoridades locales, investigadores y profesionales de salud, demostró una notable resiliencia, particularmente en América Latina y el Caribe, lo cual le ha asegurado su supervivencia y constante renacer en las propuestas y agendas regionales y globales de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud y en particular su oficina para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, que me honro en dirigir, así como los que me precedieron y los profesionales de antes y de ahora, sentimos orgullo de haber permanecido todo el tiempo junto a los gobiernos y fuerzas sociales de la región, haciendo

---

\* IIIa. Conferencia Anual “Academia Nacional de Medicina”.

\*\* Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); Médica Epidemióloga especializada en Medicina Tropical.

frente a las demandas y vicisitudes, compartiendo notables avances y sufriendo con expectativas no cumplidas, con la permanencia de problemas e injusticias graves en salud. Durante este viaje, nunca se abandonó el compromiso con la Salud para Todos y Todas, aunque hubo y habrá muchas piedras y abismos en el camino.

Esta historia y el legado de la OPS/OMS me han llevado a compartir con Uds. esta noche mi reflexión sobre la vigencia actual y los desafíos que nos presenta “Salud para Todos” a partir de su concepción original formulada hace 30 años y a la luz de su permanencia como *alter ego* de la salud pública. Desde entonces hasta nuestros días, en un contexto caracterizado por la creciente creación e intercambio de información y conocimiento científico y de experiencias, la sociedad aún busca construir un accionar práctico correspondiente y conducente a hacer realidad el goce de la salud para toda la población.

La Declaración de Alma Ata que sintetizó las conclusiones y recomendaciones de la conferencia respondió a la meta de *Salud para Todos en el Año 2000*. De hecho, en su punto V, ella preconiza que “... *Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social*”<sup>2</sup>.

“Salud para Todos” tiene un significado bien explícito -quiere decir lo que dice!- y comprende simultáneamente un derecho ciudadano, una meta a ser alcanzada y un *modus operandi* social para la salud de cada ser humano, entendida por la constitución de la OMS y adoptada en Alma Ata, como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>3</sup>.

La fortaleza humanista e igualitaria de Salud para Todos refleja la evolución de la sociedad en el siglo pasado a partir de su naci-

miento, producto de las grandes transformaciones que el mundo moderno vivenció después de la Segunda Guerra Mundial.

Se creó de forma irreversible la Organización de las Naciones Unidas como la instancia de gobernanza que engloba todas las grandes áreas relacionadas con el desarrollo social, cultural, científico, técnico y económico, incluyendo la salud. La Organización Mundial de la Salud cumplió 60 años de vida y lanzó el informe mundial 2008 retomando la estrategia de desarrollo de la salud a través de la atención primaria -es decir, una renovación de su compromiso con Salud para Todos<sup>4</sup>. El desarrollo de la OMS en la posguerra fue caracterizado por programas y campañas mundiales de control de enfermedades que consagraron a la salud como un bien común de la humanidad, con ejemplos como la erradicación de la viruela confirmada en 1980.

Este período hasta finales de los ochenta, fue caracterizado por las tensiones en las relaciones internacionales a causa de la guerra fría y por el ocaso del colonialismo, aliado a la emergencia de un fuerte movimiento de emancipación y autodeterminación de los pueblos, de valoración de las culturas y los conocimientos autóctonos, de cambios de costumbres, de solidaridad y libertad. Nosotros vivimos de cerca e intensamente este período en toda América Latina y el Caribe con movimientos populares y de reafirmación nacional y regional. En particular, la descolonización en el Caribe, donde la independencia de los países de lengua inglesa iniciada con Jamaica y Trinidad y Tobago, en 1962, contribuyó para el desarrollo de un fuerte regionalismo que culmina con la creación de la Comunidad Caribeña y Mercado Común (CARICOM) en 1973<sup>5</sup>.

Entre tanto, fue 1968 el año que marcó indeleblemente este período, con hechos de gran impacto histórico como la Ofensiva del Tet en Vietnam, la primavera de Praga, el asesinato de Martin Luther King en Memphis. En mayo del '68 el movimiento estudiantil en Francia sorprendió al mundo. Mayo de 1968 simboliza la explosión de aspiraciones de libertad y transformaciones sociales.

En América Latina, los regímenes militares o autocráticos reaccionaron a esta ola con violencia, como la tragedia de la Plaza de las Tres Culturas de Tlatelolco, México y un año más tarde, aquí en la Argentina, estalla el Cordobazo con una manifestación organizada de estudiantes y trabajadores. En Brasil, la dictadura militar restringió radicalmente las libertades y aumentó la represión. En 1973, se produjo el golpe de Estado en Chile, y en 1976 en Argentina.

No obstante las múltiples interpretaciones, las motivaciones, organización y consecuencias de estos acontecimientos, una cosa es cierta: el mundo cambió radicalmente con el inicio de un proceso de reivindicaciones políticas, de cambios sociales y culturales profundos con el fortalecimiento de la ciudadanía, el reconocimiento de los grupos excluidos y de las llamadas minorías y sus propias organizaciones, con valoración creciente del acceso a la información y conocimiento. El movimiento contribuyó a crear las condiciones sociales para enfrentar las vicisitudes de la globalización que avanzó fuertemente a partir de los años '90 como el nuevo eje de la evolución de la sociedad.

Salud para Todos es parte del avance de la humanidad. Sus valores reflejan movimientos sociales de la segunda mitad del siglo pasado que incorporaron en la salud pública un legado universal orientado hacia la equidad y justicia social. Como bien lo expresó el poeta León Felipe: "Voy con las riendas tensas, y refrenando el vuelo, porque lo que importa no es llegar solo ni pronto, sino con todos y a tiempo".

La adopción de la estrategia de Salud para Todos por los países y por la cooperación internacional enfrentó grandes dificultades y resistencias frente a su propuesta de implementación compleja e innovadora de proveer el estado máximo de salud posible con equidad. Esto fue muy osado (hasta provocativo) para las coyunturas políticas y económicas internacionales que emergieron y evolucionaron en la posguerra con base en los acuerdos de Bretton Woods y posteriormente reflejadas en el llamado Consenso de Washington de los años '80 que reorientaron progresivamente la política y la econo-

mía mundial en franco proceso de globalización con base en la supremacía del mercado. Comienza entonces un período de grandes avances en la economía, ciencia, tecnología e innovación, con nuevas oportunidades aunque restringidas para los países en desarrollo, con una tendencia a la concentración de la renta, incapacidad sistémica para la superación de la pobreza y fuerte deterioro del medio ambiente y de las condiciones de vida.

En el seno de este movimiento denominado “neoliberalismo”, fue elaborada la estrategia de reforma de salud para los países en desarrollo formulada por el Banco Mundial y publicada en el *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*<sup>6</sup>, que aportó contribuciones significativas para la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud, pero con énfasis en su adhesión al mercado como mecanismo principal para la provisión de los servicios públicos, restringiendo el rol del estado a la provisión de atención a la población pobre y desocupada, excluida, o en la economía informal, fragmentando los seguros y multiplicando los servicios privados de salud.

Esta organización de la atención con enfoque de mercado, fundada en transacciones de bienes y servicios, alimentada y estimulada por el desarrollo notable de productos y tecnologías para la atención cada vez más sofisticados y costosos, enfrentó siempre con resistencia, particularmente en nuestra región, por la ausencia de enfoque en las causas estructurales de las desigualdades en el acceso a la salud. Esta resistencia mantiene su raíz siempre en torno a los valores y principios de la Salud para Todos, enriquecida con contribuciones de otros sectores que favorecían una agenda de desarrollo regional e internacional con enfoque de equidad y protección de los grupos más vulnerables. Podemos citar aquí, por ejemplo, la propuesta *Ajuste con Rostro Humano* organizado por la UNICEF a fines de los '80<sup>7</sup> y el documento *Transformación productiva con equidad* de CEPAL/OPS en 1987<sup>8</sup>. El reconocimiento del triste récord histórico de la región de las Américas como la más inequitativa del mundo en cuanto a distribución de ingresos, ha llevado a los líderes y defensores de la salud, a declarar su decisión de no replicar esas desigual-

dades socioeconómicas en el acceso a salud y, además, de contribuir, desde salud, a la reducción de esas brechas inaceptables.

La OPS, por medio de su cooperación técnica junto a los gobiernos y ministerios de salud, buscaron siempre orientar las políticas y programas de reforma del sector salud para lograr mayor eficiencia, eficacia y calidad, y responder a las necesidades de salud del conjunto de la población, con equidad y con prioridad en la protección a los grupos más vulnerables. Es decir, intentando centrarse en los principios de Salud para Todos más que en el puro ejercicio de asegurar que el Estado gaste menos en salud. Por ejemplo, el plan de acción aprobado en la I Cumbre de las Américas de 1994 en Miami, explicitó el acceso equitativo a los servicios básicos de salud como iniciativa 17, con referencias claras al ideario de salud para todos, como por ejemplo: *“Desarrollar o poner al día planes nacionales de acción o programas de reformas para alcanzar metas relacionadas con los objetivos de salud materna, infantil y reproductiva y asegurar el acceso universal, no discriminatorio a servicios básicos, incluyendo educación en salud y programas de atención médica preventivos”*.

En la misma iniciativa, los gobernantes, acordaron: *“Convocar una reunión especial de los gobiernos hemisféricos con donantes interesados y agencias técnicas internacionales a ser auspiciada por el BID, Banco Mundial y la OPS para establecer el marco de los mecanismos para reforma en salud, definir el papel de la OPS en el monitoreo e implementación de planes y programas de país, y planificar el fortalecimiento de la red, incluyendo las contribuciones de los coauspiciadores”*<sup>9</sup>.

Un desafío inherente a la implementación de Salud para Todos reside en la complejidad para balancear las restricciones de recursos económicos y de todo orden para asegurar la provisión del estado máximo posible de salud en condición de equidad, es decir de superación continuada de las inequidades, entendidas, según la definición más aceptada de Margaret Whitehead, como *“las diferencias que son innecesarias y evitables pero que además son consideradas también como desleales e injustas”*. La autora destaca, al definir equidad, que el término tiene una dimensión moral y ética<sup>10</sup>.

Este balance es necesario y posiciona a la salud como un bien público, cuya adopción viabiliza la construcción colectiva de una respuesta contundente. Salud para Todos no es una utopía y las inequidades sociales y de salud no se justifican como inherentes a la sociedad humana con base en un ya superado Darwinismo Social, justamente este año tan especial para la biología y la ciencia en el que se conmemora el bicentenario del nacimiento de Charles Darwin y 150 años de la publicación de la primera edición del libro “El origen de las especies mediante la selección natural o la conservación de las razas favorecidas en la lucha por la vida”.

Pues bien, si estamos hablando de evolución de la sociedad humana, tomo la descripción de bien público que nos regala Amartya Sen en su libro *Desarrollo como Libertad*:

*“Ya he comentado sobre temas de equidad y la necesidad de ir más allá de consideraciones de eficacia, y en aquel contexto, he tratado de hablar por qué esto puede pedir complementar el mecanismo de mercado por otras actividades institucionales. Pero, aún en el alcanzar la eficacia, el mecanismo de mercado a veces puede ser menos eficaz, en particular en presencia de los que se llaman ‘bienes públicos’ ”.*

*“Una de las suposiciones estándar hechas para mostrar la eficacia de los mecanismos de mercado es que cada materia -y más generalmente todo aquello sobre el cual depende nuestro bienestar- puede ser comprado y vendido en el mercado. ... De hecho, sin embargo, algunas contribuciones más importantes a la capacidad humana pueden ser difíciles de venderse exclusivamente a una persona a la vez. Esto es cierto, sobre todo cuando consideramos los bienes públicos, que la gente consume en forma conjunta más bien que separadamente”.*

*“Esto aplica en particular en tales campos como la preservación ambiental, y también el cuidado de la salud pública y la epidemiología. Puedo estar dispuesto a pagar mi parte en un programa social de erradicación de malaria, pero no puedo comprar mi parte de aquella protección como un ‘bien privado’ (como una manzana o una camisa). Esto es ‘un bien público’ -el entorno sin malaria- que tenemos que consumir juntos”<sup>1</sup>.*

“Salud para Todos” no es por lo tanto una simple abstracción o un estado ideal. Ella se alcanza a través de la interrelación de los individuos, familias y comunidades, con sus historias, condiciones de vida y su entorno ambiental, cultural, social, económico y político, que abarca lo local, lo nacional y lo global.

Este complejo de condiciones e interrelaciones que afectan la producción de salud individual y colectiva es conocido como determinantes de salud. Estos determinantes son productos de la acción humana y, por lo tanto, es la acción humana la que podrá y deberá modificarlos.

Es importante destacar que los determinantes de la salud colectiva de una sociedad no son necesariamente idénticos a los determinantes sociales de las inequidades de la salud que ocurren en el seno de la sociedad, en sus diferentes grupos sociales. De hecho, la pobreza, por ejemplo, que conlleva limitaciones de acceso a bienes y servicios esenciales de salud, puede ser un importante determinante para algunos grupos menos favorecidos, mientras que, para otros grupos de la misma sociedad, los determinantes más críticos pueden no estar relacionados con las condiciones materiales de vida y trabajo, sino con otros determinantes como los psicosociales, los culturales, la discriminación, el estigma, la xenofobia, las diversidades étnicas, religiosas, de edad, de género, de orientación sexual, discapacidades físicas y mentales, etc. El combate de las inequidades en salud debe tener en cuenta los principales determinantes de salud de cada grupo social para actuar efectivamente sobre ellos. Además, en el combate de las inequidades para avanzar hacia la Salud para Todos, debemos priorizar los determinantes sociales de los grupos más rezagados con el objetivo de acelerar la disminución de los diferenciales en relación con los grupos más privilegiados<sup>12, 13</sup>.

El logro de Salud para Todos, como formulara anteriormente, es ciertamente un emprendimiento social de alta complejidad, alcanzable a mediano y largo plazo y, una vez logrado, adquiere entonces el carácter de objetivo permanente. En consecuencia, su realización se proyecta como una obra sistemática y consciente de la sociedad y

sus gobiernos, expresada en el modelo de atención primaria de salud que, de acuerdo con la OMS, es *“la atención a la salud accesible universalmente por los individuos y familias en la comunidad por medios que les son aceptables, a través de su plena participación y a costos que la comunidad y el país pueden soportar”*. La atención primaria de salud *“es parte integral y núcleo del sistema nacional de salud así como de la totalidad del desarrollo social y económico de la comunidad”*<sup>4</sup>.

Con este sentido integral que incorpora lo obvio (pues nadie cuestiona su valor en cuanto a una expectativa individual de todos) y lo osado (pues su aparente y persistente inviabilidad se proyecta como una utopía), Salud para Todos tensiona y ocupa persistentemente una posición central en la salud pública y, particularmente, en la inserción de la salud como dimensión esencial en las agendas de desarrollo global y nacional.

De hecho, el plan de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordado por todas las naciones del mundo, tiene 3 temas explícitos de salud y 3 que son determinantes de salud entre los 8 objetivos principales. Los ODMs reposicionan y actualizan Salud para Todos con una agenda universal y holística del desarrollo, que coloca al ser humano en su centro, y se refleja en la consecución de todos los objetivos en su conjunto, ya que no se alcanzan uno a uno. Vale la pena citar una de las frases que inician la Declaración del Milenio aprobada en septiembre de 2000 por la Asamblea General de la UN, es decir, por todos los jefes de estado y gobierno: *“En nuestra calidad de dirigentes tenemos pues un deber que cumplir respecto de todos los habitantes del planeta, en especial los más vulnerables y, en particular, los niños del mundo, a los que pertenece el futuro”*<sup>5</sup>.

La salud pública intenta concebir, promover y producir las estrategias, información, conocimiento, capacidades e infraestructuras para dotar a la sociedad de Salud para Todos y por ello, incorpora en su paradigma la relación entre el conocimiento y la acción y viceversa, o más ampliamente entre ciencia y sociedad.

Nos aproximamos más y más al *modus operandi* de Salud para Todos a medida que la relación dialéctica entre el conocimiento y la acción, entre ciencia y sociedad, se hace realidad, continua y plenamente, a lo largo de las funciones esenciales de la salud pública<sup>16</sup>. A este accionar de nuevos conocimientos se agrega el conocimiento y técnicas incorporados por la sociedad, en sus estructuras de gobernabilidad y particularmente en los sistemas de salud, incluyendo, entre otros, políticas informadas con evidencias, métodos de gestión eficientes, eficaces y de calidad, procesos con flujos de trabajo documentados y transparentes, las campañas colectivas de promoción y de cuidado a la salud como la vacunación, guías clínicas contextualizadas de prevención, diagnóstico y tratamiento basado en evidencias actualizadas y, ciertamente, los medicamentos, procedimientos y tecnologías en general.

Este “moto continuo” de conocimiento a la acción y viceversa para la producción equitativa de la salud debe extenderse a todas las instancias, procesos y redes sociales con énfasis en las redes integradas de servicios basados en la atención primaria de la salud. Al mismo tiempo, enfrentamos un problema crítico por el hecho que la salud pública, así como otros dominios sociales, padece del distanciamiento entre la ciencia y la sociedad. Esto es expresión del desarrollo histórico de la ciencia, que ha logrado definir sus normas, métodos, valores e instituciones como una empresa o práctica social autónoma y con eso, defenderse de la interferencia del poder político, militar y religioso.

Así se incorporó en la ciencia el riesgo de aislarse de otras prácticas sociales y de limitar su papel activo en las prácticas y transformaciones sociales, como aún ocurre actualmente con el desbalance entre la producción científica del conocimiento y su aplicación práctica en la producción de la salud, fenómeno conocido como brecha entre el conocimiento y acción.

Sin embargo, en los últimos años las relaciones entre ciencia y sociedad han tenido importantes transformaciones, sea por cambios en la dinámica misma de la actividad científica o en los procesos

productivos que son cada vez más dependientes de las innovaciones proporcionadas por la ciencia y tecnología o por la demanda de los gobiernos y la sociedad por información, conocimiento y evidencias científicas que informen sus políticas. La mayor transparencia y ajuste de cuentas entre los líderes y los ciudadanos exige progresivamente que se compartan no sólo las decisiones de políticas, sino que se revelen los procesos e información que se desarrollaron en el camino hacia la toma de decisiones.

Al abandonar progresivamente los límites seguros y cómodos de los problemas y espacios controlados de la Academia y los Laboratorios para dedicarse a temas complejos como la gobernabilidad, el planeamiento estratégico, los modelos de desarrollo económico y financiero, el deterioro ambiental, la pobreza o la violencia, los determinantes de salud, etc., la ciencia pasa a otro tipo de relación con la sociedad. Ahí, las opciones de acción que la ciencia ofrece y delimita pasan a ser evaluadas y adoptadas en el ámbito de la política. Así, en lugar de colocarse afuera o arriba de los procesos sociales y políticos, con un posicionamiento prescriptivo o autocrático, la ciencia redefine sus relaciones con los actores sociales y políticos<sup>17</sup>.

De este modo, y particularmente en el campo de la salud pública, la ciencia y la política no se contradicen pero se complementan y se refuerzan mutuamente. Por lo tanto, el desafío inmediato más importante en la salud pública es superar la brecha entre lo que se conoce globalmente y lo que se practica con cada ser humano en salud. Esta brecha constituye una de las causas estructurales que dificultan la superación de la inequidad de salud<sup>18</sup>.

En este sentido, entendemos el acceso al conocimiento como un determinante de salud, que actúa y condiciona el desempeño y las decisiones de autoridades, gestores, investigadores, profesores, profesionales, trabajadores de salud en general, usuarios de los servicios de salud, las comunidades y la sociedad como un todo. La inequidad en el acceso a la información, conocimiento y evidencias es especialmente relevante porque, al reforzar la exclusión, genera y amplía otras inequidades<sup>19</sup>.

Estas inequidades son perjudiciales no solamente para la salud de los más desfavorecidos, sino también para la salud de la sociedad en su conjunto. Una serie de estudios comprueban que las sociedades más desiguales tienen una situación de salud inferior a la de las sociedades más igualitarias porque las inequidades restringen la formación y promueven el deterioro del llamado capital social, o sea de las relaciones de solidaridad y confianza entre personas y grupos. Los países y estados con poca cohesión social son los que menos invierten en capital humano y en las redes de apoyo social, que son las condiciones necesarias para la meta y *modus operandi* de Salud para Todos.

La transferencia del conocimiento a la acción y viceversa se convierte en un devenir necesario, como el eslabón crítico para lograr Salud para Todos. Por lo tanto, la salud pública demanda, como prioridad política, que se disminuya o elimine la brecha entre conocimiento y acción. Las causas limitantes u obstaculizadoras del *continuum* entre conocimiento actualizado y la acción, ocurren en tres áreas principales: la regulación del acceso al conocimiento científico global por la propiedad intelectual, las barreras para el acceso a la información y al conocimiento científico disponible, y la producción y transferencia del conocimiento científico en salud pública centrado en los determinantes de salud y superación de las inequidades en salud.

En nuestra sociedad se ha tornado parte del sentido común la idea que conocimiento es poder, notoriamente el conocimiento científico. Pero el conocimiento científico es también la principal fuente de la generación de tecnologías y de las innovaciones, que ha sido esencial para el avance de la atención a la salud con nuevos instrumentos diagnósticos, medicamentos, vacunas y otras tecnologías de salud, así como las tecnologías de información y conocimiento y las perspectivas que ofrece la genética y la nanotecnología para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la salud de individuos y comunidades.

