

BOLETÍN

DE LA



ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA

ACADEMIA

NACIONAL

DE

MEDICINA

VOL. 93 (1) - 1er. SEM. 2015

1 - 167 páginas

Enero - Junio 2015

ISSN 0374-647 X



BOLETÍN DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
(BUENOS AIRES)

Queda hecho el depósito que prevé la Ley 11.723

Inscripción en el Registro Nacional de la

Propiedad Intelectual:

Internet 5241000

Papel 5241001

Magnético 5241002

ISSN 0374-647X

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

Edición y corrección: Mariluz Giorgetti

© Copyright 2015

Academia Nacional de Medicina

Domicilio legal: Av. Las Heras 3092 (CABA)

Fax: +5411 4806-6638

www.acamedbai.org.ar

publicaciones2@anm.edu.ar

Buenos Aires

**ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
BUENOS AIRES**

Fundada el 17 de abril de 1822

Presidente Honorario Perpetuo
BERNARDINO RIVADAVIA

AUTORIDADES

Presidente

Dr. Roberto N. Pradier

Vicepresidente

Dr. Manuel L. Martí

Secretario General

Dr. Antonio R. de los Santos

Secretario de Actas

Dr. Marcelo V. Elizari

Tesorero

Dr. Rómulo L. Cabrini

Protesorera

Dra. Mercedes Weissenbacher



**BOLETÍN
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
(Buenos Aires)**

Fundado en el año 1823

Director: Dr. Antonio R. de los Santos

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Presidente:	Dr. Román L. Rostagno
Secretario:	Dr. Miguel L. Podestá
Vocales:	Dr. Marcelo V. Elizari Dr. Jorge D. Lemus Dr. Manuel L. Martí Dr. Juan A. M. Mazzei Dr. Oscar Morelli Dr. Jorge A. Neira Dr. Roberto N. Pradier

Volumen 93 (1)
1^{er} Semestre 2015
República Argentina

ÍNDICE

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Autoridades	V
Comisión de Publicaciones	VI
Académicos Titulares	XI
Académicos Eméritos.....	XI
Secciones de la Academia	XII
Comisiones Internas.....	XIII
Académicos Honorarios Nacionales.....	XVIII
Académicos Correspondientes Nacionales.....	XVIII
Académicos Honorarios Extranjeros	XIX
Académicos Correspondientes Extranjeros	XIX
Asesores Legales Honorarios	XX
Asesor de Prensa	XX
Presidentes de la Academia Nacional de Medicina (1822-2015)....	XXI

NECROLÓGICAS

Académico Emérito Dr. Jorge A. Insua Palabras recordatorias por el Sr. Presidente, Acad. Roberto N. Pradier	25
---	----

Académico Emérito Dr. Enrique M. Beveraggi Palabras recordatorias por el Sr. Acad., Dr. Vicente Gutiérrez	29
---	----

INCORPORACIONES

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR DR. JORGE D. LEMUS	
Palabras de apertura por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto N. Pradier	35
Discurso de recepción por el Acad. Manuel L. Martí	37
Discurso del Acad. Recipiendoario, Dr. Jorge D. Lemus.....	41

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO CORRESPONDIENTE NACIONAL DR. HÉCTOR D. FERREYRA

Palabras de apertura por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto N. Pradier	51
Discurso de recepción por el Acad. Román Rostagno	52
“Historia del manejo del cáncer de cuello uterino y cambios de paradigmas”, por el Acad. Recipiendoario, Dr. Héctor D. Ferreyra	54

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR DR. EDGARDO YOUNG

Palabras de apertura por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto N. Pradier	59
Discurso de recepción por el Acad. Enrique C. Gadow.....	61
Discurso del Acad. Recipiendoario, Dr. Edgardo Young	65

TRABAJOS CIENTÍFICOS

“Estudio del perfil epidemiológico del paciente con psoriasis en diferentes países de latinoamérica (2011 – 2014)” Dres.: Roberto Chuit, Javier Ubogui, Edgardo Chouela, Nélida Raimondo, Gabriel Magariños, Regina de la Sota, Delia Ibañez.....	77
--	----

TRABAJOS DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA, IMEX

“Diferentes estrategias para la inhibición de la expresión de las moléculas de histocompatibilidad mediadas por Brucella abortus” Lic. Lis Noelia Velasquez.....	89
---	----

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

III ENCUENTRO INTERACADEMICO

“Principio y Fin de la vida humana”

Academias: Nacional de Derecho y Cs. Sociales de Buenos Aires;
Nacional de Medicina; Nacional de Periodismo; Nacional de Ciencias
Morales y Políticas

Palabras del Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Acad. Roberto Pradier	93
Palabras del Sr. Presidente de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires, Acad. Gregorio Badeni.....	94
Palabras del Sr. Presidente de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas, Acad. Manuel Solanet	94
“Acerca del comienzo de la vida humana”, Acad. Alberto Rodríguez Varela	95
“El inicio de la vida y la protección jurídica del embrión”, Acad. Siro M. A. De Martini	101
“Aspectos éticos en la formación del Periodismo Científico” Acad. Nelson Castro.....	108
“Límite ético a la manipulación genética”, Prof. Dr. Jorge Luis Manrique	111
“Muerte digna en neonatología”, Acad. A. Miguel Larguía	123

