

BOLETÍN DE LA

ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

VOL. 90 (2) – 2º SEM. 2012
87-443 páginas
Julio - Diciembre 2012

ISSN 0374-647 X



BOLETÍN DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
(BUENOS AIRES)

© COPYRIGHT 2012 por
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Buenos Aires

Edición impresa por la
Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires
Av. Las Heras N° 3092 - (C1425ASU) - Buenos Aires
en el mes de enero de 2014

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

Fundado en el año 1823

DIRECTOR: Dr. MANUEL L. MARTÍ

COMITÉ DE PUBLICACIONES

Presidente : Dr. Román L. Rostagno
Secretario : Dr. Arturo A. Arrighi
Vocales : Dr. Marcelo V. Elizari
Dr. Manuel L. Martí
Dr. Oscar H. Morelli
Dr. Jorge A. Neira
Dr. Roberto N. Pradier
Dr. Abraam Sonis



Volumen 90 (2)
2do. Semestre 2012

BUENOS AIRES
República Argentina

Queda hecho el depósito que prevé la Ley N° 11.723
Inscripción en el Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual N° 5032570
ISSN 0374-647X

Compaginación y Corrección
Sra. Susana Marta 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
internet: <http://www.acamedbai.org.ar>
publicaciones@anm.edu.ar

ÍNDICE

NECROLÓGICAS

Académico Emérito Dr. Pedro Horacio Magnin	
Palabras del Acad. Leopoldo F. Montes.....	89
Académico Emérito Dr. Alejandro C. Paladini	
Palabras del Sr. Presidente de la Academia, Acad. José A. Navia en el acto del sepelio.....	91
Palabras recordatorias por el Acad. Alejandro F. De Nicola	93

HOMENAJES

A LOS ACADÉMICOS TITULARES DR. LEÓN DE SOLDATI Y
DR. JORGE SÁNCHEZ ZINNY
EN EL CENTENARIO DE SUS NACIMIENTOS

22 de noviembre de 2012

Palabras de Apertura del Acto por el Sr. Presidente de la Academia, Académico José A. Navia	97
El Acad. León de Soldati, por el Acad. Marcelo V. Elizari.....	99
El Acad. Jorge Sánchez Zinny, por el Acad. Vicente Gutiérrez	105

DECLARACIÓN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

26 de julio de 2012

Sobre: "Dignidad en el Final de la Vida"	117
--	-----

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Vitamina K epóxido reductasa (VKORC1): Polimorfismos y Sensibilidad a los dicumarínicos, por la Bioq. María Paula Vera Morandini, Dra. Susana Sara Meschengieser, Bioq. Luis Alberto Bastos, Bioq. Silvia Haydeé Grosso, Dras. María Ángela Lazzari y Alicia Noemí Blanco	123
Caracterización del Cáncer de Mama en Mujeres de la Argentina. Grupo Colaborativo para el Estudio del Cáncer de Mama en la Argentina. PROYCAM2012, por los Dres. Roberto P. Meiss, Jorge Héctor Andrade, Roberto Chuit, Eduardo Ábalo, Jorge Novelli, Francisco Gago, Héctor Garello y Antonio Larusso.....	135

PREMIO FUNDACIÓN RENÉ BARON-AÑO 2012

23 de agosto de 2012

Palabras de apertura del acto por el Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Acad. José A. Navia.....	149
Palabras del Sr. Presidente de la Fundación "René Baron", Ing. Carlos Baron	151
Palabras de agradecimiento en nombre de los premiados, por el Dr. Gabriel A. Ravinovich	155
Palabras de agradecimiento en nombre del IBYME, por la Dra. Damasia Becú.....	163

INAUGURACIÓN DE LAS OBRAS DE REMODELACIÓN DE LA BIBLIOTECA

30 de agosto de 2012

Palabras de Apertura del Acto por el Sr. Presidente de la Academia, Académico José A. Navia	167
Descubrimiento de Placas recordatorias.....	168
Entrega de Plaquetas de Agradecimiento a los Sres. Presidentes de la Fundación OSDE y de Philips Argentina, Dr. Juan Carlos Palacios e Ing. Santiago Pezzati	170

XX REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA (ALANAM) Madrid, ESPAÑA

27-29 de septiembre de 2012

Informe del Académico Oscar H. Morelli, Delegado de la Academia Nacional de Medicina ante la ALANAM	175
Conclusiones y Recomendaciones	
Universalización de las Vacunas:	
Conclusiones	179
Recomendaciones	181
Obesidad:	
Conclusiones	182
Recomendaciones	183
Universalización de las Vacunas, por el Acad. Olindo Martino, Dres. Mario Masana Wilson y Susana Lloveras.....	185

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

CICLO CIENTÍFICO CULTURAL

190° Aniversario de la Academia Nacional de Medicina **CONFERENCIA MAGISTRAL DEL LIC. SANTIAGO KOVADLOFF**

6 de septiembre de 2012

Palabras de Apertura del Acto por el Sr. Presidente de la Academia, Académico José A. Navia	223
Sociedad y Conocimiento. En la transición del siglo XX al siglo XXI, por el Lic. Santiago Kovadloff	227

JORNADA CIENTÍFICO SOCIAL

190° Aniversario de la Academia Nacional de Medicina **PROGRESOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD**

21 de septiembre de 2012

Palabras de Apertura del Acto por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. José A. Navia	245
Palabras del Coordinador de la Comisión Organizadora, Acad. Fortunato Benaim.....	247
Módulo Cáncer : Actualidad y Perspectivas en su Prevención y Tratamiento. Coordinador: Acad. Roberto N. Pradier	248
Módulo Fibrilación Auricular : Un problema médico-sanitario creciente, Coordinador: Acad. Marcelo V. Elizari	250
Módulo Enfermedad Trauma : Conceptos actuales y tendencias futuras, Coordinador: Acad. Jorge A. Neira	251
Módulo Medicina Regenerativa : Hoy y Mañana, Coordinador: Acad. Fortunato Benaim.....	253
Posibles aplicaciones de la Medicina Regenerativa en las Afecciones del Aparato Locomotor, Protocolo de Investigación Clínica-Informe Preliminar, por los Dres. Salomón Schächter, Julio Honorio Pueyrredón, Marcos Holm y Jorge Romanelli.....	255
Acto de Clausura	
Palabras del Acad. Román L. Rostagno en nombre de la Comisión Organizadora	273
Palabras del Sr. Vicepresidente de la Academia, Acad. Roberto N. Pradier ...	273

CICLO CIENTÍFICO CULTURAL
RESTITUCIÓN DE UN NUEVO BUSTO DEL
EXPRESIDENTE ACAD. OSVALDO FUSTINONI
Y
PRESENTACIÓN DEL LIBRO DEL DR. JUAN CARLOS FUSTINONI
LA ALIENACIÓN EN LA ÓPERA

16 de octubre de 2012

Palabras del Sr. Presidente de la Academia, Académico José A. Navia en relación a la restitución de un nuevo busto del Expresidente Acad. Osvaldo Fustinoni	277
---	-----

PRESENTACIÓN DEL LIBRO
LA ALIENACIÓN EN LA ÓPERA
Autor: DR. JUAN CARLOS FUSTINONI

Palabras del Sr. Presidente de la Comisión Organizadora, Acad. Fortunato Benaim	281
Palabras de la escritora María Esther Vázquez	283
Palabras del Dr. Horacio Sanguinetti.....	287
Juan Carlos Fustinoni y una amistad marcada por la común devoción a nuestros mayores, por el Dr. Carlos María Romero Sosa	289
Palabras del Maestro Adalberto Tortorella.....	295
Palabras del Dr. Marcos Aguinis.....	297
Palabras de agradecimiento del Dr. Juan Carlos Fustinoni.....	301

XXXIII REUNIÓN CONJUNTA DE LAS
ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA DEL PLATA
Buenos Aires (Argentina) y URUGUAY
Buenos Aires

ACTO INAUGURAL
18 de octubre de 2012

Palabras del Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Acad. José A. Navia	309
Palabras del Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, Acad. Hernán Artucio.....	311

HOMENAJES

Semblanza del Académico Alberto Agrest, por el Acad. Rómulo L. Cabrini...	313
Semblanza del Académico Emérito Alberto E. Laurence, por el Académico Honorario Nacional Alfredo Martínez Marull	317
Homenaje al Académico Ciro Peluffo Berrutti, por los Académicos Roberto Quadrelli y Antonio Turnes.....	325

CONFERENCIA

Aprender y Desaprender en Cirugía, por el Acad. Vicente Gutiérrez.....	333
--	-----

CONFERENCIA

19 de octubre de 2012

El Morir y la Muerte, por los Académicos Guido Berro y Oscar Cluzet	343
---	-----

CÓNCLAVE MÉDICO ARGENTINA-BRASIL

Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires

(Argentina)

Academia de Medicina Do Estado Do Rio de Janeiro

(ACAMERJ)

APERTURA DEL ACTO

26-27 de octubre de 2012

Palabras de Apertura del Acto por el Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Acad. José A. Navia	349
Palabras del Sr. Presidente de la Academia de Medicina del Estado de Río-de Janeiro, Acad. Alcir Vicente Visela Chácar	349

PRIMERA SESIÓN CIENTÍFICA

Presidente: Acad. José A. Navia (Argentina)

Coordinador: Acad. Pietro Novellino (Brasil)

Epigenética e Câncer, por la Acad. María da Gloria da Costa Carvalho (Brasil)...	350
La Atención Primaria de la Salud en la Lucha contra el Dengue en el Norte de Argentina. Hacia una propuesta antropológica, por el Acad. Olindo Martino (Argentina)	351

SEGUNDA SESIÓN CIENTÍFICA

Presidente: Acad. Pedro Luiz Pinto Aleixo (Brasil)

Coordinador: Acad. Roberto N. Pradier (Argentina)

Longevidade Saudável Idoso, por el Acad. Carlos Augusto Bittencourt Silva (Brasil).....	371
Longevidad Saludable, por el Acad. Manuel L. Martí (Argentina)	372

TERCERA SESIÓN CIENTÍFICA

Presidente: Acad. Alcir Vicente Visela Chácar (Brasil)

Coordinador: Acad. Fortunato Benaim (Argentina)

1ª Vacina contra a Esquistossomose do Mundo, por la Acad. Miriam Tendler (Brasil).....	373
O Ensino Médico no Brasil: Graduação e Pós-Graduação, por el Acad. Joce- mir Ronaldo Lugon (Brasil)	374
Enseñanza de la Medicina en Argentina <u>Grado</u> , por el Acad. Abraam Sonis (Argentina).....	374
<u>Posgrado</u> , por el Acad. Alejandro S. Oría (Argentina)	375

PREMIOS Y BECAS DE LA ACADEMIA

Año 2012

Palabras de apertura del acto por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. José A. Navia	379
Alocución del Acad. Ramón C. Leiguarda	381
Palabras de agradecimiento, por la Dra. María Beatriz Guglielmotti.....	385

PREMIO “HIPÓCRATES”

Palabras del Académico Enrique C. Gadow	389
Palabras de agradecimiento, por el Dr. Félix P. Etchegoyen.....	393

RESUMEN DE LOS TRABAJOS PREMIADOS

Premio “Hipócrates” 2012

Médicos de las Distintas Ramas de la Medicina otorgado al Dr. Félix P. Etchegoyen	393
--	-----

Premio “Bernardino Rivadavia”

Estudios pre-clínicos y farmacocinéticos y su traslación a la clínica para el tratamiento del retinoblastoma con administración súper selectiva

intra-arteria oftálmica de quimioterapia, por los Dres. Paula Schaique-
vich, Emiliano Buitrago, Paula Taich, Ana Torbidoni, Alejandro Ceciliano,
Marcelo Asprea, Flavio Requejo y Guillermo L. Chantada 397

Premio “Osvaldo L. Bottaro”

Corrosión de implantes de uso biomédico. Biocinética de micro y nanopartícu-
las de titanio, por los Dres. Daniel Gustavo Olmedo, Déborah Ruth Tasat y
María Beatriz Guglielmotti..... 399

Premio “Marcelino Herrera Vegas”

Utilidad del corazón artificial en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca termi-
nal en la infancia, por los Dres. Horacio Vogelfang, Gerardo Naiman, Alejan-
dra Villa, María del Carmen de la Riba, Luis Quiroga y Gustavo Sívori 401

Premio “Domingo J. Brachetto Brian”

Osteosarcoma de maxilar. Análisis de una serie de 74 casos, por los Dres.
María L. Paparella, Liliana G. Olvi, Daniel Brandizzi, Alicia Keszler y
Eduardo H. Santini-Araujo..... 404

Premio “Carlos E. Ottolenghi”

Artropatía del manguito rotador. Tratamiento y resultados, por los Dres. Maxi-
miliano Ranalletta, Juan Manuel López Ovenza, Santiago Bongiovanni,
Rubén Edilio Paoletta, Osvaldo Patiño y Gastón Maignon 406

Premio “Enrique Finochietto”

La anamnesis y el examen físico en la evaluación del abdomen agudo: Inves-
tigación clínica sobre la variabilidad interobservador, por los Dres. Alberto
R. Ferreres, Aníbal J. Rondán, Augusto T. Ferreres, Ricardo A. Franzosi,
Marcelo J. Fasano y Gabriela E. Centurión 408

BECAS

Año 2012

“Adolfo H. Aztiria”

Internas:

“Inestabilidad cromosómica y tumorigénesis”, Lic. Miguel Ángel Borda 410

“Mutaciones en la Leucemia Mieloide Crónica”, Lic. Zema Verónica Mercado
Guzmán 410

“Inmunodeficiencias en Pediatría”, Lic. Ana Coraglia..... 410

“Coinfección HIV-HCV: Reservorios virales, Lic. Mariela Constanza Bastón. 410

“Etiopatogenia del Síndrome Urémico Hemolítico”, Dra. Leticia V. Bentacor 410

“Trombosis y respuesta inmune innata”, Dras. María Victoria A. Godoy y María Emilia Scharrig Fernández	410
“Células madre en Neonatología”, Dra. María de los Ángeles Procacci Ríos “Bioseguridad en trabajadores de la Salud”, Lic. Andrea Laura Salomone....	410
“Novo Nordisk”	
“Hemofilia”, Dra. Gabriela Guerrero	410
Subsidio “Fundación Allende”	
Dr. Mauricio Farez	410

ACTIVIDADES DE LOS SEÑORES ACADÉMICOS

Distinciones acordadas a los Sres. Académicos Titulares	411
Actuación de los Sres. Académicos Titulares en Reuniones Científicas	413
Conferencias de los Sres. Académicos Titulares en Otras Instituciones	420
Otras actividades de los Sres. Académicos Titulares	422
Índice Alfabético de Materias en el Vol. 90	437
Índice Alfabético de Autores en el Vol. 90	441

AUTORIDADES E INTEGRANTES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Director y Comité de Publicaciones	V
Autoridades	XV
Académicos Titulares y Eméritos	XVII
Secciones de la Academia	XVIII
Comisiones Internas	XIX
Académicos Honorarios y Correspondientes Nacionales	XXIII
Académicos Honorarios y Correspondientes Extranjeros	XXIV
Asesores	XXVI
Presidentes de la Academia Nacional de Medicina (1822-2012)	XXVII
Nómina de Académicos Titulares Fallecidos (1822-2012)	XXVIII
Nomina de Académicos Honorarios Nacionales Fallecidos (1822-2012)	XXXIV
Nómina de Académicos Correspondientes Nacionales Fallecidos (1822-2012)	XXXV
Nómina de Académicos Honorarios Extranjeros Fallecidos (1822-2012)	XXXVII
Nómina de Académicos Correspondientes Extranjeros Fallecidos (1822-2012)	XXXIX

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
BUENOS AIRES

Fundada el 17 de abril de 1822

Presidente Honorario Perpetuo
BERNARDINO RIVADAVIA

Autoridades

Presidente
Dr. JOSÉ A. NAVIA

Vicepresidente
Dr. ROBERTO N. PRADIER

Secretario General
Dr. MANUEL L. MARTÍ

Secretario de Actas
Dr. MARCELO V. ELIZARI

Tesorero
Dr. RÓMULO L. CABRINI

Protesorera
Dra. MERCEDES WEISSENBACHER

ACADÉMICOS TITULARES

SITIAL-NOMINACIÓN	ACADÉMICO	ELECTO
1 "FRANCISCO JAVIER MUÑIZ"	MONTES, Leopoldo F.	29-VI-2006
2 "MARTÍN MARCOS TORINO"	LARGUÍA, A. Miguel	30-VI-2005
3 "EDUARDO BRAUN MENÉNDEZ"	PASQUALINI, Christiane D.	27-VI-1991
4 "FRANCISCO C. ARGERICH"	WEISSENBACHER, Mercedes	26-X-2006
5 "BERNARDO A. HOUSSAY"	CHARREAU, Eduardo H.	25-IX-2003
6 "LUIS GÜEMES"	GUTIÉRREZ, Vicente P.	20-X-1994
7 "PEDRO N. ROJAS"	GADOW, Enrique C.	30-VII-1998
8 "JOSÉ PENNA"	MC LEAN, Leonardo	27-VII-2006
9 "CARLOS E. OTTOLENGHI"	ZANCOLLI, Eduardo A.	25-IV-1985
10 "GREGORIO ARÁOZ ALFARO"	MARTINO, Olindo A. L.	25-VII-1991
11 "EDUARDO WILDE"	PRADIER, Roberto N.	28-VIII-2003
12 "GUILLERMO RAWSON"	PÉREZ, Víctor	26-X-2000
13 "JOSÉ M. RAMOS MEJÍA"	BENAIM, Fortunato	29-VIII-1996
14 "ELISEO CANTÓN"	BEVERAGGI, Enrique M.	26-VII-2001
15 "DOMINGO CABRED"	Vacante	
16 "OSVALDO LOUDET"	DE LOS SANTOS, Antonio R.	28-X-2010
17 "MARCIAL I. QUIROGA"	LEIGUARDA, Ramón Carlos	30-V-2002
18 "ALEJANDRO CABANNE"	ROSTAGNO, Román L.	28-XI-2002
19 "MANUEL PORCEL DE PERALTA"	DE NICOLA, Alejandro F.	29-X-2009
20 "MARCELINO HERRERA VEGAS"	ORÍA, Alejandro S.	24-IV-2008
21 "EMILIO ASTOLFI"	RAVIOLI, Julio Alberto	27-IX-2012
22 "ENRIQUE B. DEL CASTILLO"	ELIZARI, Marcelo Víctor	27-XI-2008
23 "RICARDO FINOCHIETTO"	NAVIA, José Antonio	25-IV-2002
24 "MARIANO R. CASTEX"	TEZANOS PINTO, Miguel	29-IX-1983
25 "MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN"	FAHRER, Rodolfo	30-IX-2010
26 "MARCELO VIÑAS"	MARTÍ, Manuel L.	28-VII-2005
27 "LUIS F. LELAIR"	ARANA, Roberto M.	29-IX-1988
28 "ALBERTO PERALTA RAMOS"	Vacante	
29 "NERIO ROJAS"	SONIS, Abraam	1-VI-2000
30 "JUAN ANÍBAL DOMÍNGUEZ"	CABRINI, Rómulo L.	1-VI-1989
31 "NORBERTO QUIRNO"	MAZZEI, Juan Antonio M.	25-X-2012
32 "BERNARDINO MARAINI"	MALBRÁN, Enrique S.	25-VI-1981
33 "JUAN CARLOS AHUMADA"	ARRIGHI, Arturo A.	27-VII-2006
34 "ALEJANDRO RAIMONDI"	NEIRA, Jorge Alberto	1-VI-2006
35 "JUAN CARLOS NAVARRO"	MORELLI, Oscar H.	27-VII-1990

ACADÉMICOS EMÉRITOS

Dr. INSUA, Jorge A.

Dr. MAGNIN, Pedro H. (†)

Dr. FONSECA, Rolando G. R.

Dr. PALADINI, Alejandro C. (†)

SECCIONES DE LA ACADEMIA

MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

Presidente	.....	Dr. Miguel Tezanos Pinto
Secretario	.....	Dr. Oscar H. Morelli
Vocal	.....	Dr. Marcelo V. Elizari
"	.....	Dr. Rodolfo Fahrer
"	.....	Dr. A. Miguel Larguía
"	.....	Dr. Ramón C. Leiguarda
"	.....	Dr. Manuel L. Martí
"	.....	Dr. Olindo A. L. Martino
"	.....	Dr. Juan Antonio M. Mazzei
"	.....	Dr. Leopoldo F. 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
"	.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
"	.....	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
"	.....	Dr. Mercedes Weissenbacher

CIRUGÍA, TOCOGINECOLOGÍA 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. 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. Antonio R. de los Santos
"	.....	Dr. Julio Alberto Ravioli
"	.....	Dr. Román L. Rostagno

COMISIONES INTERNAS

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

Presidente	.....	Dr. Román L. Rostagno
Secretario	.....	Dr. Arturo A. Arrighi
Vocal	.....	Dr. Marcelo V. Elizari
"	.....	Dr. Manuel L. Martí
"	.....	Dr. Oscar H. Morelli
"	.....	Dr. Jorge A. Neira
"	.....	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
"	.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
"	.....	Dr. Rolando G. R. Fonseca
"	.....	Dr. Ramón C. Leiguarda
"	.....	Dr. Enrique S. Malbrán
"	.....	Dr. Olindo A. L. Martino
"	.....	Dr. Oscar H. Morelli
"	.....	Dr. José Antonio Navía
"	.....	Dr. Roberto N. Pradier
"	.....	Dr. Abraam Sonis
"	.....	Dr. Miguel Tezanos Pinto
"	.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE PREMIOS

Presidente	.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
Secretario	.....	Dr. Ramón C. Leiguarda
Vocal	.....	Dr. Arturo A. Arrighi
"	.....	Dr. Eduardo H. Charreau
"	.....	Dr. Antonio R. de los Santos
"	.....	Dr. Marcelo V. Elizari
"	.....	Dr. Rodolfo Fahrer
"	.....	Dr. Vicente P. Gutiérrez
"	.....	Dr. Leopoldo F. Montes
"	.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE INTERPRETACIÓN Y REGLAMENTO

Secretario	.....	Dr. Eduardo A. Zancolli
Vocal	.....	Dr. Rómulo L. Cabrini
"	.....	Dr. Enrique C. Gadow
"	.....	Dr. Ramón C. Leiguarda
"	.....	Dr. Oscar H. Morelli

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y BECAS

Presidenta	.....	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
Secretario	.....	Dr. A. Miguel Larguía
Vocal	.....	Dr. Eduardo H. Charreau
"	.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
"	.....	Dr. Vicente P. Gutiérrez
"	.....	Dr. Alejandro S. Oría
"	.....	Dr. Alejandro C. Paladini
"	.....	Dr. Víctor Pérez
"	.....	Dr. Miguel Tezanos Pinto
"	.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE PRESUPUESTO Y PREADJUDICACIONES

Presidente	.....	Dr. Rómulo L. Cabrini
Secretario	.....	Dr. Alejandro De Nicola
Vocal	.....	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
"	.....	Dr. Manuel L. Martí
"	.....	Dr. José Antonio Navia
"	.....	Dr. Roberto N. Pradier
"	.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE EDUCACIÓN EN CIENCIAS MÉDICAS

Presidente	.....	Dr. Enrique M. Beveraggi
Secretario	.....	Dr. Rómulo L. Cabrini
Vocal	.....	Dr. Antonio R. de los Santos
"	.....	Dr. Rodolfo Fahrer
"	.....	Dr. Enrique C. Gadow
"	.....	Dr. A. Miguel Larguía
"	.....	Dr. Enrique S. Malbrán
"	.....	Dr. Oscar H. Morelli
"	.....	Dr. Jorge A. Neira
"	.....	Dr. Alejandro S. Oría
"	.....	Dr. Alejandro C. Paladini
"	.....	Dr. Víctor Pérez
"	.....	Dr. Abraam Sonis
"	.....	Dr. Eduardo A. Zancolli

COMISIÓN PARA EL ESTUDIO DEL LENGUAJE MÉDICO

Dr. Jorge A. Insua

Dr. Oscar H. Morelli

COMISIÓN PERMANENTE DE ÉTICA EN MEDICINA

Presidente	.....	Dr. Fortunato Benaim
Secretario	.....	Dr. Rodolfo Fahrer
Vocal	.....	Dr. Enrique S. Malbrán
“	.....	Dr. Manuel L. Martí
“	.....	Dr. Leonardo Mc Lean
“	.....	Dr. Jorge A. Neira
“	.....	Dr. Eduardo A. Zancolli

COMISIÓN PLAN REGULADOR Y DE MANTENIMIENTO
DEL EDIFICIO E INSTALACIONESDr. Rómulo L. Cabrini
Dr. Vicente P. GutiérrezDr. Roberto N. Pradier
Dr. Miguel Tezanos Pinto

COMISIÓN DE ESTUDIO DEL ORGANIGRAMA (*)

Dr. Rómulo L. Cabrini
Dr. Vicente GutiérrezDr. Roberto N. Pradier
Sr. César Menéndez

(*) Con asesoramiento del Dr. Luis Seisdedos.

COMISIÓN DE HIGIENE Y SEGURIDAD

Dra. Susana Fink (IIHEMA)
Sr. Mariano Flotta (Academia)Acad. Jorge A. Neira
Sra. María Elena Sahores (IIE)
Dra. Silvia Vanzulli (IEO)COMISIÓN DE PREVENCIÓN DE LA
ENFERMEDAD TRAUMA

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

COMISIÓN 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 Ángela Lazzari
Vicepresidente	Dr. Alfredo Speroni
Secretaria	Dra. María Marta de E. de Bracco
Vocal	Dr. Jorge H. Andrade
“	Dr. Miguel Ángel Espeche Gil
“	Dra. Hna. Elena Lugo
“	Dr. Siro Miguel De Martini
“	Dra. María del Carmen Sasiain
“	Dra. Mercedes Weissenbacher

ACADÉMICOS HONORARIOS NACIONALES

- | | |
|--|--|
| Dr. Barrera Oro, Julio (residente en EE.UU.) | Dr. Martínez Marull, Alfredo (Córdoba) |
| Dr. Bergoglio, Remo (Córdoba) | |
| Dr. Camerini Dávalos, Rafael (residente en EE.UU.) | Dr. Palacios, Gerardo L. (Tucumán) |
| Dr. Ceriani, Roberto Luis (residente en EE.UU.) | Dr. Pellegrini, Carlos A. (residente en EE.UU.) |
| Dr. Delius, Juan D. (residente en Alemania) | Dr. Sabatini, David Domingo (residente en EE.UU.) |
| Dr. Frangione, Blas (residente en EE.UU.) | Dr. Testa, Humberto J. (residente en Gran Bretaña) |

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES NACIONALES

- | | |
|--|---|
| Dr. Acosta, Aníbal (residente en EE.UU.) | Dr. Martini, Carlos J. M. (residente en EE.UU.) |
| Dr. Acosta, Juan M. (Rosario, Sta. Fe) | Dra. Moreno, Elsa Margarita (Tucumán) |
| Dr. Allende, José N. (Córdoba) | Dr. Moroni, Jorge M. (Rosario, Santa Fe) |
| Dr. Allende Minetti, Bartolomé Tomás (Córdoba) | Dr. Muniagurria, Alberto J. (Rosario, Santa Fe) |
| Dr. Álvarez Gardiol, Emir (Rosario, Sta. Fe) | Dr. Paganini, José María (La Plata, Bs. As.) |
| Dr. Ameri, Domingo (Chaco) | Dr. Pérez de Nucci, Armando (Tucumán) |
| Dr. Ameriso, José Luis (Rosario, Sta. Fe) | Dr. Perinetti, Héctor (Mendoza) |
| Dr. Astiz, Juan Manuel (Luján, Bs. As.) | Dra. Pesce de Ruiz Holgado, Aída (Tucumán) (†) |
| | Dr. Pineda, Rafael Luis (Rosario, Santa Fe) |
| Dr. Barrantes, Francisco J. (B. Blanca, Bs. As.) | Dra. Pogo, Beatriz (residente en EE.UU.) |
| Dr. Basombrío, Miguel Ángel (Salta) | Dr. Poliche, Adolfo V. (Tucumán) |
| Dr. Battagliotti, Carlos (Santa Fe) | |
| Dr. Burgos, Mario H. (Mendoza) | Dr. Rezzónico, Carlos A. (Córdoba) |
| | Dr. Rico, Clemente Manuel (Córdoba) |
| Dr. Cafferata, Eduardo P. (Córdoba) | Dr. Rivero, Isaac Hilario (Mendoza) |
| Dr. Colombato, Mario M. (La Pampa) | Dra. Roses Periago, Mirta (residente en EE.UU.) |
| Dr. Giménez, Carlos Roberto (Rosario, Santa Fe) | Dr. Russo, José (residente en EE.UU.) |
| Dr. Giraudó, Jesús Ramón (Córdoba) | |
| Dr. Glikstein, Salomón (Rosario, Sta. Fe) | Dr. Sarría, José Antonio (Córdoba) |
| Dr. Gorodner, Jorge Osvaldo (Corrientes) | |
| Dr. Greca, Alcides Alejandro (Rosario, Santa Fe) | Dr. Taleisnik, Samuel (Córdoba) |
| Dr. Gunstche, Enrique M. (Mendoza) | Dr. Tanno, Hugo E. (Rosario, Santa Fe) |
| | Dr. Tozzini, Roberto Ítalo (Rosario, Sta. Fe) |
| Dr. Herrera, Ramón Nicasio G. (Tucumán) | |
| Dr. Langer, Salomón (residente en Francia) | Dr. Urrets Zavalía, Alberto Jerónimo (Córdoba) |
| Dr. Losada, Carlos A. (Neuquén) | Dr. Villavicencio, Roberto Lisandro (Rosario, Santa Fe) |
| Dr. Mainetti, José A. (La Plata, Bs. As.) | |
| Dr. Manzur Luna, Rafael L. (Mendoza) | Dr. Zabert, Enrique I. (Neuquén) |

ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

- | | |
|--|--|
| Dr. Alderete, 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. Portmann, Michel (Francia) |
| Dr. Clarkson, Thomas William (EE.UU.) | |
| Dr. Erdmann, James B. (EE.UU.) | Dr. Ramírez Boettner, Carlos M. (Paraguay) |
| | |
| Dr. Gonella, Joseph S. (EE.UU.) | Dr. Serrano Ríos, Manuel (España) |
| Dr. Guerra de Macedo, Carlyle (Brasil) | Dr. Silveira, José (Brasil) |
| | Dr. Slavin, Shimon (Israel) |
| Dr. Kernberg, Otto (EE.UU.) | Dr. Snyderman, Ralph (EE.UU.) |
| Dr. Kumate Rodríguez, Jesús (México) | |
| | Dr. Veronesi, Umberto (Italia) |
| Dr. Liguory, Claude (Francia) | Dr. Vettorazzi, Gastón (Italia) |
| | Dr. Vilardell Viñas, Francisco (España) |
| Dr. Mahler, Halfdan (Dinamarca) | |
| Dr. Mathieu, Henry (Francia) | |
| Dr. Monckeberg Barros, Fernando (Chile) | Dr. Walton, Henry (Escocia) |
| Dr. Montagnier, Luc (Francia) | Dr. White, Kerr L. (EE.UU.) |

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

- | | |
|-------------------------------------|--|
| Dr. Alonso del Hoyo, José (España) | Dr. Carenza, Luigi (Italia) |
| Dr. Allan, Frank (EE.UU.) | Dr. Castello, Manuel Adolfo (Italia) |
| | Dr. Cederbaum, Arthur (EE.UU.) |
| Dr. Baroudi, Ricardo (Brasil) | Dr. Cernea, Pierre (Francia) |
| Dr. Barraquer Bordas, Luis (España) | Dr. Chapman, John S. (EE.UU.) |
| Dr. Barreda, Pedro de la (España) | Dr. Cibils, Luis A. (EE.UU.) |
| Dr. Berg, Hans H. (Alemania) | Dr. Cirenei, Anacleto (Italia) |
| Dr. Bertoni, Franco (Italia) | Dr. Civatte, Jean (Francia) |
| Dra. Bianchi, Diana W. (EE.UU.) | Dr. Clavero Núñez, José A. (España) |
| Dr. Birnbaumer, Lutz (EE.UU.) | |
| Dr. Blasi, Antonio (Italia) | Dr. Díaz Escobar, Silvio (Paraguay) |
| Dr. Bock, Hans E. (Alemania) | Dr. Diebold, Jacques Joseph (Francia) |
| Dr. Bollak, Claude (Francia) | |
| Dr. Bonilla Musoles, F. (España) | Dr. Ennuyer, A. (Francia) |
| Dr. Bonnadona, Gianni (Italia) | Dr. Eridani, Sandro (Italia) |
| Dr. Bossa, Guido (Italia) | |
| Dr. Breuer, Nicolás (Paraguay) | Dr. Fairlamb, Alan H. (Escocia) |
| | Dr. Ferguson-Smith, Malcolm A.
(Inglaterra) |
| Dr. Cáceres, Eduardo (Perú) | |

- Dr. Figueiredo Mendes, T. (Brasil)
 Dr. Fisher Enneking, William (EE.UU.)
 Dr. Fraga, Clementino (Filho) (Brasil)
 Dra. Francés Causapé, M. del Carmen (España)
- Dra. García Mullick, Florabel (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. Gilsanz, V. (España)
 Dr. Goldstein, Jerome C. (EE.UU.)
 Dr. González Mogena, Heliodoro (España)
 Dr. Grosgeat, 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. Hoyt, David B. (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. Llinas Olarte, Juan Pablo (Colombia)
 Dr. Llombart Bosch, Antonio (España)
 Dr. López Ibor, Juan J. (España)
- Dr. Mach, René S. (Suiza)
- Dr. Mackenzie Stewart, Thomas H. (Canadá)
 Dr. Maillard, Jean Noel (Francia)
 Dr. Marchiori Buss, Paulo (Brasil)
 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. Ménard, Henri André (Canadá)
 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. Otero Ruiz, Efraín (Colombia)
- Dr. Packer, Lester (EE.UU.)
 Dr. Papa, Sergio (Italia)
 Dr. Perry, Kenneth (Gran Bretaña)
 Dr. Pifarré Sanahuja, Enrique (España)
 Dr. Prehn, Richmond T. (EE.UU.)
- Dr. Reyes, Walter (Uruguay)
 Dr. Richer, Luis A. (Paraguay)
 Dr. Rochemaure, Jacques A. M. (Francia)
 Dr. Rodeck, Charles (Inglaterra)
 Dr. Romero Velazco, Enrique (España)
 Dr. Royo Vilanova, Ricardo (España)
 Dr. Rozman Borstnar, Cirilo (España)
 Dr. Ruiz, Pedro (EE.UU.)
 Dr. Russel, Findlay (EE.UU.)
 Dr. Russell, Anthony S. (Canadá)
- Dr. Samuelsson, Bengt I. (Suecia)
 Dr. Sánchez Moreno Ramos, Francisco (Perú)
 Dr. Sangiorgi, Mario (Italia)
 Dr. Sarre, Hans J. (Alemania)
 Dr. Scoville, Alberto de (Bélgica)
 Dr. Scrimshaw, Nevin S. (EE.UU.)

- | | |
|---|------------------------------------|
| Dr. Segovia de Arana, José María (España) | Dr. Tubiana, Maurice (Francia) |
| Dr. Sies, Helmut (Alemania) | |
| Dr. Soriano, Víctor (Uruguay) | Dr. Verstraete, Marc (Bélgica) |
| Dr. Sotelo Figueiredo, Juan Manuel | Dr. Vianna, Teobaldo (Brasil) |
| (Representante de OPS - residente en Chile) | Dr. Voto Bernales, Jorge (Perú) |
| Dr. Souza, Wanderley de (Brasil) | |
| Dr. Spandidos, Demetrios A. (Grecia) | Dr. Wagner, João Ephrain (Brasil) |
| | Dr. Warter, Julien (Francia) |
| Dr. Teich Alasia, Simone (Italia) | Dr. Wenström, Karl G. (Suecia) |
| Dr. Traeger, Jules (Francia) | Dr. Wertelecki, Vladimiro (EE.UU.) |

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 – 2012

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	1936-1938	Bernardo A. Houssay
1822	Francisco de Paula Rivero	1938-1940	Alberto Peralta Ramos
1823-1824	Manuel Moreno	1940-1942	Mariano R. Castex
1852	Francisco de Paula Rivero	1942-1944	Eliseo V. Segura
1856-1858	Pedro Nolasco Rojas	1944-1946	Armando R. Marotta
1874	Manuel Porcel de Peralta	1946-1948	Gregorio Aráoz Alfaro
1878-1879	Santiago Larrosa	1948-1950	Carlos Bonorino Udaondo
1880-1884	Manuel Porcel de Peralta	1950-1952	Gregorio Aráoz Alfaro
1884-1886	Pedro A. Pardo	1952-1957	Alois Bachmann
1886-1887	Nicanor Albarellos	1958-1960	Luis Esteves Balado
1887-1889	Cleto Aguirre	1960-1962	Rómulo Gil
1889-1893	Mauricio González Catán	1962-1964	Luis Figueroa Alcorta
1893-1897	Leopoldo Montes de Oca	1964-1966	Pedro A. Maissa
1897-1900	Enrique del Arca	1966-1968	Luis Esteves Balado
1900-1902	Juan R. Fernández	1968-1970	Marcial I. Quiroga
1902-1906	Eufemio Uballes	1970-1970	Vicente Gutiérrez
1906	Enrique del Arca	1970-1974	Raúl F. Vaccarezza
1906-1908	Eliseo Cantón	1974-1976	David E. Nöiting
1908-1910	Eufemio Uballes	1976-1978	Pablo Negroni
1910-1911	Pedro N. Arata	1978-1980	José E. Rivarola
1911-1912	Pedro Lagleyze	1980-1982	Horacio Rodríguez Castells
1912-1913	Roberto Wernicke	1982-1984	Julio V. Uriburu
1913-1914	Antonio C. Gandolfo	1984-1986	Diego E. Zavaleta
1914-1915	Luis Güemes	1986-1988	Virgilio G. Foglia
1915-1916	Enrique Bazterrica	1988-1990	Horacio Rodríguez Castells
1916-1917	José Penna	1990-1992	Enrique P. Viacava
1917-1918	Domingo Cabred	1992-1994	Leoncio A. Arrighi
1918-1919	Daniel J. Cranwell	1994-1996	Oswaldo Fustinoni
1919-1920	Marcelino Herrera Vegas	1996-1998	Andrés O. M. Stoppani
1920-1921	Eliseo Cantón	1998-2000	Armando Maccagno
1921-1922	Carlos Malbrán	2000-2002	Miguel Tezanos Pinto
1922-1924	Luis Güemes	2002-2004	César Bergadá
1924-1926	Eliseo Cantón	2004-2006	Rómulo L. Cabrini
1926-1928	Martín M. Torino	2006-2008	Vicente P. Gutiérrez
1928-1930	Mariano R. Castex	2008-2010	Roberto M. Arana
1930-1932	Juan Carlos Navarro	2010-2012	Juan Manuel Ghirlanda
1932-1934	Carlos Bonorino Udaondo	2012-	José A. Navia
1934-1936	Mariano R. Castex		

NÓMINA DE ACADÉMICOS TITULARES FALLECIDOS
1822-2012

		Electo	N°Sitial
Aberastury, Maximiliano	1866-1931	22-5-1920	8
Aberg, Ernesto	1823-1908	2-6-1874	7
Agrest, Alberto	1923-2012	27-7-1995	31
Aguirre, Cleto	1834-1889	2-6-1874	4
Ahumada, Juan Carlos	1890-1976	6-9-1949	33
Albarellos, Nicanor	1810-1891	4-8-1856	9
Almeira, Francisco de Paula	1791-1870	4-8-1856	13
Almeira, Hilario	1799-1885	4-8-1856	11
Allende, Ignacio	1861-1923	13-5-1919	4
Alurralde, Mariano	1873-1944	18-3-1925	31
Álvarez, Teodoro.....	1818-1889	4-6-1856	5
Aráoz Alfaro, Gregorio.....	1870-1955	22-7-1911	10
Arata, Pedro Narciso	1849-1922	14-7-1890	11
Arauz, Juan Carlos.....	1921-1996	26-4-1990	15
Arauz, Manuel	1831-1893	2-6-1874	8
Arca, Enrique Emiliano del	1854-1911	19-2-1890	15
Argerich, Francisco Cosme	1785-1846	17-4-1822	4
Arrighi, Leoncio A.	1913-1999	30-6-1977	33
Astigueta, José Mariano.....	1850-1897	21-2-1883	14
Astolfi, Emilio N.	1930-1985	27-4-1982	21
Ayarragaray, Lucas.....	1861-1944	31-10-1922	22
Ayerza, Abel	1861-1918	24-10-1914	4
Baca, José Teodoro.....	1831-1914	16-3-1875	5
Bachmann, Alois.....	1874-1961	10-11-1927	19
Baliña, Pedro Luis	1880-1949	4-12-1924	17
Bazterrica, Enrique.....	1861-1939	16-11-1905	2
Belou, Pedro.....	1884-1954	4-12-1924	3
Benedit, Pedro.....	1857-1924	11-8-1917	1
Bengolea, Adrián Jacobo.....	1887-1950	20-11-1947	26
Beranger, Raúl P.	1900-1982	1-10-1965	35
Beretervide, Juan José.....	1895-1988	12-7-1956	2
Bergadá, César	1929-2005	25-10-1990	34
Bertolasi, Carlos A.....	1932-2008	28-4-1998	22
Bettinotti, Erminio		4-8-1856	
Blancas, Manuel.....	1826-1906	15-3-1883	19
Boeri, Juan Antonio	1849-1924	28-7-1909	17
Bonorino Udaondo, Carlos	1884-1951	10-11-1927	12
Borda, José Tiburcio.....	1869-1936	1-8-1930	15
Bosch, Buenaventura	1814-1871	4-8-1856	14
Bosch, Gonzalo	1885-1967	5-8-1938	7
Bosch, José María.....	1822-1884	19-8-1856	10
Bracco, Ángel N.....	1910-2003	26-8-1982	11
Braun Menéndez, Eduardo.....	1903-1959	19-6-1945	27
Brown, Alejandro	1804-1868	19-9-1857	15

Bruno, Juan Bautista		19-9-1857	6
Bullrich, Rafael A.	1877-1944	1-6-1932	27
Burucúa, José Emilio	1918-1995	26-9-1985	31
Cabanne, Alejandro	1880-1965	3-8-1932	16
Cabred, Domingo	1859-1929	22-7-1911	15
Camponovo, Luis Emilio	1909-1972	24-6-1965	19
Cantón, Eliseo	1861-1931	7-10-1897	14
Carbonell, Manuel V.	1878-1954	18-3-1925	29
Carrasco, Pedro Buenaventura	1780-1839	17-4-1822	13
Carril, Mario Justo del.....	1884-1952	19-6-1945	22
Castex, Mariano Rafael	1886-1968	10-11-1926	24
Castillo, Enrique Benjamín del	1897-1969	12-7-1956	22
Castro, Máximo	1869-1924	6-9-1922	8
Centeno, Ángel Mauricio	1863-1925	30-10-1909	21
Chávez, Gregorio N.	1861-1905	27-7-1899	2
Colón, Ricardo	1859-1937	4-12-1924	4
Copello, Mario A.	1919-2010	27-9-1984	16
Courtis, Baudilio	1901-1977	20-7-1972	13
Cranwell, Daniel J.	1870-1953	28-7-1909	7
Crespo, Antonio F.	1851-1893	11-8-1883	21
Cuenca, José María	1813-1893	4-8-1856	24
Cuenca, Salustiano	1818-1858	4-8-1856	8
Davel, Desiderio Fernando.....	1857-1943	30-7-1910	25
Decoud, Diógenes	1863-1920	30-7-1910	22
Delorme, José C.	1903-1987	27-11-1958	20
De Robertis, Eduardo.....	1913-1988	31-10-1985	30
Deulofeu, Venancio	1902-1984	20-11-1947	30
Dick, Andrés		17-4-1822	12
Domínguez, Juan Aníbal	1876-1946	18-3-1925	30
Dowling, Ernesto	1893-1966	25-7-1957	23
Drago, Luis María	1824-1875	4-8-1856	22
Durand, Juan Carlos.....	1847	17-4-1822	9
Elizalde, Felipe de	1906-1990	29-7-1982	35
Elizalde, Pedro de	1879-1949	4-6-1937	15
Elizalde, Pedro I.	1885-1968	3-6-1938	4
Errecart, Pedro León	1889-1956	20-11-1947	23
Escudero, Pedro.....	1877-1963	3-8-1928	6
Esteves, José Antonio	1863-1927	18-9-1915	5
Esteves Balado, Luis	1887-1968	27-6-1944	31
Etchepareborda, Juan Agustín	1897-1976	26-6-1969	7
Etchepareborda, Nicasio	1857-1935	8-5-1920	16
Etcheverry, Miguel Ángel.....	1905-1974	26-11-1970	5
Etcheverry Boneo, Florencio	1890-1981	11-5-1943	21
Favaloro, René G.	1923-2000	26-6-1986	14
Fernández, Juan Antonio.....	1786-1855	17-4-1822	3

Fernández, Juan Ramón.....	1857-1911	19-2-1890	9
Fernández, Julián.....	1819-1903	17-4-1874	5
Figuerola Alcorta, Luis.....	1896-1983	27-6-1940	32
Finochietto, Ricardo.....	1888-1962	23-7-1941	11
Foglia, Virgilio G.	1905-1993	7-12-1972	19
Fuentes y Argibel, José.....		4-8-1856	23
Furst, Carlos Juan.....	1814-1867	19-9-1857	13
Fustinoni, Osvaldo.....	1909-2000	31-8-1978	1
Gabastou, Juan Agustín.....	1882-1963	18-3-1925	33
Gaffarot, José.....		4-8-1856	17
Gaffarot, Salvio.....	1840	17-4-1822	2
Gallardo, Ángel.....	1867-1934	30-9-1909	18
Gandolfo, Antonio C.	1857-1932	30-11-1905	9
García, Martín.....	1806-1873	4-8-1856	4
García, Pedro J.	1929	18-3-1925	34
García Valdés, Justo.....	1767-1844	17-4-1822	1
Garrahan, Juan P.	1893-1965	11-5-1943	35
Gárriz, Roberto.....	1920-1995	30-8-1990	6
Gianantonio, Carlos A.	1926-1995	27-4-1989	2
Gil, Rómulo Remigio.....	1888-1972	11-5-1943	13
Gómez, Luis.....	1820-1866	4-8-1856	6
González Catán, Mauricio.....	1823-1895	4-8-1856	25
Goñi, Adalberto R.	1909-1989	27-11-1969	25
Gotta, Héctor.....	1902-1989	27-4-1982	10
Greenway, Daniel.....	1874-1942	25-4-1930	21
Güemes, Luis.....	1856-1927	24-4-1895	6
Gutiérrez, Avelino.....	1864-1946	4-12-1924	11
Gutiérrez, Vicente.....	1887-1970	28-10-1958	8
Herrera Vegas, Marcelino.....	1870-1958	30-10-1909	20
Herrera Vegas, Rafael.....	1834-1910	29-5-1876	10
Houssay, Bernardo A.	1887-1971	10-11-1927	5
Insausti, Tomás.....	1914-1981	30-10-1973	26
Jáuregui, Guillermo R.	1913-2007	29-7-1992	26
Jorge, José Manuel.....	1882-1956	25-11-1931	14
Justo, Felipe A.	1873-1928	4-12-1924	7
Lagleyze, Pedro.....	1855-1916	19-4-1892	1
Lanari, Alfredo.....	1910-1985	7-12-1972	31
Larguía, Alfredo E.	1908-2004	25-7-1996	2
Larrosa, Santiago.....	1836-1894	2-6-1874	2
Lascano González, Julio C.	1905-1986	26-6-1969	4
Laurence, Alberto E.	1915-2012	28-9-1989	8
Lavalle, Francisco P.	1861-1929	6-9-1922	21
Leloir, Luis Federico.....	1906-1987	13-8-1959	27
Lepper, Jaime.....	1785-1851	17-4-1822	11
Lignièeres, José.....	1868-1933	31-10-1922	25

Llambías, Joaquín	1868-1931	18-3-1925	27
López y Planes, Vicente	1784-1856	3-12-1822	1
Loudet, Osvaldo	1889-1983	28-12-1955	16
Lozano, Nicolás	1864-1938	10-11-1927	7
Maccagno, Armando	1927-2004	17-4-1986	21
Madera, Juan	1782-1829	17-4-1822	6
Magnin, Pedro Horacio	1925-2012	29-5-1986	17
Mainini, Carlos	1879-1943	24-10-1940	31
Maissa, Pedro Abel	1897-1989	25-10-1945	34
Malbrán, Carlos G.	1862-1940	30-10-1909	19
Mallo, Pedro	1837-1899	16-5-1882	2
Manrique, Jorge	1921-2007	26-9-1996	20
Maraini, Bernardino	1873-1939	18-3-1925	32
Marengo, Bartolomé		4-8-1856	16
Marengo, Pablo Emilio	1901	2-6-1874	10
Marino, Héctor	1905-1996	24-11-1977	13
Marotta, R. Armando	1876-1956	25-11-1931	9
Mattos, Pedro Aurelio	1836-1889	2-6-1874	15
Mazzei, Egidio S.	1907-1984	13-8-1959	24
Mendizabal, Armando F.	1915-2005	31-8-2000	33
Michans, Juan R.	1900-1984	24-9-1964	15
Molfino, José Fortunato	1894-1964	5-7-1962	19
Montes de Oca, Juan José	1806-1876	4-8-1856	3
Montes de Oca, Leopoldo	1834-1906	2-6-1874	13
Montes de Oca, Manuel Augusto	1831-1882	19-9-1857	12
Moreno, Manuel	1781-1857	17-4-1822	8
Müller, Enrique E.	1913-2002	25-6-1987	18
Muñiz, Francisco Javier	1795-1871	4-8-1856	1
Navarro, Juan Carlos	1884-1936	18-3-1925	35
Negrón, Pablo	1904-1992	20-9-1956	3
Noceti, Adolfo	1877-1942	3-8-1928	13
Nölting, David Eduardo	1904-1990	8-9-1966	28
Novaro, Bartolomé	1848-1904	2-9-1884	22
Obarrio, Juan María	1878-1958	2-8-1929	1
Obejero, Eduardo	1855-1928	24-10-1914	13
Ottolenghi, Carlos E.	1904-1984	24-11-1977	9
Padilla, Tiburcio	1893-1963	6-9-1949	15
Palacio, E. Julio	1894-1977	14-11-1968	1
Palacios Costa, Nicanor	1887-1957	11-5-1943	8
Paladini, Alejandro C.	1919-2012	24-9-1998	19
Pardo, Pedro Antonio	1829-1889	2-6-1874	3
Parodi, Domingo	1823-1889	29-5-1876	14
Passanante, Domingo	1908-1990	27-4-1989	10
Pavlovsky, Alejandro	1896-1976	15-11-1956	14
Pavlovsky, Alfredo	1907-1984	12-7-1956	12
Penna, José	1855-1919	26-9-1893	8

Peralta Ramos, Alberto.....	1880-1954	18-3-1925	28
Pérez, Fernando.....	1863-1935	6-9-1922	1
Pérez, Manuel Luis.....	1892-1966	12-7-1956	28
Piñero, Horacio Gregorio	1869-1919	28-7-1909	16
Pirovano, Ignacio	1844-1895	10-9-1881	7
Porcel de Peralta, Manuel	1823-1892	4-8-1856	19
Portela, Ireneo.....	1802-1861	4-8-1856	2
Puiggari, Miguel A.	1827-1889	19-9-1857	23
Quirno, Norberto.....	1907-1972	14-11-1968	31
Quiroga, Marcial Ignacio.....	1899-1993	17-11-1949	17
Quiroga, Marcial Vicente	1859-1923	6-9-1922	7
Raimondi, Alejandro	1878-1945	22-11-1929	34
Ramos Mejía, José María.....	1849-1914	23-11-1905	13
Rawson, Guillermo	1821-1890	19-9-1857	1
Rey, Adolfo Marcos.....	1909-1989	29-11-1984	15
Ries Centeno, Guillermo	1901-1987	8-9-1966	18
Rimoldi, Horacio J. A.	1913-2006	2-8-1984	4
Rivadavia, Bernardino.....	1780-1845	20-5-1822	16
Rivarola, José E.	1906-1993	20-9-1963	6
Rivero, Francisco de Paula	1775-1853	17-4-1822	5
Roberge, Santiago.....		17-4-1822	15
Rodríguez, Manuel Hermenegildo.....	1837	17-4-1822	14
Rodríguez Castells, Horacio	1917-2003	20-7-1972	29
Rojas, Nerio.....	1890-1971	12-7-1956	29
Rojas, Pedro Esteban	1887-1941	28-11-1936	35
Rojas, Pedro Nolasco.....	1790-1871	17-6-1822	7
Romano, Nicolás	1889-1977	3-8-1965	26
Roncoroni, Aquiles J.....	1923-2005	28-6-2001	1
Rubio, Horacio H.	1925-2000	27-9-1984	12
Sabadell y Lloveras, Pablo	1820-1877	4-8-1856	21
Saborido, Sebastián		17-4-1822	10
Salvadores, Manuel Antonio.....	1804-1867	4-8-1856	16
Sánchez Zinny, Jorge.....	1912-1980	9-9-1976	14
Santas, Andrés A.	1913-1985	25-6-1981	14
Schang, Pedro Julio	1896-1969	20-9-1963	5
Segura, Eliseo V.	1870-1946	13-5-1919	23
Sepich, Marcelino Jorge.....	1897-1968	28-10-1958	1
Sicardi, Francisco	1856-1927	30-7-1910	24
Soldati, León de	1912-1998	16-7-1970	22
Sommer, Baldomero.....	1857-1918	30-7-1910	23
Sordelli, Alfredo	1891-1967	5-11-1934	18
Spangenberg, Juan Jacobo.....	1883-1969	18-6-1934	25
Spuch, Martín	1842-1914	24-2-1883	16
Stoppani, Andrés O. M.	1915-2003	16-10-1975	5

Tamini, Francisco A.	1915	24-2-1883	17
Taquini, Alberto Carlos.....	1905-1998	21-4-1994	19
Tezanos Pinto, Jacob de	1845-1914	15-3-1883	20
Torino, Martín M.	1863-1955	6-9-1922	2
Torres, Héctor Norberto	1935-2011	26-6-2005	21
Torres, Santiago M.	1895	19-9-1857	17
Trongé, Faustino	1870-1941	4-12-1924	8
Uballes, Eufemio	1848-1933	21-2-1889	12
Uriarte, José María	1876	4-8-1856	20
Uriburu, Julio V.	1911-2008	13-10-1966	23
Ustaran, J. Kelmendi de	1921-1997	30-6-1977	7
Vaccarezza, Oscar A.	1905-1982	15-11-1956	11
Vaccarezza, Raúl F.....	1893-1981	12-7-1956	10
Valls, José	1896-1977	25-7-1957	9
Viacava, Enrique P.	1908-2004	25-11-1982	20
Víñas, Marcelo.....	1946	18-3-1925	26
Vivar, Pedro		4-8-1856	18
Votta, Roberto Antonio.....	1917-1998	29-10-1987	28
Wernicke, Roberto.....	1854-1922	14-3-1892	3
Wilde, Eduardo.....	1844-1913	2-6-1874	11
Wolff, Rodolfo		2-6-1874	14
Zavaleta, Diego Estanislado.....	1904-1989	16-9-1971	8

NÓMINA DE ACADÉMICOS HONORARIOS NACIONALES FALLECIDOS

- | | |
|---|--|
| Dr. Ábalos, José Benjamín (Santa Fe)
(1882-1966) | Dr. Landa, Carlos R. (Tucumán) (1919-1993) |
| Dr. Acuña, Mamerto (Bs. As.) (1875-1958) | Dr. Lascano, José C. (Córdoba) (1885-1956) |
| Dr. Agote, Luis (Bs. As.) (1868-1954) | Dr. Mainetti, José María (La Plata, Bs. As.)
(1909-2006) |
| Dr. Alvarado, Carlos Alberto (Jujuy)
(1904-1986) | Dr. Maldonado Allende, Ignacio (Córdoba)
(1905-1979) |
| Dr. Álvarez, Antenor (Santiago del Estero)
(1864-1948) | Dr. Marsal, Alberto (Córdoba) (1901-1988) |
| Dr. Álvarez, Clemente (Córdoba) (1873-1948) | Dr. Milstein, César (residente en Inglaterra)
(1927-2002) |
| Dr. Allende, Juan M. (Córdoba) (1895-1990) | Dr. Minoprio, José Luis (Mendoza) (-1992) |
| Dr. Bandoni, Alfredo J. (Capital) (1899-1985) | Dr. Mirizzi, Pablo L. (Córdoba) (1893-1964) |
| Dr. Bottaro, Osvaldo (Capital) (1881-1981) | Dr. Morra, Carlos A. (Córdoba) (1922-2003) |
| Dr. Caeiro, Agustín (Córdoba) (-1990) | Dr. Nores, Antonio (Córdoba) (1873-) |
| Dr. Cafferatta, Juan F. (Córdoba) (1877-1957) | Dr. Oñativia, Arturo (Salta) (1914-1985) |
| Dr. Centeno, Alejandro (Córdoba)
(1865-1911) | Dr. Orfila, Juan A. (Mendoza) (1896-1985) |
| Dr. Chattás, Alberto (Córdoba) (1908-2003) | Dr. Pires, Antonio (Capital) (1905-1989) |
| Dr. Christmann, Federico (La Plata, Bs. As.)
(1898-1986) | Dr. Prando, David F. (Bs. As.) (1869-1949) |
| Dr. Chutro, Pedro (Bs. As.) (1880-1937) | Dr. Ras, Norberto (Bs. As.) (1926-2010) |
| Dr. Cignoli, Francisco (Rosario, Santa Fe)
(1907-1990) | Dr. Romaña, Cecilio (residente en España)
(1899-1997) |
| Dr. Coni, Emilio R. (Bs. As.) (1855-1928) | Dr. Señorans, Juan Bautista (Capital)
(1859-1933) |
| Dr. Demaría, Enrique B. (Capital)
(1872-1950) | Dr. Staffieri, David (Rosario, Santa Fe)
(1891-1970) |
| Dr. De Veiga, Francisco (Capital)
(1866-1948) | Dr. Susini, Telémaco (Capital) (1856-1936) |
| Dr. Finochietto, Enrique (Bs. As.) (1881-1948) | Dr. Valle, Leandro (Bs. As.) (1873-1969) |
| Dr. Fleischmayer, Raúl (residente en EE.UU.)
(1924-2006) | Dr. Vallejo Vallejo, Luis (Tucumán)
(-1986) |
| Dr. Fracassi, Teodoro (Rosario, Santa Fe) (-1977) | Dr. Villafaña Lastra, Tomás (Córdoba)
(1897-1984) |
| Dr. Holmberg, Eduardo L. (Bs. As.) (1852-1937) | Dr. Zavala, Arturo (Capital) (-1936) |
| Dr. Krapf, E. Eduardo (Bs. As.) (-1963) | |

NÓMINA DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES NACIONALES FALLECIDOS

- Dr. Abitbol, Hugo M. (Mendoza) (1922-2001)
- Dr. Albarenque, Manuel E. (Córdoba) (1911-1989)
- Dr. Allende, Guillermo (Córdoba) (-1973)
- Dra. Allende, Inés López Colombo de (Córdoba) (-2000)
- Dr. Alonso, Enrique Rodolfo (Tucumán) (1923-1996)
- Dr. Álvarez, Gregorio S. (Santiago del Estero) (1904-1987)
- Dr. Amuchástegui, Severo N. (Córdoba) (1905-1986)
- Dr. Andrieu, Luciano M. (La Plata, Bs. As.) (1909-1997)
- Dr. Anquín, Carlos E. de (Córdoba) (-1999)
- Dr. Argüello Pitt, Luis (Córdoba) (-1989)
- Dr. Ayerza, Luis (Capital) (1894-1962)
- Dr. Aznares, Enrique (Córdoba) (1908-1989)
- Dr. Babini, Domingo Santiago (Córdoba) (1914-2010)
- Dr. Baena Cagnani, Carlos (Córdoba) (1918-1988)
- Dr. Barilari, Mariano J. (Río Negro) (1892-1985)
- Dr. Baró, Manuel Rufo (Mendoza) (1923-)
- Dr. Bergna, Luis José (La Plata, Bs. As.) (1921-2009)
- Dr. Binia, Alberto (Mendoza) (1933-2002)
- Dr. Bonnet, Emilio P. (Capital) (-1972)
- Dr. Boretti, Juan J. (Rosario, Santa Fe) (-1993)
- Dr. Borrás, Pablo E. (Rosario, Santa Fe) (1902-1976)
- Dr. Brandan, Ramón A. (Córdoba) (1891-1969)
- Dr. Bravo, Carlos R. (Catamarca) (-1998)
- Dr. Brea, Luis María (Capital) (1914-1979)
- Dr. Cames, Oscar (Rosario, Santa Fe) (-1980)
- Dr. Caputto, Ranwell (Santa Fe) (1914-1994)
- Dr. Cardonnet, Luis J. (Santa Fe) (1922-2005)
- Dr. Castellanos, Temístocles (Córdoba) (-1963)
- Dr. Castilla, Caupolicán (Capital) (-1971)
- Dr. Ceballos, Alejandro (Capital) (1885-1973)
- Dr. Cereseto, Pedro L. (Tandil, Bs. As.) (-1997)
- Dr. Chevalier, Raúl M. (Capital) (1903-1986)
- Dr. Ciafardo, Roberto (La Plata, Bs. As.) (-1978)
- Dr. Cicardo, Vicente H. (Capital) (1910-2004)
- Dr. Colillas, Domingo (Capital) (1884-1967)
- Dr. Conti, Alcides L. (La Plata, Bs. As.) (-1973)
- Dr. Cornejo, Andrés (Salta) (1897-1965)
- Dr. Cornejo, José A. (Salta) (1927-2004)
- Dr. Cosentino, Rodolfo (La Plata, Bs. As.) (1920-2005)
- Dr. Curutchet, Jorge L. (Tandil, Bs. As.) (1905-1992)
- Dr. Dalma, Juan (Tucumán) (-1977)
- Dr. De la Vega, Mario Desio (La Rioja) (1921-2009)
- Dr. Deschamps, Jorge (La Plata, Bs. As.) (-2000)
- Dr. Di Ció, Alberto (Capital) (-1996)
- Dr. Didier, Arnaldo (Rosario, Sta. Fe) (-1992)
- Dr. Di Lullo, Orestes (Santiago del Estero) (1898-1983)
- Dr. Dionisi, Humberto (Córdoba) (1901-)
- Dr. Dreyer, Mario S. (Bs. As.) (1912-2005)
- Dr. Estiu, Manuel (La Plata, Bs. As.) (-1986)
- Dr. Eyherabide, Rodolfo (Bs. As.) (1897-1974)
- Dr. Fasciolo, Juan C. (Mendoza) (1911-1993)
- Dr. Fernández, Carlos R. (Tucumán) (-2008)
- Dr. Fernández, José M. (Rosario, Santa Fe) (1902-1965)
- Dr. Figueroa Casas, Pedro (Rosario, Sta. Fe) (1902-1990)
- Dr. Figueroa Casas, Pedro Ramón (Santa Fe) (1936-2008)
- Dr. Galán, Julio César (Entre Ríos) (1894-1959)
- Dr. Galli, Eugenio A. (Capital) (1883-1956)
- Dr. García Castellanos, José A. (Córdoba) (1910-1999)
- Dr. Gaspary, Fernando (Rosario, Sta. Fe) (-1979)
- Dr. Gazzolo, Juan José (Capital) (1898-1983)
- Dr. González, Juan M. (Rosario, Santa Fe) (-1976)

- Dr. Gurruchaga, Juan Víctor (Rosario, Santa Fe) (1911-1990)
- Dr. Hernández, Narciso A. (Córdoba) (-1999)
- Dr. Hernández Ramírez, R. (Córdoba) (-1966)
- Dr. Herraiz Ballesteros, L. (Capital) (-1995)
- Dr. Irigoyen Freire, Abelardo (Santa Fe) (1905-1950)
- Dr. Jörg, Miguel Eduardo (Mar del Plata, Bs. As.) (1909-2002)
- Dr. Lanza Castelli, Roger (Córdoba) (-1982)
- Dr. Lewis, Juan T. (Rosario, Santa Fe) (1898-1976)
- Dr. López, Lucio Vicente (Capital) (-1959)
- Dr. Maiztegui, Julio I. (Pergamino, Bs. As.) (1931-1993)
- Dr. Malgor, Luis Alberto (Corrientes) (1932-2005)
- Dr. Manzano, Bernardo E. (La Plata, Bs. As.) (-2008)
- Dr. Marenzi, Agustín D. (Capital) (1900-1967)
- Dr. Martínez, Francisco (Capital) (1901-1978)
- Dr. Mazza, Salvador (Capital) (1886-1946)
- Dr. Minhaar, Teodoro (Rosario, Santa Fe) (1906-1990)
- Dr. Molina, Juan Justo (Córdoba) (1928-2007)
- Dr. Montenegro, Antonio (Tandil, Bs. As.) (1871-1960)
- Dr. Moreyra, Luis S. (Córdoba) (1903-1999)
- Dr. Muratorio Posse, Rodolfo (Mendoza) (-1998)
- Dr. Murphy, Guillermo (Mendoza) (-1990)
- Dr. Nicolini, Raúl (Corrientes) (1896-1976)
- Dr. Notti, Humberto S. (Mendoza) (-1992)
- Dr. Oddo, Vicente (Santiago del Estero) (1932-2008)
- Dr. Olivares, Pedro E. (Córdoba) (1921-2001)
- Dr. Orgaz, Jorge (Córdoba) (1899-1987)
- Dr. Orías, Oscar (Capital) (1905-1955)
- Dr. Osacar, Ernesto M. (Córdoba) (1913-)
- Dr. Pereira, Julio C. (Córdoba) (-1999)
- Dr. Pérez, José Antonio (Córdoba) (-1989)
- Dr. Perinetti, Héctor (Mendoza) (1905-1981)
- Dra. Pesce de Ruiz Holgado, Aída (Tucumán) (1926-2012)
- Dr. Picena, Juan P. (Rosario, Sta. Fe) (-1978)
- Dr. Pineda, Rafael Manuel (Rosario, Santa Fe) (1910-2000)
- Dr. Rabasa, Sol Libertario (Rosario, Santa Fe) (1915-2006)
- Dr. Rechniewski, Casimiro (Capital) (1903-1970)
- Dr. Romagosa, Ernesto (Córdoba) (-1934)
- Dr. Romero, Armando Carmelo (Corrientes) (1916-1999)
- Dr. Romero, Rodolfo L. (La Plata, Bs. As.) (1908-1997)
- Dr. Romero Díaz, Eugenio (Córdoba) (1914-)
- Dr. Roncoroni, Enrique J. (Rosario, Santa Fe) (-1974)
- Dr. Rosenbusch, Francisco C. (Capital) (1887-1969)
- Dr. Rottjer, Ernesto (Capital) (1904-1983)
- Dr. Sánchez Guisande, Gumersindo (Mendoza) (-1976)
- Dr. San Miguel, Jorge (Salta) (-1982)
- Dr. Schteingart, Mario (Capital) (1893-1970)
- Dr. Segura, Ángel S. (Córdoba) (1907-2005)
- Dr. Staffieri, Juan José (Rosario, Santa Fe) (-1968)
- Dr. Suárez, G. Osvaldo (Córdoba) (-1972)
- Dr. Sugasti, Juan Alberto (Rosario, Santa Fe) (-1993)
- Dr. Tejerina Fotheringham, Wenceslao (Rosario, Santa Fe) (1902-1985)
- Dr. Torres Posse, Alejandro (Tucumán) (-1980)
- Dr. Ugo, Antonio Vicente (Trelew, Chubut) (-2001)
- Dr. Urrets Zavalía, Alberto (Córdoba) (1891-1972)
- Dr. Velarde, Fanor (Capital)
- Dr. Vera Barros, Enrique (La Rioja) (-1997)
- Dr. Victoria, Marcos (Capital) (1901-1975)
- Dr. Vila Ortiz, J. Manuel (Santa Fe) (-1997)
- Dr. Villafañe, Carlos María (Rosario, Santa Fe) (1915-2003)
- Dr. Wilks, Arturo E. (La Plata, Bs. As.) (1914-1991)

NÓMINA DE ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS FALLECIDOS

- Dr. Achard, Charles (Francia) (1860-1941)
 Dr. Alessandri, Hernán (Chile) (1909-1980)
 Dr. Almeida Prado, Antonio de (Brasil) (1889-1962)
 Dr. Ara, Pedro (España, residente en Buenos Aires) (1891-1973)
 Dr. Arana Iñiguez, Román (Uruguay) (1909-1977)
 Dr. Armand Ugón, Víctor (Uruguay) (1900-1972)
 Dr. Armas, Julio (Venezuela) (-1990)
 Dr. Ascoli, Vittorio (Italia)
 Dr. Austregesilo, Antonio (Italia) (1876-)
 Dr. Ayala González, Abraham (México)
- Dr. Barcia, Pedro (Uruguay) (1889-1951)
 Dr. Barcroft, Joseph (EE.UU.)
 Dr. Barga, J. Arnold (EE.UU.) (1894-1976)
 Dr. Bariety, Maurice (Francia) (1897-1971)
 Dr. Bazi, Louis (Francia)
 Dr. Bernard, Etienne (Francia) (1893-1980)
 Dr. Bernard, Jean (Francia) (1907-2006)
 Dr. Bernard, León (Francia) (1872-1934)
 Dr. Best, Charles (Canadá) (1899-1972)
 Dr. Binet, León (Francia) (-1971)
 Dr. Blanco Acevedo, Eduardo (Uruguay) (1884-1971)
 Dr. Bordet, Jules (Bélgica) (1870-1961)
 Dr. Botella Llusía, José (España) (1912-2002)
 Dr. Bottazzi, Filippo (Italia) (-1941)
 Dr. Bourroul, Celestino (Brasil) (1880-1958)
 Dr. Bovet, Daniel (Italia) (1907-1992)
 Dr. Brauer, Ludolph (Alemania) (-1951)
 Dr. Brun, Jacques (Francia) (-1977)
- Dr. Caldeyro Barcia, Roberto (Uruguay) (1921-1996)
 Dr. Cannon, Walter Bradford (EE.UU.) (-1945)
 Dr. Cárdenas Escovar, Alberto (Colombia) (1917-1995)
 Dr. Casares Gil, José (España) (1866-1961)
 Dr. Case, James T. (EE.UU.) (-1970)
 Dr. Castiglione, Arturo (Italia) (1874-)
 Dr. Cerviño, José Manuel (Uruguay) (1902-1984)
 Dr. Chagas, Carlos (Brasil) (1879-1936)
 Dr. Chagas, Carlos (h) (Brasil) (1910-2000)
- Dr. Charlín, Carlos (Chile) (1885-1945)
 Dr. Chávez, Ignacio (México) (1897-1979)
 Dr. Chevalier, Jackson (h) (EE.UU.)
 Dr. Couto, Deolindo (Brasil)
 Dr. Couto, Miguel (Brasil) (-1934)
 Dr. Couto de Oliveira, Miguel (Brasil)
 Dr. Couvelaire, Alejandro (Francia) (-1947)
 Dr. Crohn, Burrell (EE.UU.) (1884-1983)
 Dr. Crotogini, Juan J. (Uruguay) (1908-1996)
 Dr. Cruz, Oswaldo (Brasil) (1872-1917)
 Dr. Cruz Coke, Eduardo (Chile) (1899-1974)
 Dr. Cumplido De Sant'Ana, Alvaro (Brasil)
 Dr. Cushing, Harvey (EE.UU.) (1869-1939)
- Dr. Danielopolu, D. (Rumania) (1884-1955)
 Dr. Debré, Robert (Francia) (1882-1978)
 Dr. De Castro, Aloyso (Brasil) (1882-1959)
 Dr. Delay, Jean (Francia) (-1987)
 Dr. Delgado, Honorio (Perú) (-1969)
 Dr. Del Río Hortega, Pío (España) (1882-1945)
 Dr. De Moraes, Arnaldo (Brasil) (-1961)
 Dr. De Toni, Giovanni (Italia) (1895-)
 Dr. Dévé, Félix (Francia) (1872-1951)
 Dr. Doleris, Jacques Amadée (Francia) (-1937)
 Dr. Donati, Mario (Italia) (-1946)
 Dr. Duhamel, George (Francia) (1884-1966)
 Dr. Dumas, Jorge (Francia) (1866-1946)
 Dr. Duval, Pierre (Francia) (1874-1941)
- Dr. Escobel, Edmundo (Perú) (1876-)
 Dr. Evans, Herbert M. (EE.UU.) (-1971)
- Dr. Ferrari, Manlio (Uruguay) (-2005)
 Dr. Fey, Bernardo (Francia) (1908-1968)
 Dr. Fichera, Cayetano (Italia)
 Dr. Fleming, Alexander (Inglaterra) (1881-1955)
 Dr. Florey, Howard (Gran Bretaña) (1898-1968)
 Dr. Fraga, Clementino (Brasil) (-1971)
 Dr. Frugoni, César (Italia) (1881-1978)
 Dr. Fusch, Ernesto (Austria) (1851-1930)
- Dr. Gajdusek, D. Carleton (EE.UU.) (1923-2008)
 Dr. García Del Real, Eduardo (España)

- Dr. García Lagos, Horacio (Uruguay) (1873-1956)
- Dr. García Marruz, Sergio (Cuba)
- Dr. García Otero, Julio (Uruguay) (1895-1966)
- Dr. García Rosell, Ovidio (Perú) (1901-1971)
- Dr. Garretón Silva, Alejandro (Chile) (1897-1980)
- Dr. Gernez-Rieux, Charles (Francia) (1898-1971)
- Dr. Gesteira, Martagão (Brasil) (-1954)
- Dr. Gómez, Fernando D. (Uruguay) (1897-1979)
- Dr. González Cortés, Exequiel (Chile)
- Dr. Graña, Francisco (Perú) (-1964)
- Dr. Guglielmone, Oscar (Uruguay) (1917-1999)
- Dr. Gutiérrez Arrese, Dámaso (España)
- Dr. Gutiérrez Blanco, Horacio (Uruguay) (1920-1992)
- Dr. Heilmeyer, Ludwig (Alemania) (-1969)
- Dr. Herrera Ramos, Fernando (Uruguay) (1902-1991)
- Dr. Heuschen, Folke (Suecia) (1881-1977)
- Dr. Heymans De Gent, Cornelio (Bélgica) (1892-1968)
- Dr. Hill, Archival (Gran Bretaña)
- Dr. Hollender, Louis F. (Francia) (1922-2011)
- Dr. Ibiapina, Antonio (Brasil) (-1964)
- Dr. Jacobson, León O. (EE.UU.) (1911-1995)
- Dr. Janet, Pierre (Francia) (1859-1947)
- Dr. Jiménez Díaz, Carlos (España) (1898-1967)
- Dr. Koch, Fred C. (EE.UU.) (-1963)
- Dr. Kourilsky, Raoul (Francia) (1899-)
- Dr. Kraus, Friedrich von (Alemania) (-1937)
- Dr. Krehl, Ludolph von (Alemania) (1861-1937)
- Dr. Laburu y Olascoaga, José A. de (R.P.) (España) (1887-1972)
- Dr. Lacassagne, Antoine M. B. (Francia) (-1971)
- Dr. Laín Entralgo, Pedro (España) (1908-2001)
- Dr. Larraguibel, Armando (Chile) (1882-1972)
- Dr. Latzko, Wilhelm (Austria) (1863-)
- Dr. Le Gros, Clark W.E. (G. Bretaña) (1895-)
- Dr. Leguen, Félix (Francia) (-1939)
- Dr. Lejeune, Jérôme (Francia) (1926-1994)
- Dr. Lichtenberg, Alejandro von (Alemania) (1881-)
- Dr. Lockhart, Jorge (Uruguay) (-1997)
- Dr. López Ibor, Juan José (España) (1908-1991)
- Dr. Lorenzo Velázquez, Benigno (España) (1901-)
- Dr. Loubatières, Auguste (Francia) (1912-1977)
- Dr. Magalhaes, Osvaldo (Brasil)
- Dr. Malmejac, Jean (Argelia) (1903-1975)
- Dr. Manzanilla, Manuel A. (México) (1899-)
- Dr. Marañón, Gregorio (España) (1887-1960)
- Dr. Marinesco, Jorge (Rumania)
- Dr. Marinho, João (Brasil)
- Dr. Mascherpa, Pietro (Italia) (1902-)
- Dr. Mayo, Carlos Horacio (EE.UU.) (1865-1939)
- Dr. McCuskey Brooks, Chandler (EE.UU.) (1905-1989)
- Dr. Meyer, André (Francia) (-1979)
- Dr. Monckeberg, Carlos (Chile)
- Dr. Monge, Carlos (Perú) (1884-1970)
- Dr. Monteiro, Alfredo (Brasil)
- Dr. Montenegro, Benedicto (Brasil)
- Dr. Morelli, Juan B. (Uruguay) (1868-1947)
- Dr. Morquio, Luis (Uruguay) (1867-1935)
- Dr. Moynihan, Lord Berkeley (Inglaterra) (1865-1936)
- Dr. Muhn Agüero, Teodoro (Chile) (1869-1939)
- Dr. Mussio Fournier, Juan C. (Uruguay) (1890-1961)
- Dr. Navarro, Alfredo (Uruguay) (1868-1951)
- Dr. Navarro, Alfredo (h) (Uruguay) (-1998)
- Dr. Neghme, Amador (Chile) (1912-1987)
- Dr. Nicolle, Charles (Argelia) (1866-1936)
- Dr. Nobecourts, Pierre (Francia)
- Dr. Nocard, Edmundo (Francia) (1850-1903)
- Dr. Nyhus, Lloyd M. (EE.UU.) (1923-2008)
- Dr. Ocaranza, Fernando (México) (1876-1965)
- Dr. Ochoa, Severo (EE.UU.) (1911-1993)
- Dr. Ombredanne, Louis (Francia) (1871-1956)
- Dr. Omedei Zorini, Atilio (Italia) (1897-)
- Dr. Orrego Puelma, Héctor (Chile) (1897-)
- Dr. Pacheco e Silva, A. C. (Brasil)
- Dr. Palma, Eduardo C. (Uruguay) (-1994)

- Dr. Papp, Desiderio (Chile) (1895-1993)
 Dr. Pascual, Oliver (España) (-1970)
 Dr. Paula Miranda, Francisco de (México)
 Dr. Paz Soldán, Carlos E. (Perú) (1885-1972)
 Dr. Pedro Pons, Agustín (España) (1898-1971)
 Dr. Pende, Nicola (Italia)
 Dra. Pereira de Queiroz, Carlota (Brasil) (1892-)
 Dr. Pindborg, Jens J. (Dinamarca) (-1995)
 Dr. Pinheiro Guimaraes, Ugo (Brasil) (-1994)
 Dr. Pinotti, José A. (Brasil) (1934-2009)
 Dr. Pi Suñer, Augusto (España) (1879-1965)
 Dr. Pou Orfila, Juan (Uruguay) (1876 - 1947)
 Dr. Prado Tagle, Ernesto (Chile)
 Dr. Prat, Domingo (Uruguay) (1882-1973)
 Dr. Puigvert Gorro, Antonio (España) (1905-1990)
 Dr. Putti, Vittorio (Italia) (1880-1940)
- Dr. Quesada, Fortunato (Perú)
- Dr. Ramón, Gastón (Francia) (1886-1966)
 Dr. Ramón y Cajal, Santiago (España) (1852-1934)
 Dr. Recasens y Girol, Sebastián (España) (1863-1933)
 Dr. Regaud, Claude (Francia) (1870-1941)
 Dr. Roa, Armando (Chile) (1915-1997)
 Dr. Roche, Jean (Francia) (1901-1992)
 Dr. Roger, Enrique (Francia) (-1946)
 Dr. Rossello, Héctor (Uruguay) (1883-1957)
 Dr. Rossi, Ettore (Suiza) (1915-1998)
 Dr. Roussy, Gustave (Francia) (1874-1948)
- Dr. Rowe, Norman Lester (Inglaterra) (1915-1991)
 Dr. Rueda Vargas, Manuel Antonio (Colombia) (1892-1962)
- Dr. Sabin, Albert Bruce (EE.UU.) (1906-1993)
 Dr. Sabiston, David C. (EE.UU.) (1924-2009)
 Dr. Sadoul, Paul (Francia) (1918-2011)
 Dr. Salk, Jonas (EE.UU.) (1914-1995)
 Dr. Schlutz, Federico W. (EE.UU.) (1880-1944)
 Dr. Scoseria, José (Uruguay) (1861-1946)
 Dr. Sergent, Emilio (Francia) (1867-1943)
 Dr. Sevringhaus, Elmer (EE.UU.) (1894-)
 Dr. Stanley, Wendel (EE.UU.) (1904-1971)
 Dra. Svartz, Nanna (Suecia) (1890-1986)
 Dr. Szent György, Alberto (Hungría) (1893-1986)
- Dr. Tállice, Rodolfo V. (Uruguay) (1899-1999)
 Dr. Trueta, José (Gran Bretaña) (1897-1977)
 Dr. Turenne, Augusto (Uruguay) (1870-1948)
- Dr. Vallery Radot, Pasteur (Francia) (1886-1970)
 Dr. Vannotti, Alfredo (Suiza) (1907-2002)
 Dr. Vaques, Enrique (Francia) (-1936)
 Dr. Varela Fuentes, Benigno (Uruguay) (1894-1965)
 Dr. Veyga, Francisco D. (Brasil) (1866-1948)
- Dr. Widal, Fernando (Francia) (1862-1929)
 Dr. Windle, William Frederick (EE.UU.) (1898-1985)
 Dr. Wright, Sir Almroth (Gran Bretaña) (1861-1947)
- Dr. Young, Frank G. (Gran Bretaña) (-1987)