En respuesta a la preocupación de los países en desarrollo frente a la creciente inequidad en el acceso a los avances e innovaciones que aporta el conocimiento científico, los cuales son impuestos

por las barreras de la propiedad intelectual, particularmente en lo que se refiere a los desarrollos orientados a las enfermedades y condiciones de salud que más afectan a los pobres, la OMS estableció en 2004 la Comisión para Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. Su informe final se presentó en 2006 y propone avanzar con un plan de acción para movilizar competencias que aseguren la sostenibilidad de recursos para el desarrollo de nuevos diagnósticos, vacunas y medicamentos, que deberán estar accesibles a todos. Cabrá a la Asamblea de la OMS dar orientación a los próximos pasos<sup>20</sup>.

Entre tanto, es importante destacar que la producción y diseminación internacional del conocimiento científico está encapsulada en una estructura de poder basada en la propiedad intelectual que, tanto para la propiedad industrial, que se expresa por medio de patentes, marcas, etc., como para el derecho autoral, que se expresa en las obras artísticas y literarias, incluida la científica, tiene su base en la propiedad privada y por lo tanto el derecho y poder de las empresas de limitar el acceso al conocimiento y a las tecnologías derivadas. La importancia crítica que tiene este poder se expresa en el hecho que la discusión sobre el régimen internacional de propiedad intelectual ha permeado las relaciones internacionales en las últimas décadas, particularmente con la consolidación de la globalización y el libre comercio, y los países en desarrollo se han resistido a aceptar regímenes que impidan el acceso al conocimiento y a las tecnologías que pueden afectar seriamente su desarrollo y en particular a la salud.

Si el camino hacia Salud para Todos se construye con el acceso y aplicación de conocimientos y tecnologías que son regulados por la propiedad intelectual es crucial que el régimen que ordena la obediencia y aplicación de los derechos y deberes sea perfeccionado para proveer mecanismos y soluciones de compensación que aseguren la equidad de acceso.

La segunda área de desafíos comprende las barreras para el acceso y publicación de información, conocimiento y evidencias científicas actualizadas y contextualizadas.

Nosotros en América Latina y el Caribe hemos avanzado notablemente en este sentido mucho más que las otras regiones en desarrollo con el liderazgo de la OPS, a través de BIREME, con el establecimiento y operación descentralizada y convergente de productos, servicios y eventos de información científica y técnica en acceso abierto por intermedio de las redes de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y la Scientific Electronic Library Online (SciELO) que vienen integrando a la Región proactivamente en el flujo internacional de información y comunicación científica<sup>21</sup>.

La investigación científica con la comunicación de sus resultados de forma extraordinaria a partir de la segunda mitad del siglo pasado, es la principal fuente de conocimiento y conforma un flujo continuado y acelerado de nuevos textos y otros contenidos publicados en revistas científicas, libros y otros medios de publicación que comunican los descubrimientos y novedades que se acumulan al conocimiento existente, lo actualizan, modifican o refutan. La comunicación científica comprende también los medios secundarios que catalogan e indexan los textos individuales así como por los servicios terciarios que resumen y sistematizan la información disponible sobre un tema, por medio de revisiones sistemáticas de la literatura disponible.

No sin razón, el siglo pasado presencié el surgimiento de la explosión de la información científica confirmada en la expresión "*publish or perish*" (publicar o perecer) que señala muy bien el modo y sentido del trabajo y de evaluación de los investigadores. Además, para el progreso de la carrera de investigador, para la visibilidad de su producción, se estimula la publicación en las revistas del llamado *main stream* (corriente central), que tienen mayor impacto, medido por el número de citas que reciben, que además constituyen la base para medir la producción y capacidad científica de los países, de las instituciones, de grupos o de investigadores individualmente.

Como todos sabemos, el conjunto de las revistas científicas internacionales reconocidas como de mejor calidad o de mayor impacto son, en su gran mayoría, de propiedad de las casas editoriales internacionales (*publishers*) o de las grandes sociedades científicas

que siguen los modelos de negocios similares a los *publishers*. Es a estos propietarios de revistas que los científicos transfieren los derechos de copia de sus artículos.

Este modelo de comunicación científica se ha perfeccionado continuamente desde que aparecieron las primeras revistas hace cerca de 350 años. Hoy día todo el conocimiento científico que se publica en las revistas de calidad están disponibles en la web y de hecho nuestra generación ha vivido la realización del sueño de la biblioteca universal del conocimiento científico.

Hay diversas barreras para que este conocimiento científico sea democráticamente accesible, contextualizado y aplicado en nuestros países. Entre ellas la económica, ya que la gran mayoría de las fuentes de información son protegidas por la propiedad intelectual y los costos son aún prohibitivos para asegurar el acceso universal. Nuestra región invierte decenas de millones de dólares por año para dotar a los sistemas de investigación y educación de acceso a la producción científica internacional, y raramente se provee acceso universal y en general los sistemas de salud son penalizados.

La superación de esta barrera se vislumbra internacionalmente con la propuesta de acceso abierto, a través de un movimiento que se fundamenta en el principio "que el conocimiento científico, al igual que la salud, es un bien público y que debe, por lo tanto, estar disponible para toda la humanidad, principalmente cuando la investigación que le dio origen ha sido financiada con recursos públicos"<sup>22</sup>.

Las ciencias de la salud globalmente han avanzado notablemente hacia el acceso abierto. Tanto el NIH cuanto el Wellcome Trust exigen que los artículos resultantes de los proyectos de investigación que financian sean depositados en el sitio PubMed Central, aceptando el embargo de los *publishers* de 6 meses después de la publicación por parte del Wellcome Trust o de 12 meses por el NIH. En Ibero América, las principales revistas científicas de salud y todas las principales de salud pública son publicadas en acceso abierto por medio de la colección SciELO Salud Pública, incluyendo las revistas de la OMS y de la OPS.

Aún con acceso abierto, emerge la conectividad como otra barrera que excluye o limita significativamente el acceso a los profesionales de los sistemas de salud y principalmente a la población y para el establecimiento de flujos locales de información, que son esenciales para la atención primaria de salud. Esperamos que esta barrera sea progresivamente superada en el futuro mediato con las nuevas tecnologías basadas en comunicación inalámbrica y con acceso a través de los dispositivos móviles así como el uso de la radio, televisión y reuniones/debates comunitarios para democratizar el acceso a la información y el conocimiento<sup>23</sup>.

La comunicación del conocimiento científico y las innovaciones son hechas principalmente en inglés, por lo que nuestros idiomas representan una barrera adicional, que implica por un lado el dominio creciente para leer y escribir en inglés y también acelerar los procesos y servicios de traducción para alcanzar masivamente a los profesionales y la población. Al mismo tiempo, algunas de las mejores revistas de salud pública de nuestra región están publicando simultáneamente en inglés y portugués o español, de modo de aumentar su visibilidad local y global. Aún quedan ausentes las lenguas originarias que no logran incorporar las prácticas y conocimientos de sus comunidades.

Además, la construcción del continuo entre la información y el conocimiento generado por la investigación científica y la acción, demanda el establecimiento regional y nacional de organizaciones, estructuras y procedimientos para la transferencia de conocimiento, incluyendo la producción de revisiones sistemáticas y evaluaciones de tecnologías de salud, los observatorios, salas de situación, educación continuada de los recursos humanos de modo de informar las políticas, la gestión y la atención a la salud y su interacción con los otros sectores principalmente en el abordaje de los determinantes sociales de salud.

Estas instancias ocupan un rol importante en el proceso de inducción de la aproximación de la ciencia y la sociedad que nos referimos anteriormente y para dotar la salud pública con una conver-

gencia poderosa de la política, la ciencia y la práctica. Nuevamente, es importante destacar el esfuerzo de los países de América Latina y el Caribe, con la OPS, en la gestión y participación activa en las redes regionales e internacionales de información, comunicación y formación científica y técnica en salud, destacándose la BVS, CVSP, EVIPNET, Red Cochrane Iberoamericana y la Internacional, que dotan a América Latina y el Caribe con acceso abierto a las principales fuentes de información, conocimiento y evidencia científica en salud generadas nacional, regional e internacionalmente. De hecho, Salud para Todos e Información para Todos son dos caras de la misma moneda<sup>24, 25</sup>.

Es importante aquí una reflexión puntual sobre la necesidad de renovación en las políticas y programas de investigación sobre los problemas complejos de la salud pública y sus determinantes relacionados con las condiciones de vida y trabajo de los diversos grupos sociales para generar información y conocimiento que contribuya a la definición y evaluación de las intervenciones.

La investigación en salud pública debe realizar importantes cambios en la manera cómo define sus temas y prioridades, en los espacios institucionales donde se desarrolla la producción del conocimiento y, como vimos anteriormente, en las formas de comunicación y divulgación de estos conocimientos. Así, la definición de temas y prioridades debe ocurrir progresivamente en un espacio que permita la interacción de todos los actores involucrados en la demanda, producción y uso del conocimiento de modo de asegurar la identificación cada vez más rápida y precisa de los problemas relevantes a ser abordados con enfoque multidisciplinario<sup>26</sup>.

En lugar de desarrollarse exclusivamente en los espacios de las universidades y de los institutos de investigación, la actividad científica en salud pública, en el *modus operandi* de Salud para Todos, debe ampliarse para una nueva institucionalidad de redes colaborativas y flexibles de instituciones de diferente naturaleza. Al mismo tiempo, la evaluación del conocimiento producido debe ser hecha por pares e impares que llevan en cuenta tanto el rigor y excelencia cien-

tífica como la relevancia social. Por cierto, la diseminación del conocimiento no debe limitarse a las publicaciones restrictas a la comunidad científica, sino adoptar otros medios y lenguajes que faciliten el acceso e interacción de los diversos actores y sectores de la sociedad involucrados en la salud pública, en el modelo de la atención primaria de salud.

Esta renovación de la conducción de la investigación científica representa el paso necesario y posible en un futuro próximo para fortalecer la aproximación de la ciencia y sociedad, del conocimiento a la acción.

Es importante notar también que la participación informada y proactiva de las comunidades es concebida no solamente como el *modus operandi* del quehacer y del cómo hacer para viabilizar el modelo de Atención Primaria de Salud, sino que lo antecede como la expresión del derecho individual y colectivo que todos y cada uno tenemos sobre nuestra salud, instrumentalizados progresivamente por la democratización del acceso a la información y al conocimiento científico, técnico y empírico.

En muchos sentidos, pero particularmente en lo que se refiere a las aspiraciones sociales e inclusión, podemos hacer un contrapunto entre las condiciones sociales de posguerra que dieron origen a Salud para Todos y el contexto actual que vivimos en la globalización con la emergencia y el desarrollo de la Sociedad de la Información y del Conocimiento.

La participación proactiva e informada de la población en el modelo de Atención Primaria de la Salud puede imbuirse y apropiarse del fenómeno contemporáneo de las redes sociales que se autoorganizan con el uso ubicuo de las tecnologías de información y comunicación y se proyectan como colectivos inteligentes, que constituyen un estado avanzado de la condición de interoperación entre conocimiento y acción, en cual todos tenemos algo que decir, algo que aprender.

Esta perspectiva de inclusión progresiva de la mayoría de la población en las estructuras de información y comunicación digital que incluye también la automatización paulatina de los procesos de los servicios de atención a la salud, crea una nueva ola de condiciones muy favorables para consolidar el modelo de participación proactiva e informada de la población.

Entre tanto, a 30 años de Alma Ata y a casi diez del año 2000, todos sabemos que estamos aún muy distantes de la meta de “Salud para Todos”, originalmente marcada para el año 2000. Principalmente estamos aún muy lejos de las condiciones sociales, capacidades e infraestructuras que la Declaración de Alma Ata proyectó para las políticas y sistemas nacionales de salud sobre la base de la atención primaria.

La llegada del siglo XXI -simbolizada en el cruce del año 2000- pobló nuestro imaginario a lo largo de gran parte del siglo anterior, principalmente a los de mi generación, con una miríada de expectativas, temores y fundamentalmente esperanzas en torno a los frutos del progreso, de la ciencia y la tecnología, de las propuestas y promesas de los gobiernos nacionales y de la cooperación internacional, de las Naciones Unidas y sus agencias que, sin embargo, se han transformado, muchos de ellos, en espejismos a medida que nos acercábamos al mítico año 2000.

El espejismo de Salud para Todos, sin embargo, con su mensaje de inclusión universal, entra al siglo XXI tanto o más desafiante que nunca y tanto o más necesario que nunca; esperanzadoramente más posible que nunca.

Como profesional de la salud, como académica y más aún en la condición, que me es circunstancial, de autoridad internacional de salud pública, traigo este tema y este desafío a nuestra Casa centenaria de las ciencias de la salud, con una motivación que va más allá de hacer frente a un predicamento o dilema que nos acecha a la OPS y a la comunidad de salud pública, sino para realzar el carácter de urgencia que la plena adopción de Salud para Todos con-

lleva para el avance de la humanidad, especialmente cuando la crisis lacerante que vivimos clama por un nuevo contrato social e internacional basado en la universalidad, la solidaridad y la equidad.

Convoco al poeta Eduardo Galeano:

“La utopía está en el horizonte,  
me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos,  
camino diez pasos y ella se corre diez pasos más allá,  
por mucho que camine, nunca la alcanzaré.  
Para qué sirve la utopía? Para eso: sirve para caminar”.

Muchas gracias.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional conmemorativa del XXX aniversario de la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud [Sitio on line] Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma\\_ata/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma_ata/es/index.html).
2. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia de Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978 Serie Salud. Ginebra; OMS; 1978. 93 p. (Salud para Todos, n1). Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra; OMS; 2006. 20 p. (Documentos Básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006. Disponible on line: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
5. CARICOM. History of the Caribbean Community. [Sitio on line]. Georgetown, 2006. Disponible en: <http://www.caricom.org/jsp/community/history.jsp?menu=community>
6. The World Bank. World development report 1993: investing in health. New York; Oxford University Press 1993. 344 p. Disponible en: [http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1993/06/01/000009265\\_3970716142319/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1993/06/01/000009265_3970716142319/Rendered/PDF/multi0page.pdf)

7. Cornia GA, Jolly R, Stewart F, comp. - Ajuste con rostro humano. Madrid; Siglo XXI; 1987; 2v (397; xv, 337 p).
8. Organización Panamericana de la Salud. Informe conjunto Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OPS sobre salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington DC; OPS 1994. 30 p. (SPP22/5 Es).
9. Organización de los Estados Americanos. Primera Cumbre de las Américas. Miami, Florida, EE.UU., 9-11 diciembre 1994. Plan de Acción. Disponible en: [http://www.summit-americas.org/i\\_summit/i\\_summit\\_poa\\_sp.pdf](http://www.summit-americas.org/i_summit/i_summit_poa_sp.pdf)
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO; 1985. 18 p. (European Health for All Series, n1). Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/PAE/conceptsrpd414.pdf>
11. Sen A. Developments as Freedom. New York; Random House, 2000, 366 p.
12. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Final Report: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Ginebra; OMS; 256 p. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
13. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Rio de Janeiro; Editora Fiocruz; 2008. 216 p. Disponible online en: [http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/9/0/1509-Causas\\_Sociais.pdf](http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/9/0/1509-Causas_Sociais.pdf)
14. World Health Organization. Primary health care. [Sitio on line]. Ginebra; OMS; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/)
15. Naciones Unidas. 55<sup>a</sup> Asamblea General. Resolución aprobada por la Asamblea General. Declaración del milenio. Nueva York; UN, 10 p. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
16. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington; OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica, n589). Disponible en: <http://saludpan.bvsalud.org/>
17. Pellegrini Filho A. Ciencia en pro de la salud: notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe. Washington DC; OPS; 2000; (Publicación Científica y Técnica, n 578). Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DBI/PC578/PC578\\_C1.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DBI/PC578/PC578_C1.pdf)
18. World Health Organization. World report on knowledge for better health: strengthening health systems. Geneva; OMS; 2004; 162 p. Disponible en: [http://www.who.int/rpc/meetings/world\\_report\\_on\\_knowledge\\_for\\_better\\_health.pdf](http://www.who.int/rpc/meetings/world_report_on_knowledge_for_better_health.pdf)

19. Roses M. Compromiso con la equidad. Presentado en: IX Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas, VII Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud, ICML9/CRICS7, 20-23 septiembre 2005. Disponible en: <http://www.icml9.org/program/public/documents/MirtaRoses-icml9-apertura-rev-124351.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. Salud Pública: innovación y derechos de propiedad intelectual. Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. Ginebra; OMS; 2006; 218 p. Disponible en: <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/SPPublicHealthReport.pdf>
21. Packer AL, Castro E (Eds.). Biblioteca Virtual en Salud. São Paulo; BIREME/OPS/OMS; 1998; 122 p. Disponible en: <http://www.bireme.br/bvs/por/entresp.htm>
22. Declaración de Salvador sobre "Acceso Abierto": la perspectiva del mundo en desarrollo. In: IX Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas, VII Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud, ICML9/CRICS7, 20-23 septiembre 2005. Disponible en: <http://www.icml9.org/channel.php?lang=es&channel=87&content=437>
23. Anta R, El-Wahab S, Giuffrida A. Mobile Health: The potential of mobile telephony to bring health care to the majority: innovation note. New York; IDB; 2009; 30 p. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1861959>
24. Alleyne, GAO. Información de Salud para Todos. In: Packer AL, Castro E. Biblioteca Virtual en Salud. São Paulo; BIREME/OPS/OMS; 17-34 p. Disponible en: <http://www.bireme.br/bvs/por/pdf/ealley.pdf>
25. Godlee F et al. Can we achieve health information for all by 2015? The Lancet 364(9430):295-300. Disponible en: <http://image.thelancet.com/extras/04art6112web.pdf>
26. Gibbons M et al. The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies. London; Sage; 1994; 179 p.

## **HOMENAJE**

**AL ACADÉMICO TITULAR  
DR. CARLOS ALBERTO BERTOLASI**

PALABRAS RECORDATORIAS DEL  
ACADÉMICO ALBERTO AGREST

**ACTO REALIZADO DURANTE LA  
XXX REUNIÓN CONJUNTA DE LAS  
ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA DEL PLATA  
URUGUAY Y BUENOS AIRES (Argentina)**

**Montevideo  
23-24 de abril de 2009**



## **CONFERENCIA**

### **HOMENAJE AL ACADÉMICO CARLOS ALBERTO BERTOLASI**

ACAD. ALBERTO AGREST\*

Este recordatorio como homenaje a un académico fallecido ante un auditorio en el que se encuentran quienes lo han conocido y los que no han tenido la suerte de conocerlo cumple una función, para



---

\* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

ambos, servir de ejemplo y para ambos también, como demostración que se pueden dejar huellas que el tiempo tarde en borrar.

Este recuerdo es el de su personalidad y el de su obra.

La personalidad de Bertolasi despertaba afecto e infundía respeto.

Su calidez y vehemencia revelaban una enorme capacidad de relación interpersonal en el plano afectivo. En ese mundo de los afectos en el que lo iniciaron su padre, un médico de barrio, y su madre, un alma generosa, abrevó Kike para a su vez derramarlo en su familia, en sus amigos, en sus compañeros de trabajo y en sus pacientes. Todos sentimos su ausencia como una pérdida irreparable que nos embarga.

He dicho que Kike infundía respeto, el otro, como persona, existía como parte de él mismo, respetuoso de los derechos de los demás, sincero y generoso, cultor de la verdad y esforzado adalid de la verdad en su vida personal y en su ciencia. Su compromiso ético era el actuado y no el habitualmente recitado que no concuerda con los actos. Como trabajador apasionado e incansable constituyó un modelo a imitar en todas sus actividades.

Bertolasi falleció a los 75 años y durante 40 años fue el CARDIÓLOGO con mayúscula, el hombre de referencia para la solución de problemas cardiológicos en todas las áreas de esa especialidad y en todos los ámbitos en los que le tocó actuar: en el Hospital Argerich, en la Sociedad de Cardiología, en el Hospital Privado Güemes, en múltiples centros médicos del interior del país y de Latinoamérica y en su práctica privada como médico de médicos.

Los aportes clínicos y experimentales del Dr. Bertolasi sobre enfermedad coronaria, la angina inestable y el infarto de miocardio se mantienen aún vigentes.

Su gran capacidad organizativa le permitió crear la primera Unidad Coronaria en un Hospital Público, en el Argerich, y organizar la primera Residencia en Cardiología en el mismo hospital, el Curso Oficial de Médicos Cardiólogos y el Curso de Cardiología para Médicos del Interior.

Bertolasi se destacó en la asistencia, en la docencia y en la investigación como en el cumplimiento de una misión sin otra búsqueda que la satisfacción de su propia autoexigencia. Esto no fue obstáculo para que recibiera todos los reconocimientos de sus pacientes, de las instituciones médicas y aún de la población civil al ser designado Ciudadano Ilustre de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Enumerar trabajos presentados en el país y en el extranjero, premios a trabajos y premios a su trayectoria, cargos hospitalarios y societarios, asesorías asistenciales y de investigación en gobiernos de la Ciudad de Buenos Aires, sería interminable pero no puedo dejar de mencionar su Tratado de Cardiología Clínica; conseguir que los autores de cada capítulo cumplieran su cometido y el resultado fuera un aporte a la cardiología de toda Latinoamérica fue fruto de una tarea ciclópea y una admirable capacidad para aunar voluntades.