“Civilización y respeto a la muerte”, Dr. Armando García Querol	127
“Cuidados paliativos: una necesidad ineludible”, Dr. Gustavo G. De Simone	131
“Eutanasia, distanasia o ensañamiento terapéutico en la ley”, Acad. Eduardo A. Sambrizzi.....	145
“Aciertos y errores en los medios de comunicación”, Acad. Nora Bär	152

**CICLO CIENTÍFICO CULTURAL
I ACTO**

Palabras de presentación por el Acad. Román Rostagno.....	156
“Enfermedades de Tchaikovsky”, Acad. Jorge D. Lemus	157

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 Dosne	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"	DE SANTIBÁÑES, Eduardo	31-X-2013
15 "DOMINGO CABRED"	PODESTÁ, Miguel L.	25-IV-2013
16 "OSVALDO LOUDET"	DE LOS SANTOS, Antonio R.	28-X-2010
17 "MARCEL 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"	Vacante	
21 "EMILIO ASTOLFI"	RAVIOLI, Julio Alberto	27-IX-2012
22 "ENRIQUE B. DEL CASTILLO"	ELIZARI, Marcelo Víctor	27-XI-2008
23 "RICARDO FINOCCHIETTO"	NAVIA, José Antonio	25-IV-2002
24 "MARIANO R. CASTEX"	TEZANOS PINTO, Miguel	29-IX-1983
25 "MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN"	Vacante	
26 "MARCELO VIÑAS"	MARTÍ, Manuel L.	28-VII-2005
27 "LUIS F. LELOIR"	ARANA, Roberto M.	29-IX-1988
28 "ALBERTO PERALTA RAMOS"	DIAMANTE, Vicente G.	27-VI-2013
29 "NERIO ROJAS"	LEMUS, Jorge Daniel	23-X-2014
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"	YOUNG, Edgardo	23-X-2014
34 "ALEJANDRO RAIMONDI"	NEIRA, Jorge Alberto	1-VI-2006
35 "JUAN CARLOS NAVARRO"	Vacante	

ACADÉMICOS EMÉRITOS

Dr. BEVERAGGI, Enrique (†)

Dr. FONSECA, Rolando G. R.

Dr. INSUA, Jorge A. (†)

Dr. MORELLI, Oscar H.

SECCIONES DE LA ACADEMIA

MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

Presidente.....	Dr. Miguel Tezanos Pinto
Secretario	Dr. Oscar H. Morelli
Vocal	Dr. Marcelo V. Elizari
Vocal	Dr. A. Miguel Larguía
Vocal	Dr. Ramón C. Leiguarda
Vocal	Dr. Manuel L. Martí
Vocal	Dr. Olindo A. L. Martino
Vocal	Dr. Juan Antonio M. Mazzei
Vocal	Dr. Leopoldo F. Montes
Vocal	Dr. Jorge A. Neira
Vocal	Dr. Víctor Pérez

CIENCIAS BIOLÓGICAS, FÍSICAS, QUÍMICAS Y NATURALES

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

CIRUGÍA, TOCOGINECOLOGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Presidente.....	Dr. Eduardo A. Zancolli
Vocal.....	Dr. Fortunato Benaim
Vocal.....	Dr. Vicente P. Gutiérrez
Vocal.....	Dr. Enrique S. Malbrán
Vocal.....	Dr. Leonardo Mc Lean
Vocal.....	Dr. José A. Navia
Vocal	Dr. Miguel L. Podestá
Vocal	Dr. Roberto N. Pradier

SALUD PÚBLICA Y CIENCIAS CONEXAS CON LA MEDICINA

Secretario	Dr. Enrique C. Gadów
Vocal	Dr. Antonio R. de los Santos
Vocal	Dr. Julio Alberto Ravioli
Vocal	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. Miguel L. Podestá
Vocal	Dr. Marcelo V. Elizari
Vocal	Dr. Jorge D. Lemus
Vocal.....	Dr. Manuel L. Martí
Vocal	Dr. Juan A. Mazzei
Vocal.....	Dr. Oscar H. Morelli
Vocal.....	Dr. Jorge A. Neira
Vocal.....	Dr. Roberto N. Pradier

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

Presidente.....	Dr. Román Rostagno
Secretario	Dr. Manuel L. Martí
Vocal	Dr. Fortunato Benaim
Vocal	Dr. Rómulo L. Cabrini
Vocal.....	Dr. Eduardo H. Charreau
Vocal.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
Vocal	Dr. Ramón C. Leiguarda
Vocal.....	Dr. Enrique S. Malbrán
Vocal.....	Dr. Olindo A. L. Martino
Vocal	Dr. Oscar H. Morelli
Vocal.....	Dr. José Antonio Navia
Vocal.....	Dr. Roberto N. Pradier
Vocal	Dr. Miguel Tézanos Pinto
Vocal.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE PREMIOS