NÓMINA DE ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS FALLECIDOS

- Dr. Abali, Ángel (Cuba) (1880-1952)
 Dr. Abreu, Manoel de (Brasil) (1892-1963)
 Dr. Adorno, Amado (Paraguay)
 Dr. Adrian, Edgard Douglas (Gran Bretaña) (1889-1977)
 Dr. Aguerreverre, Leopoldo (Venezuela) (1892-1962)
 Dr. Aguilar, Florestán (España) (1872-1934)
 Dr. Ajello, Libero (EE.UU.) (1916-2004)
 Dr. Alessandrini, Pablo E. (Italia)
 Dr. Alonso, Justo M. (Uruguay) (1886-)
 Dr. Alonso Vial, Armando (Chile) (1903-)
- Dr. Álvarez, Hermógenes (Uruguay) (1905-1984)
 Dr. Álvarez Bravo, Alfonso (México) (1913-)
 Dr. Alves Meira, João (Brasil) (1905-)
 Dr. Anavitarte Fariña, Eduardo (Uruguay) (1912-2009)
 Dr. Annes Dias, Héctor (Brasil) (1884-1943)
 Dr. Ariel, Irving M. (EE.UU.) (-1993)
 Dr. Arroyo, Manuel (Guatemala) (1886-1949)
 Dr. Arruga, Hermenegildo (España) (1886-1972)
 Dr. Asenjo, Alfonso (Chile) (1906-1980)

- Dr. Asis, Arlindo de (Brasil) (1896-1966)
 Dr. Ask Upmark, Erik (Suecia) (1901-1985)
 Dr. Astaldi, Giovanni (Italia) (1914-)
 Dr. Avendaño Hübner, Jorge (Perú) (1898-1995)
 Dr. Avilés Beunza, Víctor M. (Chile) (1900-)
 Dr. Azevedo Pondé, Adriano D. (Brasil) (1901-)
- Dr. Baldó, José Ignacio (Venezuela) (1976-)
 Dr. Bambarén, Carlos A. (Perú)
 Dr. Banyai, Andrew (EE.UU.) (1893-)
 Dr. Barba Rubio, José E. (México) (1914-1999)
 Dr. Barcellos Ferreira, Alvaro (Brasil)
 Dr. Baserger, Angel (Italia) (1908-)
 Dr. Battistini, Telémaco (Perú) (1895-)
 Dr. Beaujon, Oscar (Venezuela) (1914-1990)
 Dr. Benhold, H. (Alemania) (1893-)
 Dr. Berardinelli, Waldemar (Brasil)
 Dr. Bergstrand, Hilding (Suecia) (1886-)
 Dr. Bessis, Marcel (Francia) (1917-1984)
 Dr. Bischoff, Peter (Alemania) (1904-)
 Dr. Blaringhem, L. (Francia) (1878-1958)
 Dr. Briceño Iragorry, Leopoldo (Venezuela) (1908-1984)
 Dr. Briceño Romero, Gabriel (Venezuela) (1909-2002)
 Dr. Brito Beldford Roxo, Henrique (Brasil) (1877-1969)
 Dr. Broders, A. G. (EE.UU.) (-1964)
 Dr. Buie, Louis E. (EE.UU.) (1890-1975)
 Dr. Burchenal, Joseph H. (EE.UU.) (1912-2006)
- Dr. Calatrava Páramo, Luis (España) (1919-1984)
 Dr. Calvet, Jean (Francia) (-1982)
 Dr. Caminha, Nicolás (Brasil)
 Dr. Canetti, Georges (Francia) (1911-1971)
 Dr. Canseco González, Carlos (México) (1921-2009)
 Dr. Carvalho Luz, Fernando F. de (Brasil) (1916-)
 Dr. Carvalho Pinto, Virgílio Alves (Brasil) (1913-1988)
 Dr. Castro, Fernando D. (España)
 Dr. Cendán Alfonso, Juan E. (Uruguay) (1909-1978)
 Dr. Chifflet, Abel (Uruguay) (1904-1969)
 Dr. Cibert, Jean (Francia) (1900-)
 Dr. Conde Jahn, Franz (Venezuela) (1901-1977)
- Dr. Condorelli, Luigi (Italia) (1889-1985)
 Dr. Conn, Jerome W. (EE.UU.) (1907-1994)
 Dr. Conway Ivy, Andrew (EE.UU.) (1893-1978)
 Dr. Córdoba, Salvador (Venezuela) (1882-1967)
 Dr. Corner, George W. (EE.UU.) (1889-1981)
 Dr. Courier, Robert (Francia) (1895-1986)
 Dr. Court Brown, W. M. (Gran Bretaña) (1918-)
 Dr. Covarrubias, Álvaro (Chile)
 Dr. Coventry, Mark Bingham (EE.UU.) (1913-1994)
 Dr. Cox, Herald R. (EE.UU.) (1907-1986)
 Dr. Cruchet, René (Francia)
 Dr. Cruz Lima, Carlos (Brasil) (1902-1988)
 Dr. Cutait, Daher E. (Brasil) (1913-2001)
- Dr. Da Costa, Celestino (Brasil) (-1956)
 Dr. Da Fonseca, Olimpio (h) (Brasil)
 Dr. D'Allanis, Francisco (Francia) (-1969)
 Dr. Dameshek, William (EE.UU.) (1900-1969)
 Dr. Da Rocha Filho, José Mariano (Brasil) (1915-)
 Dr. Da Rocha Lima, Enrique (Brasil) (1879-1956)
 Dr. Davis, Loyal Edward (EE.UU.) (1896-)
 Dr. De Almeida, Miguel Ozorio (Brasil) (1890-1952)
 Dr. De Castro, Fernando (España)
 Dr. Decourt, Jacques (Francia) (1898-)
 Dr. Degos, Robert (Francia) (1904-1987)
 Dr. De la Fuentes Muñiz, Ramón (México) (1921-2006)
 Dr. Delbet, Pierre (Francia) (1861-1957)
 Dr. Del Campo, Juan Carlos (Uruguay) (1896-1978)
 Dr. De Luca, José (Italia) (1876-1964)
 Dr. Di Matei, Pietro (Italia) (1896-1994)
 Dr. Dogliotti, Mario (Italia) (1897-1966)
 Dr. Donzelot, G. (Francia)
 Dr. Do Prado, Cintra (Brasil)
 Dr. Dubost, Charles L. (Francia) (1914-)
 Dr. Dustin, Albert (Bélgica) (1884-1946)
- Dr. Endara, Julio (Ecuador) (-1969)
 Dr. Enriquez de Salamanca, Fernando (España) (-1966)
 Dr. Ernster, Lars (Suecia) (1920-1998)
 Dr. Esguerra Gómez, G. (Colombia) (1902-1989)

- Dr. Ferreras Valente, Pedro (España) (-1968)
 Dr. Favero, Flaminio (Brasil) (1895-)
 Dr. Feijó, Luis (Brasil)
 Dr. Ferreyra Santos, Guy (Brasil) (1917-2005)
 Dr. Foa, Carlos (Brasil) (1880-1971)
 Dr. Fontaine, René (Francia) (1899-1979)
 Dr. Fox, Wallace (Gran Bretaña) (1920-)
 Dr. Fraga, Helio (Brasil) (-1982)
 Dr. François, Jules (Bélgica) (1907-1984)
 Dr. Freedman, John (Gran Bretaña)
- Dr. Gaminara, Ángel (Uruguay) (1883-1960)
 Dr. García Palao, Antonio (España) (1920-2007)
 Dr. Gastaut, Henri (Francia) (1915-1995)
 Dr. Gay Prieto, José (España) (-1979)
 Dr. Gedda, Luigi (Italia) (1902-2000)
 Dr. Gennes, Lucien D. (Francia) (-1968)
 Dr. Gillies, Harold F. (Gran Bretaña) (1882-)
 Dr. Giordano, Alfonso (Italia) (1910-)
 Dr. Goes, Paulo de (Brasil)
 Dr. Goin, Lowel S. (EE.UU.) (-1970)
 Dr. Gómez, Helio (Brasil)
 Dr. Gómez Orbaneja, José (España) (1908-)
 Dr. González, Gustavo (Paraguay)
 Dr. González Bueno, Carlos (España)
 Dr. González Ochoa, Antonio (México) (1910-1994)
 Dr. González Torres, Dionisio (Paraguay) (1907-2001)
 Dr. Götz, Michael (Alemania) (-1997)
 Dr. Gros, Charles (Francia)
 Dr. Gutman, René (Francia) (1885-1981)
- Dr. Hackett, Lewis Wendell (EE.UU.) (1884-1962)
 Dr. Hamburger, Jean (Francia) (1909-1992)
 Dr. Harken, Dwight (EE.UU.) (1910-1993)
 Dr. Harvier, Paul (Francia)
 Dr. Hassler, Emilio (Paraguay) (1864-1937)
 Dr. Hernando, Teófilo (España) (-1976)
 Dr. Hormaeche, Estenio (Uruguay) (1892-1964)
 Dr. Hughes, Frank A. (Uruguay) (1905-1977)
- Dr. Infantozzi, José (Uruguay) (-1961)
- Dr. Jacob, Alfonso (Alemania)
 Dr. Jiménez Sánchez, Miguel (México) (-1977)
 Dr. Judet, Jean (Francia) (1905-1995)
 Dr. Justin Besançon, L. (Francia) (1901-1989)
- Dr. Kern, Richard (EE.UU.) (1891-1982)
 Dr. Krall, Leo P. (EE.UU.) (1914-2002)
- Dr. Laqueur, Ernesto (Holanda) (1880-1947)
 Dr. Latarjet, Raymond (Francia) (1911-1998)
 Dr. Leborgne, Raúl (Uruguay) (1907-)
 Dr. Léger, Lucien (Francia) (1912-)
 Dr. Leme Lopes, José (Brasil)
 Dr. Lemierre, André (Francia) (1875-1956)
 Dr. Lépine, Jean (Francia) (1876-1967)
 Dr. Leriche, René (Francia) (1879-1956)
 Dr. Leschker, Erich (Alemania) (1887-1933)
 Dr. Lian, Camille (Francia) (1882-1969)
 Dr. Lindeboon, C. A. (Holanda) (1905-1986)
 Dr. López García, Eloy (España) (1912-)
 Dr. Lortat-Jacob, Jean Louis (Francia) (1908-1992)
 Dr. Ludwig, H. (Suiza) (1903-1974)
- Dr. Mackinnon, Juan E. (Uruguay) (1905-1984)
 Dr. Malinow, Manuel R. (EE.UU.) (1920-2010)
 Dr. Martin, Franklin (EE.UU.)
 Dr. Martínez Bordiú, Cristóbal (España) (1922-1998)
 Dr. Martorell, Fernando (España) (1906-1984)
 Dr. Mayo, William James (EE.UU.) (1861-1939)
 Dr. Means, James Howard (EE.UU.) (-1960)
 Dr. Medina, José (Brasil) (-1994)
 Dr. Mercadal Peyri, José (España) (1903-1976)
 Dr. Merchante Iglesias, Alfonso (España) (1922-2003)
 Dr. Michaud, Louis (Suiza) (1880-)
 Dr. Millez, Paul (Francia) (1912-1994)
 Dr. Mingazzini, Ermanno (Italia)
 Dr. Monereo González, Julio (España) (-1977)
 Dr. Moreau, René (Francia) (-1973)
 Dr. Morelli, Alberto Carlos (Uruguay) (1906-1988)
 Dr. Mouriquand, George (Francia) (-1966)
 Dr. Mühlens, Peter (Alemania) (1874-)
- Dr. Nájera, Enrique (España) (1934-1994)
 Dr. Nario, Clivio (Uruguay) (1888-1952)
 Dr. Nicod, Jean Louis (Suiza) (1895-1983)
 Dr. Nonne, Max (Alemania) (1861-1959)
- Dr. Ochsner, Alton (EE.UU.) (1896-1981)

- Dr. Oliveira, Mario Olinto D. (Brasil) (1898-)
 Dr. Ortiz de Landázuri, E. (España) (1910-1985)
- Dr. Padilha Gonçalves, Antar (Brasil) (1916-2005)
 Dr. Paolucci, Rafael (Italia) (-1958)
 Dr. Paula, Aloyso de (Brasil) (1907-1990)
 Dr. Pérez Cicera, Ramón (México) (1906-1983)
 Dr. Pinotti, Henrique W. (San Pablo, Brasil) (1929-2010)
 Dr. Pittaluga, Gustavo (España) (1876-1956)
 Dr. Plá, Juan Carlos (Uruguay)
 Dr. Policard, Albert (Francia) (1881-1972)
 Dr. Poumeau de Lille, Guy (Francia) (-1979)
 Dr. Pozuelo Escudero, Vicente (España) (1918-1997)
 Dr. Purriel, Pablo (Uruguay) (1905-1975)
- Dr. Quix, Francisco Uberto (Holanda)
- Dr. Rachmilewitz, Moshe (Israel) (1898-1985)
 Dr. Ramos e Silva, João (Brasil) (1896-1983)
 Dr. Rezza, Emiliano (Italia) (-1989)
 Dr. Ribeiro, Leonidio (Brasil) (1893-1976)
 Dr. Riddle, Oscar (EE.UU.) (1877-1968)
 Dr. Riveros, Manuel (Paraguay) (1904-)
 Dr. Rocha e Silva, Mauricio (Brasil) (1910-1983)
 Dr. Rodríguez Miñón, José Luis (España) (1909-2001)
 Dr. Roguski, Jan (Polonia) (1900-1971)
 Dr. Rondoni, Pietro (Italia) (1882-)
 Dr. Roselli, Gustavo Sanvenero (Italia) (1897-1974)
 Dr. Rossier, Paul H. (Suiza) (1899-1977)
- Dr. Sada Tejero, Víctor M. (España) (1923-)
 Dr. Sáenz, Abelardo (Uruguay) (1894-1975)
 Dr. Sáenz de la Calzada, Isaac (España) (-1977)
 Dr. Salamanca, Enrique D. (España) (-1966)
 Dr. Salveraglio, Federico (Uruguay) (1907-1987)
 Dr. Sarro Burbano, Ramón (España) (1900-1993)
 Dr. Saye, Luis (España) (1888-1975)
 Dr. Schmidt Goffi, Fábio (Brasil) (1922-2009)
 Dr. Schroeder, Alejandro H. (Uruguay) (1890-1954)
 Dr. Schroeder Otero, A. (Uruguay) (1918-2000)
 Dr. Seckt, Hans (Alemania) (1879-)
 Dr. Selye, Hans (Canadá) (1907-1983)
- Dr. Siebek, Richard (Alemania) (1883-1965)
 Dr. Sierra, Lucas (Chile) (1866-1937)
 Dr. Sodi Pallares, Demetrio (México) (1913-2003)
 Dr. Solares, Aniceto (Bolivia) (1886-1972)
 Dr. Spitalier, Jean Maurice (Francia) (1922-1990)
 Dr. Suárez, Pablo A. (Ecuador) (-1945)
 Dr. Surraco, Luis A. (Uruguay) (1882-1970)
- Dr. Tena Núñez, Guillermo (España) (1923-2011)
 Dr. Tiffeneau, Marc (Francia) (1873-1945)
 Dr. Torres, Fernando (EE.UU.) (1924-2007)
 Dr. Travia, Luigi (Italia)
 Dr. Travieso, Carlos (Venezuela) (-1980)
 Dr. Tréfouél, Jacques (Francia) (1897-1977)
 Dr. Turner, Grey (Inglaterra) (1877-1951)
- Dr. Umbert, Federico (Alemania) (1871-)
 Dr. Uraga Peña, Enrique (Ecuador) (-1980)
- Dr. Vaccaro, Hugo (Chile)
 Dr. Vallejo Nágera, Antonio (España) (1889-1960)
 Dr. Vampré, Enjolras (Brasil) (1885-1938)
 Dr. Vanbreuseghem, Raymond (Bélgica) (1909-1993)
 Dr. Vane, John (Gran Bretaña) (1927-2004)
 Dr. Vanni, Vittorio (Italia) (1897-)
 Dr. Vargas Salcedo, Luis (Chile) (-1946)
 Dr. Vasconcellos, Edmundo (Brasil) (1905-)
 Dr. Veiga Carvalho, Hilario (Brasil) (-1978)
 Dr. Velasco Lombardini, Roberto (Uruguay) (1892-1984)
 Dr. Victoria, Eduardo P. (España)
 Dr. Vignale, Bartolomé (Uruguay) (-1968)
 Dr. Villa, Luigi (Italia) (1896-)
 Dr. Von Euler, Ulf (Alemania) (1905-1983)
- Dr. Welbourn, Richard B. (Gran Bretaña) (1919-2005)
 Dr. Wertheimer, Pier (Francia) (1892-)
 Dr. Wiggers, Carl J. (EE.UU.) (1883-1963)
 Dr. Wintrobe, Maxwell (EE.UU.) (1901-1986)
 Dr. Wolfromm, René (Francia) (1910-1972)
 Dr. Wright, Irving S. (EE.UU.) (1901-)
 Dr. Wunderlich, Mario J. (Guatemala)
- Dr. Young, H. H. (E.UU.)
- Dr. Zondek, Bernhart (Israel) (1891-1966)
 Dr. Zúmel, Mariano F. (España) (1907-1997)

NECROLÓGICAS

**ACADÉMICO EMÉRITO
DR. PEDRO HORACIO MAGNIN**

PALABRAS RECORDATORIAS POR EL ACADÉMICO
DR. LEOPOLDO F. MONTES

**ACADÉMICO EMÉRITO
DR. ALEJANDRO C. PALADINI**

PALABRAS DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACAD. JOSÉ A. NAVIA
EN EL ACTO DEL SEPELIO

PALABRAS RECORDATORIAS
POR EL ACAD. ALEJANDRO F. DE NICOLA

**ACADÉMICO EMÉRITO
DR. PEDRO HORACIO MAGNIN***

6-12-1925 / julio-2012

Recibimos esta mañana sorpresivamente la triste noticia del fallecimiento del Académico Pedro Horacio Magnin ocurrido hace varias semanas sin el conocimiento hasta hoy de la Academia.



Sus antecesores como dermatólogos en nuestra Institución fueron: Baldomero Sommer, Maximiliano Aberastury, Pedro Baliña y Marcial I. Quiroga.

Fue electo para ocupar el Sitial N° 17-*Marcial Ignacio Quiroga*, el 29 de mayo de 1986 e incorporado el 4 de septiembre de ese mismo año. Fue nombrado Académico Emérito el 26 de abril de 2001.

* Palabras pronunciadas durante la Sesión Privada del Plenario Académico de la Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires el día 30 de agosto de 2012.

Discípulo de Marcial Quiroga, su actuación dermatológica se desarrolló en el Hospital Ramos Mejía donde actuó como Jefe de Servicio y Profesor Titular de la Cátedra. Fue, además, dermatólogo del Hospital Británico.

En la etapa inicial de su carrera trabajó con Stephen Rothman, uno de los iniciadores de la investigación bioquímica de la piel normal y patológica. En su Departamento de la Universidad de Chicago realizó estudios sobre pigmentación cutánea. Desde su regreso, dictó clases a estudiantes y graduados, investigó, publicó numerosos trabajos, obtuvo premios importantes y formó dermatólogos que hoy ocupan cargos de responsabilidad creando a su vez escuelas.

Siempre valoré las palabras pronunciadas en su discurso de incorporación insistiendo en la "importancia de crear en nuestro país las condiciones aptas para el trabajo y subsistencia de los talentos recuperados para evitar que se conviertan en emigrantes".

Al despedirlo aquí, aunque su larga enfermedad hiciera que no lo viéramos desde hace mucho tiempo, le decimos a Pedro que lo seguiremos extrañando y pedimos a Dios que descanse en paz.

*Acad. Leopoldo F. Montes**

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

ACADÉMICO EMÉRITO
DR. ALEJANDRO C. PALADINI*
4-4-1919 / 15-9-2012

**PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACAD. JOSÉ A. NAVIA**, EN EL ACTO DEL SEPELIO**

Como Presidente de la Honorable Academia Nacional de Medicina, y en nombre de su Plenario Académico, vengo a despedir a una figura señera de la investigación Bioquímica y de la Medicina Argentina.



Alejandro Paladini fue miembro de número de la Academia Nacional de Medicina, nombrado el 24 de septiembre de 1998; ocupó el Sitial N° 19 sucediendo a otra figura de la medicina, el renombrado académico Alberto Taquini. En los últimos años se retiró de este sitial pasando a la posición de Académico Emérito de nuestra Corporación.

* Palabras pronunciadas durante el acto de sepelio el día 15 de septiembre de 2012

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

Quiero reconocer en Alejandro Paladini la excelencia en la investigación, la formación de discípulos brillantes, el haber actuado como maestro excelso de la bioquímica y como paradigma de la gestión universitaria, sin olvidarme de su capacidad para la dirección de institutos de investigación.

Dr. Paladini: Que el Señor nuestro Dios lo reciba en su morada. Ud. trabajó intensamente por la ciencia en busca de la verdad, y por la medicina toda.

PALABRAS RECORDATORIAS* **POR EL ACAD. ALEJANDRO F. DE NICOLA****

El sábado 15 de septiembre falleció a los 93 años nuestro Académico Emérito, distinguido Profesor y excepcional científico, Dr. Alejandro Paladini.

El Dr. Paladini nació en Buenos Aires en 1919. Ingresó en 1937 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, para cursar estudios en la Escuela de Farmacia y Bioquímica. En 1940 se recibió de farmacéutico (con Medalla de Oro) y en 1943, de Bioquímico. En 1946 finalizó sus estudios como Doctor en Farmacia y Bioquímica, distinción acompañada con la Medalla de Oro y Diploma de Honor de la Facultad de Ciencias Médicas a la Mejor Tesis Doctoral.

En 1946, ingresó como Jefe de Trabajos Prácticos en la Cátedra de Fisicoquímica y dictó un curso libre de Cálculo Infinitesimal. Ese mismo año fue seleccionado como becario del Instituto de Investigaciones Bioquímicas de la Fundación Campomar, que dirigía Luis Federico Leloir. Su trabajo, como miembro del equipo de Leloir, fue la identificación y el aislamiento de dos coenzimas fundamentales para el procesamiento de la glucosa y la galactosa. Este descubrimiento fue confirmado en Inglaterra y Estados Unidos.

En 1951 partió hacia los Estados Unidos para trabajar mediante una beca de investigación en el Instituto Rockefeller, de Nueva York. Allí realizó investigaciones bajo las órdenes del afamado químico C. Craig y logró, al poco tiempo, establecer la estructura de la tirocidina, uno de los primeros antibióticos de origen microbiano que fueron descubiertos. En el laboratorio, trabajó con los químicos Moore y Stein, quienes en 1972 recibieron el Premio Nobel de Química.

Al regresar al país en 1953, se relacionó con Eduardo Braun Menéndez,

* Palabras pronunciadas durante la Sesión Privada del Plenario Académico de la Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires el día 27 de septiembre de 2012.

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

y juntos comenzaron a estudiar la angiotensina, un descubrimiento argentino fundamental para el conocimiento y tratamiento de la hipertensión arterial. Dos años después pasó a trabajar en el Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina, que antes había dirigido Bernardo Houssay. Allí fue designado Jefe de Laboratorio, y consolidó la orientación de sus estudios hacia la química de proteínas. En 1959 fue nombrado al frente de la Cátedra de Química Biológica de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, y fue elegido Director del Departamento de Química Biológica en 1964. Uno de los mayores logros científicos de esta dirección fue el establecimiento de una escuela especializada en determinar la estructura de las proteínas.

Se retiró de la dirección del Departamento en 1984. Entonces, pasó a dirigir el Instituto de Química y Fisicoquímica Biológicas (IQUIFIB), dependiente de la Universidad de Buenos Aires y el CONICET. En sus etapas posteriores, Paladini trabajó sobre la farmacología de compuestos vegetales que actuaban como agonistas del receptor del GABA, el principal agente químico que inhibe al cerebro. Estos trabajos fueron reconocidos internacionalmente, ya que demostraron que modificaciones de las moléculas naturales originaban compuestos más potentes en su capacidad ansiolítica.

El Dr. Paladini recibió numerosas distinciones, entre ellas el Premio Bunge y Born (1984), Premio Konex (1983), Premio Sordelli de la Asociación Química Argentina, Premio Leloir de la Academia Nacional de Ciencias, y perteneció a las Academias de Ciencias de América Latina, del Tercer Mundo, de Ciencias Médicas de Córdoba, Real Academia de Farmacia de España, Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires y de Farmacia y Bioquímica de Buenos Aires. En la Academia Nacional de Medicina fue incorporado en 1999 en el Sitial N° 19-*Manuel Porcel de Peralta*, cargo que ocupó hasta su renuncia, siendo nombrado posteriormente Académico Emérito.

El Dr. Alejandro Paladini estaba casado con María Teresa Tabares, y le suceden 2 hijos, 9 nietos y 4 bisnietos. Con estas palabras que pronuncio en nombre de la Academia Nacional de Medicina, despedimos no solamente a uno de nuestros integrantes, sino también a un hombre de honor, excelso Profesor, hombre de ciencia, y formador de una escuela de bioquímicos que perdurará por siempre en la Argentina.

HOMENAJES

**A LOS ACADÉMICOS TITULARES
DR. LEÓN DE SOLDATI Y
DR. JORGE SÁNCHEZ ZINNY
EN EL CENTENARIO DE SUS NACIMIENTOS**

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA

EL ACADÉMICO LEÓN DE SOLDATI

PALABRAS DEL ACADÉMICO MARCELO V. ELIZARI

EL ACADÉMICO JORGE SÁNCHEZ ZINNY

PALABRAS DEL ACADÉMICO VICENTE GUTIÉRREZ

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO*
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA**

Por reglamento y tradición de la Academia Nacional de Medicina esta Sesión Pública Extraordinaria se realiza con el objeto de recordar a los Sres. Académicos León de Soldati y Jorge Sánchez Zinny en el centenario de sus nacimientos.

Orgullo, recuerdo y agradecimiento a estos maestros es nuestro sentir en este acto. Orgullo, pues esta Corporación tuvo la posibilidad de contarlos en su seno. Recuerdo, pues es necesario mantener y acrecentar sus figuras. Agradecimiento, por sus logros no sólo científicos sino también por los valores que inculcaron a sus discípulos y dejaron grabados en nuestra Academia.

A continuación el Académico Marcelo Elizari hará la semblanza del Acad. León de Soldati y su aporte a la Cardiología argentina. El Académico Vicente Gutiérrez disertará sobre la personalidad del cirujano y maestro Acad. Jorge Sánchez Zinny.

Sólo me resta hacer extensivo el saludo de nuestra Academia Nacional de Medicina a sus familiares presentes así como a sus discípulos.

Muchas gracias.

* Acto realizado en la Sesión Pública Extraordinaria de la Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires el día 22 de noviembre de 2012.

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

EL ACADÉMICO LEÓN DE SOLDATI

20-7-1912 / 9-1-1998

ACADÉMICO MARCELO V. ELIZARI*

Muchos de los aquí presentes, hemos tenido el honor de conocer al Dr. León de Soldati, uno de los grandes inspiradores de la Cardio-



logía Argentina. Por ello, recordarlo en este acto me emociona y me conmueve. El Dr. León de Soldati ingresó como académico de número en el Sitial 22 el 8 de octubre de 1970 y al presentar su renuncia en abril de 1997 se lo designó Miembro Emérito.

Cuando acepté hablar en este homenaje a la memoria de León de Soldati, me aboqué a la búsqueda de su trayectoria como cardiólogo, de su producción científica, de su actividad docente y académica y

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

no menos importante, de sus valores como ser humano. Confieso que cuando comencé a escudriñar sus antecedentes científicos, me enfrenté a sus contenidos como quien investiga la labor creativa de un colega y al hacerlo, me encontré con un maestro que a mi entender, es el máximo reconocimiento de su labor médica y por ello, vaya nuestro sincero primer homenaje. La magnitud y calidad de su producción científica no es ocultable y menos aún sus atributos como ser humano.

En la historia de la medicina es conocida la existencia de médicos destacados pertenecientes a una misma familia. Andrea Vesalio (1514-1564), fundador de la anatomía científica, era hijo, nieto y bisnieto de médicos, y si nos remontamos a los tiempos del padre de nuestra profesión, Hipócrates de Cos (470-375 a.C.), vemos que era descendiente de médicos. En aquella época era una tradición establecida que los conocimientos médicos pasaran de padres a hijos. En la medicina argentina también existen ejemplos de familias de médicos destacados abocados tanto a la práctica asistencial como a la actividad académica. Los nombres de Finochietto, Argerich, Herrera Vegas, entre otros, son en ese sentido familiares para nosotros.

El linaje de León de Soldati es destacable: hijo, nieto, bisnieto y tataranieto de médico en línea paterna y a su vez, padre de médico. Sin duda éste es un ejemplo de genuina fuerza y mandato vocacional y es inevitable que nos preguntemos cuál es la causa por la cual surgen talentos en determinado medio familiar. ¿Se trata de una facilitación de la enseñanza derivada de la comunicación de conocimientos de padres a hijos o se debe a una transmisión hereditaria y familiar del talento? Si bien existen referencias de un gran número de familias cuyos miembros se destacaron en el cultivo de nuestra y otras disciplinas, existen también honrosas excepciones.

El iniciador de este linaje médico fue el Dr. Nicolás de Soldati, proveniente de una antigua familia originaria de Suiza, quien a mediados del siglo XVIII contrae matrimonio con Bárbara Gianni y de esa unión se sucedieron seis generaciones de médicos en Suiza y en la Argentina. Tan arraigada era la tradición de herederos médicos de los De Soldati que el 20 de julio de 1912, al asentar en el libro parroquial el bautismo de León de Soldati, el párroco de la Catedral de Tucumán escribió: "Hoy he bautizado a un doctor en medicina". Esta potencial predeterminación en relación a la vida profesional futura de León de

Soldati se vio ampliamente confirmada. Su infancia luminosa, apacible y feliz fue inesperadamente ensombrecida por la muerte prematura de su padre como consecuencia de un infarto de miocardio, cuando León sólo contaba 8 años. Esta tragedia lo motivó aún más y lo llevó de manera irrevocable a seguir los pasos de su padre y ser el médico que la tradición y tendencia familiar ya le habían fijado. Realizó su bachillerato en Tucumán y en 1930 ingresa en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Su madre, Angelina Posse Ceballos de De Soldati, y sus dos hermanos se trasladaron a Buenos Aires, haciendo que su carrera se desarrollara en el hogar que su madre, con criterio integrador, supo sostener.

Egresó de la Facultad de Medicina con honores en 1936 y de inmediato ingresó en el Hospital Alvear donde había concurrido en los últimos años de estudiante como practicante. Se incorporó a la III Cátedra de Clínica Médica a cargo de Francisco Arrillaga, quien había sido discípulo de un prócer de la medicina argentina, el Dr. Abel Ayerza. En la III Cátedra de Clínica Médica inició su carrera docente como ayudante de cátedra. Por sus cualidades personales y sus dotes intelectuales, Arrillaga le brindó a De Soldati todo su apoyo en el comienzo de su trayectoria profesional pero luego, por propios méritos, obtuvo los títulos universitarios que lo llevaron a ser Profesor Titular Adjunto de Clínica Médica en 1949. A instancias del Profesor Arrillaga, De Soldati logró franquear las puertas del Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina de la UBA y el Prof. Bernardo Houssay aceptó ser el tutor de su tesis *Los trastornos circulatorios de la avitaminosis B1*, que además de permitirle acceder a su doctorado, le valió el Premio "Facultad de Ciencias Médicas" en el año 1940. Permaneció en el Instituto hasta su disolución en 1943, no sin antes obtener una Mención Especial de la Comisión Nacional de Cultura (1942) por su libro sobre el mismo tema. A partir de entonces, su actividad clínica y de investigación continuó en la III Cátedra de Clínica Médica del Hospital Alvear.

Cabe señalar que hasta el año 1949 no existían Servicios de Cardiología con internación propia en los hospitales municipales, con excepción del Pabellón Luis H. Inchauspe del Hospital Ramos Mejía, que había sido inaugurado en 1945. En el ámbito municipal, la especialidad Cardiología se inició en el año 1930 en el Hospital Ramos Mejía bajo la dirección de Rafael Augusto Bullrich en un Servicio de Clínica Médica ya que la Cardiología no tenía internación propia. Esa repartición o

Dispensario N° 1 se denominó Asistencia Social al Cardíaco. Luego se creó el Dispensario del Hospital Rawson y el tercero, en el año 1935, le correspondió a la Sala XII del Hospital Alvear, cuyo Jefe era el Profesor Francisco Arrillaga. En el año 1936, con su flamante título de médico, León de Soldati ingresó a ese dispensario que estaba a cargo de otra figura señera de la Cardiología Argentina, el Dr. Alberto C. Taquini. En 1937, A. C. Taquini, B. Moia, P. Cossio y E. Braun Menéndez crean la Sociedad Argentina de Cardiología y de inmediato la Revista Argentina de Cardiología. Cuando Taquini se retira del Hospital Alvear, León de Soldati queda como Jefe del Dispensario hasta que en 1949 se transformó en Servicio Autónomo de Cardiología con internación propia y por concurso, León de Soldati accedió a su jefatura. Este acontecimiento coincidió con su obtención del título de Profesor Adjunto de Clínica Médica confirmado con posterioridad por el Honorable Consejo Universitario. A cargo del Servicio de Cardiología realizó numerosas investigaciones y publicaciones sobre temas clínico-cardiológicos, entre los que se destacó y merece particular mención su libro *Balistografía Clínica*, que le valió el Premio Mariano Castex al mejor trabajo de Medicina Interna otorgado por esta Academia en el año 1957. De los 16 libros que publicó solo o en colaboración, *Enfermedades Cardiovasculares* constituyó su mejor gran obra en dos volúmenes de 1000 páginas cada uno en los que condensó su experiencia y la de su Servicio de Cardiología. Tan importante fue su repercusión que mereció la distinción de estar expuesto en el stand bibliográfico del VI Congreso Mundial de Cardiología realizado en Londres, como única obra de habla española sobre Cardiología. El académico Dr. Juan José Beretervide, director del Instituto de Cardiología Hermenegilda Pombo de Rodríguez decía sobre este aporte de León de Soldati: "Ha contribuido a enaltecer la calidad de esta obra, la circunstancia de haber sido inspirada y elaborada en el Servicio de Cardiología del Hospital Alvear, verdadero instituto modelo que honra a nuestro país y a su propulsor, el Dr. de Soldati, y que demuestra una vez más todo lo que puede una bella inteligencia al servicio de un gran corazón y de una férrea voluntad realizadora". Otras distinciones obtenidas por su destacada trayectoria fueron el Premio Dr. Francisco Arrillaga en 1971 y en 1989 la de Doctor Honoris Causa otorgado por el Consejo Superior de la Universidad de Tucumán. En 1954 fue elegido presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología y en 1956 la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires lo designó Director del Curso Superior de Médicos Cardiólogos, cargo que mantuvo hasta 1973.

Desde el ingreso a la Academia Nacional de Medicina, su labor en esta Institución fue intensa. En 1979 la Academia lo designó Director Asociado del Instituto de Cardiología de la Fundación Hermenegilda Pombo de Rodríguez, cargo que dejó en enero de 1985. En 1983 recibió el título de “Maestro de la Medicina Argentina” como testimonio verdadero de lo que esencialmente fue.

Si bien muchas habían sido sus actividades académicas, clases, conferencias, libros, monografías, brillantes participaciones en congresos nacionales e internacionales y simposios de alto nivel, **su obra y actividad preferida** fue el desarrollo del Servicio de Cardiología que él conducía: su “**tercer hijo**”, como dijera Marcial I. Quiroga en el discurso de recepción de León de Soldati a la Academia Nacional de Medicina. Con constancia y esfuerzo lo dirigió, lo hizo crecer y lo prestigió sin descuidar las obligaciones como Profesor Adjunto de Medicina y Director del Curso Superior de Médicos Cardiólogos de la Facultad de Medicina de la UBA, actividades que desempeñó con vitalidad, entusiasmo y autoridad como médico asistencial y maestro genuino.

Quienes trataron personalmente al Dr. León de Soldati reconocieron en él a un ser humano inteligente, cálido, fino, sutil, auténtico, amablemente irónico, de natural simpatía con agudo sentido del humor y risa contagiosa. Estos atributos y su bagaje cultural y científico le permitieron franquear las puertas del éxito y de la amistad y obtener lo necesario para el ejercicio digno de la especialidad en la asistencia hospitalaria de los enfermos cardíacos.

El Dr. Carlos Bertolasi, que ocupó el sitial dejado por De Soldati, en su discurso de incorporación a la Academia lo definió como uno de los “Caballeros de la Medicina”. “Los Caballeros como De Soldati -decía Bertolasi- disfrutaban de una medicina más racional con un conocimiento superior de la clínica y máximo interés por el paciente y su entorno” -y agregaba- “Luego aparecieron los técnicos, producto del incesante desarrollo de nuevos recursos que, si bien significaron progreso, conllevan la peligrosa tendencia de transformar la técnica en un fin en sí misma”. La ambición de De Soldati, “su estrella”, fue alcanzar la ciencia clínica que es aprehender el dolor del hombre para aliviarlo; aprendió de Arrillaga cómo escuchar, cómo entender, cómo captar al enfermo y su enfermedad. Esto es, ser precisamente, un médico verdadero. Si hoy De Soldati ocupara este lugar seguramente

les diría: la tarea más importante de nuestra época es la de descubrir un sistema por el cual alcancen a todos los hombres, sin distinción, los beneficios que los progresos de la ciencia y la tecnología han proporcionado a la humanidad.

Cada vez que un ser humano muere, un mundo desaparece a veces de manera irreparable porque nadie sigue su linaje. Pero hay linajes que valen la pena seguir: el linaje del trabajo serio, de la cooperación en la creatividad con consecuencia social y del hacer universitario responsable. Si linajes como éste se pierden, desvirtuamos lo fundamental de nuestro ser humano. El Dr. de Soldati fue un clínico de raza dotado de cualidades que hicieron de él una figura descollante y respetada dentro y fuera del país, no sólo por su capacidad docente y su oratoria brillante, sino también por su conducta humanista dentro y fuera del ejercicio de su profesión.

Por ello, recordemos al hombre que dio todo de sí para los demás, y que, con sus acciones, fue un pilar de fuerza moral y un ejemplo de excelencia académica. Gracias León de Soldati por hacer más sabios y mejores a los que han estado a tu lado.

EL ACADÉMICO JORGE SÁNCHEZ ZINNY

15-12-1912 / 16-7-1980

ACADÉMICO VICENTE GUTIÉRREZ*

Mi agradecimiento al Señor Presidente y al Consejo de Administración, por haberme encomendado hablar en nombre de la Academia, en el centenario del nacimiento de Jorge Sánchez Zinny, quien ocupara el Sitial N° 14.



Para mí es una emoción especial porque lo conocí hace más de 50 años como ayudante en los quirófanos del antiguo Sanatorio Bosch. Más tarde me recibió en la Sala VII como médico concurrente y en la Cátedra como Jefe de Trabajos Prácticos honorario. Mi objetivo era aprender cirugía de las vías biliares, antes de viajar becado a Inglaterra, sabiendo que estaban en un nivel superior a muchos países de Europa. Pero no sólo cumplí con mi objetivo, sino que además conocí un grupo humano excepcional, con el que seguí unido a lo largo de toda mi carrera.

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

Desde entonces pude seguir año tras año su brillante trayectoria y esta tarde tendremos el placer de revivir algunos aspectos de su carrera, para compartirlas con los Académicos, su familia, discípulos y amigos.

Un 15 de diciembre de 1912 nace en Buenos Aires Jorge Sánchez Zinny, en un hogar cuyo cariño le brindó una infancia feliz y moldeó su personalidad.

En 1930 egresa como bachiller en el Colegio Nacional Domingo Faustino Sarmiento, en aquel entonces uno de los mejores de Buenos Aires. Marcial Quiroga, quien años más adelante lo recibiría en la Academia Nacional de Medicina, fue su profesor de Anatomía. Cursó el secundario con tan altas calificaciones, que todos los años fue eximido de los exámenes finales.

Seguro de su vocación, en 1937 se gradúa de Médico en la Universidad de Buenos Aires y tres años después obtiene el Doctorado.

Como era tradición en esa época, antes de la graduación, los alumnos hacían prácticas en las guardias de urgencia. Jorge Sánchez Zinny eligió el Hospital Ramos Mejía, tal vez sin pensar que ese histórico hospital sería “su segundo hogar” por más de sesenta años.

Apenas graduado ingresa a la Sala VII, que al mismo tiempo era sede de la Cátedra de Clínica Quirúrgica a cargo de Delfor del Valle, su maestro.

Inicia así dos carreras paralelas, la de cirujano con el nombramiento de Médico Asistente por concurso en 1938 y la de docente en 1942 como Jefe de Trabajos Prácticos. Ambas disciplinas requieren una profunda dedicación y la única manera de progresar es ejerciendo la cirugía, enseñando e investigando. Sánchez Zinny lo demostró en numerosas pruebas y en estrictos concursos por oposición.

Llegamos así a 1963, verdadero hito en la carrera de Jorge Sánchez Zinny. Es designado Jefe de la Sala VII y, al mismo tiempo, Profesor Titular, para ocupar la 2ª Cátedra, en la que habían descollado desde 1887 Luis Güemes, Julián Aguilar, Juan B. Justo, Pascual Palma, R. Armando Marotta, Delfor del Valle, Abel Canónico y Alejandro J. Pavlovsky.

Ese mismo año la Universidad de Buenos Aires crea la Unidad

Docente Hospitalaria, de la que llega a ser Director, y la Municipalidad inaugura el Sistema de Médicos Residentes.

Este último logro fue por una firme decisión de su discípulo Alberto Mondet, entonces Secretario de Salud Pública, y en contra de la voluntad de quienes pretendían continuar el perimido sistema de médicos concurrentes.

Durante 16 años Jorge Sánchez Zinny fue Director del Programa, formando a generaciones de cirujanos. Hoy podemos celebrar la presencia de varios de ellos, compartiendo el recuerdo de quien les enseñara los primeros pasos en la cirugía y donde también aprendieron el valor del compañerismo, que han mantenido a lo largo del tiempo.

La “plana mayor” que acompañaba a Sánchez Zinny, en ese período brillante, estaba integrada por Adolfo Reyes Walker, Alberto Mondet, Miguel Figueroa, José María Franci, Roberto Vidal, Alejandro Villegas, Gerardo Lorenzino, Juan Carlos Etchebarne y Salomón Barg. Pocos años más tarde sus más cercanos colaboradores fueron los cirujanos Enrique Obejero y Roberto de Rosa, y los terapeutas Roberto Padrón y Ofelia Miceta.

Había también una persona más importante que los Jefes de Clínica y de Trabajos Prácticos. Me refiero a Elsa Montes de Oca, incansable y fiel secretaria durante más de 25 años. Su presencia hoy, permite rendir homenaje a todas las Secretarías de Cátedra, que tanto han contribuido a la educación en medicina.

En 1971, en representación del claustro de profesores, fue elegido Consejero Titular en el Consejo Directivo de la Facultad. Renunció al poco tiempo por el clima de partidización política que habían asumido algunos consejeros y por faltas de respeto a los profesores.

En 1976 forma parte del Consejo Asesor del Decano y en 1979 es distinguido como Profesor Emérito de la Universidad de Buenos Aires

A continuación mostraré una galería de imágenes, que ayudarán a revivir muchos recuerdos de Jorge Sánchez Zinny en su calidad de Jefe y de Profesor.

El primer detalle era su aspecto juvenil y su prestancia en el vestir y en el hablar.

Era un purista de la lengua, como fiel heredero de un padre y un bisabuelo, historiadores y escritores.

No le gustaban las vulgaridades. Los buenos modales eran una característica de los médicos de la Sala VII, tanto en las salas y consultorios, como en el quirófano. Seguramente, uno de los motivos por los cuales la Escuela de Instrumentadoras era de las más codiciadas de Buenos Aires.

Usaba siempre el delantal prolijamente planchado y con mangas cortas, como usaban los cirujanos argentinos a fines del siglo XVII y como era la costumbre en el Johns Hopkins de Baltimore. En el bolsillo superior colocaba sus anteojos de marcos anchos, que sólo usaba para operar y para leer (*Foto 1*). Cuando durante una lectura lo



Foto 1

interrumpían, se los quitaba pausadamente sosteniéndolos por una de las patillas, gesto que era casi como un rito.

En el trabajo era muy serio y solamente tuteaba a algunos de sus colaboradores más cercanos. Se enojaba con facilidad, sin exabruptos ni levantando la voz y sólo transformando su mirada afable en un semblante rígido e intimidante. Pero al poco rato recuperaba la sonri-

sa y todo continuaba en el habitual clima de serenidad.

En las revistas de sala, se detenía en los enfermos con patología compleja o infrecuente y enseñaba Semiología, herramienta indispensable, de una época en la que los únicos auxiliares eran el laboratorio y la radiología.

El aula con un diseño de los hospitales europeos de principios del siglo XVIII, conservaba las gradas de madera, el amplio pizarrón y un primitivo negatoscopio. Era el ámbito de conferencias y de reuniones, en las que Sánchez Zinny se sentaba en un sillón tapizado y de espaldas a la ventana, para de este modo dialogar con el auditorio y con el disertante.

Para sus clases utilizaba el pizarrón y el puntero, porque la proyección de diapositivas era todo un problema para el trabajo diario.

Había heredado las costumbres de las clásicas escuelas quirúrgicas de Francia, sin dejar de admirar los progresos de América del Norte.

Los sábados, muchas veces hasta pasado el medio día, hacía revista de sala y dirigía el ateneo semanal en el aula.

Los médicos residentes procuraron acortar esos “largos sábados matinales”, pidiendo a su esposa *Beba* que lo invitara a almorzar más temprano. El único logro fue que los sábados, Jorge Sánchez Zinny cambiara su traje y corbata, por una ropa más deportiva.

Solía insistir a los más jóvenes que debían publicar, porque si no fuera por ello, muchos adelantos hubieran quedado en el olvido.

Publicó trabajos sobre los más variados temas de la cirugía general, principalmente del aparato digestivo y de la glándula tiroides, con sus discípulos como colaboradores, estimulándolos así a una cirugía más científica.

En 1965 escribió el libro *El pequeño síndrome de hipertensión biliar*, sobre los principios para un diagnóstico precoz antes que aparecieran síntomas de colestasia. Este concepto recobró actualidad 34 años más tarde, en los comienzos de las colecistectomías laparoscópicas.

Actuar en Sociedades Científicas, es trabajar para los demás y

para el progreso de la medicina. Jorge Sánchez Zinny fue uno de los fundadores de la Sociedad Argentina de Cirujanos y ocupó la presidencia. También presidió el Colegio Argentino de Cirujanos y apoyó el movimiento que logró la integración de ambas sociedades dentro de la Asociación Argentina de Cirugía.

Fue también miembro de la Société Internationale de Chirurgie, del Colegio Internacional de Cirugía Digestiva, del American College of Surgeons, del que fue Presidente del Capítulo Argentino y luego Gobernador, de las Sociedades de Cirugía Torácica, de Patología Mamaria, de Humanismo Médico, de Cirugía de Chile y de Brasil y de la Asociación Médica Argentina.

En la Academia Argentina de Cirugía, fue un activo participante, sosteniendo sus opiniones con firmeza y vehemencia. Sus pares lo eligieron presidente en 1972 y Miembro Honorario al año siguiente.

La Asociación Argentina de Cirugía, la principal institución quirúrgica de nuestro país, lo eligió para presidir el Congreso Argentino de 1974 y dos años más tarde lo distinguió como Miembro Honorario.

Fueron años de un gran cambio en la Asociación y en los Congresos, liderado por cuatro presidentes, que eran al mismo tiempo Fellows del American College of Surgeons. Andrés Santas, Diego Zavaleta, Julio Uriburu y Jorge Sánchez Zinny (*Foto 2*) cambiaron el



Foto 2

modelo de las primitivas sociedades europeas, hacia el del American College con participación activa de los inscriptos, forum de investigación, coloquios, mesas redondas y la invitación a otras sociedades científicas. Como secretario en ese período, fui testigo de cuánto se trabajó para bien de los demás y de la cirugía argentina.

En la vida de un cirujano, la mayor gratificación es ver a sus enfermos curados y en la de un profesor celebrar el triunfo de sus alumnos y colaboradores.

Jorge Sánchez Zinny tuvo muchas de estas gratificaciones y otras con premios y distinciones.

Una de ellas fue en 1973, cuando el American College of Surgeons envió a Buenos Aires a un equipo de profesionales de cinematografía, para filmarlo operando un enfermo con patología del colédoco terminal, tema que lo apasionaba desde sus inicios con Delfor del Valle.

También es un orgullo para un Jefe, cuando su Programa de Residencia, es elegido por hijos y parientes de cirujanos y así ocurrió desde 1963 hasta su retiro como jefe de la Sala VII.

Un tercer galardón silencioso, es el haber sido cirujano de cirujanos y de sus familias, demostración de calidad técnica y humana.

Fue también una gratificación el haber podido desarrollar sus principios de solidaridad, viajando en 1944 a San Juan como voluntario, para asistir a los heridos del terremoto que había asolado a la provincia.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

El primer ocupante del Sitial N° 14, creado en 1922, fue Manuel Hermenegildo Rodríguez, boticario con designación oficial por Santiago de Liniers y defensor de Buenos Aires durante las Invasiones Inglesas. Lo sucedieron académicos de nota como Buenaventura Bosch, Rodolfo Wolff, Domingo Parodi, José María Astigueta, Eliseo Cantón, José M. Jorge y Alejandro Pavlovsky, éste último también profesor en la Cátedra de Cirugía del Hospital Ramos Mejía.

En 1976 Jorge Sánchez Zinny es elegido Académico de Número (Foto 3). El discurso de recepción estuvo a cargo del Presidente de



Foto 3

Honor Marcial Quiroga, quien con sus dotes de orador, hizo el elogio del nuevo Académico.

16 DE JULIO DE 1980

Muere repentina e inesperadamente, después de un habitual día de operaciones, acompañado por su esposa e instrumentadora de tantos años, Edith Kesserú, y por Roberto de Rosa uno de sus dilectos desde la época de residente.

Pocas horas antes, ambos habían participado en la última operación de Jorge Sánchez Zinny.

Tenía 68 años de edad, para los parámetros actuales un hombre joven, y joven también era su aspecto, su carácter y su actividad profesional.

Estaba en la cumbre de su carrera, cosechando todo lo que había sembrado. María Laura, María Cristina, sus yernos y nietos, gozando de un padre y abuelo, con más tiempo para su familia.

Contaban sus amigos que había deseado una muerte repentina, seguramente por el sufrimiento que vivió junto a sus dos hijas, en la

prolongada enfermedad de *Beba*, su primera esposa.

Para su triste despedida, la Academia Nacional de Medicina designó a Julio Uriburu, amigo y compañero desde la época en que ambos hicieron el Servicio Militar como voluntarios:

“Sus pares y sus amigos están de duelo por la pérdida de quien consideraban irremplazable.

Vendrán otros a cubrir su puesto, pero tal vez no serán como Sánchez Zinny. Pocas veces se vieron reunidas tantas cosas buenas en una sola persona.

Nos desesperamos ante lo que consideramos injusto, que ya no esté más entre nosotros. No podemos oponernos ante el designio divino, Dios, que lo tiene ahora en su santa gloria, sabe por qué lo ha hecho y no es de nosotros, pobres mortales, el discutir sus actos; sólo cabe acatarlos y pedir fortaleza para sobrellevar tan grande pena”.

Como lo establece el estatuto de la Academia, al poco tiempo hubo que ocupar su sitial. La solemne ceremonia fue abierta por el presidente Horacio Rodríguez Castells con estas palabras: “Nos ha dejado la imagen de un hombre probo y cabal, del científico serio, del docente e investigador de singulares dotes, porque se esperaba de él una prolongada y brillante actuación en nuestra Corporación”.

Quiso el destino que Andrés Santas, que junto a Julio Uriburu habían sido compañeros de ideales y amigos de Jorge Sánchez Zinny, fuera elegido para ocupar el sitial N°14.

En sus emocionadas palabras de incorporación dijo: “En el sitial no lo reemplazo, simplemente lo sucedo. A Jorge Sánchez Zinny sólo podría reemplazarlo Jorge Sánchez Zinny. Era único”.

Es bien sabido, que en nuestro país, por más intensa que haya sido la actividad de un cirujano, la Cirugía ha dejado de ser una profesión lucrativa.

Sin embargo algunos cirujanos pueden dejar generosas herencias, de más valor que cuantiosos bienes materiales.

Jorge Sánchez Zinny transmitió su saber, a cientos de alumnos de pregrado y formó a numerosas camadas de cirujanos, que lograron triunfar en los más diversos ámbitos de la vida.

Para el progreso de la Cirugía dejó publicaciones científicas y en la Sala VII, sede de la 2ª Cátedra, se generó uno de los más trascendentales aportes argentinos a la Cirugía Biliar. Fue cuando Alberto Mondet ideó la técnica de extracción de cálculos coledocianos por vía transfistular, que más adelante Rodolfo Mazzariello difundiera al mundo de la cirugía.

A sus nietos que lo conocieron en vida, les dejó gratos recuerdos durante su infancia, y a todos ellos y a sus 15 bisnietos, les transmitió un linaje y genes, de los que pueden estar más que orgullosos.

Por último a la Academia Nacional de Medicina y a los que hemos tenido el placer de conocerlo, nos deja el ejemplo de un hombre de bien, de un ciudadano con sólidos principios democráticos y de un modelo de cirujano académico.

Quiero finalizar recordando las normas, que Jorge Sánchez Zinny había fijado como guía para su vida y tan fielmente cumpliera.

“AMOR A LA PATRIA Y A LA LIBERTAD. DEVOCIÓN A LA CIENCIA Y AL TRABAJO. RESPETO A LA JUSTICIA Y A MIS SEMEJANTES. AFECTO A LOS MÍOS, A LOS DISCÍPULOS Y AMIGOS”.

**DECLARACIÓN DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
DE BUENOS AIRES**

Sobre:

DIGNIDAD EN EL FINAL DE LA VIDA

26 de julio de 2012

**DECLARACIÓN DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
DE BUENOS AIRES***

DIGNIDAD EN EL FINAL DE LA VIDA

Ley O.D.-Nº 62/12. Modificación de la ley que regula los derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud (Ley de muerte digna). Con motivo de la presente ley, la Academia Nacional de Medicina formula las siguientes reflexiones:

Se enfatiza, a los fines de su implementación, el concepto de la atención centrada en el paciente y su familia, ya que la optimización del vínculo y, en particular de la comunicación entre estos tres actores -el paciente, su familia y el equipo de salud-, facilita la toma de decisiones consensuadas basadas en la información, disminuye los conflictos y redundan en una mejor aproximación al proceso del morir.

Debemos señalar que el derecho a la vida digna es el primero y más importante para todas las personas desde el momento de su concepción, y por eso deben ser asistidas adecuadamente en los servicios asistenciales que cumplan con los requisitos para garantizar esta condición.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el caso particular de las personas recién nacidas, son sus padres o quienes ejerzan la representación legal del recién nacido quienes garantizan sus derechos en relación a la finalización de su vida.

Una situación especial se presenta cuando el niño recién nacido

* Aprobada por el Plenario Académico en su Sesión Privada del día 26 de julio de 2012.

está en riesgo de morir. El ensamble entre ciencia y tecnología ha permitido a la Perinatología asistir exitosamente a niños muy pequeños o gravemente enfermos. Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) responden a desafíos cada vez mayores, dirigiendo todos los esfuerzos para impedir que la muerte se produzca. Sin embargo, enfermar gravemente o morir, son situaciones que ocurren inexorablemente en los Servicios de Emergencia o de Cuidados Críticos, ya que estas posibilidades son inherentes a la condición humana.

Por su sensibilidad, la información a los padres requiere un encuadre especial y deberá ser brindada de manera oportuna, ya que todo acto médico debe ser informado previamente dado que la práctica asistencial se dirige a un paciente que carece de autonomía.

Los profesionales médicos y de enfermería, así como el resto del equipo de salud en contacto con las familias de los recién nacidos internados en UCIN, son agentes clave para identificar señales de alarma producto de internaciones neonatales cada vez más invasivas. Estas consideraciones son extensivas también a los niños y los adultos internados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), en particular, en lo concerniente a la comunicación, a la información y a la contención del paciente y su familia.

La muerte de un niño resulta particularmente impactante, en tanto el recién nacido es el paradigma de lo vital e imagen antitética del fin de la vida. Las familias expuestas a esta situación, casi siempre final, participan con dolor al tiempo que desarrollan un rol protagónico. Posibilitar la muerte de los hijos en brazos de sus padres es comparable a la propuesta para los adultos de *morir en casa*. Finalmente, todo paciente tiene otro derecho más, tan importante como los anteriores, que es el de estar siempre acompañados por su familia.

El derecho a recibir cuidados paliativos debe llevarse a cabo con el compromiso y la máxima responsabilidad que corresponde a toda persona enferma y/o en riesgo de morir. Se entiende como tal el retiro o la disminución de los recursos asistenciales vigentes, discontinuando los procedimientos dolorosos e invasivos innecesarios y utilizando analgésicos, sedantes y, especialmente, contención adecuada, promoviendo la calidad de vida hasta el final de la misma. Cuando el cuidado curativo ya no tiene posibilidades, es fundamental que el paciente y su familia

cuenten con un equipo de salud que garantice su derecho a recibir cuidados paliativos, a través de una atención integral que permita aliviar el dolor y el sufrimiento, así como cualquier otro síntoma que disminuya su calidad de vida y, una vez producida la muerte del paciente, acompañando a la familia durante el proceso de duelo.

En todos los procesos de enfermedad avanzada y cercanía de la muerte, la comunicación entre el equipo de salud y el paciente y su familia tienen un rol preponderante. Una buena comunicación no sólo implica informar en forma fehaciente, sino también acompañar el proceso de toma de decisiones inherente al final de la vida.

La muerte representa la característica de finitud del hombre, pertenece a la categoría de lo innombrable, lo profundamente irrepresentable. Cada cultura tiene un modo particular de afrontar y procesar esta situación que, además, ha ido variando a lo largo de la historia.

Los arduos intentos por preservar la vida pueden llevar a una forma de asistencia incorrecta, y por lo tanto innecesaria, conocida como *encarnizamiento terapéutico*, que es preciso reconocer y evitar. Esta definición implica no continuar con tratamientos invasivos, frecuentemente dolorosos y asociados al uso de compleja tecnología, cuando las posibilidades de sobrevida son racionalmente nulas.

Cuando tanto el paciente y su familia como el equipo tratante han transitado el proceso de comunicación y aceptación de la realidad, se dan las condiciones para consensuar la limitación de tratamientos invasivos o fútiles, privilegiando la calidad de vida y el confort del paciente. La máxima *curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre* adquiere plena relevancia cuando la muerte resulta inevitable.

La muerte no marca el fin de las responsabilidades del equipo de salud. Comienza la difícil etapa del manejo del duelo por parte de la familia, situación que no debería obviarse por su trascendencia en la vida futura de la familia. El *trabajo de duelo*, exige un importante monto de energía física y psíquica por parte de los sujetos involucrados. Requiere por lo tanto del apoyo institucional y de sus redes cercanas para que se despliegue en el marco de las etapas aceptadas.

Morir en brazos de los padres o morir acompañado por sus fami-

liars, facilita el inicio de este trabajo de duelo, amortiguando las dos primeras etapas planteadas por la Dra. Elizabeth Kübler Ross conocidas como la de negación y de enojo.

Como conclusión, la Academia Nacional de Medicina considera que una relación equipo de salud-paciente-familia respetuosa de la dignidad de la persona y de sus expresiones culturales, religiosas y sociales, promueve la toma de decisiones éticas consensuadas al final de la vida, permitiendo que el paciente transite el proceso del morir de la manera más adecuada para él.

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Presentados en Sesión Pública Ordinaria

Sesión del 6 de agosto de 2012

**VITAMINA K EPÓXIDO REDUCTASA (VKORC1):
Polimorfismos y Sensibilidad a los Dicumarínicos.**

BIOQ. MARÍA PAULA VERA MORANDINI,
DRA. SUSANA SARA MESCHENGIESER,
BIOQ. LUIS ALBERTO BASTOS, BIOQ. SILVIA HAYDÉE GROSSO,
DRA. MARÍA ÁNGELA LAZZARI Y
DRA. ALICIA NOEMÍ BLANCO

Sesión del 1º de octubre de 2012

**CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES
DE LA ARGENTINA.**

**GRUPO COLABORATIVO PARA EL ESTUDIO
DEL CÁNCER DE MAMA EN LA ARGENTINA.
PROYCAM2012**

DRES. ROBERTO P. MEISS, JORGE HÉCTOR ANDRADE,
ROBERTO CHUIT, EDUARDO ÁBALO, JORGE NOVELLI,
FRANCISCO GAGO, HÉCTOR GARELLO Y ANTONIO LORUSSO

VITAMINA K EPÓXIDO REDUCTASA (VKORC1): Polimorfismos y Sensibilidad a los Dicumarínicos.*

BIOQ. MARÍA PAULA VERA MORANDINI**,
DRA. SUSANA SARA MESCHENGIESER,
BIOQ. LUIS ALBERTO BASTOS, BIOQ. SILVIA HAYDÉE GROSSO,
DRAS. MARÍA ÁNGELA LAZZARI Y ALICIA NOEMÍ BLANCO

Presentado por la Dra. María Ángela Lazzari

RESUMEN

Introducción: Los antagonistas de la vitamina K, tienen como blanco el complejo vitamina K epóxido reductasa. Hay polimorfismos (SNPs) en el gen de la subunidad 1 (VKORC1), como 1173 C>T (rs9934438) (intrón 1) y -1639 G>A (rs9923231) (región 3'UTR), asociados con diferente sensibilidad a los dicumarínicos.

Objetivo: Confirmar la relación entre estos SNPs y la dosis media requerida para una correcta anticoagulación.

Material y Método: Estudiamos 102 pacientes (15-87 años) bajo tratamiento anticoagulante oral crónico, principalmente acenocumarol. La genotipificación fue realizada usando RFLPs (amplificación del ADN por PCR, seguida por digestión con Msp I para -1639 G>A y Sty I para 1173 C>T); analizándose luego la dosis media en los portadores de los diferentes SNPs.

La frecuencia alélica obtenida para 1173 C>T fue similar a la calculada para -1639 G>A, observándose que 1173 C>T y -1639 G>A se hallan

* Trabajo presentado en la Sesión Pública Ordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 6 de agosto de 2012; realizado en la División Hemostasia, Dpto. Hemostasia y Trombosis, Instituto de Investigaciones Hematológicas "Mariano R. Castex", Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

** Correspondencia: Bioq. María Paula Vera Morandini; Pacheco de Melo 3081, 1425-CABA, Teléfono: (54.11)4805-0712; e-mail: pvera@hematologia.anm.edu.ar

en desequilibrio de unión. La dosis media fue más alta en los pacientes portadores homocigotos del alelo 1173 CC o -1639 GG que en los no portadores. La dosis media fue menor en individuos mayores de 70 años, independientemente de su genotipo.

Resultados: *Éstos confirman la relación entre los SNPs analizados y la dosis de dicumarínicos.*

Palabras clave: *Dicumarínicos, VKORC1, Razón Internacional Normalizada (RIN).*

SUMMARY

Introduction: *Vitamin K epoxide reductase complex is the target of Vitamin K antagonists. Polymorphisms (SNPs) in the gene of subunit 1 (VKORC1), 1173 C>T (rs9934438) (intron 1) and -1639 G>A (rs9923231) (3'UTR), are associated with different sensitivity to oral anticoagulants.*

Objectives: *Our aim was to confirm the relationship between these SNPs and the mean dose required for anticoagulation.*

Material and Methods: *One hundred and two patients (15-87 years) on chronic oral anticoagulant therapy, mainly acenocoumarol, were tested. Genotyping was performed using RFLPs (DNA's PCR amplification, followed by digestion with Msp I to -1639 G>A and Sty I to 1173 C>T). The mean dose of anticoagulant in carriers of different SNPs was calculated.*

A similar allelic frequency was obtained for 1173 C>T and -1639 G>A with linkage disequilibrium between them. The mean dose was higher in patients homozygous for 1173 CC or -1639 GG alleles than in non carriers. In those individuals over the age of 70, regardless of genotype, a lower mean dose was observed.

Results: *The results confirm the relationship between SNPs and oral anticoagulants.*

Key words: *Coumarins, VKORC1, International Normalized Ratio (INR)*

Introducción

La prevención y el tratamiento de las enfermedades tromboembólicas se realizan por medio de la terapia anticoagulante oral, utilizando antagonistas de la vitamina K como la warfarina y el acenocumarol.

Estos anticoagulantes tienen como blanco a la enzima vitamina K epóxidoreductasa (VKOR), que interviene en el ciclo de óxido-reduc-

ción de la vitamina K. Dicho ciclo se halla acoplado a la carboxilación de los factores de la coagulación II, VII, IX y X, imprescindible para la actividad de dichos factores. Es decir, la vitamina K en estado reducido es necesaria para la función de estos factores, llamados por ello vitamina K dependientes.

Los dicumarínicos actúan inhibiendo a la enzima VKOR, en consecuencia queda vitamina K en estado oxidado y formas acarboxiladas o parcialmente carboxiladas de los factores de la coagulación (funcionalmente inactivos).

La forma en que un individuo responde a los dicumarínicos es compleja y se halla afectada por diferentes causas. Entre ellas se encuentran los polimorfismos (SNPs) del gen del complejo 1 de la enzima VKOR (VKORC-1)¹. Hay dos SNPs (1173 C>T y -1639 G>A) que explicarían la mayor parte de la variación en la dosis requerida e influirían respecto al tiempo necesario para alcanzar los niveles adecuados de anticoagulación².

Los pacientes homocigotos para el SNP -1639 G>A del gen promotor de la VKORC1, así como también los homocigotos para los SNPs 1173 C>T y 3730 A>T, presentan mayor sensibilidad a la warfarina³. Se sugiere que estos SNPs serían responsables, al menos en parte (25%), de la variabilidad en la dosis de la warfarina y de otros anticoagulantes orales³.

Se ha postulado que la implementación de las pruebas genéticas para identificar los SNPs de VKORC-1, podría ayudar a mejorar el manejo de los pacientes anticoagulados, al reducir el riesgo de sangrados por ajuste inadecuado de la dosis^{4, 5}.

Esta postura se halla en revisión, dado que el beneficio clínico podría ser mínimo en la población general⁶. La situación podría ser diferente en pacientes mayores de 65-70 años y/o con múltiples comorbilidades, que presentan mayor proporción de sangrado relacionado al tratamiento anticoagulante^{7,8,9}. Actualmente, en las guías del *American College of Chest Physicians (ACCP)* se recomienda no realizar de rutina la determinación de los SNPs, previa al inicio del tratamiento con anticoagulantes orales¹⁰.

El objetivo del presente estudio fue evaluar los polimorfismos 1173 C>T y -1639 G>A en pacientes bajo tratamiento anticoagulante oral, controlados habitualmente en el Instituto de Investigaciones Hematológicas "Mariano R. Castex" de la Academia Nacional de Medicina, estimar su frecuencia y verificar su relación con el nivel de anticoagulación alcanzado, expresado como cociente internacional normalizado (RIN) y

con la dosis de dicumarínicos, principalmente acenocumarol, requerida para lograr el nivel de anticoagulación determinado.

Materiales y Métodos

Pacientes

Se seleccionaron 102 pacientes bajo tratamiento anticoagulante oral (15-87 años), agrupados de acuerdo al requerimiento de dosis de dicumarínicos necesarios para alcanzar los niveles deseados de anticoagulación.

Dividimos a la población analizada en mayores de 70 años (n: 50; edad media: 78,8 años) y menores o iguales a 70 años (n: 52; edad media: 52,6 años) para su análisis posterior.

Toma de muestra

Se recolectaron muestras de sangre periférica utilizando EDTA disódico al 2% como anticoagulante para la genotipificación y citrato 0,109 M para el control de la anticoagulación oral mediante la determinación del RIN, ambos en proporción 9:1.

Tiempo de Protrombina y RIN

Se determinó el RIN, siguiendo las recomendaciones del Subcomité de Estandarización de la Sociedad Internacional de Hemostasia y Trombosis (*ISTH*). Además, se evaluará la relación entre los SNPs y la dosis media de dicumarínicos requerida para alcanzar y mantener el valor de RIN deseado.

Extracción de ADN

A partir de las muestras de sangre periférica recolectadas con EDTA, se realizó la extracción del ADN de los glóbulos blancos mediante el uso de un reactivo de extracción comercial (Wizard Genomic DNA Purification Kit. Promega).

Genotipificación

La genotipificación fue realizada aplicando el análisis de la longitud de los fragmentos de restricción (RFLPs) (amplificación del ADN por PCR, seguida por digestión con la enzima Msp I para -1639 G>A y Sty I para 1173 C>T), siguiendo las condiciones mencionadas a continuación:

- Primers: Se utilizaron para SNP -1639 G>A *forward* (F):
5'-GATTCATGCAGGGACATCTTT-3'; *reverse* (R):

5'-GCCTCAGCCTCCCAAGTAGT-3' y para SNP 1173 C>T
forward: 5'-AGAGACTTACTTAAGGTCTA-3'; *reverse*:
5'-TTCCAAGAAGCCACCTGGGC-3'.

- Mezcla de reacción: Para cada muestra de ADN se utilizaron las mezclas de reacción enumeradas a continuación. SNP -1639 G>A: por cada 5 µL de ADN se adicionaron *buffer* "Go" 5 X green 10 µL, dNTPs (1/10) 1 µL, *primer* F 0,2 µL, *primer* R 0,2 µL, magnesio 2 µL, agua libre de ADNasas y ARNasas 31,3 µL, Taq polimerasa 0,3 µL. SNP 1173 C>T: por cada 4 µL de ADN se agregaron *buffer* "Go" 5 X green 10 µL, dNTPs (1/10) 1 µL, *primer* F 1 µL, *primer* R 1 µL, magnesio 2 µL, agua libre de ADNasas y ARNasas 30,7 µL, Taq polimerasa 0,3 µL.
- Condiciones de amplificación: SNP -1639 G>A: 5 minutos a 94° C (desnaturalización inicial), 40 ciclos de 40 segundos a 94° C (desnaturalización), 40 segundos a 61° C (*annealing*), 40 segundos a 72° C (extensión), 7 minutos a 72° C (extensión final). SNP 1173 C>T: 5 minutos a 94° C (desnaturalización inicial), 35 ciclos de 30 segundos a 94° C (desnaturalización), 30 segundos a 56° C (*annealing*), 45 segundos a 72° C (extensión), 7 minutos a 72° C (extensión final).
- Condiciones para la digestión del producto de amplificación: SNP -1639 G>A: el producto de PCR (10 µL), en presencia de MspI (1 µL), agua libre de ADNasas y ARNasas (18 µL) y *buffer* O (2 µL) se incubó durante 2 horas a 37° C, seguido de la inactivación de la enzima a 80° C, durante 20 minutos. SNP 1173 C>T: el producto de PCR (10 µL), en presencia de Styl (1 µL), agua libre de ADNasas y ARNasas (18 µL), *buffer* O (2 µL) se incubó durante 2 horas a 37° C, seguido de la inactivación de la enzima a 65° C, durante 20 minutos.
- Electroforesis del producto de digestión: Se realizó en un gel de agarosa al 2%, en *buffer* TBE (Tris/Borato/EDTA) al 0,5%, durante 25 minutos a 110V.

Interpretación del patrón de los RFLPs

SNP -1639 G>A. En los individuos heterocigotos se observan tres bandas correspondientes a productos de 401 pb, 215

pb y 186 pb; en los individuos homocigotos normales una banda (401 pb) y en los individuos homocigotos portadores del polimorfismo, dos bandas (215 pb y de 186 pb).

SNP 1173 C>T. En los individuos heterocigotos se observan dos bandas de 200 pb y 145 pb; en los individuos homocigotos “normales o *wild type*” una banda de 145 pb y en los individuos homocigotos una banda de 200 pb.

Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS. Una vez determinados los SNPs, se estimó la frecuencia alélica de cada uno de ellos, en los diferentes grupos de estudio.

Se analizó, mediante el método de Bonferroni, para el análisis de muestras *post-hoc*, las diferencias en el comportamiento de los diferentes SNPs y genotipos, en relación a la expresión fenotípica de la respuesta a la anticoagulación oral. El parámetro de respuesta a la anticoagulación analizado fue la dosis media de dicumarínicos de mantenimiento, necesaria para alcanzar los niveles deseados de anticoagulación (RIN adecuado o deseado).

Además se verificó si existía desequilibrio de unión entre los SNPs analizados mediante χ^2 Pearson.

Resultados

Las frecuencias alélicas obtenidas para el SNP 1173 C>T de VKORC se resumen en la *Tabla 1* y en la *Tabla 2* las obtenidas para el SNP -1639 G>A.

TABLA 1
Frecuencias alélicas VKORC 1173-1 C>T

CC	37,3 %
CT	40,2 %
TT	22,5 %

TABLA 2
Frecuencias alélicas VKORC-1 -1639 G>A

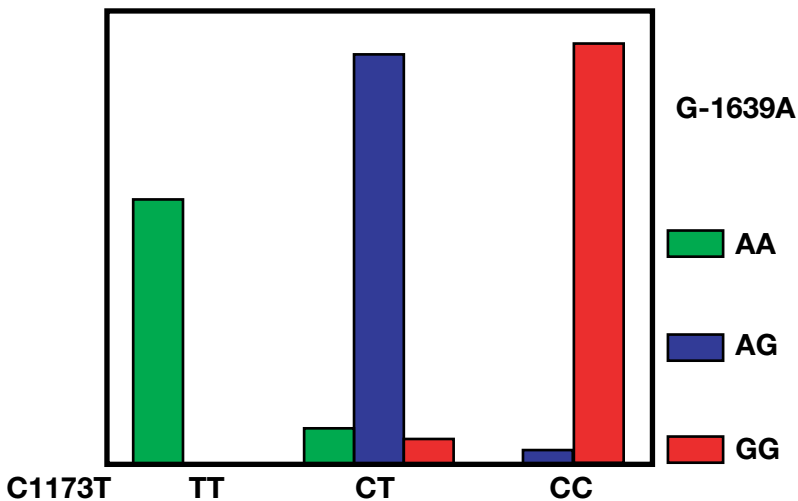
GG	38,2 %
GA	36,3 %
AA	25,5 %

Las relaciones entre ambos SNPs se muestran en la *Tabla 3* y en el *Gráfico 1*; del análisis estadístico surge que 1173 C>T y -1639 G>A se hallan en desequilibrio de unión ($X^2_{\text{Pearson}} < 0,0001$).

TABLA 3
Relación entre los SNPs 1173 C>T y -1639 G>A

	AA	AG	GG	TOTAL
TT	23	0	0	23
CT	3	36	2	41
CC	0	1	37	38
TOTAL	26	37	39	102

GRÁFICO 1
Desequilibrio de unión - Relación entre
los SNPs 1173 C>T y -1639 G>A



La *Tabla 4* muestra la dosis media de dicumarínicos requerida para alcanzar el nivel de anticoagulación (RIN) adecuado, para cada una de las variantes alélicas del SNP 1173 C>T.

TABLA 4
Dosis media según la variante alélica - SNP 1173 C>T

1173 C>T	Dosis Media (mg/semana)
CC	22,95
CT	13,51
TT	7,09

La dosis fue más alta, en los portadores de 1173 CC, comparada con la requerida en aquellos 1173 CT o 1173 TT. También se observó una diferencia significativa ($p_{\text{Bonferroni}} < 0,011$) entre la dosis media requerida por los portadores de 1173 CT y 1173 TT. De modo semejante a lo observado para el SNP 1173 C>T, la dosis media requerida por los portadores de -1639 GG fue mayor que para -1639 GA ($p_{\text{Bonferroni}} < 0,0001$) o -1639 AA ($p_{\text{Bonferroni}} < 0,0001$); siendo además significativa ($p_{\text{Bonferroni}} < 0,011$) la diferencia entre -1639 GA y -1639 AA (*Tabla 5*).

TABLA 5
Dosis media según la variante alélica - SNP -1639 G>A

-1639 G>A	Dosis Media (mg/semana)
GG	22,36
GA	14,32
AA	7,19

Analizando en forma conjunta ambos SNPs (*Tabla 6*) se observó un comportamiento semejante, con un requerimiento mayor en aquellos pacientes homocigotos para los alelos 1173 C y/o -1639 G, intermedio en los heterocigotos (1173 CT y/o -1639 GA) y menor en los homocigotos para los alelos 1173 T y/o -1639 A.

TABLA 6
SNPs y dosis de dicumarínicos

1173 C>T	-1639 G>A	Dosis Media (mg/semana)	N
TT	AA	7,09	23
	Total	7,09	23
CT	AA	8,00	3
	GA	14,00	36
	GG	13,00	2
	Total	13,51	41
CC	GA	26,00	1
	GG	22,87	37
	Total	22,95	38

A fin de evaluar la relación entre el requerimiento de dicumarínicos y los SNPs en grupos especiales, analizamos en forma separada los individuos mayores de 70 años vs. el resto de los pacientes; los resultados se resumen en la *Tabla 7*. La dosis media fue menor en los mayores de 70 años, comparada con la dosis media en el resto de la población analizada ($p_{\text{Bonferroni}} < 0,05$); sin embargo, no hubo diferencias significativas ($p = 0,995$) en la distribución de la frecuencia de los SNPs entre ambos grupos.

TABLA 7
Dosis de dicumarínicos según el grupo etario

Edad (años)	Dosis Media (mg/semana)	Casos (n)
≥70 (media 78,8)	12,29	50
<70 (media 52,6)	18,30	52

Las relaciones entre ambos SNPs se muestran en la *Tabla 3* y en el *Gráfico 1*; del análisis estadístico surge que 1173 C>T y -1639 G>A se hallan en ($X^2_{\text{Pearson}} < 0,0001$).

Los resultados confirman la relación entre los SNPs y la dosis requerida para la anticoagulación adecuada, así como el menor requerimiento de dosis en los pacientes mayores de 70 años, independientemente de su genotipo.

Discusión

Los resultados obtenidos confirman que la frecuencia de los SNPs 1173 C>T y -1639 G>A en los pacientes analizados es semejante a la reportada en la literatura¹¹ y que ambos SNPs se hallan en desequilibrio de unión. También corroboran la relación entre los SNPs 1173 C>T y -1639 G>A de VKORC-1 y la dosis de dicumarínicos en nuestra población.

El requerimiento fue mayor en los pacientes portadores de los genotipos 1173 CC y/o -1639 GG, intermedio en los portadores de 1173 CT y/o -1639 GA y menor en los portadores de 1173 TT y -1639 AA; siendo este último mejor predictor de la mayor sensibilidad al acenocumarol. Estos resultados se correlacionan con reportes bibliográficos previos³. Además, se observó que los pacientes mayores de 70 años requieren dosis menores que el resto, independientemente de su genotipo.

Estudios recientes que muestran diferencias étnicas en la prevalencia de los polimorfismos entre población caucásica, africana y asiática, que se traducirían en diferente respuesta a la anticoagulación³. Dado que no existen reportes de estudios de la prevalencia de los polimorfismos más importantes de VKORC-1 (-1673 G>A y 1173 C>T) en indígenas americanos o sus descendientes, nos planteamos registrar las características étnicas de los pacientes controlados en el IHEMA, para analizar luego la frecuencia de los alelos en caucásicos y mestizos, a fin de determinar si existen evidencias que muestren un comportamiento diferente de este grupo de individuos.