Como ven, Bertolasi descolló en la micromedicina, la del trato de pacientes, la docencia directa con estudiantes y médicos y la investigación. Descolló en la macromedicina en la organización asistencial, en la organización docente y aún en la organización de la investigación en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Tendría que terminar diciendo que seguramente todos habríamos deseado que se nos recordara como se recuerda al Dr. Bertolasi y, sobre todo, como ocurrió con él, merecerlo.



# **TRABAJOS CIENTÍFICOS**

**Presentados en las Sesiones Públicas Ordinarias**

**Sesión del 4 de mayo de 2009**

## **FORMACIÓN DE MÉDICOS DERMATÓLOGOS EN ARGENTINA**

**DRES. JORGE H. ANDRADE, ROBERTO CHUIT,  
LIC. CAROLINA O'DONNELL, DRES. RAÚL VALDÉZ,  
MARIO SAVARIN Y ROBERTO GLORIO**



## FORMACIÓN DE MÉDICOS DERMATÓLOGOS EN ARGENTINA\*

DRES. JORGE H. ANDRADE\*\*<sup>1</sup>, ROBERTO CHUIT\*\*,  
LIC. CAROLINA O'DONNELL\*\*, DRES. RAÚL VALDÉZ\*\*\*,  
MARIO SAVARIN\*\*\* Y ROBERTO GLORIO\*\*\*

*Presentado por el Académico Abraam Sonis*

### RESUMEN

*En los últimos veinticinco años se han producido cambios en la política de salud y desde diferentes Organizaciones (oficiales y profesionales) ha surgido la necesidad de analizar la composición, capacitación y distribución del recurso humano para lograr la mejor salud de los argentinos.*

*Frente a esta necesidad se ha trabajado en el presente estudio con el objetivo de conocer las alternativas de formación de los médicos especialistas en Dermatología.*

*Se identificaron 63 centros de formación de posgrado en Dermatología, distribuidos en: Ciudad Autónoma de Buenos Aires 29 (46%), provincia de Buenos Aires 14 (22,2%), Santa Fe 5 (7,9%), Tucumán 2 (3,2%), Córdoba 6 (9,5%), Salta 3 (4,8%), Mendoza 2 (3,2%), Entre Ríos 1 (1,6%) y Chaco 1 (1,6%). El*

---

\* Trabajo presentado en la Sesión Pública Ordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 4 de mayo de 2009.

\*\* Secretario Técnico; \*\* Concurrente, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires; \*\*\* Sociedad Argentina de Dermatología, Argentina.

<sup>1</sup> E-mail: andrade@epidemiologia.anm.edu.ar

*46% de los centros formadores se localizan en la CABA, y el 22,2% en la provincia de Buenos Aires. De la totalidad de los 63 centros formadores, el 73% corresponde al sector público y el 27% al sector privado. En su totalidad estos centros ofrecen un total de 283 vacantes anuales para la formación.*

**Palabras clave:** Formación, Dermatología.

#### TRAINING FOR DERMATOLOGY SPECIALISTS IN ARGENTINA

*During the last twenty-five years changes in health policy have taken place and from different Organizations (public and professional) the need of analyzing the composition, qualification and distribution of human resources has arisen, in order to obtain better health care for the Argentine people.*

*This research was carried out with the aim of knowing the training choices for dermatology specialists.*

*Sixty three postgraduate training centers in dermatology were found: 29 in: Buenos Aires City (46%), 14 in Buenos Aires Province (22.2%), 5 in Santa Fe (7.9%), 2 in Tucumán (3.2%), 6 in Córdoba (9.5%), 3 in Salta (4.8%), 2 in Mendoza (3.2%), 1 in Entre Ríos (1.6%) and 1 in Chaco (1.6%). Most of these training centers (68.2%) are located in Buenos Aires City and in Buenos Aires Province. Of these 63 training centers, 73% belong to government operated centers and 27% to the private sector. Altogether, there is an annual offer of 283 places for dermatology training candidates.*

**Key words:** Training, Dermatology.

## INTRODUCCIÓN

### **Antecedentes y Situación Actual de la Especialización en Dermatología.**

En el contexto internacional del “Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud” (2006-2015) promovida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) se busca movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015<sup>1</sup>.

Es en este marco que el presente trabajo pretende convertirse en una herramienta necesaria para el posterior análisis de la situación de los médicos especialistas en la Argentina, particularmente correspondientes a la Dermatología.

Para ello, en primer lugar, debemos tener en cuenta la normativa vigente sobre las especialidades médicas. La Ley N° 17.132 del Ejercicio de la Medicina que establece en su artículo 21, con su modificatoria Ley N° 23.873 de 1990, las condiciones que debe tener un médico para anunciarse como especialista<sup>2</sup>.

Es importante tener en cuenta que en Argentina se encuentra vigente la Ley de Educación Superior N° 24.521, promulgada el 7 de agosto de 1995 (Decreto 268/95)<sup>3</sup>; la misma establece, en su artículo 39, las características de la formación de posgrado a saber: “Para acceder a la formación de posgrado se requiere contar con título universitario de grado. Dicha formación se desarrollará exclusivamente en instituciones universitarias y con las limitaciones previstas en el artículo 40 que sostiene que ‘Corresponde exclusivamente a las instituciones universitarias otorgar el título de grado de licenciado y títulos profesionales equivalentes, así como los títulos de posgrado de Magister y Doctor’; podrá también desarrollarse en centros de investigación e instituciones de formación profesional superior de reconocido nivel y jerarquía, que hayan suscripto convenios con las universidades a esos efectos. Las carreras de posgrado -sean de

especialización, maestría o doctorado- deberán ser acreditadas por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), o por entidades privadas que se constituyan con ese fin y que estén debidamente reconocidas por el Ministerio de Cultura y Educación”.

Según Fleiss<sup>4</sup>, en la formación de especialistas intervienen diversos actores, que constituyen subsistemas dentro del sistema general. En primer lugar, las universidades públicas y privadas, a través de sus facultades de medicina o sus escuelas de graduados. Las sociedades médico-científicas correspondientes a las distintas especialidades, o generales como la Asociación Médica Argentina, cumplen también un importante rol formativo. En tercer término hay que mencionar a otras entidades vinculadas al quehacer médico, de carácter deontológico (Colegios Médicos o entidades similares, agrupadas en la Confederación de Entidades Médicas Colegiadas -CONFEMECO) o gremial (de primer nivel como los Círculos o Asociaciones locales, de segundo nivel como las Federaciones provinciales y de tercero como es el caso de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), que aparte de su actividad específica desarrollan desde hace muchos años actividades formativas a nivel de posgrado. Los hospitales públicos y privados y los distintos organismos encargados de la política de salud (Ministerio de Salud Pública de la Nación, Ministerios Provinciales y Secretarías de Salud Municipales) completan el conjunto de integrantes del sistema.

Se desprende entonces que en Argentina a la hora de otorgar títulos de especialistas, concurren distintos tipos de entidades con responsabilidades principales diferentes entre sí.

En un trabajo realizado por Jorge Mera<sup>5</sup> sobre la certificación profesional se destaca que “las universidades tienen, entre otras, la misión central de formar personal, en nuestro caso para la salud, pero también toman a su cargo la certificación de los graduados en las distintas especialidades, en varias ocasiones por convenio con entidades médicas de ley (colegios y consejos) y sociedades científicas.

“A su vez, dichas entidades de ley, que tienen como función esencial -delegada por las respectivas provincias- el control del ejercicio profesional mediante el registro de los médicos (matriculación) y la autorización para anunciarse como especialistas (certificación y

recertificación), proveen a sus asociados oportunidades de formación profesional mediante cursos de variada calidad y dedicación, en ocasiones patrocinados conjuntamente por universidades y sociedades científicas. Por último, las sociedades científicas, en su búsqueda de idoneidad y decoro para sus miembros, auspician programas de formación, actualización y perfeccionamiento de especialistas solas o en conjunto con universidades y colegios médicos”.

Fleiss<sup>4</sup> hace referencia a la existencia de más de una carrera por especialidad, y relacionó este hecho con la multiplicación de cátedras similares en una misma universidad, las que funcionan en distintos servicios hospitalarios. Una modalidad inversa la constituye el desarrollo de carreras que cuentan con varias sedes o unidades docentes. Según Fleiss<sup>4</sup> el caso más representativo es la carrera de especialización en Dermatología de la UBA, repartida en once unidades docentes. Por fin, existen posgrados con sede en una institución determinada, pero que hacen rotar a sus cursantes por otros servicios para complementar su formación.

Numerosas iniciativas encaradas por distintas organizaciones han demostrado que el campo de las especialidades médicas se caracteriza por la ausencia de un sistema organizado que centralice la información de las distintas instituciones, de modo que cualquier intento de hacer una descripción y análisis de la situación se ve dificultado por la falta de fuentes confiables, la inexistencia de criterios homogéneos y la multiplicidad de instancias de acreditación de especialistas sin un adecuado registro de los órganos que regulan el ejercicio profesional<sup>6</sup>.

Merece destacarse, por su trascendencia, la iniciativa de la Sociedad Argentina de Dermatología en la creación del CONADER (Consejo Nacional de Dermatología) cuyas funciones son:

- Fijar los estándares mínimos comunes para el programa de formación teórica, para el programa de formación práctico-asistencial, para el programa de formación quirúrgica de la especialidad, sus respectivas exigencias y carga horaria, la acreditación de los centros de formación.
- Fijar y explicitar los criterios de la recertificación de la especialidad.
- Asistir a las instituciones que lo soliciten en sus propuestas de mejoramiento de la calidad educativa.

- Determinar las formas de evaluación.
- Gestionar (a través de la SAD) el reconocimiento del título de Especialista en Dermatología ante organismos nacionales, provinciales, municipales, o de cualquier otra índole, públicos o privados.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

Se implementó una modalidad operativa específica para obtener la identificación de los centros de formación académica, sus requerimientos de ingreso y duración del posgrado.

**Unidad de medida:** Los centros de formación de la especialidad de Dermatología con jurisdicción en el país.

**Criterios de inclusión:** Servicios de Dermatología de hospitales públicos o privados, y centros de atención de salud que tuvieran en la actualidad médicos en formación de posgrado de la Especialidad de Dermatología.

**Criterios de exclusión:** Tecnicaturas y cursos de actualización en Dermatología.

### **Criterios de búsqueda de instituciones formadoras de la Especialidad de Dermatología en Argentina.**

Base de datos de fuente primaria: Se utilizó para la confección de la base de datos de los centros formadores, la información obtenida en la encuesta enviada a los dermatólogos, en el marco del presente proyecto.

En la información básica requerida a los profesionales, se incluyeron preguntas relacionadas con los “centros de formación académica”.

Base de datos de fuente secundaria: Se realizó una búsqueda sobre:

- Información sobre residencias y carreras de especialistas del Ministerio de Salud de la Nación obtenidas de Legislación de Salud de la página del Ministerio de Salud de la Nación: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/search.php>
- Información del Ministerio de Salud de la Nación, a través de su Observatorio de Recursos Humanos en Salud<sup>7</sup>.
- Información de los Ministerios de Salud provinciales, sobre la oferta de residencias y/o concurrencias en Dermatología para 2008<sup>8</sup>.
- Información suministrada por las Facultades de Medicina de la Argentina, comenzando con aquellas que se encuentran acreditadas por la CONEAU, para brindar la especialidad en Dermatología. Se incluyeron todas la Universidades (públicas y privadas) acreditadas para realizar la carrera de Medicina en la Argentina.

Se construyó una base con los datos **primarios** recogidos a través de la encuesta desarrollada y datos **secundarios** de fuentes oficiales a través de las páginas de todos los Ministerios de Salud<sup>9</sup>.

Con los datos obtenidos en la base se buscaron mecanismos que llevaran a mejorar la identificación del centro de formación. Para ello se decidió, en primera instancia, agrupar los centros formadores de fuentes secundarias por universidades.

Considerando la Ley de Educación Superior vigente (N° 21.154), a través de la información suministrada por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), se obtuvo información sobre las instituciones allí acreditadas para ofrecer la formación de posgrado en Dermatología. Los datos obtenidos demostraron que (hasta septiembre del año 2008) sólo cinco Universidades tienen la acreditación correspondiente para la **carrera de Especialista en Dermatología** (Tabla 1).

Sin embargo en el directorio organizado con los datos primarios de la encuesta, se registraron datos de otras universidades que no figuraban dentro de las acreditadas por la CONEAU; esto llevó a identificar dentro de todas las universidades, tanto públicas como privadas, aquellas que tuvieran formación en la especialidad y estuvieran tramitando su acreditación en la CONEAU o convenio con algún centro asistencial para dar el aval universitario requerido, resultando:

TABLA 1  
Denominación de título de especialista según la Institución.  
Argentina 2008

Denominación	Institución
Especialización en Dermatología	Universidad de Buenos Aires
Especialización en Clínica Dermatológica	Universidad Nacional de Córdoba
Especialización en Dermatología	Instituto Universitario CEMIC
Especialización en Dermatología	Universidad Nacional de Rosario
Especialización en Dermatología	Universidad Católica de Córdoba

Fuente: SAD - IIE (ANM).

Universidad Nacional de la Plata, Universidad Nacional del Noroeste, Universidad Austral, Universidad Nacional de Cuyo, Universidad Nacional de Tucumán y Universidad del Salvador.

Teniendo en cuenta que otras de las respuestas registradas fueron de los colegios médicos, se indagó sobre los cursos superiores en Dermatología impartidos por estas entidades y así ampliar el universo de los centros de formación. Considerando que dichas instituciones tienen convenios con universidades para impartir dichos cursos y ofrecer el otorgamiento del título de especialista, se tuvo cuidado en no duplicar la información.

Sin perder de vista que el objetivo del proyecto era la identificación de centros de formación de posgrado en Dermatología se decidió incluir las residencias y concurrencias en dicha especialidad, ofrecidas por las instituciones de salud, tanto públicas como privadas y del orden nacional o provincial. Esta búsqueda se realizó a través de los datos secundarios ofrecidos por el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud de las provincias.

De esta forma se conformó otra base de datos de los centros de formación en Dermatología.

Para verificar los datos relacionados con la oferta de vacantes y la duración de la formación, se consultó a los Jefes de Servicio iden-

tificados, a través del correo electrónico pero, ante un escaso nivel de respuesta, se buscó la confirmación telefónica. También se envió la consulta a los Colegios Médicos identificados, con muy baja respuesta. Los resultados obtenidos, luego de realizar una triangulación de los datos primarios (a través de la encuesta realizada) y datos secundarios (obtenidos de fuentes oficiales), estimamos que tienden a acercarse al universo existente de centros de formación en Dermatología en Argentina.

## **RESULTADOS**

Se identificaron 63 centros de formación de posgrado en Dermatología, distribuidos en: Ciudad Autónoma de Buenos Aires 29 (46%), Provincia de Buenos Aires 14 (22,2%), Santa Fe 5 (7,9%), Tucumán 2 (3,2%), Córdoba 6 (9,5%), Salta 3 (4,8%), Mendoza 2 (3,2%), Entre Ríos 1 (1,6%) y Chaco 1 (1,6%). El 46% de los centros formadores se localizan en la CABA, y el 22,2% en la Provincia de Buenos Aires.

De la totalidad de los 63 centros formadores el 73% corresponde al sector público y el 27% al sector privado.

Si se analizan las vacantes para primer año que los centros formadores ofrecen, se obtiene un total de 283 plazas, de las cuales el 77% de las mismas son otorgadas por dos jurisdicciones (Tabla 2; Gráfico 1).

### **Caracterización de la Formación de Posgrado.**

De la información relevada se desprende que para la formación de posgrado en Dermatología se ofrecen diversas modalidades: Carrera de Médico especialista en Dermatología, Curso Superior en Dermatología, Residencias pos-básicas, Concurrencias, Becas y Médicos seleccionados y adscriptos a los Servicios de la especialidad.

### **Carrera de Médico Especialista en Dermatología.**

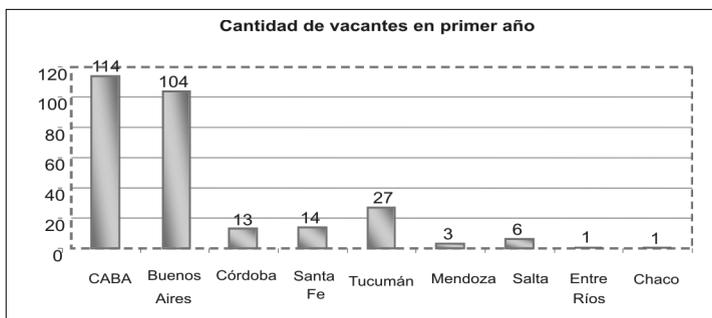
Las Carreras de Especialización constituyen un ciclo superior en la enseñanza, caracterizado por programas de formación y capacitación teórico-práctica que permiten adquirir competencias y habilidades características de cada carrera en cuestión y que orientan hacia

TABLA 2  
Número de vacantes ofrecidas por Provincia.  
Argentina 2008

Centros de formación por Provincia	Vacantes 1er año	%
CABA	114	40,3
Buenos Aires	104	36,7
Córdoba	13	4,6
Santa Fe	14	4,9
Tucumán	27	9,5
Mendoza	3	1,1
Salta	6	2,1
Entre Ríos	1	0,4
Chaco	1	0,4
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>100</b>

Fuente: SAD – IIE (ANM).

GRÁFICO 1  
Número de vacantes ofrecidas por Provincia. Argentina 2008.



Fuente: SAD – IIE (ANM)

la especialización ocupacional, actualización del conocimiento y hacia la investigación.

Las Carreras de Especialización se categorizan en dos tipos:

- a) *Carreras de Especialización Principal (básicas, posbásicas y no asistenciales)*: son aquellas más generales que, por sus respectivas características, constituyen el núcleo o tronco fundamental del ejercicio de la Medicina.
- b) *Carreras de Especialización Derivadas*: destinadas al desarrollo de aspectos determinados de una o más áreas de especialización principal.

### **Cursos Superiores en Dermatología.**

Los cursos relevados se dictan en las siguientes instituciones académicas:

- **Asociación Médica Argentina-AMA**: Curso Superior Intensivo de Formación y Actualización en Dermatología. Teórico Práctico con 20 h de carga horaria semanal hospitalaria; de 3 años de duración.
- **Colegio Médico Distrito IV**: Curso Superior de Dermatología. Teórico Práctico cuyo requisito es desarrollar actividad en un Servicio de Dermatología; de 3 años de duración.
- **Universidad Nacional de Tucumán**: Teórico Práctico de 2 años de duración, que requiere un año de Residencia en Clínica Médica. A partir del año 2010, fecha de inicio de la próxima cohorte, está previsto que dicha formación será de 3 años.
- **Colegio Médico Distrito I**: Informó que realiza un Curso Superior de 3 años de formación en el Hospital Francés, con el aval de la Universidad de Belgrano.
- **Colegio Médico Distrito III**: En convenio con el Hospital "Pedro de Elizalde" a cargo de la Dra. Lidia Valle dicta un Curso Superior de 3 años de duración.

### **Sistema de Formación Médica (Residencias – Concurrencias).**

Este sistema tiene dos modalidades: ingreso automático o ingreso por selección.

*Ingreso automático:* se realiza cuando se adjudica una vacante en el Sistema de Formación Médica (residencia, concurrencia, concurrencia programática, beca adscripta al régimen de residencia), para el cual, el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales, establecen anualmente la cantidad de vacantes por especialidad que cubrirán.

*Ingreso por selección:* El mismo se produce cuando no se adjudicó vacante del Sistema de Formación Médica. Esta formación es arancelada y debe tramitarse a nivel universitario.

En relación con la duración de la carrera de formación, la variación en años no necesariamente implica una mejora en la formación académica ya que, por ejemplo, las concurrencias ofrecen cinco años pero la carga horaria exigida es menor que las de residencias, razón por la cual se resolvió desagregar la información según el tipo de formación de posgrado ofrecida (Tabla 3).

TABLA 3  
Distribución según modalidad de posgrado y duración. Argentina 2008

Modalidad de posgrado	Duración (años)
Residencia	3 a 4
Concurrencia	5
Beca adscrita	3
Seleccionado	3
Curso Carrera	3
Curso Superior	2 a 5

Fuente: SAD – IIE (ANM).

En la Universidad Nacional de Tucumán la carrera es actualmente de dos años de duración, con requisito de un año de residencia en Clínica Médica. Para el 2010 está planificada la ampliación de la formación de posgrado a tres años.

### **Dermatología Pediátrica.**

Si bien no es reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación como una especialidad, la misma se cursa en los Hospitales pediátricos más relevantes: Garrahan, Elizalde, Gutiérrez, Casa Cuna y Sor María Ludovica.