Presidente.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
Secretario	Dr. Ramón C. Leiguarda
Vocal	Dr. Eduardo H. Charreau
Vocal	Dr. Antonio R. de los Santos
Vocal	Dr. Marcelo V. Elizari
Vocal	Dr. Vicente P. Gutiérrez
Vocal	Dr. Leopoldo F. Montes
Vocal	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
Vocal.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE INTERPRETACIÓN Y REGLAMENTO

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

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y BECAS

Presidente.....	Dr. Miguel Tezanos Pinto
Secretario	Dr. A. Miguel Larguía
Vocal	Dr. Eduardo H. Charreau
Vocal.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
Vocal.....	Dr. Enrique C. Gadow
Vocal	Dr. Vicente P. Gutiérrez
Vocal.....	Dr. Juan A. Mazzei
Vocal.....	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
Vocal.....	Dr. Víctor Pérez
Vocal	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE PRESUPUESTO Y PREADJUDICACIONES

Presidente.....	Dr. Rómulo L. Cabrini
Secretario	Dr. Alejandro De Nicola
Vocal	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
Vocal	Dr. Manuel L. Martí
Vocal.....	Dr. José Antonio Navia
Vocal.....	Dr. Roberto N. Pradier
Vocal.....	Dr. Eduardo Young
Vocal.....	Dra. Mercedes Weissenbacher
Vocal.....	Dr. Antonio R. de los Santos

COMISIÓN DE EDUCACIÓN EN CIENCIAS MÉDICAS

Dr. Rómulo L. Cabrini	Dr. Olindo A. Martino
Dr. Antonio R. de los Santos	Dr. Oscar H. Morelli (E)
Dr. Enrique C. Gadow	Dr. Jorge A. Neira
Dr. A. Miguel Larguía	Dr. Víctor Pérez
Dr. Jorge D. Lemus	Dr. Julio Ravioli
Dr. Enrique S. Malbran	Dr. Eduardo A. Zancolli

COMISIÓN PARA EL ESTUDIO DEL LENGUAJE MÉDICO

Dr. Alejandro De Nicola	Dr. Manuel L. Martí
Dr. Antonio R. de los Santos	Dr. Oscar H. Morelli (E)
Dr. Jorge A. Insua (†)	Dr. Roberto N. Pradier
	Dr. Julio Ravioli

COMISIÓN PERMANENTE DE ÉTICA EN MEDICINA

Presidente.....	Dr. Fortunato Benaim
Vocal	Dr. Enrique S. Malbran
Vocal	Dr. Manuel L. Martí
Vocal	Dr. Leonardo Mc Lean
Vocal	Dr. Jorge A. Neira
Vocal	Dr. Julio Ravioli
Vocal	Dr. Eduardo A. Zancolli

COMISIÓN PLAN REGULADOR Y DE MANTENIMIENTO DEL EDIFICIO E INSTALACIONES

Dr. Rómulo L. Cabrini	Dr. Roberto N. Pradier
Dr. Vicente P. Gutiérrez	Dr. Miguel Tezanos Pinto
Dr. Jorge D. Lemus	

COMISIÓN DE ESTUDIO DEL ORGANIGRAMA (*)

Dr. Rómulo L. Cabrini	Dr. Roberto N. Pradier
Dr. Vicente Gutiérrez	Lic. César Menéndez
(*) Con asesoramiento del Dr. Luis Seisdedos	

COMISIÓN DE HIGIENE Y SEGURIDAD

Dra. Susana Fink (IIHEMA-IMEX)	Acad. Jorge A. Neira
Sr. Mariano Flotta (Academia)	Sra. María Elena Sahores (IIE)
Dra. Silvia Vanzulli (IEO)	Ing. Néstor Rastelli
Ing. Patricia Aja	Acad. Jorge D. Lemus

COMISIÓN PARITARIA DE SEGURIDAD E HIGIENE

Acad. Jorge A. Neira	Sra. María Elena Sahores (IIE)
Ing. Néstor Rastelli	Dr. Luis Seisdedos (RR.HH.)
Ing. Patricia Aja	Lic. César Menéndez
Dra. Susana Fink (IIHEMA-IMEX)	Dr. Roberto Meiss
Dra. Silvia Vanzulli (IEO)	Sr. Miguel Villalva
	Sra. Liliana Guingold

COMISIÓN DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TRAUMA

Consultor	Dr. Fortunato Benaim
Presidente.....	Dr. Jorge A. Neira

COMISIÓN MODIFICACIÓN DEL ESCALAFÓN

Acad. Rómulo L. Cabrini	Acad. Roberto N. Pradier
Lic. César Menéndez	Dr. Luis Seisdedos

COMITÉ DE ÉTICA DE LOS INSTITUTOS DE LA ACADEMIA

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

COMISIÓN BILATERAL ENTRE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA Y EL CONSEJO DE CERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS

Por la Academia Nacional de Medicina:	Acad. Fortunato Benaim
	Acad. Manuel L. Martí
	Acad. Juan A. Mazzei
	Acad. Antonio R. de los Santos
Por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos:	Dr. Oscar E. Castillo
	Dr. Jorge A. Neira
	Dr. Raúl Valli

ACAP – ASOCIACIÓN CIVIL PARA LA ACREDITACIÓN DE Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN DE POSGRADO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Presidente:	Dra. Marina Narbaitz
Vicepresidente:	Dra. Viviana Falasco
Prosecretario:	Dr. Delio Aguilar Giraldes
Tesorero:	Dr. Miguel Galmes
Protesorero:	Dr. Antonio Tempone
Vocal titular:	Dr. Antonio Gallesio
Vocal titular:	Dr. Jorge Schiappapietra
Vocal titular:	Acad. Antonio R. de los Santos
Vocal titular:	Dr. Luis Moggi
Vocal suplente:	Dr. Eduardo Busto
Vocal suplente:	Acad. Roberto Pradier

Vocal suplente: Dr. Alberto Fontana

Vocal suplente: Dr. Raúl Valdéz

**CONSEJO DIRECTIVO DEL IMEX
(INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL, CONICET-ANM)**

Presidente:

Dra. Mirta A. Schattner

Miembros en representación de
investigadores del CONICET:

Dra. Mirta Giordano

Dra. Analía Trevani

Dr. Roberto Pozner

Dra. Marina Palermo (suplente)

Miembros en representación de la
Academia Nacional de Medicina:

Dra. María Marta de E. de Bracco

Acad. Eduardo Charreau

Acad. Juan Antonio Mariano Mazzei

Acad. Alejandro De Nicola (suplente)

ACADÉMICOS HONORARIOS NACIONALES

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

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES NACIONALES

Dr. Acosta, Aníbal (residente en EE.UU.)	Dr. Langer, Salomón (residente en Francia)
Dr. Acosta, Juan M. (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Losada, Carlos A. (Neuquén)
Dr. Albino, Abel P. (Mendoza)	Dr. Lovesio, Carlos (Rosario, Sta. Fe)
Dr. Allende, José N. (Córdoba)	Dr. Mainetti, José A. (La Plata, Bs. As.)
Dr. Allende, Daniel A. (Córdoba)	Dr. Manzur Luna, Rafael L. (Mendoza)
Dr. Allende Minetti, Bartolomé Tomás (Córdoba)	Dr. Martini, Carlos J. M. (residente en EE.UU.)
Dr. Alday, Luis E. (Córdoba)	Dr. Moguillansky, Sergio J. (Río Negro)
Dr. Álvarez Gardiol, Emir (Rosario, Sta. Fe)	Dra. Moreno, Elsa Margarita (Tucumán)
Dr. Ameri, Domingo (Chaco)	Dr. Moroni, Jorge M. (Rosario, Santa Fe)
Dr. Ameriso, José Luis (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Muniaigurria, Alberto J. (Rosario, Santa Fe)
Dr. Astiz, Juan Manuel (Luján, Bs. As.) (†)	Dr. Paganini, José María (La Plata, Bs. As.)
Dr. Baro, Manuel R. (Mendoza)	Dr. Pérez de Nucci, Armando (Tucumán)
Dr. Barrantes, Francisco J. (Bahía Blanca, Bs. As.)	Dr. Perinetti, Héctor (Mendoza)
Dr. Basombrío, Miguel Ángel (Salta)	Dr. Pineda, Rafael Luis (Rosario, Santa Fe)
Dr. Battagliotti, Carlos (Santa Fe)	Dra. Pogo, Beatriz (residente en EE.UU.)
Dr. Cafferata, Eduardo P. (Córdoba)	Dr. Poliche, Adolfo V. (Tucumán)
Dr. Colombato, Mario M. (La Pampa)	Dr. Rezzónico, Carlos A. (Córdoba)
Dr. Ferreyra, Héctor D. (Córdoba)	Dr. Rico, Clemente Manuel (Córdoba)
Dr. Giménez, Carlos Roberto (Rosario, Santa Fe)	Dr. Rivero, Isaac Hilario (Mendoza)
Dr. Giraudo, Jesús Ramón (Córdoba)	Dra. Roses Periago, Mirta (residente en EE.UU.)
Dr. Glikstein, Salomón (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Russo, José (residente en EE.UU.)
Dr. Gorodner, Jorge Osvaldo (Corrientes)	Dr. Sarría, José Antonio (Córdoba)
Dr. Greca, Alcides Alejandro (Rosario, Santa Fe)	
Dr. Gunstche, Enrique M. (Mendoza)	

Dr. Schmuñis Gabriel Adrián
(residente en EE. UU.)
Dr. Taleisn K, Samuel (Córdoba)
Dr. Tanno, Hugo E. (Rosario, Santa Fe)

Dr. Villavicencio, Roberto Lisandro
(Rosario, Santa Fe)
Dr. Zabert, Enrique I. (Neuquén)

ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

Dr. Alderete, J. Antonio (EE.UU.)
Dr. Andrews, Joseph L. (EE.UU.)
Dr. Clarkson, Thomas William (EE.UU.)
Dr. Gonella, Joseph S. (EE.UU.)
Dr. Kernberg, Otto (EE.UU.)
Dr. Kumate Rodríguez, Jesús (México)
Dr. Liguory, Claude (Francia)
Dr. Mahler, Halfdan (Dinamarca)
Dr. Monckeberg Barros, Fernando (Chile)
Dr. Montagnier, Luc (Francia)

Dr. Moreno González, Enrique (España)
Dr. Norrby, Erling C. J. (Suecia)
Dr. Obwegeser, Hugo (Suiza)
Dr. Portmann, Michel (Francia)
Dr. Serrano Ríos, Manuel (España)
Dr. Silveira, José (Brasil)
Dr. Slavin, Shimon (Israel)
Dr. Snyderman, Ralph (EE.UU.)
Dr. Veronesi, Umberto (Italia)
Dr. Vilardell Viñas, Francisco (España)

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

Dr. Alonso del Hoyo, José (España)
Dr. Baroudi, Ricardo (Brasil)
Dr. Bertoni, Franco (Italia)
Dra. Bianchi, Diana W. (EE.UU.)
Dr. Birnbaumer, Lutz (EE.UU.)
Dr. Blasi, Antonio (Italia)
Dr. Bollak, Claude (Francia)
Dr. Bonilla Musoles, F. (España)
Dr. Bonnadona, Gianni (Italia)
Dr. Breuer, Nicolás (Paraguay)
Dr. Castello, Manuel Adolfo (Italia)
Dr. Cederbaum, Arthur (EE.UU.)
Dr. Cibils, Luis A. (EE.UU.)
Dr. Clavero Núñez, José A. (España)
Dr. Diebold, Jacques Joseph (Francia)
Dr. Fairlamb, Alan H. (Escocia)
Dr. Ferguson-Smith, Malcolm A. (Inglaterra)

Dr. Figueiredo Mendes, T. (Brasil)
Dr. Fisher Enneking, William (EE.UU.)
Dra. Francés Causapé, M. del Carmen (España)
Dr. Frangione, Blas (EE.UU.)
Dra. García Mullick, Florabel (EE.UU.)
Dr. García Perla, Álvaro (España)
Dr. Garland, Bryan (Inglaterra)
Dr. Gerbaud, Augusto (Panamá)
Dr. Gestal Otero, Juan Jesús (España)
Dr. Goldstein, Jerome C. (EE.UU.)
Dr. Grosgeat, Yves (Francia)
Dr. Guénet, Jean-Louis (Francia)
Dra. Habr-Gama, Angelita (Brasil)
Dr. Hachinski, Vladimir (Canadá)
Dr. Haberal, Mehmet (Turquía)
Dr. Hökfelt, Tomas (Suecia)

- | | |
|--|--|
| Dr. Hortobagyi, Gabriel H. (EE.UU.) | Dr. Papa, Sergio (Italia) |
| Dr. Hoyt, David B. (EE.UU.) | Dr. Pifarré Sanahuja, Enrique (España) |
| Dr. Khamashta, Munther A. (Londres, Inglaterra) | Dr. Prehn, Richmond T. (EE.UU.) |
| Dr. Knous, Robert (EE.UU.) | Dr. Rochemaure, Jacques A. M. (Francia) |
| Dr. Leal Prado, Joel (Brasil) | Dr. Rodeck, Charles (Inglaterra) |
| Dr. Linzenmeier, Götz (Alemania) | Dr. Rozman Borstnar, Cirilo (España) |
| Dr. Llombart Bosch, Antonio (España) | Dr. Russell, Anthony S. (Canadá) |
| Dr. López Ibor, Juan J. (España) | Dr. Samuelsson, Bengt I. (Suecia) |
| Dr. Marchiori Buss, Paulo (Brasil) | Dr. Sánchez Moreno Ramos, Francisco (Perú) |
| Dr. Martínez Lage, Luis (España) | Dr. Sangiorgi, Mario (Italia) |
| Dr. McClelland, Roy (Irlanda) | Dr. Segovia de Arana, José María (España) |
| Dr. Mello Aguerre, Carlos (Uruguay) | Dr. Sies, Helmut (Alemania) |
| Dr. Ménard, Henri André (Canadá) | Dr. Sotelo Figueiredo, Juan Manuel (Representante de OPS–residente en Chile) |
| Dr. Moncada, Salvador (Gran Bretaña) | Dr. Souza, Wanderley de (Brasil) |
| Dr. Moncayo Medina, Álvaro (Colombia) | Dr. Spandidos, Demetrios A. (Grecia) |
| Dr. Netto, Juan S. (Paraguay) | Dr. Traeger, Jules (Francia) |
| Dr. Nicola, Pietro de (Italia) | Dr. Verstraete, Marc (Bélgica) |
| Dr. Nussenzweig, Victor (Brasil–Residente en EE.UU.) | Dr. Wagner, João Ephrain (Brasil) |
| Dr. Otero Ruiz, Efraín (Colombia) | Dr. Wenström, Karl G. (Suecia) |
| Dr. Packer, Lester (EE.UU.) | Dr. Wertelecki, Vladimiro (EE.UU.) |