Agradecimiento:

Este trabajo fue realizado gracias al apoyo económico de la Fundación Alberto J. Roemmers.

BIBLIOGRAFÍA

1. D'Andrea G, D'Ambrosio RL, Di Perna P et al. A polymorphism in the VKORC1 gene is associated with an interindividual variability in the dose-anticoagulant effect of warfarin. *Blood* 2005; 105:645-49.
2. Lund K, Gaffney D, Spooner R, Etherington AM, Tansey P, Tait RC. Polymorphisms in VKORC1 have more impact than CYP2C9 polymorphisms

- on early warfarin International Normalized Ratio control and bleeding rates. *Br J Haematol* 2012; 158(2):256-61.
3. Moyer TP, O’Kane DJ, Baudhuin LM et al. Warfarin Sensitivity Genotyping: A Review of the Literature and Summary of Patient Experience. *Mayo Clin Proc* 2009; 84(12):1079-94.
 4. Bodin L, Perdu J, Diry M, Horellou MH, Lorient MA. Multiple genetic alterations in vitamin K epoxide reductase complex subunit 1 gene (VKORC1) can explain the high dose requirement during oral anticoagulation in humans. *J Thromb Haemost* 2008, 6(8):1436-9.
 5. Watzka M, Geisen C, Bevans CG et al. Thirteen novel VKORC1 mutations associated with oral anticoagulant resistance: insights into improved patient diagnosis and treatment. *J Thromb Haemost* 2011; 9(1):109-18.
 6. Anderson JL, Horne BD, Stevens SM et al. Randomized trial of genotype-guided versus standard warfarin dosing in patients initiating oral anticoagulation. *Circulation* 2007; 116(22):2563-70.
 7. Hirschl M, Pluschnig U, Kundi M, Katzenschlager R. Oral anticoagulation in older patients with vascular or cardiovascular diseases. Aged over 70 years: same risk? Same benefit? *Int Angiol* 2003; 22(4):370-75.
 8. Shireman TI, Mahnken JD, Howard PA, Kresowik TF, Hou Q, Ellerbeck EF. Development of a contemporary bleeding risk model for elderly warfarin recipients. *Chest* 2006; 130(5):1390-96.
 9. Pautas E, Moreau C, Gouin-Thibault I et al. Genetic Factors (VKORC1, CYP2C9, EPHX1, and CYP4F2) are predictor variables for warfarin response in very elderly, frail inpatients. *Clin Pharmacol Ther* 2010; 87(1):57-64.
 10. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD, Schünemann HJ; American College of Chest Physicians Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel. Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (Suppl):7S-47S.
 11. Lubitz SA, Scott SA, Rothlauf EB et al. Comparative performance of gene-based warfarin dosing algorithms in a multiethnic population. *J Thromb Haemost* 2010; 8(5):1018–26.

CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA ARGENTINA.*

GRUPO COLABORATIVO PARA EL ESTUDIO DEL CÁNCER DE MAMA EN LA ARGENTINA. PROYCAM2012

DRES. ROBERTO P. MEISS**¹, JORGE HÉCTOR ANDRADE²,
ROBERTO CHUIT², EDUARDO ÁBALO³,
JORGE NOVELLI⁴, FRANCISCO GAGO⁴, HÉCTOR GARELLO⁴
Y ANTONIO LORUSSO⁵

Presentado por el Académico Roberto N. Pradier

RESUMEN

En la Argentina el cáncer de mama con un 25% del total es la neoplasia maligna más común en las mujeres. El objetivo del presente trabajo es describir el perfil epidemiológico, clínico y patológico de mujeres con cáncer de mama concurrentes a Centros asistenciales, públicos y privados del país, adheridos voluntariamente al Grupo Colaborativo durante el período 2012-2013. De los 607 casos reportados corresponden un 27% al sector público y un 73% al privado. Según subsectores: de obra social, 63.7%; sin cobertura, 19,7%; sistema prepago, 14,2% y mutual, 2.2%. Los casos por jurisdicciones fueron: Mendoza, 20.5%; CABA, 19.9%; Buenos Aires, 13.6%; Tucumán, 10.8%; Córdoba, 6.9 %; Río Negro, 4.9% y resto del país, 23%. Edad de

* Trabajo presentado en la Sesión Pública Ordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 1º de octubre de 2012.

** ¹ Instituto de Estudios Oncológicos "Fundación Maissa", Academia Nacional de Medicina; ²Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina; ³ Sociedad Argentina de Mastología; ⁴ Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; ⁵Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer, Argentina.

presentación promedio fue de 57.5 años, con un rango de 63.4 (90.6-27.9). La mayor frecuencia se dio entre los 50-59 años con un 27,2 %
Estadios: el pTNM de presentación en 506 casos fue: estadio 0: 5,9%; I: 37,7%; II: 35,7%; III: 18,8% y IV: 1,5%. Un estudio epidemiológico colaborativo sobre el cáncer de mama brinda información sobre las características biológicas y epidemiológicas en un breve lapso, considerando diferencias geográficas, socio-demográficas, biológicas e institucionales subyacentes en la prevención y el diagnóstico de esta patología.

Palabras clave: Cáncer de mama. Epidemiología.

CHARACTERIZATION OF BREAST CANCER
 IN WOMEN OF ARGENTINA.
 COLLABORATIVE GROUP FOR THE STUDY OF
 BREAST CANCER IN ARGENTINA.
 PROYCAM2012

In Argentina breast cancer with 25% of the total is the most common malignancy in women. The aim of this paper is to describe the epidemiological, clinical and pathologic women attending breast cancer care centers, public and private, voluntarily adhered to a Collaborative Group for the period 2012-2013. Of the 607 cases reported 27% are from the public and 73% from private sector. According to the subsectors they were from: social work, 63.7%; uninsured, 19.7%; prepaid system, 14.2% and mutual, 2.2%. Cases by jurisdictions were: Mendoza, 20.5%; CABA, 19.9%; Buenos Aires, 13.6%; Tucumán, 10.8%; Córdoba, 6.9%; Río Negro, 4.9% and rest of the country, 23%. Average age at presentation was 57.5 years, with a range 63.4 years (90.6-27.9). The highest frequency was between 50-59 years with 27.2%. The pTNM of 506 cases was: stage 0, 5.9%; I, 37.7%; II, 35.7%; III, 18.8% and IV, 1.5%. A collaborative epidemiological study on breast cancer provides information on the biology and epidemiology in a short time, considering geographical, socio-demographic, biological and institutional differences underlying the prevention and diagnosis of this pathology.

Keywords: Breast cancer. Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

El cáncer, en la Argentina, es la primera causa de muerte entre los 35 y 64 años para ambos sexos con tasas de mortalidad, ajustadas

por edad, de 110.8×100000 ¹. Para ambos sexos, la tasa de incidencia ajustada por edad, estimada para 2008, fue de 206.3×100000 para todos los cánceres².

El cáncer de mama, con tasas de incidencia, estimadas para el año 2008, de 74×100000 y de mortalidad de 20.1×100000 , ocupa en nuestro país el primer lugar entre los cánceres de ambos sexos y en los del sexo femenino^{1,2}. Se estima el riesgo de por vida para una mujer de desarrollar cáncer de mama en un 12%.

Las tasas de mortalidad por cáncer de mama presentan variaciones geográficas dentro del país; las mayores tasas corresponden a Santa Fe, Córdoba, y CABA, jurisdicciones donde se registró el 75% de las muertes por esa patología; las provincias de Santiago del Estero, La Rioja y Jujuy registran las menores tasas de mortalidad³. Las tasas de mortalidad por cáncer de mama no mostraron variaciones significativas entre 1978 y 2007 (20.4×100000 y 20.1×100000 respectivamente)^{1,3,4}. Los datos previamente citados ubican a la Argentina, a nivel mundial, como uno de los países donde el cáncer de mama constituye un problema de salud.

La edad es el principal factor de riesgo para el cáncer de mama; es raro antes de los 30 años y la incidencia aumenta a partir de los 40 años alcanzando una meseta a los 55-59 años y con un pico entre los 75-79 años⁵. La raza / etnicidad se considera un factor importante aunque no está bien determinado si las diferencias observadas obedecen a factores culturales o tienen una base biológica⁶. Más allá de los factores previamente mencionados existen otros factores de riesgo como: a) historia menstrual: menarquia precoz (antes de los 13 años) y menopausia tardía (después de los 50 años)⁷; b) factores reproductivos como nuliparidad o paridad tardía (mayor de 30 años)⁵; c) la lactancia lleva a una reducción en el riesgo total⁸; d) antecedentes personales de patología mamaria benigna y el aumento de la densidad mamográfica son predictivos del cáncer de mama⁹; e) con el antecedente personal de cáncer de mama existe un riesgo aumentado en un 25%¹⁰; f) con antecedentes en familiares de primer grado existe un riesgo aumentado; también está aumentado con antecedente en un familiar de segundo grado y es aún mayor con antecedente en dos familiares¹¹; g) el sobrepeso en la postmenopausia, conlleva un riesgo aumentado¹²; h) el uso de estrógeno y progesterona en postmenopausia aumenta el riesgo¹³; i) pacientes con alteraciones de los genes

vinculados al cáncer de mama, BRCA 1 o BRCA 2, presentan un riesgo de por vida del 40 al 80%¹⁴; j) el uso continuo de anticonceptivos orales presenta un riesgo aumentado¹⁵; k) el consumo, aún el moderado, de alcohol y el tabaquismo tienen un riesgo aumentado^{16, 17}.

El autoexamen mamario, el examen clínico y la mamografía son los métodos de diagnóstico reconocidos y con diferentes grados de recomendación para el tamizado del cáncer de mama^{18, 19}. Estos métodos presentan grados de validez (sensibilidad y especificidad) diferentes^{20, 21, 22} siendo la mamografía con una sensibilidad del 77% al 95% y una especificidad del 94% al 97% el método de tamizaje recomendado para el diagnóstico precoz del cáncer de mama²³; las mamografías digitales y las de película muestran similar validez diagnóstica^{20, 23}. Además de los distintos grados de validez, cada método presenta diferentes propiedades como son, la carga de casos potencialmente evitables con su aplicación, los riesgos potenciales por su aplicación, los costos y la práctica habitual del método²⁰. El autoexamen mamario es un método de detección *accidental* del cáncer de mama. No se recomienda como método de tamizado por carecer de valor en cuanto a disminuir la mortalidad; su práctica sólo sirve para concientizar sobre la importancia de la prevención en el cáncer de mama²¹. El examen clínico mamario evita casos potencialmente evitables sólo si es el único método disponible. Es un método no recomendado para el tamizado del cáncer de mama y sólo es aplicable de no disponer de ningún otro método²².

La mamografía de película y digital complementan sus resultados descubriendo, recíprocamente, lesiones no detectadas por una de ellas. Es el método diagnóstico recomendado para el tamizado^{20, 23, 24}; los esquemas aconsejados para su aplicación difieren, en especial, en cuanto a la edad de comienzo del tamizado (40 ó 50 años) y en los intervalos de realización del estudio (12 y 24, meses)²⁴.

OBJETIVOS

- 1) *General*: describir el perfil epidemiológico, clínico y patológico de mujeres con cáncer de mama concurrentes a Centros asistenciales, públicos y privados del país, adheridos voluntariamente al Grupo Colaborativo (*Anexo I*) durante el período 2012-2013.

ANEXO I**GRUPO COLABORATIVO PARA EL ESTUDIO DEL
CÁNCER DE MAMA EN LA ARGENTINA.****PROYCAM2012**

Claudia A. Vittori (Buenos Aires); Rafael Iñigo (Buenos Aires); Carlos A. Schelotto (Buenos Aires); José A. Gómez (Buenos Aires); Ana M. del Vecchio (Buenos Aires); Orlando A. Forestieri (Buenos Aires); Santiago N. Sánchez (Buenos Aires); Sandra P. Rodas (Buenos Aires); Juan P. Begue (Buenos Aires); Gustavo Wagner (Buenos Aires); Fernando Martínez Corti (Buenos Aires); Alejandra Tissieres (Buenos Aires); Francisco von Stecher (CABA); Marta Rodríguez de Di Modica (CABA); Nidia Real (CABA); Federico L. Bianchi (CABA); Federico A. Coló (CABA); Rodolfo A. Righetti (CABA); Karina Pesce (CABA); Jorge A. Schiaffi (CABA); René A. del Castillo (Córdoba); Néstor C. Garelo (Córdoba); Gustavo Olivera (Córdoba); Martín A. Velez (Córdoba); Magaly Pereyra Cousiño (Entre Ríos); Marcelo Schnitman Giacinti (Entre Ríos); Julián Calza Serra (Entre Ríos); Poldy Riffel (Entre Ríos); Ricardo M. A. Gile (Entre Ríos); Pedro Crosa (Entre Ríos); David O. Sigalevich (La Pampa); Francisco E. Gago (Mendoza); Emiliano G. Peláez (Mendoza); Paola Morcos (Mendoza); Paola Spuri (Mendoza); Carlos H. Bittar García (Mendoza); Roberto O. Virginio (Mendoza); Javier I. J. Orozco (Mendoza); Pedro Daguerre (Mendoza); Mariela Kugler (Neuquén); Susana Morales (Neuquén); Cinthia Velázquez Andretta (Salta); Alfredo O. Sajama (Salta); Samuel Seiref (Santa Fe); Dalila Vidalle (Santa Fe); Luciano Mignini (Santa Fe); Gabriela Jorge (Santiago del Estero); María C. Manfredi (Tierra del Fuego); Raúl J. Schwam (Tucumán); Andrés Gómez Henson (Tucumán); Lorenzo Medici (Tucumán).

- 2) *Específicos*: a) determinar los estadios de presentación del cáncer de mama; b) analizar estadios de presentación del cáncer de mama según métodos diagnósticos utilizados; c) describir factores de riesgo para el cáncer de mama, presentes en la población en estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño: Estudio transversal, observacional, cuantitativo de base poblacional.
2. Población en estudio: Casos nuevos de cáncer de mama, histológicamente confirmados, reportados por cada uno de los centros participantes en el lapso de desarrollo del estudio (2012-2013).
3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. El instrumento será una planilla desarrollada específicamente para ser cargada *on-line* en la Web (www.cancerdemama2012.org.ar) en la que se consigna:
 - 1) DATOS DEL CENTRO INFORMANTE: Nombre, número de encuesta, médico tratante y médico informante.
 - 2) DATOS DEL PACIENTE: Identificación reservada (según siglas de nombres y apellido y año completo de nacimiento), número historia clínica, lugar de residencia, edad y escolaridad.
 - 3) ANTECEDENTES PERSONALES: Edad de menarquia, menopausia, número de embarazos interrumpidos, número de hijos, edad al nacer 1er. hijo, lactancia, tratamientos hormonales, índice de masa corporal (actual, habitual, exceso), antecedente de patología mamaria benigna y/o maligna y otra patología, exposición a factores exógenos (irradiación, alcohol, tabaco, agroquímicos).
 - 4) ANTECEDENTES FAMILIARES: Patología mamaria benigna y/o cáncer, cánceres extra-mamarios y otras patologías (diabetes y obesidad).
 - 5) ENFERMEDAD ACTUAL: Fechas de primer síntoma / signo, primera consulta, primer diagnóstico y comienzo tratamiento; características del tumor (tamaño, localización, compromiso ganglionar, metástasis); métodos diagnósticos empleados (autoexamen, examen clínico, mamografía, RNM, otros); conocimiento y práctica de métodos de tamizado; clasificación TNM clínica; determinación de receptores hormonales y datos anatomopatológicos (tipo histológico, compromiso ganglionar, clasificación TNM, estadio pTNM y clasificación molecular).

RESULTADOS

Corresponden al corte realizado el 1-9-12 con 607 casos reportados.

1. Centros participantes: De un total de 218 profesionales adheridos que incluyen todas las jurisdicciones del país, menos San Luis, actualmente hay 57 (26.6%) usuarios (*Anexo I*) que reportan un total de 61 centros asistenciales (34% del sector público y 66% del privado).
2. Casos: Los casos reportados corresponden un 27% al sector público y un 73% al privado. Según subsectores de salud son de: a) obra social, 63.7%; b) sin cobertura, 19,7%; c) sistema prepago, 14,2% y mutual, 2.2%. El 77% de los casos corresponden a 6 jurisdicciones (Mendoza, 20.5%; CABA, 19.9%; Buenos Aires, 13.6%; Tucumán, 10.8%; Córdoba, 6.9 % y Río Negro, 4.9%). El resto, 23%, se distribuye entre 9 jurisdicciones.
3. Edad de presentación: El promedio fue de 57.5 años; la mediana, 56.5 años y el rango 63.4 (90.6-27.9). La distribución según grupos de edad fue: menos de 40 años, 8.5%; 40-44, 11.6%; 45-49, 15%; 50-54, 11.6; 55-59, 15.6%; 60-64, 9.5%; 65-69, 9.7%; 70-74, 7.8%; 75 y más años, 10,5%.
4. Estadios de presentación: En los 506 casos en los que se registró el pTNM la distribución fue: estadio 0, 5,9%; I, 37,7%; IIA, 21,9%; IIB, 13,8%; IIIA, 10,8%; IIIB, 5,3%; IIIC, 2,7%; IV, 1,5%.

DISCUSIÓN

Cuando se desea estudiar y comparar las distintas características epidemiológicas y las metodologías diagnósticas del cáncer en general las fuentes de información pueden provenir de casuísticas personales que, por lo general, suelen ser de carácter retrospectivo y prolongadas en el tiempo; esto implica el empleo de nuevas metodologías, más sensibles y específicas, lo que obliga a dividir las mismas en períodos para permitir su comparación con series actuales. Otra fuente son las series provenientes de grandes centros, por lo general de referencia, con predominio de una determinada metodología diagnóstica lo que produce una selección de la población asistida y un sesgo metodológico no siendo la información obtenida representativa del nivel medio de atención de esta patología en el lugar de origen del paciente.

Consideramos importante el desarrollo de estudios colaborativos que, en un corto lapso, reúnan un número importante de pacientes y en el que estén presentes centros con distinto nivel de complejidad y con una distribución geográfica que permita definir el estado general de las características de presentación y del diagnóstico de esta patología en nuestro país.

La descripción del perfil clínico-epidemiológico actual del cáncer de mama y la comparación con estudios previos de similares características, realizados en nuestro país^{25, 26, 27}, permitirá evaluar cambios en el perfil clínico-epidemiológico de presentación y valorar, indirectamente, los posibles efectos en el diagnóstico precoz del cáncer de mama debido a la aplicación de los diferentes y más actuales métodos diagnósticos y de la difusión e implementación de las políticas de prevención, a lo largo de las últimas décadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estadísticas vitales - Información básica año 2007. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2008.
2. GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. GLOBOCAN; IARC. WHO. 2010.
3. Matos E, Loria D, Zengarini N, Fernández MM et al. Atlas de mortalidad por Cáncer en Argentina. 1997-2001. Matos E y Loria D. Editores, Buenos Aires 2003.
4. Bianco M. Morbi-mortalidad por Cáncer en la Argentina. Medicina (Bs. As.) 1983; 43:361-368.
5. Kluttig A, Schmidt-Pokrzywniak A. Established and Suspected Risk Factors in Breast Cancer Aetiology. Breast Care (Basel) 2009; 4(2):82-87.
6. John EM, Phipps AI, Davis A, Koo J. Migration history, acculturation and breast cancer risk in Hispanic women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005; 14(12):2905-13.
7. Titus-Ernstoff L, Longnecker MP, Newcomb PA et al. Menstrual factors in relation to breast cancer risk. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1998; 7(9):783-9.
8. Stuebe AM, Willett WC, Xue F et al. Lactation and Incidence of Premenopausal Breast Cancer: A Longitudinal Study. Arch Intern Med 2009; 169(15):1364-1371.
9. Ghosh K, Vachon CM, Pankratz VS et al. Independent association of lobular involution and mammographic breast density with breast cancer risk. J Natl Cancer Inst 2010; 102 (22):1716-23.
10. Møller M, Friis S, Olsen JH, Ghislaine S et al. Risk of second cancer among women with breast cancer. International Journal of Cancer 2006; 118(9):2285-2292.
11. Chang ET, Milne RL, Phillips KA et al. Family history of breast cancer and all-cause mortality after breast cancer diagnosis in the Breast Cancer

- Family Registry. *Breast Cancer Res Treat* 2009; 117(1):167–176.
12. Kristy A. Brown, Evan R. Simpson. Obesity and Breast Cancer: Progress to Understanding the relationship. *Cancer Res* 2010; 70:4-7.
 13. Chlebowski RT, Kuller LH, Prentice RL et al. Breast Cancer after Use of Estrogen plus Progestin in Postmenopausal Women. *N Engl J Med* 2009; 360(6):573-87.
 14. Rennert G, Bisland-Naggan S, Barnett-Griness O et al. Clinical Outcomes of Breast Cancer in Carriers of *BRCA1* and *BRCA2* Mutations. *N Engl J Med* 2007; 357(2):115-23.
 15. Rosenberg L, Zhang Y, Coogan PF et al. A Case-Control Study of Oral Contraceptive Use and Incident Breast Cancer. *Am J Epidemiol* 2009;169(4):473-479.
 16. Allen NE, Beral V, Casabonne D et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101(5):296-305.
 17. Luo J, Margolis KL, Wactawski-Wende J, Horn K et al. Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: A prospective cohort study. *BMJ* 2011 Mar 1; 342:d1016. doi: 10.1136/bmj.d1016.
 18. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas. Buenos Aires, 2006.
 19. Brennan M, Spillane A, Houssami N. The role of breast MRI in clinical practice. *Aust Fam Physician* 2009 Jul; 38(7):513-19.
 20. Nelson HD, Tyne K, Naik A et al. Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review. An Update for the US. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009; 151(10):727-37.
 21. Jones S. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Int J Epidemiol* 2008; 37(6):1217-1219.
 22. Chiarelli A, Majpruz V, Brown P et al. The Contribution of Clinical Breast Examination to the Accuracy of Breast Screening. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101(18):1236-1243.
 23. Bulliard JL, Ducros C, Jemelin C, Arzel B et al. Effectiveness of organized versus opportunistic mammography screening. *Ann Oncol* 2009; 20(7):1199-1202.
 24. Hendrick RE, Helvie MA. United States Preventive Services Task Force screening mammography recommendations: science ignored. *AJR Am J Roentgenol* 2011; 196(2):W112-6.
 25. de Ustaran JK, Meiss RP. Metodología diagnóstica en Cáncer de Mama: aspectos descriptivos. *Bol A N de Medicina* 1986; 64(2):541-551.
 26. Meiss RP, de Ustaran JK, Rascován S, Bianco M. Cáncer de Mama. Epidemiología. *Bol A N de Medicina* 1988; 66(1):123-130.

27. de Ustaran JK, Bianco M, Meiss RP, Rascován S. Epidemiología Descriptiva del Cáncer de Mama. 1658 casos nuevos en Argentina. 1983-1984. Prensa Médica Argentina 1988; 75(3):73-84.

**PREMIO
“FUNDACIÓN RENÉ BARON” - Año 2012
EN CIENCIAS MÉDICAS**

23 de agosto de 2012

PROGRAMA

Acad. José A. Navia: Palabras de apertura del acto por el Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Ing. Carlos Baron: Palabras a cargo del Sr. Presidente de la Fundación “René Baron”.

Entrega del Premio al Trabajo:

**“CIRCUITOS REGULATORIOS MEDIADOS POR LECTINAS Y
GLICANOS EN LA ENFERMEDAD AUTOINMUNE
DESMIELINIZANTE”**

Autores: Lic. Santiago Méndez Huergo, Dres. Santiago Di Lella, Iván Mascanfroni, Victoria Sundblad, Jorge Correale y (Director Responsable) Dr. Gabriel Rabinovich (IBYME y FLENI)

Dr. Gabriel A. Rabinovich: Palabras de agradecimiento en nombre de los premiados.

Dra. Damasia Becú: Palabras de agradecimiento en nombre de IBYME.

Dr. Jorge Correale: Palabras de agradecimiento en nombre de FLENI.*

Dr. Gabriel Micheli - Conferencia: “Relevancia de las enfermedades autoinmunes del sistema nervioso”.*

* Los trabajos marcados con asteriscos no se publican por no haber llegado a esta redacción.

**PREMIO “FUNDACIÓN RENÉ BARON” – AÑO 2012
EN CIENCIAS MÉDICAS
23 de agosto de 2012**

**PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACAD. JOSÉ A. NAVIA***

El Dr. René Baron, médico, creó la Fundación Baron en 1978 con el fin de apoyar la investigación básica y aplicada al cáncer, instituyendo el Premio René Baron. Su espíritu filantrópico lo llevó a la entrega de numerosos premios a través del LALCEC. El grupo de científicos del Instituto de Hematología de la Academia Nacional de Medicina (IIHEMA), ganó dichos premios en 6 ocasiones.

El Dr. René Baron murió en 1993 siendo la Fundación hoy dirigida por su sobrino, el Ing. Carlos Baron, quien ha apoyado al IIHEMA en forma sostenida.

La Fundación René Baron financió la compra de gran cantidad de materiales, entre ellos, un microscopio para Clínica Hematológica, un citómetro de flujo para trabajo asistencial e investigación, un secuenciador para la Sección Química del Departamento de Hemostasia y Trombosis, la refacción de varios consultorios y equipamiento del Laboratorio de Inmunología, además de contribuir con su apoyo económico a diferentes científicos en subsidios, becas y viajes para congresos. Desde 1999 hasta 2011, la Fundación Baron ha instituido 3 subsidios por año en Investigación Clínica, Investigación Básica e Inmunología y 4 becas anuales.

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

En el año 2010, se firma un Convenio entre la Academia Nacional de Medicina y la Fundación René Baron, para instituir el “PREMIO FUNDACIÓN RENÉ BARON EN CIENCIAS MÉDICAS”. Dicho premio se otorga al mejor trabajo original de investigación básica o aplicada realizado totalmente en la Argentina. Se acuerda también en el Convenio instituir cinco Premios anuales y consecutivos a partir del año 2011. La inscripción se realiza a partir del mes de agosto de cada año y hasta abril del año siguiente.

Para cada edición del Premio, la Academia Nacional de Medicina designa cinco miembros de los cuales, por lo menos dos, deberán ser Académicos de Número.

En esta oportunidad, la Academia Nacional de Medicina tiene el placer de agradecer al Ing. Carlos Baron por su labor y espíritu filantrópico continuando el recuerdo y legado del Dr. René Baron, así como al Jurado Académico integrado por: Dr. Marcelo Villar, Dr. Federico Micheli, Acad. Christiane D. Pasqualini, Dr. Hugo Maccioni y Acad. Roberto M. Arana por su encomiable labor en la selección de los participantes.

Este año corresponde premiar al trabajo: “Circuitos Regulatorios mediados por lectinas y glicanos en la enfermedad autoinmune desmielinizante”; *Autores*: Lic. Santiago Méndez Huergo; Dres. Santiago Di Lella; Iván Mascanfroni; Victoria Sundblad, Jorge Correale y Dr. Gabriel Ravinovich (Director Responsable).

A todos ellos, en nombre de la Academia Nacional de Medicina, les damos nuestras felicitaciones esperando que este estímulo que hoy reciben se propague a los diferentes grupos de jóvenes investigadores.

Muchas gracias.

**PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA
FUNDACIÓN “RENÉ BARON”
ING. CARLOS BARON**

La Fundación que creó René Baron Biza no tiene como sus similares más conocidas, una renombrada empresa tras ella, ni ostenta el nombre de un científico de nota, por lo que es poco conocida fuera del medio en que actúa.

Permítanme entonces unas palabras sobre su Fundador y su historia. René, nacido en 1902 en Corrientes y fallecido en 1993 en Buenos Aires, recibió de su padre -colonizador del este pampeano en la bisagra de los siglos XIX y XX- una buena posición económica y de su madre, un ejemplo de mecenazgo.

Cursó sus estudios de medicina en Buenos Aires y después en el Hospital Pitié-Salpêtrière en Francia, donde habían dado cátedra o estudiado Charcot, padre de la Neurología, Sigmund Freud, Pierre Janet, Paul Richter y otros monstruos del momento. Ejerció la Psiquiatría en los EE.UU. y también se especializó en infecciosas tropicales. Pasó etapas de su vida en África, la India y Japón. Fue allí donde -sin abandonar su recatada fe cristiana- fue influenciado por las corrientes de pensamiento que alientan al ser humano en la necesidad de trascender, es decir, ir más allá de algún límite en el espacio-tiempo, con el carácter de una finalidad que ha de cumplirse, en el fundamento de la acción, sin pensamiento en la recompensa.

En la República Argentina donó el Hospital de Colonia Baron, La Pampa y contribuyó, con sus hermanos, a erigir el Colegio Salesiano “Vilfrid Baron” de Ramos Mejía, donde desde los años '30 se educan anualmente más de 2000 niños y jóvenes. Ya en su vejez, decidió tratar de trascender su paso por la vida y sin recompensa en la misma, como filántropo.

Así creó en 1979 esta Fundación cuyo fin primordial es apoyar la investigación científica, en especial en el campo de la medicina humana. Bajo ese mandato, hemos colaborado con el Instituto de

Investigaciones Hematológicas “Mariano R. Castex” de esta Academia, el Instituto Leloir (desde que se llamaba Fundación Campomar), el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas-CEMIC, que cuenta con la unidad de Investigación René Baron en la Capital Federal y el Centro de Atención Médica del mismo nombre en San Isidro, construidos y ampliados posteriormente por nuestra Fundación desde 1990 hasta la fecha. También colaboramos con las Academias Nacionales de Agronomía y Veterinaria y la de Odontología, la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer-LALCEC, la Institución Salesiana y muchas otras.

Hace pocos años decidimos concentrar esfuerzos en menos proyectos, pero más *contundentes*. Las nuevas tecnologías exigen más tiempo de los investigadores y más recursos a las Instituciones en las que actúan. Una de las primeras medidas se concretó en agosto de 2010, cuando con las Académicas Dosne de Pascualini y Mercedes Weissenbacher, los Académicos Alejandro de Nicola y Miguel Tezanos Pinto, decidimos la creación de este nuevo premio anual. Revisados sus distintos aspectos por ambas Instituciones y sus asesores, en noviembre del mismo año tuve el honor de firmar el Convenio con el Acad. Juan Manuel Ghirlanda, entonces presidente de la Academia Nacional de Medicina. Se llamó en agosto de 2011 a Concurso de Trabajos sobre Enfermedades Autoinmunes del Sistema Nervioso que hoy nos convoca. El jurado designado por la Academia fue integrado por los Drs. Marcelo Villar, Rector de la Universidad Austral; Federico Micheli, Jefe de Neurología de la UBA; la Académica Christiane Dosne de Pasqualini; el Dr. Hugo Maccioni de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba; y el Académico Roberto Arana, quien además actuó como Representante de la Fundación en el Jurado. El verdadero trofeo de un certamen científico no es su galardón monetario sino la excelencia del jurado que lo otorga. Gracias por el generoso aporte de todos ellos.

Se presentaron en total al concurso 6 trabajos provenientes de equipos actuantes en las instituciones más comprometidas en la investigación del tema convocante.

Resultó elegido por unanimidad el trabajo “CIRCUITOS REGULATORIOS MEDIADOS POR LECTINAS Y GLICANOS EN LA ENFERMEDAD AUTOINMUNE DESMIELINIZANTE” cuyos autores son el Lic. Santiago Méndez Huergo,

los Drs. Santiago Di Lella, Ivan Mascanfroni, Victoria Sundblad, Jorge Correale y Gabriel Rabinovich como Director Responsable.

Como los dos últimos nombrados hablarán dentro de breves momentos en representación del equipo ganador del Premio, no me extenderé sobre la brillante trayectoria de estos científicos argentinos, tarea que por la acumulación de sus méritos excede el tiempo disponible. Sólo diré, en nombre de la Fundación René Baron, a todos ellos ¡muchas gracias por su trabajo!

Y ya termino. Un filósofo, cuyo nombre no cito para no pecar de erudito o presumido, dijo que la gratitud es la más agradable de las virtudes pero no la más fácil. Tenía razón. ¡Qué difícil es citar a todos los que hicieron posible este acto! Además de todos los que he nombrado, Académicos y Científicos, al Dr. René Baron mismo y los "monstruos" del pensamiento que lo inspiraron, no puedo dejar de pensar en todos los colaboradores de esta misma Academia, del FLENI, del IBYME, así como de otras Instituciones que en la Argentina lidian con las enfermedades autoinmunes como el Hospital Italiano, el Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía", el Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanari", el Hospital General de Agudos "Carlos G. Durand", la Fundación Instituto Leloir y tantos otros que ayudan día a día, a pesar de todo, a construir una grande y gloriosa Nación.

A todos, en nombre de la Fundación René Baron, nuevamente, ¡muchas gracias!

**PALABRAS DE AGRADECIMIENTO
EN NOMBRE DE TODOS LOS PREMIADOS POR EL
DR. GABRIEL A. RABINOVICH***

Quisiera expresar nuestra inmensa alegría y el profundo agradecimiento de parte de mi equipo y de nuestro Instituto a la Fundación Baron y a la Academia Nacional de Medicina por este prestigioso premio y su extrema generosidad. Este gran honor, que atesoramos en nuestro corazón, es un impulso enorme para poder seguir adelante con nuestro trabajo, el cual intentamos trasladar en un futuro próximo desde las fronteras de la investigación básica hacia la medicina translacional y a la práctica clínica.

Este trabajo, como ya se mencionó previamente, ha sido realizado en el Instituto de Biología y Medicina Experimental, con el apoyo invaluable de colegas del Instituto FLENI.

En primer lugar, quisiera agradecer a las personas que fueron protagonistas y que colaboraron en forma directa siendo autores o no del trabajo: el Lic. Santiago Méndez Huergo, el Dr. Santiago Di Lella, la Dra. Victoria Sundblad, el Dr. Iván Mascanfroni del IBYME y destacar su enorme compromiso con este proyecto.

En segundo lugar, un agradecimiento muy especial al Dr. Jorge Correale, por su generosidad y por aceptar en forma desinteresada este proyecto de colaboración para que nuestro proyecto de a poco pueda trasladarse a la Clínica para beneficio de los pacientes. A través de él quiero agradecer a las autoridades del Instituto FLENI.

A su vez quiero agradecer a todos los miembros del equipo porque de una u otra forma colaboraron en la concreción de este proyecto y a otros proyectos del laboratorio. Quisiera mencionar particularmente y tratar de no olvidarme de nadie. A los Dres. Juan Pablo Cerliani y Juan Iñarregui que aportaron a este proyecto en particular. También a los

* Instituto de Biología y Medicina Experimental (IBYME-CONICET), Argentina.
E-mail: gabyrabi@gmail.com

Dres. Diego Croci, Mariana Salatino, Sebastián Dergan Dylon, Tomás Dalotto, Marta Toscano, Karina Mariño, Verónica Martínez Alló, Diego Laderach, Daniel Compagno, Laura Giribaldi, Lucas Gentilini, Juan Carlos Stupirski, Claudia Leishman, Claudia Gatto, Roberto Davicino, Carlos Guardia, Felipe Jaworski, Nicolás Pinto y Sebastián Maller que día a día se comprometen por los proyectos del laboratorio con la camiseta muy bien puesta.

A la Dra. Damasia Becú, Directora de nuestro Instituto a quien admiro por su enorme compromiso, dedicación, calidez y sentido de la justicia, valores con los cuales dirige en forma destacada el Instituto de Biología y Medicina Experimental. Pero más allá de eso por darme el premio más importante que es su amistad.

Al Dr. Eduardo Charreau a quien admiro por su trayectoria profesional y compromiso con la Ciencia Argentina y su generosidad con nuestro equipo, por la cantidad de consejos que me han permitido salir adelante y por premiarme con su amistad.

Al Dr. Alejandro De Nicola por su apoyo constante, sus consejos y su aporte a nuestro Instituto y a la ciencia argentina.

A todos los investigadores, becarios y técnicos del IBYME que día a día realizan su trabajo con compromiso y pasión, en diferentes campos de la Medicina Experimental.

A mi hermano Jorge Geffner por estar siempre cerca respaldándonos en absolutamente todos nuestros proyectos.

A las agencias que apoyan nuestro trabajo: Agencia de Promoción Científica y Tecnológica, Universidad de Buenos Aires y la National Multiple Sclerosis Society de EE.UU. Y fundamentalmente a la Fundación Sales que desde hace ya 12 años, cuando llegué a Buenos Aires, decidió apoyar nuestro proyecto, fundamentalmente a las familias Ferioli y Ostry por su respaldo sostenido en el tiempo.

Sin embargo, como dice El Talmud: “No hay mejor discípulo que el que tiene un profundo agradecimiento por sus maestros y no hay mejor maestro que el que sostiene y apoya el crecimiento de sus discípulos”.

Por lo tanto, para ser justo, quisiera agradecer a mis primeros Maestros. Este trabajo tiene historia previa y comenzó en 1992 durante mi carrera de grado y posgrado con la identificación, purificación y clonado de una proteína de unión a glicanos, la galectina-1, en células del sistema inmunológico. Mi agradecimiento enorme para los que guiaron esos primeros pasos, para el Dr. Carlos Landa y la Dra. Clelia Riera de la Universidad Nacional de Córdoba. Sin su apoyo y la gran libertad de crecimiento que me dieron hubiera sido imposible llegar a este momento.

En esta segunda parte quisiera referirme a los mensajes más importantes de nuestro trabajo al cual titulamos:

Circuitos regulatorios mediados por lectinas y glicanos en la enfermedad autoinmune desmielinizante.

Tal como la concebimos actualmente, la Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica del sistema nervioso central caracterizada por signos de inflamación, desmielinización y pérdida axonal. Se estima que aproximadamente 2.000.000 de personas presentan esta enfermedad a nivel mundial y en nuestro país esta patología afecta a 18/100.000 habitantes, particularmente adultos jóvenes en plena etapa productiva.

Aunque la etiología de la EM es multifactorial, existen numerosas evidencias que indican que en esta enfermedad prevalece el desarrollo de una respuesta inflamatoria autoinmune dirigida contra componentes de la mielina al igual que la desregulación de circuitos neuronales.

Aun cuando se realizó un importante progreso en los últimos años en la comprensión de la patogénesis de la esclerosis múltiple, son limitados los tratamientos disponibles. Se han invertido miles de millones de dólares en drogas que en muchos casos, actúan como inmunosupresores o inmunomoduladores no selectivos y son eficientes sólo en algunos tipos de enfermedad.

De este modo uno de los grandes objetivos es la búsqueda de nuevos blancos terapéuticos que sean capaces de disminuir los síntomas de la enfermedad sin causar una inmunosupresión generalizada.

En este contexto, durante los últimos años, nuestro equipo ha con-

tribuido a dar luz a un nuevo paradigma a través del cual la interacción entre lectinas endógenas, particularmente galectina-1, al unirse a glicanos específicos en la superficie de células del sistema inmune, es capaz de regular la función y sobrevivencia de células inflamatorias en forma selectiva.

En realidad, en trabajos previos demostramos que ratones deficientes en esta proteína, galectina-1, son más susceptibles a desarrollar encefalomiелitis autoinmune experimental, un modelo experimental en ratones de esclerosis múltiple.

En el presente estudio investigamos cómo la interacción entre galectina-1 y sus azúcares en la superficie de células del sistema inmune modulan la enfermedad autoinmune desmielinizante, validamos la relevancia clínica de estos hallazgos en la EM humana y proponemos una nueva estrategia terapéutica.

En resumen:

1. En el primer capítulo del trabajo investigamos el impacto de galectina-1 en el compartimiento de células dendríticas.

¿Qué son células dendríticas? Son las centinelas de la respuesta inmune. Al ingresar un antígeno, ya sea un microbio, un antígeno tumoral o un autoantígeno, éste es captado por estas células, procesado y le permite viajar a través de la linfa hasta llegar al ganglio linfático para activar linfocitos T para que se ejerzan su acción efectora. En el presente trabajo demostramos que la presencia de galectina-1 en tejidos inflamados es capaz de generar células dendríticas que en vez de ser inmunogénicas y activar linfocitos T, son capaces de silenciar la respuesta generando célula T regulatorias. En efecto, la unión de galectina-1 a glicanos en células dendríticas es capaz de convertir células dendríticas inmunogénicas en células dendríticas tolerogénicas productoras de una nueva citoquina, la IL-27 y esta citoquina se une a linfocitos T promoviendo su diferenciación a células T regulatorias productoras de IL-10. Por lo tanto, Gal-1 enciende un circuito mediado por IL-27 e IL-10 por el cual es posible suprimir y resolver la respuesta inmune durante la encefalomiелitis autoinmune experimental.

2. En un segundo capítulo investigamos si este tipo de redes

celulares podría operar también a nivel del SNC durante la enfermedad autoinmune desmielinizante. Se sabe que en el SNC la microglia activada en forma clásica promueve neurodegeneración al producir citoquinas y mediadores tóxicos como óxido nítrico y factor de necrosis tumoral. En nuestro trabajo pudimos identificar un circuito a través del cual para reducir la respuesta inflamatoria, los astrocitos secretan galectina-1 la cual se une a la glicoproteína CD45, desactiva la microglia, lleva a un fenotipo activado alternativamente, inhibe la neurodegeneración inducida por inflamación y promueve neuroprotección, reduciendo la desmielinización y la pérdida axonal.

3. En el tercer capítulo de nuestro trabajo exploramos directamente el compartimiento de células T regulatorias a nivel periférico.

Pero ¿cuál es la relevancia clínica de estos circuitos en la Esclerosis Múltiple humana?

4. El cuarto capítulo nos permitió incursionar en la clínica y explorar el papel del eje galectina-1 y glicanos en la Esclerosis Múltiple humana y gracias a la colaboración del Dr. Correale pudimos trasladar algunos de estos resultados en material proveniente de pacientes.

Finalmente en el quinto y último capítulo, y teniendo en cuenta los antecedentes anteriores, nos propusimos investigar si podíamos postular a Gal-1 como una nueva estrategia terapéutica.

POR LO TANTO PLANTEADO NUESTRO TRABAJO HA PERMITIDO PLANTEAR CIRCUITOS REGULATORIOS EN MODELOS EXPERIMENTALES Y DEMOSTRAR SU RELEVANCIA CLÍNICA Y POTENCIAL TERAPÉUTICO.

Finalmente, me gustaría terminar con un mensaje general a todos los que trabajamos en ciencia y tecnología y uno particular a los que recién se inician.

Enfrentamos en estos primeros años del nuevo milenio un mundo caracterizado por grandes contradicciones. Nunca como hoy el

avance científico permitió poner a disposición de la humanidad tanta tecnología. Pero al mismo tiempo, nunca como hoy esta tecnología ha sido distribuida con tanta inequidad, generando condiciones de desigualdad social sin precedentes entre los llamados países del primer mundo y países periféricos. Es ese nuestro problema fundamental. No debemos perder de vista que la ciencia y la tecnología deben ser un instrumento eficaz para abrir nuevas oportunidades que contribuyan a reducir las brechas y las asimetrías existentes entre países ricos y países pobres.

Es por este motivo que países en crecimiento como el nuestro deberían implementar políticas de desarrollo científico que eviten la exclusión social y que abran nuevas oportunidades de conocimiento y educación. Esto no se logra con políticas alienantes, sino integrándonos al mundo. Por lo expuesto creo que la educación, la cultura y la ciencia con aplicación social son las únicas salidas para erradicar la pobreza.

Los científicos y más específicamente los inmunólogos nos entusiasmos con el desarrollo de diferentes tipos de terapias y vacunas que nos permitan lograr curas o paliativos contra enfermedades como la esclerosis múltiple, cáncer, artritis, Chagas, SIDA y malaria. Sin embargo este entusiasmo no nos debe hacer perder de vista los obstáculos que no tienen una relación directa con el terreno estrictamente científico. Se podrían prevenir millones de muertes por estas enfermedades construyendo viviendas dignas, dotando a comunidades carenciadas de agua potable y necesidades primarias, promoviendo los programas de vacunación y educación sexual e impulsando una comunicación fluida entre investigadores básicos y profesionales de la salud.

Aquí, ¡felicitó a la Academia y a la Fundación Baron por trabajar en este sentido!

Mi mensaje final y personal también hacia todos los que desean emprender un proyecto de investigación. Caminamos una ruta con un equipaje cargado de paradigmas y preceptos de nuestros premios Nobel, padres y maestros que nos ayudan en el trayecto hacia la búsqueda de la verdad, la excelencia y la rigurosidad y éstos son los que nos mantienen fuertes en el camino y es importante mantener! Sin

embargo, para poder crear y brindar algo diferente a la ciencia, debemos intentar recorrer sendas diferentes, inéditas, plantearnos nuevos interrogantes, utilizar la memoria emotiva para recrearnos a nosotros mismos todo el tiempo.

Y en este sentido, para finalizar, en estos días leí una frase de Steve Jobs que me pareció excelente:

"Tu tiempo es limitado, no lo malgastes viviendo la vida de alguien distinto, no quedes atrapado en el dogma, el cual es vivir como otros piensan que deberías vivir. No dejes que los ruidos de las opiniones de los demás callen tu voz interior. Y lo más importante, ten el coraje para hacer lo que dice tu corazón y tu intuición. Ellos ya saben de algún modo en qué quieres convertirte realmente. Todo lo demás es secundario".

En lo personal, en un año para mí particularmente difícil, quisiera me permitan agradecer a mis padres, a mis amigos y dedicar este premio en memoria de mi hermana Sandra y de todos los pacientes que con ansiedad y desesperación requieren el desarrollo de nuevas terapias.

PALABRAS DE AGRADECIMIENTO EN NOMBRE DEL IBYME POR LA DRA. DAMASIA BECÚ*

Es para mí un gran honor aceptar en nombre del Instituto de Biología y Medicina Experimental la distinción y apoyo en favor de nuestro Instituto, distinción otorgada por ser Directora de la sede donde se realizó el trabajo del Dr. Rabinovich. Creemos que éste es un gesto de gran visión por parte de los donantes, ya que los investigadores necesitan una infraestructura sólida para poder trabajar con libertad. Para el fortalecimiento de la actividad científica lo primero, ineludible y lo más importante es el genio y esfuerzo de científicos. Pero también son importantes la estabilidad y eficiencia de las Instituciones. Housay decía acertadamente: *Ante todo hombres sobresalientes, y no sólo ladrillos y aparatos*. Y si bien concordamos con su dicho, también sabemos que *la única verdad es la realidad* y la realidad nos muestra que a los *ladrillos y aparatos* hay que mantenerlos. Por ello agradecemos profundamente la iniciativa de apoyar también a las instituciones.

Nosotros nos sentimos muy orgullosos de nuestro Instituto, fundado por el Dr. Bernardo A. Houssay, sin embargo, aquí, entrando por los pasillos y mirando a mi alrededor, siento los históricos 190 años de la Academia, solemnes y jerárquicos frente a los jóvenes 68 años de existencia del IBYME, y los más jóvenes aún 34 años de la Fundación René Baron. Las tres instituciones tienen vínculos estrechos: trabajan en favor de la ciencia, se necesitan y sus acciones se entrelazan. Las instituciones históricas, como la Academia, son las que aconsejan, sientan lineamientos, hacen declaraciones, ejercen de jurados expertos, son rectoras y ponen al servicio de la comunidad su larga trayectoria y experiencia. Estas instituciones a su vez se apoyan, valoran y promueven las acciones de Instituciones más jóvenes como el IBYME, que están atentas a las nuevas aristas del conocimiento científico y las tecnologías, revolucionan las ciencias, cambian los paradigmas, desafían las ideas. Y finalmente, las Fundaciones (como la Fundación René Baron), son los miembros generosos de la sociedad, que eligen

*Directora, IBYME - CONICET. Vuelta de Obligado N° 2490, CP-1428, Buenos Aires, Argentina.
E-mail: dbecu@iby.me.conicet.gov.ar

apostar a la ciencia, a la revolución de ideas, apoyando su elección en el consejo de la Academia. Conformamos una comunidad particular: con un Venerable Consejo de sabios, un grupo movilizador de científicos, todos apoyados por mecenas generosos.

Las tres instituciones se entrelazan también históricamente. El fundador del IBYME, el Dr. Houssay, fue designado en el Sitial N° 6 en 1927 a los 42 años de edad (la misma edad que nuestro premiado el Dr. Rabinovich), y fue Presidente de la Academia a los 51 años, antes de recibir el Nobel. También han sido o son Académicos de esta Casa nuestros directores los Dres. Luis Federico Leloir, Virgilio G. Foglia, Eduardo H. Charreau y Alejandro De Nicola*. Por otro lado la Fundación Baron ha premiado a investigadores de nuestro Instituto en más de siete oportunidades, comenzando en 1978 y culminando hoy con esta distinción al Dr. Rabinovich. Treinta y cinco investigadores del IBYME fueron premiados por esta Fundación, incluyendo dos Académicos y el actual Ministro de Ciencia y Tecnología, Dr. Lino Barañao, quien también trabajó en el IBYME.

Por lo tanto, gracias una vez más a la Fundación René Baron y a la Academia Nacional de Medicina por el apoyo que brindan y han brindado a nuestro Instituto. Y gracias en forma personal a académicos, investigadores y benefactores por promover y estimular la investigación científica argentina, para lograr el sueño de todos los aquí presentes, una Argentina mejor.

* Año de ingreso y Sitial en la Academia Nacional de Medicina de Miembros del IBYME:

- Bernardo A. HOUSSAY: 10-11-1927; Sitial N° 5 (Presidente: 1936-1938).
- Luis Federico LELOIR: 13-8-1959; Sitial N° 27.
- Virgilio G. FOGLIA: 7 -12-1972; Sitial N° 19 (Presidente: 1986-1988).
- Eduardo H. CHARREAU: 25-9-2003; Sitial N° 5 *Bernardo A. Houssay*.
- Alejandro F. DE NICOLA: 29-10-2009; Sitial N° 19 *Manuel Porcel de Peralta*.

**INAUGURACIÓN
DE LAS OBRAS DE REMODELACIÓN
DE LA BIBLIOTECA**

Cooperaron con el Mantenimiento de la Biblioteca:

FUNDACIÓN OSDE
(Acondicionamiento General)

PHILIPS ARGENTINA
(Iluminación)

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA

DESCUBRIMIENTO DE PLACAS RECORDATORIAS

ENTREGA DE PLAQUETAS DE AGRADECIMIENTO
A LOS SRES. PRESIDENTES DE LA
FUNDACIÓN OSDE Y DE PHILIPS ARGENTINA
DR. JUAN CARLOS PALACIOS E ING. SANTIAGO PEZZATI

**Buenos Aires
30 de agosto de 2012**

ACTO DE INAUGURACIÓN DE LAS OBRAS



PLACAS RECORDATORIAS



PLACAS RECORDATORIAS



ENTREGA DE PLAQUETAS DE AGRADECIMIENTO



BIBLIOTECA DE LA ACADEMIA



**XX REUNIÓN DE LA
ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA
DE ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA
(ALANAM)
Madrid, ESPAÑA**

27-29 de septiembre de 2012

**INFORME DEL ACADÉMICO
DR. OSCAR H. MORELLI**
DELEGADO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
(BUENOS AIRES) ANTE LA ALANAM

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Vacunas
Obesidad

UNIVERSALIZACIÓN DE LAS VACUNAS.
ACAD. PROF. OLINDO MARTINO,
DRES. MARIO MASANA WILSON Y SUSANA LLOVERAS

OBESIDAD EN LA ARGENTINA
ACAD. MANUEL L. MARTÍ

INFORME DEL ACADÉMICO

DR. OSCAR H. MORELLI*

La XX Reunión de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal, ALANAM, que en un principio se iba a desarrollar en la Ciudad de Cádiz, tuvo lugar en Madrid, en la sede de la Real Academia Nacional de Medicina de España bajo la Presidencia del señor Académico Profesor Manuel Díaz-Rubio García desde el día 27 hasta el 29 de septiembre del presente año.

Los temas de dicha reunión fueron *Universalización de las Vacunas*, que en representación de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires fue presentado por el Profesor Mario Masana Wilson coautor con el Académico Olindo Martino, quien por razones personales no pudo asistir, y la Dra. Susana Lloveras, docente adscripta de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

El segundo tema del Congreso fue *Epidemiología de la Obesidad* que por nuestra Academia estuvo a cargo del señor Académico Manuel Martí.

Ambos temas se pueden consultar *in extenso* en los libros que la Real Academia Española de Medicina publicó y que acompañan a este informe.

Desde el punto de vista administrativo hubo dos reuniones. Una el día jueves 27 a las 18 horas en la que se aprobó el ingreso a la ALANAM de la Academia Dominicana de Medicina con el voto favorable de todos los Delegados presentes de las Academias Latinoamericanas, España y Portugal que ya la habían aprobado previamente por vía epistolar o electrónica. La nueva Academia miembro de ALANAM fue recibida oficialmente con breves palabras de bienvenida por el Presidente de la Asociación a las cuales respondió el señor Académico Profesor Ricardo García Martínez, Presidente de la Academia Dominicana de

* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina; Delegado ante la ALANAM.

Fax: (54.11) 4833-6393; e-mail: drohmorelli@fibertel.com.ar

Medicina, con lo que ésta quedó estatutariamente incorporada a la ALANAM.

A continuación, dicho Presidente dio lectura de sendos diplomas como Miembros Correspondientes Extranjeros de la Academia Dominicana a los Académicos Profesores Manuel Díaz-Rubio García y Zoilo Cuéllar-Montoya, quienes expresaron su agradecimiento por tal distinción.

El Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina le otorgó al Académico Manuel Martí una condecoración como Miembro Correspondiente de la misma.

Luego de la ceremonia inaugural, el señor Profesor Académico Zoilo Cuéllar-Montoya dictó la segunda conferencia magistral *Gonzalo Esguerra Gómez* que versó sobre *Mutis y la Medicina*.

En la reunión administrativa del sábado 29 de septiembre del corriente año se ratificó lo aprobado ya por el Consejo Directivo de la ALANAM en la XVII Reunión del día 20 de septiembre de 2008 en la ciudad de México por la que a solicitud del Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay, Académico Arnaldo Acosta Núñez, se designó a Paraguay como sede de ALANAM para el período 2012-2014 y a dicho Académico como Presidente de la Asociación para ese período. Asimismo se eligió a Venezuela para el período 2014-2016 que tendrá lugar, si la situación socio-política de esta nación lo permite. Igualmente se corroboró por unanimidad continuar en adelante con el orden alfabético estatutario para las siguientes reuniones.

Además se aprobaron por unanimidad a propuesta de Paraguay como temas oficiales para la XXI Reunión: 1º) *El impacto de las nuevas tecnologías sobre los métodos tradicionales de diagnóstico y tratamiento* y como 2º tema, a propuesta del Delegado de Perú, *Salud y Medio Ambiente*.

De acuerdo con las disposiciones vigentes el presidente de la XX Reunión de ALANAM, Académico Profesor Manuel Díaz-Rubio García, transfirió la presidencia de ALANAM al Presidente de la Academia de Medicina del Paraguay Académico Arnaldo Acosta Núñez.

Luego se aprobó, también por unanimidad, el informe del Secretario Ejecutivo Académico Zoilo Cuéllar-Montoya sobre las actividades administrativas realizadas durante el bienio 2010-2012, el resultado del Balance y Estado Financiero de ese mismo período y el documento de Conclusiones y Recomendaciones tanto del tema *Universalización de las vacunas* como de *Epidemiología de la Obesidad*, que se agregan por cuerda separada y que serán remitidas por ALANAM a los Ministerios o Secretarías de Salud de cada uno de los países intervinientes.

Se procedió luego a agregar al Estatuto vigente el Artículo 28 don-

de se establece que la imposición de las condecoraciones se hará en una Sesión Solemne del Consejo Directivo de la Asociación e irán acompañadas de un pergamino de reconocimiento que incluirá además del nombre y apellido del beneficiario las razones de su merecimiento. Igual reconocimiento se hará a los Secretarios Alternos y Ejecutivo salientes en el momento de hacer entrega de su cargo.

Se aprobó por unanimidad el documento de VOLUNTAD y COMPROMISO de la ALANAM con la consolidación del *español* como lengua de comunicación científica y de su propósito de publicar una edición panhispánica del *Diccionario de términos médicos*.

La Academia de Medicina de Venezuela propuso el envío de trabajos y premios de las diferentes Academias a la página Web de la ALANAM.

En la misma reunión y a propuesta de los señores Académicos Profesor Manuel Díaz-Rubio García Expresidente de la Asociación en compañía del señor Académico Profesor Joaquín Poch Broto, Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina acordaron imponer en fecha a determinar la *Condecoración de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM)*, con el pergamino correspondiente, a su Majestad Don Juan Carlos de Borbón y Borbón-Dos Sicilias, Rey de España, como un homenaje de aprecio y respeto a su persona y al pueblo español. Luego el señor Presidente de ALANAM impuso al Académico Zoilo Cuéllar-Montoya la *Condecoración de la Asociación Latinoamericana de Academias Latinoamericanas de Medicina, España y Portugal* en el grado de *Cruz de Plata de la ALANAM*.

Finalmente se redactó el Acta de la Reunión de Madrid de ALANAM y luego de ser leída se firmó en original y tres copias el día sábado 29 de septiembre de 2012 por el Presidente de la Reunión, Profesor Académico Manuel Díaz-Rubio García y por el Secretario de ALANAM, Profesor Académico Zoilo Cuéllar-Montoya, siendo refrendada por todos los Delegados de las Academias que integran la ALANAM.

Acad. Oscar H. Morelli
Delegado ante ALANAM
Academia Nacional de Medicina
(Buenos Aires)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Universalización de las Vacunas

CONCLUSIONES

- Como el abastecimiento de agua potable y las vacunas constituyen el mejor índice de coste-efectividad en la prevención y control de las enfermedades transmisibles, es muy importante que las autoridades políticas y sanitarias centren todo su esfuerzo en ambos conceptos, máxime en los momentos de crisis económica, en los que los gastos de tratamiento y hospitalización son mucho mayores que los efectuados en inversiones, para obtener agua potable e inmunizaciones.
- Es necesario que todas las vacunas de que disponemos actualmente lleguen a todas las poblaciones, en especial a las más alejadas de las grandes ciudades, a las que se encuentran en zonas selváticas, a los grupos marginados y a los de más baja capacidad económica, pues existen países latinoamericanos donde aún se encuentran carencias en este sentido.
- Las inmunizaciones deben llegar a todas las personas y a todas las edades, ya que contamos con vacunas para la población adulta y de la tercera edad, y éstas no se cubren al cien por cien en ciertos países.
- Aunque en la última década se han producido avances considerables de inmunización en los países de la península ibérica e iberoamericanos, la cobertura aún no es total, ni en la población infantil ni en el resto de las edades.
- La inmunización contra las infecciones por rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis A, varicela y papilomavirus, no se han introducido en todos los países y hay poblaciones que aún no lo poseen.
- Así se puede resumir que:

- El abastecimiento de agua potable y las vacunas constituyen el mejor índice de coste-efectividad en la prevención y control de las enfermedades transmisibles, medido por los índices naturales de muertes evitadas y años de vida salvados, y por años de vida ajustados por discapacidad.
- El Programa Ampliado de Inmunizaciones es una iniciativa de todas las naciones y de los organismos internacionales para lograr la universalización de las vacunas y así controlar, eliminar o erradicar las enfermedades inmunoprevisibles, y con ello mejorar la salud y el desarrollo de las poblaciones. Todos los gobiernos deben adherirse al mismo, poniendo los medios posibles para alcanzarlo.
- El desarrollo durante los últimos años de nuevas vacunas, utilizando la más moderna tecnología científica, o nuevas presentaciones de las mismas, ha supuesto un aumento muy importante de la eficacia y seguridad en la prevención de las enfermedades infecciosas.
- La prevención de estas enfermedades mediante la vacunación debe ser una prioridad para las autoridades políticas y sanitarias, favoreciendo la llegada de estos productos a toda la población, y en especial, a los grupos marginados y de más baja capacidad económica.
- En la última década se han producido avances considerables en materia de inmunización en los países de la península ibérica e iberoamericanos, tanto en el aumento de la cobertura como en la introducción de nuevas vacunas.
- Es necesario aumentar en todos los países la cobertura vacunal de los adultos y ancianos, para lo que sería imprescindible la realización de campañas de educación sanitaria con tal finalidad.
- La últimas adquisiciones en la inmunización de enfermedades como las vacunas contra las infecciones por rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis A, varicela y papilomavirus, deben extenderse a todos los países y poblaciones que aún no las poseen.
- Junto a la adquisición de las dosis necesarias de vacunas, los responsables sanitarios no deben olvidar la financiación de jeringas y suministros afines para la inmunización, así como el mantenimien-

to de la cadena de frío para los productos biológicos que lo necesiten. Este requisito es fundamental en las zonas más alejadas o pobres de los países.

- Es preciso avanzar en la investigación de las vacunas contra el dengue, la hepatitis C, la malaria, la tuberculosis y el SIDA, para poder disminuir a nivel mundial las tasas de morbilidad y mortalidad de estos graves procesos.

RECOMENDACIONES

- La prevención de las enfermedades transmisibles mediante la inmunización activa con vacunas debe ser una prioridad para las autoridades políticas y sanitarias, favoreciendo la llegada de las mismas a toda la población, y en especial a los grupos de más baja capacidad económica.
- Es necesario aumentar en todos los países la cobertura vacunal de los niños, adultos y ancianos, para lo que sería imprescindible, con tal finalidad, la realización de campañas de educación sanitaria. Así mismo, es necesario concientizar a las autoridades políticas y sanitarias de dicha necesidad.
- Esta cobertura vacunal debe ser aún más marcada en las últimas vacunas introducidas en el mercado como las de rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis A, varicela y papilomavirus.
- Junto con la adquisición de las dosis necesarias de vacunas en cada uno de los países, los responsables sanitarios no deben olvidar la financiación de jeringas y suministros afines para la inmunización así como el mantenimiento de la cadena de frío para los productos biológicos que lo necesiten. Este requisito es fundamental en las zonas más alejadas de los centros urbanos.
- Es preciso avanzar, mediante la financiación adecuada, en la investigación de las vacunas contra el dengue, la hepatitis C, la malaria, la tuberculosis y el SIDA, para poder disminuir a nivel mundial las tasas de morbilidad y mortalidad de estos graves procesos infecciosos.

- Con la finalidad de adecuar las vacunas a la tercera edad, es necesaria la realización de un profundo estudio de su respuesta inmunológica, que puede ser alterada debido a la existencia de patologías básicas diferentes a las de los niños y adultos.
- La *ALANAM* debe dirigirse a las autoridades políticas y sanitarias de los países que la componen, instándolas a una potenciación del papel de las Academias Nacionales de Medicina en el asesoramiento de los problemas de salud y enfermedad. Se llevará a cabo en todo momento, máxime en los casos de situaciones epidemiológicas graves o de emergencia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Obesidad

CONCLUSIONES

La ***Obesidad*** (sobre todo en su fenotipo abdominal) representa una de las más grandes amenazas a la Salud individual y colectiva, ya que el sobrepeso y la obesidad confieren un elevado riesgo de morbimortalidad, como promotores o inductores de muy severas comorbilidades.

Ningún sexo, edad ni grupo étnico, es respetado por esta Pandemia cuya prevalencia/incidencia crece, en casi todo el mundo desde edades muy precoces de la vida y de la adolescencia.

Numerosos estudios confirman un mayor riesgo para ambos estados (sobrepeso/obesidad) en relación inversa con los niveles socioeconómicos y educativos, sobre todo en los Países menos desarrollados. Es ésta una realidad dramáticamente cierta en ciertos países Latino-Americanos (p.e. México, Bolivia, Brasil, Venezuela...), en los que el sobrepeso "convive" o se solapa con la desnutrición severa, más o menos encubierta, incluso en miembros de una misma comunidad o familiar étnica específica o no. Y es el resultado de una compleja interacción entre genes y factores ambientales (nutrición, actividad física, calidad/cantidad de sueño, factores psicobiológicos

y culturales...). “

Es heterogénea y multifactorial, salvo en las formas monogénicas y sindrómicas ya que en la obesidad común no es detectable en su heterogeneidad fenotípica un patrón mendeliano simple” (Bouchard C., 1992). Sobre esta predisposición actúa una vastísima serie de factores externos (ambientales) que oscilan desde hábitos sedentarios (ninguna actividad física) con escaso gasto energético acoplados a un surplus de aporte con la Dieta (azúcares refinados, grasas saturadas...), la urbanización predominante, el estrés psicológico asociado a la biografía del individuo, la presión social y económica, el sueño escaso y/o de la mala “calidad”. Dicha combinación de factores, es bien notoria en la mayoría de los países latinoamericanos, aquí estudiados. Y entre ellos es muy severa en algunos como México, Brasil, Bolivia e incluso Perú.

Hecho notable es que en la mayoría de los países Latinoamericanos (con la excepción notable de Argentina, Portugal y en España) la prevalencia de Sobrepeso-Obesidad es mayor en el sexo femenino, más aún en el ciclo vital postmenopáusico, y con un patrón distributivo preferente de la grasa en el compartimiento abdominal. Este retrato nada favorable para la Salud de los individuos y para los Organismos Responsables de Salud Pública, implica además una gran carga social (invalidez, discapacidad, complicaciones CV precoces, y aún mayor riesgo de ciertos tipos de Cáncer), así como un incremento notable de los gastos económicos demandados por la Obesidad y sus comorbilidades. Y también un mayor riesgo de mortalidad prematura en personas en edades jóvenes y productivas, sin excepción, en todos los Países Iberoamericanos y en España, con un preocupante crecimiento de la incidencia de sobrepeso y Obesidad en la infancia y adolescencia (promedio del 20-25% en esas edades).

RECOMENDACIONES

La **prevención** es la exigencia inmediata de estos estudios epidemiológicos, para afrontar esa pandemia desde una perspectiva multifactorial, en Portugal, España e Iberoamérica; y esto a través de la colaboración multinacional/multidisciplinar. Dentro de estas iniciativas, requieren una atención particular las enfocadas a la obesidad infantil

como las tipificadas en España por la llamada Estrategia NAOS:

“En síntesis, prevenir es mejor que curar y la lucha debe ser ‘contra’ la obesidad y no contra el obeso.”

En efecto, la preocupación por combatir la Obesidad y el sobrepeso en niños-adolescentes y adultos, ha generado muy interesantes propuestas de estrategias preventivas (p.e. Argentina, México, Perú, Venezuela, Brasil), alentadas por las Autoridades Nacionales, Político-Sanitarias Públicas y por otras iniciativas de Asociaciones Privadas o Profesionales.

La educación y promoción de hábitos saludables de nutrición, actividad física y el abandono del consumo del tabaco, etc., constituyen el núcleo de estas estrategias de Prevención (No-Farmacológicas y Farmacológicas). Y también la implantación de la cirugía metabólica (o bariátrica) (p.e. Brasil, Chile y Argentina).

Quizá una consecuencia importante, entre otras, de esta Reunión, sea la de obtener un Consenso sobre esta problemática del sobrepeso/obesidad, sobre las estrategias conjuntas de prevención en Iberoamérica, España y Portugal, y en la que se involucren las respectivas Autoridades Sanitarias.

UNIVERSALIZACIÓN DE LAS VACUNAS

ACAD. OLINDO MARTINO*, DRES. MARIO MASANA WILSON**
Y SUSANA LLOVERAS***

1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA ARGENTINA

Desde el punto de vista ecológico y epidemiológico, las enfermedades infecciosas y transmisibles emergentes y reemergentes en la Argentina merecen estas consideraciones:

La reemergencia del cólera a principios del año 1992 en la región noroeste del país, a través de los corredores hídricos procedentes de Bolivia, en forma de brote epidémico agudo con grave morbimortalidad durante las primeras semanas de su comienzo, adoptó características clínicas y evolutivas similares a los brotes contemporáneos acaecidos en Perú.

Los primeros casos de emergencia del Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus datan del año 1988 con su primer impacto en el Noroeste argentino y a partir de 1992-94 comenzó a extenderse a las provincias del sur del país.

La reemergencia del Dengue, serotipo -2, data de 1997 notificado en la provincia norestina de Salta.

La extensión de la pandemia de gripe porcina o nueva gripe (Influenza A- H1 N1) llegó a la Argentina a fines del mes de abril del año

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

** Master en Salud Pública-UBA; Experto de la OPS-OMS para el control de Enfermedades Transmisibles y Factores de Riesgo (STP-HSD, Bolivia);

*** Infectóloga Universitaria, Facultad de Medicina-UBA, Argentina.

2009. Tuvo mayor incidencia y complicaciones en la población adulta joven. Fueron estimados 1 millón de casos, aunque se confirmaron por laboratorio 12.100 muestras humanas. La mortalidad se situó en 1,56 por 100.000 h.

En el año 2005 se notifica el primer caso de fiebre manchada por *Rickettsia parkeri* y transmitida por picadura de garrapata (*Amblyomma triste*).

Entre los años 1993-94 se detectaron casos autóctonos de *fiebre maculosa por Rickettsia rickettsii*, y *ehrlichiosis debida a Ehrlichia chaffeensis*, transmitidas por la picadura de la garrapata *Amblyomma cajennense* en humanos en la provincia noroestina de Jujuy.

Frente a la certidumbre de contagio con reservorios asintomáticos o a partir de enfermos confirmados, el uso de la doxiciclina por vía oral se ha mostrado útil como quimioproláctico frente al cólera y las rickettsiosis mientras que para el paludismo se opta por la mefloquina.

El conocimiento adecuado de la geografía médica nacional e internacional -competencia de la disciplina Medicina del Viajero- asociado a la eficiente formación del recurso humano en las enfermedades infecciosas pasadas -las denominadas viejas infectopatías- como también aquellas emergentes y reemergentes, deberán estar siempre complementadas por una estricta y regular vigilancia epidemiológica.

1.1. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cólera CIE-10 A00. En: Ministerio de Salud. *Manual de Normas y Procedimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CINAVE)*. Buenos Aires. Revisión Internacional 2000: 81-82.
- Cólera y otras enfermedades causadas por vibriones. I *Vibrio cholerae*, serogrupos 01 y 0139. En: Heymann DI. *El control de las Enfermedades Transmisibles en el hombre*. 18ª Edición. OPS/OMS, Washington DC, 2005:67-78.
- Martino, Olindo. Diarrea infecciosa provocada por el agua y los alimentos contaminados. *Actualización de tratamientos*. Año 2, Número 6/1991; pp. 14-21.
- González Ayala, S. Síndrome Pulmonar por hantavirus. Sección 14, Capítulo 93. En: *Infectología y Enfermedades Infecciosas*. Emilio

- Cechini y Silvia González Ayala. Editorial Journal. Primera Edición 2008, pp. 648-655.
- Enría, Delia; Morales, María; Fabbri, Cintia. Dengue. Sección 14, Capítulo 91. En: *Infectología y Enfermedades Infecciosas*. Emilio Cechini y Silvia González Ayala. Editorial Journal. Primera Edición 2008, pp. 638-642.
 - *Pandemia de gripe A (H1 N1) 2009-2010 en Argentina*.
<http://es.Wikipedia.org/wiki/>
 - Seijo A, Picollo Marisa, Nicholson William, Paddock Christopher. *Fiebre manchada por Rickettsias en el Delta de Paraná. Una enfermedad emergente*. Medicina (Bs. Aires) 2007; 67:723-726.

2. VACUNAS PARA VIAJEROS A ARGENTINA

La Argentina es el octavo país en extensión a nivel mundial y se ubica en el extremo sur de América del Sur. Al sur y al oeste limita con Chile, al norte con Bolivia y Paraguay y al este con Brasil, Uruguay y el Océano Atlántico. Tiene una variada geografía que puede dividirse en cuatro grandes regiones: los Andes, el Norte, la Pampa y la Patagonia. La primera de estas regiones se extiende a lo largo del oeste del país desde Bolivia hasta el sur de la Patagonia y es la región fronteriza con Chile. La zona Norte tiene dos áreas principales: el Gran Chaco que comprende las tierras bajas entre los Andes y el río Paraná y la Mesopotamia, ubicada entre los ríos Paraná y Uruguay. La Pampa, de ubicación céntrica, se divide en dos áreas de llanuras: la Pampa seca, árida al oeste y la Pampa húmeda. La Patagonia se extiende al sur de la Pampa, desde el río Colorado hasta Tierra del Fuego y abarca una zona de 1900 km, árida, de clima frío y ventoso. La mayor parte del territorio argentino se encuentra casi totalmente dentro de la zona templada del hemisferio sur, a diferencia del resto de los países del norte de América del Sur que se encuentran dentro de los trópicos. Algunas provincias norteañas como Formosa y Misiones tienen predominantemente clima tropical. El extremo sur del país que se extiende hasta la latitud 55 ° S también tiene condiciones predominantemente templadas más que el frío clima continental, pero es interrumpido por áreas de frío polar en las alturas de los Andes y en la parte sur de Tierra del Fuego¹. Esta variación climática como así también la diversidad geográfica en las distintas regiones, hace que la exposición al riesgo para los viajeros sea muy diferente de acuerdo al destino elegido. Otro factor que también debe considerarse, es si el

viaje se restringe exclusivamente a áreas urbanas o si también se visitarán zonas rurales, ya que las condiciones socio-sanitarias pueden ser muy contrastantes. Todos los factores anteriormente mencionados hacen que los viajeros a Argentina deban realizar, en centros de Medicina del Viajero, un adecuado asesoramiento antes de emprender el viaje, para recibir información sobre las medidas de prevención con respecto al consumo de agua y alimentos, accidentes, traumatismos, enfermedades vectoriales e inmunoprevenibles. Durante el asesoramiento antes de viajar se recopilará información acerca de las características del viaje a realizar, como así también los antecedentes de salud del viajero. La información más importante es la siguiente:

Itinerario, regiones que se visitarán según orden del viaje, visitas a zonas urbanas y rurales, fechas y duración de los viajes en cada área, propósito del viaje (por ejemplo, negocios, vacaciones, visitar amigos y parientes), medios de transporte, actividades previstas y las que posiblemente se realicen como senderismo, buceo, camping entre otras y alojamiento en cada área. Con respecto al viajero hay que conocer edad, historia de vacunación, incluyendo las fechas, el número de dosis recibidas y los eventos adversos presentados, historia clínica médica y psiquiátrica (pasada y actual), incluyendo las condiciones o los medicamentos que suprimen el sistema inmunológico, medicamentos que recibe, alergias (en especial a los huevos, el látex, la levadura, el mercurio, o tiomersal), embarazo y lactancia (situación actual y los planes) y las cirugías programadas u otros cuidados médicos durante el viaje (turismo médico)².

Con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles, las vacunas que deben recibir los viajeros a Argentina son:

2.1. VACUNAS DE RUTINA

Son las que conforman el calendario oficial de vacunación de cada país, tanto en niños como en adulto².

Los niños deben tener el calendario de inmunizaciones actualizado.

Los adultos deben recibir:

- *Influenza*: la vacuna contra la gripe (en 2011 tiene la misma formulación en ambos hemisferios) está recomendada a todos los viajeros, especialmente durante los meses que coinciden con el otoño e invierno (marzo a septiembre)³.

- *Neumococo*: la vacuna antineumocócica se indica a mayores de 65 años de edad no vacunados y a personas con enfermedades crónicas o inmunocompromiso por medicación o enfermedad³.
- *Poliomielitis*: el refuerzo de vacuna contra la polio no es necesario para viajar a Argentina⁴.
- *Sarampión, paperas, rubéola*: la vacuna triple viral está indicada para aquellos que nacieron después de 1957, no tuvieron la enfermedad (sólo válido para sarampión y paperas), no tienen anticuerpos séricos o no han recibido dos dosis de vacuna después del primer año de vida⁵.
- *Tétanos, difteria, pertussis*: los que tienen una serie primaria completa deben recibir un refuerzo cada 10 años de vacuna doble adulto dT (difteria y tétanos) y los que no han recibido una dosis previa de vacuna contra tos ferina acelular en la edad adulta, deben recibir una dosis única de vacuna triple bacteriana dTpa (tétanos, difteria y pertussis acelular)^{6, 7}.
- *Varicela*: la vacuna contra varicela se indica a los viajeros que no estuvieran vacunados (dos dosis), que no hubieran tenido la enfermedad o no tengan anticuerpos⁸.

2.2. VACUNAS REQUERIDAS

Son las que se requieren para poder ingresar a un país y de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI2005) la única dentro de esta categoría es la vacuna contra la fiebre amarilla⁹.

Existen situaciones en las cuales los países pueden solicitar otras vacunas de acuerdo a reglamentaciones o situaciones epidemiológicas particulares como para ingresar en Arabia Saudita para el Hajj los peregrinos deben recibir la vacuna antimeningocócica.

Las autoridades argentinas no exigen la aplicación de ninguna vacuna como requisito para ingresar al país.

2.3. VACUNAS RECOMENDADAS

Son las inmunizaciones que se indican de acuerdo al riesgo existente en el itinerario o destino del viaje². Algunas de las vacunas más comunes que se consideran para los viajeros son:

- Vacuna contra Hepatitis A
- Vacuna contra Hepatitis B

- Vacuna contra tétanos-difteria
- Vacuna contra la poliomiélitis
- Vacuna contra la fiebre tifoidea
- Vacuna antimeningocócica
- Vacuna contra el cólera
- Vacuna contra encefalitis japonesa
- Vacuna contra encefalitis centroeuropea
- Vacuna contra influenza
- Vacuna contra fiebre amarilla

Fiebre amarilla: La vacuna contra fiebre amarilla está recomendada para viajeros mayores de 9 meses de edad que vayan a Corrientes (Berón de Astrada, Capital, General Alvear, General Paz, Itatí, Ituzaingó, Paso de los Libres, San Cosme, San Martín, San Miguel, Santo Tomé) y Misiones (todos los departamentos) y especialmente aquellos que visitarán las Cataratas del Iguazú. Es una vacuna a virus vivos atenuados y debe administrarse 10 días antes del viaje como mínimo (en los que la reciben por primera vez), en una sola inyección de 0,5 ml de vacuna reconstituida por vía subcutánea y en intervalos de 10 años, si persiste el riesgo¹⁰.

Fiebre hemorrágica argentina: Es una enfermedad endemoepidémica en la Pampa húmeda provocada por el virus Junín y adquirida por la inhalación de aerosoles de las excretas de los roedores reservorios, los *Calomys musculinus*. Los viajeros, especialmente aquellos que van a realizar tareas deportivas, laborales o turismo en áreas rurales, en el sudoeste de la provincia de Córdoba, noroeste de la provincia de La Pampa, sur de Santa Fe y norte de Buenos Aires deben recibir la vacuna Candid \neq 1. La vacuna es a virus vivo atenuada, obtenida por pasajes sucesivos en células de pulmón de mono; contiene neomicina y es producida por el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas de Pergamino (INEVH). La vacuna tiene una eficacia de 95,5% en personas de 15-65 años y se aplica en una única dosis. Está contraindicada en inmunocomprometidos congénitos o adquiridos, embarazadas y durante la lactancia¹¹.

Fiebre tifoidea: La vacuna no está recomendada debido a que el riesgo de adquisición es bajo en la mayor parte del territorio¹².

Hepatitis A: El riesgo es variable entre zonas urbanas y rurales.

Argentina es un país heterogéneo en lo que respecta a riesgo de adquirir la enfermedad, con áreas de alta e intermedia endemicidad. En los últimos años, posteriormente a la incorporación de la vacuna al calendario oficial en la infancia, han existido cambios en los patrones epidemiológicos. La vacuna contra la hepatitis A (esquema día 0 y al 6º mes) está recomendada para todas las personas a partir del año de edad que no estén vacunadas y no tengan anticuerpos séricos. Se sugiere aplicar una dosis de vacuna antes de viajar y completar el esquema a los 6 meses^{13, 14}.

Hepatitis B: La vacuna está recomendada para los viajeros con estadías prolongadas, trabajadores de la salud, o aquellos con posibilidad de una nueva pareja sexual. Los viajeros no vacunados deberán recibir la vacuna de hepatitis B (esquema día 0, al mes y al 6to mes)¹¹.

Si los viajeros son susceptibles para hepatitis A y B, se recomienda la administración de la vacuna contra ambas hepatitis. Si no se cuenta con el tiempo adecuado para realizar la inmunización con esquemas convencionales, se pueden utilizar esquemas rápidos (0-7-21 días con refuerzo a los 12 meses)¹⁵.

Rabia: En el año 2008, se registró el último caso de rabia humana en la provincia de Jujuy. La vacuna contra la rabia preexposición se recomienda en los viajeros de aventura o exploradores, mochileros sin acceso a profilaxis inmediata dentro de las 24 horas. En el caso de mordedura de mamíferos y murciélagos debe realizarse la profilaxis post posición, aún en los previamente inmunizados¹¹.