### **DISCUSIÓN**

- La Especialidad de Dermatología, como el resto de las especialidades médicas, se caracteriza por la ausencia de un sistema organizado que centralice la información, tanto en lo referido al número de especialistas como a los centros de formación profesional de posgrado.
- Si bien el Ministerio de Salud de la Nación realiza intentos para reglamentar las especialidades médicas y la CONEAU, a través de su sistema de evaluación y acreditación ambiciona la jerarquización de la formación de posgrado, se pone en evidencia que numerosas instituciones universitarias no cumplen con dicha instancia y otras provincias facilitan que sean los colegios médicos los que tengan la atribución de otorgar los títulos de especialistas y, en algunos casos, de proveer la capacitación respectiva.
- La diversidad de las modalidades de formación y la posibilidad, ante la ausencia de un criterio único, de obtener por variados mecanismos el título de especialista, colaboran con la ausencia de estándares mínimos de formación.
- La falta, en general, de programas (currícula) de formación en el Sistema de Formación Médica, representado por las residencias y concurrencias, apoya lo dicho por Borrell (2005)<sup>9</sup> que “la práctica dominante en las residencias médicas es el ‘saber hacer’ y como estrategia la imitación y la socialización”.

- El país, según el presente estudio, cuenta con 63 centros formadores. El 46% (29) se encuentra en CABA, seguido por la Provincia de Buenos Aires con el 22.2% (14).
- La totalidad de los centros formadores ofrecen 283 vacantes por año, de las cuales el 77% se encuentra en CABA y Provincia de Buenos Aires.
- Considerando la pertenencia, el 73% (46) son del sector público y el 27% (17) del privado.

Los autores consideran que el presente estudio, referido a la formación profesional, por la metodología empleada y condicionada por el tiempo estipulado puede constituir el inicio de una línea de trabajo con actualización permanente acorde con las necesidades de la población demandante y satisfacción de la profesión organizada.

#### **AGRADECIMIENTOS**

Nuestro reconocimiento a las colaboradoras Sras. Élide Salvatierra, María Elena Sahores, Marta Latini y Josefina Espinosa.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Documento de la Unidad de Recursos Humanos de la OPS. [http://www.ops.org.bo/dias\\_mundiales/2006/documentos/WWhd06\\_HumanResources\\_Spa.pdf](http://www.ops.org.bo/dias_mundiales/2006/documentos/WWhd06_HumanResources_Spa.pdf) Último acceso: 12-09-08.
2. Ley 23.873 Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php>
3. Ley de Educación Superior N° 24.521 disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm> Último acceso: 13-09-08.
4. Fleiss, Enrique. Especialidades médicas reconocidas. CONEAU. Ministerio de Salud de la Nación. CONAPRIS, 2004.
5. Mera, Jorge y col. La certificación de profesionales médicos en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Salud Investiga, 2007.

6. CONEAU Disponible en:  
[http://www.coneau.edu.ar/index.php?item=34&apps=1024&tpl=busc\\_postgrado](http://www.coneau.edu.ar/index.php?item=34&apps=1024&tpl=busc_postgrado)
7. Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://observatorio.msal.gov.ar>
8. Ministerios Provinciales consultados:  
 Paginas web consultadas:
 

CABA	<a href="http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/?menu_id=727">http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/?menu_id=727</a>
Buenos Aires	<a href="http://www.ms.gba.gov.ar/">http://www.ms.gba.gov.ar/</a>
Catamarca	<a href="http://www.catamarca.gov.ar/salud/">http://www.catamarca.gov.ar/salud/</a>
Córdoba	<a href="http://www.cba.gov.ar/vercanal.jsp?idCanal=33">http://www.cba.gov.ar/vercanal.jsp?idCanal=33</a>
Corrientes	<a href="http://www.saludcorrientes.gov.ar/">http://www.saludcorrientes.gov.ar/</a>
Chaco	<a href="http://www.chaco.gov.ar/Ministeriosalud/">http://www.chaco.gov.ar/Ministeriosalud/</a>
Chubut	<a href="http://www.chubut.gov.ar/salud">http://www.chubut.gov.ar/salud</a>
Entre Ríos	<a href="http://www.entrerios.gov.ar/salud/">http://www.entrerios.gov.ar/salud/</a>
Formosa	<a href="http://www.formosa.gov.ar/portal/principal.html">http://www.formosa.gov.ar/portal/principal.html</a>
Jujuy	<a href="http://www.msaludjujuy.gov.ar/">http://www.msaludjujuy.gov.ar/</a>
La Pampa	<a href="http://www.ssi.lapampa.gov.ar/RecursosHumanos.asp">http://www.ssi.lapampa.gov.ar/RecursosHumanos.asp</a>
La Rioja	<a href="http://msalud.larioja.gov.ar/">http://msalud.larioja.gov.ar/</a>
Mendoza	<a href="http://www.salud.mendoza.gov.ar/">http://www.salud.mendoza.gov.ar/</a>
Misiones	<a href="http://www.misiones.gov.ar/salud/">http://www.misiones.gov.ar/salud/</a>
Neuquén	<a href="http://www.neuquen.gov.ar/">http://www.neuquen.gov.ar/</a>
Río Negro	<a href="http://www.rionegro.gov.ar/">http://www.rionegro.gov.ar/</a>
Salta	<a href="http://www.salta.gov.ar/ver_noticia.php?id=3729">http://www.salta.gov.ar/ver_noticia.php?id=3729</a>
San Juan	<a href="http://sanjuan.gov.ar">http://sanjuan.gov.ar</a>
San Luis	<a href="http://ministerios.sanluis.gov.ar/canal.asp?idcanal=8341">http://ministerios.sanluis.gov.ar/canal.asp?idcanal=8341</a>
Santa Cruz	<a href="http://www.santacruz.gov.ar/">http://www.santacruz.gov.ar/</a>
Santa Fe	<a href="http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/59004">http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/59004</a>
Santiago del Estero	<a href="http://www.sde.gov.ar/">http://www.sde.gov.ar/</a>
Tucumán	<a href="http://www.msptucuman.gov.ar/residencias.htm">http://www.msptucuman.gov.ar/residencias.htm</a>
Tierra del Fuego	<a href="http://www.tierradelfuego.gov.ar/m_salud/isalud.php">http://www.tierradelfuego.gov.ar/m_salud/isalud.php</a>
9. Borrel Bentz, Rosa María. "La Educación Médica de Posgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa". Organización Panamericana de la Salud. OPS, 2005.



# **ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

## **CICLO CIENTÍFICO CULTURAL “MÉDICOS VIAJEROS”**

Organizado por la

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

COMISIÓN DE DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Presidente: Acad. Fortunato Benaim

### **CONFERENCIA**

#### **EXPERIENCIAS EN EL FERROCARRIL TRANSIBERIANO**

DR. JAIME CORNEJO SARAVIA

PALABRAS DE PRESENTACIÓN POR EL

ACAD. ROBERTO N. PRADIER

Buenos Aires

12 de mayo de 2009



**CICLO CIENTÍFICO CULTURAL  
*MÉDICOS VIAJEROS***

12 de mayo de 2009

**PALABRAS DE PRESENTACIÓN  
POR EL ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER\***

Me resulta grato presentar al Dr. Jaime Cornejo Saravia, amigo de muchos años con quien compartimos nuestra formación en el Servicio del Dr. Mario Brea, en el viejo Hospital de Clínicas.

Durante su residencia, Jaime encontró tiempo para constituirse en el experto en óperas más respetado del Hospital.

Al terminar su jefatura de residentes estuvo becado por el CONICET y luego en el Instituto Central de Cáncer de San Pablo y en el Instituto Nazionale di Tumori de Milán, donde desarrolló su inclinación por la Cirugía Oncológica y la Mastología, en particular.

Fue Vocal Titular de LALCEC y también ex Director del Centro de Rehabilitación de Operadas de Mama de esa Institución.

Se interesó por la Educación de Posgrado y ocupó durante 5 años el cargo de Secretario Técnico del CONAREME, Institución Ofi-

---

\* Académico Titular; Secretario General, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

cial que fue la responsable de la implantación y difusión de las residencias médicas en nuestro país.

No fueron, sin embargo, sus únicos intereses; lo atrajeron los viajes, el buceo y el conocimiento de otras culturas.

Puede decirse que salvo en los mares de ambos polos ha buceado en todos los demás.

Su interés por la etnografía y la arqueología lo llevó a viajar por México y a escribir sobre sus culturas precolombinas, y extensamente por Italia.

A fines de la década del '90 fue designado Agregado Cultural y Consejero de Prensa y Medios en la Embajada Argentina en Egipto, donde tomó contacto personal con los principales egiptólogos locales e internacionales. Fue, según me contó, uno de los pocos individuos autorizados, en las últimas décadas, por el Gobierno Egipcio para escalar la pirámide de Keops.

Ha escrito una obra sobre Venecia, en trámite de publicación, y tiene otra en preparación sobre Egipto, en colaboración con la Misión Arqueológica Argentina en ese país.

Durante el verano europeo de 2008 realizó este viaje en el Ferrocarril Transiberiano y, sin perder más tiempo, le pediremos nos haga partícipes de su experiencia.

## EXPERIENCIAS EN EL FERROCARRIL TRANSIBERIANO

### Resumen

DR. JAIME CORNEJO SARAIVIA\*

El Dr. Jaime Cornejo Saravia hace un interesante y ameno relato de las experiencias vividas en su viaje utilizando el famoso *Ferrocarril Transiberiano*.

Nos cuenta que no es un tren sino una red ferroviaria, la red más larga y famosa del mundo, recorrida por una infinidad de trenes para diferentes trayectos, categorías y frecuencias que circulan y conectan Moscú con las provincias del Lejano Oriente ruso, Mongolia y China.

En los itinerarios de los ferrocarriles rusos no hay ningún Expreso llamado Transiberiano. Sin embargo, existe el tren *Rossiya*, que circula diariamente durante todo el año; comienza su recorrido en Moscú, pasa por la Rusia Europea, cruza los Montes Urales -que separan Europa de Asia-, continúa en la taiga y estepa Siberiana para finalizar en Vladivostok, el gran puerto ruso y salida de Rusia al Océano Pacífico; éste es el itinerario más antiguo y conocido. Su atractivo turístico hace que muchos visitantes viajen por este ramal, siendo muy utilizado por los rusos en sus viajes domésticos y comerciales ya que recorre todo el territorio ruso.

Luego de cruzar Siberia, esta extensa red ferroviaria divide su ruta en otros dos carriles o ramales por donde circulan dos trenes a la semana que realizan prácticamente la misma ruta hasta Beijing:

---

\* E-mail: [trijota35@hotmail.com](mailto:trijota35@hotmail.com)

- La ruta del *Transmanchuriano*: **Moscú/Beijing**. Hace el mismo recorrido que el ramal Transiberiano entre Moscú hasta Pekín (cruzando la frontera por Manchuria), sin pasar por Mongolia en su camino a China.

- La ruta del *Transmongoliano*: **Moscú/Beijing**, pasando en su camino por tres países: Rusia, Mongolia y China.

Este último ramal es el que le tocó en suerte al Dr. Cornejo Saravia. El nombre del tren que lo llevó en este magnífico paseo por Asia es *Alexander Nevsky*.

La ruta principal de este ferrocarril fue inaugurada el 21 de julio de 1904 tras muchos años de trabajo. Tiene una extensión aproximada de 9.288 km. y la particularidad de atravesar hasta siete husos horarios según el recorrido que se utilice. El horario de los trenes se rige por la hora de Moscú.

La duración del viaje depende del servicio de turismo que le haya tocado pero demanda aproximadamente entre siete y once días. La ruta se complementa con visitas y excursiones locales a los lugares más destacados.

En su trayecto transita vastas tierras, a veces áridas e inhóspitas, otras de una belleza extraordinaria, según la época del año en que viaje. Cruza desde las torrenciales aguas del inmenso Río Obi o del Río Angara (cuyas aguas proceden del Lago Baikal, el más grande de los lagos de agua dulce en Asia y el más profundo de todo el mundo), pasando por ciudades como Irkutsk y Novosibirsk (la tercera ciudad más poblada de Rusia); por la interminable taiga siberiana, con árboles tradicionales como los abetos o abedules; o recorriendo la tierra de la tribu de los Sibir; o estaciones y aldeas, hechas de madera a dos aguas, reflejo de las curiosas costumbres existentes en la vida rural de las zonas que transita.

Durante la conferencia el Dr. Saravia realiza comentarios sobre los lugares que visitó en su trayecto hacia China, comenzando en



Ferrocarril Transiberiano

Rusia: Moscú, Kazan (con un crucero por el río Volga), Ekaterimburgo, Novosibirsk (con crucero por el río Obi), Irkutsk, Krasnoyarsk, Ulan Udé, Ulan Bator (Mongolia)/Erlan (China)/Desierto de Gobi/Beijing.

Asimismo hace una amena reseña de los importantes hechos históricos acontecidos en cada uno de los lugares recorridos en este mítico viaje.

Nos comenta que vio ciudades limpias, sin papeles ni pintadas a lo largo del viaje; que las paradas del andén se transformaban muy rápidamente en pequeños mercados: hileras de hombres y mujeres ofreciendo los objetos más inesperados como papas calientes, lámparas, ropa típica, etc. a diferencia del tren en que viajó que tenía un vagón-restaurante-bar, hecho nada particular de no ser por la venta de *souvenirs* de todo tipo y también menciona que se podía encontrar una guía turística dominando el español a la perfección en cada

una de las estaciones en que se detenían. La comida variaba de acuerdo con el país donde uno estaba.

Hace referencia al clima, enemigo del Transiberiano. Los trenes tienen que soportar temperaturas extremas, según la época del año y lugar por donde circulan.

Durante el trayecto, a intervalos regulares, se cambian las locomotoras y se comprueban los bogies. Al llegar a la frontera con China los bogies rusos, de trocha ancha, se cambian por los chinos, de ancho estándar, por medio de una grúa y gatos.

Otra particularidad del viaje es que en Pekín, al finalizar el mismo, se emite un certificado en cirílico<sup>1</sup> con el nombre del pasajero que lo solicite

La conferencia se realizó en un clima muy cordial y ante un número muy concurrido de personas interesadas en escuchar sus experiencias en el *Ferrocarril Transiberiano*, uno de los más famosos del mundo y una de las obras más impresionantes realizadas por la mano del hombre que recorre la cuarta parte del planeta; un viaje mítico con un recorrido histórico fascinante, que la mayoría de la gente sólo conoce a través de las películas o la literatura.

---

<sup>1</sup> Alfabeto usado en ruso y otras lenguas eslavas, por alusión a San Cirilo en el siglo IX, creador de este alfabeto a partir del griego.

**ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

**SIMPOSIO**

**INFLUENZA A (H1N1).  
UN VIRUS EMERGENTE. UNA NUEVA AMENAZA.**

**COORDINADOR**  
ACAD. OLINDO MARTINO

**Buenos Aires**  
**27 de mayo de 2009**



## **APERTURA DEL SIMPOSIO**

*Acad. Luis M. Martí:* Palabras de Apertura del Acto por el Sr. Secretario de Actas de la Academia Nacional de Medicina.

## **SESIÓN CIENTÍFICA**

*Coordinador: Acad. Olindo Martino*

*Acad. Olindo Martino:* Introducción.

*Prof. Dra. Lilita Martínez Peralta:* Aspectos Viroológicos.

*Dra. Zulma Ortiz:* Aspectos Epidemiológicos de la Influenza A (H1N1).

*Dr. Jorge San Juan:* Clínica y Tratamiento.

*Dr. Tomás Orduna:* Herramientas de Prevención.

*Acad. Olindo Martino:* El Complejo Zooantroponótico.



## APERTURA DEL SIMPOSIO

### PALABRAS DEL SR. SECRETARIO DE ACTAS DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA ACAD. MANUEL L. MARTÍ\*

En estos momentos existe una gran preocupación en el mundo por la eclosión de una enfermedad virósica que ha afectado a miles de personas y que ha merecido el calificativo de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud.

La Academia Nacional de Medicina no ha querido estar ausente en un tema que tiene muchos interrogantes todavía ya que se trata de un virus nuevo y se desconoce su potencialidad evolutiva.

El Académico Olindo Martino ha organizado esta Sesión para tratar todo lo relacionado con la Influenza A, producida por el virus H1N1, e invitó a la Profesora Martínez Peralta, a la Dra. Zulma Ortiz, Dr. Jorge San Juan y Dr. Tomás Orduna para que clarifiquen nuestras dudas; asimismo, al finalizar el Dr. Martino va a hablar sobre *El Complejo Zooantroponótico*.

Todos sabemos la calidad y la profundidad de los conocimientos del Dr. Martino, su capacidad de organización, su carisma especial para tratar estos temas que lo apasionan y que lo han apasionado durante toda su vida, así que le agradecemos muchísimo a él y también les damos las gracias a Uds. y a los relatores por estar aquí.

Estamos seguros que vamos a terminar esta tarde con más conocimientos de los que hemos tenido al comienzo.

Académico Martino, de nuevo, muchas gracias.

---

\* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: mmarti@roemmers.com.ar



## SESIÓN CIENTÍFICA

### INTRODUCCIÓN

ACAD. OLINDO MARTINO\*

Antes de comenzar el desarrollo de esta jornada científica, quiero personalmente agradecer muy sinceramente la participación de muchos de los relatores que hoy me acompañan y que lo han hecho en otras trascendentes jornadas médicas. Repito, quiero agradecerles profundamente que hoy estén con nosotros para integrarnos en un tema todavía muy debatido, que tiene aún muchas incógnitas y sobre todo ciertos matices preocupantes que hacen necesaria la participación de disciplinas tales como Microbiología, Epidemiología, Estadística, Clínica Infectológica, Zoonosis, esta última poco manejada, quizás por los médicos humanos, pero que tiene una trascendencia fundamental en el conocimiento de la historia natural, y ahora nuevamente reemergente, identificada como Influenza porcina y que nos obliga a enfundarnos en una gran tarea para poder resolver algunos de sus grandes enigmas que hacen a su nuevo comportamiento como enfermedad pandémica.

En primer lugar convocaremos a la Dra. Liliana Martínez Peralta, que es Profesora Regular Titular, con dedicación exclusiva, del De-

---

\* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: [oamartino@intramed.net.ar](mailto:oamartino@intramed.net.ar)

partamento de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Miembro de la Carrera de Investigador Clínico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas e Investigadora por la Universidad de Buenos Aires, quien se va a referir a los aspectos virológicos de este virus de influenza.

## ASPECTOS VIROLÓGICOS

PROF. DRA. LILIANA MARTÍNEZ PERALTA\*

El virus Influenza pertenece a la familia *Orthomyxoviridae* (*Ortho*: verdadero; *myxo*: mucus; indicando la capacidad de este agente para unirse a dicha sustancia). Las partículas virales se pueden observar al microscopio electrónico con características pleomórficas, redondeadas u ovals, cuyo diámetro es de 80 a 120 nm. Se trata de un virus envuelto con genoma a ARN segmentado, cuya información genética está codificada en el sentido opuesto a la de los ARN mensajeros (polaridad negativa). Diferencias antigénicas en las proteínas de la matriz (M1) y nucleoproteína (NP) permiten clasificar a estos virus en 3 tipos: A, B y C. En la figura 1 se observa un esquema de las partículas virales.

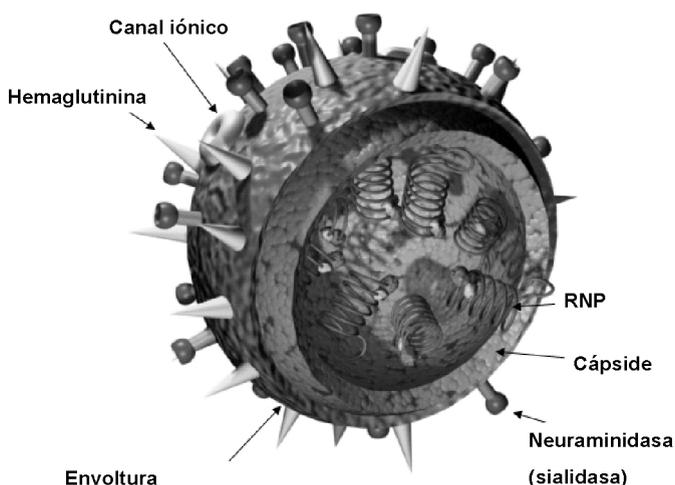
Los virus Influenza A producen enfermedad en humanos, porcinos, equinos, aves y mamíferos marinos como focas y ballenas. Los virus Influenza B e Influenza C producen enfermedad sólo en el hombre. Los virus Influenza tipo A y tipo B poseen un **genoma fragmentado** en 8 segmentos, mientras que el tipo C exhibe 7. Algunos fragmentos genómicos del virus codifican 1 proteína viral, mientras otros codifican 2. Hasta el momento se han descubierto 11 proteínas del virus Influenza A. De los tres tipos de virus influenza -A, B, y C-

---

\* Profesora Regular Titular, Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, UBA; Miembro, Carrera de Investigador Científico, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); Investigador por la UBA, Argentina.