ASESORES LEGALES HONORARIOS

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

ASESOR DE PRENSA

Dr. López, Pablo

PRESIDENTES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

1822 – 2015

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 Valdés	1916-1917 José Penna
1822 Francisco de Paula Rivero	1917-1918 Domingo Cabred
1823-1824 Manuel Moreno	1918-1919 Daniel J. Cranwell
1852 Francisco de Paula Rivero	1919-1920 Marcelino Herrera Vegas
1856-1858 Pedro Nolasco Rojas	1920-1921 Eliseo Cantón
1874 Manuel Porcel de Peralta	1921-1922 Carlos Malbran
1878-1879 Santiago Larrosa	1922-1924 Luis Güemes
1880-1884 Manuel Porcel de Peralta	1924-1926 Eliseo Cantón
1884-1886 Pedro A. Pardo	1926-1928 Martín M. Torino
1886-1887 Nicanor Albarellos	1928-1930 Mariano R. Castex
1887-1889 Cleto Aguirre	1930-1932 Juan Carlos Navarro
1889-1893 Mauricio González Catán	1932-1934 Carlos Bonorino Udaondo
1893-1897 Leopoldo Montes de Oca	1934-1936 Mariano R. Castex
1897-1900 Enrique del Arca	1936-1938 Bernardo A. Houssay
1900-1902 Juan R. Fernández	1938-1940 Alberto Peralta Ramos
1902-1906 Eufemio Uballes	1940-1942 Mariano R. Castex
1906 Enrique del Arca	1942-1944 Eliseo V. Segura
1906-1908 Eliseo Cantón	1944-1946 Armando R. Marotta
1908-1910 Eufemio Uballes	1946-1948 Gregorio Aráoz Alfaro
1910-1911 Pedro N. Arata	1948-1950 Carlos Bonorino Udaondo
1911-1912 Pedro Lagleyze	1950-1952 Gregorio Aráoz Alfaro
1912-1913 Roberto Wernicke	1952-1957 Alois Bachmann
1913-1914 Antonio C. Gandalfo	1958-1960 Luis Esteves Balado
1914-1915 Luis Güemes	1960-1962 Rómulo Gil
1915-1916 Enrique Bazterrica	1962-1964 Luis Figueroa Alcorta

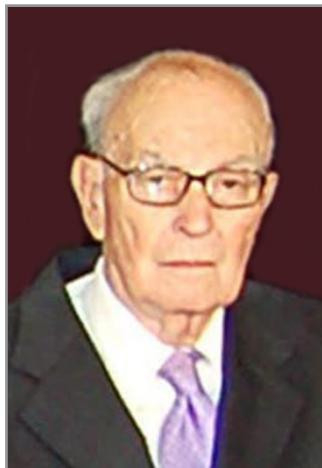
1964-1966 Pedro A. Maissa	1990-1992 Enrique P. Viacava
1966-1968 Luis Esteves Balado	1992-1994 Leoncio A. Arrighi
1968-1970 Marcial I. Quiroga	1994-1996 Osvaldo Fustinoni
1970-1970 Vicente Gutiérrez	1996-1998 Andrés O. M. Stoppani
1970-1974 Raúl F. Vaccarezza	1998-2000 Armando Maccagno
1974-1976 David E. Nöltning	2000-2002 Miguel Tezanos Pinto
1976-1978 Pablo Negroni	2002-2004 César Bergadá
1978-1980 José E. Rivarola	2004-2006 Rómulo L. Cabrini
1980-1982 Horacio Rodríguez Castells	2006-2008 Vicente P. Gutiérrez
1982-1984 Julio V. Uriburu	2008-2010 Roberto M. Arana
1984-1986 Diego E. Zavaleta	2010-2012 Juan Manuel Ghirlanda
1986-1988 Virgilio G. Foglia	2012-2014 José A. Navia
1988-1990 Horacio Rodríguez Castells	2014- Roberto N. Pradier

NECROLÓGICAS

ACADÉMICO
DR. JORGE ALBERTO INSUA

PALABRAS RECORDATORIAS POR EL SR. PRESIDENTE
ACADÉMICO
DR. ROBERTO N. PRADIER

ACADÉMICO EMÉRITO
DR. JORGE ALBERTO INSUA



18-01-1923 / 12-05-2015

Como presidente de la Academia Nacional de Medicina, y en nombre de la Institución, vengo a cumplir con el triste deber de despedir al académico Jorge Alberto Insua.

Con su fallecimiento pierde la Academia a un brillante creador e innovador en el campo de la psiquiatría y de la vinculación de esa especialidad con la atención de pacientes en hospitales generales.