Ante la notificación de un brote de rabia canina y humana en el Estado de Bolivia y teniendo en cuenta el movimiento de personas y animales entre ambos países, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina se encuentra fortaleciendo las acciones que contribuyen a incrementar la cobertura de vacunación antirrábica en caninos y felinos principalmente en zonas de frontera y la vigilancia de accidentes rábicos para aplicar medidas de control en forma oportuna¹⁶. (Cuadro 1 y Fig. 1).

CUADRO 1

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN DE LA REPÚBLICA ARGENTINA 2011

Edad	Sexo	Vacunas	Fecha de nacimiento	Condición	Fecha de vida	Grupo	Hospital	Vacunas	Fecha	Vacunas	Fecha	Vacunas	Fecha	Vacunas	Fecha	Vacunas	Fecha
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
Recién nacido	Varón	BCG	14 días		1-6 días												
2 meses		DTaP	30 días														
4 meses		DTaP	30 días														
6 meses		DTaP	30 días														
12 meses																	
18 meses																	
24 meses																	
3-5 años (preescolar)																	
7-9 años																	
11 años																	
13 años de vida escolar																	
16 años																	
Desde 16 años																	
Embarazadas																	
Postparto																	
Personal de salud																	

Antes de agotar de la maternidad en los primeros 12 horas de vida.

Si no hubiera recibido el esquema completo. Aplicar 1° dosis, 2° dosis al mes de la primera y la 3° dosis a los 6 meses de la primera.

Si no hubiera recibido dos dosis de Triple viral o una de Triple viral más una dosis Double viral.

Bebé recién nacido en la primovacunación 2 dosis de vacuna separadas al menos por cuatro semanas.

Máximo de niños menores a 6 meses debidos recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo.

Se indica a personal de salud que atiende niños menores de 1 año.

Los que comensaron el plan con dtap los correspondiente este refuerzo a los 21 años (a sea cada 10 años).

(1) BCG tuberculosis (formas invasivas)

(2) H3 Hergatus B

(3) DTaP-10b (pentavalente) Difteria, tetanos, pertussis, Hep B, Hemofagocitos inflamatorio

(4) DTaP-10c (pentavalente) Difteria, tetanos, pertussis, Hep B, Hemofagocitos inflamatorio

(5) DTaP-10d (pentavalente) Difteria, tetanos, pertussis, Hep B, Hemofagocitos inflamatorio

(6) SRP (Triple viral): sarampión, rubéola, parotiditis.

(7) HA (hepatitis A)

(8) DTaP (Triple bacteriana): difteria, tetanos, pertussis.

(9) dtap (Triple bacteriana Avulax)

(10) dt (Double bacteriana): difteria, tetanos.

(11) SR: (Double viral): sarampión, rubéola.

(12) HV: Hebre amantilla: una dosis para residentes o viajeros a zonas de riesgo.

(13) HV: Hebre hemorrágica argentina: una dosis para residentes o viajeros a zonas de riesgo.

Más información

www.msml.gov.ar

[vacunas@msml.gov.ar](mailto:vacunasa@msml.gov.ar)

0800-222-1002

VACUNARSE ES SER SOLIDARIO:
te protege contra muchas enfermedades a vos y a quienes te rodean.

Consultar al médico acerca de las vacunas que deben recibir los niños que comenzaron su vacunación según el calendario anterior



ARGENTINA
Con Vos, siempre.



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

FIGURA 1



Área de Riesgo de Transmisión de *Fiebre Amarilla* en Argentina.

Fuente: CDC. *Yellow Book* 2012.

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2012/chapter-3-infectious-disease-related-to-travel/yellow-fever.htm>

2.4. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/33657/Argentina> (accedido 5 de diciembre 2011).
2. Acosta Rebecca, W. Chapter 2. The Pre-Travel Consultation in CDC Health Information for International Travel 2012. The Yellow Book. CDC.
3. http://www.msal.gov.ar/gripe2011/5_equipos/info_equipos/lineamientos_tecnicos_gripe_2011.pdf (accedido 5 de diciembre 2011).
4. <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/ConsensoVacunas2011.pdf> (accedido 5 de diciembre 2011).
5. <http://msal.gov.ar/htm/site/pdf/epidemiologia/Alerta-sarampion-Brote-Ecuador-2011.pdf> (accedido 5 de diciembre 2011).
6. Gentile, Ángela. Infección por Bordetella pertussis. Arch Argent Pediatr 2010; 108(1):78-81.
7. Gautret P, Wilder-Smith A. Vaccination against tetanus, diphtheria, pertussis and poliomyelitis in adult travelers. Travel Med Infect Dis 2010, May; 8(3):155-60.
8. Harriman Kathleen H., Chávez Gilberto F. Chapter 3. Varicella (Chickenpox) in CDC Health Information for International Travel 2012. The Yellow Book. CDC.
9. http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf (accedido 5 de diciembre 2011).
10. <http://msal.gov.ar/htm/site/pdf/guia-fiebre-amarilla2.pdf> (accedido 5 de diciembre 2011).
11. <http://msal.gov.ar/htm/site/pdf/normas-vacunacion-08.pdf> (accedido 5 de diciembre 2011).
12. http://msal.gov.ar/htm/site/pdf/epidemiologia/boletin-semanal/BoletinIntegradoDeVigilanciaVersionVF_SE42.pdf (accedido 5 de diciembre 2011).
13. Vacchino MN. Incidence of Hepatitis A in Argentina after vaccination. J Viral Hepat 2008; 15(Suppl 2): 47-50.
14. Jacobsen KM, Wiersma S. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. Vaccine 2010; 28(41):6653-6657.
15. Nothdurft Hans D, Zuckerman Jane, Stoffel Michel, Dieussaert Ilse, Van Damme Pierre. Accelerated Vaccination Schedules Provide Protection against Hepatitis A and B in Last-minute Travelers. J Travel Med 2004; 11:260-262.
16. <http://www.sadi.org.ar/files/Alerta%20casos%20de%20rabia%20en%20Bolivia.pdf> (accedido 5 de diciembre 2011).

3. CALENDARIO DE VACUNAS INFANTILES DEL PAÍS

3.1 OBLIGATORIAS. RECOMENDABLES.

El Calendario de Vacunación es una herramienta que cada país elabora. En él se especifica cuáles son las vacunas obligatorias para el país, qué cantidad de dosis debe recibir cada persona y a qué edad debe ser aplicada cada vacuna.

En el año 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propusieron a todos los países miembros de la región crear el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Con esta finalidad decidieron incluir la vacuna contra el sarampión, la vacuna contra la tuberculosis (BCG), la Sabin y la Triple Viral (sarampión, rubéola y fiebre urliana), dentro de un esquema básico de vacunación.

En este capítulo haremos referencia a las vacunas que son obligatorias hasta los 11 años de edad inclusive, y que están indicadas en el Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina, vigente desde el año 2011. Además haremos mención a algunas vacunas recomendadas por la OMS, como así también por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

El calendario se inicia dentro de las primeras 12 horas de vida cuando se debe aplicar la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HB), vacuna recombinante que se aplica por vía intramuscular. Esta vacuna es una de las 8 vacunas simples que son obligatorias en el calendario.

Antes de salir de la institución donde se realizó el parto, el bebé debe recibir la única dosis que se aplica contra las formas invasivas de tuberculosis, la vacuna BCG, vacuna con antígenos vivos atenuados de inoculación intradérmica.

A los dos meses de vida el bebé comienza a recibir la primera dosis de la vacuna de polisacáridos conjugados contra neumococo, la cual se aplica por vía intramuscular. Esta vacuna previene contra la meningitis, la neumonía y la sepsis de etiología neumocócica.

Además, a los dos meses, recibe la primera dosis de la vacuna combinada pentavalente, llamada así porque se combinan cinco antígenos que se aplican de una sola vez por vía intramuscular. Esta

vacuna está preparada con toxoide antidiftérico, toxoide antitetánico, la vacuna con bacterias inactivadas de *Bordetella pertussis* (coqueluche) y el componente polisacárido capsular purificado de *Haemophilus influenzae* tipo b. Se debe hacer mención que el quinto componente es contra hepatitis B, la cual ya es ésta su segunda dosis.

La tercera vacuna que recibe el niño a los dos meses es la vacuna a virus vivos atenuados contra la poliomielitis (OPV), que se administra por vía oral. Cabe destacar que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomienda la administración de la vacuna contra la poliomielitis inactivada (IPV), que se inyecta por vía intramuscular o subcutánea.

A los cuatro meses de edad se aplica la segunda dosis de la vacuna conjugada contra neumococo, la segunda dosis de la vacuna combinada pentavalente (la cual incluye la tercera dosis de hepatitis B) y la segunda dosis oral contra la poliomielitis (OPV).

A los seis meses de edad, el bebé recibe la tercera dosis de la vacuna combinada pentavalente, incluida en ésta la cuarta dosis contra la hepatitis B, como así también se le administra la tercera dosis de OPV. Cabe mencionar que desde esta edad el bebé tiene indicado comenzar a recibir las dos dosis de la vacuna antigripal anual, de virus inactivados. La mencionada vacuna se administra por vía intramuscular, con un intervalo de al menos cuatro semanas y está indicada hasta los dos años de edad.

Según el Calendario de Vacunación de la Argentina al año de edad el niño recibe la tercera dosis de la vacuna conjugada contra neumococo, y la primera dosis de la vacuna combinada denominada Triple Viral, vacuna a virus vivos atenuados, que se administra por vía subcutánea. En la misma han sido incluidas las vacunas contra sarampión, rubéola y fiebre urliana, en una sola aplicación.

Además el niño recibe la única dosis de vacuna a virus inactivados contra la hepatitis A, presente en el calendario, que se administra por vía intramuscular. Cabe destacar que también al año de vida está indicada la vacunación contra la fiebre amarilla, sólo para los residentes de áreas de riesgo de la mencionada enfermedad. Esta vacuna es a virus vivos atenuados y se administra por vía intramuscular o subcutánea.

A los 18 meses de edad, está indicado lo que se denomina en el calendario

el primer refuerzo de vacunación, que en esta edad corresponde a una vacuna que es la suma de cuatro vacunas (Vacuna Cuádruple), como son los ya mencionados componentes contra la difteria, tétanos, coqueluche y *Haemophilus influenzae* tipo b. Además se aplica la cuarta dosis de OPV.

Se debe mencionar que hasta los 2 años de edad está indicada la vacunación antigripal anual. El esquema es de dos dosis con un intervalo mínimo de cuatro semanas, para el caso de la *primera vacunación*. Si el niño ya había recibido en la temporada invernal anterior sus dos dosis de vacuna antigripal, sólo está indicada una dosis de refuerzo anual.

Para el Calendario de Vacunación vigente en la Argentina el siguiente momento de vacunación es a los 6 años de edad, coincidiendo con el ingreso a primer grado de instrucción escolar. El niño debe recibir un refuerzo de vacuna OPV, como así también la segunda dosis de la vacuna Triple Viral (con antígenos contra sarampión, rubéola y paperas).

Además los niños deben recibir el segundo refuerzo de las vacunas contra difteria, tétanos y coqueluche. Para esta edad de la vida el Calendario de Vacunación de Argentina indica la vacuna combinada denominada Triple Bacteriana celular.

A los 11 años de edad el calendario vigente, indica aplicar un refuerzo de la vacuna combinada Triple Bacteriana acelular, pero en esta oportunidad es la única dosis con el componente acelular de la vacuna contra el tétanos.

Además se debe agregar que recientemente se incorporó en niñas de 11 años de edad, las tres dosis de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV). Se administra por vía intramuscular y con una secuencia de la segunda dosis al mes de la primera y la tercera dosis a los seis meses de la primera aplicación.

Las siguientes son las vacunas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que podrían incorporarse al Calendario Nacional de Vacunación, ya que las enfermedades que previenen son diagnosticadas en el país.

La primera recomendada es la vacuna contra rotavirus para ser aplicada en niños menores de 32 semanas. La OMS recomienda que sea

incluida ya que es una importante medida que puede ser usada para reducir la mortalidad asociada a diarrea por rotavirus, y ser así una estrategia más para controlar las enfermedades diarreicas.

Otra vacuna que la OMS recomienda en ciertos grupos de riesgo poblacionales es la vacuna contra meningococo (no conjugada en menores de 2 años y conjugada en el resto de la población). En esta vacuna la OMS hace referencia directa a la tasa de incidencia que posee el país, para así recomendar la estrategia de vacunación. En el caso de Argentina, la OMS recomienda definir grupos de riesgo, tales como niños, adolescentes o jóvenes que residen en comunidades cerradas (militares, colegios con internación, etc.).

Además, también la recomienda en personal de laboratorio con riesgo de exposición al meningococo, como así también la recomienda en individuos con inmunodeficiencia, en los que se incluyen esplénicos y enfermos con SIDA.

Con respecto a la vacuna a virus inactivos contra la rabia, es otra de las vacunas recomendadas por la OMS en ciertas poblaciones de riesgo. El organismo recomienda en forma expresa la vacuna de cultivo celular, siendo la vía de administración la intramuscular o intradérmica. Para la profilaxis de preexposición, la OMS la recomienda a toda persona que tenga un continuo, frecuente e incrementado riesgo de contacto con el virus rábico como resultado de su ocupación (laboratoristas, veterinarios, etc.); niños que viven o visitan áreas endémicas de rabia, como así también viajeros que visiten áreas rurales endémicas.

Para el caso de la profilaxis post-exposición antirrábica, la recomendación varía según el tipo de contacto con el supuesto animal rabioso. Esta indicación va desde no tener requerimiento de vacunación cuando sólo es el contacto; la recomendación de una vacunación inmediata cuando exista una lesión dérmica sin sangrado, o de la vacunación antirrábica inmediata y la administración de inmunoglobulina antirrábica específica cuando exista cualquier otro tipo de herida dérmica más grave o si existiese contacto con murciélago.

Además debemos destacar que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomienda la vacuna a virus vivos atenuados contra la varicela para ser administrada por vía subcutánea al año de vida y siendo el esquema de dos dosis.

3.2. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud, Argentina; Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina 2011, <http://www.msal.gov.ar/images/stories/calendario-vacunación/calendario-vac.pdf>
- WHO position paper, November 2011: Meningococcal vaccines, 2011; <http://www.who.int/wer/2011/wer8647.pdf>
- WHO position paper: Rabies vaccines, 2010; <http://www.who.int/wer/2010/wer8532.pdf>
- WHO position paper: Rotavirus vaccines: an update1, 2009; http://www.who.int/wer/2009/wer8451_52.pdf
- CDC, Recommended Immunization Schedule for Persons Aged 0 Through 6 Years-USA 2011; <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/downloads/child/0-6yrs-schedule-pr.pdf>

4. VACUNAS EN PROCESOS NO INFECCIOSOS

Además de prevenir diferentes infecciones a las cuales el ser humano es susceptible, existen en la actualidad otros tipos de vacunas que tienen como finalidad prevenir padecimientos no infecciosos como son los diversos tipos de cáncer. Su finalidad es fortalecer la capacidad natural del organismo para protegerse por sí mismo frente a los estragos que ocasionan ciertos tipos de células atípicas que identifican a las células cancerosas.

La Administración de Drogas y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) aprobó dos tipos de vacunas preventivas contra el cáncer: la vacuna contra los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano y contra el virus de la hepatitis B, predisponente del carcinoma hepático. Tales vacunas estimulan a los linfocitos B y a los linfocitos T de forma tal que los primeros sintetizan anticuerpos que neutralizan a los antígenos virales inactivándolos y facilitando su destrucción, mientras que los linfocitos T denominados citotóxicos -de ahí su nombre de células asesinas- destruyen a las células anormales o las impulsan a que se autodestruyan, fenómeno conocido como apoptosis.

La FDA de los Estados Unidos aprobó la aplicación de dos tipos de vacuna que protegen contra los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH), responsables de cerca del 70% de cánceres de cuello uterino en el mundo. Se han registrado con el nombre comercial de Cervarix y Gardasil. Cabe destacar que estas vacunas además protegen contra algunos cánceres de ano, orofaringe, pene, vagina y vulva. Además Gardasil protege contra los genotipos 6 y 11 del VPH respon-

sables de las verrugas genitales en hombres y mujeres.

Cervarix es una vacuna “bivalente” elaborada con partículas proteicas antigénicas similares al virus “virus like particles” (VLP) derivadas de los tipos 16 y 18 de VPH. Mientras tanto Gardasil representa una vacuna “cuadrivalente” elaborada con “virus like particles” (VLP) antigénicas provenientes de los tipos 6, 11, 16 y 18 de VPH.

En Argentina, a partir de 2011, la vacuna contra el VPH se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación de manera gratuita y obligatoria para todas las niñas de 11 años. Cada niña debe recibir 3 dosis. Luego de la primera, la segunda debe aplicarse al mes y la tercera a los seis meses.

La FDA aprobó la vacuna preventiva contra el virus de la hepatitis B (VHB) cuya forma crónica de infección predispone la aparición del cáncer de hígado. Con tal finalidad está siendo aplicada en Estados Unidos a los niños luego del nacimiento.

En la Argentina, a través del Decreto Ministerial N° 517/2011 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley N° 2960 (Exp. N° 76.114/08) extiende a toda el área de Atención Primaria de Salud la aplicación del Programa de Detección Precoz del Cáncer Génito-Mamario y Enfermedades de Transmisión Sexual (PRODEGEM), estableciendo las características en las que se deberá brindar la atención ginecológica y la vacunación gratuita contra el Virus del Papiloma Humano (HPV).

4.1. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pardoll DM. Cancer immunology; in Abellof MD et al.: Abellof's Clinical Oncology. 4th ed., Philadelphia, PA, Churchill Livingstone, 2008.
- Lollini PL, Cavallo F, Nanni P, Forni G. Vaccines for tumour prevention. Nature Reviews Cancer 2006; 6(3):204-216.
- Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. International Journal of Cancer 2006; 118(12):3030-3044.
- Lowy DR, Schiller JT. Prophylactic human papillomavirus vaccines. J Clin Invest 2006; 116(5):1167-1173.
- US Center for Disease Control and Prevention. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States. Parts 1: Immunization of infants, children and adolescents. Morbidity and Mortality Weekly Report 2005; 54(N° RR-16):1-31.

OBESIDAD EN LA ARGENTINA

ACAD. MANUEL L. MARTÍ*

En el actual territorio de la República Argentina, contrariamente a lo que ocurrió en Perú y México, que poseían culturas avanzadas como la azteca, la maya y la incaica, los aborígenes eran escasos y nómades; pertenecían a la etapa cazadora-recolectora, excepción hecha de la región noroeste en el límite del imperio incaico y con una organización social y política adelantada, si bien carecían de escritura.

En el noreste existía la cultura guaraní con una organización más rudimentaria. En el resto del territorio las tribus nómades vivían casi exclusivamente de la caza, eran salvajes y desaparecieron por las enfermedades infectocontagiosas introducidas por los europeos y por las campañas militares desarrolladas en el siglo XIX.

En relación con sus hábitos alimentarios y su actividad física, la obesidad era una rareza en estos conglomerados humanos.

El grueso de la población argentina es de origen europeo con predominancia de los grupos hispanos e itálicos, si bien hubo corrientes inmigratorias provenientes de casi todos los países del viejo continente. En la actualidad, la población del país es de 40 millones de habitantes, en una superficie de 3 millones de km².

Los individuos de raza negra, introducidos como esclavos, eran empleados como sirvientes domésticos y fueron desapareciendo por enfermedades, mestizaje y guerras.

En la actualidad existen grupos aislados de aborígenes en dis-

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

tintos puntos del país en las regiones del noroeste, noreste y andina y una proporción de mestizaje ^{1,2}.

Según la Pan American Health Organization existe un 1.1% de población indígena ³.

El estudio de la patología nutricional tiene en la Argentina una gran tradición que comienza con las investigaciones clínicas y epidemiológicas de Pedro Escudero (1877-1963), Catedrático de Clínica Médica quien a partir de la década del veinte del siglo pasado se ocupa de los trastornos nutricionales y de la Diabetes; el 1° de agosto de 1923 se aplica por primera vez en el país en su Cátedra insulina a una enferma con un cuadro de precoma diabético.

Su interés por la Nutrición se intensifica, enuncia las leyes de Suficiente, Armónica, Adecuada y Completa para caracterizar la nutrición normal y, finalmente, funda el Instituto Nacional de la Nutrición y la Escuela Nacional de Dietistas, que persiste hasta hoy en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires con la licenciatura en Nutrición, institución donde se dicta además la Especialización en Nutrición como posgrado de Medicina ^{4,5}.

Entre las sociedades y entidades científicas que se ocupan de la obesidad sobresalen la Sociedad Argentina de Nutrición, la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos de la Nutrición, el Centro de Estudios sobre la Nutrición Infantil, CESNI, y la Red Nacional de Actividad Física y Desarrollo Humano. La Sociedad Argentina de Pediatría, la Sociedad Argentina de Diabetes y la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo poseen capítulos dedicados a la Nutrición y a la Obesidad.

Existe, asimismo, un observatorio de Buenas Prácticas Nutricionales de la Universidad de Buenos Aires y el Código Alimentario Argentino.

La transición nutricional habida en el país con respecto a épocas anteriores, se caracteriza por un alto consumo de carnes, de grasas saturadas y de azúcares refinados y un bajo consumo de fibras e hidratos de carbono complejos. Los cambios alimentarios se refieren principalmente a la dependencia de productos manufacturados, algunos de ellos precocidos o de rápida preparación, ricos en sal y adquiridos en supermercados.

Otro de los factores es el trabajo de la mujer fuera del hogar, con lo que se reduce el tiempo dedicado a la cocina.

Estos cambios ocurren en nuestro país con retraso en referencia al mundo desarrollado.

El gasto energético ha disminuido en relación directa con la mejora del transporte, la TV, el cable, la computadora, Internet y la escasez de espacios públicos para las prácticas deportivas.

Además, por razones sociales hay una mayor preocupación por la desnutrición que por la obesidad ^{6,7}.



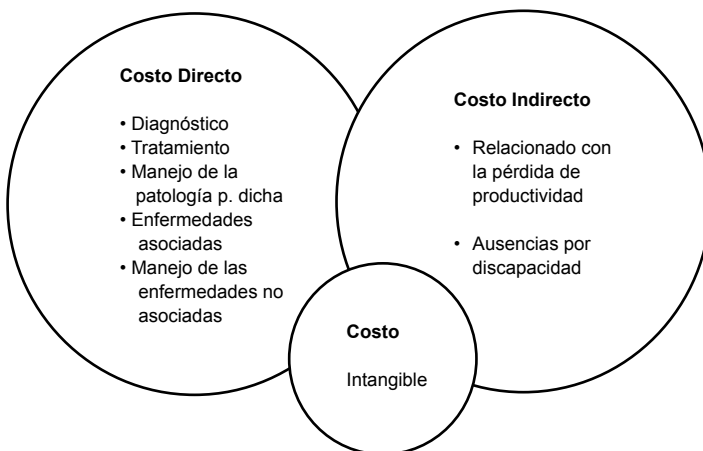
El Ministerio de Salud de la Argentina realizó entre 2005 y 2006 una encuesta llamada “Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)” que evidenció una prevalencia de 49.1% de exceso de peso (34.5% de sobrepeso y 14.6% de obesidad). Esta encuesta fue actualizada en 2009 ⁷.

La prevalencia del exceso de peso fue mayor en la región patagónica.

Se observa asimismo un aumento de la prevalencia con la edad y en el sexo masculino como también con el menor nivel educativo y el menor nivel de ingresos.

Los costos de la enfermedad los clasifica en:

- Costos Directos.
- Costos Indirectos; y
- Costos Intangibles.



El costo directo está en relación con el uso de medicamentos, hospitalización, servicios médicos adicionales y tratamiento de las comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad cardiovascular, artrosis, litiasis vesicular y cáncer.

Los costos intangibles están dados por el aumento de las dosis de medicamentos, mayor número de consultas y más días de seguimiento, incluso en patologías no relacionadas con la obesidad.

En este estudio la prevalencia de la obesidad y de diabetes mellitus a nivel país encuentran, según edad:

Años	Obesidad %	Diabetes %
18-24	6.6	3.6
25-34	12.8	4.3
35-49	21.1	7.8
50-64	27.3	15.1
65+	20.1	19.0

Y según sexo:

	Obesidad	Diabetes
Hombres:	17%	8.9%
Mujeres:	19%	10.1%

Cuando se estudia la prevalencia de la obesidad según el nivel de ingreso:

Bajo	: 20%
Medio	: 18%
Alto	: 14%

En todos los casos se observa un aumento entre 2005 y 2009:

Bajo	: + 22 %
Medio	: + 12.4%
Alto	: + 6 %

Los indicadores principales son:

Sobrepeso 2005	: 34.4%
Sobrepeso 2009	: 35.4%
Obesidad 2005	: 14.6%
Obesidad 2009	: 18.0%

Con incrementos significativos en ambas categorías.

La hipertensión arterial ascendió de 34.5% a 34.8% y la diabetes de 8.4% a 9.6%.

Es importante señalar los altos índices de prevalencia de factores de riesgo y el incremento significativo entre 2005 y 2009.

La salud mala o regular permanece en las cercanías del 20% (19.9% - 19.2%).

Posca y col.⁸ con el grupo de investigadoras del Heart Care Network Argentina (HCNA) estudiaron 6.757 enfermos con enfermedad coronaria conocida encontrando un 55% de hipertensos, 24% con IMC normal, 47% con sobrepeso y 32% con obesidad (total 77%).

Presentaban diabetes 18%, de los cuales 45% tenían sobrepeso y 32 % obesidad.

Sereday y col.⁹ estudiaron la prevalencia de diabetes, obesidad, hipertensión e hiperlipemia en el área central de la Argentina, en las ciudades de Deán Funes, Oncativo, Pehuajó y Venado Tuerto, todas localizadas de la región pampeana, en las provincias de Córdoba, Santa Fe y Buenos Aires, con una población total de 98.900 habitantes, casi totalmente de origen caucásico, incluyendo a sujetos de ambos sexos desde los 20 años de edad.

Como muestra representativa se seleccionaron 2.956 personas con un relativo exceso de mujeres. Respondieron 2.397 individuos.

Los datos de prevalencia de la obesidad fueron:

	<u>Crudos</u>	<u>Estandarizados</u>
Deán Funes	31.9%	30.8%
Oncativo	22.4%	23.4%
Pehuajó	22.6%	22.4%
Venado Tuerto	<u>26.5%</u>	<u>26.5%</u>
	25.9%	25.8%

De acuerdo con la edad, la prevalencia de obesidad fue:

	N	20-29 %	30-39 %	40-49 %	50-59 %	60+ %	Total %
Obesidad	2397	9.8	18.5	28.9	34.9	37.8	25.9

Cuando se estudiaron las patologías combinadas en las cuatro localidades del estudio, las cifras obtenidas fueron:

	N	Crudo	Estandarizado (95% CI)	Crudo	Estandarizado (95% CI)	Crudo	Estandarizado (95% CI)	Crudo	Estandarizado (95% CI)
Deán Funes	717	31.9	30.8 (27.5-34.4)	35.8	35.3 (31.8-38.9)	32.6	32.1 (28.7-35.7)	7.2	7.2 (5.5-9.4)
<u>Oncativo</u>	696	22.4	23.4 (20.4-26.8)	41.4	43.8 (39.8-47.3)	35.8	38.4 (32.8-40.1)	6.2	6.5 (4.8-8.6)
<u>Pehuajó</u>	603	22.6	22.4 (19.2-25.9)	29.0	27.9 (24.3-31.6)	24.5	24.2 (20.9-27.9)		
Venado Tuerto	381	26.5	26.5 (19.2-25.9)	37.5	35.8 (31.0-40.8)	27.8	26.8 (22.5-31.6)	7.9	7.7 (5.3-10.8)
	2397	25.9		36.0		30.6			

en donde la hipertensión arterial y la hiperlipemia fueron las enfermedades de mayor prevalencia seguida por la obesidad y la diabetes.

La prevalencia de acuerdo con la edad muestra un incremento notable con cada década de vida, alcanzándose una prevalencia de la hipertensión arterial de 75.5 % en los 60 años. La obesidad en este grupo etario fue 37.8%.

La relación entre las diversas patologías fue:

- 52.8% de los diabéticos tiene hiperlipemia.
- 51.2% de los diabéticos tiene hipertensión arterial.
- 50.4% de los diabéticos tiene obesidad.
- 58.1% de los obesos tiene hipertensión arterial.
- 43.2% de los obesos tiene hiperlipemia.
- 13.0% de los obesos tiene diabetes.

Como puede observarse, los factores de riesgo se entrecruzan e interactúan.

En un estudio realizado por nosotros¹⁰ con respecto a las diferencias entre los sexos en 275 pacientes obesos, de los cuales 121 (44%) presentaban síndrome metabólico de acuerdo con los criterios ATPIII, se concluyó en que los hombres presentaban una proporción significativamente más alta del síndrome y que las mujeres llegaban al mismo a expensas de la obesidad general (IMC) y central (cintura)

en edades más tempranas. El sexo masculino presentó una mayor intensidad de insulino resistencia, estadísticamente significativa, medida por HOMA y por QUICKI.

CUADRO 1
GRUPO SM: PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO

	Masculinos	Femeninos	Significancia
N	77	44	
Edad (años)	56.25 ± 11.02	49.43 ± 11.71	p=0.002
BMI	35.62 ± 5.87	39.10 ± 8.02	p=0.011
IGT + DBT	25 / 77 (32.46%)	11 / 44 (25%)	p=0.51
Glucosa ≥ 100mg%	28 / 77 (36.36%)	13 / 44 (29.5%)	p=0.57
^ Cintura	14.66 ± 11.99	27.52 ± 1 7.38	p< 0.0001
HOMA	4.01 ± 3.09	3.86 ± 2.35	p=0.78
Quicki	0.327 ± 0.036	0.324 ± 0.030	p=0.64
Insulinemia de ayunas (mU/ml)	14.41 ± 10.50	15.14 ± 8.58	p=0.69
Colesterol Total (mg%)	220.51 ± 42.92	210.45 ± 40.67	p=0.2
^ HDL Colesterol	0.95 ± 0.19	-10.57 ± 8.08	p< 0.0001
LDL Colesterol (mg%)	137.58 ± 37.77	128.57 ± 35.43	p=0.19
TG (mg %)	223.91 ± 119.73	174.07 ± 128.54	p=0.034
TG/HDL index	6.09 ± 3.58	4.36 ± 4.12	p=0.017
No HDL Cholesterol	182.38 ± 40.17	165.40 ± 41.67	p=0.029

Martí, M. L. et al.

CUADRO 2
GRUPO SIN SM: PACIENTES SIN SÍNDROME METABÓLICO

	Masculinos	Femeninos	Significancia
N	74	80	
Edad (años)	41.35 ± 11.56	43.08 ± 13.00	p=0.38
BMI	32.51 ± 4.77	31.65 ± 5.07	p=0.28
IGT + DBT	5 / 74 (6.7%)	2 / 80 (2.5%)	p=0.37
Glucosa ≥ 100 mg%	14 / 74 (18.9%)	12 / 80 (15%)	
^ Cintura	6.36 ± 12.74	10.60 ± 11.48	p=0.031
HOMA	2.08 ± 1.18	1.73 ± 1.12	p=0.061
Quicki	0.35 ± 0.03	0.37 ± 0.04	p< 0.0001
Insulinemia de ayunas (mU /ml)	8.99 ± 4.79	7.84 ± 4.78	p=0.13
Colesterol Total (mg%)	226.92 ± 48.40	203.91 ± 43.34	p=0.002
^ HDL Colesterol	1.11 ± 0.22	-8.96 ± 10.45	p<0.0001
LDL Colesterol (mg%)	154.12 ± 41.64	127.83 ± 40.37	p<0.0001
TG (mg %)	149.59 ± 99.30	99.81 ± 45.86	p<0.0001
TG/HDL index	3.52 ± 2.43	1.92 ± 1.03	p<0.0001
No HDL CHolesterol	182.58 ± 47.46	148.48 ± 41.53	p<0.0001

En estos enfermos, la dislipidemia asociada a la resistencia a la insulina (TG e índice TG/HDL) persiste más centrada en forma significativa en el sexo masculino, luego de ajustar por criterios ATPIII

En la provincia del Chaco en donde existe una variada y abundante inmigración medioeuropea que convive con una población de origen guaraní, Simula¹¹, sobre 10.000 personas encuestadas en la ciudad de Barranqueras en el año 2000 encuentra 25% de obesos y en 3.146 personas de Resistencia y Corrientes 13.9 por ciento.

En 1.254 empleados públicos estudiados en Resistencia en mayo-julio 2009, 32.3 % presentaban sobrepeso y 15.2%, obesidad.

En 2.398 personas con diabetes las cifras son 38.53% de sobrepeso y 4.146% de obesidad, en un estudio realizado por el Instituto de Seguridad Social del Chaco.

El perfil de la persona con sobrepeso en la provincia es:

1. Ingesta de alimentos ricos en almidones en guisados diferentes, grasas, azúcares, gaseosas, pan e infusiones con azúcar.
2. Bajo consumo de leches, carnes, hortalizas, frutas y aceites de calidad.
3. Aumento del IMC.
4. Aumento del perímetro abdominal.
5. Aumento de grasa corporal y disminución en la masa magra.
6. Deficiencias de nutrientes diversos.
7. Aumento de comorbilidades.
8. Percepción baja de su propia obesidad.
9. No consultar por sobrepeso.
10. Sin interés por perder peso.
11. No percepción de la importancia de perder peso en caso de comorbilidades.

En la provincia de La Pampa, perteneciente a la región patagónica, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud Provincial en 2011 ¹² se encuentra que el 51% de la población pampeana tiene problemas de exceso de peso.

En la Patagonia la prevalencia de sobrepeso es de 36.4% y la de

obesidad 17.2%, mayores que las de la población argentina (34.4% y 14.6% respectivamente) con las cifras más altas en Tierra del Fuego.

En la población de La Pampa la prevalencia de inactividad física es del 47.8% y existe un bajo consumo de frutas y verduras: 1 de 3 personas no la consume al menos 5 días por semana.

Se observó mayor prevalencia de obesidad en relación con el menor nivel de ingreso y el menor nivel educativo.

El trabajo de mayor envergadura realizado en la región es el Estudio CARMELA de Escobedo y col.¹³ en el cual se estudiaron 11.550 adultos de 25 a 64 años de edad en las ciudades de Barquisimeto, Bogotá, Buenos Aires, Lima, México DF, Quito y Santiago de Chile; enfocándose la investigación en la prevalencia de diabetes y glucemia alterada en ayunas conjuntamente con obesidad, obesidad abdominal, hipertensión arterial, LDL-C, HDL-C y triglicéridos.

El estudio fue realizado entre septiembre de 2003 y agosto de 2005 y se diseñó para evaluar aproximadamente 1.600 participantes en cada una de las ciudades.

En la ciudad de Buenos Aires la prevalencia de la diabetes, según el ajuste por edad para la población local, fue de 6.2% (4.8-7.7). Según el grupo etario, la prevalencia fue:

25 a 34 años:	2.4%	(0.8 – 4.0)
35 a 44 años:	5.9%	(2.8 – 9.0)
45 a 54 años:	6.3%	(3.4 – 9.1)
55 a 64 años:	12.5%	(9.0 -16.0)

Contrariamente al resto de las ciudades, en Buenos Aires la prevalencia en el sexo masculino es mayor que en el femenino: 7.9% (5.7 - 10.0) vs. 4.8% (3.3 – 6.4).

La obesidad abdominal estuvo presente en el 13.6% (9.9 – 17.3); el sobrepeso según IMC (25.0 a 29.9) alcanzó a 5.7% (3.9 – 7.4) y la obesidad: 15.9% (10.8 – 20.9).

Los Odd Ratio para diabetes mellitus derivados del modelo multivariado de regresión logística, señalan:

<u>Para la edad:</u>		
25 – 34 años:		1.00
35 – 44 años:		1.70
45 – 54 años:		1.45
55 – 64 años:		2.82
<u>Obesidad abdominal:</u>		1.57
<u>Obesidad</u>		<u>IMC</u>
< 25.0	:	1.00
25 – 29.9	:	1.27
≥ 30	:	2.34
<u>Hipertensión</u>	:	1.48
<u>HDL-C Bajo</u>	:	1.14
<u>Triglicéridos (mmol/l)</u>		
< 1.7	:	1.00
1.7 – 2.3	:	1.04
≥ 2.4	:	2.12

en donde puede observarse el peso del antecedente de obesidad como principal factor de riesgo para diabetes.

Lo mismo ocurre en las otras ciudades aunque no en la magnitud de Buenos Aires.

En Lima, por el contrario, el sobrepeso y la obesidad no son factores de riesgo para la diabetes.

El estudio CARMELA identificó asimismo a la hipertensión arterial como uno de los factores de riesgo más comunes asociados a la diabetes tipo 2.

Los hipertensos presentaban un riesgo relativo de diabetes de 1.5 a 2.2 veces que los participantes normotensos.

La dislipidemia fue encontrada en 53% a 69% de las personas con diabetes recién diagnosticadas en la Argentina.

El aumento de la prevalencia de la diabetes estuvo relacionado a la obesidad epidémica con un exceso de peso observable en cerca del 90% de la diabetes tipo 2.

El estudio subraya la carga sanitaria que significa esta patología

y sugiere lo que es necesario, una intervención inmediata para evitar consecuencias médicas y socioeconómicas significativas.

Se establece con claridad la asociación de obesidad abdominal, hipertensión arterial, elevación de triglicéridos y el engrosamiento de la íntima-media carotídea.

Cardone y col.¹⁴ realizaron un estudio de estimación a largo plazo de la prevalencia de obesidad en la Argentina, en base a las cifras actuales, con un pronóstico de prevalencia a 20 años.

A partir de una prevalencia actual del 20 por ciento, el modelo de simulación estimó que la prevalencia de obesidad en adultos en la Argentina será del $25.9\% \pm 2.75\%$ (mediana: 26%; rango: 18.0% a 32.0%) para 2027. Estos resultados fueron consistentes con los obtenidos con los métodos de ajuste y proyección estadísticos.

En todo el territorio de la República existe un marcado interés en el estudio del estado nutricional de la infancia y la adolescencia^{15, 16}. El primer trabajo epidemiológico en este sentido fue el realizado por Perlina Winocur que estudió el peso y la talla de los escolares argentinos pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires, en 1938¹⁷.

En muchas de las investigaciones epidemiológicas realizadas surge la contradicción de la presencia concomitante de la desnutrición y la obesidad o el sobrepeso en la población estudiada. En este sentido el Centro de Estudios sobre la Nutrición Infantil, CESNI, en estudios realizados en Tierra del Fuego pone en evidencia que el sobrepeso se incrementa con la edad: de 6% en preescolares a 21% en adolescentes.

En la provincia de Córdoba encuentran que la prevalencia de la obesidad aumenta del 5.4% a los 5 años a 7.6% a los 8 años.

En la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud observa en 2002 una prevalencia de obesidad del 5.3% en los menores de 2 años y de 7.5% en los niños de 2 a 5 años.

En casi todos los estudios los varones muestran cifras más altas que las del sexo femenino (CESNI)¹⁵.

En la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud¹⁸ realizada por la

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil en 2006 con representatividad provincial, regional o nacional, según variedades y grupos etarios, se estudiaron a nivel provincial, niños de ambos sexos, de 6 meses a 5 años y a nivel regional se dividió el material en los grupos: niños de 6 a 23 meses y niños de 2 a 5 años.

En el total del país se realizaron 36.459 encuestas con una efectividad del 87%.

La prevalencia de estado nutricional antropométrico según el grupo de edad (patrón OMS) fue el siguiente:

Estado nutricional	6 a 23 meses %	24 a 60 meses %	Total 6 a 60 meses %
Emaciados	1.2	1.3	1.2
Bajo peso	2.0	2.2	2.0
Baja talla	8.4	7.9	8.4
Obesidad	10.3	10.4	10.3

Las cifras muestran que los signos de desarrollo pobre conviven con los de obesidad lo que pone de manifiesto la mala calidad de la alimentación.

Con respecto a la ingesta de energía en niños sin lactancia materna de 6 a 23 meses, las cifras son:

Adecuación	:	<100%	:	14 %
		100 – 120 %	:	14%
		121 < 150 %	:	27%
		Más de 150%	:	45%

El 28 % de estos niños consumió leche de vaca entera con una mediana de 500 gramos y el 21 % consumió gaseosas con una mediana de 150 ml. En los años de 2 a 5 años, el consumo de gaseosas asciende al 36 % con una mediana de 250 ml, en tanto, la leche entera se consume con una mediana de 400 gramos.

Las frutas no aparecen entre los 20 alimentos más consumidos.

En el grupo de 21 a 23 meses el 60 % de los niños consume gaseosas.

Bejarano y col.¹⁹, por su parte, estudiaron la evolución de la prevalen-

cia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy, en noroeste argentino a 2.000 Km de Buenos Aires. En esta zona, como ya se señaló, existe una gran proporción de población de origen indígena, los diaguitas, pertenecientes al antiguo imperio inca.

El estudio fue realizado entre los años 1995 y 2000, con un total de 48.533 individuos de 4 a 16 años, de ambos sexos.

Se utilizaron 3 criterios para diagnosticar sobrepeso y obesidad:

- 1) IMC – 25 sobrepeso; 30 obesidad.
- 2) Percentilos 85 sobrepeso; 95 obesidad (Tabla IMENCHS 27-29).
- 3) Percentilos de la propia muestra 85 y 95 (Método LMS 35-36).

Según los distintos criterios, el sobrepeso apareció en el 12.80 al 16.50 % de la muestra y la obesidad en el 3.80 al 12.60 % de la misma, con un aumento de la prevalencia desde el inicio del período auditado y su finalización.

Los porcentajes de bajo peso para edad fueron del 5.61 al 14.69%, en tanto que los de baja talla fueron del 8.89 al 14.69%. En ambos casos, las cifras deficitarias fueron mayores en el sexo masculino.

Los autores señalan que se observó un aumento de la prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición en el período analizado, lo que confirma la existencia del paradigma nutricional emergente “obesidad en la pobreza”²⁰.

De todas formas, Padula y Salceda señalan que no existiendo aún un criterio único para el diagnóstico de la obesidad en los niños, cada una de las referencias que se emplean, deben utilizarse con precauciones en relación con las curvas de crecimiento que se tengan como referencia.

En la misma provincia, Velásquez²¹ estudió la prevalencia de obesidad infantil en una escuela de la ciudad El Carmen. Relaciona la obesidad con antecedentes familiares de la obesidad así como con el hábito de no desayunar y el consumo de cereales y harinas.

La prevalencia de sobrepeso fue del 29% en varones de 10 años y en mujeres de 11 años; la mayoría de los niños pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y el 75% realizaba actividad física inadecuada.

Bolzan et al.²² utilizaron diferentes métodos de medición en el estudio de niños en la ciudad de Buenos Aires.

Con referencia a la influencia de la altura sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en poblaciones de altura en la provincia de Jujuy, en la región del noroeste argentino, Dipierri y col.²³ estudiaron 11.431 escolares de 12 a 18 años procedentes de 4 regiones jujeñas: Puna (3.500 m), Quebrada de Humahuaca (2.500 m), Valle (1.200 m) y Ramal (500 m).

Los porcentajes fueron más altos en Valle y Ramal y en varones que mujeres de individuos con baja talla, pero para edad, fueron más altos en Puna y Quebrada.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad se relaciona inversamente con la altura geográfica, presentando los indicadores de desnutrición un comportamiento opuesto.

Se debe señalar que en la composición étnica de la provincia de Jujuy es predominante la contribución de la población amerindia original.

Prevención

Las medidas que pueden llevarse a cabo para la prevención del sobrepeso y la obesidad son, en general, de difícil implementación ya que, a menudo, se debe luchar con hábitos arraigados en la población y costumbres regionales de tradicional uso.

Aunque se intente reducir el impacto del sobrepeso y la obesidad en la salud poblacional a través del sistema de salud, el alcance de las intervenciones resulta limitado.

Los tratamientos para reducir el peso son habitualmente complejos, costosos y a menudo de relativa efectividad a mediano plazo.

De todas formas las estrategias de promoción de la salud son herramientas necesarias para detener el avance de esta patología y de las patologías asociadas.

En el mes de agosto de 2006 entró en vigencia en todo el MERCOSUR la obligatoriedad del rotulado nutricional que favorece a los consumidores la elección voluntaria de alimentos saludables.

El Ministerio participa en el Código Alimentario Argentino, a través del cual es posible regular los contenidos de los alimentos lo que puede orientar a la industria de la alimentación y a la sociedad en su conjunto.

Las conclusiones de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de

2009 señalan que es necesario intensificar la respuesta para detener y revertir el avance en la obesidad y la diabetes, consecuencia de una disminución de la actividad física, una alimentación poco saludable que incluye una marcada reducción de consumo de frutas y verduras^{6,7}.

En los últimos tiempos el Estado cuenta con una herramienta de gran utilidad cual es la Ley de Obesidad (N° 26396), la única del continente, y que trata a la obesidad y al sobrepeso desde el punto de vista del diagnóstico, el tratamiento y la prevención y que considera a la obesidad como una enfermedad²⁴.

Ley de Obesidad²⁴

Desde el 1° de junio de 2009, la Argentina es el primer país que tiene una ley que obliga a sus gobiernos en sus distintas jurisdicciones, a crear servicios y estructuras para atender el problema y a todas las entidades públicas y privadas -incluidas sin excepción las dedicadas a cobertura de salud- a hacerse cargo, lo que termina con la exclusión de los obesos en tantas prestaciones directas e indirectas que no los recibieron. Los tratamientos para bajar de peso quedaron incluidos en el Programa Médico Obligatorio que rige en el país, lo que implica que el sistema de salud pública, las obras sociales, mutuales y empresas de medicina prepaga deben hacerse cargo de los mismos.

La ley establece los tratamientos según el grado de la enfermedad y hace explícito el tratamiento para cada situación al tiempo que incorpora la Educación Alimentaria Nacional (EAN) en el sistema educativo en todos sus niveles, como así también las medidas que fomenten la actividad física y evitar el sedentarismo.

Queda prohibida la publicación o difusión en medios de comunicación de dietas o métodos para adelgazar que no conlleven el aval de un médico y/o licenciado en Nutrición.

Los artículos referidos a la bulimia y la anorexia nerviosa fueron vetados por el Poder Ejecutivo al considerar que son enfermedades que corresponden al ámbito psiquiátrico.

La banda gástrica ajustable y el by-pass gástrico están comprendidos dentro de la cobertura bajo ciertas condiciones:

- Edad entre 21 a 65 años.

- IMC mayor de 40 kg/m².
- Más de cinco años de obesidad no reductible.
- Riesgo quirúrgico aceptable.
- Haber intentado otros métodos no quirúrgicos bajo supervisión médica por lo menos por 2 años, sin éxito.
- Aceptación y deseo del procedimiento.
- No adicción a drogas ni alcohol.
- Consentimiento informado.

Lo trascendente de la medida es que se establece que la obesidad es una enfermedad y que constituye un problema de salud pública sujeto a políticas de gobierno, al tiempo que desalienta el uso de los servicios de salud con fines estéticos o de mercado.

Las críticas a la ley han surgido de las empresas de medicina pre-paga que ven difícil financiar estos tratamientos por lo que deberán aumentar las cuotas, ya que la cobertura alcanza a las consultas ambulatorias, el seguimiento del tratamiento, la medicación en los casos que sea necesario y los procedimientos quirúrgicos.

Al ser un país con organización federal, el Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación, coordina sus acciones en el ámbito del Consejo Federal de Salud con las demás jurisdicciones, a los fines de asegurar la implementación de la ley con el Ministerio de Desarrollo Social y debe desarrollar estándares alimentarios para garantizar que los comedores escolares y los planes alimentarios nacionales velen por los aspectos nutricionales de la población, atendiendo las particularidades de la cultura alimentaria local.

De todas formas, existen aún algunos obstáculos para que la ley tenga vigencia en todo el territorio del país. Uno de los problemas radica en la ignorancia de la ley por parte de los usuarios.

Conclusión

La obesidad y la patología que la acompaña constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Las cifras de prevalencia de estos cuadros en la población argentina obligan a encarar la prevención y el tratamiento con seriedad y continuidad en el tiempo.

El contar con una ley que diagnostica a la obesidad como una enfer-

medad que debe ser prevenida y tratada, es un hecho auspicioso en la medida en que pueda ser implementada en todo el territorio del país.

Los trastornos nutricionales en la niñez y la adolescencia merecen ser encarados con la mayor intensidad para un mejor nivel de salud en las próximas generaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martí ML. El síndrome Plurimetabólico. 1 Vol., Ed. Fundación Alberto J. Roemmers, Buenos Aires, 2001.
2. Censo Nacional República Argentina, 2009.
3. Pan American Health Organization. La Salud en las Américas, Argentina. Publicación Científica y Técnica N° 587, Vol. 1, 2002, PAHO-OMS.
4. Martí ML. Síndrome Metabólico. En: Esper R. Diabetología Cardiovascular, Buenos Aires, 2011.
5. Martí ML. Historia de la Diabetes en la Argentina. En: Ruiz M. Diabetes, Ed. Arcadia, Bs. As., 2011.
6. O'Donnell A, Brites S, Clacheo R, Grippo B et al. Obesidad en la Argentina. ¿Hacia un nuevo fenotipo?, CESNI, Buenos Aires, 2004.
7. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. Rev Arg Salud Pública 2011; 2:34-41.
8. Pasca AJ, Pereiro GG, Spairani SD. (Heart Care Network Argentina-HCNA). Obesidad y prevención secundaria en la República Argentina. Rev Fed Arg Cardiol 2003; 32:44-49.
9. Sereday MS, González C, Giorgini D, De Loredó L, Braguinsky J, Lojeñas C, Libman C, Tesone C. Prevalence of diabetes, obesity, hypertension and hyperlipidemia in the central area of Argentina. Diabetes Metab 2004; 30:335-339.
10. Martí ML, Lobo PE, Preiti ML, Juárez SS et al. ¿Existen diferencias en insulinoresistencia en pacientes con síndrome metabólico respecto al sexo? Comuna Congr Internacional Med. Int Hospital de Clínicas, Buenos Aires, 2004.
11. Szymula C. La magnitud de la obesidad en el Chaco. Obesidad y trastornos alimentarios 2010; 21:20-25.
12. Sala de Situación de salud. Año 2011. Ministerio de Salud, Gobierno de La Pampa.
13. Escobedo J, Buitrón LV, Velasco MF, Ramírez JC et al. On behalf of the CARMELA Study Investigators. Diabetic Medicine 2009; 26:864-871.

14. Cardone A, Borracci RA, Milin E. Estimación a largo plazo de la prevalencia de obesidad en la Argentina. *Rev Arg de Cardiol* 2010; 78.
15. Calvo EB. Estudios antropométricos en los aglomerados: Corrientes, Gran Resistencia, Santiago del Estero-La Banda, Tucumán. En: Calvo EB, Estudios Antropométricos en la población infantojuvenil, República Argentina 1993-1996. Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires 1999:43-59.
16. Navarra G. Investigación de la Sociedad Argentina de Pediatría sobre la Obesidad. Buenos Aires, 2001.
17. Winocur P. Peso y talla de los escolares argentinos pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires. *Revista de Higiene y Medicina Escolar*, Buenos Aires, 1938.
18. Mangialavori L. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Ministerio de Salud, Buenos Aires, 2006.
19. Bejarano I, Dipierri J, Alfaro E, Quiste Y, Cabrera G. Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. *Arch Argent Pediatr* 2005; 103:101-109.
20. Peña M, Bacallao J. Obesity and poverty. A new Public Health Challenge. PAHO Scientific Publication 2001; 576:3-12.
21. Velázquez HR. Prevalencia y autopercepción de la obesidad infantil en escolares de 10 a 13 años en la Cdad. del Carmen, Jujuy-Año 2007. Ed. Universidad Nac. de Salta, 2009.
22. Bolzan A, Guimarey L, Frisancho AR. Study of growth in rural school children from Buenos Aires, Argentina, using upper arm muscle area by height and other anthropometric dimension of body composition. *Ann Hum Biol* 1999; 26:185-193.
23. Dipierri JE, Bejarano IF, Alfaro EL, Cabrera G, Moreno Romero S, Tanuz MH, Marrodan Serrano MD. - Prevalencia de sobrepeso y obesidad en poblaciones de altura de la Provincia de Jujuy (Argentina); - Genes, ambiente y enfermedades en poblaciones humanas, pp.521-530, 2008.
24. Ley de Obesidad, Ministerio de Salud, Buenos Aires, 2009.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

CICLO CIENTÍFICO CULTURAL

*Dentro del Marco de la Celebración del
190° Aniversario de la Academia Nacional de Medicina*

CONFERENCIA MAGISTRAL DEL LIC. SANTIAGO KOVADLOFF

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO POR EL
SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA

SOCIEDAD Y CONOCIMIENTO. EN LA TRANSICIÓN DEL SIGLO XX AL XXI.

LIC. SANTIAGO KOVADLOFF

Organizado por la
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
COMISIÓN DE DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS
Presidente: Acad. Fortunato Benaim

**Buenos Aires
6 de septiembre de 2012**

CICLO CIENTÍFICO CULTURAL

CONFERENCIA MAGISTRAL DEL LIC. SANTIAGO KOVADLOFF

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA, ACAD. JOSÉ A. NAVIA**

Hablar de la historia de la Academia Nacional de Medicina así como sus funciones y presencia en el ámbito científico académico nos retrotrae a los principios que inspiraron al Ministro de Gobierno y Relaciones Exteriores, Bernardino Rivadavia, a la promulgación de su creación en el año 1822. Mucha historia ha transcurrido desde entonces y muchos avatares del país han repercutido en esta Institución así como en los hombres que ocuparon sus siales a través de estos 190 años, entre ellos nuestros tres Premios Nobel. La historia de la Academia Nacional de Medicina se encuentra recopilada en dos extensos libros publicados, en los cuales se separan dos períodos: el primer libro, escrito por el Académico de Número y Presidente de Honor de la Academia Nacional de Medicina Dr. Marcial I. Quiroga, abarca el período comprendido entre 1822 y 1972. El segundo libro cubre el período que va desde 1972 hasta 1999 y fue obra del Académico de Número Guillermo Raúl Jáuregui. El Académico Armando Maccagno, en el prólogo de esta última obra, considera que “la verdadera historia según Jáuregui no es historiografía sino que transmite la presencia de las ideas en el suceder de los hechos. Así crea un libro en el cual el lector se reencuentra con los valores más profundos de la ciencia, la ética y el amor a la dignidad humana”.

Dichos valores, enunciados por el Acad. Jáuregui, se mantienen entre

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

estas paredes y son quizás el único objetivo de su existencia. Es a través de sus declaraciones así como reflexiones y toma de posición frente a problemas médicos de la sociedad que pretende ser escuchada.

Jáuregui nos recuerda también que: “La Honorable Academia ha de pasar del honor académico a la acción académica. Que será presencia, vigencia, pensamiento prospectivo y por sobre todo, palabra permanente a ser escuchada en el ámbito de la cultura de las ciencias del hombre y parte sustantiva del saber de la Nación. Para ello debería adoptar o considerar una renovada conciencia de sí misma para así convertirse en una Tribuna Convocante en todo cuanto le atañe. Es nuestra obligación académica perentoria abordar las situaciones futuras en papel protagónico. Una obligación convertida en deber.”

No existe en tal toma de posiciones ningún espíritu de paternalismo, sino solamente brindar a nuestros colegas en sus diferentes especialidades, y a la sociedad toda, quizás el consejo ético y moral en la forma más desinteresada de los hombres y mujeres que componen su Plenario Académico, quienes han sido ejemplos de trabajo y esfuerzo a lo largo de sus activas vidas profesionales.

Es objeto histórico de la Academia Nacional de Medicina ser receptáculo del valor, recuerdo y agradecimiento a sus Maestros, así como lugar en el cual las diferentes ramas de la medicina puedan siempre recurrir a ella, en busca de inspiración y reflexiones. En esta Academia Nacional de Medicina pasan los hombres pero persisten los valores médicos en el amor al prójimo y su sentido humanístico.

Hoy queremos festejar estos 190 años de existencia. Para ello hemos solicitado e invitado al Lic. Santiago Kovadloff a la disertación de la Conferencia Magistral de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema: *Sociedad y conocimiento. En la transición del siglo XX al siglo XXI.*

Presentar al Lic. Kovadloff para mí es un honor personal y una inmensa satisfacción para esta Corporación. Su elección radica en la claridad de su pensamiento filosófico y sus valores humanísticos. Trataré en honor al tiempo de hacer un resumen del extenso currículum vitae de nuestro invitado.

Santiago Kovadloff nació en Buenos Aires el 14 de diciembre de 1942. Es ensayista, poeta, traductor de literatura de lengua portuguesa.

Se graduó en Filosofía en la Universidad de Buenos Aires. Es Doctor Honoris Causa por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Profesor Honorario de la Universidad Autónoma de Madrid y Miembro del Comité Académico y Científico de la Universidad Ben-Gurión del Neguev, de Israel.

Es Miembro Correspondiente de la Real Academia Española, Miembro de Número de la Academia Argentina de Letras y de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.

Su obra literaria incluye los siguientes títulos:

Ensayo: *El silencio primordial*, 1993; *Lo irremediable*, 1996; *Sentido y riesgo de la vida cotidiana*, 1998; *La nueva ignorancia*, 2001; *Ensayos de intimidad*, 2002; *Una biografía de la lluvia*, 2004; *Los apremios del día*, 2007; *El enigma del sufrimiento*, 2008 y *El miedo a la política*, 2010.

Poesía: *Zonas e indagaciones*, 1978; *Canto abierto*, 1979; *Ciertos Hechos*, 1985; *Ben David*, 1988; *El fondo de los días*, 1992; *Hombre en la tarde*, 1997 y *Ruinas de lo diáfano*, 2009; *Líneas de una mano*, 2012.

Relatos para niños: *República de evidencia*, 1993; *El tobillo abandonado*, 1994; *Agustina y cada cosa*, 2001; *Natalia y los queluces*, 2005 y *La vida es siempre más o menos*, 2005.

Traducciones: Es suya la primera versión completa al español del *Libro del desasosiego*, de Fernando Pessoa (2000). Asimismo, es autor de la traducción de *Ficciones del Interludio* (2004), del citado Fernando Pessoa. También tradujo textos de los poetas brasileños Carlos Drummond de Andrade, Manuel Bandeira, Ferreira Gullar, João Cabral de Melo Neto y Murilo Mendes, entre otros.

Obras suyas han sido vertidas al portugués, al francés, al alemán, al italiano y al hebreo.

En 2010, la Academia Argentina de Periodismo le otorgó su *Pluma de Honor* por la tarea que desarrolla en la prensa escrita.

Lic. Santiago Kovadloff: Bienvenido a nuestra Casa y muchas gracias por acompañarnos en nuestra celebración.

**SOCIEDAD Y CONOCIMIENTO.
EN LA TRANSICIÓN DEL SIGLO XX AL XXI.***

LIC. SANTIAGO KOVADLOFF**

Quiero expresar mi gratitud, a través del Presidente de esta Academia, a esta Casa que forma parte no sólo de nuestra memoria sino, fundamentalmente, de nuestra plenitud creadora.

Uno de los riesgos fundamentales que se corre en las entidades que acumulan muchos años de vida -sobre todo en una nación joven como la nuestra, en la que estos 190 años son prácticamente toda nuestra historia- es caer en la presunción de que la evocación del pasado consiste, simplemente, en recordar aquello que se ha hecho como si formara parte de un ayer. Las instituciones de una república, como en este caso lo es la Academia Nacional de Medicina, tienen una tarea que es imposible de colmar en el transcurso del tiempo porque están asociadas al despliegue del conocimiento.

Todas las instituciones cuya finalidad fundamental es reconciliar al hombre con su capacidad crítica, con su espíritu creador, con la constancia en el cumplimiento de la ley, todas las instituciones que llevan a cabo el despliegue diario de estos objetivos han nacido para jamás terminar de ver realizado lo que se proponen; donde hay plenitud de objetivos hay incompletud de tarea. Sólo en los regímenes democráticos es posible encontrar la vertiente política de esta misma idea del trabajo asociado al despliegue de la intensidad, el ahondamiento y la indispensable insatisfacción que los resultados de estas tareas deben dejar, precisamente, para que el espíritu crítico siga avanzando en el cumplimiento de la vitalidad de las instituciones. Porque, de lo contra-

* Conferencia pronunciada durante la Sesión Pública Extraordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 6 de septiembre de 2012.

** Filósofo, Ensayista, Poeta; Miembro de Número, Academia Argentina de Letras y Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas; Profesor Honorario, Universidad Autónoma de Madrid; Miembro, Comité Académico y Científico, Universidad Ben Gurión de Neguev, Israel.
E-mail: santiagokovadloff@fibertel.com.ar

rio, caemos en esa disyuntiva que nuestra especie conoce muy bien: una cosa es vivir y otra, durar. Durar es un peligro, pero es posible; vivir es más trabajoso, es más riesgoso porque implica la necesidad de una renovación perpetua en el esfuerzo de comprender qué debemos hacer para que aquello que emprendemos guarde relación con la época en la que nos toca vivir. De modo que, inicialmente, a modo de un pequeño prolegómeno a lo que me importa plantear hoy, quisiera comenzar por una referencia a estos 190 años de esfuerzo por no quedar atrapados en lo hecho que representa esta Academia, por buscar permanentemente el porvenir a través de la renovación del conocimiento.

Estoy persuadido de que esta Academia ha venido honrando una concepción del prójimo en el ejercicio de la profesión médica y, al mismo tiempo, ha venido honrando una concepción del conocimiento científico que es inseparable de esa primera visión del prójimo. El prójimo del que aquí se habla es el protagonista del dolor, de aquél que afectado por el padecimiento recurre al médico como persona y no como mero organismo sintomatizado y, como persona y no como mero técnico especialista, anhela encontrar al médico que lo tratará. El conocimiento -concebido como algo que va más allá de un repertorio de saberes, lindando entonces con la sabiduría- permite advertir que el médico nunca está ante un paciente genérico sino, siempre, ante un caso particular, ante un sujeto inigualable a otro sujeto por obra de su singularidad y de su existencia. El genérico "los pacientes" no existe; siempre es "el paciente", del mismo modo que, siempre, es "el médico". En esa singularidad, en esa personalización, radica la expectativa del paciente, lo que el paciente reclama, explícita e implícitamente, del médico que lo tratará.

Celebramos hoy, quienes aquí nos hemos reunido, la constancia con que esta Academia ha enarbolado la defensa de esta doble necesidad: la de concebir al paciente como prójimo en su singularidad irrepetible y la de concebir y practicar el conocimiento como un saber médico porque es ético y reñido con la reducción del sujeto que sufre a una ley general que no contempla su singularidad sufriente. Celebramos hoy, en suma, la convicción de esta Casa -casi dos veces centenaria ya- según la cual la medicina es el encuentro de dos seres humanos en el escenario donde convergen una demanda de alivio al dolor y una posibilidad de brindarlo. Celebramos además, este 6 de septiembre, la robustez de una ciencia que, en nuestro país, ha dado vida a tres Premios Nobel:

Houssay, Leloir y Milstein. Esta formidable conjunción entre el talento personal y la cultura nacional nos habla de manera propicia, y en un momento en que es indispensable, de una alianza siempre venturosa entre espíritus creadores y convicciones democráticas. La democracia, concebida como ejercicio de convicciones republicanas, encuentra en el espíritu crítico, en el intercambio y la búsqueda de consensos, una práctica coincidente con la de la ciencia pues la ciencia sólo prospera donde hay libertad en el ejercicio de la inteligencia y vocación por el diálogo en la construcción del conocimiento.

Son incontables los dilemas que nos plantea nuestro tiempo, es decir, los desafíos que nos hace para tratar de discernir qué nos ha tocado vivir. Hoy, que es posible el reemplazo de los órganos que, hasta no hace mucho, parecían irremplazables, es preciso preguntarse qué cabe entender por cuerpo propio. ¿Caracterizaremos como propio lo que hay en nosotros que, aunque no sea congénitamente nuestro, permite que nuestra vida esté asegurada? ¿Qué es hoy lo natural? ¿Esta alteridad que ha venido a mi encuentro para que siguiera siendo posible mi mismidad, implica o acarrea una transformación puramente incidental o la identidad profunda del yo queda comprometida con las transformaciones de mi organismo? ¿Mi corazón es mío, su funcionalidad basta para que lo designe como mío? ¿La técnica impondrá la irrupción de otra modalidad subjetiva, o se trata a algo puramente epitelial? La clonación, por ejemplo, ¿adónde llegará? Y ¿qué determinará, culturalmente hablando, su empleo?

Freud creía que la anatomía era el destino, lo inamovible, lo irremediable. Empezamos a advertir hace tiempo que eso no es así, que la anatomía no es el destino. La inscripción de nuestra anatomía en un género, masculino o femenino, no parece ser irremediable. ¿Qué implica esto en términos de comprensión del uno mismo? ¿Cuál es la relación entre posibilidad objetiva de transformación de un organismo humano y ética? La absoluta alteridad sexual es hoy viable para el cuerpo propio. En suma, ¿en qué tiempos nos toca vivir? La nuestra parece ser una época de transformaciones radicales, se impone pues una meditación que, por sucinta que sea, debe ser llevada a cabo sobre la sociedad y el conocimiento en la transformación y en el pasaje del siglo XX al XXI.

No nos toca una época particularmente difícil; no las hay. Todos los tiempos, todas las épocas son igualmente difíciles. Conviene em-

pezar por aquí porque, a veces, ante la imposibilidad de presumir, narcisísticamente, que nos ha tocado la mejor de las épocas, propendemos, narcisísticamente también, a necesitar que por lo menos sea la peor. No es la peor, no es la mejor, es una más en este esfuerzo por ver hasta dónde, quienes creemos que esto es indispensable, es posible reconciliar los desafíos del tiempo con el discernimiento de quienes tenemos que protagonizar esta hora.

Comienzo pues, subrayando la necesidad de aprender a ser contemporáneos. No somos contemporáneos sino a través de un denodado esfuerzo subjetivo por alcanzar a concebir los dilemas de nuestra época como dilemas personales. La coetaneidad con una época es una fatalidad cronológica; nadie puede jactarse de ser un hombre o una mujer del siglo XX porque nació en 1951. Esto es una fatalidad, como les digo y, en todo caso, una ofrenda venida de una noche que no contó con nosotros para tener buenos resultados.

La mera coetaneidad es una inscripción anónima en una época. La contemporaneidad, en cambio, es lo que se gana a través del esfuerzo por concebir lo que nos toca vivir, en términos subjetivos, con lo que nos toca vivir, en términos objetivos. Hay contemporaneidad donde se concilian los intereses que podríamos llamar íntimos con los públicos, sin confundirlos. Hombres y mujeres de su tiempo son aquellos que han aprendido a discernir rasgos distintivos de su vida en las características de la época que les toca enfrentar. De igual modo, hombres y mujeres de su tiempo son aquellos que al analizarse, al indagar y explorar su propia subjetividad advierten de qué índole son los recursos que la época les brinda para poder llevar a cabo esa tarea riesgosa que es intentar el autoconocimiento.

Podemos caracterizar, en primera instancia, a la educación como el esfuerzo que cada época realiza para alcanzar contemporaneidad. Aprender a ser contemporáneos, enseñar a ser contemporáneos son las dos labores complementarias que todo período histórico tiene que enfrentar para discernir claramente en qué está metida la existencia cuando está expuesta al tiempo que le toca enfrentar.

Si miramos hacia atrás, normalmente alcanzamos a distinguir rasgos distintivos de los períodos; por ejemplo, si hablamos de la Edad Media o de la Edad Moderna o de la Edad Antigua siempre acudimos

a un repertorio de nociones que intentan darnos un perfil, medianamente específico, de ese período. Son generalizaciones pero resultan imprescindibles porque, si no bastan, con ellas es posible aprender a matizar el panorama de cada ciclo histórico y comprender mejor lo que cada uno de ellos significa. Pero lo que de veras brinda del pasado una comprensión especialmente rica es la interrogación a la que sometemos a cada uno de sus períodos desde las preguntas que nos impone nuestro propio tiempo.

El pasado nos habla si sabemos interrogarlo, e interrogarlo con relativa propiedad significa saber qué puede decirnos de nuestro tiempo. El pasado puede decirnos mucho sobre nuestro tiempo si somos capaces de encontrar las preguntas justas para que nos hable de nosotros. Esto es lo que permite entender que si Sófocles es un autor vivo y actual es porque nosotros somos hombres y mujeres muy viejos. Si Shakespeare sigue siendo alguien que tiene mucho para decirnos de nosotros, es porque algo de su enunciación de 450 años ya dijo de nosotros algo que estamos tratando de aprender a discernir. De manera que la posibilidad de interrogar al pasado se vuelve especialmente fecunda cuando las preguntas que le formulamos atañen al intento de discernimiento de lo que somos; pero, también, el intento de discernimiento de aquello que somos está muy unido al esfuerzo por advertir cuáles son los problemas inéditos, sin inscripción literal en el pasado, que nos hablan de nosotros también y que por no estar inscriptos, necesariamente, en una tradición resultan desorientadores, potentemente desorientadores porque se hacen presentes con fuerza en nuestra época y nos faltan categorías para poder explorarlos con claridad.

A algunos de estos dilemas que aún no alcanzamos a discernir con claridad y que, sin embargo, se hacen presentes con potencia protagónica en nuestro tiempo, quisiera dedicar esta exposición. Hay cuatro problemas sobre los que no tenemos claridad y están vivos en la época en que nos toca vivir. A algunos de ellos los rocé recién cuando me refería a los problemas que enfrenta el cuerpo concebido como se lo concibe hoy a partir de las posibilidades objetivas de operar con él.

El primero de estos cuatro es el concepto de naturaleza. Durante centenares de miles de años la naturaleza fue concebida como lo que constituye el entorno de lo humano; a tal punto, que llamamos cultura a la posibilidad de abrirnos lugar en la naturaleza. La naturaleza fue

siempre esa presencia contra la que embestía el hombre valiéndose de sus recursos para hacerse lugar; llamamos, entonces, cultura al destino que le damos a la naturaleza en función de nuestras necesidades de subsistencia. Así ha sido centenares de miles de años; hoy ya no es así, algo nuevo ha empezado a ocurrir. Hoy la pregunta que nos estremece, que se abre camino en el medio de la opacidad vivencial del ajetreo cotidiano es ¿habrá lugar para la naturaleza en nuestro mundo tecnológico? ¿Hay, aún, lugar para la naturaleza en el mundo donde la cultura lo ha pavimentado todo? La extinción de las especies, la contaminación del aire, la contaminación sonora, la polución ambiental, en suma, han hecho que la naturaleza se vea vulnerada y expuesta al riesgo de su extinción, en infinidad de aspectos. Las irregularidades atmosféricas, la alteración de las estaciones, la contaminación de los ríos, ¿de qué es fruto? Por lo menos de esto, de un exceso. ¿En qué consiste el exceso? En haberla concebido como algo inerte, prostibulariamente disponible, que podía ser explotado sin límites. Parece que no, que está viva, parece que vulnerada por el abuso ha decidido darse a conocer como patológicamente viva. Sus alteraciones, empezamos a advertirlo con dificultad, no son sólo de ella, son nuestras. Lo que le pasa, nos ocurre. Ella nos dice, con sus desmesuras, no sólo qué hemos hecho de ella sino qué hemos hecho de nosotros. ¿Qué dice del hombre la naturaleza alterada? Que el hombre se concibió como el único habitante de lo real y que todo lo concibió como puesto, ilimitadamente, a su servicio. Hoy, la reflexión medioambiental propone que entendamos que nuestra piel no termina donde habitualmente la vemos sino que se extiende hacia todo aquello que no somos, en principio, nosotros. Somos lo que no somos, también. Estamos empezando a advertirlo: lo que le ocurre, nos sucede; lo que ella dice de sí, lo dice de nosotros. ¿Podremos entablar con la naturaleza una relación dialógica y no sólo posesiva? No hay aún respuesta para esta pregunta. Se nos va haciendo evidente que deberíamos hacerlo pero si recorremos los distintos protocolos elaborados en Kyoto o, recientemente, en Copenhague acerca de la posibilidad de bajar los decibeles de la contaminación ambiental las respuestas no son muy favorables. En el de Estocolmo hubo un pronunciamiento de un importante empresario italiano que, ante la necesidad de contribuir a reducir la contaminación ambiental en el área de la producción automotriz, expresó su desorientación y dijo: “La verdad es que de esa manera no podríamos competir debidamente en el mercado automotor”. Alguien le dijo: “Pero si no reducimos la con-

taminación ambiental, algo más que los coches se verían afectados”. “Bueno” -respondió el empresario- “Nuestra tarea es producir autos”. Yo no quiero detenerme sobre él, quiero tomarlo como un signo, como un síntoma; ¿qué grado de racionalidad es la que gobierna hoy a las dirigencias de las naciones más desarrolladas del mundo? Cuando el problema de la contaminación ambiental no puede ser encarado con suficiente contundencia y decisión, y la dimensión de lo tanático pasa a ser una dificultad que alguien se ocupará de frenar pero uno se tiene que ocupar de protagonizar su presencia en el mercado del mejor modo posible, se da una disociación entre ética y eficacia, entre mercado y medioambiente, entre solidaridad y rentabilidad. Ese es uno de los dilemas de nuestro tiempo. Un capitalismo abrumado por las dificultades para hacer del tiempo también un escenario de reflexión se aboca, desmesuradamente, a una producción en torno a la cual cabe la pregunta ¿para qué? Y nuestro tiempo aún no tiene respuesta; no tiene respuesta porque, por primera vez, las grandes sociedades desarrolladas empiezan a sentir el efecto de un concepto del progreso que no basta para comprender lo que sucede.

Esta noción, la de progreso, configura otro de los dilemas que, fundamentalmente, debemos analizar en el intento de habitar protagónicamente la época que nos toca. Insisto mucho en esto de habitar protagónicamente la época que nos toca recurriendo a otra figura fundamental de nuestra historia: la admiración que nos despierta Alberdi, los textos de Alberdi, proviene del hecho de que él supo situar los problemas de su época en un marco conceptual nuevo, inédito en 1847/48. Supo recurrir a un repertorio categorial que no era frecuentado. Mientras sus compatriotas se debatían en la disyuntiva y en el maniqueísmo que consistía en reivindicar lo propio y en combatir lo ajeno -sean estos federales o unitarios-, mientras unos y otros pensaban que el otro estaba de más y que el discurso único de cada uno de estos sectores debía ser el imperante, mientras sólo había lugar para el monólogo, el autoritarismo y la exclusión, Alberdi pensaba que la Argentina debía aprender a reconciliar sus partes constitutivas porque “lo argentino” estaba perfectamente representado tanto por unitarios como por federales, y que la argentinidad se jugaba en la interdependencia de quienes se excluían. Estaba solo, la gente estaba ocupada teniendo razón y disfrutando del monopolio de la palabra y de las armas. Ese hombre proponía algo nuevo, era un hombre de su tiempo mientras que la inmensa mayoría de sus contemporáneos eran

hombres del maniqueísmo del siglo XVI, excluidores, diríamos así, de quienes no coincidían con ellos.

Pues bien, hoy el tema es que, si los dilemas que nos plantea una naturaleza que empieza a acusar los síntomas del abuso nos remiten a la necesidad de repensar nuestra relación con la alteridad medioambiental y descubrir que nuestro cuerpo consiste también en lo que no somos, debemos reconsiderar la noción de progreso. En el siglo XVII, un hombre también excepcional, Leibniz, escribió esto: "Nosotros sabemos más que nuestros padres y nuestros hijos sabrán mucho más que nosotros y los suyos inmensamente más que ellos". Éste es el progreso.

Hoy le diríamos que parcialmente es así, que efectivamente parte del progreso consiste en que cada generación cuente con una capacidad de capitalizar el saber y los errores de la generación anterior ampliando el campo perceptivo y evolutivo del saber. Pero también sabemos algo que acaso Leibniz no sospechaba porque su lucha era contra el dogmatismo religioso y la cerrazón dogmática. Tal vez sepamos algo que él ignoró, tal vez sepamos que es posible progresar y, al mismo tiempo, caer en la barbarie. Que hay órdenes donde el progreso es posible, por ejemplo en el tecnológico y aún en el científico, y al mismo tiempo es posible la instrumentación del saber tecnológico y científico por ejemplo para crear Auschwitz; la eficiencia para el exterminio, la tecnología puesta al servicio de la posibilidad de inaugurar algo inédito que es la rentabilidad industrial de los muertos mediante la conversión de sus huesos en jabón, la instrumentación de su pelo y de sus dientes para ir creando objetos rentables.

El progreso no excluye la barbarie, más aún, acaso cierta concepción del progreso pueda contribuir a alentar cierta forma de la barbarie. De modo que sí, Leibniz, sí es posible que nuestros hijos sepan más que nosotros pero el problema es saber si podemos desplegar una conciencia crítica que nos permita escapar a la idolatría de la presunción del conocimiento técnico, tecnocrático; para dejar abierto el campo del entendimiento a la evidencia de que hay en el hombre "alguien" que valiéndose de la idolatría de ese saber la pone al servicio del desprecio de la conciencia crítica y de la libertad. Todas las épocas se han visto enfrentadas a este problema, la nuestra no es excepción. Pero es preciso advertir qué forma toma en nuestro tiempo

el progreso como para alentar esta disyuntiva ignorada. Nadie quiere que el terror y la barbarie vuelvan a imperar pero la mejor manera de combatir la barbarie, el terror de estado, el terrorismo a secas y el holocausto, es saber que se pueden repetir. Saber que se puede repetir significa entender que hay en el hombre voluntad de barbarie, porque está estructurado de tal manera que el horror a la convivencia en él es tan poderoso como el amor y la necesidad que pueda tener de llevarla a cabo. Por eso decimos que las mejores formas de progreso son aquellas que simultáneamente nos permiten advertir que damos un paso adelante pero no necesariamente para dejar atrás la ignorancia sino, a veces, para promover la aparición virtual de nuevas formas de desconocimiento. El positivismo nos enseñó que progresar es liquidar problemas; la física contemporánea nos enseñó, Einstein mediante, que progresar es darle solución a los problemas que se conocen y mediante esas soluciones advertir que se han descubierto dilemas nuevos. Es decir que el saber produce la posibilidad de discernir nuevas formas de desconocimiento. El conocimiento produce nuevas formas de desconocimiento, nuevos dilemas, nuevos problemas. Es el saber el que los produce, no la ausencia del saber.

Si logramos abrirnos a lo que esto implica en la transición del siglo XX al XXI, advertiremos por lo pronto que en esta transición como señalé hasta acá, se están produciendo cambios fundamentales pero acaso la estructura de la subjetividad no se modifique demasiado. Vuelvo al ejemplo anterior, si Sófocles sigue hablando de nosotros es porque nos parecemos a lo que él dijo.

Los regímenes democráticos tienen con respecto a otros modelos de organización política una ventaja filosófica extraordinaria, por eso son tan difíciles de sostener e inspiran tanto temor. Los regímenes democráticos son regímenes que están asentados en el principio de la sospecha. Las instituciones fundamentales de una democracia republicana son los tres poderes que conocemos con el nombre de ejecutivo, judicial y legislativo. La finalidad de cada uno de ellos es ejercer lo que le es propio, controlando los excesos que puedan tener los otros dos. La finalidad de los tres poderes en este sentido es acotar la voluntad de desmesura que puede haber en los otros. El propósito de acotar la voluntad de desmesura es evitar la reducción del Estado a uno solo de esos poderes y la homologación de uno solo de esos poderes a todo el poder. Lo llamo régimen de sospecha porque

descansa sobre un principio filosófico que tiene una enunciación paradójica, el hombre es imprevisible y al mismo tiempo imprescindible. Sin él, nada. Pero mejor que confiar en su bonhomía y en su eticidad inherente es llevarlo hacia el campo de la ley. Es infundirle el respeto de la ley a través del reconocimiento del principio de acotamiento que hace que la ley le diga al hombre "todo, no". Todo, no; porque donde reina la presunción de que uno puede serlo todo, los demás están demás. Profesar es, en este sentido, también advertir la necesidad del límite; descubrir que el hombre tiene una relación tormentosa con el límite, con la medida, con la ley. La necesita y la detesta. La detesta porque, al acotarlo, la ley lo obliga a admitir que él no es la totalidad de lo real, que no lo puede todo.