E-mail: lampvirus@gmail.com

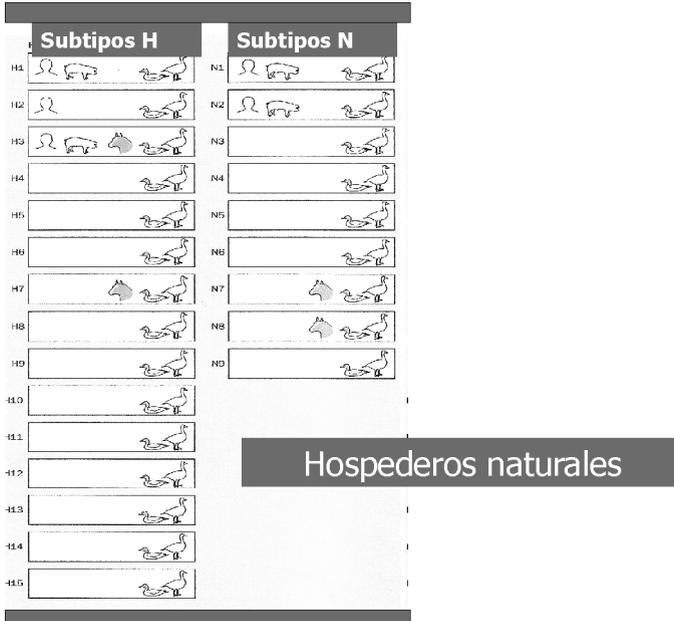
**Figura 1.** Esquema que representa al virus Influenza y a sus principales componentes.



sólo los tipos A y B causan brotes importantes. Los virus Influenza A se clasifican en subtipos teniendo en cuenta las diferencias antigénicas entre las dos glicoproteínas de superficie: hemaglutinina y neuraminidasa. Se han identificado 15 subtipos de hemaglutinina (H1–H15) y nueve de neuraminidasa (N1–N9) (figura 2). Se han recuperado virus de todos los subtipos de H y N de aves acuáticas, mientras que solamente tres (H1, H2 y H3) y dos (N1 y N2) han establecido linajes estables en la población humana desde 1918. Sólo un subtipo de H y uno de N han sido reconocidos para los virus Influenza B.

La hemaglutinina favorece la entrada del virus en células hospederas a través de su adsorción a receptores de ácido siálico. Es el antígeno mayor hacia el que se dirigen los anticuerpos neutralizantes y el componente fundamental de las vacunas preventivas de influenza. Una función importante de la neuraminidasa, el segundo determinante antigénico, es catalizar el clivaje de las uniones glicosídicas al ácido siálico, así asistiendo a la liberación de los viriones de las células infectadas. De acuerdo con esto se ha tomado a la neura-

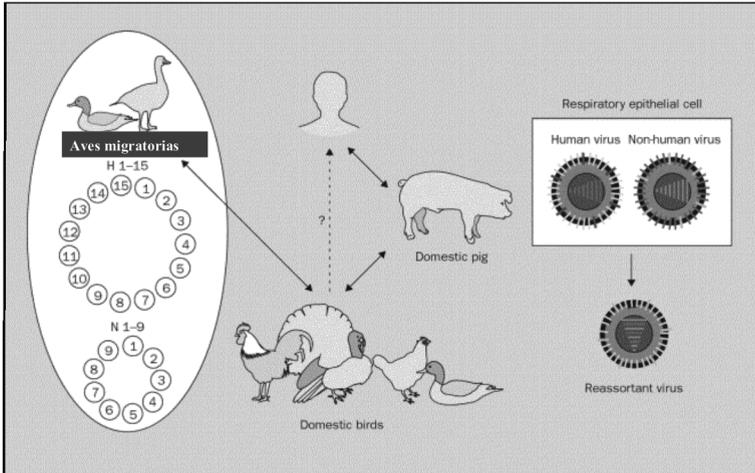
**Figura 2.** Hospederos naturales del virus Influenza, modificado de Lancet 2003; 362:1733.



minidasa como importante blanco antiviral. El canal iónico M2 de Influenza A, bloqueado por el antiviral amantadina, regula el pH interno del virus, esencial para la replicación viral.

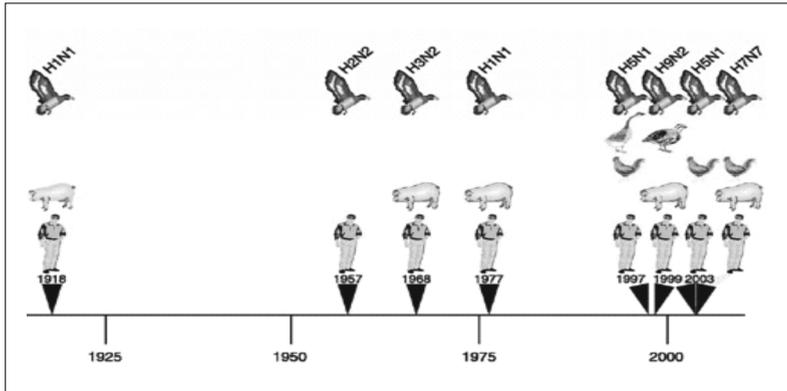
El comportamiento epidemiológico de la influenza en el humano está relacionado a los dos tipos de variaciones antigénicas de sus glicoproteínas de envoltura: **cambios menores** (desvío o “*drift*”) y **cambios mayores** (deriva o “*shift*”). En los **cambios menores**, las nuevas cepas de virus evolucionan por acumulación de mutaciones puntuales en las glicoproteínas. Las polimerasas virales (PA, PB1 y PB2) no tienen capacidad de lectura de prueba (corrección de errores al momento de la copia del templado de ARN), y por esto pueden ocurrir errores en el proceso de copia de las bases complementarias al templado (**mutaciones**). Las nuevas cepas son variantes antigénicas relacionadas a aquéllas circulando durante previas epidemias. Esto le permite al virus evadir el reconocimiento inmune, lle-

**Figura 3.** Origen de cepas pandémicas a través de **cambios mayores**, modificado de Lancet 2003; 362:1733.

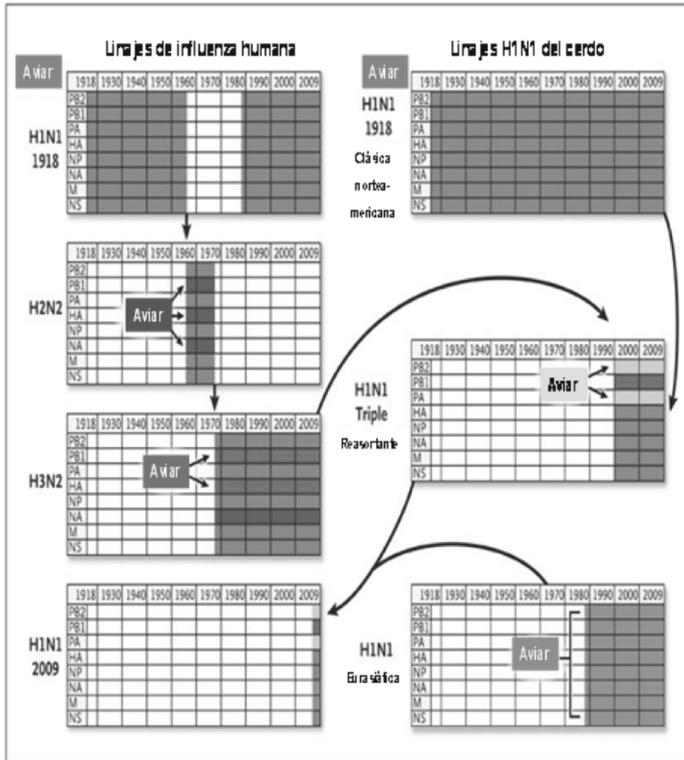


vando a brotes repetidos durante los años interpandémicos. Los **cambios mayores** ocurren con la emergencia de una nueva cepa de Influenza A, potencialmente pandémica, que posee una nueva H sola o en conjunto con una nueva neuraminidasa. El nuevo virus es antigénicamente distinto de virus anteriores, y no aparece solamente por mutaciones de los anteriores (figura 3).

La segmentación del RNA viral favorece su reasociación (mezcla de fragmentos genómicos de diferente origen) cuando en una misma célula hospedera coexisten dos o más virus Influenza diferentes. El evento de reasociación génica del ARN de Influenza ha dado origen a las pandemias de 1957 (H2N2) y 1968 (H3N2), sin participación directa de porcinos. La designación de dichos subtipos dentro del tipo A de virus Influenza indica los **cambios antigénicos mayores** entonces ocurridos (en inglés: *antigenic shifts*) en las respectivas hemaglutininas y neuraminidasas, observándose la sucesiva (H1N1→H2N2→H3N2) o concomitante circulación (desde 1977 hasta el presente H3N2 y H1N1) de cepas de Influenza A (además de la B). La pandemia de 1918 (H1N1) ocurrió por un “salto” de especie de un virus totalmente aviar transmitido al hombre (figura 4).

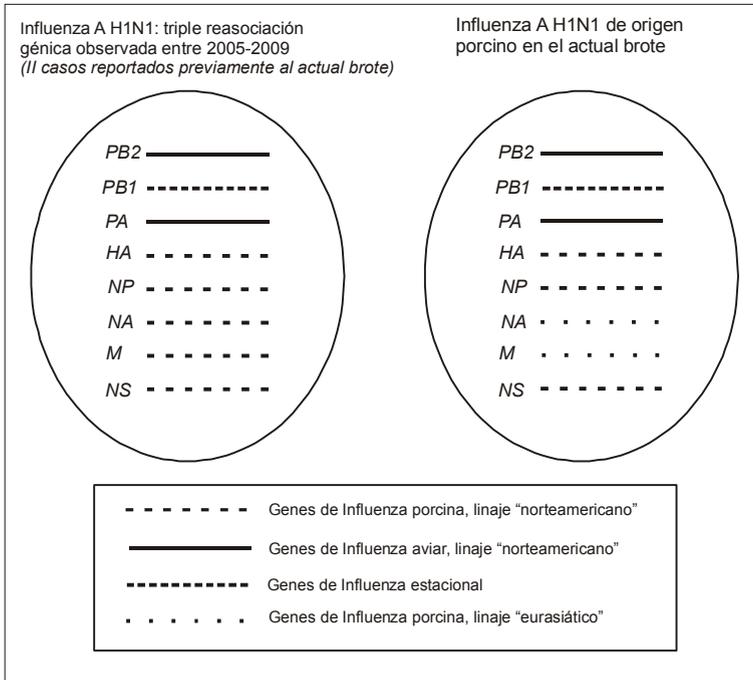
**Figura 4.** Historia de pandemias y de nuevas cepas humanas.

El **nuevo virus causante del brote 2009** inicialmente detectado en México y luego en EE.UU. es la resultante de la reasociación de segmentos de ARN de virus Influenza de origen porcino, aviar y humano. A su vez, el origen porcino de 5 de dichos fragmentos es diverso: 3 de ellos están emparentados con el linaje “norteamericano” y otros 2 con el “eurasiático” (figuras 5 y 6). No se conocen antecedentes de que este nuevo virus haya circulado alguna vez en humanos o animales. La secuencia de aminoácidos de la hemaglutinina (H1) de Influenza A H1N1 de origen porcino difiere sustancialmente de la correspondiente a cepas de Influenza estacional circulantes en 2008 (también de la familia H1) y consiguientemente, de la actual vacuna en uso para humanos. A modo de ejemplo, estimaciones preliminares documentaron un 27,2% de cambios al compararse la cepa emergente A/California/08/2009 (H1N1) con la de la cepa estacional A/USA/WRAMC-1154048/2008 (H1N1). En modo análogo, la secuencia aminoacídica de la neuraminidasa exhibe un 18,2% de sustituciones respecto a la de cepas circulantes en 2008. Estos cambios tan importantes se encuadran entre los denominados **cambios “maiores”, aun cuando el virus sigue perteneciendo al subtipo H1N1 de virus**. Los cambios observados en la hemaglutinina del nuevo virus están concentrados en los 5 sitios antigénicos (A-E) responsa-



**Figura 5. El diagrama muestra la historia genética completa de la nueva cepa pandémica.** Cada uno de los cuadros muestra la composición de un linaje viral particular a lo largo del tiempo. En cada cuadro los segmentos genómicos se muestran a la izquierda, y las fechas desde 1918 hasta 2009 en la parte superior. Los colores representan el origen aviar y la historia de cada segmento genómico en cada linaje viral. Las reasociaciones genómicas que dieron origen a las cepas H2N2 y H3N2 de Influenza A se muestran en el lado izquierdo del diagrama, junto con las cepas humanas H1N1 o sus descendientes. Las cepas virales porcinas de Influenza A (H1N1) se muestran en el lado derecho del diagrama. Modificado de Zimmer SM, Burke DS. Historical Perspective - Emergence of Influenza A (H1N1) Viruses. N Engl J Med. 2009, Jun 29.

bles de inducir anticuerpos neutralizantes; además el sitio C exhibe la sustitución aminoacídica Asp277Asn (ácido aspártico→asparagina en la posición 277 de la hemaglutinina) que “introduce” un nuevo si-



**Figura 6. Virus Influenza A H1N1 de origen porcino causante del actual brote.** Composición genética. PB2: polimerasa básica 2, PB1: polimerasa básica 1; PA: polimerasa ácida; HA: hemaglutinina, NP: nucleoproteína; NA: neuraminidasa; M: matriz; NS: proteína no estructural. Obsérvese la reasociación de genes provenientes de virus Influenza porcino (dos linajes diferentes), aviar y humano. Adaptada de: The New England Journal of Medicine. www.nejm.org - May 7, 2009 (10.1056/NEJMoa0903810).

tio de glicosilación que podría “enmascarar” dicho determinante antigénico.

De lo expuesto, resulta imposible aseverar la existencia de algún grado de inmunidad previa en la actual población humana mundial. Más aún, en opinión de algunos expertos, es posible la total inexistencia previa de dicha inmunidad a la infección por el nuevo virus, o en caso de existir -como consecuencia de un restringido grado de reactividad antigénica cruzada con otras cepas previamente circulan-

tes- que la misma sea muy limitada. La hemaglutinina del nuevo virus es también distinta de la que produjo la pandemia de 1918, a pesar de que ambos virus pertenecen al mismo tipo (A) y subtipo (H1N1), difiriendo en un 18% de sus respectivas secuencias aminoacídicas.

## DIAGNÓSTICO

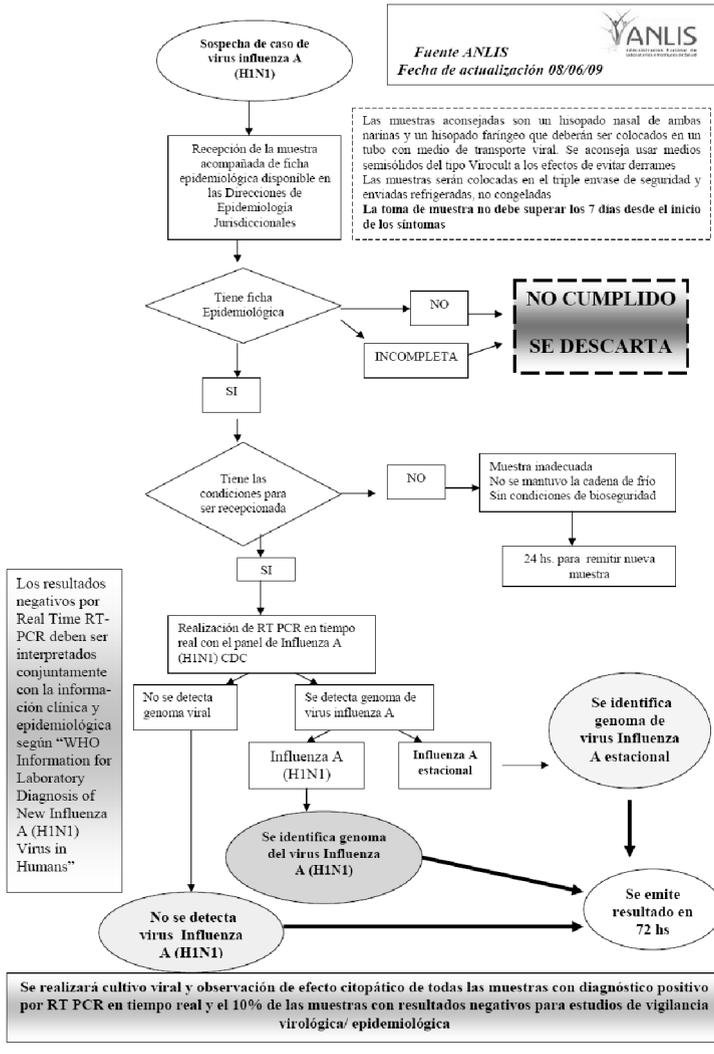
### *Muestras:*

Los materiales clínicos adecuados para el diagnóstico virológico son todas las muestras respiratorias (hisopado nasal, hisopado faríngeo, hisopado nasofaríngeo, aspirado nasal, aspirado faríngeo, lavado broncoalveolar, esputo). Se recomiendan especialmente los **hisopados nasal y faríngeo**, por ser los materiales cuya recolección implica un menor riesgo para el profesional que debe realizarla, y porque el virus replica con altos títulos en las cavidades nasales y en la garganta. **La toma de muestra no debe superar los 7 días desde el inicio de los síntomas.**

### *Procesamiento de las muestras:*

El procesamiento de las muestras se debe realizar en los laboratorios que tengan niveles de bioseguridad tipo 3 (BSL3). La muestra recepcionada en el laboratorio y que cumple con los requisitos de una muestra válida (hisopo colocado en el medio de transporte viral refrigerado, perfectamente identificado y acompañado de su ficha clínico-epidemiológica), es procesada para el diagnóstico del nuevo virus (figura 7). Por lo tanto, una vez ingresada al laboratorio se fracciona en varias alícuotas. Una de las alícuotas se utiliza para realizar el diagnóstico molecular, que es el método de elección para el diagnóstico del nuevo virus de Influenza A (H1N1).

**Figura 7.** Algoritmo diagnóstico del nuevo virus de Influenza A (H1N1) versión 08/06/2009.



***El diagnóstico de certeza del nuevo virus de Influenza A (H1N1) se realiza mediante:***

***Diagnóstico molecular: RT-PCR en tiempo real o RT-PCR convencional:***

El diagnóstico molecular es el recomendado por la OMS para la detección y caracterización del nuevo virus de Influenza A (H1N1). Consiste en la detección del genoma viral (ARN) directamente en muestras clínicas o luego del cultivo de dichas muestras clínicas. Las metodologías de detección molecular consisten en: RT-PCR en tiempo real, o RT-PCR convencional y posterior secuenciación del producto amplificado. La RT-PCR en tiempo real puede ser positiva para Influenza A y negativa para los subtipos convencionales. En este caso se debe confirmar la presencia del nuevo virus de Influenza A (H1N1) con una RT-PCR específica. El tiempo aproximado para la obtención del resultado es de 24 h, pero el protocolo de la OMS indica repetir las determinaciones negativas con el fin de confirmar el diagnóstico, por lo que se requiere un tiempo adicional.

***Cultivo viral:***

El aislamiento del nuevo virus de Influenza A (H1N1) es diagnóstico de infección. Los resultados se pueden obtener entre los 7 y 10 días, por lo tanto no resulta útil para el manejo clínico del paciente. Un cultivo negativo no excluye infección por el nuevo virus. Para la confirmación del diagnóstico se requiere el cultivo y secuenciación del genoma viral.

***Inmunofluorescencia indirecta (IFI):***

Esta técnica permite distinguir entre Influenza A y B. Si da positivo para Influenza A por esta metodología, ese paciente pasa a considerarse un caso sospechoso. No diferencia el nuevo virus de influenza A estacional. La técnica de inmunofluorescencia requiere calidad de muestra clínica, experiencia en la metodología del operador, y la sensibilidad y especificidad de la técnica para este nuevo virus no se conocen aún. Por lo tanto un resultado negativo, puede ser un falso positivo y no debe ser asumido como diagnóstico final para el nuevo virus. El resultado se obtiene en horas de tomada la muestra.

### *RT-PCR en tiempo real:*

El ensayo de RT-PCR en tiempo real es el método de referencia para el diagnóstico del nuevo virus de Influenza A (H1N1), mediante el uso del ensayo diseñado y puesto a punto por el CDC versión 2009. Fue diseñado por el CDC y autorizado por la *Food and Drug Administration -FDA-*, para ser utilizado en la detección del genoma viral en muestras respiratorias de pacientes que puedan estar infectados con el nuevo virus. Este ensayo ha sido autorizado hasta el 26 de abril de 2010, mediante una autorización de emergencia (EUA) en la que se deja expresamente aclarado que se autoriza al CDC a usar este ensayo (sin estar aprobado) y a distribuirlo a laboratorios de salud pública del mundo y de la red de influenza pero que no se autoriza el uso comercial del mismo. Asimismo, aclara que al momento de dicha autorización, no existe en EE.UU. ningún ensayo que haya sido aprobado y que pueda ser utilizado para el diagnóstico de infecciones con este nuevo virus.

### **PROTOCOLO DEL CDC VERSIÓN 2009**

#### *Principios del ensayo:*

Este ensayo puede detectar la presencia de genoma del virus de Influenza A de origen humano o porcino y diferenciar entre Influenza A humana o porcina, y entre las cepas porcinas detectar específicamente al nuevo virus.