Interesado en la fisiología en el pregrado y practicante externo, menor y mayor, de nuestro querido viejo Hospital de Clínicas, su tesis de doctorado, acreedora del premio Facultad de Medicina a la mejor tesis de ese año, señaló su dedicación a la investigación en el campo de la neurología, que confirmó luego al ser co-fundador del “Laboratorio de Neurobiología” en el “Instituto de Biología y Medicina Experimental” que dirigía el profesor Bernardo Houssay.

Volcado a la psiquiatría fue becario del Consejo Británico para estudiar durante dos años esa especialidad en el Maudsley Hospital de Londres.

Volvió luego al Hospital de Clínicas donde se hizo cargo del Departamento de Psiquiatría y Psiconeurología, vinculado a servicios de clínica médica.

Organizó la recién fundada cátedra de Psicología Médica de la que fue profesor titular y jefe de servicio en el Hospital Escuela José de San Martín, cargos de los que fue separado en 1973 y reincorporado en 1975, aunque nunca volvió a hacerse cargo de la cátedra ni del servicio.

Fue co-fundador de la revista Acta Neuropsiquiátrica Argentina y autor de numerosos trabajos de su especialidad, y publicó varios libros sobre el tema.

Designado Académico Titular en el Sitial Nº 25 “Mauricio González Catán” en 1990, trabajó activamente en el tema de la certificación profesional cuya Comisión del Consejo de Certificaciones presidió durante 8 años, manteniendo siempre su interés por asegurar la efectiva realización y actuación asistencial en los procesos de formación de los candidatos a certificación profesional.

Su larga y apreciada actuación en esta Academia culminó con su designación como Académico Emérito en 2010.

La gran tristeza que su desaparición causa a su familia y a todos los que lo conocimos será, sin duda, mitigada por el recuerdo de todo el bien que su labor hizo a sus semejantes como psiquiatra, como innovador en ese campo, y como docente.

Acad. Roberto N. Pradier
Presidente

ACADÉMICO

DR. ENRIQUE MARCELO BEVERAGGI

PALABRAS RECORDATORIAS POR EL SR. ACADÉMICO

DR. VICENTE GUTIÉRREZ

ACADEMICO EMÉRITO
DR. ENRIQUE MARCELO BEVERAGGI



13-12-1930 / 16-06-2015

Cumplio la triste misión de informar al Plenario, que el 16 de junio falleció el Académico Emérito Enrique Marcelo Beveraggi, quien ocupara el Sitial N° 14 “Eliseo Cantón”, desde el 30 de octubre de 2001 hasta el 25 de abril de 2013, en que renunciara por razones de salud.

Enrique Beveraggi fue una de las personalidades relevantes del Buenos Aires contemporáneo, ardiente defensor de los principios democráticos y con una plena dedicación a la cirugía académica en sus tres fundamentos: docencia, investigación y asistencia, desde la Universidad de Buenos Aires y desde el Hospital Italiano.

En 1954, siendo practicante, sólo por protestar pacíficamente contra la intervención del Estado Nacional en la Universidad de Buenos Aires, fue detenido seis meses en el Penal de Villa Devoto, junto a 180 de sus compañeros. Recordaba sin rencores, esta experiencia como positiva, ya que le generó amistades imborrables, creando luego la Fundación 5 de Octubre de 1954, bajo el lema “Dedicar sus esfuerzos al desarrollo de la Ciencia Argentina sin prescindir de su lucha por la libertad”.

Apenas graduado ingresó al Hospital Italiano, en aquel entonces nutrido por numerosos jefes que por razones políticas, habían sido desplazados de sus cargos docentes y hospitalarios. Entre ellos, Alejandro Pavlovsky y Ángel Bracco le mostraron el camino de la cirugía académica.

Su primer jefe en el Hospital, Francisco Loyudice, relata en sus memorias que para su primera gastrectomía total “Enrique Beveraggi estaba a mi lado como estaría siempre en mi vida”.

Otros dos cirujanos que influyeron en su carrera fueron Alberto Laurence, quien le dio el discurso de recepción como académico de Número y Andrés Santas, de quien dijo ese día “Le debo mi pasión por la educación médica y mi entrega total y compromiso con el proyecto de las residencias médicas”.

Fue el primer médico residente de cirugía y años más tarde ocupó la jefatura del Servicio durante 17 años, período de continuas innovaciones, entre las que se destacaron la profundización de los programas de residentes, la creación del Comité de Docencia en Investigación, la sectorización de los grupos de trabajo, la cirugía experimental y la designación como Cátedra Oficial de la Universidad de Buenos Aires, con motivo de asumir el cargo de Profesor Titular. Transformó el Servicio de Cirugía General en un prestigiado modelo, que siguió creciendo, y está hoy a cargo del Académico Eduardo de Santibañes.

Por su capacidad de trabajo, extraordinarias relaciones humanas y su formación académica, fue elegido por sus pares para presidir la Sociedad Argentina de Cirujanos, la Asociación Argentina de Cirugía, la Academia Argentina de Cirugía y el Capítulo Argentina del American College of Surgeons, del que luego fue gobernador.