En esa ambivalencia radica nuestro espíritu, presumir que podemos terminar para siempre con una de sus partes, es desconocer la historia. Es conveniente que nada tenga lugar fuera de la ley pero para vivir dentro de ella es preciso estar atentos y saber que nos angustia el límite. En consecuencia, como decía antes, uno de los aportes formidables que nos hace la física contemporánea es aprender que el progreso introduce la posibilidad de descubrir problemas inéditos, que lo problemático o lo que podríamos llamar desconocido no forma parte solamente de lo que sabemos que es desconocido, sino de lo que descubrimos como desconocido mediante el conocimiento que ejercemos. La perplejidad que el hombre manifiesta ante lo que ignora, puede en este último caso ser una virtud. Aprender a desconocer es quizás la finalidad última del saber. Se aprende a desconocer mediante el despliegue del saber. Una reflexión de Albert Einstein justamente, la estirpe del auténtico físico dice él en "Como veo el mundo", consiste en que el físico no se interesa primordialmente por el conocimiento de las leyes sino que manifiesta perplejidad porque las hay. Esta conjunción entre el anhelo de conocer la ley y saber que el que las haya no cabe en el cálculo, esta conjunción habla de una estirpe de espíritus críticos dentro de la que no sólo caben los físicos; porque aprender a desconocer es desplegar el conocimiento para hacerle lugar a una complejidad inédita y no sólo solucionar lo que es indispensable solucionar. Esta noción del progreso que nos obliga a conciliar los opuestos de la manera en que estoy señalando es nueva, porque hemos logrado en el orden objetivo y mediante la tecnología y la ciencia un despliegue extraordinario pero la barbarie no ha cesado. Y cabe preguntarse si lo que ayuda a enfrentar la bar-

barie es el despliegue del progreso o la posibilidad de que advirtamos que la idealización del progreso, entendida como una posibilidad de abarcarlo todo, no contribuye a entender qué es la barbarie.

La barbarie es también la tecnocracia, la soberbia tecnocrática. Hay una reflexión magnífica, por su humor y por su hondura, de uno de los grandes hombres de ciencia del siglo pasado, Eddington (físico también y discípulo de Einstein). Dijo él, muy británicamente: "Todo físico sabe que su mujer no es más que un conjunto de átomos y de células. Ahora bien, si la trata así, la pierde." Vale decir, si confundimos las magnitudes y proporciones de lo real que brinda el laboratorio con lo real que excede el laboratorio, si tratamos de reducir los perfiles y magnitudes de lo real que están fuera del laboratorio, a las posibilidades que brinda únicamente el laboratorio, estamos claudicando en el ejercicio de nuestra libertad crítica y de nuestra posibilidad de conocer. Estamos haciendo una jibarización de lo real. En aquel sentido espléndido en el que John Locke, ironizando también, decía: "Si la realidad no coincide con mis palabras, peor para la realidad". Pues vivimos una época donde esto abunda, donde el amor a lo complejo pasa por encima de las enunciaciones fragmentarias y, sin embargo, es desoído. Progresar es también tener esta capacidad de recapitulación crítica sobre los propios excesos. Sin técnica y sin ciencia no vamos a ningún lado. Con técnica y ciencia solamente, tampoco. Nos consideramos habitantes de un tiempo secularizado, ya no creemos en los dioses del pasado, mayoritariamente, nos hemos liberado de los prejuicios que acarreaban el dogmatismo y la ceguera fanática. Pero hay nuevos ídolos en el templo. Y nuestra necesidad de idolatría ha caído sobre los objetos. No debemos renunciar a todo lo que nos ayuda a vivir. Debemos advertir qué es lo que la desmesura hace en el campo de nuestra relación con los objetos.

Un tercer elemento, un tercer dilema fundamental dentro de los que exigen discernimiento y aún nos cuesta tanto avanzar en su comprensión, es la noción de conocimiento, muy unida a la anterior. Yo diría que nuestra situación está en las antípodas de la alta Edad Media. En la alta Edad Media podíamos advertir desde el punto de vista geopolítico una formidable fragmentación; es eso que se llamó el Señorío Feudal. Geopolíticamente hablando, el mundo de la alta Edad Media lleva a cabo una cultura de la segmentación, cosmovisionalmente. Sin embargo, el Cristianismo y el Catolicismo, en particular, propone una

visión de lo mundano y de lo celestial que intenta regir y administrar la totalidad de esos fragmentos dentro de una sola lectura. Había una cosmovisión cristiana en el medio de un mundo pseudamente fragmentado. Nuestra situación, creo yo, es antitética. Nosotros hoy tenemos una formidable interdependencia geopolítica (lo cual no quiere decir equidad) generada, en parte, por los medios de comunicación; pero una orfandad cosmovisional muy marcada. Los segmentos preponderan en el orden cosmovisional. Se han multiplicado por suerte las formas de conocimiento, contamos con disciplinas infinitas, y todas ellas son fecundas. Pero un dilema típico de nuestro tiempo es que no sabemos qué tienen que ver entre sí disciplinas que, aparentemente, son unas ajenas a las otras. ¿Qué tiene que ver la poesía con la física?, los estudios psicoanalíticos ¿tienen algo que ver con la historia? ¿Es posible invitar a la presentación de un libro de astronomía a un poeta y a un filósofo? Los gremios, las corporaciones imperan en todo, hasta en nuestras fiestas personales, invitamos a la gente de nuestro oficio, nuestros amigos tienen que ver con lo que hacemos.

Es interesante recordarlo, sólo quiero señalar una diferencia. En el siglo XVII y XVIII todavía, lo relata magníficamente Jonathan Swift, se invitaba a la gente no que hacía lo mismo que uno, sino que era interesante en lo que hacía. A la casa del astrónomo iban el poeta, el historiador, el teólogo porque ¿qué querían? No era una época ideal pero había un rasgo distintivo interesante, querían “con-versar”, es decir inscribir esa diversidad en el marco de un intercambio, de un intercambio ante la sospecha de que los distintos campos del saber guardan relación entre sí, más allá de la legitimidad de la propia especialización. Un ingeniero hoy no sabe qué conversar con un arqueólogo, “si estamos en cosas distintas” dicen los dos, sin duda, aparentemente sí. Esto lleva a preguntarse si el espíritu universitario entendido como un saber sinfónico e integrador de las diversidades se cumple en nuestras facultades. Espíritu universitario significa convocatoria al diálogo entre quienes no comparten las disciplinas manifiestas a las que se entregan, para poder escuchar en el decir del otro la presencia de algo que nos atañe. Proliferan los facultados, todos somos facultados, pero hay universitarios, quiero decir integrantes de una orquesta común. Puede ser que esto sea la demanda de algo irrealizable pero no siempre lo irrealizable es prescindible. Quiero recordar al respecto, el General Pueyrredón le escribió a San Martín allá por los años en que San Martín preparaba el Ejército de los Andes y le dijo: “Estimado

General acá le estoy mandando 700 burros, 609 caballos, 3000 bayonetas, 4200 municiones, le estoy enviando también materiales para que usted pueda uniformar a sus soldados, y no me pida más porque lo que usted quiere hacer es imposible”. San Martín le contestó: “Estimado General, tiene usted razón, lo que yo quiero hacer es imposible pero es imprescindible”.

No se trata de emprender una gesta épica en nuestra vida cotidiana, se trata de entender que la creatividad suele estar mucho más cerca de lo imprescindible que de lo posible. Que todo aquello que representa un logro en la vida personal, en un buen vínculo, en el encuentro con un amigo, todo esto es trabajo sobre lo imprescindible. Por eso me parece que el conocimiento que nuestra época demanda, no es interdisciplinario. La interdisciplina figura entre las maneras de relación de los campos de conocimiento. El problema no es la interdisciplina, el problema es lo transdisciplinario. Es decir, aquello que atraviesa las distintas formas de relación con la realidad en pos de un conocimiento e implica respuestas que se llevan a cabo mediante lógicas similares, mediante lenguajes similares. Hasta dónde hemos reflexionado suficientemente sobre esas lógicas, como para advertir que sobre cosas distintas razonamos mediante recursos parecidos. Y qué importaría conocer esos recursos, importaría mucho si el objetivo fuera aprender a convivir con espíritu crítico y solidario, aprendizaje que no puede terminar de realizarse. Si Dios quiere, nunca terminaremos de aprender eso pero puesto que no podemos terminar de hacerlo, es imprescindible insistir en su cumplimiento constantemente.

La ventaja que los regímenes totalitarios tienen sobre la democracia es que permiten soñar con que hay equivalencia entre las palabras y las cosas. Lo que uno dice es lo que las cosas son, y si hay dudas al respecto, uno desenfunda. Pero en las democracias, la disidencia entre las palabras y las cosas, la falta de homologación posible, ese espacio abierto que impide que unas y otras, las palabras y las cosas, coincidan plenamente, permite que busquemos la aproximación recíproca constantemente porque no podemos inscribirnos en el campo de la certeza acerca de la suficiencia de nuestro lenguaje y de nuestra forma de saber. Recuerden siempre que durante muchos siglos Occidente vivió bajo sistemas epistemológicos verticalistas. En un momento en la cima estaba la Teología, después la Metafísica, posteriormente la Ciencia Positiva; siempre pareciera haber una ciencia

fundamental que debiera ser la primera. No es así, es imprescindible trabajar por la transversalidad de las formas del saber porque donde hay hegemonía de unas de ellas, se produce otra vez esa caída en la idolatría de un modo de conocimiento. La transversalidad es imprescindible, no solo es política. Lo es también en el campo del conocimiento, ni que decir el de la convivencia.

Por último, para no extenderme más allá de lo que quiero sugerir, voy a hacer una referencia a otro desafío en esta transición del siglo XX al XXI que nos depara muchos interrogantes, que es la globalización. La globalización, tan divulgada desde mediados de siglo XX en adelante, no es un proyecto nuevo, tiene sus contenidos novedosos pero no es nuevo. En la historia de la humanidad ha habido varias globalizaciones. La primera de esas globalizaciones fue romana, el *urbis et orbe* del imperio romano aspiraba a presentar un mundo atravesado por la hegemonía de la concepción imperial romana y la lengua latina. Éste fue uno de los primeros intentos que se llevó a cabo por mostrar que Roma está en todas partes. Con posterioridad hubo otros, claro está. El cristiano, el católico, es decir el universal, aspiró a un mundo donde la dimensión de lo cristiano no estuviera supeditada ni a la territorialidad ni a la identidad nacional. De modo tal que el hombre quedaba inscripto en su identidad religiosa, más allá de las fronteras territoriales y nacionales, y era posible pertenecer a la comunidad sin quedar condicionado por los límites políticos y geográficos. Un tercer momento en el que se buscó una globalización fue cuando se producen los descubrimientos. Los europeos llegan a una tierra a la que caracterizan como propia. La bautizan como propia, la designan con palabras propias, le ponen nombres propios. Llegan a la India que es lo que ellos conocían y crean una visión eurocéntrica de América contra la que después, claro, vendrán los procesos de emancipación nacional. Pero el eurocentrismo parte de esa idea que Herder explicita también en el siglo XVIII cuando escribe un libro consagrado a la educación de toda la humanidad. Hoy, todo el desarrollo de la antropología contemporánea, apunta justamente a rescatar la noción de diversidad, y a promover algo que enseguida voy a remarcar que es el diálogo intercultural. Un cuarto momento de expansión globalizante es la Revolución Francesa, con sus tres conceptos clave de "igualdad, libertad y fraternidad". La globalización revolucionaria aspira a mostrar que el hombre tiene dignidad con independencia de su estatuto social o de clase.

Y la última, la globalización actual, es una tentativa de demostrar que es posible infundirle al mundo contemporáneo la unidad que nace del desarrollo de los mercados de la tecnología y de la ciencia y, sin dudas, sin estos elementos es imposible intentar esta nueva globalización. Pero el riesgo consiste en buscar la interdependencia mediante la negación de la diversidad de las culturas regionales cuya especificidad no debe ser barrida si queremos que, de veras, haya integración. Porque una cosa es la uniformidad conquistada a expensas de las diferencias y otra es la unidad ganada mediante el reconocimiento recíproco de las partes. Esto último es altamente improbable pero, una vez más, es imprescindible. Los imperios no se constituyen cediendo la palabra al dominado pero es necesario luchar para que esa palabra sea oída. La diversidad y la unidad son requeridas en un mundo donde la desaparición de la diferencia tiene un costo altísimo para la autocomprensión del hombre. Tenemos que empezar a advertir que si podemos parecernos es porque somos distintos, y no porque seamos iguales. Es la diferencia la que garantiza la posibilidad del reconocimiento recíproco y en nuestro tiempo se está luchando por hacerle a la diferencia un lugar, desde el campo de la salud hasta el campo del discernimiento matemático. Sin duda es así, pero esta lucha no tiene garantizado su futuro porque el hombre no tiene garantizada su vocación por la libertad. Es preciso, sin embargo, pelear por él.

¡Muchas gracias!

JORNADA CIENTÍFICO-SOCIAL

*Dentro del Marco de la Celebración del
190° Aniversario de la Academia Nacional de Medicina*

“PROGRESOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD”

Organizado por la
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
COMISIÓN DE DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS
Presidente: Acad. Fortunato Benaim

**Buenos Aires
21 de septiembre de 2012**

PROGRAMA

ACTO DE APERTURA

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO POR EL
SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA

PALABRAS DEL COORDINADOR DE LA
COMISIÓN ORGANIZADORA
ACADÉMICO FORTUNATO BENAİM

Módulo: CÁNCER.

**ACTUALIDAD Y PERSPECTIVAS EN SU
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.**

Coordinador: Acad. Roberto N. Pradier

Módulo: FIBRILACIÓN AURICULAR.

UN PROBLEMA MÉDICO-SANITARIO CRECIENTE.

Coordinador: Acad. Marcelo V. Elizari

Módulo: ENFERMEDAD TRAUMA

CONCEPTOS ACTUALES Y TENDENCIAS FUTURAS

Coordinador: Acad. Jorge A. Neira

Módulo: MEDICINA REGENERATIVA.

HOY Y MAÑANA

Coordinador: Acad. Fortunato Benaim

**POSIBLES APLICACIONES DE LA MEDICINA REGENERATIVA
EN LAS AFECCIONES DEL APARATO LOCOMOTOR.
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.
Informe Preliminar.**

PROF. DR. SALOMÓN SCHÄCHTER,
DRES. JULIO HONORIO PUEYRREDÓN, MARCOS HOLM
Y JORGE ROMANELLI

ACTO DE CLAUSURA

PALABRAS DEL ACADÉMICO ROMÁN L. ROSTAGNO
EN NOMBRE DE LA COMISIÓN ORGANIZADORA

PALABRAS DEL SR. VICEPRESIDENTE DE LA ACADEMIA
ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER

ACTO DE APERTURA



Módulo: CÁNCER.
ACTUALIDAD Y PERSPECTIVAS EN SU
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.
Coordinador: Acad. Roberto N. Pradier





Módulo: *FIBRILACIÓN AURICULAR.*
UN PROBLEMA MÉDICO-SANITARIO CRECIENTE.
Coordinador: Acad. Marcelo V. Elizari





Módulo: ENFERMEDAD TRAUMA.
CONCEPTOS ACTUALES Y TENDENCIAS FUTURAS.
Coordinador: Acad. Jorge A. Neira





**Módulo: *MEDICINA REGENERATIVA.*
*HOY Y MAÑANA***

Coordinador: Acad. Fortunato Benaim



MEDICINA REGENERATIVA

POSIBLES APLICACIONES DE LA MEDICINA REGENERATIVA EN LAS AFECCIONES DEL APARATO LOCOMOTOR. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA. Informe Preliminar.

PROF. DR. SALOMÓN SCHÄCHTER¹,
DRES. JULIO HONORIO PUEYREDÓN², MARCOS HOLM³
Y JORGE ROMANELLI⁴

RESUMEN

El deterioro funcional de un órgano o tejido es un problema médico grave y de alto costo, ya que la sustitución de estas estructuras involucra, entre otros, múltiples factores de orden científico, económico y ético.

La medicina busca en la actualidad convertir en realidad la regeneración de los tejidos mediante el desarrollo de terapias para restaurar, en el cuerpo humano, las células y los tejidos envejecidos o dañados

En esta comunicacion preliminar presentamos una serie de pacientes donde se utilizaron células mesenquimales, mononucleares, autólogas, obtenidas de la médula ósea de la cresta ilíaca del propio enfermo, para tratar distintas afecciones.

Desde noviembre de 2005 hasta mayo 2011, tratamos 23 pacientes, con un promedio de edad de 55,39 años. Once pseudoartrosis; 2 retardos de consolidación; 3 alargamientos óseos; 1 defecto osteo-tegumentario de tibia; 3 pacientes con necrosis óseas asépticas; 1 quiste óseo de cuello femoral; 4 artrosis incipientes de rodilla; 1 lesión del manguito rotador del hombro y 1 entesitis crónica aquiliana.

* Prof. Emérito de la UBA; Doctor Honoris Causa, Universidad Católica de Córdoba; Premio Konex 2003-Cirugía; ²Jefe Equipo de Trauma Ortopédico, Hospital de Clínicas José de San Martín; ³Interno, Guardia en Ortopedia y Traumatología, Hospital de Clínicas José de San Martín; ⁴Jefe Unidad, Div. Ortopedia y Traumatología, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina.
*E-mail: smschachter@gmail.com

El procedimiento se realizó en todos los casos en forma ambulatoria.

Todos los procedimientos se realizaron en quirófano bajo anestesia general breve y con rigurosa asepsia.

Utilizamos métodos reglados para cosechar células madre mesenquimáticas mononucleares de médula ósea del propio enfermo.

Igualmente de manera reglada se cosecha sangre periférica del paciente para obtener, una vez procesada, plasma enriquecido con plaquetas y lisado de plaquetas.

Logramos consolidación clínica y radiológica en 10 de los 11 casos de pseudoartrosis (90,90%), en los 2 casos de retardo de consolidación, en los 3 alargamientos óseos y en el defecto osteo-tegumentario de tibia.

En base al análisis de nuestra experiencia podemos concluir que la estimulación de la consolidación ósea mediante concentrado de células mesenquimales de médula ósea obtenidas por punción de cresta ilíaca, en los casos evaluados, resultó ser: un procedimiento seguro, confiable, de sencilla ejecución, mínimamente invasivo y con una alta tasa de éxito.

Palabras clave: *Medicina regenerativa, células mesenquimales, médula ósea, células madre autólogas, factores plaquetarios, reparación tejidos.*

SUMMARY

The functional impairment of an organ or tissue is a serious and high cost medical problem. The replacement of these structures involves multiple scientific, economical and ethical issues.

All medical physicians and researchers are working nowadays to make possible tissue regeneration by developing therapies to restore damaged, aged or dead cells and tissues of the human body.

At this preliminary report we present a series of patients, with various pathologies, in which we used autologous mononuclear mesenchymal cells, harvested from the bone marrow of the patient's iliac crest.

Since November 2005 until May 2011, 23 patients, with an average age of 55,39 years, were treated: 11 non unions; 2 delayed unions; 3 bone lengthening; 1 tibia severe lesion of soft tissue and loss of bone; 3 aseptic osteo necrosis; 1 femoral neck bone cyst, 4 mild knee osteoarthritis, 1 rotator cuff injury and 1 chronic Achilles enthesitis .

All were ambulatory patients. Performed in an operating room, with strict aseptic conditions, under short general anesthesia.

The autologous bone marrow with mesenchymal mononuclear stem cells was harvested under predetermined protocols.

Also, pre determined protocols were used to collect the patient's peripheral blood to be sent to the laboratory to obtain platelet rich plasma (PRP) and concentrated lysed platelets in plasma.

We achieved clinical and radiological osseous union in: 10 of 11 non unions (90, 90%), in 2 delayed unions, in 3 bone lengthening and also in the tibia's severe soft tissue and bone defect.

Based on this experience we can conclude that the stimulation of bone consolidation with a concentrated autologous mesenchymal stem cells, obtained from the patient's iliac crest, resulted to be a safe, reliable, minimally invasive procedure with a high rate of success.

Key words: *Bone marrow, autologous stem cells, regenerative medicine, platelet growth factors, tissue repair.*

INTRODUCCIÓN

El Titán griego Prometeo es el símbolo de la **Medicina Regenerativa**. Como castigo por darle el fuego a la humanidad, Zeus ordenó que Prometeo fuera encadenado a una roca y envió un águila para que le comiera el hígado.

Cada día el hígado de Prometeo se **regeneraba** permitiéndole sobrevivir y perpetuando el tormento.

La medicina busca en la actualidad convertir en realidad el legendario concepto de la **regeneración** mediante el desarrollo de terapias para restaurar, en el cuerpo humano, las células y los tejidos envejecidos o dañados.

El deterioro funcional de un órgano o tejido es un problema médico grave y de alto costo, ya que la sustitución de estas estructuras involucra, entre otros, múltiples factores de orden **científico, económico y ético**.

Para subsanar este problema, se han realizado diversas investigaciones en **Ingeniería Celular y Biocirugía** que han conducido a la utilización de células **autólogas**, vivas, para reconstruir y/o **regenerar** tejidos.

El progreso en la investigación de **células toti-potenciales humanas** es causa de mucho entusiasmo para la cirugía articular, para-articular y ósea.

Las **células madre** tienen potencial terapéutico en la cirugía y clínica ortopédicas, por su capacidad de autorreplicación y de diferenciación en varios tipos celulares maduros y tejidos, incluido el óseo.

En esta **comunicación preliminar** presentamos una serie de pacientes donde se utilizaron **células mesenquimales, mononucleares, autólogas**, obtenidas de la médula ósea de la cresta ilíaca del propio enfermo, para tratar distintas afecciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde noviembre de 2005 hasta mayo 2011, tratamos 23 pacientes; 10 del sexo femenino y 13 del sexo masculino, con un promedio de edad de 55,39 años (rango 24-86). Once pseudo-artrosis (8 femorales, 3 de tibia); 2 retardos de consolidación (1 fractura de cadera y 1 fractura periprotésica de cadera); 1 alargamiento femoral; 2 alargamientos tibiales (en 2 de las pseudoartrosis tibiales); 1 defecto ósteotegumentario de tibia; 3 pacientes con necrosis óseas asépticas (2 de cabeza humeral, 1 de platillo tibial); 1 quiste óseo de cuello femoral; 4 artrosis incipientes de rodilla; 1 lesión del manguito rotador del hombro y 1 entesitis crónica aquiliana.

En los pacientes con pseudoartrosis y/o retardo de consolidación, en una primera etapa se realizó el acceso quirúrgico, la decorticación parostal, la estabilización e injerto óseo del foco y luego de 2-3 semanas se efectuó el procedimiento de estimulación del foco con concentrado de células mesenquimáticas mononucleares pluripotenciales, obtenidas de la médula ósea, del propio enfermo.

El procedimiento se realizó en todos los casos en forma ambulatoria.

Todos los procedimientos se realizaron en quirófano bajo anestesia general breve y con rigurosa asepsia.

Utilizamos métodos reglados para cosechar células madre mesenquimáticas mononucleares de médula ósea del propio enfermo.

Igualmente de manera reglada se cosecha sangre periférica del paciente para obtener, una vez procesada, plasma enriquecido con plaquetas y lisado de plaquetas.

Aspiración medular

Todos los pacientes dieron su consentimiento por escrito para este procedimiento.

En quirófano y bajo condiciones de rigurosa asepsia, previo a la administración de cualquier anestésico, se toma sangre periférica, con sistema de aspiración al vacío (Vacutainer™), en tubos con anti-coagulante y con capacidad de 8/10 ml; 10 tubos (80/100 ml).

Los mismos son colocados en bolsas estériles y se guardan en un contenedor refrigerado de 4°C a 8°C.

Una vez anestesiado el paciente se lo ubica en decúbito prono con apoyo torácico y en crestas ilíacas (*Fig.1*) y se procede de la siguiente manera:

Figura 1



Posición y campos

Se palpa la **Cresta Ilíaca Posterior**. Cinco centímetros a proximal se efectúa una incisión de 3mm de longitud, con bisturí N°11.

A través de la misma se introduce una Trefina 11G por 100 mm de largo, con una inclinación céfalo caudal de 40°, hasta palpar el borde superior de la cresta ilíaca.

Si el cirujano tiene dudas sobre la posición de la Trefina puede realizar un control radioscópico (Intensificador de Imágenes).

Logrado esto se realiza penetración controlada, al tacto, de la Trefina, desde el borde superior de la cresta, entre la cortical interna y externa y profundizando 1-2cm como máximo.

Mediante jeringas de 60ml, (con sistema rosca Luer Lock) con anticoagulante, se aspiran de 4 a 10 ml de médula ósea, modificando la posición de la Trefina, a través del mismo sitio de punción de la cresta ilíaca y a través de 2 o 3 punciones óseas diferentes, con una distancia de 2 cm una de otra y a través de la misma punción cutánea, hasta obtener un volumen de 40 ml por jeringa (cantidad acorde al volumen de células mesenquimales mononucleares pluripotenciales requerido).

Se retira una pequeña muestra del material cosechado para realizar cultivos bacteriológicos.

Las jeringas se embolsan estériles y se las coloca en un contenedor refrigerado de 4° a 8°C.

El material así cosechado se envía al Laboratorio para su procesamiento. (*Fig.2*).

Figura 2



Extracción MO

Todos los elementos requeridos para la cosecha de médula ósea (MO) y sangre periférica, salvo el trocar de punción ósea, son provistos por el Laboratorio que realiza el procesamiento de nuestro material.

El material cosechado enviado al Laboratorio nos es devuelto, después de su procesamiento, para su reinyección, en 3 jeringas, conteniendo:

1. Concentrado de células madre (células mesenquimales, mononucleadas pluripotenciales).
2. Concentrado plaquetario en plasma.
3. Lisado plaquetario en plasma.

Una vez recibido el material procesado, se retira una muestra para cultivo bacteriológico.

Se reinyecta luego, el volumen recibido, con un Trocar 11G y con aguja gruesa, 14G, dividido proporcionalmente, en el sitio de la patología en tratamiento.

El volumen promedio de células nucleadas, con una viabilidad del 92 al 100% figura en la *Tabla 2*.

La reinyección esquelética se efectúa bajo control radioscópico (Intensificador de Imágenes).

La reinyección en partes blandas se realiza con guía de ultrasonidos (ecógrafo). *Fig. 3*.

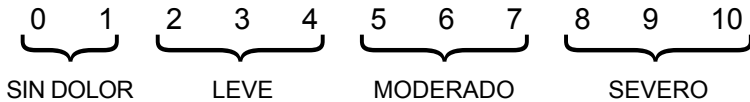
Figura 3



La inyección se realiza bajo control ecográfico y/o intensificador de imágenes

Para evaluar la regeneración esquelética o la regeneración de partes blandas nos basamos en parámetros clínicos, radiológicos e imágenes de Resonancia Magnética.

En todas las patologías tratadas se consideró la mejoría de dolor en base a una escala verbal analógica de 0 a 10 (siendo 0 = nada de dolor y 10 el peor dolor imaginable):



La función se evaluó en base a 4 posibles situaciones:

- Franca Mejoría (FM).
- Retorno a actividades previas (RAP).
- Sin modificación (SM).
- Empeoramiento (E).

Esta evaluación numérica es luego volcada en una **Tabla de Conversión** (Tabla 1) donde valores entre 9 y 12 puntos se consideran como un **buen resultado**, entre 5 y 8 puntos, como **regular** y entre 2 y 4, como **malo**.

El dolor postoperatorio, raramente presente, se manejó con opioides sintéticos, (Tramadol Gotas) durante 24 a 72hs.

TABLA 1
Valores de conversión dolor/función DF

Paciente	9/M	9/M	16 F	18 F	19 M	20 F	21 M	22 M	23 F
Dolor END	0/10	0/10	2/10	8/10	7/10	2/10	1/10	0/10	0/10
Función	FM	FM	RAP	SM	SM	RAP	RAP	FM	FM
Valor conversión DF	12 BR	12 BR	8 Reg	3 Malo	4 Malo	8 Reg	10 BR	12 BR	12 BR

Conversión de escala verbal y función DF (9-12; Bueno; 5-8: Regular; 2-4; Malo). Franca Mejoría: FM; Retorno a actividades previas: RAP; Sin modificación: SM; Empeoramiento: E 9M NOA: Bilateral hombro; 12F, 16F, 17M, 18M: Gonartrosis incipientes; 14F: Lesión manguito rotador; 15M: Entesitis aquiliana; 19F NOA: Rodilla.

RESULTADOS

En la *Tabla 2* se puede ver la celularidad lograda después del procesamiento de la médula ósea cosechada.

La viabilidad de las células en el concentrado de médula ósea fue de 97,09% (rango 92-100).

TABLA 2

Tabla 2 Pacientes Número/ Sexo / Edad	Diag.	Vol. Extraído ml	Células Nucleadas Totales x 10⁸	Volumen Inyectado ml	Fecha inyección	FECHA
1/M 63 KA	Ps Tibia con defecto óseo	500	33.50	50	15-11-05	18-2-06
2/M 66 SL	Ps Tibia	500	29.20	53	25-11-05	18-2-06
3/M 67 LF	Ps Fémur	300	28.03	41	2-3-06	16-5-06
4/M 60 CJ	Ps Fémur	360	52.00	50	22-6-06	29-8-06
5/M 24 AA	Quiste cuello fémur	200	90.03	15	16-11-06	30-1-07
6/F 58 BL	Ps Fémur	300	29.09	45	7-8-07	
7/F 59 MC	Ps Fémur	300	36.13	45	11-10-07	12-12-07
8/F 24	Elongac fémur	320	94.00	47	30-10-07	19-12-07
9/M 26 CD	NOA Humero	300	25.50	50	3-4-08	
10/M 28 BF	Ps fémur	300	20.37	50	1-7-08	17-9-08
11/M 64 RA	Ps fémur	300	28.7	50	13-10-09	30-11-09
12/F 81 SC	Ps fémur	300	25.20	50	15-12-09	22-2-10
13/F 29 SM	Ps fémur	300	83.20	50	12-7-10	15-9-10
14/M 32 MJ	Retardo consol fx cadera	300	53.30	50	28-7-10	15-09-10
15/F 86 SM	Retardo consol Fx periprot cadera	300	24.15	50	3-08-10	6-10-10
16/F 70 LGE	Gonartrosis	300	40.00	50	30-9-10	
Promedio		323.75	43.27	46.62		
17/M 30 GM	Defecto osteotelementario tibia	330	22.50	32	11-1-11	13-4-11
18/F 60 QT	Desgarro del manquito rot	80	18.00	7.8	15-3-11	
19/M 64 PC	Entesitis Aquiliana	80	21.00	7.5	17-3-11	
20/F 75 AD	Gonartrosis	95	9.00	17	23-3-11	
21/M 69 TF	Gonartrosis	94	16.50	30.5	13-4-11	
22/M 70 AL	Gonartrosis	80	18.50	31.5	17-5-11	
23/F 69 DG	NOA tibia	70	16.50	28.5	17-5-11	
Promedio		118.4	17.42	22.1		

Celularidad lograda después del procedimiento de la médula ósea cosechada (Ps: pseudo artrosis; Fx: fractura; NOA: necrosis ósea avascular).

En el caso de las pseudoartrosis, retardos de consolidación, alargamientos o quiste óseo de cuello femoral, el procedimiento de estimulación biológica con concentrado de células mononucleares de médula ósea se realizó a los 17,85 días promedio (Rango 15-23).

Entendemos que el material de regeneración tisular debe ser inyectado en un espacio relativamente cerrado para que lo contenga.

Esto no podría lograrse en una cirugía a cielo abierto. Debemos esperar a que el proceso inflamatorio cree un espacio semisellado alrededor del foco a tratar.

Se obtuvo consolidación clínica y radiológica en 10 de los 11 casos de pseudoartrosis, en los 2 casos de retardo de consolidación, en los 3 alargamientos óseos y en el defecto ósteo-tegumentario de tibia (*Tabla 2*).

El tiempo promedio de consolidación fue 9,6 semanas (Rango 7-13,28). En 1 caso de pseudoartrosis femoral no se obtuvo consolidación. La ponderación del dolor y la función se expone en la *Tabla 3*.

TABLA 3

Parámetros	6	4	2	1
Dolor	Sin Dolor	Leve	Moderado	Severo
Función	Franca mejoría (FM)	Retorno actividades previas (RAP)	Sin modificación (SM)	Empeoramiento (E)

Conversión de escala verbal y función DF (9-12: bueno; 5-8: regular; 2-4: malo)

No se obtuvo desarrollo bacteriano en ninguno de los cultivos de la sangre periférica extraída ni del concentrado plaquetario o de lisado plaquetario.

No se obtuvo desarrollo bacteriano en ninguno de los cultivos del material concentrado de médula ósea, aspirado o inyectado.

No se presentaron infecciones en el sitio de obtención de la médula ósea, ni en la zona de inyección.

DISCUSIÓN

Las células madre hematopoiéticas son pluripotenciales y son capaces de diferenciarse hacia cualquiera de las células de la sangre que circula en nuestro sistema o que integra nuestro sistema inmunológico.^{2, 3, 7, 8, 17, 25}.

Estas células pluripotenciales pueden diferenciarse en osteoblas-

tos, condorcitos, mioblastos, etc.^{2, 3, 7, 8, 27}.

Células madre, *stem cells* y células progenitoras deben ser consideradas sinónimos. Un nombre más apropiado sería **“células progenitoras o regeneradoras tisulares”**.

El potencial osteogénico del hueso esponjoso ha sido reconocido y utilizado en Ortopedia y Traumatología, desde cerca de cien años, en forma de injertos autólogos de hueso esponjoso, de cresta ilíaca, contenedores de médula ósea.^{4, 5, 13, 14}.

Existen dos métodos para cosechar médula ósea: perfusión y aspiración. Nosotros utilizamos el método aspirativo²³.

Insistimos en la conveniencia de efectuar las aspiraciones en varios sitios distantes alrededor de 2 cm uno del otro y en la conveniencia de no sobrepasar los 8/10 ml por punción, a los efectos de evitar la dilución de la médula ósea cosechada con sangre periférica.

La contaminación con sangre periférica es, sin embargo, mucho mayor con el método aspirativo que con la perfusión.

La prevalencia de células progenitoras dentro de la médula ósea disminuye significativamente a medida que aumenta la edad, sobre todo en mujeres²³.

El tabaquismo, el alcohol, la diabetes y ciertas drogas, los AINE y los corticoides, por ejemplo, están asociados con cambios significativos en la concentración de células progenitoras en la médula ósea y retardan el proceso regenerativo.

La ingesta de AINES o corticoesteroides puede bloquear la producción de prostaglandinas requeridas para obtener una respuesta anabólica.

Una situación similar se da en pacientes que han sido sometidos a una quimioterapia.

Los pacientes con estas patologías tienen una marcada involución adiposa con una considerable disminución de células progenitoras en la médula ósea de las crestas ilíacas²¹.

Es nuestro deseo señalar que las plaquetas contienen una alta cantidad de factores de crecimiento claves, como PDGF-AB (platelet-derived growth factor AB), TGFb-1 (transforming growth factor b-1), IGF (insulin-like growth factor), VEGF (vascular endothelial growth factor) y FGF-2 (fibroblast growth factor-2).

Todos estos factores estimulan la proliferación de células mesenquimales, la remodelación de la matriz extracelular (incluido el colágeno) y la angiogénesis.

Los factores plaquetarios colaboran también, en la estabilización de los tejidos en la fase inicial de reparación tisular, estimulando la

neovascularización necesaria para que las células mesenquimales y nutrientes alcancen la zona afectada.^{7, 8, 10, 30}

Mediante técnicas de laboratorio se logra plasma enriquecido con plaquetas que potencia la capacidad regenerativa de las células progenitoras y le adiciona proteínas morfogenéticas de crecimiento, produciendo el crecimiento explosivo de las mismas^{7, 8, 10, 30}.

Podemos lograr también, a partir de la sangre periférica del propio enfermo, un lisado de plaquetas en plasma.

Esto también ha demostrado liberar los factores de crecimiento necesarios en el proceso de regeneración^{7, 8, 10, 30}.

Las células autólogas mesenquimáticas mononucleares pluripotenciales pueden, mediante técnicas de laboratorio, ser concentradas e incluso expandidas por cultivos, para ser luego reinyectadas con el fin de lograr una regeneración tisular^{7, 8, 23}.

Las **células madre** pueden ser expandidas por cultivo^{7, 8, 31} hasta 20 a 40 veces y pueden ser conservadas, a -120°C, indefinidamente, para su posterior utilización.

El procedimiento de reinyección se puede repetir 2 a 4 veces con un intervalo de 4 a 6 semanas^{7, 8}.

Estas células madre hematopoiéticas también segregan citoquinas que son angiogénicas y que resultan en una marcada angiogénesis y subsecuente aumento de la osteogénesis^{7, 8}.

La médula ósea y la sangre periférica procesadas en el laboratorio, son retornadas para su reinyección en la zona afectada.

La reinyección es efectuada bajo control radioscópico (Intensificador de Imágenes) o bajo control de ultrasonido (Ecografía)^{7, 8}.

El paciente puede reiniciar sus actividades habituales al cabo de pocas horas.

Para evaluar el progreso de la consolidación utilizamos criterios clínicos, radiológicos y resonancia magnética^{26, 29}.

Logramos consolidación clínica y radiológica en 10 de los 11 casos de pseudoartrosis (90, 90%), (*Fig. 4*), en los 2 casos de retardo de consolidación, en los 3 alargamientos óseos y en el defecto osteotegumentario de tibia.

Figura 4



A: Paciente de 63 años con pseudo-artrosis tibial secundaria a herida por arma de fuego con lesión vascular,
 B: Consolidación a los 3 meses del tratamiento.

El tiempo promedio de consolidación fue 9,6 semanas (rango 7-13,28).

En 1 caso de pseudoartrosis femoral no se obtuvo consolidación.

El caso donde fracasó el procedimiento era de una paciente de 58 años, con osteoporosis y fumadora (40 cigarrillos diarios).

Está demostrado que la adicción al tabaco tiene efectos adversos en la consolidación primaria de una fractura y en la resolución efectiva de una pseudoartrosis (fracaso de 40%)^{1, 6, 15, 16, 28}.

La osteoporosis, asimismo, retarda significativamente la consolidación de las fracturas diafisarias²⁴.

Existe una correlación positiva entre la capacidad osteogénica de la médula ósea y la concentración de células madre. Sin embargo, no existe aún, ningún estudio indicativo del número de células madre que se requiere para la consolidación de una pseudoartrosis, por ejemplo, o cualquier otra patología a ser tratada^{18, 19, 23}.

El resultado fue bueno, 12/12, en la necrosis aséptica de hombro^{11, 19, 20, 21, 22}.

En las lesiones de partes blandas (ruptura del manguito rotador del hombro, por ejemplo) es necesario inyectar en la solución de continuidad un sellador de fibrina o de colágeno.

Esto último servirá de andamiaje para la regeneración de los tejidos que se desea reparar.

En los pacientes con: artrosis de rodilla, necrosis aséptica de platillo tibial, lesiones del manguito rotador del hombro y entesopatías, los tratamientos efectuados con concentrados de médula ósea y de sangre periférica son de reciente data y por tal razón estimamos que es prematuro aún sacar conclusiones.

En las publicaciones internacionales se acepta que, la estimulación

con células mesenquimales de médula ósea es una técnica biológica promisoría en el tratamiento de las patologías por nosotros escogidas^{9, 12}.

En base al análisis de nuestra experiencia podemos concluir que la estimulación de la consolidación ósea mediante concentrado de células mesenquimales de médula ósea obtenidas por punción de cresta ilíaca, en los casos evaluados, resultó ser:

- Un procedimiento seguro.
- Confiable.
- De sencilla ejecución.
- Mínimamente invasivo y con,
- Una alta tasa de éxito (90, 90%).

Creemos que su utilización simplifica el tratamiento de estos casos complejos.

Hemos elaborado una lista de patologías del aparato músculo esquelético que, a nuestro juicio, son pasibles de ser tratadas con células madre.

LESIONES OSTEOCONDRALES DEL SISTEMA OSTEO-ARTICULAR:

Artrosis incipiente sin alteración de los ejes o con leve alteración de los mismos (cadera, rodilla, hombro, tobillo).

Alargamientos óseos.

Pérdidas de sustancia ósea.

Seudo tumores o tumores óseos, benignos, quísticos.

(Quiste óseo simple, quiste óseo aneurismático).

Retardos de consolidación.

Pseudo-artrosis.

En todos los casos arriba mencionados la administración de células progenitoras debe ser utilizada como tratamiento coadyuvante a los procedimientos quirúrgicos u ortopédicos ortodoxos:

Reducción y osteosíntesis estable.

Auto o alo injertos, que servirían de andamiaje (*scaffold*) para la regeneración tisular ósea, cartilaginosa o cicatricial.

Limpiezas quirúrgicas (úlceras, pseudo-artrosis infectadas, etc.).

Podría ser utilizado como único tratamiento en las lesiones traumáticas o degenerativas de las partes blandas del aparato locomotor.

Al elaborar el protocolo de evaluación de los resultados, el dolor debe ser uno de los parámetros a ser evaluado.

Este procedimiento podría también estar indicado en:

Osteonecrosis articulares, en los estadios tempranos de la enfermedad (Grado 1 y Grado 2), es decir antes de la aparición del colapso articular.

Artrodesis (cadera, rodilla, tobillo, raquis).

Condrolisis y lesiones osteocondrales (rodilla, tobillo).

Protrusiones discales, con integridad del ligamento vertebral posterior (raquis cervical, raquis lumbosacro). Inyección intradiscal percutánea.

Si existen dudas acerca de la integridad del ligamento vertebral común posterior, se puede efectuar una discografía para asegurarse que el contraste no filtra más allá del compartimento interdiscal.

Inyecciones peridurales en lumbagos y ciáticas espondilo-artrósicas.

El trocar o la aguja para la reinyección pueden ser guiados de manera precisa por la imagen radioscópica (intensificador de imágenes).

LESIONES DE PARTES BLANDAS DEL APARATO LOCOMOTOR DONDE PUEDE INTENTARSE LA INGENIERÍA REGENERATIVA:

Suturas directas, reconstrucciones y transferencias tendinosas.

Desgarros musculares amplios en deportistas.

Entesitis.

Lesiones del manguito rotador del hombro.

Epicondilitis. Epitrocleeítis.

Úlceras crónicas tróficas.

Las soluciones de continuidad de las partes blandas deben ser selladas con fibrina o colágeno que servirá de andamiaje para la recepción de las células progenitoras, que se inyectarán lentamente a continuación.

El **ultrasonido**, es decir la ecografía, es la manera ideal para visualizar estructuras blandas, articulares o para articulares, que pueden estar afectadas.

La **aguja para la reinyección** puede ser guiada de manera precisa por la imagen que da la ecografía.

El **cabezal del ecógrafo** debe tener una cobertura estéril y el gel conductor debe ser estéril.

El **uso clínico de estas células progenitoras** puede tener, para los mal informados, objeciones éticas, morales o religiosas.

Estas argumentaciones podrían, eventualmente, ser válidas si se usaran células embrionarias o células del cordón umbilical, homólogas.

Estos reparos no existen cuando se usan células autólogas.

Ésta es la base de nuestra propuesta y nuestra reciente experiencia.

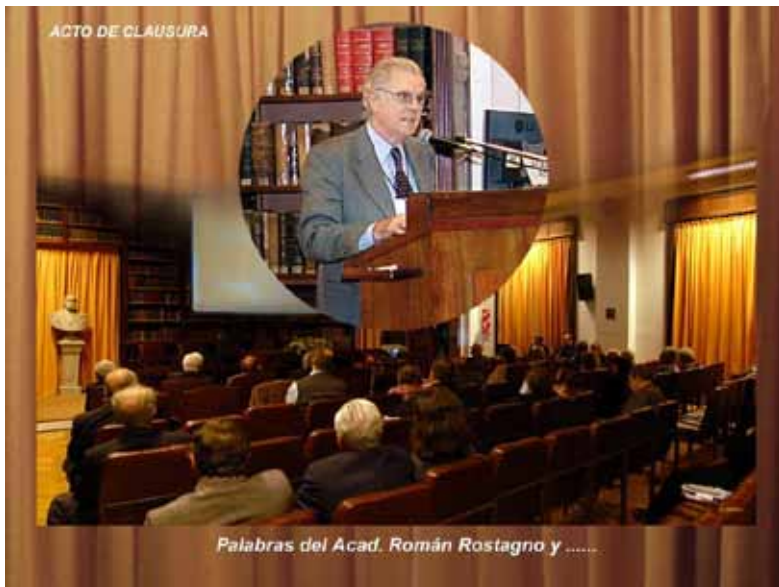
BIBLIOGRAFÍA

1. Adams CI, Keating JF, Court-Brown CM. Cigarette smoking and open tibial fractures. *Injury* 2001; 32(1):61-5.
2. Ashton BA, Allen TD, Howlett CR et al. Formation of bone and cartilage by marrow stromal cells in diffusion chambers in vivo. *Clin Orthop* 1980; 151:294-307.
3. Bianco P, Riminucci M, Gronthos S, Gehron Robey P. Bone Marrow Stromal Stem Cells: Nature, Biology, and Potential Applications. *Stem Cells* 2001; 19(3):180-192.
4. Brunwell RG. The function of bone marrow in the incorporation of bone graft. *Clin Orthop* 1985; 200:125-41.
5. Burwell RG. Studies in the transplantation of bone. VII. The fresh composite homograft-autograft of cancellous bone; an analysis of factors leading to osteogenesis in marrow transplants and in marrow-containing bone grafts. *J Bone Joint Surg (Br)* 1964; 46:110-40.
6. Castillo RC, Bosse MJ, MacKenzie EJ, Patterson BM. Impact of smoking on fracture healing and risk of complications in limb-threatening open tibia fractures. *J Orthop Trauma* 2005; 19(3):151-7.
7. Centeno CJ, Busse D, Kisiday J, Keohan C, Freeman M, Karli D. Regeneration of meniscus cartilage in a knee treated with percutaneously implanted autologous mesenchymal stem cells. *Med Hypotheses* 2008; 71(6):900-8.
8. Centeno CJ, Busse D, Kisiday J, Keohan C, Freeman M, Karli D. Increased knee cartilage volume in degenerative joint disease using percutaneously implanted, autologous mesenchymal stem cells. *Pain Physician* 2008; 11(3):343-53.
9. Cheung EV, Silverio L, Sperling JW. Strategies in biologic augmentation of rotator cuff repair: a review. *Clin Orthop Relat Res* 2010; 468(6):1476-84.
10. Dohan Ehrenfest DM, Rasmusson L y Albrektsson T. Classification of platelet concentrates: from pure platelet-rich plasma (P-PRP) to leucocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF) *Trends in Biotechnology* 2009; 27(3):158-167.
11. Gangji V, Hauzeur JP, Matos C et al. Treatment of osteonecrosis of the femoral head with implantation of autologous bone-marrow cells: A pilot study. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86-A(6):1153-60.
12. Gulotta LV, Kovacevic D, Ehteshami JR, Dagher E, Packer JD, Rodeo SA. Application of bone marrow-derived mesenchymal stem cells in a rotator cuff repair model. *Am J Sports Med.* 2009; 37(11):2126-33.

13. Goujon E. Recherches expérimentales sur les propriétés physiologiques de la moelle des os. *J Anat Physiol.* 1869;6:399-412.
14. Gronthos S, Graves SE, Ohta S et al. The STRO-1⁺ fraction of adult human bone marrow contain the osteogenic precursors. *Blood* 1994; 84:4164-4173.
15. Hashmi MA, Ali A, Rigby A, Saleh M. Clinical effects of smoking in a non-union population *J Bone Joint Surg* 2003; 85-B, Issue SUPP. II, 123.
16. Harvey EJ, Agel J, Selznick HS, Chapman JR, Henley MB. Deleterious effect of smoking on healing of open tibia-shaft fractures. *Am J Orthop* 2002; 31(9):518-21.
17. Haynesworth SE, Baber MA, Caplan AI. Cell surface antigens on human marrow-derived mesenchymal cells are detected by monoclonal antibodies. *Bone* 1992; 13(1):69-80.
18. Healey JH, Zimmerman PA, McDonnell JM, Lane JM. Percutaneous bone marrow grafting of delayed union in cancer patients. *Clin Orthop Relat Res* 1990; 256:280-5.
19. Hernigou P, Bernaudin F, Reinert P, Kuentz M, Vernant JP. Bone marrow transplantation in sickle cell disease: Effect on osteonecrosis. *J Bone Joint Surg Am* 1997; 79(11):1726-30.
20. Hernigou P, Bernaudin F. Autologous bone marrow grafting of avascular necrosis before collapse. *J Bone Joint Surg (Br)* 1997;79-B (Suppl II):148.
21. Hernigou P, Beaujean F, Lambotte JC. Decrease in mesenchymal stem cell pool in the proximal femur in corticosteroid-induced osteonecrosis. *J Bone Joint Surg (Br)* 1999; 81-B:349-55.
22. Hernigou P, Bernaudin F. Treatment of osteonecrosis with autologous bone marrow grafting. *Clin Orthop* 2002; 405:14-23.
23. Hernigou P, Poingnard A, Beaujean F, Rouard H. Percutaneous autologous bone marrow grafting for nonunions: Influence of the number and concentration of progenitor cells. *J Bone Joint Surg (Am)* 2005; 87(7):1430-8.
24. Nikolau VS, Efsthathopoulos N, Kontakis G, Kanakaris NK, Giannoudis PV. The influence of osteoporosis in femoral fracture healing time. *Injury* 2009; 40(6):663-68.
25. Owen M. Marrow stromal stem cells. *J Cell Sci Suppl* 1988; 10:63-76.
26. Richardson JB, Cunningham JL, Goodship AE et al. Measuring stiffness can define healing of tibial fractures. *J. Bone Joint Surg Br* 1994; 76(3):389-394.
27. Satomura K, Krebsbach P, Bianco P, et al. Osteogenic imprinting upstream of marrow stromal cell differentiation. *J Cell Biochem* 2000; 78(3):391-403.

28. Schmitz MA, Finnegan M, Natarajan R, Champine J. Effect of smoking on tibial shaft fracture healing. *Clin Orthop Relat Res* 1999; Aug(365):184-200.
29. Tiedman J, Lippiello L, Connolly JF, Strates BS. Quantitative roentgenographic densitometry for assessing fracture healing. *Clin Orthop* 1990; 253: 279-286.
30. Whitman DH et al. Platelet gel: An autologous alternative to fibrin glue with applications in oral and maxillofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55:1294-1299.
31. Yang SE, Ha CW, Jung MH, Jin HJ, Lee MK, Song HS, Choi SJ, Oh W, Yang YS. Mesenchymal stem/progenitor cells developed in cultures from UC blood. *Cytotherapy* 2004; 6(5):476-486.

ACTO DE CLAUSURA



**RESTITUCIÓN DE UN NUEVO BUSTO DEL
EXPRESIDENTE,
ACAD. OSVALDO FUSTINONI**

*OBRA DE LA ESCULTORA
ALICIA RESIO DE BATALLA*

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA

PRESENTACIÓN DEL LIBRO

LA ALIENACIÓN EN LA ÓPERA
Autor: DR. JUAN CARLOS FUSTINONI

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA
COMISIÓN ORGANIZADORA,
ACAD. FORTUNATO BENAİM

PALABRAS DE:

MARÍA E. VÁZQUEZ
HORACIO SANGUINETTI
CARLOS MARÍA ROMERO SOSA
ADALBERTO TORTORELLA
MARCOS AGUINIS

PALABRAS DE AGRADECIMIENTO DEL
DR. JUAN CARLOS FUSTINONI

Buenos Aires
16 de octubre de 2012

**RESTITUCIÓN DE UN NUEVO BUSTO DEL
EXPRESIDENTE,
ACAD. OSVALDO FUSTINONI***

**PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA****

Estamos reunidos hoy como expresión de desagravio y condena a la barbarie por hurto del busto del Acad. Dr. Osvaldo Fustinoni.

El profesor Osvaldo Fustinoni fue electo Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina el 31 de agosto de 1978, llegando a ejercer la Presidencia de esta Corporación entre los años 1994 y 1996.

Durante la Presidencia del Dr. Osvaldo Fustinoni el Plenario Académico aprobó por unanimidad nominar los 35 sitaliales con los nombres de los ilustres miembros del pasado médico del país, que ocuparon un sillón en su época con carácter fijo y permanente. Entre otros conceptos el Presidente manifestaba que:

“El 24 de noviembre de 1994, el Plenario de la Academia Nacional de Medicina resolvió por unanimidad, nominar los 35 sitaliales que constituyen ya su cuerpo. Con ello la Academia rinde su homenaje a las ilustres figuras del pasado, que a su vez ocuparon un sillón en su época. Recorrer su nombre significa instalarse en la Historia de las Ciencias Médicas de nuestro país. Nuestro país se enorgullece de estos nombres, que se enraízan con el nacimiento de nuestra Nación.

Se trata de un homenaje póstumo y se cumple con un acto de gratitud. Surgen así de las sombras del pasado aquellos hombres que en su momento

* Acto realizado el día 16 de octubre de 2012.

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

adquirieron renombre por sus condiciones morales e intelectuales, que les sirvieron para cumplir con su elevada misión”.

El Académico Osvaldo Fustinoni falleció el 25 de mayo de 2000. En octubre de 2000, Qualitas ofreció a la Academia Nacional de Medicina la confección y entrega de un busto del doctor Fustinoni a la Institución como prueba del reconocimiento por haber gozado Qualitas, durante catorce años, del asesoramiento y colaboración desinteresada y generosa del doctor Fustinoni.

La confección del busto fue entregada a la escultora Eliana Molinelli por sugerencia de los hijos del doctor Fustinoni, Osvaldo y Juan Carlos, y a partir del mes de abril de 2002 estuvo ubicado en este pasillo de los bustos.

El 31 de enero de 2012 el busto fue robado de la Academia. La barbarie también había llegado a nuestra Casa. Se decidió reemplazar el busto pero, dado que la escultora Eliana Molinelli había fallecido, no fue posible hacer una copia del anterior. Se optó entonces por solicitarle a la escultora Alicia Resio, que realizara una copia del busto del doctor Fustinoni existente en la Facultad de Medicina. Y ésta es su obra (*Figuras 1, 2 y 3*).



Fig. 1

Restitución del Busto



Figura 2

Dr. Juan Carlos Fustinoni e hijos:
Guadalupe Marilina, Juan Cruz y Juan Carlos Fustinoni



Figura 3

Galería de Bustos

Quisiera en este momento traer a nuestra memoria las palabras del Presidente Académico Dr. Osvaldo Fustinoni referente a los bustos de las personalidades médicas que aquí nos rodean:

“Cuando voy desde mi despacho de la Presidencia de la Academia hasta la Biblioteca a través del amplio corredor, y observo los bustos y las cabezas de las personalidades que están inmarcesibles en el bronce, me pasa algo muy particular. Siento una inquietud singular; me parece que algunos de ellos a veces se corporizan, toman actitudes como si estuvieran allí, y me parece por los efluvios de mi alma que necesito conversar con ellos y, a veces, me detengo”.

“Y así, cobrando vida estos hombres, retemplo mi espíritu caminando por el corredor de los bustos. Los miro, me asombro, los admiro y pienso: ¡cuánta gloria, cuánta sapiencia, cuántas cosas han pasado en esta Academia, cuánto han dejado, cuánto han iluminado con sus talentos, con sus trabajos, con sus aportes científicos, cuánto han hecho, y cuánto han luchado!”.

Muchas gracias.

**CICLO CIENTÍFICO CULTURAL
PRESENTACIÓN DEL LIBRO**

LA ALIENACIÓN EN LA ÓPERA
Autor: DR. JUAN CARLOS FUSTINONI

**PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA
COMISIÓN ORGANIZADORA,
ACAD. FORTUNATO BENAIM***

Distinguida Audiencia:

En nombre de la Academia Nacional de Medicina y de la Comisión Organizadora es muy grato darles la bienvenida a este Ciclo, que como muchos de ustedes saben -pues nos han acompañado en otros actos- hemos denominado Científico Cultural.

Ésta es otra versión del Ciclo realizado este año; se inauguró con el Concierto de la Orquesta Sinfónica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Luego, tuvimos la Conferencia Central con el Lic. Santiago Kovadloff festejando los 190 años de la creación de la Academia y el tercer Acto fue la Jornada Científico Social: *Progresos en el Cuidado de la Salud*. Por consiguiente hoy, en el cuarto Acto, tendremos el placer de acompañar al Dr. Juan Carlos Fustinoni en la presentación de su libro: *La Alienación en la Ópera*, demostrando una vez más la unión que existe entre la Medicina y otras manifestaciones de la Cultura y el Arte.

Recién hemos asistido a la inauguración del busto de su padre, el honorable Académico Osvaldo Fustinoni, y ahora escucharemos a todos los distinguidos panelistas que ocupan el estrado y que se referirán a la obra que presenta el Dr. Juan Carlos Fustinoni esta noche.

Muchas gracias y cedemos la palabra a la escritora María E. Vázquez.

* Académico Titular; Presidente, Comisión para Difusión de Actividades Académicas, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

PALABRAS DE LA ESCRITORA MARÍA ESTHER VÁZQUEZ*

Es para mí una alegría muy grande estar en esta sala estupenda, en esta Biblioteca maravillosa, sobre todo presentando a alguien a quien conocí hace más de treinta años en circunstancias en que él tenía apenas veinte años -yo tengo muchos más, por supuesto- pero nos reunió una situación realmente rarísima. Un periodista, que se llama Marcelo Mendieta, nos convocó a un montón de gente: Borges, Mujica Lainez, Silvina Bullrich, Gudiño Kieffer, Soldi y también invitó al Dr. Osvaldo Fustinoni para que yo le hiciera una especie de reportaje público (yo he sido periodista durante más de cuarenta años en el diario La Nación).

El reportaje salió muy bien; todo salió muy bien; había un gran clima. El Dr. Osvaldo Fustinoni fue con su hijo Juan Carlos; creo que es su hijo menor, que lo acompañaba para no dejarlo solo.

Un día le dije al Dr. Osvaldo Fustinoni: "Qué inteligente me parece su hijo", además yo creí que era mucho más joven; yo no veo nada sin anteojos, nunca los llevo puestos, así que Juan Carlos me pareció que tenía diecisiete, dieciocho años cuanto mucho. Mi marido, Horacio Armani, decía que debía ser un poquito mayor. Como todo el mundo sabe las mujeres nunca les creemos a los maridos, pero más allá de todo eso, le dije al Dr. Fustinoni, padre: "Que chico inteligente que es Juan Carlos y además tiene algo, como una nobleza de corazón". Entonces él me dijo: "¡Ojalá la vida le dé oportunidades de demostrarlo! Usted tiene razón María Esther, es inteligente y tiene un gran corazón".

Fue pasando el tiempo y Juan Carlos me fue enviando fragmentos de su obra; la obra que presentamos hoy: *La Alienación en la Ópera*.

Leí con verdadero deleite esos escritos que me mandaba Juan Carlos porque la literatura me gusta con locura. Empecé a estudiar italiano aprendiendo de memoria los libretos de óperas, así que ustedes se imaginarán los papelones que habré hecho en la vida en Italia hablando con un lenguaje del siglo XIX, por ejemplo.

La obra de Juan Carlos es una especie de laberinto donde nos lleva de la mano por las óperas más comunes que uno ha escuchado: Traviata, I puritani, Macbeth, Hamlet, Tristán e Isolda, y otras que uno

* Escritora argentina, Premio Konex (1987 y 2004); Premio Fondo Nacional de las Artes; Premio Comillas, Editorial Tusquets, España (1995); Premio Feria Internacional del Libro de Bs. Aires 1997.

ha conocido y ha escuchado muchas veces en el Teatro Colón. Pero también nos lleva por óperas que jamás oí nombrar y que me han dado la patente de ignorante al ver cuánto sabía él, cuánto había estudiado y cuánto había hurgado en esos personajes que son de ficción, pero no; son personajes que reflejan en la ópera las circunstancias habituales de la vida a lo largo de los tiempos.

El maestro Soldi me dijo una vez: “La ópera reúne todos los géneros; reúne la poesía, la ficción, el arte pictórico (él había diseñado muchos decorados de ópera), la voz, la maravillosa voz humana, que es el mejor instrumento que nos ha dado Dios y la música, que es lo mejor del espíritu”.

Pero además, en este libro, al final ustedes encontrarán fragmentos de partituras musicales. Tenemos el Homicidio de Scarpia, de la ópera *Tosca* de Puccini, El Suicidio de Butterfly, esas palabras terribles que ella dice antes de matarse por el bien de su hijo, y tenemos esa maravillosa ópera de Massenet que es el *Werther* (la novela la había escrito Goethe). Para mí es una ópera muy entrañable, me emociona mucho, porque Werther, antes de suicidarse, cuando canta una de las arias más lindas de la ópera, tiene en sus manos los Papeles de Ossian y a los Papeles de Ossian los estudiamos con Borges. El poeta Macpherson, que escribió los Papeles de Ossian, inventó que había encontrado unos manuscritos de la época casi medieval para gloria de su país. Él, prefirió no su gloria personal sino la de la obra que él inventó y que escribió, esos poemas maravillosos que fueron los Papeles de Ossian.

A Borges lo emocionaba mucho que alguien ceda su gloria por el bien de la Patria y a mí me ha emocionado mucho que Juan Carlos lo haya puesto también a él como uno de los personajes más entrañables de la ópera francesa.

Además, hay un notable estudio de las fuentes. Tristán es inagotable (de Tristán e Isolda). Werther también. Pero Macbeth; la descripción, todo el conjunto que hace Juan Carlos de Macbeth es maravilloso a tal punto que yo le decía que leyendo su obra me parecía escuchar la voz de la Callas en una grabación donde Lady Macbeth le dice a su marido, que va a cometer los asesinatos y ella también: *Che tardi Accetta il dono*; el regalo que le han hecho las brujitas que le profetizan que va a llegar a ocupar el trono. Es decir, uno encuentra óperas de todos los tiempos, de todos los países, de los diferentes idiomas empezando por Boris Godunov que él transcribe en ruso y abajo está la traducción; la letra de Boris en un momento muy alucina-

nante de la ópera. Hasta la ópera *Wozzeck* de Alban Berg que refleja verdaderamente el crimen, la obsesión del crimen, porque todos estos personajes están estudiados desde el punto de vista médico, de la locura de la que participan.

La erudición de Juan Carlos es abrumadora y uno se siente a su lado una pobre ignorante.

Lo hemos discutido bastante el libro con mi marido; está de acuerdo con algunas cosas, en otras no, pero en general los dos hemos quedado admirados por este amor por la música, amor por la ópera.

Cuando estaba leyendo este libro recordé mucho al Dr. Osvaldo Fustinoni que era un hombre muy bondadoso, muy gentil, y recién lo recordaba con el maestro Adalberto Tortorella cuando le pregunté, en esa ocasión en Punta del Este, antes de entrar a la sala de conferencias: “Doctor, ¿estoy peinada?” y él me miró unos segundos muy serio y luego me dijo: “No sé que decirle” y eso era para no mencionar que tenía el pelo hecho un revoltijo. Si el doctor Osvaldo Fustinoni estuviera aquí, a lo mejor está aquí, con nosotros, estaría orgulloso de Juan Carlos, que detuvo su placer en estas cosas que reconozcamos queridos amigos son lo mejor del espíritu.

Gracias.

PALABRAS DEL DR. HORACIO SANGUINETTI*

Estimados amigos, en primer lugar la alegría de estar aquí con ustedes y en este ámbito.

Hablo en forma personal por mi amistad con Juan Carlos y también en representación de la Academia Nacional de Educación que ayer decidió solidarizarse con este acto.

Digo que hablo en carácter personal y me comprenden de algún modo las generales de la ley, es decir, esas objeciones que hacemos los que somos o éramos como yo abogados en cuanto a que ciertos testimonios no son fiables, por ejemplo por razones de amistad. Y en este caso es así. Sin embargo yo soy muy objetivo en lo que voy a decir, pero la amistad que nos une está por cumplir casi cien años porque no se inició entre nosotros, sino allá por 1918 como consecuencia de los avatares de la reforma universitaria entre el gran Juan Carlos Rébora, abuelo materno de Juan Carlos, que lleva su nombre con honor, y mi padre, Florentino Sanguinetti, en la Facultad de Derecho. Rébora era un hombre de primerísimo nivel y fue uno de los profesores ilustres, gran conocedor del Derecho, Público y Privado, de la política y de todo lo humano y divino, de la ópera inclusive, de los que acompañó ese proceso de reforma que modificó sustancialmente la universidad argentina.

Esta amistad ha retoñado en la que mantenemos con Juan Carlos que nos ha regalado este libro extraordinario.

Es un libro que tiene las dos vertientes: su saber médico, que es muy grande y la especialidad. Es su tesis doctoral por otra parte. Pero el conocimiento médico, por un lado, nos impresiona a los que somos legos en esa materia y a los que somos muy ignorantes en materia operística -como dijo María Esther- y también nos impresionamos con la extraordinaria erudición de Juan Carlos.

Busqué todas las óperas posibles para ver si faltaba alguna, pero no, están todas. Yo decía: aquí falta esta ópera de Zandonai pero dos páginas después aparecía la referencia a la situación, y siempre en

* Abogado; Doctor en Derecho y Ciencias Sociales; Exministro de Educación de la Ciudad de Bs. Aires; Exdirector General del Teatro Colón, Premio Konex Platino-Humanidades.

la ópera hay un personaje medio loco, generalmente las mujeres. Las escenas de locura en las óperas son famosas; en algunos casos recobran la razón, en otros no y hacen algún desaguisado grave como *Lucia di Lammermoor*. Todo está ahí. Entonces el libro es doblemente apasionante, para leerlo muy despacio, con mucho gozo, mucha alegría y felicidad.

Creo que este libro es un aporte que va a quedar en la cultura argentina y va a resonar dentro de la ópera, que es un género muy amado entre nosotros, en la Argentina, y particularmente muy querido en Buenos Aires.

La historia de la ópera en la Argentina es monumental; la cantidad, calidad de teatros que están repartidos por todas partes en el país, en los pueblos más pequeños donde siempre hay un teatro de ópera y donde el Teatro Colón es, como le decía siempre al Jefe de Gobierno cuando yo era Director del Teatro: "No olvides que el Colón es la Institución más importante de la Argentina". Y él me lo reconocía.

Reitero. Este libro es un hito en la cultura argentina y ciertamente, como todo gran libro, nos llena de alegría justo en el momento en que el libro está un poco combatido, sin mucho éxito después de todo, por otras formas muy respetables, muy útiles de extensión cultural que deben ser eso y no extensión acultural; el libro no decae, el libro se mantiene, el libro se edita y el libro, en definitiva, cuando es un gran libro como éste, afirma las ilimitadas posibilidades del ser humano.

Gracias.

JUAN CARLOS FUSTINONI Y UNA AMISTAD MARCADA POR LA COMÚN DEVOCIÓN A NUESTROS MAYORES

DR. CARLOS MARÍA ROMERO SOSA*

Las casualidades suelen resultar oportunas y así mientras leía con fruición *La Alienación en la Ópera*, llegó a mis manos *Mis miedos y mis magias*, suerte de autobiografía de Constantino Juri, el maestro que puso en escena tantos de los dramas líricos estudiados en el libro de Fustinoni.

Pude hacer así una lectura paralela y adentrarme en el mundo de la ópera, tanto desde la visión psicológica y psiquiátrica de los caracteres de sus personajes propuesta por Juan Carlos, como desde la perspectiva de quien tanto conoce de la cocina operística.

Al advertir que en esta mesa hay eruditos en el tema, yo trataré otra cuestión: la amistad con el autor a través de la veneración hacia sus mayores y sus severos y nada ditirámicos escritos en ese sentido.

Pero antes quiero decir dos palabras sobre *La Alienación en la Ópera*, donde además del investigador original y sagaz, está de cuerpo entero alguien que sigue huellas ilustres. Y pienso en José Ingenieros y en su *Psicopatología del Arte*, obra que releí hace poco con las notas de Aníbal Ponce. Y en el psiquiatra boquense Hernani Mandolini, amigo de Quinquela Martín y de Juan de Dios Filiberto, autor de *La tragedia heroica del genio*. Y en Osvaldo Loudet y la clasificación de muchos caracteres de creadores a la luz de la ciencia médica.

Sin embargo Fustinoni ha ido más allá de las figuras históricas de músicos y libretistas y ha sabido clasificar caracteres de personajes de la ficción operística y esto habla de la vida y la vigencia de ellos. Pero además carece de la deformación profesional de identificar todo arrebatado humano con la alienación, así es especialmente de destacar

* Abogado, Escribano, Docente, Escritor, Crítico Literario.

el capítulo sobre la pasión. Porque no toda pasión es enfermiza, ya Bossuet veía en el amor la fuente de todas las pasiones y como las lenguas de Esopo, las hay buenas y malas. Poco pues dice la pasión por sí misma, de igual modo que la fortaleza sin la virtud de la justicia es la palanca del mal según San Ambrosio de Milán. Fustinoni valora y ejemplifica con los extremos, tanto de la pasión heroica en Fidelio cuanto con la pasión perversa y no correspondida de Salomé de Richard Strauss basada en la tragedia de Oscar Wilde. Y asimismo enfoca la pasión a destiempo de Eugenio Oneguín, la pasión por celos de Otello de Verdi y de Wozzeck de Alban Berg, o la pasión seductora de Don Juan en Mozart. Sobre todos esos arrebatos hay en su libro hallazgos interpretativos.

Del inicio de la amistad con Juan Carlos Fustinoni, pronto hará una década y sin embargo creo que ambos podemos ufanarnos de estrenarla y renovarla día a día; bien mediante los diálogos directos y para mí siempre enriquecedores que mantenemos, ese yo-tú cada vez menos practicado en esta actualidad que es sinónimo de premura avara de la confianza, bien a través de los correos electrónicos que solemos enviarnos, bien con la lectura recíproca de nuestros trabajos inéditos y sobre todo en el compartido sentimiento de veneración hacia nuestros mayores. Sí, la estrenamos y renovamos como una de las mejores formas de entender la amistad: camaradería en la aventura del cotidiano vivir mejor que anclaje común en la monotonía. Y desde ya coincidencia en los valores y en las actitudes aunque pueda disentirse en las ideas. He ahí la *semejanza* -no la clonada repetición- de la doctrina de Empédocles que menciona Platón en el diálogo *Lysis o la amistad*.

Ciertamente en marzo de 2003, fue Juan Carlos Fustinoni quien dio el puntapié inicial para un trato que luego sería fraterno al acercarme varios libros de Marilina Rébora con cordiales dedicatorias. Comprendí de inmediato, al leer el riguroso y sentido estudio preliminar de uno de ellos, *No me llames poeta* (2001) -una oportuna selección de las piezas líricas de la exquisita autora de sus días-, que este médico humanista tenía en el altar de la devoción filial un punto de apoyo decisivo para sus empresas vitales e intelectuales, un sostén a prueba de los em-

bates del mundo enemigo del alma, un refugio inaccesible a las ajenas bajezas y a las desconsideraciones inherentes a la jauría humana.

Luego de reconocer al hijo amante tras el crítico y antólogo e inundado por sentimientos de simpatía -o empatía- ante la revelación, quedaba por mi parte dar otro paso, cosa que hice decidido para encontrarnos en el universo en expansión de las afinidades electivas que dijera Goethe. Así le remití a vuelta de correo, la obra a poco aparecida *Testimonios y Antología de Lía Gómez Langenheim de Romero Sosa*; y al hacerlo experimenté una vez más que por esas situaciones contradictorias de la vida, o por sus misteriosas ironías, las orfandades y no sólo las presencias, las orfandades a veces más que las presencias, vinculan con hilos de oro a los espíritus. Pasaron algunos meses y hacia la Navidad de 2003 advertí que cierta publicación religiosa que adquirió mi hermana María Graciela en el atrio de nuestra Parroquia de San Agustín incluyó en la misma página sendos poemas al Niño Jesús de nuestras respectivas madres, mujeres de letras que no se conocieron pese ser contemporáneas, actuar en círculos sociales y culturales más o menos próximos y ejercitar ambas la literatura infantil con singular creatividad estética, responsabilidad moral, inspiración, vuelo y ternura. Conversamos con Juan Carlos sobre la circunstancia anotada al acercarle una copia de dicha revista y fue ocasión para intercambiar también mutuos recuerdos familiares de los tiempos de la infancia, en los cincuenta y sesenta de la pasada centuria, cuando éramos felices y nadie estaba muerto como escribió Pessoa.

Otro hito determinable en el tiempo de nuestra amistad, fue el libro suyo *Mi padre, Osvaldo Fustinoni* aparecido en 2010. Y puedo asegurar que lo fue porque tuve el privilegio de conocer de sus labios el proyecto inicial de componerlo, la fortuna de ser anunciado sobre la organización de los capítulos al tiempo que entendí y admiré la dedicación que representó para el autor las arduas investigaciones realizadas para no dejar cabo suelto en este retrato ejemplar que, *mutatis mutandi*, sin duda halló fuente inspiradora en la tradición de las grandes biografías, esas que despertaron nuestra imaginación, supieron transportarnos a otros momentos históricos y nos permitieron tocar no ya el bronce o el mármol de seres inmortales sino propiamente sus existencias de carne y hueso en las plumas de un Emil Ludwig o un Stefan Zweig. Aquí y ahora Juan Carlos hizo lo suyo: enfocó a su personaje sin que aquellos otros que lo rodearon, cumplieran la

función de una mera escenografía y si en las cuatrocientos cuarenta páginas de la obra brilla de cuerpo entero el profesor Osvaldo Fustinoni, el sabio y el hombre de corazón, Juan Carlos no lo excluye ni lo desprende de su entorno -de su "circunstancia" diría Ortega-; de maestros, colegas y discípulos, de su actuación pública donde se entretejen con el suyo nombres para el juicio de la historia, así como destaca la constelación de talentos que nucleó el Instituto Popular de Conferencias de La Prensa, institución de la que su progenitor fue secretario; quizá durante décadas la más alta tribuna de la República, verdadera Universidad Libre desde donde -y tuvo Juan Carlos la deferencia de subrayarlo-, Carlos Gregorio Romero Sosa disertó por última vez en junio de 1977 sobre el americanismo de Martín Miguel de Güemes presentado por Osvaldo Loudet.

Con método, con infalible cronología, con aguda hermenéutica de hechos y situaciones, y todo ello humanizado por una recatada pero airosa cuota de *intelletto d'amore*, "Mi padre, Osvaldo Fustinoni", al acentuar las relaciones interpersonales paternas, abre perspectivas al lector común, incluso al que se halla ajeno a las ciencias médicas. Y descubre al maestro en su intimidad, no en actitud de habitante de una torre de marfil sino, aún en la soledad del gabinete de estudio, reticente a entornar las ventanas para no distanciarse del mundo de la vida. Ya lo subrayó Thomas Merton recordando a John Donne: "Los hombres no son islas, independientes entre sí; todo hombre es un pedazo del continente, una parte del todo". Y qué mejor que ejercitar esa integración con sentido retrospectivo al hacer la evocación del padre ilustre.

Nuestro biógrafo persiguió con ahínco boswealliano -permítaseme la comparación con el obsesivo estudioso del doctor Samuel Johnson- cada rastro profesional y sobre todo humano del médico, pero el plus del libro está dado creo yo en intercomunicar con aticista equilibrio sus conductas éticas y sus logros científicos. Además de representar todo un capítulo de la historia de la medicina argentina, materia a veces de relleno en los planes de estudio universitarios, entendiéndola como la *capitis deminutio* de la ciencia y el arte de curar. Un resquemor ya advertido en su hora por Gregorio Marañón: "El progreso explosivo hace envejecer y condena al olvido a lo que sólo diez años más atrás florecía. ¿Para qué saber el pasado remoto, se dice el tipo medio del médico práctico, si casi el pasado inmediato, el de ayer, no me sirve para nada?".

Pero el médico doctorado *cum laude*, el docente universitario en su especialidad: la neurología, el musicólogo de fuste -y pruebas al canto *La Alienación en la Ópera* que hoy presentamos-, todo eso que es y hace Juan Carlos Fustinoni, convergió para darme el pasado 2011 una sorpresa capaz de entretejer aún más nuestros vínculos, si es que ello fuera posible, incluso hasta casi rozar la faz profesional: profesional del derecho quiero decir. Como que su estudio “Vida, obra y legado de Juan Carlos Rébora”, el abuelo tratadista jurídico, presidente de la Universidad Nacional de La Plata, vicepresidente del Consejo Nacional de Educación y embajador en París, mostró al nieto, un rabadomante insomne de noticias y datos, algunos guardados en el arcón de los recuerdos familiares y otros a extraer de archivos y bibliotecas, como feliz poseedor de serios conocimientos legales y sobre todo perseguidor con feliz instinto del norte de la justicia; por de pronto de la justicia histórica al recordar tanto y tan bien a los ancestros merecedores del homenaje de las nuevas generaciones.

Por mi parte, al enfrascarme en las páginas de *Vida, obra y legado de Juan Carlos Rébora*, alguien nacido en 1880 y epígono en buena ley de la legión de figuras progresistas a las que la historia reúne e identifica con aquel *annus mirabilis*, evoco los versos del poema “El espíritu puro” del Conde Alfredo de Vigny, con intencionadas referencias a los antepasados. Una pieza que memoricé de chico en la versión castellana de mi tío Carlos Obligado, un contertuliano de Rébora, al punto de conservar hoy el nieto en su biblioteca varios de los volúmenes del escritor y académico de letras precedidos por amistosas dedicatorias al jurista y académico de derecho y de ciencias. Sí señores, recuerdo para finalizar aquello de “En vano es sangre suya la sangre de mis venas: / Si escribo yo su historia descenderán de mí”. Porque aquí también por el milagro de las letras y la magia de la evocación, desde las páginas vertidas por el condigno expositor de sus biografías, los ejemplares padres y abuelo de Juan Carlos Fustinoni renacen y renacerán siempre para la admiración colectiva al vencer la desmemoria de la Argentina de la decadencia.

Muchas gracias.

PALABRAS DEL MAESTRO ADALBERTO TORTORELLA*

Pido disculpas por este imprevisto resfrío que impide la claridad de mi voz y que me movió a sintetizar brevemente los conceptos de mi prevista improvisación.

Hay días que se siente la sensación de que uno está donde debe estar y es lo que me sucede hoy, porque debo reconocer que no puedo dejar de señalar públicamente los conceptos y la bibliografía que acompaña a cada uno de los seis temas tratados por el autor de *La Alienación en la Ópera*. Tanto provocaron mi atención.

Este pensamiento encuentra su antecedente certero y justo en los títulos de las conferencias y cursos dictados por nuestro autor a lo largo de su vida, mencionados en las solapas de su libro *Mi padre, Osvaldo Fustinoni*, algunos de los cuales se reproducen también en el libro de hoy donde queda demostrada su preocupación y afán por brindar una información exacta, claramente expuesta y remontándonos en los años, vigente desde su tesis doctoral *Estudio psicopatológico de los personajes en la ópera*.

Hablo casi exclusivamente de la bibliografía que abona el enfoque y los conceptos del Dr. Fustinoni porque cada una de las óperas analizadas y sus personajes son del dominio público por la popularidad que las acompaña y las explicaciones que brinda en el libro además de las recientes palabras aclaratorias de mis colegas.

Pocas son las personas que se ocuparon del ayer de un tema tan vigente hoy como el homicidio y el suicidio lo que revela que nada nuevo hay en la sociedad excepto en la frecuencia y violencia con que se practican.

Buscando un antecedente podría asociar a esta importante

* Clavecinista; Fundador Sociedad de Conciertos de Cámara de Bs. Aires; Miembro Honorario, Consejo Argentino de Música; Premio Manuel de Falla a la Trayectoria; Orden de las Palmas Académicas (Francia) en el grado de Caballero.

Alienación en la Ópera un libro que me conmovió en mi juventud y que estaba en la biblioteca de mi padre. Me refiero a *Las neurosis de los hombres célebres en la historia argentina* de José Ramos Mejía, nieto de Francisco Ramos Mejía, precedido de una introducción de Vicente Fidel López y que trata, entre otras, las neurosis de Juan Manuel de Rosas, aterrantas; del Fraile Aldao, de Monteagudo, del Almirante Brown, etc.

Cabe destacar que el Dr. Fustinoni ha indagado con excepcional dedicación todo lo que le permitió brindar al lector la información de envergadura que hoy nos ofrece.

Hay que mencionar que en algunos estudios, tan claramente expuestos, se introdujeron opiniones de críticos argentinos de música y teatro uniendo a la valoración de su opinión el homenaje de la figuración.

Debo agregar aquí palabras elogiosas para la edición del libro: muy bien compaginado, con ilustraciones musicales de utilidad para la mejor comprensión del texto y una claridad tipográfica que da por tierra la costumbre actual de las miniaturas para ahorrar papel que impide la cómoda lectura de los textos.