#### *Reactivos:*

Este ensayo consiste en un panel de cebadores oligonucleotídicos y sondas fluorescentes doblemente marcadas, con tecnología Taqman®:

1. Un par de cebadores y una sonda fluorescente **InfA** diseñados para la detección universal de virus Influenza A que amplifica el gen de la **proteína M** en todas los virus de Influenza A, de cualquier especie.
2. Un par de cebadores y una sonda fluorescente **swInfA** diseñados para la detección del gen de la **nucleoproteína (NP)** de todos los virus de Influenza A porcina.

3. El conjunto **swH1** comprende el par de cebadores y la sonda fluorescente con capacidad para detectar específicamente la **hemaglutinina tipo 1 (H1)** del nuevo virus de Influenza H1N1 de origen porcino.

Este panel incluye además los siguientes controles:

4. Un par de oligonucleótidos y la sonda fluorescente para detectar específicamente el gen de la RNasa P (**RP**) humana. Éste es un control que permite estimar si la cantidad de ARN en la muestra clínica es adecuada.
5. Un control positivo (**CP**). Es un templado que está diseñado para reaccionar con todos los cebadores y sondas incluidos los de la RNasa P.

#### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Fraser C, Donnelly CA, Cauchemez S et al. Pandemic Potential of a Strain of Influenza A (H1N1): Early Findings. *Science* 2009; 324 (5934): 1557-61.
- Nicholson KG, Wood JM, Zambon M. Influenza. *Lancet* 2003; 362 (9397): 1733-45.
- Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Humans. *N Engl J Med* 2009, May 7. [Epub ahead of print].
- Rambaut A, Pybus OG, Nelson MI et al. The genomic and epidemiological dynamics of human influenza A virus. *Nature* 2008; 453: 615-9.
- <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/realtimeptpcr/en/index.html>** Publicado el 30 de abril de 2009.
- Salomon R, Webster RG. The influenza virus enigma. *Cell* 2009; 136:402-10.

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA INFLUENZA A (H1N1)

DRA. ZULMA ORTIZ\*

El objetivo de esta presentación es repasar algunos conceptos básicos de la Epidemiología que a veces, y a juzgar por los acontecimientos que se vivieron con la pandemia de gripe A, requiere contar con conceptos mínimos y básicos que ayuden a entender el cuadro de situación que, si bien se actualiza en términos numéricos (número de casos, localización, etc.), no lo hace en términos de letalidad y más aún, a veces no se alcanza a entender las diferencias conceptuales entre las definiciones de *epidemia*, *endemia* y *pandemia*.

*Epidemia* es cuando el número de casos observados de un evento/enfermedad o problema es mayor que el esperado. Ejemplo: cuando uno espera que el número sea cero, un caso puede representar una *epidemia*.

Cuando una enfermedad, caso o problema se da en un lugar determinado y se mantiene en esa región afectada en un número concreto, generalmente elevado, durante mucho tiempo, se la denomina *región endémica* y se define epidemiológicamente al problema como *problema endémico*. O sea, estamos frente a una *endemia* cuando el problema se mantiene en un lugar determinado por mucho tiempo y afecta a un gran número de personas.

---

\* Jefa, Docencia e Investigación, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina; Oficial de Salud, UNICEF.

E-mail: [cie@epidemiologia.anm.edu.ar](mailto:cie@epidemiologia.anm.edu.ar)

La palabra **pandemia** hace referencia a la aparición de una enfermedad -que en general es infecciosa, transmisible- en dos lugares; tiene mayor relevancia cuando se trata de dos países y mucho más cuando lo hace en dos continentes diferentes. Un elemento también muy importante para ver hace referencia a los niveles de alerta o fases de una pandemia. La información que aparecía en los medios de comunicación relacionada con esta influenza se prestó en algún momento a confusión, sobre todo en algunos titulares cargados de cierto dramatismo que aparecían en los canales de televisión como: "Estamos pasando a la fase 5... Ahora vamos a entrar en la fase 6..." cuando en realidad no se hacía énfasis "que básicamente se trata aquí de preparar un sistema de respuesta y que estas fases lo que incluyen son recomendaciones que deben cumplirse para que la situación se controle y así prevenir daños". Por ejemplo la fase uno se corresponde con aquella donde no hay virus circulantes entre los animales que hayan causado infecciones humanas; fase dos: un virus gripal entre animales domésticos o salvajes que ha causado infección humana y una fase tres: un virus gripal animal, o un virus reagrupado, humano-animal que ha provocado casos esporádicos o pequeños conglomerados de casos humanos, pero no ha ocasionado una transmisión de persona a persona. A partir de aquí las fases comienzan a diferenciarse por las pautas que deben cumplirse en función de la propagación de la enfermedad.

Entonces quiere decir que esta connotación de cierta gravedad que hemos escuchado en algunos medios, sobre todo cuando se habla de pandemia, es relativa, porque la gravedad depende las características particulares de la enfermedad y sus causas. Por ejemplo, una enfermedad infecciosa dependerá de la **patogenicidad**, la **virulencia del agente infeccioso** y/o la **letalidad**. Básicamente en las enfermedades transmisibles, infecciosas, esta capacidad del germen de producir un cuadro de sintomatología, un cambio si se quiere en la homeostasis del individuo, se denomina **patogenicidad** y en la medida en que este efecto es más grave se puede hablar de **virulencia**.

En Epidemiología estas cuestiones se traducen finalmente en la **letalidad**, que es la gravedad expresada en el número de muertes por una causa determinada. Por ejemplo: número de muertes producidas por la gripe A sobre el total de afectados. Aquí uno esperaría que si son 1.000 los casos que se han detectado y sólo uno el que ha muerto sería totalmente distinto a si existieran 1.000 casos y se murieran 900. Es decir, desde el punto de vista epidemiológico relacionar el número de muertos con la cantidad de casos que han sido notificados es una información clave ya que no sólo determina la gravedad de la enfermedad; sino que permite direccionar el proceso de toma de decisiones sanitarias.

La **letalidad** se construye a partir de los casos notificados. Cuando hablamos de notificación es importante tener bien claro si estamos hablando de un caso probable o de un caso confirmado. En Epidemiología, cuando se hace vigilancia epidemiológica, es importante tener una clara definición de qué es un caso probable, un caso sospechoso o un caso confirmado.

En lo referente a ésta y a otras patologías infecciosas, como a otros eventos, como pueden ser los desastres naturales (terremoto, tsunami, inundación, etc.), dentro de la organización de un Servicio de Epidemiología se monta un **Centro Estratégico de Operaciones** o un Centro de Operaciones de Emergencia, también denominado COE, que habitualmente se instala dentro de una **Sala de Situación**. Se debe aclarar que no es lo mismo una Sala de Situación que un Centro Estratégico de Operaciones. Básicamente la **Sala de Situación** es un espacio virtual o físico y lógico, destinado al análisis y exhibición de la información sanitaria necesaria (mortalidad por grupo etario, sexo, notificación de enfermedades de comunicación obligatoria; tal el caso de meningitis y hepatitis en Argentina) procesada de diversas fuentes facilitando el proceso de toma de decisiones de las máximas autoridades del lugar en que les compete actuar como epidemiólogos (Ministerio, Secretaría de Salud, Centro de Atención Primaria, Hospital). Siempre es de buena práctica montar esta sala. Asimismo es distinta conceptualmente a un **Centro de Operaciones de Emergencia** y básicamente al que me quiero referir: a un **Centro**

**Estratégico de Operaciones Sanitarias** como el que montó la Organización Mundial de la Salud en el año 2003 y que comenzó a funcionar por primera vez en el año 2004; hoy es quien nos da la mayor parte de la información respecto de lo que está pasando en el mundo con la gripe A; es un elemento indispensable y relativamente nuevo.

Lo mismo sucede en Argentina con la **Sala de Situación** del Ministerio de Salud que fue inaugurada en el año 2002. Aquí quiero señalar algo muy importante: nosotros no estamos lo suficientemente familiarizados con el uso de la información en lo que hace al proceso de toma de decisiones, y mucho menos en las situaciones de emergencia y desastres.

Esta gripe no tiene gran diferencia con otra gripe cuando hablamos de una definición de caso probable, excepto cuando se hace la confirmación del mismo; es entonces cuando podemos realmente pensar en la gravedad relativa que puede tener. Tal vez lo más dramático de la situación que se vivió en Argentina por la pandemia de gripe A fue, por un lado, evidenciar la escasa capacidad de predecir que tenemos por el desconocimiento de las características de la enfermedad pero por otro por las limitaciones del sistema de vigilancia epidemiológica. Un ejemplo de esto es la falta de disponibilidad de corredores endémicos o la validez de aquellos que existen cuando uno puede comprobar retrasos de hasta un año en patologías de denuncia obligatoria<sup>1</sup>. Esto se señala a modo de ejemplo para que se entienda la dificultad que hay en planificar u organizar las recomendaciones dispuestas por la OMS para las fases mencionadas anteriormente cuando uno no cuenta con la información en tiempo y forma.

Frente a situaciones como la de la gripe A, donde todavía no se ha podido conocer en detalle el comportamiento del virus en la trans-

---

<sup>1</sup> Sala de Situación. Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/htm/Site/sala\\_situacion/index.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/Site/sala_situacion/index.asp)

ferencia humana es muy importante y se recomienda que se utilicen fuentes oficiales para informarse. Éste es un concepto primordial desde el punto de vista epidemiológico. En cuanto a los medios de comunicación, el canal o la radio estatal son la mejor fuente de información y, en Internet, la página del Ministerio de Salud u organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, que se actualizan todos los días, permitiendo un seguimiento pormenorizado del número de casos, liderando las situaciones de emergencia; la preparación para enfrentar esa crisis, ese desastre o emergencia.

Con lo expuesto, he intentado hacer una breve síntesis de algunos conceptos que, desde el punto de vista epidemiológico, hay que tener en cuenta.

El rol de un epidemiólogo en un equipo interdisciplinario -como el que debería conformarse para hacer frente a una situación como ésta- fundamentalmente es: mantener los sistemas de vigilancia actualizados, analizar la información disponible, hacer informes que permitan a las autoridades tomar decisiones oportunas e informadas y, sobre todo, contribuir para que los mensajes que se emiten por los medios de comunicación sean válidos y confiables, basándose en la mejor evidencia disponible al momento de su emisión.



## CLÍNICA Y TRATAMIENTO DE LA INFLUENZA A (H1N1)

DR. JORGE SAN JUAN\*

Quiero agradecer a la Comisión Directiva de la Academia Nacional de Medicina, y especialmente al profesor Martino, por convocarme para disertar en esta reunión.

También quiero agradecer al Hospital Muñiz, un lugar donde me formé y que me permitió, gracias a esa formación, estar actualmente en esta Honorable Casa para hablar sobre este brote epidémico, o mejor dicho, esta pandemia.

Me tomé el atrevimiento de hacer un resumen de las enfermedades especialmente respiratorias producidas por virus que a partir de 2003 empezaron azotar el mundo.

En este siglo comenzó lo que se llamó el *Síndrome Respiratorio Agudo Grave*, más conocido por su sigla en inglés SARS. Apareció en China, se difundió rápidamente por el mundo y vimos en esta jornada la gran transmisibilidad que tenía, especialmente cuando el caso índice podía llegar con infecciones secundarias, terciarias hasta infectar a 127 personas; con un período de incubación de 2 a 7 días -10 días en casos excepcionales- y comienzo de la infectividad al inicio de los síntomas respiratorios. Pero algo que llamó la aten-

---

\* Jefe, Dto. de Terapia Intensiva, Hospital de Infecciosas "Francisco Javier Muñiz", Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: sanjuan@fibertel.com.ar

ción y que al principio desconcertó a todos los investigadores fue la supervivencia de este virus en el medio ambiente, con una duración de hasta 36 horas donde otros coronavirus sobreviven hasta 4 horas.

En el inicio los síntomas son: alta fiebre, escalofrío y tos productiva; en algunos casos se agregó diarrea durante el pródromo febril, tema muy importante al tratar, que veremos irá apareciendo en las próximas enfermedades.

Muchos casos presentan neumonía bilateral; aproximadamente el 90% se recupera en el 6° o 7° día de evolución de la enfermedad. Un paciente febril que consultó, en poco tiempo tuvo una neumonía grave de rápida evolución; otros, al cabo de 3-7 días, empiezan una fase con afectación de vía respiratoria baja con la aparición de tos seca, no productiva, disnea, y en algunos casos va acompañada de o en progresión a hipoxemia. Del 10 al 20% de estos pacientes necesita intubación y asistencia ventilatoria mecánica; con una tasa de mortalidad del 15% de los casos, que aumenta hasta valores del 20% en enfermos con patología de base y en personas mayores de 60 años.

En el comienzo de la enfermedad la expresión radiológica era muy difícil de interpretar razón por la que se necesitaba tomografía axial computada después del 3er. día del inicio para identificar esta patología; con un ciclo de enfermedad que comenzaba con fiebre alta -casi 40°-, sin visualización radiológica y que luego del descenso del cuadro febril, de esa crisis, sí la había en el momento de la replicación viral; con un pico nuevamente en la fase inmune, hiperactiva. Por último, el descenso final de esta curva febril; en algunos casos con la destrucción del pulmón o la evolución hacia la fibrosis en etapas finales de SARS.

Luego, en 2003, surgen los brotes o las epidemias de influenza, y como dijo la profesora Peralta, el virus de la Influenza A, que en algunos casos se lo calificó como descuidado, caprichoso y promiscuo.

Y es en esa época que comienza a aparecer lo que se denomina *Influenza aviar*. La gripe aviar es una enfermedad infecciosa que se propaga a través de las deyecciones de las aves. En éstas la infección puede manifestarse de diversas formas: con hemorragias, incoordinación de movimientos hasta la destrucción multiorgánica, con hemorragias en grasa perivisceral, pancreatitis, hemorragia en epicardio, hemorragia en folículos, etc.

Posteriormente surge el *H5N1*, pero en este caso la influenza estaba ligada al contacto directo del hombre con las aves de corral infectadas u objetos contaminados con sus heces.

Los síntomas clínicos son: fiebre alta (más de 38°), tos, disnea, rápida progresión de la neumonía, con una mortandad del 60%. Días entre el comienzo y la muerte: 6 a 17 días, con una media de 9 días. Ya en el final de este brote epidémico tan importante que tuvo el Sudeste Asiático, la media disminuyó a 3 días.

En un paciente con *H5N1* se observó que la fisiopatología se completaba en toda su relación virus-pulmón; donde se veía el ingreso al macrófago, la replicación viral y la liberación de citoquinas proinflamatorias que van a producir distrés respiratorio agudo grave, con necrosis y destrucción tisular que le llevarán rápidamente a la muerte.

Asimismo, en un chico con *H5N1* se pudo ver la progresión radiológica hasta llegar al pulmón blanco y con ello la muerte. También presentó algo muy importante de destacar: una patología con *H5N1* que comenzó con diarrea seguida de coma.

En otro caso, dos chicos de 9 y 11 años, que se bañaron en un río de Vietnam, hicieron una diarrea y coma pero luego del estudio epidemiológico correspondiente y enfermedades relacionadas con el agua (todo negativo), se aísla el *H5N1* en líquido cefalorraquídeo, pero con una importante diferencia: en ningún momento el pulmón se ve afectado.

Ahora llegamos a la *Influenza A (H1N1)*. Vamos a ver cómo se comporta este virus ya que este espectro de enfermedad tan dinámica va desde un cuadro benigno de gripe sin fiebre hasta una se-

vera y fatal neumonía. En la mayoría de los casos los síntomas son similares a los de una típica influenza estacional con una recuperación espontánea; se manifiesta con fiebre muy alta, tos, importante dolor de garganta, secreción nasal, decaimiento, cefalea, escalofrío, fatiga; los síntomas gastrointestinales, como náuseas, vómitos y/o diarrea se presentaron en el 38% de los enfermos ambulatorios en EE.UU. Entre el 2-5% de los casos confirmados en Canadá y EE.UU. y el 6% en México fueron hospitalizados.

En México el 10% de los pacientes que consultaron con síntomas de enfermedad respiratoria fueron positivos para el virus A (H1N1) y de ellos un tercio requirió asistencia ventilatoria mecánica. En Estados Unidos la media de días entre los primeros síntomas y la internación fue de 4 días y en México de 6, con una media de 1 a 20 días y, en una primera instancia, esto podría deberse a la alta mortalidad que tuvo México con esta patología.

En este país los casos mortales presentaron severas neumonías con infiltrados nodulares y alveolares, y con menos frecuencia opacidades basales; en el inicio, rápida progresión al Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo con insuficiencia renal y falla multiorgánica en un 24% de los casos. El término medio entre los primeros síntomas y la muerte fue de 10 días, entre 2 y 33 días de evolución; el laboratorio mostró que leucocitosis y leucopenia alternaban; en México linfopenia, elevación de aminotransferasas y especialmente LDH; en el 100% de los pacientes la elevación del LDH, CPK, dio a casos fatales; la coinfección bacteriana fue por *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus*, pero la anatomía patológica demostró el predominio de la neumonía -la acción viral en el pulmón- unida a la sobreinfección.

#### *Guía para manejo de pacientes:*

Caso sospechoso: tratamiento con soporte, líquido, paracetamol, no aspirina, y antivirales con indicación temprana: administrar *Oseltamivir* oral o *Zanamivir* inhalatorio.

En el caso del hospitalizado, el *Oseltamivir* antiviral es recomendado ni bien el paciente presente neumonía (inicio rápido). Con respecto a esta indicación de inicio rápido, en México, el tiempo medio

de inicio fue de 8 días entre 1 y 26, en 27 pacientes que fallecieron. Evidentemente la indicación y el comienzo del tratamiento antiviral decidieron que los pacientes tuvieran una mala evolución con continuación de la replicación viral y muerte.

#### Tratamiento antiviral

Clase de los inhibidores de la proteína M2, Amantadina/Rimantadina; tienen menor costo, mayor vida media de almacenamiento pero son resistentes a H5N1 y H1N1.

*Antiviral:* inhibidores de la Neuraminidasa: Oseltamivir o Zanamivir; efectivo; baja resistencia; por supuesto mayor costo; ofrecen un mejor perfil de seguridad. El *Oseltamivir* es el único inhibidor oral de la Neuraminidasa disponible actualmente; se debe administrar durante las primeras 48 horas reduciendo la severidad y duración de los signos y síntomas de la Influenza A (H1N1).

*Oseltamivir:* Se administra a adultos y niños mayores de 1 año de edad (de acuerdo con el peso); está disponible en cápsulas de 30, 45 y 75 mg.

La posología recomendada para el tratamiento con Oseltamivir es: 75 mg, dos veces al día durante 5 días.

Profilaxis que se está realizando a quienes están en contacto con casos confirmados: en adultos y niños mayores a 1 año de edad, una vez por día durante 10 días. Las indicaciones pediátricas (según el peso) son: de 1 a 2 años: dar una dosis de una cápsula de 30 mg; de 3 a 5 años: una cápsula de 45 mg; 6 a 9 años: dos cápsulas de 30 mg; 10 o más años: una cápsula de 75 mg.

En presencia de una cepa pandémica es posible que sea necesario utilizar dosis más altas y/o tratamientos más prolongados del antiviral, en este caso *Oseltamivir*.

Los datos de seguridad de estudios obtenidos con la influenza aviar muestran que un curso de 5 días con 150 mg, dos veces por día (o sea el doble de la dosis usada) es bien tolerada.

Inhalatorio: *Zanamivir:* en adultos: 2 inhalaciones de 5 mg, dos veces por día durante 5 días.

En niños: hay que recordar que recién pueden recibir este antiviral los mayores a 5 años.

*Quimioprofilaxis*: se utilizan mismas drogas a igual dosis que las indicadas para tratamiento.

## HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN

DR. TOMÁS ORDUNA\*

Agradezco a la Academia Nacional de Medicina, al Profesor Martino y a todos ustedes por estar aquí compartiendo esta reunión y escuchándonos.

Asimismo, no quiero olvidar a nuestra querida Casa, el Hospital Muñiz, que todos los días nos da la oportunidad de aprender, luchar y, en definitiva, disfrutar de algo que hemos elegido.

Creo que aquello que tenía que decirles ya fue dicho por los tres magníficos oradores que me precedieron.

El Dr. Martino me sugirió hablar sobre las *Herramientas de Prevención* como tema de la disertación. Éstas son muy antiguas pues datan de 1918 en Estados Unidos (fotos 1 y 2).

Noventa años atrás ya se indicaba el uso de pañuelo para resfríos, influenza, neumonía y tuberculosis. O sea que para el manejo de todas estas secreciones respiratorias ya había herramientas pero existían otras que no habían sido contempladas y que ahora las vamos a considerar.

Entre éstas, la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias; es una herramienta donde tiene que haber un plan de contingencia de pandemia, información y comunicación social. Desgra-

---

\* Jefe, Patologías Regionales y Medicina Tropical, Hospital "Francisco Javier Muñiz", Buenos Aires, Argentina.



Influenza: Pandemia 1918

Foto 1



Influenza:  
Pandemia 1918

Foto 2

ciadamente nuestro país no ha funcionado muy bien en este último punto y, si retrocedemos un poco en el tiempo, tampoco lo ha hecho con el dengue y la fiebre amarilla. Ocurrió lo mismo en otros países: Brasil le inició un juicio a uno de los principales multimédios por mal

manejo de la información con respecto a la fiebre amarilla; México distorsionó la comunicación al principio de la enfermedad, etc. La Dra. Ortiz también se refirió a este punto cuando dijo dónde buscar información o a qué tipo de información había que darle importancia y a cuál no.

Lamentablemente en nuestro país el Estado se equivocó a veces y, cuando éste no es confiable, la gente busca informarse en otros lugares. Así sucedió con la Influenza A, donde la cantidad de casos positivos o confirmados al 27 de mayo no estaba actualizada; o cuando la transmisión regional de dengue en Capital Federal y Gran Buenos Aires para nosotros era diez veces mayor que la comunicada oficialmente por el Gobierno Nacional.

Por consiguiente, si el Estado no otorga esa confiabilidad se tendrá que buscar en otros medios.

Otras herramientas muy importantes, además de la *vigilancia epidemiológica* son: *Información y Comunicación Social, Formación y Educación médica continuada del equipo médico de salud* y medidas de prevención más clásicas como *Higiene individual y colectiva* (todo lo relacionado con el medio ambiente, aislamiento respiratorio, restricción, contacto social, profilaxis, etc.).

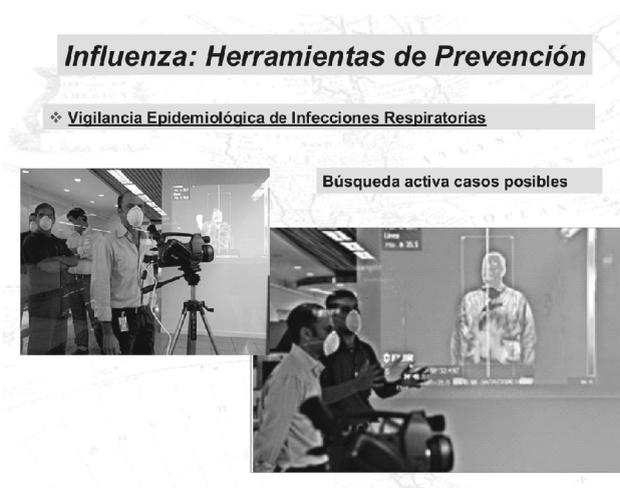
*Vigilancia epidemiológica*: Es el conjunto de actividades que permite reunir la información indispensable para conocer la conducta o historia natural de la enfermedad (eventos de salud), detectar o prevenir cualquier cambio que pueda ocurrir; es, por consiguiente, la recopilación, análisis, interpretación y difusión, en forma sistemática y permanente, de datos específicos sobre los problemas, eventos de salud de una población determinada para utilizarlos en la planificación, ejecución de la salud pública.

Hoy, gracias a Internet, se tiene la posibilidad de ver casi en un tiempo real la información que nos va alertando sobre cómo se está vigilando; dónde están ocurriendo los sucesos; en qué volumen y magnitud y, a su vez, se tiene algún tipo de agregado sobre cómo tomar algún recaudo por lo que pueda ocurrir en el lugar donde se está trabajando a partir del alerta que se posee.

Por ello, la *vigilancia epidemiológica* es una de las principales herramientas que se dispone en Salud Pública y permite el desarrollo de intervenciones que modifiquen el problema o evento observado.

Hay alertas internacionales donde la *vigilancia epidemiológica* es volcada en una red que llega a cualquier médico, en cualquier parte del mundo, exactamente al mismo tiempo; esto es a partir de un sitio en la Web (portal web). La Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas; por ejemplo, permitió ver cuándo se dio la primera señal de alerta de una enfermedad respiratoria aguda sospechada de un virus gripal en México.

Asimismo se puede hacer *vigilancia epidemiológica* de infecciones respiratorias con metodologías absolutamente nuevas, novedosas, recién instaladas; por ejemplo, en nuestro país, en Ezeiza (foto 3), a través de *termosensores*, que permiten la búsqueda de personas con cuadros febriles que pudieran estar llegando a la Argentina desde áreas donde hay transmisión de algún virus patógeno



**Foto 3**

que pueda preocupar por la salud de la población; inclusive, se están realizando otras optimizaciones de estos sistemas de detección que intentan captar posibles sesgos asociados a falsos negativos que puedan darse.

Por consiguiente, es necesario tener un plan de contingencia de pandemia; es fundamental en situaciones como las detectadas con la llegada de esta influenza; o con la potencialidad de un virus como éste, que inicialmente tenía una letalidad superior al 10% y que hoy se sabe que es menor al 1%.

El objetivo principal de un Plan de Contingencia es la protección de la salud y seguridad de una población; es un documento en el cual se recoge qué hacer y cómo actuar ante una amenaza de pandemia como la gripe A (H1N1).

No tener planes puede ser devastador para una población o país; existen planes desde la OMS, OPS y en nuestro país.

Pero, para que un plan de contingencia funcione tiene que haber organización del sistema de salud, con recursos humanos “adecuados”, o sea debidamente capacitados, bien remunerados, con establecimientos de salud acordes con el año 2009 e insumos permanentes. No hay excusas.

Consecuente, tres elementos faltan habitualmente en nuestro país y de nosotros depende que esto mejore: no existe una *capacitación adecuada del recurso humano* para saber cómo responder ante cada uno de los desafíos que tiene que afrontar el médico todos los días; *establecimientos de salud*, que si bien son mejores en algunos países de Latinoamérica, dejan mucho que desear todavía. Invito a cualquiera que no haya visitado algún hospital público en los últimos años a recorrerlo, y que piense que ésta es la Argentina que en la década del 50 era el 7° país del mundo cuando compruebe hoy el estado de abandono injustificable en el que se encuentran muchos establecimientos. Y por último, el tercer elemento: los *insumos*, permanente lucha en los hospitales nacionales para conseguirlos.

*Información y Comunicación Social.*

Durante la ocurrencia del brote, la población necesita información sencilla y concreta sobre la enfermedad: por qué ocurre, duración de la pandemia, cómo protegerse, alertas y demás medidas adoptadas por las autoridades sanitarias para extremar el cuidado de la población. Los medios masivos de comunicación -diarios, radios, televisión- constituyen uno de los canales estratégicos para este fin. En ocasiones como ésta hay que manejar la información con cautela (foto 4) porque generaría más daño que aquello que realmente se quiere comunicar.

En nuestro país también se informa a nivel oficial a través de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud de la Nación pero se debe aclarar que una voz en contra sería muy peligrosa, traería pánico, desinformación; no sería información y comunicación social.

El año pasado en nuestro país, a raíz de la epidemia de fiebre amarilla, un medio televisivo en la Ciudad de Buenos Aires, ponía en pantalla: “Pánico en Buenos Aires” para referirse a la fiebre amarilla. Eso es generar pánico.

**Influenza: Herramientas de Prevención**

❖ **Información y Comunicación Social**



Foto 4

**Formación y Educación Médica Continua del Equipo Médico de Salud.**

El profesional tiene que tener una formación médica continua de excelencia para ejercer bien su tarea.

Los profundos y rápidos cambios científico-tecnológicos en el área de la salud, los cambios demográficos y epidemiológicos, el aumento de las demandas de la población, la modificación de los roles de los médicos en los actuales sistemas asistenciales, hace imprescindible la formación continua de todos los integrantes del equipo de salud.

La calidad en educación médica debe ser definida y medida con instrumentos válidos y confiables.

En la actualidad tenemos información que nos permite saber qué está aconteciendo en el mundo médico en el momento que un hecho se produce, con un alto nivel académico; hay excelentes materiales, como el Grupo de Córdoba, New England, Lancet (foto 5), British Medical Journal, etc.

A los médicos Residentes y de Servicio les digo: si hay algo que no podemos hacer en esta época es excusarnos por no estar actualizados, bien informados; por no recibir determinada revista o porque determinado libro no está, etc. Hoy el acceso a la información exis-

**Influenza: Herramientas de Prevención**

❖ **Formación y Educación Médica Continuada del Equipo de Salud**



Foto 5

te; se encuentra al alcance de todos; no es una excusa; se peca por un exceso de información y su tamizaje requiere de tiempo. La falta de tiempo es el principal enemigo del médico; sus horarios de trabajo oscilan entre 14 y 18 horas por día, imposibilitando muchas veces el acceso a una información adecuada en su formación.

### *Herramientas clásicas.*

La influenza es altamente contagiosa (foto 6). El virus se disemina a través de microgotas de Flügge, al hablar, con la tos y el estornudo; ingresa al organismo por nariz, boca y ojos; estos últimos deben tenerse en cuenta a la hora de tomar los recaudos pertinentes.

Se deben mantener las medidas de precaución estándar de contacto y de transmisión respiratoria por gotas.

La protección de las mucosas nasofaríngea y conjuntiva y la higiene de las manos son los dos elementos claves para el control de la infección y deben ser priorizados.

Tal vez en 1918 no estaba tan claro que había que lavarse las manos frecuentemente para evitar el contagio, ya que la manipulación de pañuelos, que eran pañuelos de tela, quedaban húmedos, llenos y cargados de gotitas que luego volvían a la cartera de la mujer o al bolsillo del pantalón del hombre, cargados de gotas infectivas durante horas.



**Foto 6**

Por consiguiente, el lavado regular y frecuente de manos es vital, fundamental (foto 7), junto con el uso de barbijo (foto 8), mascarilla o cubreboca, teniendo en cuenta que debe cubrir la boca y la nariz, evitando que penetren gotas cargadas de H1N1 en los ojos;

**Influenza: Herramientas de Prevención**  
**Su salud está en sus manos limpias**



Foto 7



Foto 8



Foto 9

es preferible usar barbijo descartable y cambiarlo dos o más veces al día ya que el calor los humedece e inutiliza.

Otra recomendación -que se hizo bastante conocida por su difusión- es estornudar o toser usando el antebrazo o el hueco del codo (foto 9) para cubrir boca y nariz evitando la dispersión de las microgotas de Flügge que llegan hasta 1,80m en un golpe de tos o estornudo.

Asimismo hay que evitar el contacto con otras personas que padezcan patologías respiratorias infecciosas agudas.

Insisto: higiene; cubrirse la boca al toser o estornudar; lavarse las manos con agua y jabón (como alternativa usar alcohol-gel); utilizar pañuelos descartables.

## EL COMPLEJO ZOOANTROPONÓTICO

ACAD. OLINDO MARTINO\*

La Influenza A (H1N1) representa un genuino complejo zooantroponótico donde el agente etiológico es naturalmente transmitido desde el huésped vertebrado al hombre y contemporáneamente éste, a través de su saliva, puede vehiculizarlo al medio ambiente. De esta forma el armazón epidemiológico de esta noxa transmisible queda sustentado por tres variables: el medio natural que ofrece sustento a la supervivencia del virus, el reservorio animal representado por algunas especies de sangre caliente y, finalmente, el magno receptor representado por el ser humano.

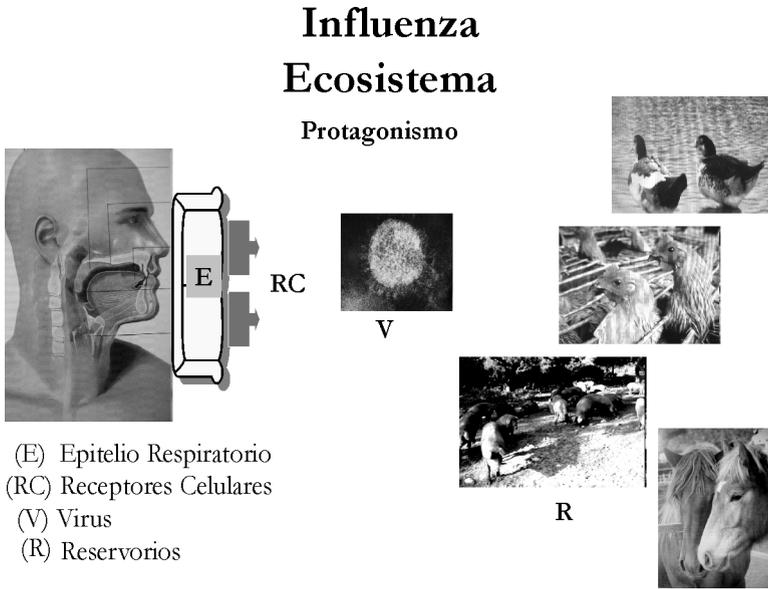
Dentro de la fauna susceptible a la infección por el virus de la Influenza A, figuran las aves silvestres, especialmente acuáticas, las aves de corral, la especie porcina, la equina y también otros animales de sangre caliente pero que, hasta el momento, no han mostrado relevancia epidemiológica (Fig. 1).

Desde el punto de vista de su transmisibilidad, cabe destacar que la persistencia del virus en el medio ambiente depende de las siguientes determinantes ecológicas:

a) Del soporte biótico que le ofrece el ambiente natural -presencia de materia orgánica, intensidad de la radiación solar, etc.- ya que

---

\* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.  
E-mail: aomartino@intramed.net



**Figura 1**

puede subsistir al frío y a la humedad varios días sin perder su patogenicidad.

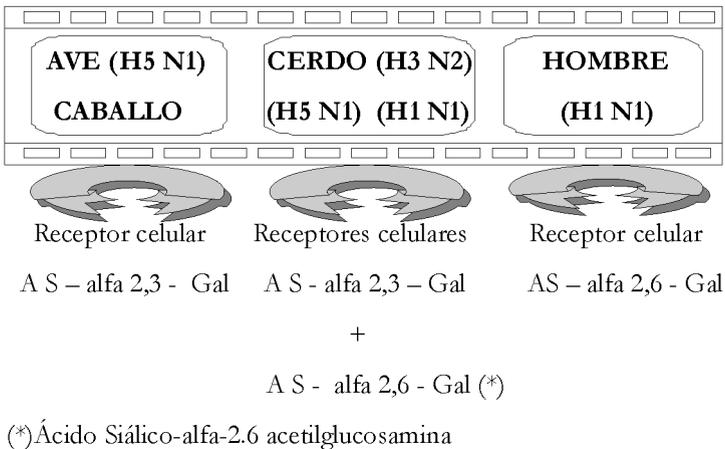
b) Del cúmulo de deyecciones depositadas por las especies animales infectadas.

c) De los variables períodos de eliminación del virus a través de las secreciones respiratorias y las deyecciones por parte de los reservorios animales.

La afinidad de las especies animales y del hombre al virus Influenza A se debe a que poseen receptores celulares de superficie, que lo captan permitiendo su ingreso al hospedero y su posterior replicación viral. Dichos receptores representan cadenas químicas orgánicas compuestas por ácido siálico (AS) y acetilglucosamina. Conforme con las especies recipiendarias fueron reconocidos dos tipos de receptores virales: en el ave y en el caballo el receptor AS – alfa 2,3 - Gal; en el hombre el receptor AS – alfa 2,6 - Gal, mientras que en el cerdo pu-

dieron identificarse ambos receptores, hecho que conlleva importancia epidemiológica ya que esta especie puede infectarse con su propio virus y, además, recibir el impacto infectante de virus procedentes de las aves e inclusive del ser humano (Fig. 2).

## Receptores Celulares del Virus Influenza

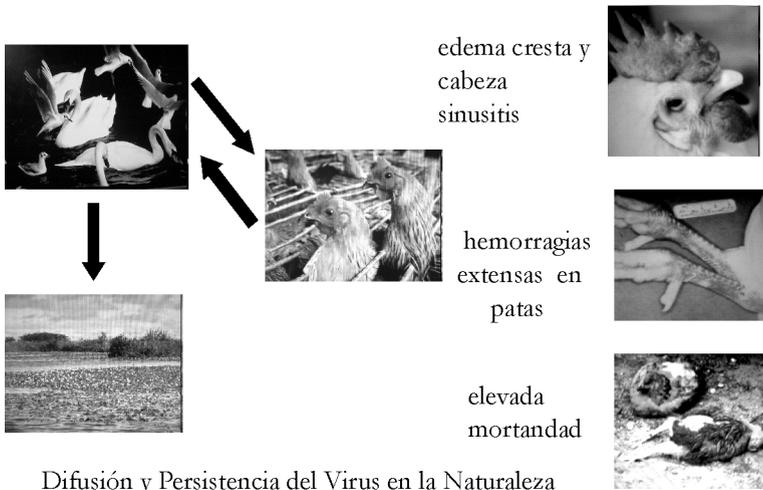


**Figura 2**

Existe una dinámica de infección en la naturaleza que históricamente pudo haberse iniciado (como en la mayoría de las zoonosis) en las extensas áreas silvestres del planeta. En el caso que nos ocupa, la infección habría comenzado su ciclo natural a partir de las aves silvestres, sobre todo las aves migratorias acuáticas. A través del tiempo el virus infectó, enfermó, exterminó poblaciones de aves, se diseminó y circuló en vastas áreas de la naturaleza. La infección natural, a través del tiempo, generó así una selección natural de especies, cada vez más adaptadas al “desafío” viral, manteniendo en ellas la infección en forma inaparente, aunque diseminadora del virus en el medio ambiente.

Con el tiempo comenzaron a interactuar con este nicho ecológico animado, infectando naturalmente a otros protagonistas: las aves domesticadas, adaptadas a la vida del hombre. A través de accidentales contactos con suelos y aguas contaminadas por deyecciones de las aves silvestres -éstas, convivientes con la especie humana- adquirieron la infección por cepas del virus salvaje, iniciándose entonces el ciclo de infección en las aves de corral. La masiva industrialización avícola acrecentó la circulación cerrada del virus en los compartimentos de crianza, posibilitando así la aparición de graves epizootias con gran mortandad, como así también futuras reacomodaciones y mutaciones del genoma viral (Fig. 3).

### Dinámica de la Infección en las Aves

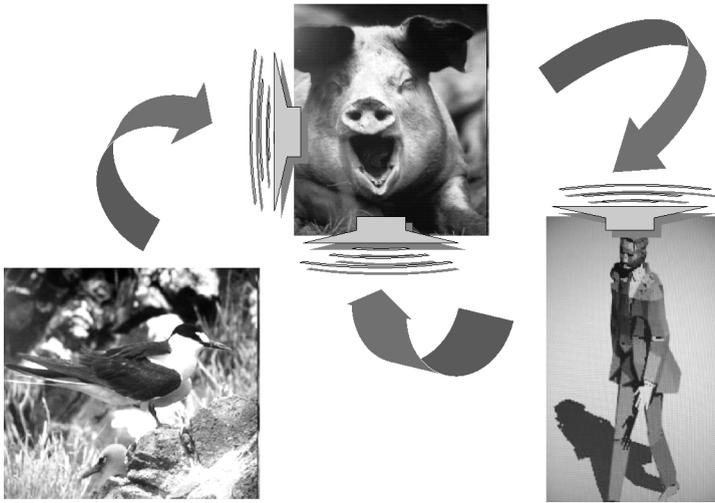


**Figura 3**

Al poseer dos tipos de receptores la especie porcina puede albergar y contraer la infección por el virus aviar y por el virus humano, de forma tal que puede almacenar, además de la propia, las otras cepas virales. El cerdo se transforma así en un “mezclador” de los tres virus posibilitando reasociaciones y mutaciones genómicas que

pueden conducir al surgimiento de una nueva cepa, no reconocida hasta el momento, con impredecible capacidad virulenta. Además, al constituirse en reservorio viral durante la epizootia de influenza porcina se transforma en un importante diseminador del virus en el seno de la naturaleza (Fig. 4).

### Dinámica de la Infección en el Cerdo



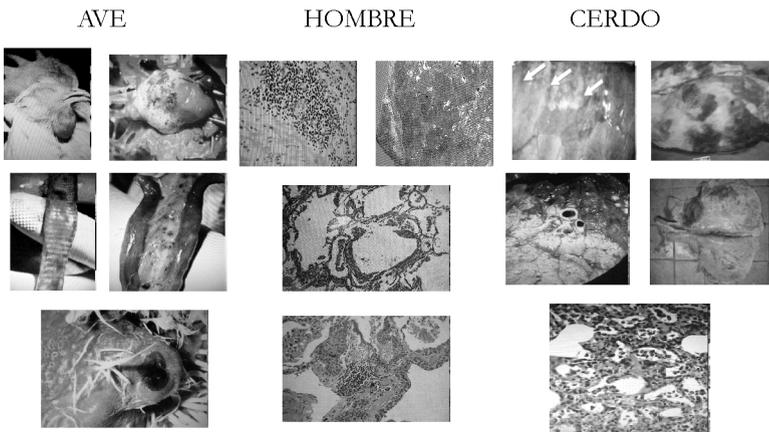
**Figura 4**

El virus Influenza produce importantes lesiones en los tejidos orgánicos del hombre y de las especies animales susceptibles. En el ser humano el más afectado es el aparato respiratorio donde el virus provoca efecto citopatogénico con destrucción de la ultraestructura del epitelio respiratorio. Los pulmones muestran al corte múltiples áreas de extensa consolidación con aspecto de músculo (carne asada). La visión microscópica revela un exudado inflamatorio a expensas del depósito de fibrina conformando una membrana hialina que se apoya sobre un epitelio alveolar lesionado. Además se asocian bronquitis y bronquiolitis necrotizantes. También se ha comprobado la existencia de miocarditis, con exudado inflamatorio intersticial y miocitólisis.