La brevedad de mis conceptos creo que ha servido sin embargo para insistir sobre los motivos que hacen imprescindible la lectura de *La Alienación en la Ópera*.

Además, para finalizar, me parece justo repetir que el Dr. Juan Carlos Fustinoni revela un amor a su profesión y a la música que son ejemplo de una remarcable sensibilidad.

Sin duda este libro confirma ese lazo de unión que tantos de mis amigos médicos han evidenciado entre el arte y la ciencia que cultivan.

PALABRAS DEL ESCRITOR MARCOS AGUINIS*

Estimados Amigos:

Quienes me han precedido vertieron aquí una cantidad importante de conceptos sobre Juan Carlos Fustinoni y la obra que presentamos.

Debo señalar que fui pensando qué decir en esta ocasión y me encontré con un problema. Aquí nos hallamos con un libro en el que se encuentran dos tratados condensados entre sí: un Tratado de Medicina (Psiquiatría) y un Tratado de Música, escritos de tal forma que uno puede transcurrir, visitar sus páginas de una forma muy amena, muy placentera y con una información que, como se dijo acá, abruma.

La relación entre el médico y el arte es una relación muy antigua y en especial es muy importante la del médico y la medicina. La riquísima mitología griega ha creado un personaje excepcional que es el Centauro Quirón.

El Centauro Quirón era un centauro bondadoso y sabio, padre de la música y la medicina. Era músico y médico. Curaba heridas y enfermedades y ejecutaba continuamente la música. De él procede después Esculapio y más adelante Hipócrates.

Este Centauro, artista y médico a la vez, es incluido por Dante en *La Divina Comedia* y por Goethe en *Fausto*.

Pero esta relación entre música y medicina se expresa a través de personajes que han tenido una gravitación muy importante en ambos campos, como es el de Alexander Borodin (Aleksandr Borodin) que fue un compositor perteneciente al famoso Grupo de los Cinco, del renacimiento musical nacionalista ruso y un excelente músico.

* Escritor argentino; Premio Planeta (España), Premio J. B. Alberdi; designado "Caballero de las Letras y las Artes" por Francia; Doctor Honoris Causa, Universidad de Tel Aviv y Universidad de San Luis; Gran Premio de Honor, Sociedad Argentina de Escritores, etc.

Pero, desde luego, nos encontramos también con científicos que están íntimamente ligados con la música, como es el caso de Einstein que fue violinista durante toda su vida.

Y si pasamos al mundo de la ficción vemos que hay un violinista que tiene una inteligencia casi sorprendente o sobrenatural que es Sherlock Holmes. Este personaje de la ficción, un científico, con una mirada tan aguda como la de un extraordinario clínico, ejecutaba el violín, y también, por supuesto, consumía cocaína, que no es el caso de todos pero en algunos esa oportunidad se da.

La presencia de la medicina en la música y de la música en la medicina es muy vasta, muy grande. Podemos citar situaciones como la de Johannes Brahms dirigiendo la Orquesta Sinfónica de Viena compuesta solamente por médicos -en Viena, en la época de Brahms, había una orquesta sinfónica integrada solamente por médicos-. Esto es asombroso, desde luego.

Pero si vamos al libro de Juan Carlos, tengo que confesar que lo he leído con gran placer y un asombro permanente porque a la vez que va describiendo con precisión, con ecuanimidad los cuadros psiquiátricos -y digo con objetividad y ecuanimidad porque en el campo de la Psiquiatría hay escuelas que combaten entre sí y que tratan de imponer sus criterios-, Juan Carlos ha logrado mostrarnos los diversos enfoques que hay con respecto a las variadas enfermedades que describe y que están en la ópera; al mismo tiempo nos provee del elemento textual, es decir, va narrando los argumentos, los dramas e incluso reproduce gran cantidad de versos que se cantan en la ópera. Sorprende, por cierto, esa combinación de elementos y no hay duda de que la presencia de las partituras al final, como lo ha dicho muy bien María Esther, contribuyen a confirmar cómo la música acompaña con intensidad y le da una fuerza perpetua, inextinguible, a ciertos textos literarios.

Un capítulo notable es el que incluye la historia de *Wozzeck*, escrita por Alban Berg, un revolucionario de la música, detestado por quienes no podían escuchar su estilo que era extremadamente herético y novedoso pero que consiguió darle a los versos una fuerza tan intensa que convierte a esa ópera en una de las más importantes de la colección que aquí se cita.

No dudo de que Juan Carlos debe haberse informado muy bien para decirnos que hay más de 40.000 óperas. Por cierto, nosotros no hemos podido escuchar más de 100. Las óperas famosas son 30 o 40; hay muchísimas óperas y gente que ha producido óperas en cantidades abrumadoras.

También dijo María Esther algo que debemos recordar. La ópera, a pesar que tiene 400 años de vida, es una expresión artística que reúne a todas las artes: la literatura, la música, la pintura, el teatro, la danza, todo eso está ahí; todo está en la ópera; es una concentración de arte que existe en ese género musical. Pero, como señalé recién, no sólo abarca todas las artes sino que desborda hacia el campo psiquiátrico o médico. Esto es muy importante. Por alguna razón nos fascina la ópera. Por alguna razón la escuchamos y la volvemos a escuchar; porque nosotros, todos los seres humanos, tenemos algo de las patologías que describe la ópera o de las patologías que existen en la Psiquiatría, en menores dosis posiblemente, por eso nos fascina y nos atrapa, porque en ella nos identificamos; con la ópera sufrimos, nos alegramos, reímos, nos mantenemos alerta, en suspenso, a pesar que ya sabemos qué va a pasar y después de haberla escuchado, en otras ocasiones, de conocer su argumento.

La magia que produce la ópera se debe precisamente a que en ella los seres humanos encontramos un espejo, que nos fascina, que nos despierta, que nos excita.

Este libro que nos regala Juan Carlos es un libro de lectura muy grata y al mismo tiempo un libro de consulta; tiene una bibliografía abrumadora que revela la seriedad con que ha trabajado a lo largo de mucho tiempo para lograr compaginarla y por todo ello quiero expresar con las pocas palabras que nos da nuestro lenguaje mi profundo agradecimiento por haber escrito este libro.

PALABRAS DE AGRADECIMIENTO DEL DR. JUAN CARLOS FUSTINONI*

Los escritos agrupados en este libro, preparados y publicados en un período de bastante más de veinte años, y que unidos constituyeron el ensayo *Estudio psicopatológico de los personajes en la ópera*, que obtuvo el Premio Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1995), son el resultado de más de un centenar de conferencias que he pronunciado en las más prestigiosas tribunas del país en los últimos lustros. En ellas he tratado de investigar siempre acerca de la alienación de los personajes en la ópera, de establecer la posibilidad de un correlato entre la ciencia y la música, partiendo de la definición de Erich Fromm en *La sociedad sana*: “Por alienación se entiende un modo de experiencia en el cual la persona se siente extraña a sí misma; diríase enajenada de sí misma. Ya no se siente centro de su mundo, dueña de sus actos: se ha convertido en esclava de sus actos -y de sus consecuencias-, los obedece y hasta, a veces, los reverencia. El individuo alienado está tan desconectado de sí mismo como de los demás. Siente su propia persona y la de los otros del mismo modo como siente las cosas: con sus sentidos y su sentido común, pero sin relacionarse productivamente consigo mismo y el mundo exterior”.

En estas páginas se analizan la locura (reacción paranoide, reacción esquizofrénica, psicosis maníaco-depresiva); el suicidio (racional y heroico, romántico, consumado); el intento de suicidio; el crimen (homicidio seguido de suicidio y homicidio no seguido de suicidio); el complejo de Edipo y el complejo de Electra, y la pasión (heroica, por adulterio y por amor a destiempo, por celotipia, por amor no correspondido, seductora, del poder), conceptos que indagan la posibilidad de su existencia en los personajes del drama cantado.

* Doctor en Medicina; Premio “Facultad de Medicina”, UBA (1995); Académico, Academia Argentina de Música; Exsecretario, Sociedad Argentina de Humanismo Médico.
E-mail: jcfustinoni@hotmail.com

Me retrotraigo en el tiempo, ese tiempo que disipa en el éter las sólidas aristas de los hechos, ese tiempo que da a luz todo lo que está oculto y esconde la que ahora brilla con el más grande esplendor.

Mis padres me empezaron a llevar al Teatro Colón de niño, al palco alto 6, que pertenecía al médico del teatro, el doctor Antonio Olivieri, un hombre de una bondad a toda prueba y un caballero sin par, a quien le debo sin duda gran parte de mi formación cultural. A la corta edad de cinco años -en que puede preguntarse a un niño cómo saben las cerezas y las fresas- nació mi pasión por la ópera. Guardo vividas en mi memoria las representaciones de *Manon Lescaut* de Puccini con Monserrat Caballé y Richard Tucker (1966); *La Favorita* de Donizetti con Alfredo Kraus y Fiorenza Cossotto (1967), y *Turandot* de Puccini con Birgit Nilsson y Monserrat Caballé (1965), ópera en la que también actuó el querido y siempre recordado Víctor de Narké Mercante, que fuera alumno de Medicina y luego dilecto amigo de mi padre, amistad que mi padre ya tenía con el suyo, el recordado bajo Jorge Danton. Desde ese entonces no he dejado de asistir a representaciones teatrales, convencido de que -como dice Jean-Paul- la música es el claro de luna en la noche tenebrosa de la vida. Y es quizá donde el alma se acerca más al gran fin por el que lucha cuando se siente inspirada por el sentimiento poético: la creación de la belleza sobrenatural.

Soy una persona que busca constantemente la superación, la elevación espiritual, en todos los órdenes de la vida. La medicina es uno de los caminos. Pero también lo es la búsqueda del conocimiento indagando principios y causas -lo que podemos llamar ciencia-, unida a la reproducción de lo que los sentidos perciben en la naturaleza a través del velo del alma -que encierra el verdadero concepto del arte-. Ambos forman e integran una expresión armónica y complementaria que refuerza el verdadero concepto de epistemología. Por eso, este ensayo que hoy ve la luz nace con emoción y vierte una lágrima, tan sólo una lágrima. Porque una lágrima, en su trágico aislamiento, puede más que la lluvia de un llanto.

Quiero agradecer a los integrantes de mi hogar que con serenidad y tolerancia de mis muchas impacencias supieron crear el ambiente propicio para el logro de este ideal. Creo que mi familia es lo más bello que me pudo haber sucedido en la vida. Tuve unos padres ejempla-

res. Alguna vez me dijeron Manucho Mujica Lainez y María Esther Vázquez, con distintas palabras pero el mismo sentido e idéntico cariño, que fui afortunado por haberlos tenido tan cerca. Con Griselda, mi fiel y dilecta compañera, cuyas virtudes me han inspirado y me han sostenido en todo lo que haya emprendido y realizado, comulgo en sentimientos y criterios. Mis hijos Juan Carlitos y Juan Cruz -formados a su imagen y semejanza- y Marilina -que lleva el nombre de su abuela, la poeta Marilina Rébora, y que a su turno ha comenzado a reflejar esas virtudes, pues ya sabe dulcemente sonreír con una sonrisa más hermosa que la del Ángel de la Catedral de Reims- son la luz de mi vida. A ellos les inculco todos los días que tienen una gran responsabilidad en cuanto a moral y genuinos valores, en el ya recto camino de su venturoso y brillante porvenir.

Va el ensayo. Tiene alma, mente y corazón. Fue dado a luz en largas y solitarias horas de íntima ofrenda. Irrumpe con su carga de gozo, tristeza, zozobra, paz. En ocasiones es amor, deleite, placidez o sembrador de muerte. En otras, amor que no culmina con la muerte, pues no tiene principio ni término ni meta; sometido al don mágico que todo lo convierte, y todo lo transforma, y todo lo interpreta. Puede estallar con odio, envidia y crueldad. O brillar como el día más diáfano y la noche más estrellada, alimentar la pasión más profunda, la ternura más conmovedora y, cual plegaria, ascender al firmamento: Si Jago y Ortruda son la noche en nuestra alma, y aun Isolda, víctima del filtro, y Elsa, de la duda, *necesitamos la luz con la pureza de niño de Parsifal*.

No es página, hoja y, menos, trozo de papel, sino secreto con voz y lágrimas, ser imperecedero, aún sin manos: sólo palabras. Palabras que aprietan, estrujan y templan. Palabras, susurros que colman el aire, redimen y acercan a Dios.

Hoy también descubrimos el nuevo busto de Osvaldo Fustinoni. Y podremos hablar de sus inicios como médico, de su cátedra, del Decanato -en cuyo transcurso le tocó vivir la famosa Noche de los bastones largos, en la cual ningún estudiante fue apaleado por las fuerzas policiales porque el Decano en persona custodió, desde la puerta, la salida de cada uno de los alumnos sin que nadie fuera humillado, lastimado ni denigrado en su honor-, de la "Semiología del Sistema Nervioso" con sus frescos 76 años -la primera edición data del 27 de mayo de 1936-, el libro editado más antiguo de la Medicina

Argentina, con más de 140.000 ejemplares vendidos y por el cual se han formado innumerables generaciones de médicos.

Oswaldo Fustinoni -en la presentación de *La Alienación en la Ópera*- me retrotrae a ese prado de rosas eternas en el cual Juan Ramón Jiménez puso a su burrito Platero, para llevar almas, sólo almas, a través de caminos de madre selvas, nopales y malvas hacia valles de oropéndolas y azahares. Desde uno de esos valles nos está viendo Fustinoni para brindarnos, como siempre, su sonrisa generosa y eterna. Es que Fustinoni no murió: quedó en un Réquiem de Rilke, en ese reloj sin agujas que es la eternidad...

Gracias a todos por acompañarme en la presentación de mi libro y en la restitución del busto de mi padre. Sea esto para gloria de la Academia Nacional de Medicina, para honra de vosotros y para honor de la Patria.

Nada más.

**XXXIII REUNIÓN CONJUNTA DE LAS
ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA DEL PLATA
BUENOS AIRES (Argentina) Y URUGUAY**

COORDINADORES

ACAD. ENRIQUE M. BEVERAGGI

ACAD. A. MIGUEL LARGUÍA

**Buenos Aires
18-19 de octubre de 2012**

PROGRAMA

Jueves 18 de octubre

Palabras del Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires,
Acad. José A. Navía.

Palabras del Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay,
Acad. Hernán Artucio.

Homenaje al Acad. Dr. Alberto Agrest
Acad. Rómulo L. Cabrini

Homenaje al Académico Alberto E. Laurence
Académico Honorario Nacional Alfredo Martínez Marull

Homenaje al Académico Ciro Peluffo
Académicos Roberto Quadrelli y Antonio Turnes

Conferencia: "Aprender y Desaprender"
Acad. Vicente Gutiérrez

Viernes 19 de octubre

Conferencia: "El Morir y la Muerte" *
Acad. Guido Berro y Oscar Cluzet

*Mesa Redonda: "Certificación y Recertificación en Medicina" **
Coordinador: *Acad. Fortunato Benaim*
Expositores: *Acad. Alfredo Martínez Marull, Acad. Alejandro Oría*
(Argentina) y *Acad. José L. Peña* (Uruguay)

Aportes y Conclusiones *

Sesión Plenaria

Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y Academia Nacional
de Medicina del Uruguay.

* Los trabajos marcados con asterisco no se publican por no haber llegado a esta Redacción

ACTO INAUGURAL

18 de octubre de 2012

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BUENOS AIRES ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA*

Una vez más la Academia Nacional de Medicina del Uruguay y la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires se reúnen con el mismo espíritu con el que fueron concebidas: “Espíritu de hermandad, confraternidad y ciencia”.

La Academia de Medicina de Uruguay fue creada por la Ley N° 14.260 del 27 de agosto de 1974. Pasaron sólo 4 años desde su fundación cuando las Academias de Medicina de ambos márgenes del Río de la Plata se reunieron en forma conjunta por primera vez.

Fueron éstos los principios que inspiraron a Eduardo Palma, de Montevideo, el 8 de marzo de 1977 en propiciar estos encuentros y así se han ido sucediendo con igual interés, año tras años.

La primera Reunión fue realizada en Buenos Aires durante los días 10 y 11 de abril de 1978. Han transcurrido ya 34 años de aquel primer encuentro. El último, realizado en Montevideo, fuimos recibidos con la amistad y amabilidad que caracteriza al colega uruguayo, al igual que sus conciudadanos.

Quisiera exponer ante ustedes palabras del Lic. Santiago Kovadloff durante su conferencia magistral el 6 de septiembre de este año al cumplirse 190 años de existencia de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Decía en esta oportunidad el Lic. Kovadloff: “Uno de

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

los riesgos fundamentales que se corre en las entidades que acumulan muchos años de vida, -sobre todo en una nación joven como la nuestra, en la que estos 190 años son prácticamente toda nuestra historia- es caer en la presunción de que la evocación del pasado consiste, simplemente, en recordar aquello que se ha hecho como si formara parte de un ayer. Las instituciones de una república, como en este caso lo es la Academia de Medicina, tienen una tarea que es imposible de colmar en el transcurso del tiempo porque están asociadas al despliegue del conocimiento. Todas las instituciones cuya finalidad fundamental es reconciliar al hombre con su capacidad crítica, con su espíritu creador, con la constancia en el cumplimiento de la ley, todas las instituciones que llevan a cabo el despliegue diario de estos objetivos han nacido para jamás terminar de ver realizado lo que se proponen; donde hay plenitud de objetivos hay incompletud de tareas”.

Quisiera expresar en forma personal, que con mucha tristeza he leído la aceptación del aborto en vuestro país. Decisión tomada en forma democrática por votación de vuestro Congreso. El aborto también está en discusión actualmente en nuestra sociedad. La posición de nuestra Academia a través de declaraciones públicas ha sido de defender la vida desde la concepción. No es mi interés politizar nuestra reunión sino defender la actitud médica de defensa de la vida por sobre todas las cosas. No existe derecho humano superior al derecho a la vida sino que todos los derechos derivan de este último. Debemos defender los argumentos y pruebas de la biología actual y tener presente que las posiciones ideológicas pueden restar objetividad al raciocinio y a las decisiones de nuestros representantes frente a pruebas científicas irrefutables.

Demos gracias a nuestros predecesores por su visión fundacional; demos gracias porque nadie ni nada puede dividir el espíritu médico que llevamos dentro nuestro. Espíritu universalista y humanista, fundado en el amor a nuestros pacientes. Demos gracias a Dios que otra vez nos encontramos para disfrutar de la amistad.

Agradezco a los Sres. Académicos Enrique Beveraggi y Miguel Larguía por la organización de este evento.

Señores Académicos Uruguayos, sean Ustedes bienvenidos a nuestra Casa y a nuestro país que es el vuestro.

**PALABRAS DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL URUGUAY
ACADÉMICO HERNÁN ARTUCIO***

Estamos celebrando la Reunión Anual de las Academias de Medicina del Plata, momento de comunicación explícita de ambas Instituciones. Las Academias del Plata tienen objetivos comunes que se complementan en estas reuniones. Congregar a las personas más representativas de las ciencias médicas con el fin de fomentar el progreso de las mismas, forma parte de nuestros estatutos y creo que de todas las academias.

Es ésta la oportunidad para rendir homenaje a académicos de la talla de Alberto Agrest, Alberto Laurence y Ciro Peluffo.

Estos años han sido testigos de progresos inimaginables de las ciencias médicas pero también han traído cambios no siempre positivos en aspectos sociales de la medicina. La medicina basada en evidencias ha sido una herramienta llave para el ejercicio de la medicina sobre bases racionales, pero no es la única herramienta. La experiencia es otro pilar y la comunicación con el paciente y la familia es otra de las bases del ejercicio de la medicina y también ha cambiado profundamente. Los médicos debemos identificar las nuevas posturas de paciente y familia, relacionadas por las nuevas fuentes de información, el periodismo y las redes sociales. La sociedad entera espera de los médicos información clara, oportuna, veraz y exacta que sirva como prevención de conflictos. Esta información debe llegar a las familias pero también a la población en general. Creo que las Academias de Medicina, como otras organizaciones, deben orientar a los médicos en este nuevo aspecto del ejercicio profesional. Esta reunión está dedicada en su mesa de discusión a la certificación y recertificación médica. Ésta está en general orientada a valorar el grado de información de los médicos sobre la práctica de la profesión. Las bases de la nueva modalidad de relación profesional debe ser enseñada y reenseñada.

* Académico Titular, Academia Nacional de Medicina del Uruguay.
Dirección Postal: 18 de Julio N° 2175, piso 5°, Montevideo, Uruguay; fax: (598.2) 4016058.

Otro aspecto importante de la actividad de las Academias es la proyección social de los problemas médicos. Considero que la responsabilidad de la Academia no termina en las reuniones entre pares sino que debe proyectarse a toda la sociedad.

Otro aspecto es la comunicación, que debe ser estimulada, no sólo a nivel institucional sino que además debe estimularse la interrelación con las Sociedades científicas. Teniendo intereses y metas comunes, dicha interrelación debe ser exitosa.

Al dar comienzo a esta nueva actividad con la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, deseamos el mayor de los éxitos en el intercambio científico y humano.

Muchas gracias.

HOMENAJES

SEMBLANZA DEL ACADÉMICO ALBERTO AGREST

7-3-1923 / 2-2-2012

ACAD. RÓMULO L. CABRINI*

El Acad. Alberto Agrest nació el 7 de marzo de 1923 y falleció en la Ciudad de Buenos Aires el 2 de febrero de 2012.



Ingresó en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA y se recibió de médico en 1947 con Diploma de Honor. En el año 1952 se gradúa como Doctor en Medicina con la Tesis: “Estudio clínico-experimental sobre la formación de ascitis y los efectos de la paracentesis abdominal” que fue calificada con sobresaliente.

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

Recibido de médico se define prontamente como un clínico interesado en la salud de los pacientes y en conocer el porqué de la enfermedad y sus consecuencias.

Comienza su actividad hospitalaria como practicante del Hospital de Clínicas en donde fácilmente se contacta con los más encumbrados médicos de esa época.

Su inicio como clínico lo hace en la renombrada Sala 4 del Hospital de Clínicas, en ese momento dirigida por el Prof. Tiburcio Padilla.

Posteriormente, pasa al Instituto Modelo del Hospital Rawson a cargo del Prof. José W. Tobías, donde comienza a relacionarse activamente la Fisiología con la Clínica, siguiendo así su misma línea de pensamiento.

En 1953 llega a los Estados Unidos; se incorpora a la Universidad de Michigan, en el Hospital Universitario de Ann Arbor como Research Assistant.

Desde 1953 hasta 1976, durante 23 años, se incorpora al grupo dirigido por el Prof. Alfredo Lanari en el Hospital Tornú. Participa en la fundación del Instituto de Investigaciones Médicas (IDIM). Aquí desarrolla su más fecunda actividad profesional con un intercambio fraternal con su director y pudo concretar su pensamiento: relacionar la fisiología con la clínica todos los días. No hay duda que es en este período donde une su notable información médica con los datos experimentales de la fisiología y una constante actualización bibliográfica que conservó hasta su muerte.

Sin querer ser demasiado detallista, no puedo dejar de mencionar algunas actividades del Dr. Agrest en algunos aspectos siempre relacionados con la Clínica, por ejemplo, su actividad como Jefe de Trabajos Prácticos de Fisiología, bajo la dirección de un gran fisiólogo, el Prof. Eduardo Braun Menéndez (1955-1956).

Desde 1956 hasta 1961 fue Jefe de Clínica del Centro de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer", bajo la dirección del Dr. Aquiles Roncoroni.

En 1959 es becario de Investigación del Comité de Cooperación Técnica del Ministerio de Relaciones Exteriores de Francia, en el Laboratorio Experimental bajo la dirección del Prof. Jean Jacques Pocard, en el Hospital Claude Bernard de París.

Fue docente en la UBA desde su graduación y en 1987 fue nombrado Profesor Honorario.

Fue encargado de la Organización Asistencial de Internación, de las Residencias y Docencia del Sanatorio Güemes.

Desde 1995 fue Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Fue acreedor a numerosas distinciones; se le otorgó el Premio Konex a la Ciencia y Tecnología; el Premio "Maestro de la Medicina Argentina"; "Arco de Triunfo" del Hospital Francés; fue Miembro del Comité de Ética de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica, entre otras.

Publicó varios libros con sus reflexiones, propuestas para volver a humanizar la práctica médica, mejorar la salud pública y esencialmente para entender la ética médica como surge en: "Ser médico ayer, hoy y mañana". En su obra póstuma "En búsqueda de la sensatez en Medicina", presentada en la Academia, en 2011, se pronuncia con relación a la sensatez y reflexiona sobre los efectos adversos del error médico.

Hasta aquí una sucinta mención de su currículum.

No quisiera dejar de mencionar que el Académico Honorario Nacional, Prof. Alfredo Martínez Marull y nuestro Académico Marcelo Elizari hicieron llegar a la Academia un detallado comentario póstumo con las actividades del Dr. Alberto Agrest.

**SEMBLANZA DEL ACADÉMICO EMÉRITO
ALBERTO ERNESTO LAURENCE**

28-7-1915 / 16-1-2012

ACAD. ALFREDO MARTÍNEZ MARULL*

Agradezco al Sr. Presidente y al Consejo de Administración de la Academia Nacional de Medicina, la honrosa designación de participar en esta reunión de las Academias de Medicina del Plata con una semblanza de nuestro Académico Emérito Alberto Laurence fallecido, en esta ciudad, a principios de año.

Sin dudas, los tiempos de vida profesional, intelectual y personal compartidos permitieron gestar la profunda amistad que me otorga título para hablar de él.

A *Tito*, como lo llamábamos, se lo conocía por el trato, la palabra y las costumbres de un hacer pulcro y depurado, tanto en su vida personal, como profesional (*Foto 1*).



Foto 1

* Académico Honorario Nacional (*Córdoba*), Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Exdecano y Profesor Emérito, Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina.

Dotado de una natural sobriedad y elegancia en el vestir y en el actuar; era educado, respetuoso y amable y con una modestia que lo aparentaba como precavido o quizá como dudoso, aunque, Borges a la duda, la mencionaba como rasgo de persona inteligente. La verdad, es que además, siempre contó con el **arma de los fuertes, que es la voluntad**.

Por otra parte, la claridad y precisión de sus ideas, le permitieron saber y entender que, para ser maestro, ante todo, hay que tener **actitud de dar**, la razón de fondo de que enseñar se parece a amar con desinterés.

Como el cuadro del pintor Fildes, *The Doctor*, quien por encargo de la Reina Victoria, plasmó la imagen del Dr. James Clark mirando, pensando y razonando (*Foto 2*).



Foto 2

Casi como una digresión, comento que había recibido de sus padres, una formación familiar que, unida a la educación primaria y secundaria en los colegios St. Georges College de Quilmes y el Colegio Nacional Domingo Faustino Sarmiento de Buenos Aires, le facilitaron, sin dificultades, el ingreso a la Facultad de Medicina de la UBA donde se gradúa como médico en 1941.

Ya en esos tiempos, unió su vida con Marta Ousinde (*Beba*) primero como esposa y luego como padres de Gloria y Alex, quienes les dieron ocho nietos y cinco bisnietos, el orgullo y alegría de sentirse abuelos diplomados (*Fotos 3 y 4*).



Foto 3



Foto 4

Siempre le escuché reconocer que *Beba* era la inspiración de su familia y el complemento adecuado de apoyo optimista que deseaba y necesitaba frente a su casi natural retracción.

Cumplió su etapa de perfeccionamiento profesional visitando las Clínicas Mayo, Lahey y Cleveland de EE.UU. y el St. Mark's Hospital de Londres y desde entonces fue un asiduo viajero a los centros quirúrgicos más prestigiados de Europa y Estados Unidos de Norte América.

A su regreso al Hospital Británico de Buenos Aires y al poco tiempo, debe suceder al Dr. Jorge Mulcahy en las Jefaturas de Proctología y de Cirugía General y participa además en la creación de las primeras Residencias Médicas en 1964.

Desarrolló su actividad profesional y académica plenamente y sin atisbos de envidia, tan solo con la sana alegría y admiración de

ver triunfar a los demás. Pero la vida siempre es un lento trajinar de intentar y hacer tareas hasta que, una ilusión o una pasión nos atrapan y de allí pareciera volar.

Tito vivió “serenamente atrapado” en diversas ilusiones y seguramente también con “aquella incomparable felicidad de a dos”, que describió André Maurois, una felicidad junto a *Beba* por sus hijos, nietos y bisnietos que siempre les llenaron **La Bolsa de las Satisfacciones** (Foto 5).



Foto 5

Daniel Cranwell, Maestro de la Cirugía argentina de principios del siglo pasado, siempre insistía que la Cirugía debía ser ejercida por quienes tengan gran integridad moral, la misma que sentía y enseñaba Alejandro Pavlovsky a quien *Tito* admiraba y recordaba como persona y cirujano ejemplar. Sin dudas, la Cirugía no es un trabajo, sino un estado del alma que tiene al riesgo como excitante.

Ciertamente con la muerte de Alberto Laurence desaparece uno de los grandes cirujanos de nuestra época y la Academia Nacional de Medicina pierde a un Académico de ejemplar probidad y honorabilidad, virtudes que unía a una bondad y modestia excepcionales.

Desde su incorporación como Miembro Titular cumplió tareas en el Consejo de Administración y en diversas Comisiones; fue miembro de jurados y gestor de las deliberativas reuniones de los “tercer” jueves donde los Sres. Académicos analizan diversos temas médicos de actualidad.

Presidió la Sociedad Argentina de Coloproctología y la Argentina de Gastroenterología, la Asociación Latinoamericana de Proctología,

la Academia Argentina de Cirugía y la Asociación Argentina de Cirugía que lo designó Cirujano Maestro. En el 2010 el Reino de Marruecos lo condecoró Benefactor de la Humanidad.

Fue Miembro Honorario de numerosas Sociedades Científicas de Brasil, Uruguay, Chile, Perú, EE.UU.; de la Royal Society of Medicine, la International Society of Colon and Rectal Surgeons y del Royal College of Surgeons of England que, además, lo tituló *Honorary Fellow*.

Enemigo del exitismo y extraño a la afectación, sabía, como médico de alma, que Maestro no es el que da, sino el que devuelve pero, recordando que, las cabezas de los discípulos no son ánforas para llenar de pensamientos y de ideas sino antorchas para saber encender.

Autor de numerosos trabajos y comunicaciones en Sociedades Médicas y libros en colaboración, Cáncer de Colon y Recto, Enfermedades de Colon.

Además, sus conocidos Cuadernos y Folletos sobre: Máximas y Mínimas; El alma del cirujano; La longevidad; Grandes figuras de la Cirugía Argentina; Recuerdos de un cirujano, etc. En cada uno está plasmado el espíritu de un gran hombre que fue, para mí, un amigo excepcional.

Fue también, buen deportista: practicaba rugby, boxeo y golf, donde obtuvo grandes trofeos, entre ellos el 2 de hándicap en Argentina. Además, gran jugador de tenis y a veces solía correr (*Fotos 6, 7 y 8*).



Foto 6



Foto 7



Foto 8

Finalmente, un recuerdo especial de la Mesa de la Amistad, **la sacristía**, creada hace varios años por Andrés Santos y Ángel Bracco donde, cada miércoles, después de la Reunión de la Academia Argentina de Cirugía, un grupo de miembros nos reuníamos en un conocido bar cercano para compartir una copa de bebida espirituosa y, distendidos, conversar sobre temas de interés cultural y profesional. **Tito**, hasta sus 90 fue un asiduo concurrente y siempre su palabra traía serenidad espiritual en las diferencias de opiniones (*Foto 9*).



Foto 9

Ausente, justificada pero presente, *Tere* es también una admiradora de *Tito* (Foto 10).



Foto 10

Querida *Beba*, Gloria y Alex, nietos, bisnietos y familiares de nuestro Académico Emérito Alberto Laurence; Sres. Presidentes de las Academias de Medicina del Plata, Sres. Académicos, Colegas y Amigos:

Termino esta evocación con dos pensamientos: el primero de José Ingenieros y el segundo la Vieja Bendición británica.

José Ingenieros, era médico y político y siempre exaltaba y recordaba “**a quienes andan por la vida sin las muletas del fraude y la mentira y a quienes son de valores sin sombras y de verdades sin velos**”. Así fue nuestro amigo.

Para *Tito*, La Vieja Bendición, que dice:

***Que el camino se abra siempre a tus pies.
Que la brisa sople a tu espalda.***

Que el sol brille tibio en tu cara.

Que la lluvia caiga suave en tu pradera y,

***Que hasta que nos volvamos a ver
Que Dios te tenga en la palma de su mano.***

Muchas gracias.

**SEMBLANZA DEL ACADÉMICO
DR. CIRO A. PELUFFO BERRUTTI***
1908-2009

ACAD. ANTONIO L. TURNES Y ROBERTO QUADRELLI**

La Academia Nacional de Medicina viene a rendir homenaje a su primer Presidente de Honor, el Acad. Ciro A. Peluffo Berrutti. Motivo por el cual nos ha encargado dirigirles estos recuerdos.



Cuando él nació, hacía cuatro años había terminado la última Guerra Civil. Hijo de una familia numerosa, era el mayor de 5 hermanos, dos varones y tres mujeres. Su padre fue un destacado Químico-Farmacéutico, el Prof. Antonio Peluffo¹, que desempeñó la

* Copiado de la Revista del Sindicato Médico del Uruguay.

** Académico Titular, Academia Nacional de Medicina del Uruguay, 18 de Julio N° 2175, 5° Piso, Montevideo, Uruguay.

¹ SCARONE, Arturo: Uruguayos Contemporáneos. Nuevo Diccionario de Datos Biográficos y Bibliográficos. Casa A. Barreiro y Ramos SA. Montevideo, 1937; pp. 3659-370. PELUFFO (Antonio). Químico-Farmacéutico, nacido en Montevideo el 8 de febrero de 1877, siendo sus padres don Antonio Peluffo y doña Teresa Seitun. Cursó estudios de farmacia en la Facultad de Medicina de Montevideo, graduándose de químico-farmacéutico en 1899. En concurso de oposición obtuvo la cátedra de Farmacia, Química y Galénica (1900). Designado en 1907 Jefe del Laboratorio Químico Municipal de Montevideo, ha propiciado desde ese puesto la

Dirección de Bromatología de la Intendencia Municipal de Montevideo y escribió muchos trabajos sobre el tema, aun pasados los 90 años de edad. Uno de ellos una semblanza de José de Arechavaleta y Balparda (1838-1912), ciudadano bilbaíno radicado en Montevideo, destacado naturalista, educacionista y nuestro primer bacteriólogo^{2,3}. Ciro Peluffo tenía raíces genovesas y en alguna pequeña parte ancestro indígena. Nació en Montevideo el 19 de abril de 1908, cuando todavía circulaba el tranvía de caballos, y presencié la aparición de los primeros tranvías eléctricos. Fue un auténtico hijo de la Escuela "Artigas", el Liceo "Rodó" y el Instituto "Alfredo Vásquez Acevedo", todos ellos establecimientos públicos; de la Facultad de Medicina en sus mejores tiempos, época que en Anatomía le exigían a cada estudiante presentar una tesis. Para lo que debió realizar numerosas autopsias en fetos, niños y adultos. Aprendería así la importancia del método científico. Por ese tiempo se iban levantando importantes construcciones: el Palacio

legislación vigente sobre higiene alimenticia, a cuyo estudio se ha dedicado especialmente. Fue Presidente del Centro Farmacéutico Uruguayo y ha intervenido en varios congresos nacionales e internacionales de química y farmacia. El 15 de octubre de 1926 fue designado para integrar el Consejo Directivo del Instituto de Química Industrial, cargo en el que cesó el 21 de mayo de 1931. Fue también Delegado de la Facultad de Química y Farmacia al Consejo Central Universitario. Ha dado a la publicidad los siguientes trabajos: "Investigación de materias colorantes", 1901; "Análisis de pepsinas comerciales", 1901; "La glucosa comercial". Estudio en colaboración con el Prof. Giribaldo, 1906; "Composición e inspección de la leche de vaca en Montevideo", con el mismo profesor, 1908; "Détermination indirecte de l'extrait de lait de vache", *Idn. iden.*, 1909; "Adulteración del citrato de magnesia por el borato de soda", 1901; "Análisis del agua del Río de la Plata", en colaboración con el Prof. C. Negrotto, 1911; "Composición de los residuos domiciliarios de Montevideo", 1911; "Composición normal de la leche destinada al consumo", 1911; "Condiciones de pureza que deben exigirse al éter anestésico", 1923; "Higiene de la leche destinada al consumo público", 1923. Además de los trabajos citados anteriormente, aparecidos en tirajes separados, ha publicado en los "Anales de la Asociación de Farmacia y Química del Uruguay" los siguientes: "Necesidad de emplear compuestos órgano-minerales de composición definida en la profilaxis de las enfermedades infecciosas"; "Caracterización de los similares del ajeno a los efectos de la ley que prohíbe su fabricación y venta"; "Condiciones de pureza que debe exigirse al éter anestésico"; "Proyecto de ley de vinos" (Presentado en colaboración con los profesores Coppetti [Victor] y Giribaldo [Domingo]); "Higiene de la leche destinada al consumo público". Fue fundador del Laboratorio Athena, hoy denominado "Laboratorio Athena - Dr. Q. F.: Antonio Peluffo SA". Ref.: <http://www.athena.com.uy/sitio/Empresa.php> (Consultada el 14.10.2012).

² PELUFFO, Antonio: José Arechavaleta (1838-1912). En: Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo I, 1988, pp. 57-63.

³ PELUFFO, Antonio: Arechavaleta (1838-1912) Conferencia de Don Antonio (Prof. Peluffo) en la Sesión del martes 22 de octubre de 1946 en el Rotary Club de Montevideo. Edición del Rotary Club de Montevideo, 1946.

Legislativo y el Puente sobre el Río Santa Lucía. Practicó deportes, entre los cuales, el remo.

Ingresó a la Facultad de Medicina en 1928. Trabajó desde 1930 en el Laboratorio del Hospital Maciel, porque ya poseía sólidos conocimientos de Laboratorio Clínico (Clínica del Prof. Antonio Lussich) y con Julio C. García Otero. Luego formaría parte del viejo tronco de la microbiología en el Instituto de Higiene Experimental, que dirigía Arnoldo Berta. De inicio estuvo junto a Rodolfo Tálice con quien hizo su primer trabajo de investigación científica en Parasitología, sobre Balantidosis y enseguida con Estenio Hormaeche, su Maestro, con quien emprendería su compromiso de investigación y docencia con la Bacteriología. Como lo afirmó Peluffo, eran tiempos en que se consideraba a la Bacteriología como la Cenicienta de las materias básicas.

Se inició en las disciplinas de la Microbiología en el viejo Instituto de Higiene Experimental, de Sarandí y Maciel, transmitiéndonos un rico anecdotario sobre aquellos personajes míticos que poblaron la antigua Casa de los Ejercicios, fundada en 1799, donde en modestos laboratorios realizaban sus investigaciones desde 1895. Siendo el primero en Sudamérica, en la producción de sueros y vacunas. Junto a Hormaeche describió y clasificó numerosas especies de Enterobacterias, fundamentalmente de los géneros *Salmonella* y *Shigella*, estableciéndose firmemente, a nivel mundial, la "Doctrina de Montevideo". Demostrando que las *salmonellas* de origen animal eran capaces de producir en los lactantes graves cuadros como septicemias y meningitis, a punto de partida de las enteritis infantiles. El Instituto de Higiene mudaría a su flamante local en 1940.

Hormaeche le hizo vivir, en su propio ejemplo de investigador, que el científico exponía su vida buscando una verdad, cuando estuvo a punto de morir por una infección con *Brucella suis*, en tiempos que se ignoraba la posibilidad y frecuencia del pasaje de las *brucellas* a través de la piel, aparentemente sana y se desconocían los riesgos de la manipulación de animales infectados. Época pre-antibiótica.

Experimentar en el laboratorio con microorganismos, no era tarea sencilla o inocua. Estaba expuesta a graves riesgos.

Esas contribuciones e investigaciones, no eran meras especulaciones de laboratorio, sino que tenían inmediata aplicación clínica,

particularmente en el campo de la Pediatría [Hospital “Dr. Pedro Visca”]. Gracias a tales aportes las diarreas estivales y las intoxicaciones alimenticias pudieron ser mejor tratadas salvando miles de vidas de niños pequeños, que serían luego ciudadanos de provecho. Con marcada incidencia en la disminución de la Mortalidad Infantil en décadas sucesivas. Durante más de 50 años, cerca de un centenar de bacteriólogos, que luego pasarían a ser líderes en sus países, en toda América Latina, se formaron sólidamente en aquel Instituto de Higiene orientado por Hormaeche y Ciro Peluffo.

Enseguida de terminada la Segunda Guerra Mundial con una Beca del British Council, realizó estadía prolongada en Londres, destruida por los bombardeos, con un racionamiento feroz. Allí, como no pudo obtener cigarrillos, inició la costumbre de fumar pipa, cuyo tabaco no tenía restricciones, como una forma de disfrutar de la lectura y la reflexión, con su inteligencia inquieta que siempre le acompañó.

En 1953 fue Delegado a la Primera Conferencia Mundial de Enseñanza Médica, en Londres, en la Sede de la British Medical Association, consagrando de este modo un interés marcado por la pedagogía médica, otra de sus pasiones.

En Brasil, Ciro Peluffo fue Jefe del Laboratorio Especial de Investigación Microbiológica, Instituto Butantan de Sao Paulo que constituye uno de los más prestigiosos lugares de investigación en Salud Pública del mundo, donde se produce el 93% de los sueros y vacunas (incluyendo los famosos sueros antiofídicos). Fundado por la Secretaría de Salud de Sao Paulo, en 1901, desarrolla múltiples actividades en el asesoramiento y suministro de seroterapias para enfermedades provocadas por microorganismos, animales ponzoñosos, así como la educación y la investigación científica en amplios campos.

Jerarquizó el Laboratorio Clínico. Dirigió laboratorios, fuera del ámbito académico, tanto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, [donde había conocido de joven al Maestro Luis Morquio] que también cumplió 100 años en el año 2008, como en el de la Cooperativa Nacional de Productores de Leche (CONAPROLE), la principal industria láctea del Uruguay. Enseñó con diligencia y exigencia su materia, mostrando e inculcando destrezas y habilidades que los estudiantes incorporaban como una habilidad para toda la vida.

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

Enseñó a estudiar, descubrir, publicar, emplear las herramientas del conocimiento y el espíritu crítico. Hizo sencillo lo complejo, en aquellos cuadros intrincados para diferenciar los *Gram Negativos* a través de la modificación de los colores de los azúcares y la producción de gas. Ganó becas, premios, publicó cientos de trabajos científicos.

Siempre atento a la evolución de las ideas y al avance de la ciencia, ejerció su condición de auténtico universitario con dignidad, integrando diversos órganos de gobierno. Ejerció funciones como Consejero en la Facultad de Medicina y en la Universidad de la República, poniendo de manifiesto su creatividad y profundidad de pensamiento.

En el Sindicato Médico del Uruguay fundó y presidió durante 17 años el Fondo de Solidaridad Social, junto a Ricardo Yannicelli y Aron Nowinski.

En la Cátedra formó equipos de investigadores y docentes que extendieron sus conocimientos a las áreas clínicas y permitieron grandes avances, salvando miles de vidas, sobre todo cuando se integraron con los centros de tratamiento intensivo. De esa estirpe salieron valores como Norris Surraco, Juan Carlos Bacigalupi, Jorge Assandri, Pedro Lorenzo Aleppo, Héctor Tosi y Maruja Hortal, su esposa, trabajando en las investigaciones virales. O quienes se destacaron en el campo de la microbiología clínica, como Walter Pedreira, o quien ocuparía la Cátedra, Felipe Schelotto. Tal vez su discípulo más destacado fue Carlos E. Hormaeche (1920-2005), hijo de su maestro Estenio, quien sería Profesor y Jefe de Departamento en las Universidades de Newcastle y Cambridge.

- Desde 1958 fue Profesor Titular de Bacteriología y Virología de la Facultad de Medicina de Montevideo, de la que fue Profesor Emérito desde diciembre de 1987, además de Jefe del Centro Nacional de Salmonella.

De sus actividades internacionales cabe destacar que fue:

- Miembro del Comité de Expertos de la OMS sobre Servicios de Laboratorios de Salud;
Fellow de Guggenheim y British Council.

EN LA ACADEMIA.

El Académico Alfredo Navarro Lussich, en una memorable conferencia⁴ ha expresado en una perfecta síntesis: *Con su espíritu la Academia asume la defensa tesonera de la ética en general y la médica en particular; los beneficios de la Medicina suministrados con igual calidad, dedicación y devoción a todos los habitantes del País; incita a culturizar; enaltece la libertad y preconiza el terminante destierro de todo propósito por politizar la ciencia, docencia y conciencia ajenas, no permitiendo violar los insustituibles principios morales, deontológicos y éticos, sustentos del entramado social.*

Ciro Peluffo ha representado con todo vigor ese espíritu académico.

El Académico Roberto Quadrelli había tenido la intención de dirigirles la palabra en este homenaje, pero por motivos ajenos a su voluntad no ha podido estar presente. Por eso me permito tomar algunas de las palabras que él pronunció en el Homenaje que le tributara la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes al cumplir el Centenario, el 8 de octubre de 2008 en el Palacio Legislativo uruguayo⁵. Allí, con la presencia lúcida y activa del Acad. Ciro A. Peluffo, él pronunció su emotivo y espontáneo discurso en un cálido acto.

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

⁴ NAVARRO LUSSICH, Alfredo: Pasado, Presente y Futuro de la Academia Nacional de Medicina. Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, Vol. XIV: 2; 1996, pp. 31-36.

⁵ QUADRELLI, Roberto: Discurso en ocasión del Centenario del Acad. Ciro A. Peluffo, celebrado en el Palacio Legislativo el 8 de octubre de 2008. En: Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, Vol. XXV, 2008; pp. 15-23; y en <http://anm.org.uy/documents/Boletin2008.pdf> (Consultada el 08.10.2012).

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

En aquel homenaje el Acad. Roberto Quadrelli recogía lo que habían sido los intentos, desde 1783, de instalar una Academia de Medicina en Montevideo bajo el Protomedicato del Dr. Miguel Gorman, y los sucesivos intentos, todos fracasados, hasta 1976. Y afirmaba entonces, que si hubieran contado con un Académico como Peluffo, seguramente se habría podido consolidar mucho antes.

Cuando la actual Academia, inició su organización el 27 de diciembre de 1976, había una norma que la creaba. Pero todo estaba por hacerse.

Había que establecer la reglamentación interna, régimen de trabajo, crear comisiones en variados temas, había que crear e ir perfeccionando el mecanismo de nombramiento de nuevos Académicos, manejar sus finanzas, realizar las conexiones con otros organismos y otras Academias nacionales y extranjeras, y otros aspectos cotidianos.

En todas y cada una de ellas estuvo presente y en primera línea Peluffo. Dedicó tiempo, tesón y capacidad a la Academia naciente como pocos. De los 36 años de existencia de la actual Academia, en 33 de ellos estuvo presente y trabajando por la misma el Acad. Peluffo.

Cuando pocos días antes había dado la bienvenida a tres nuevos Académicos, el Presidente Quadrelli reiteraba este concepto: *El sítil Académico no es cargo o función como muchos de los que habéis ocupado hasta ahora. No es mullida poltrona como recompensa para descansar luego de vuestra labor de toda una vida...*

Peluffo interpretó a cabalidad estas palabras en su larga estadía Académica.

- Ingresó como Académico titular el 15 de octubre de 1977.
- Presidió la Academia en el período 1986-1987 y sus colegas Académicos lo nombraron Presidente de Honor, el 26 de julio de 2007. Es el Primer Presidente de Honor en la historia de la Academia.
- Desempeñó tareas de protesorero en los años 1989-1990.
- De tesorero en los años 1991-1992.
- Responsable de la Comisión de Becas, Premios y Concursos en un período no menor de 15 años.

- Fue uno de los artífices en la comunicación con las demás Academias de América Latina y Delegado por varios períodos de nuestra Academia ante la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, asistiendo a sus reuniones en alternadas ciudades de la región, incluyendo el encuentro de las respectivas Academias Nacionales con las Iberoamericanas. Téngase en cuenta que cada uno de estos eventos era precedido por la elección y elaboración de un tema puntual que exigía tiempo y dedicación.
- Participó activa y creativamente con el Acad. Guglielmone en la creación y secretariado de la Fundación de apoyo a la Academia.

Su biblioteca, abundante en libros científicos, estaba plena de novelas policiales en inglés. Apreciaba el cine de calidad, que siguió disfrutando hasta el final de su vida con entusiasmo juvenil. Magnífico conferenciante le motivaron al final de su vida, los temas vinculados con la superpoblación, ética y bioética ambiental y sobre todo el tema de las enfermedades emergentes y reemergentes. Con una calidad en sus presentaciones que asombraba a sus oyentes. Por cuanto detrás del antiguo profesor e investigador microbiólogo, surgía un pensador médico y social de elevado talento.

Amó la tierra, plantó árboles, cortó leña, hizo bricolaje, leyó con pasión omnívora, disfrutó de la vida ayudando a los demás, alumbrando los caminos. Más de cuarenta generaciones de médicos aprendimos con él los fundamentos de la Bacteriología, pero sobre todo la metodología científica y la epistemología, en su Cátedra.

Un hombre recto y justo, consagrado a la ciencia, que cultivó sin estridencias, con humildad y con humor.

Un auténtico maestro, exigente y sobrio, cordial y afectuoso. Un verdadero estímulo para todos. Ahora que pasó a la Eternidad, debemos agradecerle, una vez más, por sus enseñanzas y la riqueza de su ejemplo. Por eso celebramos con este tributo, haber conocido a un Académico, Presidente de la Academia y Presidente de Honor, que llevó una vida tan rica y vigorosa dedicada a sembrar, con ética inquebrantable, el conocimiento y el bien a manos llenas.

Muchas gracias.

CONFERENCIA

APRENDER Y DESAPRENDER EN CIRUGÍA

ACAD. VICENTE GUTIÉRREZ*

Desde la antigua Grecia, la definición de Cirugía era “el arte de trabajar con las manos”. Siglos más tarde el cofundador de la primera Escuela de Medicina en EE.UU. (John Morgan - Pennsylvania 1737-1789) dijo: “La cirugía rebajada a un arte intelectual mecánico, repugna a los hombres sensibles”, proponiendo entonces, que no hubiera cátedra de cirugía y que los cirujanos continuaran formándose como aprendices.

Uno de los que influyó para que la cirugía adquiriera categoría de “ciencia” fue Lord Joseph Lister de Glasgow (1867), quien nunca había “entrado al abdomen porque era fatal”, pero desarrolló la antisepsia basándose en las investigaciones de Pasteur.

Pero Lord Lister también dejó el célebre aforismo: “Si uno no está dispuesto a aprender...y desaprender toda su vida, debería abandonar la medicina y dedicarse a un oficio de tercera categoría”.

El problema de la época y de la primera mitad del siglo XX, era que pocos jefes y profesores tenían especial interés en “enseñar” y por lo tanto el aprender estaba cercano a un “autoaprendizaje”. Algunos por su capacidad y dedicación, se constituyeron en directores de “Escuelas Quirúrgicas”, aunque la mayoría no tenía programas de enseñanza ni evaluaciones formales y se aprendía mirando, ayudando e imitando durante muchos años.

Pero no todas las escuelas eran iguales. René Leriche en “Filosofía de la Cirugía” (París-1918), al referirse a “El jefe de escuela” escribe: “En la época presente, no veo más que una que, por la per-

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

sonalidad de sus creaciones, por la perfección de sus procedimientos operatorios, merece especial mención: la Escuela de Enrique y Ricardo Finochietto, en Buenos Aires”.

En esa época era común que los jefes y profesores accedieran a sus cargos antes de los cuarenta años de edad, dándoles muchos años para imponer un sello personal en sus preferencias. Además, la larga permanencia de los cirujanos en formación en un mismo hospital, los obligaba a seguir estrictamente las directivas de los mayores, con los que discrepar era casi una irreverencia. De ahí que más adelante les fuera difícil “desaprender” dogmas y mitos, que habían adquirido en una reiteración de técnicas e “interpretaciones” de fisiopatología.

En los antiguos métodos de enseñanza, el profesor dictaba clases teóricas, a las que asistían adjuntos y ayudantes, mientras los alumnos escuchaban pasivos o tomaban apuntes, más útiles para “repetir” en los exámenes que para cimentar los conocimientos. Hoy está aceptado que esas “disertaciones” tienen un mínimo valor pedagógico. Sin embargo, algunas universidades continuaron evaluándolas en concursos de oposición, dándoles puntajes similares a los antecedentes en investigación, o al concepto entre sus pares, o a las condiciones como cirujano. Parecería que no pudieron desaprender que tienen más valor la creatividad y la originalidad de los trabajos, que la antigüedad y la cantidad de publicaciones.

Quienes no pudieron cambiar cuando llegó una cirugía con fundamentos científicos, más el impulso juvenil de los residentes con dedicación exclusiva y que debían formarse en menos de cinco años, sufrieron y perdieron liderazgo. Lo mismo ocurrió en generaciones más recientes, cuando la cirugía mínimamente invasiva se incorporó al armamentario del cirujano.

Para los cirujanos, el haber ignorado o no aceptado los avances tecnológicos motivó que muchas áreas de la cirugía fueran ocupadas por endoscopistas, radiólogos y otros especialistas en imágenes.

En cuanto a la historia, nuestra cirugía siguió paso a paso la medicina europea, en especial de Francia, y las novedades llegaban con años de demora.

En el quirófano que usaba Ignacio Pirovano (Hospital de Clínicas, 1988 (Foto 1) se ven los vaporizadores de ácido fénico y en cajas de ma-



Foto 1

dera, el instrumental que se lavaba con agua y luego se sumergía en una solución también con ácido fénico. Los cirujanos operaban de levita, aunque Pirovano usaba una bata por encima de su traje de calle. Se presenciaban las operaciones desde gradas; de ahí la denominación británica de *Operating Theater Gallery* y hoy *Theater* es sinónimo de Sala de Operaciones.

En 1900 (Foto 2 - Alejandro Posadas), todo el equipo quirúrgico



Foto 2

usaba delantales de mangas cortas, sin gorros ni guantes y se habían incorporado las mesas de operaciones metálicas.

En 1909, en el Hospital Español, ya se utilizaba delantal y gorro, pero no guantes ni barbijos. La anestesia general era por goteo y el enfermo era inmovilizado con correas de cuero (*Foto 3* - Ángel Gutié-



Foto 3

rez ayudado por el practicante Vicente Gutiérrez). Ya aplicaban los principios de la asepsia que habían aprendido directamente de Juan B. Justo, con lo que habían podido hacer con éxito una gastroenterostomía y una ileosigmoideostomía.

Cuatro años más tarde (*Foto 4* - Operando Avelino y Alberto Gutiérrez)



Foto 4

se ven palanganas, en las que los cirujanos se lavaban varias veces durante una operación con agua, éter y bicloruro de mercurio. Ya habían incorporado los guantes de goma de la fábrica Good Year, siguiendo a Halsted que los había ideado con el fin de proteger las manos de su asistente.

Eran los comienzos del siglo XX, con una cirugía centrada en la anatomía, la técnica, la antisepsia y la anestesia. El éxito era poder sobrevivir a innumerables complicaciones, en especial sépticas, y no se hacían seguimientos alejados. Recién a mediados del siglo se desarrollaron los antibióticos, los avances en fisiopatología quirúrgica y los modernos conceptos sobre educación de cirujanos.

Fue entonces que cobró actualidad el antiguo aforismo de Lord Lister sobre la necesidad de “desaprender”, lo cual no significaba olvidar, para poder “aprender” al ritmo vertiginoso de los cambios.

En 1890, en Baltimore, Halsted había comenzado su programa de formación de cirujanos con dedicación exclusiva, aprobado 7 años más tarde por las autoridades de su hospital (Johns Hopkins). Al principio no había límite de tiempo para formarse; Mark Ravitch lo hizo en 8 años y otros hasta en 13; el sistema era piramidal, tenían espaciados días libres y pocos se podían casar. Recién en 1970 los residentes dejaron de vivir en el hospital, “desaprendiendo” arraigados principios de que debían “residir” en el hospital. Con el correr del tiempo y siguiendo la fragmentación de la cirugía general, crecieron los programas “modulares”, adaptándose más a las necesidades de cada residente.

Fuera por ignorancia o por resistencia al cambio, recién en 1952 comenzó la primera Residencia de Cirugía en el Hospital “Eva Perón” (Fundación “Eva Perón”) y en 1957 (Hospital Durand y Universidad de Buenos Aires), se difundieron en nuestro país los programas formales.

A muchos cirujanos educados con la rigidez de las antiguas escuelas, y a muchos profesores en actividad, les costó “desaprender” para aprender un sistema en el que los jóvenes ingresaban con un sueldo, tenían libertad de discutir con fundamentos, adquirirían una progresiva autonomía en las decisiones y la posibilidad de hacer cirugía mayor en pocos años. Los mayores debieron “aprender” a delegar y a confiar en los más jóvenes, quedando como muy anticuados aquellos que decían estar orgullosos de hacer sus operaciones “de piel a piel”.

Estos cambios ya tenían 67 años en EE.UU. La figura del profesor hablando desde una tarima con postura de catedrático, había sido reemplazada según el conocido aforismo: “Para aprender más vale un guía al lado que un sabio en el estrado”, creciendo la importancia de los instructores y de los mentores.

En nuestro país el concepto de “mentor” tampoco había sido desarrollado. En una encuesta que hicimos a 73 postulantes para ingresar a una Residencia de Cirugía, 64 no conocían el significado de mentor y sólo 9 habían tenido mentores durante el pregrado de su carrera.

De ahí la importancia de los consejos de Carlos Pellegrini, Profesor en Seattle y Miembro Honorario de la Academia, en *Busque un Mentor* (The Asa Yancey Lecture-The Am J Surg 2009): “El mentor es alguien con quien usted *hace click*. Acérquese a esa persona; muéstrele sus valores y su carácter; la relación se crea en la confianza. En cierto grado es un acto de amor, un camino en dos sentidos y que el Mentor demuestre real placer en lo que hace”.

En esta etapa de cambios, también apareció el concepto sobre la “curva de aprendizaje”, surgiendo el dilema ético del riesgo que corrieron, y podían correr, aquellos enfermos operados en la parte inicial de la curva.

Así nació el nuevo paradigma de la educación “fuera del quirófano” para el aprendizaje de habilidades, un entrenamiento repetitivo y evaluación más objetiva de los niveles de competencia para cada operación.

Repetir reiteradamente las habilidades motoras, permite incorporar destrezas y aplicarlas como gestos casi automáticos, con un mínimo esfuerzo mental, comparable a la rutina en el lavado prequirúrgico de manos.

Los programas más comunes son en animales vivos con la guía de “instructores” y en simuladores. Estos últimos cada vez más sofisticados, son de difícil alcance para países en vías de desarrollo. Se estima que el costo de simuladores computarizados con realidad virtual, es superior a 100.000 dólares y se agregan otros 20.000 para

incorporar nuevas operaciones. A ello hay que agregar los costos de ingenieros, instructores y mantenimiento.

Otra problemática de nuestra especialidad es que los cirujanos deben dedicar muchas horas al quirófano, sumadas a las tareas en consultorios y en salas de internación. Los que siguen una carrera docente, también enseñar, hacer investigación, participar en sociedades científicas y viajar a centros de nivel internacional. Por todos estos motivos, los temas de educación solían quedar en un segundo nivel de interés.

Para entender los procesos de cambio, Andrés Santos insistía en los principios modernos de la enseñanza y del aprendizaje, organizando talleres con especialistas, reuniones sobre dinámica de grupos, becas y encuestas de evaluación.

En la formación de un cirujano, los mecanismos del aprendizaje siguen la secuencia clásica: 1) Información en base a la enseñanza y a las lecturas; 2) Incorporación a la mente de nuevos conocimientos; 3) Almacenamiento (memoria) de la información y de la experiencia; y 4) Convertir el conocimiento en habilidades y destrezas.

El mecanismo se potencia cuando hay motivación, clima para la concentración y una adecuada asociación de ideas. En *Algunas consideraciones sobre fisiopatología del aprendizaje* (Tribuna Médica de Colombia - 1991), analizamos factores que interfieren en el aprendizaje como: escasa motivación (responsabilidad compartida entre educandos y educadores); deficiente clima para la concentración y el estudio (responsabilidad de los educadores, de la familia y del estado) o insuficiente asociación de ideas por fallas en la información. Este último punto es también responsabilidad de los docentes, porque demasiada información puede bloquear la capacidad de análisis, de procesamiento y de un pensamiento productivo.

Creo conveniente recordar que el “autoritarismo” es contrario a la estimulación del pensamiento y a la educación médica. Es obligación de los jefes, tanto de Servicios como de Residentes, “desaprender” lo que habían vivido bajo esquemas autoritarios y crear una atmósfera de calidez, sin apartarse de la disciplina, principio básico para la convivencia de los grupos de trabajo y para la seguridad de los pacientes.

Cuanto mejor sea el método y mayor la capacidad para comprender y asociar ideas, mejor será el aprendizaje. En tiempos pasados la memoria era un componente principal del conocimiento, sin saber cómo cuantificar la capacidad del cerebro para almacenarla. En la actualidad se sabe con precisión cuál es la capacidad de almacenamiento (memoria) de un disco de computadora y que al no necesitar mucho esfuerzo para memorizar, queda más energía para el pensamiento y la creatividad.

En la mitad del siglo XX otro gran progreso fue el desarrollo de las computadoras personales, aunque la mayoría de nuestros profesores se habían formado sin estos adelantos, hoy enseñados desde la escuela primaria.

Fue por ello que, cuando llegó la generación de “nativos digitales”, algunos profesores interpretaron que tenían un pensamiento fragmentado y menos profundo, lo que les dificultaría el proceso de aprendizaje y la creatividad. El correr del tiempo mostró que esta generación había adquirido precozmente una habilidad de saltar de un tema a otro, como haciendo “zapping”, y habían podido finalizar sus estudios secundarios sin mayores dificultades. Roxana Morduchowicz en su libro sobre la Generación Multimedia (2008) mostró que esos jóvenes podían utilizar al mismo tiempo el control remoto de un televisor, el teléfono celular y la computadora.

Algo parecido estaba ocurriendo en los quirófanos. Numerosos cirujanos podían operar y al mismo tiempo escuchar música, enseñar y contestar preguntas sobre temas no vinculados a la operación.

Una de las explicaciones de Marc Prensky (2001), fue que los actuales estudiantes antes de ingresar a la universidad habían estado más de 10.000 horas en videojuegos, 200.000 enviando o recibiendo correos electrónicos, 10.000 en telefonía celular y 25.000 frente a un televisor. Pero Natasha Kunakov (Chile-2011) advirtió que parecían actuar en solitario frente a un dispositivo, no entraban en diálogos directos, no usaban la riqueza del lenguaje ni observaban la postura de otros, transformaban las palabras en símbolos y parecían no tener tiempo para la reflexión.

Con el comienzo de la cirugía mínimamente invasiva ocurrió un fenómeno similar. Los cirujanos acostumbrados a laparotomías o to-

racotomías utilizaban el tacto para la exploración de cavidades, hasta tal punto que John Najarian (Minnesota) decía: *To see with the fingers*. Por estos motivos inicialmente tuvieron dificultades para operar con instrumentos. Lo mismo que cuando debían trabajar mirando una pantalla, en lugar del campo operatorio.

Para los que nacieron con esta cirugía mínimamente invasiva, les era natural manejar largos instrumentos por pequeños orificios y confiaban en la tecnología. A los cirujanos más antiguos les costaba confiar en las nuevas tecnologías y cuando aparecieron las grapadoras, preferían agregar suturas manuales de refuerzo. La falta de confianza en la tecnología se remonta a más de cincuenta años. Cuando llegó el clamp de Von Petz para gastrectomías, muchos cirujanos, entre ellos Ricardo Finochietto, no confiaban en el armado “de los ganchitos” y continuaron haciendo suturas manuales.

Vale recordar que algunos peligros para las nuevas generaciones son transformarse en esclavos de los instrumentos, cuando en realidad los instrumentos fueron creados para servir al cirujano. Que lo nuevo no siempre es lo mejor y parte de lo superfluo ha sido adoptado por el atractivo de la novedad.

Por lo tanto los docentes debían “desaprender” mucho de lo que les había sido inculcado y prepararse para ser inmigrantes en una nueva generación. Del mismo modo que los cirujanos mayores debieron “desaprender” innumerables gestos y técnicas quirúrgicas, para “aprender” video cirugía y ser dependientes de la electrónica.

En cuanto a la formación de profesionales, los dos principales objetivos de las universidades eran la enseñanza y el otorgamiento de títulos. En lo que hace “al ejercicio de la profesión” fue Enrique VIII de Inglaterra quien permitió a los cirujanos agruparse en una “corporación”, que luego diera origen al *Royal College of Surgeons*. Con los mismos objetivos, en 1913, en EE.UU., se fundó el *American College of Surgeons* y recién 49 años más tarde, en 1962, el Colegio Argentino de Cirujanos (actualmente integrado a la Asociación Argentina de Cirugía).

Un principio de estos colegios, fue que los pares debían ser los responsables de velar por una adecuada formación de especialistas y por

la calidad en el ejercicio de la cirugía. Fueron, por lo tanto, los principales impulsores de la certificación de profesionales, del mantenimiento de la certificación y de la acreditación de instituciones. Si el Estado decide hacerse cargo de los objetivos y principios de los Colegios Quirúrgicos, peligra el concepto de que son los propios cirujanos (los pares) quienes deben cuidar la calidad del ejercicio de la profesión.

Siguiendo el aforismo de Lister, hemos repasado los primeros cambios a principios del siglo XX; los grandes cambios en la mitad del siglo que obligaron a “desaprender” parte lo que estaba arraigado en más de cincuenta años de rígidas escuelas quirúrgicas; los nuevos principios del aprendizaje con el desarrollo de la computación; la revolución de la cirugía mínimamente invasiva y la responsabilidad de los pares para mantener la calidad en el ejercicio de la cirugía.

En la cirugía antigua interesaban los métodos, las técnicas y el alta del hospital. Hoy se deben medir los resultados alejados y la calidad expresada en números. Como dijera John W. Kirklin (Alabama): “En Dios confiamos, todos los demás deben presentar su casuística”.

La cirugía actual es una disciplina científica con características propias, como que los avances tecnológicos van en paralelo con los progresos científicos. Es la suma de habilidades intelectuales y de habilidades motoras; estas últimas de transferencia muy limitada. Es una “profesión” que implica un permanente diálogo, la necesidad de trabajar en equipo y tener aptitud para tomar decisiones rápidas.

El objetivo final de la educación continuada de los cirujanos, no es seguir modas ni presiones de la industria; es prepararse para el mundo del mañana, en el que la reconstrucción y el reemplazo de órganos, más la atención del trauma como enfermedad, irán desplazando a las resecciones quirúrgicas.

“Lo que parecía imposible en el pasado. En el presente se hizo posible. En el futuro será rutina”. Thomas Starzl – 1986.

Pero “aprender y desaprender” no se aplica sólo a la medicina. Quien quede estático y conforme con lo que aprendió, tendrá cada vez más dificultades para sobrevivir en una civilización, en la que los cambios son permanentes y con límites inimaginables.

CONFERENCIA

Viernes 19 de octubre

EL MORIR Y LA MUERTE*

ACADÉMICOS GUIDO BERRO Y OSCAR CLUZET**

* La conferencia no se publica por no haber llegado a esta Redacción.

** Académicos Titulares, Academia Nacional de Medicina del Uruguay, 18 de julio N° 2175, 5° piso, Montevideo, Uruguay..

CÓNCLAVE MÉDICO ARGENTINA-BRASIL

**ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BUENOS AIRES
(Argentina)**

**ACADEMIA DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
(ACAMERJ)**



**Buenos Aires
26-27 de octubre de 2012**

PROGRAMA

ACTO DE APERTURA

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO POR EL SR.
PRESIDENTE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
DE BUENOS AIRES
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA
ACADEMIA DE MEDICINA DEL ESTADO DE
RÍO DE JANEIRO
ACADÉMICO ALCIR VICENTE VISELA CHÁCAR

PRIMERA SESIÓN CIENTÍFICA

Presidente : *Acad. José A. Navia* (Argentina)
Coordinador: *Acad. Pietro Novellino* (Brasil)

EPIGENÉTICA E CÂNCER

ACAD. MARÍA DA GLORIA DA COSTA CARVALHO (Brasil)

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA LUCHA CONTRA EL DENGUE EN EL NORTE DE ARGENTINA.

HACIA UNA PROPUESTA ANTROPOLÓGICA

ACAD. OLINDO MARTINO (Argentina)

SEGUNDA SESIÓN CIENTÍFICA

Presidente : *Acad. Pedro Luiz Pinto Aleixo* (Brasil)
Coordinador: *Acad. Roberto N. Pradier* (Argentina)

LONGEVIDADE SAUDÁVEL IDOSO

ACAD. CARLOS AUGUSTO BITTENCOURT SILVA (Brasil)

LONGEVIDAD SALUDABLE

ACAD. MANUEL L. MARTÍ (Argentina)

TERCERA SESIÓN CIENTÍFICA

Presidente : *Acad. Alcir Vicente Visela Chácar* (Brasil)

Coordinador: *Acad. Fortunato Benaim* (Argentina)

1ª VACINA CONTRA A ESQUISTOSSOMOSE DO MUNDO.

ACAD. MIRIAM TENDLER (Brasil)

O ENSINO MÉDICO NO BRASIL: GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO.

ACAD. JOCEMIR RONALDO LUGON (Brasil)

ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN ARGENTINA.

GRADO: ACAD. ABRAAM SONIS (Argentina)

POSGRADO: ACAD. ALEJANDRO S. ORÍA (Argentina)

ACTO DE APERTURA

Viernes 26 de octubre

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO POR EL
SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
DE BUENOS AIRES
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA



PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA
ACADEMIA DE MEDICINA DEL ESTADO DE RÍO DE JANEIRO
ACADÉMICO ALCIR VICENTE VISELA CHÁCAR



PRIMERA SESIÓN



EPIGENÉTICA e CÁNCER

ACAD. MARÍA DA GLORIA DA COSTA CARVALHO



LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA LUCHA CONTRA EL DENGUE EN EL NORTE DE ARGENTINA. HACIA UNA PROPUESTA ANTROPOLÓGICA.

ACAD. OLINDO A. MARTINO*



Desde una concepción holística, el dengue continúa representando un desafío ecológico, sanitario y sociocultural. No debe extrañar entonces que frente a enconadas campañas de prevención, apenas se hayan logrado disminuir los índices vectoriales aélicos de esta prevalente virosis que todavía afecta, prioritariamente, a poblaciones radicadas en ambientes húmedos periurbanos, urbanos y rurales, preferentemente tropicales y subtropicales y que, según la OMS (World Health Organization, 2001)¹, cobra cerca de diez millones de víctimas al año.

Desde el punto de vista predictivo acaso sea más preocupante todavía mencionar que, según este organismo internacional (OMS, 2000), en cien países del planeta se estiman cincuenta y un millones de infecciones cada año, con un riesgo de vida vecino a los dos millones de personas. Así, lógico es estimar que su prevalencia endémica continuará mientras su paradigma vectorial, el mosquito, logre cumplir su ciclo vital en una ambiencia confortable. Un dato más que preocupante para las Américas lo

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

emite la Organización Panamericana de la Salud cuando dice que desde 1995 hasta 2012 más de 30 países de América², notificaron 10.448.361 afectados de los cuales 23 de cada mil casos correspondieron a formas severas de enfermedad y 2 de cada mil murieron por dengue hemorrágico o dengue shock (Fig. 1 y 2).



FIG. 1 Y 2

Al igual que muchas enfermedades transmisibles, la historia natural del dengue fue escrita y relatada apenas en el ámbito bucólico. Mientras tanto, en el mundo contemporáneo, sus dramáticos capítulos hoy ya son narrados a partir de conglomerados humanos urbanizados y

periurbanizados, sostenidos por la desidia, la pobreza estructural y la orfandad educativa. La vigencia de estas plagas sociales permite comprender el poco compromiso social asumido por sectores, sobre todo marginados, que reconocen a esta enfermedad como un hecho más en su diario vivir.

Es menester tomar conciencia que esta compleja antropovirosis se sostiene por una intrincada constelación de hechos y circunstancias protagonizados por un escenario ecológico bien definido, por la existencia de un vector biológico y, como víctima de la tragedia, la presencia del hombre susceptible que, a modo de intérprete del significado salud-enfermedad, incorpora a este padecimiento como una realidad cotidiana.

La Argentina, como era de esperar, no permanece ajena a este azote poco menos que ecuménico. Basta recordar la cómoda aclimatación de *Aedes aegypti* en la luctuosa epidemia de fiebre amarilla de aquel Buenos Aires de 1871, procreándose a sus anchas en la húmeda y lluviosa urbe porteña. Hago notar que en esa época este transmisor no se hallaba en su clásico espacio natural tropical- subtropical sino, llamativamente, en una pujante gran aldea con un creciente desarrollo comercial y una acelerada expansión edilicia³. Sin embargo ese floreciente despegue capitalino fue originando paulatinamente un ecosistema deplorable, producto del desaliño ciudadano, transformando el espacioso hábitat natural del mosquito en un restringido y urbanizado *nicho* para su cómoda fecundación. Indolencia y complicidad, producto de la aglomeración habitacional promiscua y del acúmulo de desperdicios y aguas estancadas en charcas, vasijas, jarrones y receptáculos al azar (Fig. 3).



FIG. 3

Dicha situación se vio agravada por un persistente clima húmedo y lluvioso. En definitiva, un modelo ecológico semejante al que hoy asistimos para la transmisión del dengue en específicas áreas del norte argentino.

El propósito de esta presentación es definir el escenario que sostiene al dengue en su ecosistema norteco, adaptando como modelo de amparo sanitario el primer nivel de asistencia individual y colectiva. Me refiero a una asistencia primaria de la enfermedad y de la salud que viene desarrollando, desde el año 1995, la Residencia en Medicina General con especialización en Atención Primaria de la Salud, a mi cargo, con sede operativa en la provincia de Salta en el teatro mismo de prevalencia endémica de variadas enfermedades emergentes y reemergentes. Es así como la labor ininterrumpida en terreno, realizada a lo largo de 17 años, permitió vislumbrar un genuino sustrato antropológico que, en parte, sostendría la constante amenaza sanitaria que representa el dengue en el extremo norte de la Argentina. Pero ello exige considerar, previamente, los factores de riesgo que sustentan el complejo patogénico de esta enfermedad.

1. Factores de Riesgo que Sustentan el Complejo Patogénico del Dengue.

1.1. *Variables del ecosistema.*

El aumento de la temperatura de la corteza terrestre en 2°C, verificada a partir del año 2001. Este importante acontecimiento permitió elaborar una fórmula predictiva que asoció el aumento de la temperatura del medio ambiente con un incremento de la población expuesta al riesgo en cientos de millones y una probabilidad de muerte entre 20 y 30 mil personas infectadas por año⁴. A este fenómeno se agregan otros desajustes ecológicos favorecedores de riesgo tales como desmontes y desbrozados extensos e incontrolados, desastres naturales, vigencia de la Corriente del Niño que ocasiona frecuentes precipitaciones, inundaciones y desmoronamiento de suelos con persistentes colecciones de agua estancada. Muchos de estos imprevistos avatares ecológicos han dejado la clara sensación de que las latitudes virtuales de los subtrópicos se van desplazando lentamente hacia los polos terrestres.

1.2. Reemergencia de potenciales ciclos silvestres.

Publicaciones de la OMS mencionan esta posibilidad entre especies de mosquitos *Aedes niveus*, *Aedes albopictus* y primates no humanos. Destaco este hecho, ya mencionado por Varma MGR en el año 1989⁵ debido a la creciente desestabilización de substratos ecológicos silvestres y a las migraciones poblacionales desde ámbitos rurales y periurbanos hacia regiones selváticas. Además de las posibles readaptaciones antropofílicas de esta especie de mosquito, como así mismo el acercamiento de monos susceptibles con posibles infecciones asintomáticas. A propósito de esta inquietud existen trabajos realizados por el Instituto de Medicina Tropical *Pedro Kourí* de la Habana demostrando la infección asintomática en el mono *Macaca irus*⁶.

1.3. Potenciación de la transmisibilidad y circulación viral en el ecosistema.

Conforme a la faja termo-climática de viabilidad viral oscilante entre una mínima de 14°C y una máxima de 35-40°C, e impulsada por el ascenso de la temperatura de la corteza terrestre en 2°C, el virus del dengue acorta su período de incubación dentro del huésped. Por su parte el mosquito transmisor acorta su transformación en adulto garantizando el aumento del número de crías. Podríamos entonces agrupar las variables predictivas que aseguran la prevalencia del dengue en la geografía médica del Cono Sur de esta forma:

- a) La vigencia del fenómeno del Niño.
- b) El aumento de las precipitaciones pluviales con incremento en la producción de espejos de agua estancados.
- c) El aumento en el número de criaderos de mosquitos.

Con tamaño apoyo ecológico podemos asegurar que el dengue se transforma así en la tercera enfermedad, en importancia, transmisible por vectores. Ello ha permitido elaborar una representación cartográfica de constante asedio del binomio virus-vector, que se sitúa con predilección en la faja norteña argentina y que so-

porta oleadas epidemiológicas desde Paraguay con circulaciones de los serotipos 1 y 2; desde Bolivia con circulación de los serotipos 1, 2 y 3; y además, desde Brasil, con la carga pesada de los cuatro serotipos.

1.4. Variabilidad en la conducta del virus dengue.

Debemos admitir que este Flavivirus perteneciente a la familia *Flaviviridae*, continúa siendo motivo de preocupación. Impredecible y pérfido. Impredecible porque al pertenecer al linaje de otros arbovirus puede, en sus formas de extrema gravedad clínica, adoptar modalidades *atípicas* emulando a las clásicas lesiones de las hepatitis amarílicas, o bien a la encefalitis de San Luis y a la encefalitis japonesa⁷. Además, pérfido si evocamos la grave epidemia sufrida en la República de El Salvador entre los años 1999 y 2000, producida por el ingreso de una cepa asiática muy patógena de Den-2, que comenzó a circular en un ecosistema poblacional sensibilizado, cinco años antes, con la cepa Den-3 y por la circulación actual de virus Den-1 y Den-4. Este macabro entrelazado inmunológico dio lugar a la modalidad hemorrágica y “chocante” de enfermedad con elevada incidencia y letalidad en la edad pediátrica.

Para holgura en su conducta agresiva agreguemos, como hallazgo reciente, la comprobación de asociaciones genéticas y la producción de dengue grave (FHD). Así la presencia de alelos A1, A2, A24 y B en el complejo mayor de histocompatibilidad (MHC) torna a las personas más susceptibles, mientras que la presencia de los alelos HLA- DR- 04, B 14 y A 29, confieren mayor protección⁸. Y, como remate, qué decir de la transmisión transovárica del virus que podría servir para la supervivencia del mismo en los períodos interepidémicos⁹.

1.5. Sociograma del Dengue.

Siguiendo la línea de pensamiento de Arachu Castro^{10, 11} quien señala que el resurgimiento del dengue en América Latina se halla vinculado estrechamente con variables sociales, creo oportuno remontarme brevemente al significado de la palabra dengue. El práctico ciudadano inglés del siglo XVII reconocía como *dandy fever* la actitud física que imponía la clásica mioartralgia generalizada de la enfermedad,

mientras que los bantúes del África oriental, en su idioma swahili, denominaban al dengue *kadinga pepo* queriendo significar que los dolorosos espasmos musculares se debían a los malos espíritus. Expresiones del folclore animológico de dos culturas ancestralmente distantes. Pero en el mundo contemporáneo en que nos movemos, ¿cuál sería la imagen simbólica de esta enfermedad interpretada por el hombre actual? ¿Acaso la visión social de este padecimiento coincide con la visión científica? Veamos:

Es habitual que en países de habla hispana se considere al dengue como un resfriado fuerte o un engripado corriente. Por lo tanto, el sentimiento popular hacia este mal queda simbolizado como algo habitual, familiar y cotidiano. Sin embargo esta interpretación aleja al afectado y a su entorno íntimo de la real dimensión de su presencia como también de sus posibles derivaciones: por ejemplo, una complicación grave en el marco de un brote epidémico.