En la etapa de regresión de la neumonía viral se produce una metaplasia escamosa del epitelio bronquiolar con una infiltración a predominio linfocitario, ocupando el intersticio pulmonar; además, un exudado inflamatorio que ocupa parte del espacio alveolar. Estos hallazgos son bastantes similares a la evolución de la neumonía por el virus Influenza en el cerdo; mientras que el compromiso cardíaco y respiratorio alto (sinusitis purulenta y caseosa) es más frecuente de observar en la Influenza aviar.

Interesa agregar que las aves enfermas padecen enterocolitis (obsérvese la cloaca con secreción hemorrágica) habiéndose también notificado casos humanos con compromiso del aparato digestivo con vómitos y diarrea (Fig. 5).

### Influenza Correlato Anatomopatológico AVE - HOMBRE - CERDO



**Figura 5**

Existen vehículos *animados* del virus de la Influenza que contaminan el medio ambiente: la saliva del portador humano sano, enfermo o convaleciente; los exudados purulentos y caseosos; las deyecciones de las aves y, las secreciones nasales y los exudados procedentes de la tráquea y de los bronquios de los cerdos (Fig. 6).

Vías de Diseminación del Virus en el Medio Ambiente		
AVE	CERDO	HOMBRE
Sinusitis	Secreción nasal Exudado traqueal Exudado bronquial	Rinitis Exudado traqueal Exudado bronquial
Enteritis	Enteritis	Vómitos ? Diarrea

Figura 6

Vehículos (\*) Contaminantes y Medio Ambiente

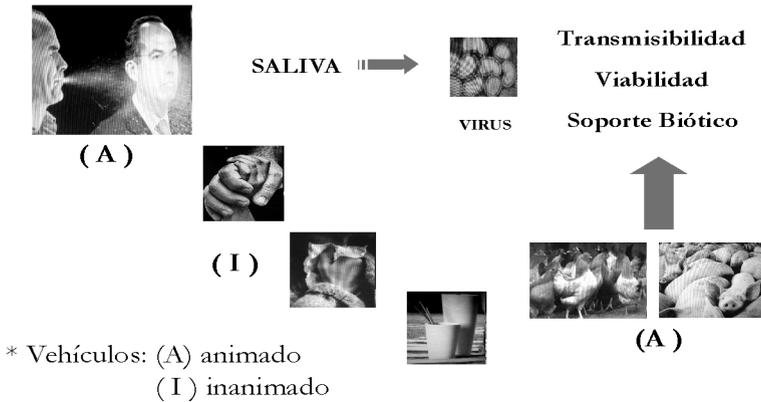


Figura 7

Con igual importancia epidemiológica deben agregarse los vehículos *inanimados* representados por las manos, fómites (pañuelos, lápices, vasos y utensilios diversos), suelo, materia orgánica, aguas naturales, etc. (Fig. 7).

### Influenza vs Infección por HIV?

- \* **No se conoce** el verdadero riesgo frente a esta coinfección.
- \* Se presume **mayor riesgo** de complicaciones en niños y adolescentes con **CD4 < 100**.
- \* Ante epidemia el sujeto HIV debe mantener estrictamente el Tto. específico y las medidas de sostén general.
- \* HIV con Influenza: **clínica similar** pero con elevado riesgo de complicación.

**Figura 8**

### Influenza vs Infección por HIV

- \* Sujeto HIV en contacto con sospechoso debe reportarse y cuarentenarse. **Quimioprofilaxis**
- \* Sujeto HIV con Influenza: **tratamiento dentro 48 h de iniciado el proceso.**
- \* No se comprobaron **interacciones** entre los antirretrovirales y el Oseltamivir. Prudencia frente a enfermedad neurológica o déficit función renal.
- \* **HIV debe protegerse contra Influenza estacional y contra *Streptococcus pneumoniae*.** Evita el riesgo de complicación por Influenza.
- \* HIV con Influenza: denuncia -aislamiento **hasta un día después de la desaparición total de los síntomas!**

**Figura 9**

Frente a la posibilidad de que un sujeto con infección por HIV contraiga esta variedad de Influenza, el CDC considera que hasta el presente no hubo diferencias en la presentación de la gripe porcina en estos sujetos frente a individuos previamente normales. Además,

aparentemente no hay contraindicación en utilizar el Oseltamivir asociado a los antirretrovirales, aunque recomienda prudencia si existen trastornos neurológicos o de la función renal. Existe indicación absoluta de cumplir con la profilaxis contra la Influenza estacional y contra *Streptococcus pneumoniae* debido a que estos enfermos, si contraen la gripe porcina, son muy susceptibles de padecer complicaciones respiratorias graves (Fig. 8 y 9).

Desde el punto de vista epidemiológico, y con el fin de comprender mejor el comportamiento y el potencial de transmisión del virus de la Influenza A, sería conveniente establecer con mayor exactitud el lapso de transmisibilidad -tiempo promedio de eliminación del virus a partir de los reservorios animados- como así también su grado de supervivencia en los distintos soportes bióticos existentes en la naturaleza.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Influenza Pandemic Handbook for Journalist. World Health Organization Updated December, pp. 1-13; 2005.
2. Influenza. Documento del Ministerio de Salud de la Nación, pp. 1-100-2009.
3. Trifonov V, Khiabani H and Rabadan R. Geographic Dependence, Surveillance, and Origins of the 2009 Influenza A (H1 N1) Virus. N Engl J Med 2009; 361: 115-19.
4. H1N1 Flu. What Adults with HIV Infection Should Know About the Novel H1N1 Flu. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), June 9, 2009, pp. 1-3.
5. Huytira, Marek, Manninger. Influenza equina. Patología y Teapútica Especiales de los Animales Domésticos. Barcelona, Editorial Labor SA, España.
6. Hagan-Bruner. Influenza Porcina. Enfermedades Infecciosas de los Animales Domésticos. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México.
7. Revollo L y Piantino Ferreira AJ. Influenza Aviar. Patología Aviária. Editora Manole, Brasil, 2009.
8. King JM and Lee RCT. An Atlas of General Pathology. Cornell University. Ithaca. NY, USA, 1976.
9. De la Gripe Española a la Gripe Porcina actual. Recomendaciones. Panorama Mundial. Artículo: 6 de abril de 2009, pp. 1-33.
10. San Juan N. Diagnóstico de Laboratorio. Mecanismos de contagio: Conceptos. ¿Qué Hacer? ¿Hay Tratamiento? Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, UBA. CONICET. 2009.

## **CICLO CIENTÍFICO CULTURAL**

### **“LA RESPONSABILIDAD DE SER JEFE EN UN HOSPITAL MODERNO”**

Organizado por la

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

COMISIÓN DE DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Presidente: Acad. Fortunato Benaim

### **CONFERENCIA**

#### **LA RESPONSABILIDAD DE SER JEFE EN UN HOSPITAL MODERNO**

ACAD. VICENTE GUTIÉRREZ

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO  
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA  
ACAD. ROBERTO M. ARANA

Buenos Aires  
9 de junio de 2009



**CICLO CIENTÍFICO CULTURAL**  
**LA RESPONSABILIDAD DE SER JEFE**  
**EN UN HOSPITAL MODERNO**

9 de junio de 2009

**PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO**  
**POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,**  
**ACADÉMICO ROBERTO M. ARANA\***

Tengo el agrado de dar comienzo a este Tercer Acto del Ciclo Científico Cultural organizado por la Comisión de Difusión de Actividades Académicas, a la que testimonio nuestro agradecimiento.

La conferencia de hoy, "La responsabilidad de ser Jefe en un Hospital Moderno", estará a cargo del Académico Vicente Gutiérrez.

Todos, o la gran mayoría de los que acá estamos, conocemos al Dr. Gutiérrez, un trabajador incansable, una vida dedicada a la Cirugía, a la educación médica y a los grandes problemas de la profesión.

Académico de Número, Profesor Titular de Cirugía, Profesor Emérito de la Universidad de Buenos Aires, Miembro de Sociedades Nacionales e Internacionales, etc.

Para hablar de sus méritos, distinciones y honores recibidos faltaría espacio pero ninguno de ellos podría transmitir que su condición humana es tan significativa como profesional.

Doctor Gutiérrez, muchas gracias. Esperamos con interés su conferencia.

---

\* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.



## **LA RESPONSABILIDAD DE SER JEFE EN UN HOSPITAL MODERNO**

ACADÉMICO VICENTE GUTIÉRREZ\*

En 1968 y 1983, durante becas sobre Educación Médica, pude apreciar en EE.UU. y en Europa una acentuada diferencia en lo científico y en lo cultural en comparación con nuestros hospitales. De ahí el interés que podría despertar este tema dentro de los Ciclos Científicos Culturales.

Desde épocas coloniales, se acepta la denominación “Jefe de Servicio”, a quien dirige un grupo de profesionales que ejercen en salas de internación o de medicina ambulatoria, con el concepto de que prestan un “servicio” a los enfermos. Según el organigrama de cada institución, hay jefes de departamento, de división, de unidad o de sala y en los hospitales universitarios el cargo es desempeñado por un profesor. Pero cualquiera sea su designación, todos son jefes de un servicio.

El significado de la palabra “moderno” es “algo nuevo o actual”, pero un hospital moderno es más difícil de definir. En 1888 el Hospital de Clínicas de Buenos Aires llenaba las condiciones de un hospital moderno desde el punto de vista edilicio, equipamiento, cuerpo profesional y organización. Han pasado 125 años y para que un hospital actual sea considerado moderno, debe reunir básicamente las mismas condiciones, que constituyen los parámetros básicos para la “acreditación hospitalaria”.

---

\* Académico Titular; Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

Es frecuente que personas no dedicadas a la medicina entiendan que un hospital moderno lo es por las condiciones edilicias, el confort, la tecnología, la actuación individual de destacados médicos y hasta por influencia de propaganda directa o indirecta.

Sin embargo, el eje de un hospital es su plantel profesional y especialmente la capacidad de los jefes para cumplir su alta responsabilidad. Ejercer una jefatura no implica sólo ser un destacado médico asistencial y una buena persona, sino que obliga a múltiples obligaciones, cuyo incumplimiento perjudica a la institución y a los médicos que trabajan bajo su dirección. Por lo tanto un factor fundamental es su designación y en ello hay una gran diferencia entre los países desarrollados y los en vías de desarrollo.

La primera decisión es determinar el tipo de jefe que la institución necesita, para así poder "seleccionar" a uno que sea adecuado y pueda desarrollar programas a corto y a largo plazo. Es sabido que frecuentes cambios en la dirección de un grupo de trabajo, dificultan un crecimiento sostenido.

El "cómo y quiénes" deben evaluar a los candidatos, es de enorme responsabilidad. Tan es así, que en acreditados hospitales de EE.UU., cuando los evaluadores se equivocan rotundamente, quedan excluidos para futuras comisiones y hasta ponen en peligro la estabilidad de su cargo hospitalario. En instituciones de prestigio, los profesionales de planta tienen conciencia de que la actuación de un jefe influye en la atención de los enfermos y en la carrera de cada uno de ellos.

Un escollo para la selección es la fijación de parámetros inamovibles, motivando que el valor de la antigüedad pueda superar al de la actividad científica, a las condiciones de organizador, el plan de trabajo, etc. Con este sistema, también denominado de "grillas", ha habido jefes con muchas menores condiciones que otros candidatos y hasta algunos asumieron sus cargos poco antes de la jubilación.

La existencia de una “carrera hospitalaria” cerrada, hace que con los años la competencia vaya disminuyendo y se pueda llegar a cargos jerárquicos por “*vis a tergo*”, sin haberse formado para ello ni mantenido un indispensable nivel de actividades científicas. Lo que para algunos es una conquista gremial, en mi opinión es un freno a la calidad. Los concursos “abiertos” y la periodicidad de los cargos, son una regla en América del Norte y en la Unión Europea.

Algunos ejemplos. En nuestras Universidades Nacionales y en la mayoría de los hospitales del Estado, la selección de jurados y de los temas para las pruebas de oposición se hacen por sorteo. Por lo tanto el azar influye en la elección de un profesor o de un jefe. Además, todavía se da importancia a una “exposición oral” en las que se destacan los mejores expositores u oradores. Es aceptado que las clases magistrales tienen poco valor pedagógico y son un mínimo parámetro de evaluación.

Una situación discutible es si los jurados deben estar integrados por profesionales de otras instituciones, criterio pensado para garantizar una mayor objetividad, o por desconfianza en la imparcialidad de sus propios evaluadores. Pero muchas veces los jurados externos no conocen las necesidades del cargo en concurso, ni el concepto que otros médicos y auxiliares tienen sobre las condiciones personales del candidato. En general se basan en el currículum vitae y en pruebas presenciales, de lo cual pueden surgir designaciones, más como premio a una trayectoria que a las necesidades del servicio.

El resultado de anticuados sistemas de concursos es que abundan las denuncias, recusaciones e impugnaciones y cuando participan abogados, suelen llegar a la justicia. Por estos motivos ha habido concursos detenidos durante años y largos interinatos, con la lógica incertidumbre de todos.

Pero todo esto no es nuevo. En 1986 coordiné una Mesa Redonda sobre “Evaluación de las Actividades del Cirujano” (Rev Argent Ciruj 1987; 52:169) en la que participaron 17 destacados jefes de

nuestro país y del extranjero. Algunas opiniones coincidentes fueron: "Nuestro sistema de concursos debe desaparecer. Debemos madurar y modernizarnos. No intentar experiencias propias. Lograr resortes para rescindir un contrato. Buscar la persona apta para ese cargo. No se juzga a un jurado que eligió un desastre. Aceptar las equivocaciones que cometimos...". Por lo tanto parecería que estamos igual o peor que hace 22 años y no hemos aprendido que la elección de un jefe es el otorgamiento de una alta responsabilidad con reglas y objetivos precisos.

En los países desarrollados las designaciones son tan abiertas, que en el Sloan Kettering Cancer Center de New York y en la Cleveland Clinic, hay más de diez jefes graduados en el extranjero. En la Universidad de Washington (Seattle) el Jefe del Departamento de Cirugía es graduado en nuestro país. En Alemania hay Jefes formados en Suiza o Austria y viceversa.

Las comisiones de selección suelen estar integradas por profesionales de la misma especialidad, de otras áreas del hospital y hasta de personas jerarquizadas no médicas para evaluar la factibilidad de los proyectos. Algunas reciben la indicación de "buscar" candidatos, tanto en el propio país como o en el extranjero. En Alemania, Suiza y Austria, con sistemas comunes de evaluación, las ideas originales y la creatividad son parámetros fundamentales.

También las comisiones hacen visitas de uno a tres días al lugar de trabajo del candidato, pidiendo referencias a médicos y a no médicos, además de interiorizarse de su actividad en forma directa. Hasta pueden preguntar a los médicos de planta, el perfil del jefe que les gustaría tener.

Quiero aclarar que en las instituciones privadas de nuestro país, sean sin fines de lucro o con fines de lucro, los métodos de selección están mucho más actualizados.

Cualquiera hubiera sido el sistema de evaluación, con la designación de un jefe pueden comenzar años de grandes beneficios para

los pacientes, para la producción científica de calidad y para el trabajo en un clima de armonía y felicidad... O de lo contrario, años de inconvenientes y frustraciones, generalmente imposibles de recuperar. En 2001 (Rev Arg Coloproct, 12:39-42) hicimos un listado de defectos, sobre la base de jefes que conocimos, en más de 50 años de actividad hospitalaria: ambiciosos, autoritarios, burocráticos, ciclóticos, claudicantes, complacientes, desinteresados, desordenados, cerrados a patologías específicas, egoístas, escritores, fanáticos, figuradores, folclóricos, impetuosos, indisciplinados, inmerecidos, demasiado innovadores, investigadores puros, nepotistas, ocasionales, a tiempo parcial, sancionadores, visitantes, etc. A mayor puntaje, más peligro para los médicos residentes y más estímulo para que los de planta cambien de hospital, salvo un cercano retiro de ese jefe.

Una indispensable responsabilidad de un jefe, más aún cuando es director de una residencia, es detectar a jóvenes denominados "*rising stars*" (estrellas nacies), para estimularlos y formarlos como futuros líderes. Es sabido que no se nace "líder" y que para ello se requiere una preparación especial.

Algunos indicadores para pesquisar futuros líderes durante su período de residencia son: Predisposición a enseñar. Interés por la investigación. Conocimiento de otros idiomas, especialmente inglés. Participación en asociaciones de médicos residentes y en sociedades quirúrgicas nacionales. Objetivos claros para su futuro.

En la última década se ha renovado la importancia de los "mentores". Durante mi formación considerábamos que los jefes de servicio eran quienes debían guiarnos en nuestra carrera, pero no todos tenían tiempo ni condiciones y habitualmente nos separaba una diferencia generacional. Fue así que en muchos servicios se designaron "tutores", a médicos jóvenes ya formados. Pero cuando una designación es vertical desde una jerarquía superior, no siempre hay afinidad entre el tutor y el educando, y viceversa.

Con motivo de 78 entrevistas de aspirantes a una residencia de Cirugía, preguntamos quién había sido su mentor durante la carrera.

Solamente 9 (12%) habían tenido un mentor y 64 (82%) no sabían el significado de un “mentor”.

En una memorable conferencia de Carlos Pellegrini en la Sociedad de Cirujanos Académicos Negros (“Swimming against the current: building strength through adversity”, *The American Journal of Surgery* 2009; 197: 142-146) aconseja en una de sus ocho reglas para superar la adversidad: “Consiga un mentor, sin esperar que alguien se ofrezca a serlo. Que sea una persona con la que haga *click* y después acérquese para mostrarle su carácter y sus propios valores. La relación se crea en la confianza. En cierto modo es un acto de amor. Es un camino en dos sentidos. Que sea una persona que muestre real placer en lo que hace...”. En recientes Boletines del American College of Surgeons (2008 y 2009), una serie de cirujanos relatan cuánto significó en sus vidas el haber tenido un buen mentor.

Por lo tanto otras de las funciones de un jefe, es mostrar el significado de los mentores y procurar que los médicos en formación sepan buscarlos, para lo cual la recién mencionada conferencia de Carlos Pellegrini es de suma utilidad.

También es una dura responsabilidad de un jefe, saber aconsejar a sus médicos a cambiar de rumbo, cuando es evidente que no tienen aptitud para el estilo de medicina que han elegido.

En conclusión, así como hicimos un listado de defectos, se puede hacer uno de las condiciones ideales de un jefe: Ideas originales y creatividad. Capacidad para resolver conflictos y evaluar oportunidades. Balancear las demandas. Compromiso con la institución. Respetado por los pares y respetuoso para con los demás. Promotor de la ética en medicina. Con conocimientos de administración y de salud pública. Motivador y abierto al diálogo. Con responsabilidad social... por lo tanto “un ser perfecto” y como ello es imposible, un ocurren agregó que también tendría que saber bailes folclóricos de su país, para que en las reuniones internacionales ser un representante científico y cultural.

Un párrafo aparte es el concepto de las “escuelas”, denominadas muchas veces según el hospital en el que desarrollaba la enseñanza. Una escuela tiene un director, siempre un jefe de servicio, un programa y evaluaciones finales. En 1918 Rene Leriche escribió en “Filosofía de la Cirugía”, editado en París: “En la época presente, no veo más que una que, por la personalidad de sus creadores, por la perfección de sus procedimientos operatorios, merece especial mención: la Escuela de Enrique y Ricardo Finochietto, en Buenos Aires”. Esa era la única escuela formal, denominada más adelante como “Escuela del Rawson”, reemplazada en la década del sesenta por el sistema de residencias médicas, que también tienen a un jefe de servicio como director, un programa y evaluaciones.

La secuencia de una adecuada formación y de un sistema confiable para la designación de un jefe, sumado luego a la responsabilidad en el ejercicio de su cargo, es un concepto común tanto para la medicina como para el arte, la economía, la política y muchas otras disciplinas del saber.

Quiero finalizar con un breve relato de un niño que nació en el centro de Buenos Aires. Tuvo un maestro que fue también su primer mentor. Para ampliar su horizonte buscó otro mentor y en otro país. Continuó así su preparación para ser un líder y llegó a ser un indiscutible líder mundial.

Para ello Daniel Barenboim siguió paso a paso, un camino similar al que hicieron muchos líderes en medicina. Aprendió piano y es uno de los grandes concertistas contemporáneos. Aprendió dirección orquestal y dirigió las principales orquestas del mundo. Se convirtió en un admirado personaje internacional, cuando creó una orquesta integrada por jóvenes provenientes de distintos países, que en lo político eran antiguos enemigos. Para vencer ese obstáculo, tuvo el ingenio de radicar los estudios en un tercer país y así fue España la sede de la juvenil orquesta. La fuerza de Barenboim y el poder de la música hicieron que lograra dar históricos conciertos tanto en Israel como en Palestina, algo que parecía imposible. (Daniel Barenboim y

Eduardo Said: *Parallels and Paradoxes: Explorations in Music and Society*).

Un líder es también un maestro. En sus tantos viajes a Buenos Aires, Daniel Barenboim fue siempre una fuente de enseñanzas. En su última visita de junio de 2008, dejó una máxima basada en las estrofas de nuestro Himno Nacional y que todos los argentinos deberíamos tener presente:

¡Señoras y Señores. Los laureles no son eternos!  
¡Hay que reivindicarlos todos los días!