La experiencia sanitaria y ciertas encuestas sociológicas han advertido que las acostumbradas visitas domiciliarias y los adoctrinamientos impulsados por agentes sanitarios y promotores de la salud, no siempre representan una *experiencia de choque equivalente a una eventualidad social dramática*¹² para la comunidad beneficiaria, con el propósito de hacerla cambiar en su actitud frente al fenómeno a la vista. Razón por la cual es habitual observar indiferencia y hasta renuencia obstinada en incorporar hábitos saludables. Destaco que este comportamiento desafortunado lo he observado en poblaciones marginadas y analfabetas. Estas formas escudadas de rechazo obligaron a recientes propuestas tendientes a *reconfigurar* la manera de entender el significado de la enfermedad, y lograr así erradicar hábitos y creencias fuertemente enraizadas.

Para alcanzar a comprender situaciones extremas del comportamiento humano, habría que preguntarse si la representación simbólica del dengue comporta un factor social de riesgo científico o, apenas, el producto de una pobreza estructural o de una marginación forzada. Para ello

referiré un hecho vivido que quizás permita entender, y hasta aceptar, determinadas conductas. Hace años me encontraba trabajando en territorio ruandés, cercano a la frontera con el Zaire, en un campo de refugiados de la empobrecida y maltratada etnia *hutu* (Fig. 4). No es necesario enfatizar



FIG. 4

el estado de hacinamiento a que estaban sometidos esos seres, acrecentado todavía por la presión de francotiradores y sobreviviendo al cólera, la disentería, la malaria cerebral, el virus ébola y otras tragedias sanitarias poco menos que convivientes con esas comunidades apartadas de su mundo afectivo. Recuerdo que insistíamos a las madres para que utilizaran para sus bebés el agua que provenía de una canilla popular. Por supuesto que llegar a ella exigía hacer colas de varias cuadras bajo el sol africano. Pero también hacerlo exponía a disparos de ocultos francotiradores. Fue así como, en más de una ocasión, obtuvimos como respuesta que preferían enfermarse, y hasta morir, antes de recibir balas de traidores. El discurso era claro: había que sobrevivir aún al caro precio de enfermarse...o, quien sabe, morir.

Considero que no resulta fácil, en lugar y momento determinados, definir con total acierto las condiciones sociales que contribuyen al surgimiento o mantienen vigente la prevalencia endémica de esta particular enfermedad. Entonces:

¿sería acertado apartarse de los modelos de promoción y prevención afirmados en la vigilancia, control, erradicación y educación sanitaria aún en boga? o, en cambio, vistas las realidades y los resultados obtenidos, ¿habría que priorizar otras conductas?

Está claro que el dengue de la era moderna ha dejado de ser un fenómeno epidemiológico tiznado meramente por la precariedad social y la carencia económica. Incluir todavía a esta entomo-virosis dentro de la categoría de las enfermedades de la pobreza, vinculándola en forma directa con condiciones sociales de privación económica, no comparten según antropólogos de la talla de Roberto Suárez, con la realidad compleja del dengue¹³.

Acaso una empresa salvadora para la difícil tarea de erradicar esta enfermedad sería reconocer, como base de cambio, que la renuencia observada en ciertas poblaciones a aceptar las recomendaciones de los operarios de la salud, no siempre es sinónimo de ignorancia u obstinación. Sucede porque en muchas comunidades todavía persiste la convicción de que la presencia del fenómeno dengue representa un *factor más en el diario vivir*. En consecuencia pedirles, más aún exigirles, el cumplimiento de conductas de cambio como sería, puntualmente, el descacharrado de criaderos de mosquitos como argumento para erradicar el mal, representaría en su folclore animalógico un efecto simbólico parecido al de pedirles que supriman la tradicional ceremonia del mate mañanero.

En el momento actual y de acuerdo con el soporte de la geografía física y médica que caracteriza al mapa epidemiológico del dengue en la Argentina, una campaña de educación, control, prevención y erradicación, debería construirse en base a un criterio realista, autóctono y en presencia de estas realidades:

1. Características demográficas, flujo poblacional y niveles socioeconómicos de la población expuesta al riesgo.
2. Horizonte de comprensión del fenómeno dengue que posee la comunidad en su cotidiano existir. Como médico

rural he aprendido que quien no se sienta a escuchar, no puede comprender; quien no logra comprender no puede aconsejar; quien no sabe aconsejar no puede pretender un cambio de conducta.

3. Grado de adherencia popular hacia una conducta de cambio. Quienes acceden a un cambio es porque comprenden; quienes comprenden pueden reavivar su autoestima. Porque la autoestima, aunque no sea un repelente, garantiza una protección subconsciente.
4. Firme compromiso de las políticas de salud para promover nuevos estilos de vida: saludables y compatibles con la era moderna. Pero la decisión hacia una *política social de cambio* pasa primero por el interés político hacia esa determinación. Ello no significa que el lenguaje del poder deba someter ni obnubilar. Apenas cumplirla frente a una realidad que demanda, casi siempre, urgente solución.

2. La APS en la lucha contra el dengue en el Norte Argentino

Preguntémosnos ahora en qué medida la disciplina vinculada con la Atención Primaria de la Salud contribuyó en la lucha contra el dengue en el Norte Argentino. En dicha tarea se utilizó como modelo operativo el programa original sobre Salud Rural, creado por el Dr. Carlos Alvarado en el año 1966 y aplicado en jurisdicción del Noroeste Argentino. A partir del año 1994 y bajo el lema *atención primaria para el individuo y para su comunidad* fue creada la Residencia en Medicina General con especialización en el primer nivel de asistencia, bajo mi conducción, cuyo objetivo *princeps* fue el estudio de las patologías emergentes y reemergentes de esa región del país. La sede operativa quedó radicada estratégicamente en el Hospital *Joaquín Castellanos* de la localidad de Güemes, en la provincia de Salta (Fig.5). Desde entonces Médicos Residentes, Instructores, Asistentes Sociales y Agentes Sanitarios vienen cumpliendo una labor mancomunada y supervisada por el Departamento de Epidemiología y Zoonosis dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Salta, bajo la Dirección del Dr. Alberto Gentile y su eficiente grupo de colaboradores.

La atención primaria representó así el primer e íntimo contacto de los individuos, sus familias y la comunidad con el sistema de salud.



FIG. 5

Ello significó que el amparo sanitario estuvo donde vivían y trabajaban las personas, generándose una sólida fusión de horizontes en la comprensión de los problemas a resolver y las acciones por realizar.

Las prácticas curativas y preventivas realizadas en comunidades expuestas al riesgo, aunadas con la educación popular continuada, estuvieron al alcance de todas las personas, siguiendo el atinado principio sostenido por el mismo Alvarado cuando decía que: "...una asistencia parcial era injusta, éticamente inadmisibles, económicamente ineficiente y epidemiológicamente inútil". Se educó, entonces, bajo la concepción de que hacerlo no era imponer ni someter. Acaso sí seducir para fortalecer la propia autoestima preventiva. Porque en el ejercicio de la medicina rural, en tantos lejanos pueblitos inmersos en su soledad existencial, y escondidos entre montes y picadas, hemos aprendido que el abrazo fraterno y el lenguaje simple también ayudan a soportar, a comprender y a existir.

Destaco que la práctica del primer nivel de asistencia fue compartida por una entusiasta legión de paisanos lugareños firmemente comprometidos, sin límite de edad, ocupación, rango, o creencias. Representó así una espontánea amalgama de *inteligencia compartida* que generó una labor entusiasta entre pueblo y operarios de la salud. Ello permitió

comprender que el sentido de cada acción, por mínima que fuese, garantizaba un mejor estilo de vida, apartando el antiguo concepto de asociar la enfermedad exclusivamente con la pobreza estructural.

Surgió entonces la figura del *Agente Sanitario*, elegida entre los miembros de la propia comunidad. Este humilde operario de la salud representó, a mi entender, la figura señera que supo transmitir, a los niveles sanitarios superiores, el genuino sentido animológico que representaba la presencia del dengue como padecimiento en el cotidiano vivir. Dicho en otros términos, el fenómeno dengue como un inquilino más, virtual y desestabilizador. Oportuno es aquí evocar el aforismo del mismo Alvarado: “No existe problema de salud que en el primer nivel de atención no tenga una respuesta simple... y hasta poco costosa en resolverla y prevenirla”. Personalmente doy fe que el agente sanitario da respuestas simples porque procede del mismo fogón de vivencias y de penurias que sus propios paisanos, quienes supieron elegirlo. Este entusiasta y perceptivo *husmeador* social, predispuesto siempre a la búsqueda y alerta en caso de situaciones de riesgo sanitario. Yo aprendí con él a mirar pero también a ver, en el olvidado rancho del tupido monte. Aprendí con él a reconocer la enfermedad en la vacía oscuridad; aprendí con él a educar a una mamá con palabras de tierra adentro y aprendí por él a respetar la ancestral tradición del indígena norteño.

El Agente Sanitario es el primer operario de la salud que alerta sobre casos febriles sospechosos de dengue en el seno familiar y a la vez propone acciones preventivas esenciales tales como el uso de repelentes o mosquiteros en aquellas personas convivientes de un caso sospechoso mientras dure la etapa febril, actitud que, según los casos, debe extenderse por un lapso igual a dos períodos máximos de incubación de esta virosis.

Esta tarea rastreadora e insustituible del agente sanitario es consolidada por el médico apeseísta quien finalmente ordena y decide actitudes frente a la emergencia sanitaria. Así registra el caso febril con seguimiento evolutivo cotidiano; frente a una forma grave dispone la evacuación a un nivel de mayor complejidad asistencial; elabora la ficha epidemiológica; supervisa la protección con repelentes; solicita o practica la extracción de la muestra serológica; notifica el caso sospechoso a nivel central.

Esta práctica en el primer nivel de amparo sanitario, brazo con brazo, día a día y familia por familia, se mantiene asegurado por la esforzada labor de las enfermeras sanitarias y las asistentes sociales quienes, a partir de los centros primarios de salud, secundan las tareas específicas de los médicos regionalistas garantizando los controles clínicos y la provisión de insumos específicos.

3. Situación epidemiológica actual.

Para su consideración es necesario delimitar geográficamente el ecosistema de riesgo del dengue en la Argentina. El peso evidenciado en la tasa de notificaciones según provincia, ha permitido identificar cuatro regiones de riesgo: Noreste, Centro, Noroeste y Cuyo. De acuerdo con la información proporcionada por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, dependiente del Ministerio Nacional y el aporte brindado por el Dr. Roberto Chuit, epidemiólogo de esta Honorable Academia, referiré las características relevantes asumidas por el fenómeno dengue durante el año 2011, con un agregado para el año en curso.

1. En jurisdicciones del NEA y Centro norte del país, las provincias de Misiones y Santa Fe presentaron el mayor número de tasas de notificaciones. Así en Misiones, los departamentos de Iguazú y Eldorado con el 62 y el 48 por 100.000 habitantes, respectivamente; mientras que en la provincia de Santa Fe, el departamento de San Javier registró la segunda tasa de notificaciones del país con el 61 por 100.000 habitantes. Cifras que evidencian el peso endemo-epidémico que ejercen los países limítrofes de Paraguay y Brasil.
2. La jurisdicción correspondiente al NOA le cupo la tercera región en importancia en la tasa de notificaciones con el 32,5 por 100.000 habitantes, siendo las localidades más extremas de Salta y Jujuy -San Ramón de la Nueva Orán y Santa Bárbara, respectivamente- las que reunieron el mayor número de casos sospechosos. Dichas regiones se encuentran vecinas a la frontera con Bolivia.
3. Estas cifras estadísticas evidencian que el mayor número de casos sospechosos se registró en la vecindad de ecosistemas donde existe circulación viral efectiva y, además, donde pudo comprobarse una mediana entre 80 y 160 días al año de posibilidad de transmisión por picadura del vector.

4. Un hecho alentador fue la disminución del 15% del total de las notificaciones durante el año 2011, con respecto al año anterior. En este sentido cabe agregar que en la localidad de Salvador Mazza, situada en el extremo norte de la provincia de Salta, en estrecha comunicación con el Departamento boliviano de Tarija -una de las regiones más calientes de transmisión vectorial-, durante las primeras semanas epidemiológicas del año 2011, las notificaciones de síndromes febriles compatibles con dengue fueron cinco veces menores a las registradas en las localidades de Yacuiba y Bermejo, situadas en territorio boliviano.
5. Hasta la fecha Brasil es el país con mayor número de casos confirmados, siguiéndoles Paraguay, Bolivia y Uruguay. Por el momento Chile no representa una amenaza epidemiológica para la Argentina y apenas confirmó un caso autóctono procedente de la Isla de Pascua.
6. Un dato tranquilizador es que durante el año 2011, en el total de casos confirmados en los países limítrofes, la tasa de letalidad fue de 0,1 a 6 por 1.000 casos confirmados de la enfermedad, siendo Bolivia el país que registró el mayor número de defunciones.
7. Según el Ministerio de Salud de la Nación¹⁴ durante el corriente año, hasta la semana epidemiológica (SE) 24, fueron estudiados en todo el país 2.043 pacientes con síndrome dengue compatible. Hubo confirmación etiológica en el 9,5% de los casos con la siguiente concentración territorial: el 50% de las notificaciones correspondieron al Noroeste, siendo las localidades de Salvador Mazza, Aguaray y San Ramón de la Nueva Orán las más afectadas con identificación del serotipo Den-2. En frecuencia decreciente le siguieron la región Centro con el 24%, el Noreste con 23% y la región de Cuyo con el 3%. Claramente una franca presión de riesgo en el polo noroestino.
Sin embargo desde el 1º de septiembre (SE 36) al 24 de octubre de 2012 (SE 43) se registraron 166 casos sospechosos de dengue en 14 provincias del país, siendo 5 de ellos (3%) confirmados -cuatro importados y uno autóctono- con la siguiente prevalencia regional: Región Centro 42% -la provincia de Santa Fe con la mayor notificación-. El NOA con 32 % de notificaciones, con Salta y Jujuy registrando el 20 % y 11 %, respectivamente. El NEA arro-

jó el 25 % de notificaciones; 12 % correspondieron a Misiones y 8% a Chaco. En la región de Cuyo, la provincia de San Luis registró dos casos sospechosos (1,2%). Finalmente la provincia de Chubut notificó un caso sospechoso.

En este último registro -SE 36 a 43- de notificaciones de dengue sospechoso por provincia de residencia, fue evidente que a la región Centro, con Santa Fe como referente, le cupo el mayor porcentaje de casos notificados.

8. Hago notar como hecho epidemiológico preocupante la identificación de serotipo 2 en provincias del Noroeste Argentino, y del serotipo 3 en un paciente notificado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el mes de abril del corriente año.

4. Validez de una propuesta antropológica en la lucha contra el dengue en la Argentina.

Con autores de la talla de Brown PJ (1981)¹⁵, Foster GM y Anderson BG (1978)¹⁶, Mc Sherry J (1993)¹⁷ y Suárez R, Forero AM y Olarte MF (2003)¹⁸, cabe aceptar que la enfermedad representa un hecho social cuyo significado va más allá de una simple definición monodisciplinaria, porque el caso particular del dengue representa una mutualidad de circunstancias y situaciones ya enumeradas oportunamente. En consecuencia, si nos orientamos hacia una política pública para controlar a este fenómeno endemo-epidémico, debemos partir desde el cimiento de la vida cotidiana donde el hombre es uno de sus protagonistas principales. Porque, a ciencia cierta, la historia natural del dengue la sufre y también la escribe el hombre.

Creo válido un enfoque cultural para la comprensión del presentismo de esta patología viral como así también al momento de proponer una estrategia de lucha, control y erradicación. Para ello habría que aunar leales y explícitas coincidencias entre promotores de la salud y sus adherentes, los actores sociales. En primer término es menester eliminar, a nivel de individuo, familia y comunidad, la creencia de que este acontecer sanitario es un fenómeno habitual y cotidiano, porque su espacio bio-psico-social hoy ya excede a los ecosistemas marginados y de pobreza. Prueba de ello lo demuestra la observación de casos importados procedentes de variados escenarios geográficos; circunstancia que obliga a

aceptar que ternaña noxa amplió su horizonte de ataque adaptándose a modelos sociales de contexto moderno. Esta realidad epidemiológica obliga también a aceptar que su significado y, a renglón seguido, su tratamiento ecológico y preventivo ha sobrepasado las fronteras del conocimiento ortodoxo basado en su historia natural. De ahí que las estrategias de control de esta enfermedad, como bien lo expresan Suárez y Forero, han entrado en pugna donde friccionan lo *profano con lo experto y lo tradicional con lo moderno*. En términos prácticos, el dengue del barrio pobre ha dejado ya de ser noticia exclusiva.

Acaso con la fría crudeza de gabinete, Suárez R, González Uribe C y Viatela JM (2004)¹⁹ sostienen que no basta con *domesticar el pensamiento salvaje del ignorante... o del pobre inocente, para ponerlos en la senda correcta de una práctica civilizada y moderna dentro de los espacios privados y públicos*. Concepto un tanto gélido que, personalmente, preferiría templar diciendo que los profesionales de la salud deberían aplicar un generoso cambio en su lenguaje de campaña sanitaria dejando de asociar esta enfermedad con la pobreza, la inmundicia y los malos hábitos higiénicos. Única forma de no encontrar en su camino, oídos sordos frente a una proposición de cambio. Un cambio frente a una virosis extendida, agresiva y que puede cachetear también al recién nacido a partir de una transmisión vertical (Berberian G y col., 2011)²⁰.

Pero también es cierto que aún logrando una empatía de coincidencias entre lenguaje, comprensión y actitud de cambio entre los operarios de la salud y actores sociales, un programa de prevención puede no ejercer el beneficio esperado debido a la apatía de un poder político deshojado en el frágil interés, la falta de continuidad, el recurso presupuestario insuficiente y, acaso lo más inquietante, la emergencia de una crisis social que socava la fortaleza y la valentía de una sociedad deseosa de mejorar su producto en salud. Porque en definitiva lo que se está debatiendo para encontrar soluciones se halla estampado en el simple afiche de una educación sanitaria. Pero educar no es imponer ni someter. Acaso sí seducir para fortalecer la autoestima en salud. Esta virtud tan preciada que seguirá eternamente en el laberinto de la búsqueda, con el afán de transformar el bienestar de la persona en el tan ansiado y utópico bien ser.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, 2002. Strategic direction for research Dengue. Disease burden and epidemiological trends. WHO, Ginebra, 2001. Tropical disease research. WHO. Ginebra.
2. Balladelli PP, Delegado OPS-OMS para la Argentina. Editado por El Nuevo Diario Web de la provincia de Santiago del Estero (04-06-2012).
3. Martino O. A la vera del camino. La Prensa Médica Argentina 1994; 81(7):579.
4. The World Health Report 1998. Life in the 21st Century: A vision for all. Report of the Director General. World Health Organization, Geneva.
5. Varma MGR. Dengue and dengue hemorrhagic fever (DFH). En: World Health Organization, Vector Biology and Control Division. Geographical distribution of arthropod-borne disease and their principal vectors. Geneva 1989. WHO. (WHO/VBC/89.67).
6. García G, Pérez AM, Sierra B, Rodriguez R et al. Niveles de óxido nítrico en monos *Macaca irus* inoculados con virus dengue. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", Dpto. de Virología, Centro Colaborador OPS/OMS para el Estudio del Dengue y su Vector, 2007.
7. Martínez-Torres E, Polanco-Anaya AC, Pleites-Sandoval EB. ¿Por qué y cómo mueren los niños con dengue? Rev Cubana Med Trop 2008; 60(1):40-7.
8. Celso Ramos. Frecuencia de HLA-DR en pacientes mexicanos con infecciones por virus del dengue. HLA-DRA como posible factor de resistencia genética para fiebre hemorrágica por dengue. Conferencia. La Habana, Cuba, 2004.
9. Acha P, Szyfres B. Dengue. En: Zoonosis y Enfermedades Transmisibles Comunes al Hombre y a los Animales. OPS. Publicación Científica y Técnica N° 580, 3ª edición, Vol. II. Clamidirosis, rickettsiosis y virosis; pp. 66-70, 1992.

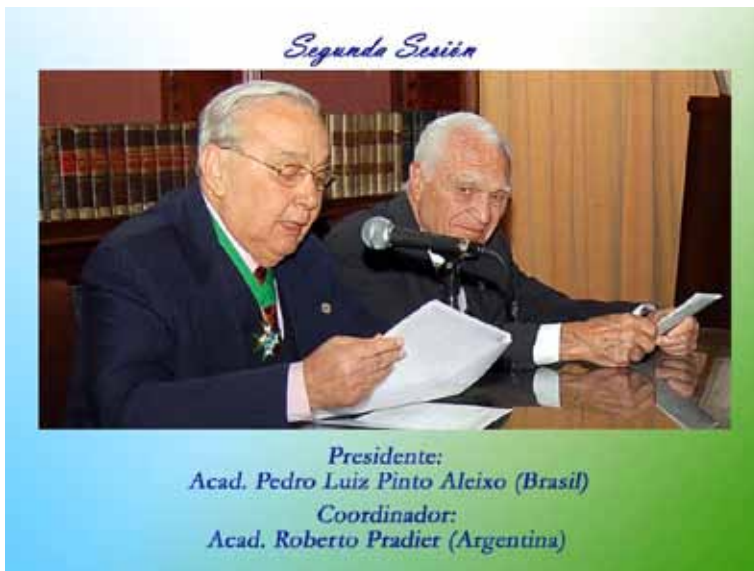
10. Rodríguez MD. Enfermedades Emergentes y Reemergentes: Amenaza permanente. Editorial. RESUMED 2001; 14 (2):37-40.
11. Castro A. Condiciones sociales que favorecen el incremento y la transmisión del dengue. 2001.
<http://www.ipk.sld.cu/curso-dengue-memorias/conferencias-magistrales/1.pc2005>. Acceso: 26 oct 2007.
12. Suárez R, González Uribe C, Viatela JM. Dengue, Políticas Públicas y Realidad Sociocultural: una aproximación al caso colombiano. Revista Colombiana de Antropología 2004; 40:185-212.
13. Suárez R. Aspectos culturales en la subsistencia y reproducción del Dengue y del *Aedes aegypti*: Una discusión sobre la importancia de la investigación en la antropología médica. Boletín de Antropología. Pontificia Universidad Javeriana 2000; 6(6):33-44.
14. Boletín Integrado de Vigilancia 2012; N° 143 – SE 43, pp. 8-92. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
15. Brown PJ. Working Group on Anthropology and Infectious Disease. Medical Anthropology Quarterly. Medical Anthropology Newsletter 1981; 12(2):1-24.
16. Foster MG, Anderson BG. Medical Anthropology. Wiley. Nueva York. 1978. (Citado por Roberto Suárez y col. en: Dengue, Políticas Públicas y Realidad Sociocultural: una aproximación al caso colombiano. Rev. Colombiana de Antropología 2004; 40:188).
17. Mc Sherry J. Dengue. En: The Cambridge world history of human disease. K. F. Kiple (Ed.). Cambridge University Press, Cambridge, 1993.
18. Suárez R, Forero AM, Olarte M F. El Dengue en Villavicencio: entre la realidad biológica y la realidad social. Documento Cesó 38. Ediciones Uniandes. Bogotá 2003. (Citado por Roberto Suárez y col. en: Dengue, Políticas Públicas y Realidad Sociocultural: una aproximación al caso colombiano. Rev. Colombiana de Antropología 2004; 40:188).
19. Suárez R, González-Uribe C, Viatela JM. Dengue, Políticas Públicas y Realidad Sociocultural: una aproximación al caso colombiano. Rev. Colombiana de Antropología 2004; 40:204.

20. Berberian G, Fariña D, Rosanova MT, Hidalgo S, Enría D, Mitchenko A, Moreno J, Sánchez Soto I. Dengue perinatal. Arch Argent Pediatr 2011; 109(3):232-6.

Aportes y conclusiones



SEGUNDA SESIÓN



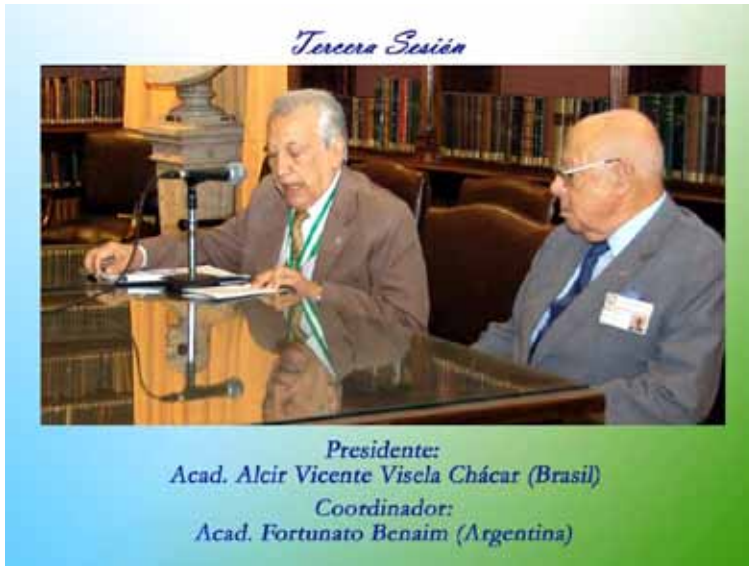
LONGEVIDADE SAUDÁVEL IDOSO ACAD. CARLOS AUGUSTO BITTENCOURT SILVA



LONGEVIDAD SALUDABLE
ACAD. MANUEL MARTÍ



TERCERA SESIÓN



1ª VACINA CONTRA ESQUISTOSSOMOSE DO MUNDO ACAD. MIRIAM TENDLER



**O ENSINO MÉDICO NO BRASIL:
Graduação e Pós-Graduação**
ACAD. JOCEMIR RONALDO LUGON



ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN ARGENTINA
Grado: ACAD. ABRAAM SONIS



Posgrado: ACAD. ALEJANDRO ORÍA



Aportes y conclusiones



**PREMIOS OTORGADOS POR LA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
AÑO 2012**

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA
EN EL ACTO DE ENTREGA DE PREMIOS

ALOCUCIÓN DEL ACADÉMICO RAMÓN C. LEIGUARDA

PALABRAS DE AGRADECIMIENTO POR LA
DRA. MARÍA BEATRIZ GUGLIELMOTTI

PREMIO “HIPÓCRATES” 2012

PALABRAS DEL ACADÉMICO ENRIQUE C. GADOW

PALABRAS DE AGRADECIMIENTO POR EL
DR. FÉLIX P. ETCHEGOYEN

PREMIOS OTORGADOS

“BERNARDINO RIVADAVIA”
“OSVALDO L. BOTTARO”
“MARCELINO HERRERA VEGAS”
”DOMINGO J. BRACHETTO BRIAN”
“CARLOS E. OTTOLENGHI”
“ENRIQUE FINOCHIETTO”

RESUMEN DE LOS TRABAJOS PREMIADOS

BECAS

“ADOLFO H. AZTIRIA”
“NOVO NORDISK”
SUBSIDIO “FUNDACIÓN ALLENDE”

PREMIOS Y BECAS DE LA ACADEMIA*

Año 2012

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA ACADÉMICO JOSÉ A. NAVIA**

La Honorable Academia Nacional de Medicina una vez más celebra en esta Sesión Pública Extraordinaria la entrega de premios que confiere anualmente en uno de los actos más importantes que hacen a la tradición, obligación y responsabilidad de esta Corporación.

Su existencia está basada en el apoyo incondicional a las ciencias médicas, a su progreso, y sobre todo, estímulo a los señores investigadores.

Señores premiados:

Sean ustedes, en medio de sus pares, un ejemplo de esfuerzo y superación en la investigación y producción científica regida por los más nobles intereses en la búsqueda constante de la verdad. Mantengan en el marco de la ética el fin último que es brindar sus esfuerzos y éxitos al prójimo, al ser doliente.

Entre los premios, todos ellos importantes, existe el Premio *Hipócrates*, paradigma de la actividad ética profesional. Este año nuestro galardonado será el Dr. Félix P. Etchegoyen, maestro de larga trayectoria médico-asistencial a quien expreso mis felicitaciones.

Felicito también a los Señores Premiados y a sus familiares; sé del esfuerzo de los primeros y del apoyo incondicional de los segundos.

Les deseo a todos una muy Feliz Navidad del Señor y un muy Feliz Año Nuevo.

* Acto celebrado en la Sesión Pública Extraordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 6 de diciembre de 2012.

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

ALOCUCIÓN DEL ACADÉMICO RAMÓN C. LEIGUARDA*

Hace 34 años, aquí mismo, hablaba en nombre de los premiados en ocasión de haber recibido el premio Mariano Castex. Hoy, la Academia Nacional de Medicina me ha conferido la distinción, que agradezco profundamente y me honra, de felicitarlos afectuosamente y expresarles nuestro reconocimiento por la contribución que Ustedes hacen a la medicina de nuestro país.

Séneca dijo: “Saber más que los otros es fácil, lo difícil es saber mejor que los otros”. Ustedes que se han comprometido con la investigación y gradualmente se han perfeccionado en el método y arte de la misma, han logrado conocer mejor y más profundamente los dominios de la ciencia en los cuales se han involucrado y de esta forma han desarrollado estructuras más estables de conocimiento.

En un mundo, que se nos presenta a la vez en evolución, en revolución, en progresión, en regresión y en peligro, donde la vulgaridad, frivolidad y mediocridad contribuyen al auge de lo irrelevante y nos sumergen en un relativismo atroz es particularmente estimulante reconocer la dedicación y el esfuerzo que les han permitido obtener estos premios y becas.

Shinya Yamanaka, quien recibiera el Premio Nobel este año junto con John Gurdon por su aporte a la medicina regenerativa, escribió: “La ciencia es un proceso que nos permite descender los múltiples velos que cubren la verdad. Cuando los científicos levantan un velo, a menudo, terminan por encontrar uno nuevo. Sin embargo, al quitar un velo, cuando se es afortunado, a veces se puede entrever la verdad. Pero es preciso ser consciente de que cada velo que se descorre es igualmente importante, por lo que no es justo que sólo el afortunado sea reconocido”. Reciban entonces también nuestro reconocimiento los autores de los trabajos que no han sido premiados.

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

Como dijera Yamanaka, sólo *entrever la verdad*. Porque las verdades científicas requieren evidencias demostrativas controladas que son siempre probabilísticas en su afán predictivo. Al respecto, Karl Popper impuso el criterio de falsabilidad, es decir, la posibilidad de probar que una verdad no es tal. La verdad que no acepte esta condición pertenece al reino de las creencias y no de las ciencias. Enfatiza así Popper la necesidad de cautela antes de aceptar que el resultado de una investigación, más aún si es el esperado, sea realmente cierto.

Sin embargo, el genio del método científico estriba en no aceptar ninguna solución como permanente, el escepticismo, hijo del espíritu crítico, es su bandera pues todas las teorías son imperfectas. Los hechos científicos son significativos precisamente por ser efímeros, pues una nueva observación siempre puede modificar una anterior. Las observaciones deben ser entonces revisadas una y otra vez. El trabajo del investigador es laborioso, la relación esfuerzo-resultado es muy pequeña. Habitualmente se requieren cientos de horas de trabajo tedioso para obtener un resultado que puede ser descrito en escasos minutos. El esfuerzo sostenido y la voluntad de Ramón y Cajal quedan plasmados en su expresión: “No existen cuestiones acabadas, sino hombres acabados por las cuestiones. Quién no posea -decía- cierta intuición de la verdad y cierto instinto adivinatorio para plasmar la idea en el hecho y la ley en el fenómeno, pocas veces encontrará una explicación razonable cualquiera que sea su talento de observador”.

Encontrar unidad donde pareciera haber diversidad define la capacidad creativa del investigador. Científicos creativos como Copérnico fueron capaces de ver orden en lo que parecía ser un sistema solar desordenado y Einstein fue capaz de ver lo que unía la materia con la energía. Es decir, la creatividad se define como la capacidad de comprender, desarrollar y expresar en forma sistemática relaciones ordenadas y originales o novedosas.

La inteligencia es necesaria pero no un componente suficiente para la creatividad ya que las personas creativas muestran una gran variación en el coeficiente de la inteligencia. El factor más importante es esencialmente la relación entre conocimiento específico y talentos especiales y es probable que éstos estén relacionados con el tamaño de las redes neurales, su grado de conectividad y la capacidad para alterar la intensidad de sus conexiones.

La creatividad implica la comprensión y expresión de relaciones originales y adecuadas. La originalidad o novedad requiere entonces que la persona creativa adopte una dirección diferente de los modos prevalentes de pensamiento o expresiones, el llamado pensamiento divergente. El funcionamiento adecuado del lóbulo frontal es básico para procesar el pensamiento divergente, para cambiar o adecuar estrategias. Los lóbulos frontales tienen intensas conexiones con las regiones más desarrolladas de los lóbulos temporales y parietales, los cuales procesan actividades cognitivas elaboradas, tales como lenguaje, matemáticas y computaciones espaciales. Es probable que estas conexiones sean importantes para inhibir redes activadas que almacenan información similar, mientras excitan o reactivan redes conceptuales, semánticas, que están escasamente o no estaban activadas. La activación de estas redes puede ser importante en el desarrollo de las soluciones alternativas y por lo tanto en el pensamiento divergente. Las ideas creativas frecuentemente resultan de la combinación de dos o más ideas que hasta ese momento estaban aisladas. Y esta combinación de ideas muchas veces surge en los estados de vigilia relajada la cual facilitaría asociaciones entre distintas regiones de ambos hemisferios cerebrales.

En *Consejos para un Investigador Joven*, Ramón y Cajal dice: “Si una solución no aparece después de un gran esfuerzo y uno siente que el éxito esta cerca, alrededor, a la vuelta de la esquina, traten de descansar por un tiempo. Varias semanas de relajación y quietud en el campo brinda calma y claridad a la mente. En ese momento, como el cáliz de la flor de la verdad que usualmente se abre luego de un largo y prolongado sueño en las plácidas horas de la mañana, aparece la solución”. Estas horas fueron descritas por Goethe como especialmente favorables para los descubrimientos.

Evolutivamente las estructuras neurales más integrativas cumplen funciones más complejas y tienen una mayor flexibilidad y adaptabilidad. Al respecto la corteza prefrontal está en el tope de esta jerarquía y representa las bases neurales de las funciones cognitivas más elaboradas. Mientras que la parte inferior de la corteza prefrontal está comprometida en el funcionamiento social, juicio moral, inhibiciones sociales y capacidad de tomar decisiones, la parte más superior y lateral está involucrada en un sistema de monitoreo y en la llamada flexibilidad cog-

nitiva. La flexibilidad cognitiva, es la habilidad para modificar rasgos de pensamientos convencionales, para adaptarse a nuevas reglas, para pensar abstractamente y para modificar la atención.

El análisis conductual y de comportamiento de los individuos creativos ha demostrado curiosidad, apertura mental, atracción por lo novedoso, atracción por lo complejo y lo desafiante, tolerancia a la frustración, motivación y nivel de percepción elevado. Por otro lado, en las Instituciones en las cuales trabajan los investigadores creativos debe haber libertad de acción, libertad de selección, ambiente de fomento y de crítica, medios adecuados, condiciones físicas confortables, presiones tolerables e impedimentos mínimos, es decir, el compromiso; la responsabilidad por los múltiples aspectos concernientes a la investigación clínica debe ser también asumida por la Institución en la cual ésta se lleva a cabo. Al respecto, la Academia Nacional de Medicina expresa en su documento: "Alerta a la Investigación Clínica" que "siempre estará dispuesta a colaborar ante la consulta y a respaldar la libertad y el derecho de cada colega a ejercer y hacer respetar las estrictas normas de la investigación".

Con nuestra convicción que los premios y becas constituyen un fuerte estímulo para que continúen con dedicación y compromiso el camino que han elegido, les deseamos muy fervientemente el mayor de los éxitos y los felicitamos nuevamente a ustedes y también a vuestras familias.

¡Gracias a todos por habernos acompañado!

PALABRAS DE AGRADECIMIENTO POR LA DRA. MARÍA BEATRIZ GUGLIELMOTTI*

Agradezco a las autoridades de la Academia Nacional de Medicina por haberme distinguido para hacer uso de la palabra en nombre de los premiados y becados. En tal sentido espero poder expresar el sentir de cada uno de ustedes. En esta convocatoria han accedido a los Premios profesionales de hospitales y universidades públicas y privadas e investigadores del CONICET, que cubren un amplio espectro interdisciplinario del área biomédica.

Celebramos hoy el reconocimiento al compromiso ético y moral en la búsqueda de la verdad, insertado en el estudio y la investigación en un marco de excelencia, al cuidado de la salud.

En esta ocasión nos corresponde agradecer en representación de todos los integrantes de nuestros equipos de trabajo, dedicados desde distintos ángulos a preservar, mantener y restaurar la salud de la población, basados en la labor interdisciplinaria con un objetivo compartido: el bien común. Asimismo, comprometidos en la formación de nuevos recursos humanos.

En nombre de todos ellos, nuestro agradecimiento por las distinciones recibidas.

Es el momento de evocar con profundo respeto y reconocimiento a nuestros maestros que influyeron en nuestra formación académica, científica y facilitaron nuestra tarea. También agradecemos el permanente respaldo de nuestras familias, amigos, compañeros de trabajo, docentes, residentes, enfermeros, personal técnico, administrativos, colaboradores, discípulos, becarios, doctorandos, alumnos, graduados, entre otros.

* Académica Titular, Academia Nacional de Odontología; Decana, Facultad de Odontología, UBA; Profesora Titular, Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires; Investigadora Independiente, CONICET.

Los logros individuales son el resultado del esfuerzo y generosidad de nuestros maestros y familiares y es nuestro deber moral el reconocimiento hacia ellos.

No sin un dejo de nostalgia, es como el “recuerdo agradecido de los que nos han sucedido”. “Es como un eco de alegría”.

El agradecimiento es un deber moral, una necesidad de la condición humana para perpetuarse como tal.

Seguramente será un incentivo para seguir creciendo, esforzándonos día a día para superarnos como profesionales y fundamentalmente, mejores personas.

La Sesión Pública Extraordinaria de este año se realiza en el marco del 190 aniversario de la creación de esta Academia, el 9 de abril de 1822, por Bernardino Rivadavia y el 70 aniversario de la inauguración de esta sede el 16 de abril de 1942. Es de destacar el lugar preponderante que ocupa la Academia Nacional de Medicina a través de las actividades asistenciales y de investigación de sus Institutos, las tareas de sus comisiones, la generación de consensos, el notable acervo de su biblioteca, los premios y becas que otorga, entre otros. Es decir, es una Institución activa que cumple un rol científico, académico y social muy importante para la sociedad.

Uno de los desafíos del siglo XXI consiste en entablar un diálogo significativo y amplio entre las disciplinas, a fin de afrontar de manera más eficaz algunas de las cuestiones destacadas en el ámbito de las ciencias.

El Consejo Internacional para la Ciencia (ICSU), en el marco de la UNESCO, menciona que los investigadores deben generar conocimiento, difundirlo y aplicarlo, a fin de aumentar directa o indirectamente el bienestar de la humanidad, sin comprometer el futuro del hombre, utilizando las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

Es nuestra responsabilidad formar profesionales con la ciencia y tecnología de hoy, capaces de adaptarse a los cambios rápidos de nuestro tiempo como así también encarar la solución de problemas biomédicos en sectores con mayores necesidades, generando nuevos tipos de vínculos y de colaboración con la comunidad y con los más amplios sectores de la sociedad.

Debemos fomentar el espíritu crítico del que busca y avanza convencido que no hay enseñanza que no se renueve sin investigación que la fecunde. Se hace necesario analizar las formas de interpretación de los problemas de la salud y de la práctica profesional para poder sustentar las tomas de decisiones adecuadas en los procesos de gestión de la salud de manera que se garantice la coherencia teórica, metodológica y técnica y se generen modos de acción más eficaces con impacto sobre la calidad de vida de las personas. Este proceso permite la articulación entre la docencia, el servicio y la investigación. La optimización de protocolos diseñados y validados destinados a la atención individual centrados en personas sanas o con alta vulnerabilidad y desde la perspectiva comunitaria los programas escolares, materno-infantiles, para pacientes con discapacidad, con riesgo médico, prevención del cáncer, entre otros.

La investigación biomédica y biotecnológica es un área del desarrollo científico que genera y transmite los conocimientos, en los que se sustenta la asistencia clínica y la terapéutica. Se desarrollan en diferentes escenarios: las universidades, los institutos y los hospitales, entre otros.

En los hospitales se lleva a cabo como una parte integral de la actividad de los centros, desde cuyo articulado se fomenta como un medio para mejorar el sistema sanitario. Así pues, en la práctica tenemos, de forma real, áreas de investigación implantadas dentro de los centros sanitarios, que han de conjugar su función sanitaria con la científica y la administrativa.

La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO indica que los beneficios resultantes de toda investigación científica y sus aplicaciones deberían compartirse con la sociedad en su conjunto, mencionando el apoyo a los servicios de salud.

La investigación es una de las funciones sustantivas de la asistencia sanitaria de calidad, el cuidado de los pacientes y el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La Organización Mundial de la Salud identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, riesgos mínimos para los pacientes, entre otros. En este sentido, es necesario generar programas de calidad en las organizaciones hospitalarias sustentados en la investigación interdis-

ciplinaría, con el objeto de mejorar su gestión y establecer sistemas de aplicación de conceptos y técnicas de calidad total.

Es nuestra responsabilidad a través del proceso de enseñanza y aprendizaje la formación de las futuras generaciones de profesionales del área biomédica con conciencia, compromiso, valores éticos y morales, espíritu crítico, concepción de la educación continua, respeto por sus enfermos, trabajar en grupos interdisciplinarios e integrar equipos de investigación. Por otra parte deben mantener y optimizar su ámbito laboral, en base al trabajo diario, para acrecentar el prestigio de su servicio o cátedra y de la institución.

Hay conceptos que producen entusiasmo y esperanza, iluminan nuevas zonas del pensamiento o de la emoción, como la responsabilidad social, compromiso moral, bien común,... Necesitan validarse a través de contenidos. Una alquimia transformadora nace de la combinación entre las palabras y los hechos que las confirman. Deben ser acciones reales!

Para concluir, voy a recordar un párrafo del discurso del Prof. Dr. Bernardo Houssay del 14 de abril de 1936, cuando asumió como Presidente de la Academia Nacional de Medicina:

“En esta hora difícil para el mundo, no dudo de que la Academia se pondrá a tono con el deber de América, que es el de ser pacífica y tierra de libertad. Nuestras corporaciones deben cultivar la investigación científica y la libertad de pensamiento, para elevar la inteligencia y la moral, procurar la salud humana, prevenir las enfermedades, aliviar y curar las existentes, dar paz y equilibrio a las mentes; con todo ello se contribuirá a asegurar a nuestros semejantes una vida más larga, más sana, más generosa y más bella”.

Muchas gracias.

PREMIO “HIPÓCRATES” 2012*

PALABRAS DEL ACADÉMICO ENRIQUE C. GADOW**

En primer lugar, me referiré a la denominación del premio que la Honorable Academia Nacional de Medicina otorga en este acto.

Como es bien conocido por todos ustedes, Hipócrates fue un médico griego, llamado, desde la Edad Media, el Padre de la Medicina. Esto da una idea de la importancia que ello implica para quien se hará hoy, muy merecidamente, acreedor de este premio, el doctor Félix Policarpo Etchegoyen.

Hipócrates fue una figura de gran relieve histórico, considerado durante su vida un gran clínico. Con el tiempo, fue adquiriendo un carácter mítico, tanto por su visión de la medicina como arte y filosofía (estas últimas, también, particularidades del accionar en el ámbito personal y profesional del hoy premiado), así como por su famoso juramento o código de moral médica.

En él, tanto la virtud, como la modestia, igualaron su dedicación a sus pacientes y al saber médico. Una vez más, podemos atribuir esta característica a quien hoy recibe el Premio Hipócrates. He tenido, en lo personal, la fortuna de haber comprobado lo expuesto durante varias décadas.

En el año 1990, el Plenario de la Academia Nacional de Medicina, bajo la presidencia del doctor Enrique Viacava, resuelve crear el Premio “Hipócrates”, destinado a profesionales de la biomedicina. Para ello, designa un Jurado de alta significación, presidentes y ex-

* Premio otorgado al Dr. Félix P. Etchegoyen. Acto realizado en la Sesión Pública Extraordinaria de la Academia Nacional de Medicina el día 6 de diciembre de 2012.

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

presidentes de esta Honorable Academia. En concordancia con lo expresado oportunamente por el Acad. Osvaldo Fustinoni, no creo que exista un jurado más selectivo, imparcial y jerarquizado que el que entrega este premio. Dicha particularidad, sin duda, enorgullece a quien hoy lo recibe.

Me honra haber sido designado por el presidente Acad. Dr. José A. Navia y el Consejo de Administración, con la aprobación del Plenario Académico, para presentar el premio destinado a una personalidad que ha seguido una trayectoria significativa y constante en su lucha por el ser humano y su destino. En ese camino, el jurado concluyó que el doctor Etchegoyen reunía acabadamente los requisitos para recibir el Premio Hipócrates, por haber realizado un aporte significativo y trascendente a sus pacientes y a la comunidad médica.

Haré una breve descripción de los antecedentes y la trayectoria del destinatario de este premio, a quien me une una relación personal de más de cuarenta años. Siempre me ha halagado y distinguido con su bonhomía, lucidez y calidez. No me atrevería a hablar de amistad, aunque es lo que ha generado en mí durante todos estos años...

El doctor Félix Policarpo Etchegoyen nació el 4 de julio de 1924. Está casado con Ana María López García, a quien también he tenido el placer de conocer y con quien compartí gratos momentos.

Siempre tuvo y, más aún, conserva hasta hoy, una excepcional capacidad de trabajo.

En los comienzos de su carrera, fue Docente de Medicina en la Universidad de Cornell, en el Departamento de Fisiología Clínica del *Memorial Hospital, Sloan Catering Institute*.

En nuestro medio, entre otros títulos, posee el de Profesor Consulto de la Universidad de Buenos Aires.

Fue designado Rector del Instituto Universitario CEMIC en 1974 y Director de la Unidad Docente Hospitalaria de la Facultad de Medicina, lo cual revela su experiencia pedagógica.

Ha sido integrante del Comité de Control y Evaluación de las Residencias Hospitalarias en los comienzos de esta actividad de capacitación de posgrado, en 1964. Asimismo, integró la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina.

Fue representante de la Facultad de Medicina ante las Universidades de Londres, Edimburgo y Aberdeen y de la Asociación para la Educación Médica en Inglaterra.

Coordinó el Seminario de Pedagogía Médica, organizado por la Facultad de Medicina y la Oficina Panamericana (OPS/OMS).

En la actualidad, coordina Foros en Educación Médica en el Instituto Universitario Barceló.

Fue miembro del Comité Asesor del Consejo de Acreditación y Evaluación de las Escuelas Médicas (CONEAU).

Fue concurrente y presentó pósters y comunicaciones cortas en la *Association for Medical Education in Europe*.

Integró el Curso sobre "Actualidad en la Educación Médica y Currículo Médico del Mundo" en la Escuela de Medicina de Maastricht, Holanda.

Recibió el Premio "Maestro de la Medicina Argentina", otorgado por La Prensa Médica Argentina. Fue Vicepresidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos de la Academia Nacional de Medicina.

Médico destacado, fue Secretario de la Sociedad Argentina de Nefrología; Miembro Titular del Consejo Argentino de Infecciones Urinarias; Consejero del Consejo Argentino de Trasplante; Miembro Fundador de la Asociación Argentina de Trasplante (como clínico, fue uno de los pioneros en nuestro país).

Podría extenderme en sus antecedentes curriculares, pero no quiero agobiarlos. Sí mencionaré su extrema sensibilidad y generosidad. Amante de la música, no dudó en transmitirme esa pasión, sumándome a un grupo de colegas y discípulos que concurrían, sistemáticamente,

a recitales de destacados compositores extranjeros. Gracias, *Poli*. Contribuiste a que me enriqueciera intelectualmente en un momento de mi carrera médica de intensa actividad asistencial.

Esta síntesis de sus numerosos antecedentes se suma a su permanente vocación de servicio, su pasión por el accionar médico y su constante inquietud y humildad. Ha trabajado al lado de Académicos como Norberto Quirno o Carlos Gianantonio, entre otros, en la formación de recursos capacitados en medicina. Su vasta trayectoria no hace más que reafirmar la acertada decisión del Jurado de elegir al doctor Félix Policarpo Etchegoyen, *Poli*, como destinatario del Premio Hipócrates. ¡Felicitaciones!

**PALABRAS DE AGRADECIMIENTO POR EL
DR. FÉLIX P. ETCHEGOYEN***

Gracias Señores Académicos por acordar entregarme el Premio “Hipócrates”.

Gracias Enrique por tus palabras que quedarán en mi memoria y emoción.

Este acto es de trascendencia. En pocas palabras intentaré explicar hasta dónde llega en mi persona esta trascendencia.

Todos conocemos el resultado de los rankings de la Educación Superior llevados a cabo por el Times de Londres y la Universidad de Shanghai, China, adonde nuestras universidades ocupan el puesto 150-200 entre las Universidades del mundo.

Estos rankings han tenido diferentes parámetros para llevarse a cabo y uno de los de mayor peso ha sido la INVESTIGACIÓN realizada en las Universidades Argentinas e Instituciones Terciarias, así como las patentes internacionales que resultan de estas investigaciones.

Como consecuencia de la falta de estímulo a la investigación con el agregado de otros parámetros, el país está colocado en los últimos puestos enunciados.

Ante una Institución como la Academia Nacional de Medicina que estimula y evalúa los trabajos de investigación y profesionales que se preocupan por llevarla a cabo, no dudo en destacar y elogiar ambas partes. Esa lucha debe seguir y expandirse para alcanzar mejores lugares en los rankings mundiales de la Educación Superior.

Hay otro tema que quiero tratar y es un juego que dirijo a los jóvenes investigadores que leí y me parece pertinente hacerlos partícipes.

* E-mail: conmed@datamarkets.com.ar

Imaginen que la vida es un juego en el que manejan cinco esferas que tiran al aire y las recogen.

Cada una de estas esferas tiene un nombre. Vuestra habilidad es tan adecuada que todas suben y bajan, pero por descuido una cae y rebota regresando; esta esfera la llamamos TRABAJO.

La próxima que cae se llama FAMILIA, que NO rebota y se astilla porque era frágil; nunca esta esfera volverá; nunca la familia volverá a ser la misma.

Las otras tres se llaman: SALUD, AMIGOS y ESPÍRITU, todas hechas del mismo material frágil y rompible que la esfera FAMILIA.

Quiero decir que lo más valioso. FAMILIA, SALUD, AMIGOS y ESPÍRITU son frágiles, se dañan si caen, no las pueden rehacer, se rompen. Deben esforzarse para cuidarlas y manejarlas bien pues es lo más importante que tienen.

Cuiden bien de vuestras responsabilidades, cumplan con sus trabajos, pero a la vez cuiden de darle el tiempo requerido a vuestra FAMILIA y AMIGOS.

Cuiden vuestra salud y crezcan en su VIDA INTERIOR, en lo que es ESPIRITUAL, pues éste es un don ETERNO.

Ama la VIDA y:

Antes de hablar, ESCUCHA.
Antes de escribir, PIENSA.
Antes de criticar, EXAMÍNATE.
Antes de herir, SIENTE.
Antes de gastar, GANA.
Antes de rendirte, INTENTA.
Y, antes de MORIR, VIVE.

Para terminar repetiré el pedido sugerido a los señores académicos; para llegar a la Academia Nacional de Medicina, primero deberán ser médicos y luego sobresalir en las Especialidades correspondientes.

La Educación es la primera y fundamental etapa en la que uno se forma y se moldea. ¿Existirá la posibilidad de tener el Sitial Académico "La Educación Médica"? Estoy seguro que tendrán consenso para crearlo y además HIPÓCRATES, maestro, junto conmigo será más feliz.

RESUMEN DE LOS TRABAJOS PREMIADOS

PREMIO “BERNARDINO RIVADAVIA”

ESTUDIOS PRE-CLÍNICOS Y FARMACOCINÉTICOS Y SU TRASLACIÓN A LA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL RETINOBLASTOMA CON ADMINISTRACIÓN SUPER-SELECTIVA INTRA-ARTERIA OFTÁLMICA DE QUIMIOTERAPIA

DRES. PAULA SCHAIQUEVICH¹, EMILIANO BUITRAGO²,
PAULA TAICH¹, ANA TORBIDONI³, ALEJANDRO CECILIANO⁵,
MARCELO ASPREA⁶, FLAVIO REQUEJO⁴, GUILLERMO L. CHANTADA^{3*}

Introducción: El retinoblastoma es la principal neoplasia intraocular en pediatría y es el tumor sólido más frecuente en el Servicio de Hematología-Oncología del Hospital de Pediatría “Dr. J. P. Garrahan”. A pesar de los tratamientos quimioterápicos actuales, los pacientes con enfermedad intraocular avanzada suelen requerir la enucleación del ojo afectado. Por ello, es imprescindible mejorar la llegada de quimioterápicos al tumor para evitar la enucleación. Más aún, la administración sistémica de quimioterapia conlleva la aparición de eventos adversos, algunos potencialmente fatales. En esa

¹ CONICET, Unidad de Farmacocinética Clínica, Hospital de Pediatría J. P. Garrahan; ² Depto. de Farmacología, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA; ³⁻⁴ Servicios de Hematología-Oncología y Radiología Intervencionista, Hosp. de Pediatría J. P. Garrahan; ⁵ Neurocirugía Endovascular y Neurorradiología Intervencionista, Hemodinamia y Terapéutica Endovascular, Clínica y Maternidad Suizo-Argentina; ⁶ Bioterio, Laboratorio, Hosp. de Pediatría J. P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina.

* Correspondencia: gchantada@yahoo.com; teléfono: (54.11)4308-4300 (ext. 1439); Fax: (54.11)4308-5325.

línea de investigación, en los últimos años nos hemos avocado a desarrollar distintas técnicas para la administración local de agentes quimioterápicos, con el fin de lograr un aumento de la concentración local de drogas con implicancia en la mejora de la eficacia, disminución de eventos adversos sistémicos y mejorar la calidad de vida del paciente.

La determinación de nuevas vías de administración, combinación de fármacos y esquemas de administración, requiere previo a su aplicación clínica, el estudio exhaustivo de modelos preclínicos. La técnica de infusión súper selectiva de quimioterápicos por vía intra-arteria oftálmica se ha impuesto como la manera más efectiva para el tratamiento del retinoblastoma intraocular y se han reportado excelentes resultados clínicos en distintos estadios de la enfermedad.

Sin embargo, es imprescindible el diseño y ejecución de estudios de traslación de los resultados preclínicos para la implementación de los hallazgos a la terapéutica clínica de rutina. Así, se plantea en el presente proyecto la realización de estudios de investigación traslacional en Oncología Pediátrica, únicos en su naturaleza y ejecución en nuestro país.

Objetivo: El presente trabajo abordó la caracterización de la farmacocinética de melfalán luego de su administración superselectiva en la arteria oftálmica (SIAO) en animales y en pacientes con retinoblastoma para abordar el conocimiento de esta vía de administración y mejorar la eficacia clínica y seguridad al tratamiento clínico.

Material y Método: Se obtuvieron muestras de plasma y de humor vítreo de cerdos raza Landrace, durante 4 horas posterior a la administración SIAO de 7 mg. de melfalán. Se evaluó la concentración inhibitoria 50 (IC50) de melfalán en líneas celulares de retinoblastoma. Asimismo, se obtuvieron muestras de plasma de 17 pacientes con retinoblastoma, luego de la administración SIAO de 3 a 6 mg de melfalán en un ojo (n=14) o en ambos ojos (n=3). Se evaluó la posible asociación entre la farmacocinética en plasma de los pacientes y la edad, la dosis y la toxicidad sistémica.

Resultados: La concentración máxima de melfalán en el vítreo de los animales resultó ser mayor a la IC50 y la exposición en el vítreo fue 3 veces la hallada en el plasma. En los pacientes, se observó una gran variabilidad en los parámetros farmacocinéticos la cual fue explicada principalmente por diferencias en el peso corporal ($p < 0.05$). El área bajo la curva concentración plasmática *versus* tiempo fue estadísticamente mayor en pacientes que recibieron dosis mayores a 0.48 mg/kg, generalmente en pacientes administrados en ambos ojos ($\alpha < 0.05$, administración en tándem). Estos pacientes mostraron una probabilidad del 50% de desarrollar neu-

tropenia grado 3 o 4. Las concentraciones plasmáticas luego de 2 y 4 horas de la SIAO fueron significativamente mayores en estos pacientes ($p < 0.05$). Por último, se observó un efecto sinérgico en la actividad farmacológica de la asociación entre melfalán y topotecán en líneas celulares de retinoblastoma (índice de combinación < 1).

Conclusión: Luego de la administración SIAO en cerdos, se alcanzaron concentraciones potencialmente activas contra retinoblastoma en el vítreo de los animales. Asimismo, la exposición sistémica fue baja tanto en animales como en los pacientes. Las dosis mayores a 0.48 mg/kg, generalmente alcanzadas en la administración en tándem, se asociaron con mayores concentraciones en plasma y con aumento de la probabilidad de desarrollar neutropenia. Por último, el sinergismo en la citotoxicidad *in vitro* de la asociación de melfalán y topotecán, juega a favor del tratamiento combinado de ambas drogas.

PREMIO "OSVALDO L. BOTTARO"

CORROSIÓN DE IMPLANTES DE USO BIOMÉDICO, BIOCINÉTICA DE MICRO Y NANOPARTÍCULAS DE TITANIO*

DRES. DANIEL GUSTAVO OLMEDO¹, DÉBORAH RUTH TASAT,
Y MARÍA BEATRIZ GUGLIELMOTTI

Introducción: La utilización de biomateriales metálicos en el área odontológica y ortopédica ha revolucionado la implantología clínica. El titanio (T) es el biomaterial metálico comúnmente más empleado en la fabricación de implantes de uso biomédico. Este metal presenta una capa de dióxido de titanio (TiO₂) que lo pasiva. Esta capa es la responsable de la biocompatibilidad y delimita la interfase entre el medio biológico y el implante, disminuyendo su reactividad y evitando parcialmente su corrosión. Sin embargo, *in vivo*, ningún metal o aleación es completamente inerte. Dado que el implante metálico está en contacto con los tejidos y fluidos orgánicos, como resultado de pro-

* Trabajo realizado en el Laboratorio de Biomateriales, Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, UBA, Argentina.

¹Correspondencia: Dr. D. G. Olmedo, Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, UBA, Marcelo T. de Alvear N° 2142, 2° piso, Sector "A", Teléfono: 4964-1273.

cesos electroquímicos, pueden liberarse iones/partículas hacia el medio biológico. En este sentido, la superficie de un implante metálico de uso biomédico podría ser fuente potencial de liberación al bioentorno no sólo de partículas de orden micrométrico sino también de orden nanométrico. Dado que las nanopartículas presentan una mayor relación superficie-volumen que las micropartículas, resultan biológicamente más reactivas y potencialmente dañinas para la salud humana. Si bien las micro (>100nm) y nanopartículas (1-100nm) pueden ser químicamente parecidas, las características fisicoquímicas podrían ocasionar una respuesta biológica diferente.

Objetivo: El objetivo del trabajo fue evaluar la biocinética (distribución, destino y depósito) y riesgo potencial en el organismo, de partículas de titanio de diferente granulometría, que pueden resultar de un proceso de corrosión de implantes de titanio utilizados en aplicaciones biomédicas.

Material y Método: Ratas Wistar (n=80) fueron inyectadas i.p. con partículas de TiO_2 de 150nm, 10nm o 5nm (experimentales, 1,60g/100BW) o con solución salina (controles). El tamaño promedio de las partículas (TPP) fue confirmado por microscopía electrónica de barrido (MEB). A los 3 y 12 meses se evaluó mediante microscopía óptica la presencia de partículas de TiO_2 en cortes histológicos de hígado, pulmón y riñón, y en células sanguíneas. La cuantificación de TiO_2 en plasma se determinó por espectrometría de emisión óptica por plasma inductivo (ICP-OES). En hígado y pulmón se realizó el análisis ultraestructural por microscopía electrónica de transmisión (MET), la cuantificación de los depósitos por ICP-OES, el metabolismo oxidativo mediante el daño a membrana (TBARS) y la generación de anión superóxido (O_2^-), antioxidantes enzimáticos (SOD y CAT) y no enzimáticos (TRAP). Independientemente del tamaño de las partículas, la cuantificación de TiO_2 en plasma mostró un aumento en función del tiempo, indicando el pasaje de partículas desde los órganos hacia la sangre. Histológicamente a los 3 y 12 meses se observaron partículas de TiO_2 en células mononucleares sanguíneas y en el parénquima de los órganos. En hígado, para 3 y 12 meses, se observaron focos de necrosis en los grupos experimentales de 10 y 5nm, mientras que en pulmón y riñón no se observaron cambios morfológicos. En relación a la cuantificación, los depósitos de TiO_2 fueron siempre mayores en hígado que en pulmón y para las micropartículas respecto a las nanopartículas. En el hígado, la concentración de partículas de TiO_2 en relación al TPP no mostró diferencias significativas para ninguno de los tiempos estudiados. En función del tiempo, se observó una disminución significativa sólo para las partículas de 10nm ($p < 0.05$). En pulmón, el depósito de partículas de TiO_2 disminuyó en función del TPP para ambos tiempos experimentales ($p < 0.05$). En función del tiempo, el depósito disminuyó significativamente para las partículas de 150nm y 10nm ($p < 0.05$). Sin embargo, para las partículas de 5nm el depósito se mantuvo a través del tiempo. El estudio por MEB mostró aglomerados de partículas en asociación con diferentes estructuras celulares. En pulmón a los 3 meses la generación de O_2^- fue inversamente proporcional al tamaño de la partícula (150nm: 49.1 ± 5.2 ; 10nm:

58.2±7.3; 5nm: 62.7±0.9 vs C: 29.3±4.8, p<0.05). Si bien la partícula de 5nm fue la más reactiva no se observó daño a membrana, posiblemente por el aumento en los niveles de antioxidantes, indicando una respuesta adaptativa. En hígado, especialmente para las nanopartículas de 5nm, la actividad antioxidante no logró compensar el daño a membrana, correspondiéndose con las alteraciones tisulares observadas histológicamente.

Conclusión: La respuesta biológica al TiO₂ y su biocinética dependerían, entre las propiedades fisicoquímicas, del tamaño promedio de las partículas (TPP). El estudio a largo plazo de los efectos adversos de las nanopartículas de TiO₂ en los tejidos abre interrogantes para futuros estudios, representando un nuevo desafío en nanotoxicología. La potencial toxicidad y riesgos biológicos asociados a los iones y/o partículas resultantes de la corrosión de implantes metálicos, son temas de interés sanitario para la comunidad de pacientes portadores de prótesis considerando que las mismas permanecen en el organismo por largos períodos de tiempo.

PREMIO “MARCELINO HERRERA VEGAS”

UTILIDAD DEL CORAZÓN ARTIFICIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA TERMINAL EN LA INFANCIA (INTI)*

DRES. HORACIO VOGELFANG¹, GERARDO NAIMAN,
ALEJANDRA VILLA, TEC. MARÍA DEL CARMEN DE LA RIBA,
DRES. LUIS QUIROGA Y GUSTAVO SÍVORI

Objetivo: Investigar el impacto de la utilización del corazón artificial en la supervivencia de la población infantil con Insuficiencia Cardíaca Terminal inscrita en lista de espera para el trasplante.

Material y Método:

Diseño: Descriptivo-Analítico, Retrospectivo y Observacional.

* Trabajo realizado en el Hospital de Pediatría / SAMIC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina.

¹ E-mail: mial@fibertel.com.ar ó txcardiacoinfantil@gmail.com

Población: Está compuesta por los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal que se inscribieron en la Lista de Espera para Trasplante Cardíaco del Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), en nuestra institución entre abril 2000 y abril 2012. N=78.

Se analizaron las siguientes variables: Sexo; Procedencia (Capital, Buenos Aires, Interior y Países Limítrofes); Edad al ingreso en meses (<12, 12-36, 37-60, 61-120, >120); Peso en kg. (<10; 10-20; 21-40; >40); Grupo sanguíneo (0+; A+; B+; 0-; B-); Diagnóstico (Miocardiopatía Dilatada, Miocardiopatía Restrictiva, Enfermedad Cardíaca Congénita e Hipertensión Pulmonar); Categoría al ingreso en Lista de Espera (Electivo, Urgencia y Emergencia); Tiempo en meses en Lista de Espera (<1, 1-3, 4-6, 7-9, 10-12, >12); Tiempo de Asistencia Mecánica con Corazón Artificial en días (3-30, 31-60, 61-120, 121-180, >180); Evento (Fallecido, Trasplantado e Implante Corazón Artificial) y Situación actual en relación al evento (Lista de Espera, Fallecidos Pre-Trasplante, Corazón Artificial y Trasplantados). Complicaciones.

Se consideran dos ***Períodos*** en relación al comienzo de la implementación de la nueva técnica quirúrgica: Implante de Corazón Artificial. El uso de AMV con Corazón Artificial como soporte para pacientes terminales fue incorporado al Programa de Trasplante Cardíaco a partir del año 2006.

Período 1: Todos los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal inscriptos en la Lista de Espera para Trasplante Cardíaco del Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), en nuestro Hospital entre abril 2000 a diciembre 2005. N=24.

Período 2: Todos los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal inscriptos en la Lista de Espera para Trasplante Cardíaco del Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), en nuestro Hospital entre enero 2006 y abril 2012. N=54.

Se utilizó un sistema de Corazón Artificial marca Berlin Heart, origen Alemania; (Berlin Heart GmbH. Registro ANMAT PM1617-01; año 2006: "Dispositivo de Asistencia Ventricular marca Berlin Heart").

Se describen las técnicas quirúrgicas: Cirugía Experimental; Implante de Corazón Artificial; Trasplante Cardíaco.

Los datos fueron recolectados y volcados a una base computarizada, confeccionada con el programa estadístico SPSS 17.0 para Windows. Con el mismo programa se realizó la elaboración y análisis estadístico.

Para describir las variables cualitativas y categóricas se utilizaron las escalas nominal y ordinal según correspondiera y los procedimientos de distribución de frecuencias y Medidas de Tendencia Central: Mediana y Modo. Y para las cuantitativas se utilizó la escala intervalar y los procedimientos de distribución de frecuencias con las medidas de resumen Mediana y Rango o Media y Desvío Estándar.

Para estimar la Probabilidad de Sobrevida de los pacientes en Lista de Espera en

relación al evento, se utilizó la técnica de Kaplan-Meier, que calculó la Media de Sobrevida y los Intervalos de Confianza del 95% en cada uno de los períodos. Para estimar la diferencia de sobrevida entre los dos períodos estudiados, se utilizó la prueba no paramétrica de log-rank (Mantel-Cox) que calculó la Media de Sobrevida y los Intervalos de Confianza del 95%. Se utilizó un nivel de significación: $p \leq 0.05$.

La información se presenta con gráficos para variables cualitativas (de sector o circular, barras horizontales simples, barras horizontales comparativas) y gráficos para variables cuantitativas (histogramas, barras verticales simples, barras verticales comparativas, lineal simple) con el programa Microsoft Excel 2007.

Para la representación gráfica de la sobrevida se utilizó la curva de Kaplan-Meier, efectuados con el software SPSS 17.0 para Windows.

Resultados: A partir del año 2006, de los 54 pacientes inscriptos, 24 (44%) cumplieron los Criterios de Inclusión para ser tratados con Corazón Artificial.

No hubo mortalidad operatoria ni perioperatoria. Ninguno de los pacientes requirió reoperaciones por sangrado posquirúrgico. La suspensión de la ARM fue precoz en todos los casos. Ninguno de los 13 niños que *a priori* fueron definidos cardiológicamente como candidatos a Asistencia Mecánica Univentricular izquierda, requirió luego la asistencia del ventrículo derecho.

En la evolución se realizaron 8 cambios de la bomba sanguínea: 2 por fatiga o deficiencia de material y 6 por haberse detectado presencia de fibrina y/o coágulos en la misma.

Siete pacientes fallecieron sin haber llegado al trasplante cardíaco: 4 por complicaciones tromboembólicas (ACV); 2 por infecciones y 1 por shock anafiláctico medicamentoso.

Catorce pacientes fueron trasplantados y 3 permanecen aún bajo asistencia.

Analizando los períodos en los que se dividió la población de acuerdo al inicio del uso del mismo, vemos que, el número de inscriptos fue: 24 vs 54; trasplantados: 11 vs 22 y la mortalidad durante la espera: 50% vs 35%; 2000-2005 vs 2006-2012 respectivamente.

Comparativamente vemos que en el 2do. período, con el uso del Corazón Artificial, se incrementaron significativamente los porcentajes de sobrevida en Lista de Espera y de trasplantes realizados, disminuyendo la mortalidad.

El análisis de sobrevida realizado en ambos períodos arroja como resultado que en el primero, sin utilización del Corazón Artificial (N=24) la media de permanencia en Lista de Espera es de 26 meses (IC 95% 10-42); mientras que en el segundo, con el uso del Corazón Artificial (N=54) la media de permanencia en Lista de Espera asciende a 37 meses (IC 95% 26-48); ($p=0.05$).

Las Tasas de Sobrevida, a los 6, 12, 24 y 36 meses demuestran claramente el impacto positivo del corazón artificial en esta cohorte de pacientes.

Conclusión: Es factible la Asistencia Circulatoria con Corazón Artificial en la infancia por períodos prolongados.

El Corazón Artificial disminuye significativamente la mortalidad de pacientes en Lista de Espera para Trasplante Cardíaco.

La utilización del Corazón Artificial requiere una gran especialización interdisciplinaria.

El Corazón Artificial mejora sustancialmente la evolución postrasplante.

El Trasplante Cardíaco es el tratamiento quirúrgico de elección para la Insuficiencia Cardíaca Terminal en la infancia.

PREMIO “DOMINGO J. BRACHETTO BRIAN”

OSTEOSARCOMA DE MAXILAR. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 74 CASOS*

DRES. MARÍA L. PAPARELLA*, LILIANA G. OLVI,
DANIEL BRANDIZZI, ALICIA KESZLER,
Y EDUARDO H. SANTINI-ARAUJO

Introducción: El osteosarcoma de maxilar representa entre el 5 y 13% del total de osteosarcomas. Difiere del osteosarcoma convencional de huesos largos en múltiples aspectos: edad de presentación, predominio del patrón de diferenciación celular y grado de malignidad, respuesta al tratamiento, riesgo a metastatizar y causa de muerte. Las series de casos publicadas de osteosarcoma de maxilar no son extensas y sus resultados son difíciles de generalizar, lo cual justifica el análisis de nuevas series que aporten mayor información para la caracterización de esta entidad.

Objetivo: Analizar una serie de casos de osteosarcoma de maxilar.

* Trabajo realizado en la Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, UBA y Laboratorio Patología Ortopédica, Buenos Aires, Argentina.

** Correspondencia: Dra. M. L. Paparella, Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, UBA, Marcelo T. de Alvear N° 2142, piso 2° “A” (C1122AAH), Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54.11) 4964-1273.

Material y Método: Se incluyeron 74 casos de osteosarcomas de maxilar procedentes de los archivos de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires y del Laboratorio de Patología Ortopédica de Buenos Aires. Se analizaron sus caracteres clínicos, radiológicos e histopatológicos y su frecuencia con respecto a la patología agresiva y maligna de los huesos maxilares. En 32 casos se evaluaron diferentes parámetros morfométricos (en relación a número, tamaño y forma) de las regiones organizadoras del nucleolo (NORs) identificadas con impregnaciones argénticas (AgNORs). En 16 casos no desmineralizados se analizó el contenido de ácido desoxirribonucleico (ADN) de las células tumorales por microespectrofotometría aplicando parámetros relativos a cantidad total de ADN, ploidía tumoral e índices de Böcking. En 31 casos se realizaron técnicas inmunohistoquímicas para las marcaciones de las proteínas Ezrin y antígeno tumoral metastásico (MTA). En 17 casos se obtuvo seguimiento de los pacientes y se realizó el análisis de sobrevida.

Resultados: En la Cátedra Anatomía Patológica el osteosarcoma de maxilar representó el 10% de los tumores agresivos y malignos primarios y el 8% considerando la patología tumoral metastásica y linfoproliferativa de los huesos maxilares. En el Laboratorio de Patología Ortopédica representó el 2% de todos los tipos de osteosarcomas y el 3% de los osteosarcomas convencionales. La media de edad fue de 43 años (7-76 años). El sexo femenino fue el más afectado (56%) y la localización más frecuente fue la mandíbula (54%), sector de molares. Los caracteres radiográficos fueron muy variados y poco característicos con predominio de imágenes mixtas. El diagnóstico presuntivo (clínico-radiográfico) fue en el 66,6% de los casos de lesión benigna (displásicas y neoplásicas) y en el 33,3% restante el diagnóstico fue de neoplasia maligna; en ningún caso se planteó el diagnóstico de osteosarcoma. Los patrones celulares fueron muy variados, aún en el mismo tumor, siendo el predominante el osteoblástico (48,5%) seguido del condroblástico (37%). La distribución entre bajos y altos grados de malignidad fue similar. El volumen individual de cada AgNORs fue el parámetro más significativo, siendo mayor en los tumores con localización en maxilar superior. El 56% de los tumores, en los que se cuantificó el ADN, fue tetraploides y aneuploides. El 19% de los casos analizados mostró positividad para Ezrin y el 77% para MTA. La sobrevida de los pacientes con seguimiento fue del 68% a los 5 años. El sexo femenino mostró menor sobrevida que el masculino. El patrón condroblástico mostró mayores variaciones de las AgNORs, mayor contenido de ADN y menor sobrevida.

Conclusión: En nuestra casuística el osteosarcoma de maxilar es un tumor frecuente entre los tumores agresivos y malignos de los huesos maxilares. La edad de mayor incidencia se aparta notablemente de aquella registrada en osteosarcomas de huesos largos. Presente a un cuadro radiográfico muy variable y no definido. El sexo femenino, la localización en maxilar superior y el predominio del patrón condroblástico podrían estar asociados a un peor pronóstico. El análisis de AgNORs y ploidía

y la expresión de las proteínas Ezrin y MTA podrían ser considerados marcadores adicionales de malignidad. El osteosarcoma de maxilar puede ser considerado una entidad definida, con características propias, que lo separan del resto de los osteosarcomas de esqueleto. Es relevante, para los profesionales que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de las patologías del área bucomaxilofacial, el conocimiento de la frecuencia y de los caracteres de este tumor para considerarlo en el planteo del diagnóstico diferencial, realizar un diagnóstico correcto e implementar una conducta terapéutica adecuada.

PREMIO "CARLOS E. OTTOLENGHI"

ARTROPATÍA DEL MANGUITO ROTADOR. TRATAMIENTO Y RESULTADOS.*

DRES. MAXIMILIANO RANALLETTA",
JUAN MANUEL LÓPEZ OVENZA,
SANTIAGO BONGIOVANNI, RUBÉN EDILIO PAOLETTA,
OSVALDO PATIÑO Y GASTÓN MAIGNON

Objetivo: El objetivo de este trabajo es presentar un grupo de pacientes con artropatía por manguito (AM) tratados en nuestro Servicio. Se dividieron los pacientes en 2 grupos: un grupo de pacientes con enfermedad inicial tratados con un protocolo de rehabilitación y otro grupo de pacientes con enfermedad avanzada tratado con prótesis reversa de hombro.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Material y Método: Para este estudio fueron evaluados 50 pacientes en forma prospectiva. Se incluyeron todos aquellos pacientes: Mayores de 70 años, ruptura masiva del manguito rotador irreparable y cambios degenerativos hasta tipo 1º de la clasificación de Seebauer.

Criterios de exclusión: Pacientes que no deseen participar del estudio, pacientes

* Trabajo realizado en el Instituto de Ortopedia y Traumatología "Dr. Prof. Carlos E. Ottolenghi", Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

** E-mail: mranalletta@yahoo.es

con enfermedades neurológicas centrales o periféricas, con dolor incapacitante, pacientes con cirugías previas en el hombro y la columna cervical.

Se randomizó en dos grupos por medio del sistema informático. El *grupo 1* (n=25) en el cual los pacientes recibieron un plan de tratamiento con AINES e infiltraciones según lo requiera el caso para mejorar el dolor y se les indicó el plan de fortalecimiento del manguito rotador propuesto por Rockwood. El *grupo 2* o grupo experimental (n=25) al cual se le indicó el plan de fortalecimiento muscular propuesto de Levy. Los pacientes asistieron a kinesiólogos que conocen el protocolo de rehabilitación y fueron seguidos semanalmente.

Resultados: El Score de Constant mejoró desde un promedio de 37 puntos ($DS \pm 11$) a un promedio de 50 puntos ($DS \pm 11$) y el EVA mejoró de un promedio de 3.6 a un promedio de 5.3 ($p < 0.05$) para todo el grupo en ambos protocolos. La diferencia entre pre y post tratamiento en el Score de Constant para el grupo 2 (protocolo de Levy) fue de un promedio de 17 puntos ($DS \pm 10$) mientras que para el grupo 1 fue de 7 puntos ($DS \pm 4$). La diferencia en el EVA para satisfacción en el grupo 2 fue de 2.6 ($DS \pm 1.6$) mientras que para el grupo 1 fue de 0.8 ($DS \pm 0.1$) ($p < 0.05$).

El análisis entre los grupos mostró diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo con el protocolo de Levy.

En el estudio realizado encontramos que el programa de rehabilitación con ambos protocolos mostró mejorías significativas. El grupo que realizó el tratamiento de reeducación y fortalecimiento del deltoides anterior o protocolo de Levy, obtuvo mejores resultados expresados estadísticamente.

PRÓTESIS REVERSA

Material y Método: Entre abril de 2007 y marzo de 2010, 15 procedimientos de artroplastia total reversa de hombro fueron realizados en pacientes con artropatía por insuficiencia del manguito rotador. Hubo 11 mujeres y 4 hombres. La edad media en el momento de la cirugía era 75 años (rango, 59-88). Todos los pacientes habían sido tratados con tratamiento conservador (infiltraciones o kinesioterapia) por más de 6 meses. Todos los pacientes presentaban artropatía degenerativa articular evidenciada en las radiografías y ruptura masiva del manguito rotador en la resonancia magnética. Diez pacientes presentaban seudoparálisis por la insuficiencia del manguito rotador. Un caso presentaba cirugía previa fallida de reparación de manguito rotador. Dos pacientes presentaban diabetes tipo II y un paciente, enfermedad de Parkinson. Los criterios de la exclusión eran infección activa, parálisis axilar del nervio, un músculo deltoides deficiente, pacientes menores de 50 años o con actividad física intensa.

Resultados: El seguimiento fue 33 meses promedio (rango, 24-47). El rango de movilidad mejoró de una elevación preoperatoria de 41° promedio (rango, 0-140) a

103° (rango, 20-160) ($p < 0.05$) y una rotación externa de 3° promedio (rango, 0-20) preoperatoria a 5° (rango, 0-20) ($p = 0.3$). En la escala de UCLA los pacientes mejoraron de 10 puntos promedio (rango, 5-15) a 26 puntos (rango, 5-33) ($p < 0.05$).

Como complicaciones intraoperatorias hubo una fractura del borde anterior de la glena. Como complicaciones post operatorias hubo una avulsión de la glena traumática y otro paciente con aflojamiento aséptico de la glena a los 24 meses.

PREMIO “ENRIQUE FINOCHIETTO”

LA ANAMNESIS Y EL EXAMEN FÍSICO EN LA EVALUACIÓN DEL ABDOMEN AGUDO: INVESTIGACIÓN CLÍNICA SOBRE LA VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR.*

DRES. ALBERTO R. FERRERES**, ANÍBAL J. RONDÁN,
AUGUSTO T. FERRERES, RICARDO A. FRANZOSI,
MARCELO J. FASANO Y GABRIELA E. CENTURIÓN

Introducción: El abdomen agudo (AA) es el motivo de consulta más frecuente en los Departamentos de Emergencias. Si bien los datos obtenidos del interrogatorio y de la semiología abdominal son fundamentales para su diagnóstico y manejo, muchas veces ofrecen una gran variabilidad entre los examinadores. Desde el punto de vista estadístico, el índice kappa permite medir dicha discordancia, no imputable al azar.

Objetivo: Investigar el grado de variabilidad de los datos obtenidos a través del interrogatorio y del examen físico en pacientes con diagnóstico de AA, entre médicos residentes de Cirugía y cirujanos de Guardia.

Lugar de aplicación y diseño: Servicios de Cirugía General y de Emergencias, Hospital General de Agudos, Provincia de Buenos Aires. Estudio prospectivo, observacional y estadístico de variables cualitativas.

* Trabajo realizado en: Servicios de Cirugía General y de Emergencias, Hospital “Dr. Carlos A. Bocalandro”, Argentina.

** Correspondencia: Prof. A. R. Ferreres, Vicente López N° 1831, PB, (1128), GCABA-Teléfono: 4801-7222.

Material y Métodos: Entre abril y diciembre de 2011, se evaluaron prospectivamente 500 pacientes con diagnóstico de AA, examinados por un médico residente de Cirugía y el médico cirujano de Guardia. Correspondían al sexo masculino 320 (64%) y la edad media fue de 58,7 años. Se excluyeron los menores de 18 años, las embarazadas y las púerperas y aquellos con antecedentes quirúrgicos abdominales, con heridas de arma blanca o de fuego y bajo custodia. Se investigaron los siguientes datos por el interrogatorio: a) Tiempo de inicio o de evolución del dolor. b) Forma de inicio. c) Tipo de dolor. d) Migración del dolor. e) Irradiación del dolor. f) Vómitos. g) Diarrea. h) Fiebre. i) Escalofríos. j) Ingesta de medicamentos. Los hallazgos semiológicos abdominales utilizados para la comparación fueron: a) Distensión abdominal. b) Dolor a la palpación superficial. c) Dolor a la palpación profunda. d) Defensa abdominal. e) Dolor a la descompresión (reacción peritoneal). f) Masa o tumor palpable. g) Ruidos hidroaéreos: normales, ausentes o de lucha. La concordancia o variabilidad interobservador entre los datos de cada uno de los 500 pares de evaluaciones (una correspondiente al médico residente y otra al médico cirujano) fue calculada mediante el test de kappa.

Resultados: De los datos del interrogatorio, las variables tiempo de inicio y escalofríos tuvieron una concordancia pobre (kappa 0,15 y 0,18); la forma de inicio y la fiebre, concordancia regular (kappa 0,25); el tipo de dolor, la migración y la irradiación del dolor, los vómitos y diarrea, concordancia moderada (kappa 0,42 - 0,42 - 0,47 y 0,49) y la medicación, concordancia buena (kappa 0,67). La concordancia fue pobre para la ausencia de ruidos hidroaéreos y la distensión abdominal (kappa 0,18); regular para el dolor a la palpación superficial y la defensa abdominal (kappa 0,22 y 0,27); moderada para los ruidos hidroaéreos normales, de lucha, el dolor a la palpación profunda y la reacción peritoneal (kappa 0,44 - 0,44 - 0,48 y 0,49) y buena para masa abdominal (kappa 0,62).

Conclusión: a) Los resultados evidencian un bajo nivel de acuerdo entre los observadores, con implicancias en la calidad de atención médica y potencial riesgo médico-legal. b) Las habilidades semiológicas deben ser desarrolladas y evaluadas para un mejor resultado. c) La supervisión por cirujanos expertos es fundamental para lograr una mayor concordancia y de esa manera, beneficiar a los pacientes.

BECAS

Año 2012

“Adolfo H. Aztiria”

Internas:

- Tema: “Inestabilidad cromosómica y tumorigénesis”.
Lic. Miguel Ángel Borda.
- Tema: “Mutaciones en la Leucemia Mieloide Crónica”.
Lic. Zema Verónica Mercado Guzmán.
- Tema: “Inmunodeficiencias en Pediatría”.
Lic. Ana Coraglia.
- Tema: “Coinfección HIV-HCV: Reservorios virales”.
Lic. Mariela Constanza Bastón.
- Tema: “Etiopatogenia del Síndrome Urémico Hemolítico”.
Dra. Leticia V. Bentancor.
- Tema: “Trombosis y Respuesta Inmune Innata”.
Dra. María Victoria A. Godoy.
Dra. María Emilia Scharrig Fernández.
- Tema: “Células Madre en Neonatología”.
Dra. María de los Ángeles Procacci Ríos.
- Tema: “Bioseguridad en Trabajadores de la Salud”.
Lic. Andrea Laura Salomone.

“Novo Nordisk”

- Tema: “Hemofilia”.
Dra. Gabriela Guerrero.

Subsidio “Fundación Allende”

Dr. Mauricio Farez.

ACTIVIDADES DE LOS SEÑORES ACADÉMICOS

DISTINCIONES ACORDADAS A LOS SEÑORES ACADÉMICOS TITULARES

Dr. Fortunato Benaim: Premio Homenaje “CEDIQUIFA 2012”.

- “Homenaje a su Trayectoria, Programa de TV-“Educación y Salud”.
- Presidente Honorario, Congreso sobre Terapia Celular. Salón Azul, Congreso de la Nación.
- “Visitante Ilustre”, Ciudad de San Nicolás, Prov. de Buenos Aires.

Dr. Rómulo L. Cabrini: Distinción del Rector, UBA.

- Miembro Honorífico, Sociedad Argentina de Osteosíntesis, Biomateriales e Injertos Óseos.
- Presidente Honorífico Vitalicio, Academia Internacional de Patología. División Argentina.
- Profesor Honorario Consulto, Universidad Maimónides.

Dr. Eduardo H. Charreau: Académico Referente, Casa de las Academia Nacionales.

Dr. Antonio Raúl de los Santos: Presidente, Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación de Posgrado en la República Argentina (ACAP).

Dr. Marcelo V. Elizari: “Maestro del Foro Iberoamericano de Arritmias en Internet (FIAI)” en reconocimiento por sus aportes en la Electrofisiología Argentina e Internacional, FIAI.

- Miembro Titular, Sociedad Argentina de Cardiología.
- Consultor Honorario, División Cardiología, Hospital General de Agudos “José M. Ramos Mejía”, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Bs. Aires.

Dr. Rodolfo Fahrer: Designado International Distinguished Fellow, American Psychiatric Association, Washington, DC, EE.UU.

Dr. Vicente P. Gutiérrez: Profesor Emérito (Docencia en Unidad Hospitalaria y Posgrado de Cirugía General), Facultad de Medicina, UBA.

- Miembro, Consejo Asesor, Comité de Peritos Médicos (COPEME-AMA), Asociación Médica Argentina.

Dr. A. Miguel Largaía: Director, Residencia Médica Posbásica en Neonatología, UBA.

- Miembro Honorario Nacional, Sociedad Argentina de Pediatría.

Dr. Enrique S. Malbrán: "Exceptional Service Award, Gold Medal in Ophthalmology", otorgada por el Comité Ejecutivo, International Academy for Advances in Ophthalmology, Mumbai, India.

Dr. Manuel L. Martí: Miembro Correspondiente Extranjero, Real Academia Nacional de Medicina de España.

- Presidente de Honor, XIV Congreso Internacional de Medicina Interna, Hospital de Clínicas.
- Secretario (2012-2014), Sociedad Argentina de Medicina Humanitaria.

Dr. Jorge A. Neira: 1er. Premio al Mejor Poster, trabajo: "Sistema único de registro epidemiológico®, Sure®, Desarrollo de un sistema de registro de trauma para la Argentina" (*Neira JA, Ginzburg E, Bosque L, Monteverde E, Maciá E, Lartigue B, Bárbaro C*). XXV Congreso Panamericano de Trauma.

- Miembro, Consejo Asesor de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Dra. Christiane Dosne Pasqualini: "Premio Golda Meier 2012", Consejo Argentino de Mujeres Israelitas.

- Homenaje, Espacio Mujer 2012, Editorial Televisa.

Académico Correspondiente Nacional Dr. Francisco J. Barrantes (B. Blanca): The Academy of Sciences for the Development World (TWAS) le designó Vicepresidente (Latinoamérica y Caribe), período: 01-01-2013 / 31-12-2015.

ACTUACIÓN DE LOS SEÑORES ACADÉMICOS TITULARES EN REUNIONES CIENTÍFICAS

Dr. Fortunato Benaim: XLII Congreso de Cirugía Plástica. Disertación, Acto Argentina-México, Homenaje a los Dres. Ángel González y Fernando Ortiz Monasterio.

- Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Miembro del Jurado para otorgar el Premio a la Investigación.
- III Congreso Paraguayo de Quemaduras, Asunción, Paraguay. Conferenciante, tema: "Medicina del Quemado 2012. Desafíos y Responsabilidades para iniciar una Nueva Era".
- XII Congreso Argentino de Epidemiología, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Participante.
- Congreso sobre Terapia Celular. Salón Azul. Congreso de la Nación. Disertación sobre: "Aplicaciones clínicas del cultivo de queratinocitos".

Dr. Rómulo L. Cabrini: XXXIX Reunión Anual, Asociación Argentina de Tecnología Nuclear, trabajo presentado: "Modificaciones en la técnica de montaje de cortes histológicos para el análisis de la distribución espacial de boro por autorradiografía" (en col.: Portu A, Carpano M, Dagraosa A, Pozzi E, Thorp S, Curotto P, Saint Martin G).

- Congreso, Sociedad Argentina de Investigación Odontológica, trabajos presentados: "Estudio citológico de los bordes linguales en pacientes fumadores" (en col.: Nalli G, Lanfranchi H); "Estudio de cuantificación densitométrica por análisis de imagen en radiografías de implantes dentales" (en col.: Brandizzi D, Bruno ME, Costa O).
- II Congreso, Asociación Argentina de Microscopia: Expositor e Integrante Comité Científico.
- Congreso IADR (International Association for Dental Research) 2012, trabajo presentado: "Titanium implant corrosion micro and nanoparticles biokinetics" (en col.: Olmedo D, Tasat D, Paparella ML, Bruno M, Ramos E, Evelson P, Jiménez Rebagliatti, Guglielmotti MB).
- XLIX Congreso, Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (AAOT), disertante, tema: "Oseointegración" en el Simposio "Temas destacados en Osteosíntesis, Biomateriales e Injertos".

Dr. Antonio Raúl de los Santos: XIV Congreso de Medicina Interna, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Panelista, Mesa Redonda: "Educación Médica del Futuro".

Dr. Alejandro F. De Nicola: XIV Congreso Internacional de Medicina Interna, Hospital

- de Clínicas “José de San Martín”. Conferencia Magistral Prof. Dr. B. A. Housay: “Las hormonas esteroideas en la patología del sistema nervioso central”.
- LVII Reunión Científica Anual, Sociedad Argentina de Investigación Clínica (SAIC). Mar del Plata, Prov. Bs. Aires. Comunicaciones breves: “Rol del receptor de progesterona en la inducción de la encefalitis autoinmune experimental” (Garay LI, Willemse E, González Deniselle MC, Lima A, Roig P, *De Nicola AF*), Medicina (Buenos Aires) 2012; 72(Supl. II):193; “La astrogliia en el período presintomático de un modelo de degeneración de motoneurona, el ratón Wobbler”-Póster (Meyer M, González Deniselle MC, Gargiulo-Monachelli GM, Lima A, Roig P, *De Nicola AF*), Medicina (Buenos Aires) 2012; 72(Supl. II): 145, Resumen 326; “El bloqueo central del receptor de mineralocorticoides (MR) disminuye la presión arterial y la expresión hipotalámica del ARNM de vasopresina (AVP) en la rata espontáneamente hipertensa (SHR)”, (Pietranera L, Brocca ME, Roig P, *De Nicola AF*), Medicina (Buenos Aires) 2012; 72(Supl. II):81; “Expresión y localización celular del receptor clásico de progesterona (PR) en la médula espinal de controles y pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)” (Gargiulo-Monachelli G, Campos-Melo D, Droppelmann C, Keller B, Leystra-Lantz C, *De Nicola AF*, González Deniselle MC, Volkening K, Strong M), Medicina (Buenos Aires) 2012; 72(Supl. II):191; “Los estrógenos modulan positivamente la morfología de las neuronas piramidales de la región CA1 del hipocampo de las ratas espontáneamente hipertensas” (Brocca ME, Pietranera L, Beaquis J, Roig P, *De Nicola AF*), Medicina (Buenos Aires) 2012; 72(Supl. II):106.
 - 64th Annual Meeting of the American Academy of Neurology, New Orleans, EE.UU. “Expression and cellular localization of the classical progesterone receptor (PR) in the spinal cord of control subjects and amyotrophic lateral sclerosis (ALS) patients”.

Dr. Marcelo V. Elizari: World Congress of Cardiology. Dubai, Emiratos Árabes Unidos. Chair, “Acute Coronary Syndromes in Developing Countries”.

- 1ra. Jornada Científica de Fibrilación Auricular en el Nuevo Milenio. Presidente Honorario.
- XVIII Congresso Cearense de Cardiologia, Fortaleza, Brasil. Conferenciante: “Atrial Fibrillation. Rate or Rhythm Control” y “Myocarditis: Under-diagnosed Medical Condition”.
- 4ta. Jornada Argentina Bienal de Electrofisiología Cardíaca “Dr. Mauricio B. Rosenbaum”, De la Clínica a la Célula, Universidad Católica Argentina. Presidente Honorario.
- XXXVIII Congreso Argentino de Cardiología. Conferencia Inaugural 75 años de la Sociedad Argentina de Cardiología: “Síndrome de Brugada: la visión de

Buenos Aires”; Coordinador, Taller Interactivo: “Diagnóstico de electrocardiogramas y arritmias complejas”; Disertante, “Etiopatogenia del Síndrome de Brugada”; Reunión de Expertos “A Step further to improving prognosis of heart failure patients”, Coordinador Prof. Michel Komajda.

- Il Congreso Argentino de Arritmias. Disertante: “Teoría de la cresta neural. ¿Un Nuevo paradigma? Mesa Redonda “Una visión actual del Síndrome de Brugada”; Presidente, Mesa Redonda: “Anticoagulación en la Fibrilación Auricular”; Disertante: “Los Recuerdos están Vivos”, Homenaje a la Escuela Rosenbaum de Electrocardiografía; Comentarador, Mesa Redonda: “Casos en Electrocardiografía del Mundo Real”, V Encuentro Internacional del Foro Iberoamericano de Arritmias.

Dr. Rodolfo Fahrer: Reunión Internacional 2012, American College of Psychiatrists “Advancing Psychiatry: Neuroscience, Technology & Professionalism”, Naples, Florida, EE.UU., participante.

- 1er. Encuentro de Red año 2012, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Participación, Programa de Prevención de Adicciones.
- XXVII Congreso Argentino de Psiquiatría, APSA: “Incumbencias profesionales ante el sufrimiento social y la enfermedad mental”, Mar del Plata, Prov. de Bs. Aires. Organizador y Coordinador, Mesas Redondas: “Actualización en el Tratamiento del Paciente con Trastorno Límite de la Personalidad” y “Actualización en el Uso de Antipsicóticos”.
- 165ª Reunión Anual, American Psychiatric Association “Integrated Care”, Philadelphia, PA, EE.UU. Participante.
- X Jornada, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA: “El Porvenir de una ilusión. Avatares y Transformaciones de la Vocación Médica”. Integrante, Comité de Honor; Expositor, Mesa Redonda “La temprana vocación médica y su importancia en el curso de la formación y la actividad profesional argentina”. Presentación: “Experiencia curricular de enseñanza integrada. Salud Mental”.
- XXVII Congreso Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)-Argentina 2012, “Identidad y Vigencia de la Psiquiatría Latinoamericana: Unidad en la diversidad”, Presidente Simposio Internacional “Actualización en trastornos borderline: patogenia, clínica y terapéutica”.

Dr. Vicente P. Gutiérrez: XIV Congreso Internacional de Medicina Interna, Hospital de Clínicas. Miembro, Jurado para el otorgamiento de Premios a los Mejores Proyectos de Investigación.

- 1er. Congreso Argentino y Latinoamericano de Cirugía Hepato-Pancreato-Bi-

liar (HPB), Moderador de Sesión.

- 112th Annual Clinical Congress, American College of Surgeons, Chicago, EE.UU. Invitado como Miembro Honorario.
- LXXXIII Congreso Argentino de Cirugía. Conferenciante, tema: "Desafíos para cirujanos jóvenes en un país en vías de desarrollo. ¿Qué podemos aprender del American College of Surgeons?", Asociación Argentina de Cirugía.

Dr. A. Miguel Larguía: Pediatric Academic Societies. Annual Meeting, Boston, Massachusetts, EE.UU. Attendance.

- VI Simposio Internacional "El pulmón del Recién Nacido". Participante.
- Segunda Jornada de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo de los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Resultados de gestión de los Programas de Seguimiento CABA. Panelista Mesa Redonda.
- Reunión de Enlace, Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica. Participación.

Dr. Enrique S. Malbrán: VI Congreso ALACCSA-R del Hemisferio Sur. Disertante: Actividad: Trasplante de Córnea I; Ponencia: "Consideraciones varias en Queratoplastias Laminares"; Coordinador: "Situaciones especiales en la Cirugía del Cristalino I"; Ponencia sobre la prevención y tratamiento de las luxaciones del cristalino y/o lentes intraoculares; Coordinador: Actividad: Femtosegundo-Cirugía de la Catarata con Láser. Invitado en carácter de Disertante, Curso: "Úvea, Retina y Vítreo 2012", Temas: "Desgarro Gigante". "Desprendimiento Mióptico, Afáquico y Seudofáquico".

Dr. Manuel L. Martí: International Meeting, American College of Physicians, Miembro Titular Invitado.

- American College of Physicians-Internal Medicine 2012. New Orleans, EE.UU. International Forum "High Value, Cost Efficient Management of Chronic Non Communicable Diseases". Relator.
- Regional Workshop on Non Communicable Diseases. Río de Janeiro, Brasil. Academia Nacional de Medicina de Brasil y Academia Nacional de Ciencias de Brasil. Relator.
- VI Congreso Internacional de Periodismo Médico. Asociación Médica Argentina. Relator.
- XIV Congreso Internacional de Medicina Interna, Hospital de Clínicas, Secretario de Cultura; Relator: "Baldomero Fernández Moreno. Médico y Poeta de Buenos Aires".
- XXXVIII Congreso Argentino de Cardiología. "Síndrome Metabólico ¿existe?". Relator, Simposio Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares.

- XVII Congreso Argentino de Diabetes. Relator y Coordinador de Simposio: "Hipoglucemia-Epidemiología y Prevención".

Dr. Jorge A. Neira: IV Jornadas Internacionales de Neurointensivismo (JINI). Relator, Conferencia "TEC, Trauma y actualidad", tema: "Trauma en Argentina-Gestión".

- XLIII Congreso Argentino de Neurocirugía. Asociación Argentina de Neurocirugía. Expositor. Simposio AANC-SATI "Neurotrauma", tema: "Manejo Intensivo del Traumatismo Cervical".
- V Congreso Argentino de Radiología (CAR). Presidente, Sesión "Trauma". Conferenciante, tema: "Trauma desde el punto de vista del intensivista".
- XXII Congreso Argentino de Terapia Intensiva, IV Congreso Panamericano Ibérico de Enfermería, FEPIMCTI; XIII Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica; XIV Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva; XV Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva; 8as. Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva y 5as. Jornadas, Comité de Neonatología Crítica. Rosario, Santa Fe. Relator, Simposio "El paciente politraumatizado con TEC", tema: "Errores en paciente politraumatizado con TEC"; Relator, Conferencia "Breves de los Presidentes de SATI", tema: "Reflexionando la certificación, el mantenimiento y la revalidación"; Presidente, Jurado de Premio.
- XII Congreso Boliviano de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Colegio Médico Departamental Chuquisaca y Facultad de Medicina Universidad San Francisco Xavier, Sucre, Bolivia. Asistente y Expositor: "Experiencia Argentina de un Programa de Trauma"; "Evaluación y reanimación inicial del Trauma Múltiple"; "Control del daño resucitativo y coagulopatía postraumática"; "Las emergencias después del 11 de septiembre de 2011"; integrante, Mesa Redonda: "Ventajas y desventajas de la Medición de PIC".
- LXXXIII Congreso Argentino de Cirugía; XX Congreso Asociación Iberoamericana de Cirugía Torácica; LVI Congreso Argentino de Cirugía Torácica; XXXVII Congreso Argentino de Coloproctología; 39as. Jornadas Argentinas de Angiología y Cirugía Cardiovascular; 13as. Jornadas Nacionales de Médicos Residentes de Cirugía General. Integrante, Panel de Discusión: "Formación del Cirujano de Trauma".
- Jornadas Internacionales de Actualización en Transfusión Masiva en Pacientes con Sangrados Críticos. Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía de Trauma, Sociedad Argentina de Patología de Urgencia y Emergentología, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" y

Asociación Argentina de Analgesia, Anestesia y Reanimación de Bs. As. Moderador de Mesa Redonda; Director, Comité Científico.

- XXV Congreso Panamericano de Trauma; XII Congreso Colombiano de Trauma; XII Congreso Prehospitalario de Trauma, Medellín, Colombia. Conferenciante y Juez, SPT Research Competition; trabajos presentados: “Sistema único de registro epidemiológico®. Sure®. Desarrollo de un sistema de registro de trauma para la Argentina (*Neira J*, Ginzburg E, Bosque L, Monteverde E, Maciá E, Lartigue B, Bárbaro C); “Programa Trauma: un modelo para la atención de la enfermedad trauma en la Argentina” (*Neira J*, Ginzburg E, Bosque L, Monteverde E, Tenailón C, Facal P, Danos A, Maciá E, Lartigue B, Bárbaro C, Ruffa L, Beauchamp M); “Socorrismo para la comunidad: un programa de capacitación comunitaria como estrategia de prevención terciaria en la Argentina” (*Neira J*).
- LXXXV Congreso Chileno e Internacional de Cirugía; XLIV Jornadas Chilenas de Coloproctología; X Jornadas Chilenas de Cirugía Plástica. La Serena, Chile. Asistente, Docente, “Sistema de Trauma Argentino”; integrante, Mesa Redonda: “Calidad de Trauma; Docente, “Control del daño resucitativo en Trauma”; “Uso y abuso de antibióticos”; “Uso y abuso del filtro de vena cava”.
- XII Congreso Argentino de Epidemiología; 1er. Congreso de Salud Pública del GCABA; 3ª Reunión, Socios Argentinos de IEA. ADMISAL AMA. Miembro, Comité Asesor.
- Jornadas Internacionales de Actualización en Transfusión Masiva en Pacientes con Sangrados Críticos, Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía de Trauma. Director, Comité Científico.
- III Congreso Nacional e Internacional de Flebología y Linfología, Sociedad Bonaerense de Flebología y Linfología; 1er. Congreso Nacional e Internacional de Flebología y Linfología, Asociación Argentina de Flebología y Linfología, II Curso Fronteras de la Linfología. Trabajo presentado: “Doce años en el Tratamiento del Tromboembolismo Pulmonar empleando filtros de vena cava removibles” (Eisele G, Simonelli D, *Neira J*, Malvino E, Zylverman M, Solimano J, Manosalva H, Vargas O).

Dr. Roberto N. Pradier: IARC Latin American Collaboration Meeting (I-LAC)-International Agency for Research on Cancer. Lyon, Francia. Presentación de iniciativas del Instituto Nacional del Cáncer.

- Jornadas de Otoño, Asociación Argentina de Cirugía. Tandil, Prov. de Bs. Aires. Integrante, Mesa Redonda “Cirugía de la patología benigna de tiroides”.
- 2as. Jornadas Internacionales Conjuntas sobre “Carcinomas diferenciados de tiroides”, Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM) y Asociación Argentina de Cirugía de Cabeza y Cuello (AACCCyC). Coordinador,

“Casos clínicos sobre metástasis a distancia y recurrencia local”.

- XXXII Reunión de Trabajos y Actualización Post ASCO 2012. Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC). Mendoza. Póster sobre: “Función deglutoria post quimio-radioterapia en cáncer de orofaringe”.
- XV Congreso Argentino de Cancerología. Jurado de los trabajos presentados a premio en el Congreso.
- 2012 World Cancer Congress, UICC (Unión Internacional contra el Cáncer). Presentación de la candidatura de Buenos Aires para el Congreso 2016 ante el *Board* de la UICC y *Chair* de “Challenges and Opportunities in education and training in low and middle income countries” (Desafíos y oportunidades para la educación y entrenamiento en países de bajos y medianos recursos). Montreal, Canadá.
- Workshop Internacional “New insights into breast cancer genetics and impact on patient Management” (Nuevos enfoques en la genética del Ca. de mama y su impacto en el manejo de los pacientes), Sociedad Argentina de Genética Médica. Apertura del Workshop. AMA.
- XXVIII Jornadas Multidisciplinarias de Oncología, Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”, UBA. Jurado, Posters de Cirugía.
- XXI Jornadas Científicas, Asociación Argentina de Cirugía de Cabeza y Cuello. Mar del Plata, Prov. de Bs. Aires. Reconocimiento por su actividad como Presidente de la misma, período: 1982-1983. Discutidor, presentación de casos de tratamiento no quirúrgico de cáncer de cabeza y cuello.
- Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Mar del Plata, Prov. de Bs. As. Disertante, “Programa Argentino de Prevención y Control del Cáncer Colorrectal”.

Dr. Román L. Rostagno: LXVIII Congreso Argentino y Asamblea Anual, Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Presidente, Relator Invitado. “Imagenología de la Mujer. Mama”. Coordinador, Mesa de Discusión: “Imágenes de la Mujer-Tomosíntesis: Estado Actual”.

- Congreso Argentino de Radiología-CAR2012. Coordinador, Mesa: “El informe imagenológico. Controversias”.
- XXVIII Jornadas de Oncohematología. Instituto de Oncología “Ángel Roffo”. Coordinador Mesa: “Indicaciones actuales de RNM Mamaria: evaluación prequirúrgica. La gran polémica”.
- Jornadas de Actualización en Patologías Mamarias. Sociedad de Imagenología de Bahía Blanca, Prov. de Bs. Aires. “Estado actual de la Imagenología Mamaria”; “Errores en Imagenología”; “Birads: Clasificación, Controversias”; “Intervencionismo”; “Cicatriz Radiada”. Relator Invitado.

- European Society of Breast Imaging-EUSOBI Annual Scientific Meeting. Barcelona, España. Participante.
- VI Congreso SIBIM, XXIII Congreso Peruano de Radiología “Nuevas Tecnologías en Mamografía”. Lima, Perú. Relator Invitado. Moderador Mesa Redonda: “Cánceres y Lesiones de Alto Riesgo en Mamografía: Análisis de Microcalcificaciones”; “Intervencionismo Mamario: Aguja Fina/Aspiración. Indicaciones. Limitantes”.
- XII Jornadas Nacionales de Mastología. Sociedad de Patología Mamaria de Córdoba. Córdoba. Relator Invitado. Coordinador Mesa de Trabajo: “BRQ vs Biopsia al Vacío”; Relator *Simposio III. Opinión del Radiólogo*. “Implantes Mamarios y Cáncer de Mama”; Integrante Mesa de Expertos 4: “Situaciones Especiales en el Manejo Terapéutico del Cáncer de Mama Avanzado”; Discutidor Invitado: *Curso Intracongreso de Imagenología Mamaria*. Casos clínicos. Conclusión.
- III Congreso, Sociedad Peruana de Ultrasonido en Medicina y Biología (SPUMB) Lima, Perú. “Ultrasonido como Guía de Intervencionismo: Mama”. Relator Invitado. Talleres US en Dx de Lesiones de Mama, “Nuevas Tecnologías: Mama”, “Birads: US y Mamografía”, “Controversias: Birads”.

CONFERENCIAS DE LOS SEÑORES ACADÉMICOS TITULARES EN OTRAS INSTITUCIONES

- Dr. Fortunato Benaim*: “Rol del Kinesiólogo en el tratamiento de las Quemaduras”, Clausura, Curso Internacional de Kinesiología en el Paciente con Quemaduras.
- “Espíritu de la Docencia en Cirugía Plástica”, Curso Superior de Cirugía Plástica, Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.
 - “Medicina del Quemado 2012. Desafíos y Responsabilidades para iniciar una nueva Era”, Hospital Garrahan.
- Dr. Rómulo L. Cabrini*: “Osteointegración de implantes”, I Curso Oficial de Recertificación.
- “Biología pulpar”, XV Jornadas, Carrera de Especialización, Universidad Maiónides.
- Dr. Antonio Raúl de los Santos*: “Pasaje del Ciclo Básico al Clínico: Automático o Evaluado”, XII Conferencia Argentina de Educación Médica, AFACIMERA, San Miguel de Tucumán.

Dr. Alejandro F. De Nicola: "Progesterone protective effects on murine moto neuron degeneration: a wishful hope for amyotrophic lateral sclereosis". Workshop "Steroid Hormones in Physiology and Disease: from bench to bedside", Sociedad Argentina de Investigación Clínica.

- "La progesterona como estrategia terapéutica para la neuroinflamación", Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.
- "Protective effects of progesterone in a murine model of amyotrophic lateral sclerosis", Symposium 5, International Master Program in Biomedical Sciences, Estancia La Biznaga, Prov. Buenos Aires.
- "La progesterona como estrategia terapéutica para la neuroinflamación", Instituto de Medicina Experimental (IMEX), Academia Nacional de Medicina.

Dr. Marcelo V. Elizari: "Síndrome de Brugada: la visión de Buenos Aires", conferenciante, 4ta. Jornada Argentina Bienal de Electrofisiología Cardíaca.

Dr. Vicente P. Gutiérrez: "Cuidado proporcional del paciente al final de la vida", Curso de Posgrado sobre Bioética Integral Clínica, Universidad CAECE y Comisión de Bioética Padre José Kentenich.

- "Educación Médica de Posgrado", Jornadas Anuales, Hospital Gandulfo de Lomas de Zamora, Prov. de Bs. Aires.

Dr. A. Miguel Largaña: "Excellence in Pediatrics 2012". Conference accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)", Madrid, España. Participante.

Dr. Manuel L. Martí: "Enfermedad y muerte de Mariano Moreno", Instituto Bonaerense de Numismática y Antigüedades.

- "Decisiones médicas en menores de edad", Discurso de Inauguración, Congreso Académico de Ética en Medicina, Simposio.
- "Diabetes. Diagnóstico y Consideraciones Generales", Círculo Médico de Salta. Prov. de Salta.

Dr. Jorge A. Neira: "Gestión de la Prevención de la Enfermedad Trauma", Conferencia Inaugural. Segundas Jornadas Argentinas de Bioseguridad y Biocustodia. Subcomisión. Asociación Argentina de Microbiología.

- "La enfermedad Trauma en la Argentina", Conferencia. 2ª Jornada de Actualización, Carrera de Especialización en Cirugía Buco Máxilo Facial. Escuela de Medicina y de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Maimónides.

OTRAS ACTIVIDADES DE LOS SEÑORES ACADÉMICOS TITULARES

Dr. Fortunato Benaim: Acto, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) sobre Medicina Sanitaria. Integrante del Jurado.

- Rotary Club de Buenos Aires. Disertación sobre: “¿Qué es la Medicina Regenerativa?”.
- Acto de Apertura, Curso de “Rehabilitación en Quemaduras”, Fundación Benaim. Disertación, tema: “Importancia del grupo interdisciplinario para el tratamiento de pacientes con quemaduras”.
- Viaje a Venezuela: *Maracaibo*, Conferencia sobre “Enfoque actual del tratamiento de las quemaduras graves”; *Puerto Cruz*: “Nuevos recursos para el tratamiento quirúrgico de las quemaduras” y *Caracas*: “Luces y sombras en el tratamiento de las quemaduras”.
- Curso Anual, Asociación Argentina de Quemaduras. Conferencia de Clausura, Curso Anual: “Recursos actuales para el tratamiento integral de las quemaduras graves”.
- Reunión con autoridades municipales y sanitarias para la firma de un Convenio de Cooperación Científica con la Fundación Benaim.
- Disertación sobre: “Certificación y Mantenimiento (Revalidación) de la Certificación”, Acto de Entrega de Certificados a Miembros de la Asociación Argentina de Cirugía.
- Reunión, Rotary Club de Bs. Aires. Disertación sobre: “93º Aniversario del Club y su Contribución a la Comunidad”.

Dr. Rómulo L. Cabrini: Palabras en Memoria del Académico Alberto Agrest. Reunión de Academias Nacionales de Medicina del Plata.

- Publicaciones: “Oral mucosa tissue response to titanium cover screws” (en col.: Olmedo DG, Paparella ML, Spielberg M, Brandizzi D, Guglielmotti MB), *J Periodontol* 2012; 83(8):973-80; “Histopathological features of osteonecrosis of the jaw associated with bisphosphonates” (en col.: Paparella ML, Brandizzi D, Santini-Araujo E); *Histopathology* 2011; 60:511-527; “Technical Aspects of core needle biopsy and fine needle aspiration in the diagnosis of bone lesions” (en col.: Santini-Araujo E, Olvi LG, Muscolo DL, Velan O, González ML), *Acta Cytol* 2011; 55(1):100-105; “Desarrollo de un dispositivo para realizar microarreglos en un laboratorio convencional” (en col.: Brandizzi D, Schlegel G, Vidal SM, Santini-Araujo E), *Patología* 2011; 49(4):239-242; “Systemic and local tissue response to titanium corrosion” (en col.: Olmedo D, Tasat D, Duffó G, Guglielmotti MB), www.intechopen.com (online); “Implante en el Hueso” (en col.: Santini-Araujo), *SOBI* (online) 2012:1-21; “Intracellular metabolism of uranium and the

effects of bisphosphonates on its toxicity (In: Cell metabolism-cell homeostasis response) on line:115-148, 2012; "Exfoliative cytology and titanium dental implants: a pilot study" (en col.: Olmedo DG, Nalli G, Verdú S, Paparella ML), J Periodontol 2013; 84(1):78-83; "Subcellular redistribution on NHERF1 in response to dehydroepiandrosterone (DHEA) administration in endometrial glands of Wistar rats" (en col.: Kreimann EL), Reprod Sci. 2013; 20(1):103-111.

- Curso de Patología Ósea, Facultad de Odontología, UBA.
- Jurado de Tesis.
- Jurado, Premio Subsidio Alberto Cotta Ramusino, Sociedad Argentina de Investigación Ósea (SAIO).
- Responsable, Proyecto 20020100100812 (Director), Facultad de Odontología, título: "Estudio del Tejido Óseo y Técnicas Especiales".

Dr. Eduardo H. Charreau: Miembro Consultor, Comisión de Evaluación Institucional, Subsecretaría de Evaluación Institucional, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

- Miembro, Colegiado Directivo, Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias.
- Miembro, Consejo Directivo, Centro de Estudios para el Desarrollo de la Industria Químico-Farmacéutica Argentina (CEDIQUIFA).
- Representante de ANCEFN, entrega de Premios Leloir y Raíces, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva; y entrega Premios Consagración y Estímulo Bunge y Born.
- Miembro, Jurado Premios "Estímulo" y "Consagración", Academia Nacional de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales;
- Miembro, Jurado, Premios Bernardo A. Houssay en Medicina Regenerativa y Trayectoria, CEDIQUIFA.
- Presidente, Jurado de Becas Postdoctorales Internas 2012 y Externas Postdoctorales Convenio Fundación Bunge y Born-Fundación Max Plank; Palabras de Reconocimiento.
- Miembro, Comisión para la Difusión de Actividades Académicas, Programas Científicos y de Relaciones Internacionales; y Comisión de Investigación Científica y Becas, Academia Nacional de Medicina.
- Palabras de bienvenida, Reunión de la Regional Office for Latin America and the Caribbean of the International Council for Science.
- Palabras introductorias, Workshop National and Regional: Workshop on Disaster Risk Management in Latin America and the Caribbean: Towards a Project plan for integrating science and risk management for the region. ICSU/ISSC/IRDR Program, ICSU ROLAC; CONICET; MINCYT; ANCEFN.
- Conferencia "Bernardo Houssay, Primer Premio Nobel en Ciencias de Lati-

- noamérica: misionero entre gentiles”. Consejo Argentino para las Relaciones Internacionales.
- “Bernardo Houssay, su vida y su obra”. Conferencia en Homenaje al Dr. Samuel Taleisnik, Instituto de Investigaciones Médicas Mercedes y Martín Ferreira, INIMEC-CONICET, Córdoba.
 - Publicaciones: “Targeting Stat3 induces senescence in tumor cells and elicits prophylactic and therapeutic immune responses against breast cancer growth mediated by NK cells and CD4+ T cells” (Tkach M, Coria L, Rosembliit C, Rivas MA, Proietti CJ, Díaz Flaqué MC, Béguelin W, Frahm I, *Charreau EH*, Casataro J, Elizalde PV, Schillaci R), *J Immunol* 2012; 189(3):1162-72; “Clinical relevance of ErbB-2/HER2 nuclear expression in breast cancer” (Schillaci R, Guzmán P, Cayrol F, Beguelin W, Díaz Flaqué MC, Proietti CJ, Pineda V, Palazzi J, Frahm I, *Charreau EH*, Maronna E, Roa JC, Elizalde PV), *BMCCancer* 2012; 12:74.
 - Presentaciones a Congresos Internacionales: “Targeting Stat3 induces senescence in breast cancer and elicits an immune response inhibiting tumor growth and metastasis” (Tkach M, Rivas MA, Proietri C, Díaz Flaqué CM, Frahm I, *Charreau EH*, Elizalde PV, Schillaci R); *Proceedings of the 101st Annual Meeting of the American Association for Cancer Research 2012*; March 31-Apr 4; Chicago, IL. Abstract # 1549 (Poster presentation).
 - Convenios de transferencia científico-tecnológica: *Charreau EH*, Convenio CONICET-Laboratorios Beta SA. Modificación génica de levaduras recombinantes para optimizar la expresión de proteínas heterólogas. Monto anual \$240.000.-; y *Charreau EH*, Bussmann L. Subsidio FONARSEC resolución 340/10 ANPCyT Fundación Instituto de Biología y Medicina Experimental-BioSidus SA. Plataforma Biotecnológica para la producción de proteínas recombinantes de uso en salud Humana en leche de Bovinos Transgénicos (FIBIO I). Monto total \$30.665.154.-

Dr. Antonio Raúl de los Santos: Docente de Posgrado, Curso Anual de Medicina Interna. Director: Prof. Dr. Roberto J. Mugnolo, Hospital Aeronáutico Central y Docente, Curso de Posgrado “Comunicación en Medicina”, Director: Prof. Dr. Arnoldo Doisenbant.

- Docente, Cursos de Medicina A y B, Primera Cátedra de Medicina, Prof. Dr. Daniel J. Piñeiro, Hospital de Clínicas “José de San Martín”.
- Relator, “XII Encuentro de Orientación Vocacional y Normas Éticas Profesionales” para alumnos de 5º año de colegios secundarios, Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, Rotary Club Buenos Aires.
- Miembro Titular, Jurado de Tesis presentada por el Bioq. Diego Lucero para optar al título de Doctor; y Director de Tesis Doctoral de la Dra. Ximena Manglano.

- Director, Curso Electivo de Pregrado: "Conductas en Medicina Interna" Profesor Coordinador entre Ciclo Biomédico y Ciclo Clínico, Carrera de Medicina, Universidad Católica Argentina (UCA).
- Representante, Academia Nacional de Medicina, en Comité Asesor Científico Académico de la ANMAT; y para elaborar un instrumento de Evaluación de Residencias de Medicina Interna en la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, Subsecretaría de Políticas y Regulación y Fiscalización, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.
- Miembro, Centro Universitario de Enfermedades Infecciosas, Endémicas, Emergentes y Reemergentes, UBA.
- Director, Programa de Prevención y Promoción de la Salud, Municipalidad de Carmen de Areco, Prov. de Buenos Aires.
- Informes Técnicos sobre consultas del Poder Judicial; Coordinador, Reuniones Informales de Miembros, Academia Nacional de Medicina.
- Editor Asociado, Revista Argentina de Educación Médica.
- Libro: "Conductas en Medicina Interna", en proceso de edición, Editorial Médica Panamericana.
- Coordinador, Comisión de Evaluadores Externos, Nacionales y Extranjeros designada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación para considerar las actividades de docencia e investigación de la Universidad Favaloro.
- Director, Programa de Apoyo a la Educación Secundaria: "Los alumnos vuelven al Colegio", Colegio Nacional N° 12 "Reconquista".
- Miembro Suplente, Jurado, Concurso de Antecedentes y Oposición para Profesor Titular, Disciplina "Medicina Interna", Universidad Nacional del Litoral.

Dr. Alejandro F. De Nicola: Publicaciones: "Progesterone effects on neuronal brain-derived neurotrophic factor and glial cells during progression of Wobbler mouse neurodegeneration" (Meyer M, González Deniselle MC, Gargiulo-Monachelli G, Garay LI, Schumacher M, Guennoun R, *De Nicola AF*), Neuroscience 2012; 201:267-279; "Progesterone prevents mitochondrial dysfunction in the spinal cord of Wobbler mice" (González Deniselle MC, Carreras MC, Garay L, Gargiulo-Monachelli G, Meyer M, Poderoso JJ, *De Nicola AF*), J Neurochem 2012; 122(1):185-195; "Increased expression of the mineralocorticoid receptor in the brain of spontaneously hypertensive rats" (Pietranera L, Brocca ME, Cymeryng C, Gómez-Sánchez E, Gómez-Sánchez CE, Roig P, Lima A, *De Nicola AF*), J Neuroendocrinol 2012; 24(9):1249-1258; "Progesterone receptors: a key for neuroprotection in experimental stroke" (Liu A, Margail I, Zhang S, Labombarda F, Coqueran B, Delespierre B, Liere P, Marchand-Leroux C, O'Malley BW, Lydon JP, *De Nicola AF*, Sitruk-Ware R, Mattern C, Plotkine M, Schumacher M,

Guenoun R), *Endocrinology* 2012; 153(8):3747-3757; "Neuroprotection and sex steroid hormones: evidence of estradiol-mediated protection in hypertensive encephalopathy" (*De Nicola AF, Brocca ME, Pietranera L, García-Segura LM*), *Mini Rev Med Chem* 2012; 12(11):1081-1089; "Progesterone down-regulates spinal cord inflammatory mediators and increases myelination in experimental autoimmune encephalomyelitis" (*Garay LI, González Deniselle MC, Brocca ME, Lima A, Roig P, De Nicola AF*), *Neuroscience* 2012; 226:40-50; "Progesterone attenuates several hippocampus abnormalities of the Wobbler mouse" (*Meyer M, González Deniselle MC, Gargiulo-Monachelli G, Lima A, Roig P, Guennoun R, Schumacher M, De Nicola AF*), *J Neuroendocrinol* 2013; 25(3):235-243.

- Tesorero, Fundación Cherny.
- Miembro, Consejo Directivo, IMEX; Miembro, Comisión de Becas y Subsidios; Presidente Comisión de Premios, Academia Nacional de Medicina.
- Asesor, Asociación de Estudiantes por la Ciencia, Facultad de Medicina, UBA.
- Secretario, Fundación Instituto de Biología y Medicina Experimental.
- Director de Tesis y Becarios.
- Revisor de Revistas Científicas Internacionales: *Endocrinology*; *Journal of Molecular Endocrinology*; *Neurosciences*; *Journal of Neuroendocrinology*; *Cellular and Molecular Neurobiology*; *Hormones and Behavior*; Springer Plus.
- Miembro de Jurados y Comités Evaluadores.
- Miembro de Comités Editoriales: *Editor Consulto*, Revista, Sociedad Argentina de Endocrinología; *Board Member*, Revistas: *Cellular and Molecular Neurobiology* (EE.UU.); *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation* (Alemania).

Dr. Marcelo V. Elizari: Publicaciones: "Distinct pharmacologic substrate in lidocaine-sensitive, repetitive atrial tachycardia" (*Chiale PA, Faivelis L, Garro HA, Fernández PA, Herrera Paz JJ, Elizari MV*), *J Cardiovasc Pharmacol Ther* 2012; 17(2):146-152; "High-degree right bundle branch block obscuring the diagnosis of Brugada electrocardiographic pattern" (*Chiale PA, Garro HA, Fernández PA, Elizari MV*), *Heart Rhythm* 2012; 9(6):974-976; "Electrocardiographic manifestation of the middle fibers/septal fascicle block: a consensus report" (*Bayés de Luna A, Pérez Riera A, Baranchuk A, Chiale P, Iturralde P, Pastore C, Barbosa R, Goldwasser D, Alboni P, Elizari ME*), *J Electrocardiol* 2012; 45(5):454-460; "The electrocardiographic features of complete and partial left anterior and left posterior hemiblock" (*Elizari MV, Chiale PA*), *J Electrocardiol* 2012; 45(5):528-535; "The electrocardiographic diagnosis of intraventricular blocks coexisting with ventricular preexcitation" (*Chiale PA, Elizari MV*), *J Electrocardiol* 2012; 45(5):515-524; "Evaluación de la sincronía ventricular en pacientes con estimulación ventricular prolongada desde el ápex del ventrículo

- derecho, asintomáticos y sin cardiomegalia” (Favaloro L, Falcinelli F, Mosto H, Rivas CA, Pastori JD, *Elizari MV*, Chiale P), *Revista Electrofisiología y Arritmias* 2012; 5:2-6; “A reappraisal on lidocaine-sensitive repetitive, uniform atrial tachycardia” (Garro HA, *Elizari MV*, Baranchuk A, Femenía F, Chiale PA), *Ann Noninvasive Electrocardiol* 2013; 18(1):1-11.
- *Trabajos enviados para su publicación*: Comentario editorial sobre el trabajo: “Increased mortality among patients taking digoxin. Analysis from the AFFIRM study” (Whitbeck MG y col.), *European Heart Journal*. A ser publicado sitio web Sociedad Interamericana de Cardiología; “Masquerading bundle branch block. A variety of right bundle branch block with left anterior hemiblock” (*Elizari MV*, Baranchuk A, Chiale PA), *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 2012; “Síndrome de Brugada: la visión de Buenos Aires” (*Elizari MV*), *Revista Electrofisiología y Arritmias*, 2012.
 - *Libro*: Associate Editor del Libro: “Value of the Electrocardiogram and Vectorcardiogram in the Diagnosis of the Brugada syndrome... 20 years later”, (ed.) Andrés Pérez Riera, Editora Mosterio, Sao Paulo, Brasil, 2012.
 - Presentador, libro: “Taquicardias Supraventriculares. Mecanismo, Diagnóstico y Tratamiento por Cateterismo” (eds.) Daniel E. Dasso y Pablo A. Chiale.
 - Coordinador “Curso y Manejo Práctico del Paciente con Arritmias 2012”, Consejo de Electrocardiografía, Electrofisiología, Arritmias y Marcapasos “Dr. Antonio Battro”, Sociedad Argentina de Cardiología.
 - Disertante, “Arritmias Supraventriculares y Ventriculares”, Curso de Cardiología 2012. Distrito Regional Oeste, Sociedad Argentina de Cardiología.
 - Director, Curso de Arritmias para el Curso de Especialistas en Cardiología, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador.
 - Coordinador, Módulo sobre “Enfermedad Cardiovascular”, Jornada en Conmemoración de los 190 años de la Creación de la Academia Nacional de Medicina.
 - Coordinador y Disertante. Módulo Cardiovascular, Curso Superior de Médicos Especialistas en Farmacología Clínica, Facultad de Medicina, UBA. II Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, Prof. Dr. Guillermo Di Girolamo. Temario: Insuficiencia Cardíaca, Hipertensión Arterial, Arritmias e Hipertensión Pulmonar.
 - Director, Curso “Diagnóstico Electrocardiográfico de las Arritmias Cardíacas”, Fundación Roux-Ocefa.
 - Conferenciante: “Síndrome de Brugada”, Curso Superior de Electrofisiología Cardíaca, Sociedad Argentina de Cardiología.
 - Proyecto de Investigación con subsidio del FONCYT, año 2012-2013: “New clinical studies on electrical and mechanical cardiac memory and on diverse strategies for its prevention” (Chiale PA, *Elizari MV* y col.).
 - “Acciones de la República Argentina en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares no comunicables”, Academia Nacional de Medicina de

Brasil, Sede de la Brazilian Academy of Sciences, Río de Janeiro, Brasil (en representación de la Academia Nacional de Medicina Buenos Aires).

- Presentación, becas posdoctorales, Fundación Bunge y Born.
- Invitación para integrar la Comisión de Convalidación de Títulos Extranjeros de la Dirección Nacional de Gestión Universitaria, Ministerio de Educación de la Nación.

Dr. Rodolfo Fahrer: Director de Tesis: “Deterioro Conductual Leve y el Riesgo de Demencia” (Fernando Taragano).

Dr. Vicente P. Gutiérrez: Jurado de Tesis de Doctorado.

- Profesor Invitado; Disertante, Curso de Posgrado sobre “Cirugía Laparoscópica de Avanzada”, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes.
- Integrante, Consejo de Becas, Asociación Argentina de Cirugía.
- Participante, Seminario: “Relación Médico-Paciente”, Consejo Académico de Ética en Medicina (CAEEM).
- Secretario, Consejo Directivo, Fundación Trauma (ONG de Bs. Aires).

Dr. A. Miguel Larguía: Emprendedor Social, ASHOKA Argentina; Participación en la Convocatoria Internacional de Emprendedores Sociales, propuesta ternada entre las 10 primeras ideas innovadoras en salud.

- Jurado, Premio QUALITAS en Salud.
- Revisión, discusión y corrección, segunda edición Manual MSCF, con enfoque intercultural. Responsable, coordinador y primer autor Acad. A. Miguel Larguía, edición de 30.000 ejemplares de distribución gratuita.
- Coordinación General: visita en terreno, equipo de Maternidad Martín, de Rosario, al Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”,
- Asesoramiento y visita en terreno para la Residencia de Madres, Hospital “Mi Pueblo”, de Florencio Varela, Prov. de Bs. Aires.
- Jornada de Evaluación, Dirección de Maternidad e Infancia de Córdoba. Cierre de la Fase I, de los tres hospitales materno-infantiles: Hospital Materno Neonatal, Maternidad F. Lucini y Hospital Misericordia. Análisis de avances obtenidos y obstáculos institucionales.
- 1er. Aniversario del “Espacio Amigo de la Lactancia Materna”. Invitado. Salón R. Castillo, Ministerio de Salud de la Nación.
- Invitado, 25 Aniversario, Inauguración del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”.
- Visita en terreno a Maternidad F. Lucini y a Hospital Nuestra Señora de la Misericordia. Reunión con los responsables de conducción y equipos de trabajo. Revista de sala bajo coordinadas de MSCF. Supervisión de proyecto de obra para la futura Residencia de Madres de la Maternidad F. Lucini.

- Curso “Atención del Recién Nacido Normal”, Comité de Docencia e Investigación, Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Taller de Evaluación de la Intervención Compleja, Pilar, Prov. de Bs. Aires. Taller conjunto con UNICEF y Dirección de Maternidad e Infancia de la Prov. de Bs. As.
- Taller de Discusión Docente, preparatorio para los nuevos talleres Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) a nivel nacional. Coordinador General.
- Encuentro con equipo ampliado de la Dirección de Maternidad e Infancia de San Juan. Encuentro con el Ministro de Salud, Dra. Grassi y visita en el terreno al Hospital Rawson de la ciudad de San Juan.
- Reunión preparatoria con la Dirección de Maternidades e Infancia de la provincia de Mendoza y referentes de las maternidades de la provincia. Acuerdo para próximo taller a posteriori de firma de convenio entre la Provincia y UNICEF.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut. Tema: “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia”, Participación; y en el marco de las actividades programadas para la Semana del Niño Prematuro organizadas por la referente UNICEF Santa Cruz (en Río Gallegos), Disertante.
- Encuentro sobre la cooperación de UNICEF en el nivel subnacional en el marco de la revisión de medio término del programa del país. UNICEF. Salta. Participación.
- 50° Aniversario, Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica (SLAIP). Auspiciante.
- Representante, Comisión Evaluadora de las acciones en Salud de UNICEF en Argentina.
- Curso avanzado de asistencia respiratoria neonatal. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Participante.
- “Voluntario en el Ámbito de la Salud Proyecto Maternidades Centradas en la Familia”. CEMIC. Docente.
- Miembro, Comité de Expertos, Centro de Simulación SIMMER.
- Planificación del Recurso Físico en el contexto de una Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Ministerio de Salud. Invitado.
- Reunión de Difusión “Pensemos en la Sepsis”. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Participante.
- Desarrollo, distribución y administración (auto), Guía de Autoevaluación en 62 centros de Prov. de Bs. Aires.
- Reuniones de Coordinación con los responsables de la Dirección de Maternidad e Infancia de la Prov. de Bs. Aires y el Subprograma de Perinatología.
- *Investigaciones*: Proyecto conjunto FUNLARGUÍA/Nutricia Bagó para investi-

gar la mortalidad en recién nacidos prematuros de muy bajo peso alimentados en forma precoz o tardía con leche humana exclusiva durante el primer mes de vida. Informe preliminar presentado para la Reunión Anual, American Pediatric Society y Society for Pediatric Research de mayo 2013, Washington DC, EE.UU.

- Procesamiento, análisis estadístico, interpretación de los resultados obtenidos y elaboración, informe final sobre la Guía de Autoevaluación de las 43 Maternidades que enviaron datos. Equipo central FUNDALARGUÍA.

Dr. Enrique S. Malbrán: Curso de Queratoplastia Penetrante durante el Curso Anual, Sociedad Argentina de Oftalmología. Tema presentado: “Queratoplastia Penetrante”. Invitado a participar, Módulo de Cristalino y Catarata, Carrera Médico Especialista, tema: “Córnea y Catarata”.

Dr. Manuel L. Martí: Miembro, Comisión de Doctorado, Facultad de Medicina, UBA.

- Miembro, Comisión de Elección de Eméritos, UBA.
- Vocal (2012-2014), Miembro, Comité Ejecutivo, Consejo Académico de Ética en Medicina.
- Vocal (2012-2014), Sociedad Argentina de Humanismo Médico.
- Cónclave Médico Argentina-Brasil. Academia Nacional de Medicina. Relator.
- Publicaciones: *Libros y Capítulos de Libros:* “La Enfermería en el Cuidado de las Heridas” y “Trasplante Hepático”, Fundación Alberto J. Roemmers, Bs. As., 2012, Editor; “Síndrome Metabólico”, Capítulo. En: Esper R, Vilariño J. Diabetes Cardiovascular, Bs. As, 2012; “Obesidad en Argentina”, Capítulo. En: Obesidad como Pandemia del Siglo XXI. Ed. Serrano Ríos M, Real Academia Nacional de Medicina de España, Madrid, 2012.
- Curso de Avances en Diabetología, Fundación Roux-Ocefa, Director.
- Conferenciante: “Longevidad Saludable”, Cónclave Médico Argentino-Brasil. Academia Nacional de Medicina.
- Director, Boletín, Consejo Académico de Ética en Medicina; y Director Asociado, La Prensa Médica Argentina.

Dr. Leopoldo F. Montes: Publicaciones: “Topical Acetylcysteine in Acne” (*Montes LF, Wilborn WH, Montes CM*). *Skinmed* 2012, 10(6):348-351.

- Integrante, Jurado para el Premio Osvaldo Luis Bottaro.
- Recertificación en Canadá: The Royal College of Physicians & Surgeons of Canada, Ottawa, Canada (Certificación en Dermatología originariamente otorgada en 1959).
- Royal College of Physicians: renovación anual del nombramiento permanente, Fellow Titular, originariamente otorgado en 1972.

- Licencias permanentes en EE.UU.: Texas 2012/2014, *Texas Medical Board* (con sede en Austin, Texas); Alabama 2012/2013, *Alabama Medical Licensure Commission* (con sede en Montgomery, Alabama); Alabama 2012/2013, *Alabama Controlled Substances Certificate-Alabama Board of Medical Examiners* (con sede en Montgomery, Alabama).
- Visita a Trumbull Laboratories, Pathology Group of the Midsouth, Germantown, Tennessee. Evaluación de investigación histopatológica del vitiligo actualmente en desarrollo.
- Biografía publicada en Directorios de Referencia: 2012 Who's who in the World; 2012 Who's who in America; 2012 Who's who in Medicine & Healthcare; 2012 Who's who in Science & Engineering.

Dr. Oscar H. Morelli: Delegado, Academia Nacional de Medicina ante la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina (ALANAM) y participante, XX Congreso realizado en Madrid, España.

Dr. Jorge A. Neira: Co-Coordinador, Comisión para el Análisis de la Normativa para la Elaboración de los Certificados de Defunción. Ministerio de Salud, GCABA.

- Coordinador, Comisión para la Promoción, Estudio y Difusión del Diagnóstico Precoz de la Sepsis Grave en el Ámbito del Ministerio de Salud de la Ciudad de Bs. As.
- Docente, Curso de Gestión en Medicina de Desastre, tema: "Conceptos Generales de los Desastres, Gestión". Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud, Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires y SAME.
- Panelista, Mesa Redonda: "Debate sobre la Ley de Muerte Digna". Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina-ADECRA, Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio-CEDIM y Universidad Católica Argentina.
- Asistente y Disertante. Jornada Científico-Social "Progresos en el Cuidado de la Salud". 190º Aniversario de la Academia Nacional de Medicina.
- Relator, Curso de Hemorragias Obstétricas, tema: "Manejo hemodinámico", Escuela de Obstetricia y Ginecología, Sociedad de Obstetricia y Ginecología.
- Miembro, Jurado: Premios XVI Congreso Argentino de Administración Hospitalaria, ADMISAL AMA; Premio "Juan José Montes de Oca", Academia Nacional de Medicina.
- Consultor Científico, "Curso de Gestión en Medicina de Desastre", Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires y SAME.
- Jurado, Concurso II-027/12: "Gestión y Organización en Emergencias Sanitarias", Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche.

- Publicaciones: *Participación en Libros*: Colaborador. Capítulo: "Evaluación inicial del paciente con Trauma" (*Neira JA, De Filippo C*). Colegio de Medicina Intensiva. En: Pedro Gutiérrez Lizardi (ed.), México, DF. (en prensa); Colaborador, "Manual de Procedimientos en Cuidados Intensivos" (Orlandi M, Hernández R, Vivero J, Vogl P). Ediciones Journal. Argentina, 2012; "Lesiones por Sumersión y Ahogamiento" (Pardo P, *Neira J.*); Capítulo XII.20: "Lineamientos generales en el manejo de los desastres" (Pardo P, *Neira J*) y "La enfermedad trauma: el impacto de una endemia" (*Neira J, Bosque L, Monteverde E*). En: Terapia Intensiva. Estenssoro E (ed.), Editorial Médica Panamericana, 5ª Edición, Bs. As. (en prensa).

Dra. Christiane Dosne Pasqualini: Publicaciones: "Concomitant tumor resistance: the role of tyrosine isomers in the mechanisms of metastases control" (Ruggiero RA, Bruzzo J, Chiarella P, Bustuoabad OD, Meiss RP, *Pasqualini CD*), *Cancer Res* 2012; 72(5):1043-1050.

- Editoriales: "Historia de nuestra Revista, Medicina (Buenos Aires)". *Medicina* (Buenos Aires) 2012; 72:81-87; "El precio del progreso. Administradores en la Universidad", *Medicina* (Buenos Aires) 2012; 72:177-178; "Recuerdos de Eugenia Sacerdote de Lustig (1911-2012)", *Medicina* (Buenos Aires) 2012; 72(2):187; "Necrológica. Amadeo Pedro Barousse (1924-2012)", *Medicina* (Buenos Aires) 2012; 72:193-194; "El peso del saber pospone la innovación", *Medicina* (Buenos Aires) 2012; 72:265-267; "Adicción a la computadora", *Medicina* (Buenos Aires) 2012; 72:353-355; "*Serendipity* en investigación", *Medicina* (Buenos Aires) 2012; 72:439-442; "Oncología experimental. Volviendo a Boveri y Virchow", *Medicina* (Buenos Aires) 2012; 72:530-532; "Envejecer elegantemente", *Geriatría Clínica* 2012; 6:53-54; *CD Pasqualini*: "Autobiografía. Historia familiar" VI, pp.35-44 y 218-223.

Dr. Roberto N. Pradier: Visitas. Francia: Instituto Curie y Centro de Hadronterapia de Orsay (Dr. Pierre Bey); Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt (Dra. Agnès Buzin, Presidenta); Institut de Cancérologie "Gustave Roussy", Villejuif (Anne Arethens, Gerente, Proyectos Internacionales).

- Coordinador, Simposio "Actualidad y Perspectiva en la Prevención y Tratamiento del Cáncer", Jornada Científico-Social "Progresos en el cuidado de la salud", 190º Aniversario de la Academia Nacional de Medicina.
- Jornada de "Prevención en grupos de Alto Riesgo de Cáncer Colorrectal", Legislatura, CABA.
- Disertante sobre: "The public health of cancer in Argentina" (La salud pública del cáncer en Argentina). 1er. Workshop, Instituto Curie (Francia) e Instituto Leloir (Bs. Aires).

- Coordinador de "Longevidad saludable", Cónclave Médico Argentina-Brasil", Academia Nacional de Medicina y Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.
- Jurado, Premios al Periodismo Científico, Asociación de Entidades Periodísticas Argentinas (ADEPA).

Dr. Román L. Rostagno: Coordinador, 8º Curso Superior, Instituto Europeo Di Oncología, Fundación Argentina contra el Cáncer (FACEC), Sociedad Argentina de Mastología (SAM). *Sesión II Avances en Diagnóstico por Imagen:* "Birads-Controversias"; Coordinador, Mesa Redonda sobre temas tratados; Relator Invitado *Sesión III Errores a Evitar en Mastología:* "Errores a evitar en Imagenología"; Integrante, Mesa Redonda sobre temas tratados; *Sesión IV Integrante,* Mesa Redonda sobre Discusión Multidisciplinaria de Casos Clínicos.

- Relator Invitado. Asociación Argentina de Cirugía. Curso Anual de Cirugía Plástica y Reparadora 2012. Módulo: "Cirugía Mamaria: Metodología Diagnóstica", tema: "Ecografía Mamaria, Mamografía, RMN y PET".
- Relator invitado, "Seguimiento de la Mama Reconstruida Post-Tratamiento Conservador". Curso Superior Universitario de Posgrado de Cirugía Oncoplástica en Cáncer de Mama. UCA.
- Relator Invitado: "Mamografías". Colegio Médico de San Martín. Prov. de Bs. As.
- Relator Invitado, Sociedad de Radiología del Litoral, Sanatorio Adventista, Paraná. Entre Ríos.
- Relator Invitado: "Imágenes Mamarías: ayer, hoy y siempre", Tutorial de Mastología, Sociedad Argentina de Medicina (SAM).
- Relator Invitado, "Ayer, Hoy y Mañana", Inauguración Centro Imágenes. Dra. Lilia Lugo. Santa Fe.
- Relator Invitado. Curso de Imágenes. "Imágenes en Patología Mamaria. Bi-rads: Controversias".
- Relator Invitado. Curso Cáncer de Mama. 1ª Cátedra de Ginecología-Patología Mamaria. Secretaría de Graduados en C. de la Salud. Programa de Detección de Cáncer de Mama (PROCAM), Sociedad Argentina de Mastología. Universidad Nacional de Córdoba. "La Mamografía en el Diagnóstico del Cáncer Inicial"; "Hacia dónde vamos con las Imágenes". Córdoba.
- Relator Invitado. Centro de Estudios Médicos PENTA. "Estado actual de la Imagenología Mamaria", Comodoro Rivadavia, Chubut.
- Sociedad Uruguaya de Imagenología Mamaria, Montevideo, Uruguay. Relator Invitado. "Estado Actual de la Imagenología Mamaria".

Dr. Abraam Sonis: Comisión Nacional de Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación. Reunión, Comité Asesor, Determinación áreas de investigación; Reco-

nocimiento a los 10 años de colaboración; Integrante, Jurado Premio “10 Años de la Comisión Nacional de Salud Investiga”.

- Presentación libro: “Teoría del Hospital” de Ramón Carrillo, Biblioteca Nacional.
- Presentación, libro: “Médicos: la salud de una profesión”, Ginés González García, Universidad ISALUD.
- Reunión, Consejo Federal de Legislaturas de Salud, Congreso Nacional. Participante.
- Disertante “Enseñanza de la Medicina en Argentina”, Cónclave Médico Argentina-Brasil”, Academia Nacional de Medicina.
- Designado representante oficial de la Academia Nacional de Medicina en: 1ª Jornada sobre Responsabilidad Social en Salud y Medio Ambiente, Panel: “Hacia un sistema de salud sustentable”, Fundación Estudios para la Salud y la Seguridad Social y Salud; y Reunión Extraordinaria de la Red Nacional de Actividad Física y Desarrollo Humano (REDAF), Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Dra. Mercedes C. Weissenbacher: Miembro Titular, Consejo Tecnológico Sectorial-Salud (en representación del CONICET), Subsecretaría de Políticas en Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

- Jurado para la evaluación de una tesis de doctorado correspondiente al área de Salud Pública, Secretaría de Ciencia y Técnica, Facultad de Medicina, UBA.
- Jurado para la evaluación de postulantes a ocupar el cargo de Director Regular del Instituto de Investigaciones en Microbiología y Parasitología (IMPAM), CONICET-UBA, UBA.
- Evaluadora Externa de proyectos de investigación y desarrollo, III Convocatoria de los Fondos Concursables ANLIS (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, Ministerio de Salud) (FOCANLIS).
- Presidente, Jurado para Evaluación de Proyectos de Investigación, Área de Enfermedades Infecciosas, Subsidios de la Fundación Bunge y Born.
- Miembro, Comisión Directiva, Asociación *ad hoc*, Programa de Áreas Estratégicas (PAE). Investigación y desarrollo de un modelo de salud orientado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis en la Argentina (FONCyT, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva), en representación de la Academia Nacional de Medicina.
- Publicaciones: Trabajo científico: “High rate of selenium deficiency among HIV and HCV-infected and non-infected drug users in Buenos Aires, Argentina” (Sheehan HB, Benetucci J, Muzzio E, Redini L, Naveira J, Segura M, Weis-

senbacher M, Tang AM), Public Health Nutr 2012; 15(3):538-45; trabajo de Divulgación y Difusión: "La vacuna contra el mal de los rastrojos" (*Weissenbacher MC, Sabattini MS, Enría DA*), Ciencia Hoy 2012; 21(126):8-13.

ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS

A

Abdomen Agudo. Anamnesis y examen físico en la evaluación del, 408.

Academia Nacional de Medicina (Bs. As.). Renovación de Autoridades, 3.

Actividades Académicas:

—: Ciclos Científico-Culturales:

- Conferencia del Dr. Jorge D. Lemus en Adhesión al 190º Aniversario de la Academia, 71.

- Conferencia del Lic. Santiago Kovadloff en Adhesión al 190º Aniversario de la Academia, 223.

—: Cónclave Médico Argentina-Brasil, 349.

—: Inauguración de las Obras de Remodelación de la Biblioteca, 167.

—: Jornada Científico-Social: "Progresos en el Cuidado de la Salud", 247.

—: Restitución de un Nuevo Busto del Ex-presidente Acad. Osvaldo Fustinoni, 277.

—: Presentación Libro del Dr. Juan Carlos Fustinoni, 281.

—: Reunión Conjunta de las Academias Nacionales de Medicina del Plata. XXXIII, 309.

Actividades de los Sres. Académicos Titulares, 411.

Actuación de los Sres. Académicos Titulares en Reuniones Científicas, 413.

Afecciones del Aparato Locomotor. Posibles aplicaciones de la Medicina Regenerativa en las, 255.

Alienación en la Ópera, 281.

Análisis de una serie de 74 casos de Os-

teosarcoma de maxilar, 404.

Anamnesis y examen físico en la evaluación del abdomen agudo, 408.

Aparato Locomotor. Posibles aplicaciones de la Medicina Regenerativa. Informe Preliminar, 255.

Aprender y Desaprender en Cirugía, 333.

Aprendizajes y Lecciones. Schmallenberg Virus (SBV), 61.

Artropatía del manguito rotador. Tratamiento y Resultados, 406.

Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales en Medicina (ALANAM). XX Reunión de la, 175.

- Informe del Delegado ante la ALANAM, Acad. Oscar H. Morelli, 175.

- Conclusiones y Recomendaciones:
. Vacunas, 179.

. Obesidad, 182.

- Trabajos presentados:

. Universalización de las Vacunas, 185.

. Obesidad en Argentina, 201.

- Atención Primaria de la Salud en la Lucha contra el Dengue en el Norte Argentino. La, 351.

B

Becas de la Academia:

—: Adolfo H. Aztiria, 410.

—: Novo Nordisk, 410.

—: Subsidio "Fundación Allende", 410.

Biblioteca. Inauguración de las obras de remodelación de la, 167.

C

- Cáncer: Actualidad y Perspectivas: Prevención y Tratamiento, 248.
 —: de Mama en Mujeres en la Argentina. Caracterización del, 135.
 —: Epigenética e, 350.
 Centenario del Natalicio de los Académicos Titulares Dres. León de Soldati y Jorge Sánchez Zinny, 97.
 Cirugía. Aprender y Desaprender en, 333.
 Cónclave Médico Argentina-Brasil, 349.
 Conferencias de los Sres. Académicos Titulares en Otras Instituciones, 420.
 Conocimiento y Sociedad, 227.
 Corazón artificial en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca terminal en la infancia. Utilidad, 401.
 Corrosión de implantes de uso biomédico. Biocinética de micro y nanopartículas de titanio, 399.
 Cuidado de la Salud. Progresos en el, 247.

D

- Declaración de la Academia sobre Dignidad en el final de la vida, 117.
 Dengue en el Norte Argentino. Atención Primaria de la Salud en la Lucha contra el, 351.
 Distinciones acordadas a los Sres. Académicos Titulares, 411.
 —: "Maestro de la Medicina Argentina 2012" otorgado al Acad. Alejandro S. Oría, 53.

E

- Enfermedad Trauma. Conceptos Actuales y Tendencias futuras, 251.
 Enseñanza de la Medicina en Argentina:
 . Grado, 374.
 . Posgrado, 375.

- : Médica en Brasil. Graduación y Post graduación, 374.
 Epigenética y Cáncer, 350.
 Esquistosomiasis en el mundo. Primera vacuna contra la, 373.
 Estudio del Cáncer de Mama en la Argentina. Grupo Colaborativo para el, 135.
 Estudios preclínicos y farmacocinéticos y su traslación a la clínica para el tratamiento del retinoblastoma, 397.
 Evaluación del abdomen agudo. Anamnesis y examen físico en la, 408.

F

- Fibrilación Auricular. Un problema médico-sanitario creciente, 250.
 Final de la Vida. Dignidad en el, 117.

H

- Homenajes:
 —: Acad. Emérito Dr. Alberto E. Laurence, 317.
 —: Acad. Emérito Dr. Ciro Peluffo Berruti, 325.
 —: Acad. Titular Dr. Alberto Agrest, 313.
 —: Acad. Titular Dr. León de Soldati. Centenario de su Nacimiento, 99.
 —: Acad. Titular Dr. Jorge Sánchez Zinny. Centenario de su Nacimiento, 105.

I

- Implantes de uso biomédico. Corrosión de, 399.
 Inauguración de Obras de Remodelación de la Biblioteca de la Academia, 167.
 Insuficiencia Cardíaca terminal en la Infancia. Utilidad del corazón artificial en el tratamiento de la, 401.

J

- Jornada Científico-Social "Progresos en el Cuidado de la Salud", 247.

L

- Longevidad Saludable en Personas Mayores, 371.
 — Saludable, 372.
 Lucha contra el Dengue en el Norte de Argentina. La Atención Primaria de la Salud en la, 351.

M

- Mama. Cáncer de, 135.
 Manguito Rotador. Artropatía del, 406.
 Maxilar. Osteosarcoma de, 404.
 Medicina Regenerativa. Conceptos actuales y tendencias futuras, 253.
 —: en las afecciones del aparato locomotor. Protocolo de Investigación clínica-Informe Preliminar, 255.
 Médicos de las Distintas Ramas de la Medicina. Premio "Hipócrates", 389, 393.
 Morir y la Muerte. El, 343.

N

- Necrológicas:
 —: Acad. Emérito Dr. Alberto Ernesto Laurence, 29, 31, 35.
 —: Acad. Emérito Dr. Pedro Horacio Magnin, 89.
 —: Acad. Emérito Dr. Alejandro C. Paladini, 91, 93.
 —: Acad. Titular Dr. Alberto Agrest, 39, 43.
 —: Acad. Titular Dr. Juan Manuel Ghirlanda, 47.

O

- Obesidad en Argentina, 201.
 Ópera. La Alienación en la, 281.
 Osteosarcoma de Maxilar, 404.
 Otras actividades de los Sres. Acad. Titulares, 422.

P

- Polimorfismos y Sensibilidad a los dicumarínicos. Vitamina K epóxido reductasa, 123.
 Premio Fundación "René Baron"-2012 en Ciencias Médicas, 149.
 Premio "Maestro de la Medicina Argentina 2012" otorgado al Acad. Alejandro S. Oría, 53.
 Premios y Becas de la Academia:
 - Palabras del Sr. Presidente de la Academia, Acad. José A. Navia, 379.
 - Alocución del Académico Ramón C. Leiguarda, 381.
 - Palabras de agradecimiento por la Dra. María Beatriz Guglielmotti, 385.
 Premios:
 —: "Hipócrates":
 - Palabras del Acad. Enrique C. Gadow, 389.
 - Palabras del Dr. Félix P. Etchegoyen, 393.
 —: "Bernardino Rivadavia", 397.
 —: "Osvaldo L. Bottaro", 399.
 —: "Marcelino Herrera Vegas", 401.
 —: "Domingo J. Brachetto Brian", 404.
 —: "Carlos E. Ottolenghi", 406.
 —: "Enrique Finochietto", 408.
 Presentación del Libro del Dr. Juan Carlos Fustinoni, 281.

R

- Renovación de Autoridades, 3.
 Remodelación de la Biblioteca. Inauguración de obras de, 167.
 Restitución del Busto del Expresidente Acad. Osvaldo Fustinoni, 277.
 Resumen de los Trabajos Premiados, 397.
 Retinoblastoma con administración súper selectiva intra-arteria oftálmica

de quimioterapia. Estudios preclínicos y farmacocinéticos, 397.

Reunión Conjunta de las Academias Nacionales de Medicina del Plata (Argentina y Uruguay). XXXIII, 309.

S

Schmallenberg virus (SBV). Aprendizajes y Lecciones, 61.

Sociedad y Conocimiento. En la transición del siglo XX al siglo XXI, 227.

T

Trabajos Científicos, 61, 123.

Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca terminal en la Infancia. Utilidad del corazón artificial en el, 401.

— del Retinoblastoma con administración súper selectiva intra-arteria oftálmica de quimioterapia, 397.

— y Resultados de la Artropatía del manguito rotador, 406.

U

Universalización de las Vacunas, 185.

V

Vacina contra a Esquistosomose do mundo. Primeira, 373.

Vacunas. Universalización de las, 185.

Visión Médica de Wolfgang A. Mozart, 71.

Vitamina K epóxido reductasa: Polimorfismos y Sensibilidad a los Dicumarínicos, 123.

ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES

A

Ábalo, Eduardo, 135.
Aguinis, Marcos, 297.
Alonso, Daniel, 249.
Andrade, Jorge Héctor, 135.
Arrossi, Silvina, 249.
Artucio, Hernán, 311.
Asprea, Marcelo, 397.

B

Baron, Carlos, 151.
Barrantes, Francisco J., 412.
Bastón, Mariela Constanza, 410.
Bastos, Luis Alberto, 123.
Becú, Damasia, 163.
Benaim, Fortunato, 247, 253, 281, 373,
411, 413, 420, 422.
Bentacor, Leticia V., 410.
Berro, Guido, 343.
Bittencourt Silva, Carlos Augusto, 371.
Blanco, Alicia Noemí, 123.
Bongiovanni, Santiago, 406.
Borda, Miguel Ángel, 410.
Bosque, Laura, 252.
Brandizzi, Daniel, 404.
Buitrago, Emiliano, 397.

C

Cabrini, Rómulo L., 39, 313, 411, 413,
420, 422, 423.
Ceciliano, Alejandro, 397.

Centurión, Gabriela E., 408.
Chantada, Guillermo L., 397.
Charreau, Eduardo H., 411, 423, 424.
Chiale, Pablo A., 250.
Chuit, Roberto, 61, 135.
Cluzet, Oscar, 343.
Coraglia, Ana, 410.
Costa Carvalho, María da Gloria da, 350.

D

De la Riba, María del Carmen, 401.
De los Santos, Antonio Raúl, 411, 413,
420, 424, 425.
De Nicola, Alejandro F., 93, 413, 414,
421, 425, 426.
Dosne Pasqualini, Christiane, 412, 432.

E

Elizari, Marcelo V., 99, 250, 411, 414,
415, 421, 426, 427, 428.
Etchegoyen, Félix P., 393.
Eyheremendi, Eduardo, 252.

F

Fahrer, Rodolfo, 412, 415, 428.
Farez, Mauricio, 410.
Fasano, Marcelo J., 408.
Ferrerres, Alberto R., 408.
Ferrerres, Augusto T., 408.
Fondevila, Carlos, 252.
Franzosi, Ricardo A., 408.

Fustinoni, Juan Carlos, 301.

G

Gadow, Enrique C., 389.
 Gago, Francisco, 135.
 Garello, Héctor, 135.
 Ghirlanda, Juan Manuel, 3.
 Giniger, Alberto, 250.
 Godoy, María Victoria A., 410.
 Grosso, Silvia Haydée, 123.
 Gualdrini, Ubaldo, 248.
 Guerrero, Gabriela, 410.
 Guglielmotti, María Beatriz, 385, 399.
 Guinzburg, Enrique, 252.
 Gutiérrez, Vicente P., 47, 105, 333, 412, 415, 416, 421, 428.

H

Holm, Marcos, 255.

J

Jacob, Graciela, 249.

K

Keszler, Alicia, 404.
 Kirchuk, Ricardo, 249.
 Kovadloff, Santiago, 227.

L

Labadet, Carlos, 251.
 Larguía, A. Miguel, 412, 416, 421, 428, 429, 430.
 Larusso, Antonio, 135.

Lazzari, María Ángela, 123.
 Leiguarda, Ramón C., 381.
 Lemus, Jorge D., 71.
 Lloveras, Susana, 185.
 López Ovenza, Juan Manuel, 406.
 Lorenti, Alicia, 253.
 Lugon, Jocemir Ronaldo, 374.

M

Maignon, Gastón, 406.
 Malbrán, Enrique S., 412, 416, 430.
 Martí, Manuel L., 201, 372, 412, 416, 417, 421, 430.
 Martínez Marull, Alfredo, 35, 43, 317.
 Martino, Olindo A., 185, 351.
 Masana Wilson, Mario, 185.
 Mc Lean, Leonardo, 31.
 Meiss, Roberto P., 135.
 Mercado Guzmán, Zema Verónica, 410.
 Meschengieser, Susana S., 123.
 Montes, Leopoldo F., 89, 430, 431.
 Morelli, Oscar H., 175, 431.

N

Naiman, Gerardo, 401.
 Navia, José A., 13, 29, 53, 91, 97, 149, 167, 223, 247, 277, 309, 349, 350, 379.
 Neira, Jorge A., 251, 412, 417, 418, 421, 431, 432.
 Novelli, Jorge, 135.
 Novellino, Pietro, 350.

O

Olmedo, Daniel Gustavo, 399.
 Olvi, Liliana G., 404.
 Oría, Alejandro S., 55, 375.

P

Palacios, Juan Carlos, 170.
 Paoletta, Rubén Edilio, 406.
 Paparella, María L., 404.
 Patiño, Osvaldo, 406.
 Pezzati, Santiago, 170.
 Pinto Aleixo, Pedro Luiz, 371.
 Pradier, Roberto N., 7, 29, 248, 273, 371,
 418, 419, 432, 433.
 Procacci Ríos, María de los Ángeles, 410.
 Pueyrredón, Julio Honorio, 255.

Q

Quadrelli, Roberto, 325.
 Quiroga, Luis, 401.

R

Ranalletta, Maximiliano, 406.
 Ravinovich, Gabriel A., 155.
 Requejo, Flavio, 397.
 Rey, Raúl, 251.
 Romanelli, Jorge, 255.
 Romero Sosa, Carlos María, 289.
 Rondán, Aníbal J., 408.
 Rostagno, Román L., 273, 419, 420, 433.

S

Salomone, Andrea Laura, 410.

Sanguinetti, Horacio, 287.
 Santini-Araujo, Eduardo H., 404.
 Schächter, Salomón, 255.
 Schaiquevich, Paula, 397.
 Scharrig Fernández, María Emilia,
 410.
 Sevlever, Gustavo, 253.
 Sívori, Gustavo, 401.
 Sonis, Abraam, 374, 433, 434.

T

Taich, Paula, 397.
 Tasat, Déborah Ruth, 399.
 Tendler, Miriam, 373.
 Torbidoni, Ana, 397.
 Tortorella, Adalberto, 295.
 Turnes, Antonio, 325.

V

Vázquez, María Esther, 283.
 Vera Morandini, María Paula, 123.
 Villa, Alejandra, 401.
 Viniegra, María, 248.
 Visela Chácar, Alcir Vicente, 349, 373.
 Vogelfang, Horacio, 401.

W

Weissenbacher, Mercedes C., 434, 435.