Otra etapa brillante de su carrera fue 11 años como Director del Hospital Italiano, sucediendo a Juan Bautista Borla y Francisco Loyudice. Ya había comenzado el gran cambio, de transformar una antigua Institución de Colectividad en un Hospital abierto a la comunidad, con un enfoque netamente académico, destacándose los concursos abiertos, para la selección de los mejores. Siguiendo consejos de Alfredo Lanari, designó un licenciado en Educación, para integrar del Departamento de Docencia e Investigación, hoy de prestigio nacional e internacional.

Otro orgullo para Enrique Beveraggi fue la creación del Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano, aprobado por la CONEAU en 2000, año en el que asume nuevas funciones de profesor y de Rector, con dedicación a tiempo completo.

En esos años, el Hospital Italiano creó su Plan de Salud, del que Beveraggi fue también Director, ampliando la asistencia médica a centros periféricos e incrementando las actividades del nuevo Hospital de San Justo.

En 1991 como un gesto de lealtad a su amigo, el Presidente Raúl Alfonsín, aceptó ser Ministro de Acción Social y Salud Pública de la Nación, en momentos de crisis e inminente cambio de las Autoridades Nacionales.

En su discurso de incorporación a la Academia Nacional de Medicina, recordó que los tres pilares de su trayectoria habían sido: El Hospital Italiano, las Sociedades Científicas y su Familia.

Desde su Sitial Académico, participó activamente en la Comisión de Cirugía y en cuanta función se le requirió. Lo hacía con entusiasmo y vehemencia, aportando su larga experiencia como profesor, rector universitario y director de hospital.

Fue Presidente del Consejo Académico de Ética en Medicina e integró el Consejo de Administración, como Secretario de Actas. Además de ser un generador de ideas y sabio consejero, por su calidez, dejó un grato recuerdo en todo el personal de la Academia.

Quienes tuvimos el placer y el honor de compartir tareas con Enrique Beveraggi, siempre recordaremos su estilo campechano nada protocolar y sus tres dones de humildad, generosidad y honestidad.

Estaba casado desde hacía 57 años, con la Dra. Margarita Telenta, eximia Jefa de Anatomía Patológica del Hospital Italiano, a quien había conocido durante su practicantado en el Hospital Español. Ambos formaron un hogar ejemplar y Margarita lo cuidó abnegadamente en su enfermedad, acompañándolo con inmenso cariño hasta sus últimos momentos de vida. Murió rodeado de su familia y con los ideales de la Madre Teresa de Calcuta, en paz consigo mismo y con todos los demás.

En recuerdo y homenaje a Enrique Beveraggi, pido nos pongamos de pie guardando un minuto de silencio.

Acad. Vicente Gutiérrez

(Texto leído en el Plenario Académico)

INCORPORACIONES

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR DR. JORGE D. LEMUS¹

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO
DR. MANUEL L. MARTÍ

DISCURSO DEL ACADÉMICO RECIPIENDARIO,
DR. JORGE D. LEMUS

¹ Sesión Pública Extraordinaria, 17 de marzo de 2015.

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR
DR. JORGE D. LEMUS

SITAL N° 29
“NERIO ROJAS”
17 de marzo de 2015

PALABRAS DE APERTURA POR EL SR. PRESIDENTE DE LA
ACADEMIA,
ACAD. ROBERTO N. PRADIER²

En nombre del Plenario Académico tengo el honor de dar comienzo a esta Sesión Pública Extraordinaria y de darles la bienvenida.

La Academia abre hoy sus puertas para recibir a un nuevo académico, el doctor Jorge Daniel Lemus.

La incorporación de un nuevo académico constituye un acto de la mayor importancia en la vida académica que ha permitido a través de la renovación de sus miembros su continuidad a lo largo de sus 193 años de existencia. Es un proceso largo que incluye la determinación de la vigencia de la especialidad asignada al sital y la propuesta de los señores académicos de candidatos en quienes se evalúan su saber médico, su conducta moral y ética así como el servicio que podrán brindar con su experiencia a las necesidades de nuestra Academia. Se concreta su selección a través de dos votaciones del plenario académico, en meses sucesivos, reduciendo la primera votación el número de candidatos antes de la elección definitiva en la segunda votación. Este es el proceso que ha seguido la designación de nuestro nuevo miembro de número.

En esta ceremonia se asocia nuestro beneplácito al recibir al doctor Lemus con la tristeza por la pérdida del académico Abraam Sonis quien, durante cerca de 14 años, ocupó este Sital N° 29 “Nerio Rojas”. El Dr. Sonis es recordado por todos con admiración por su dedicación exitosa a la salud pública y a la enseñanza universitaria, reconociéndose a lo largo de sus múltiples actividades una clara voluntad de hacer llegar a más gente los beneficios de la buena medicina y los buenos cuidados. Por sus dotes personales y su hombría de bien se ganó el afecto de todos los académicos.

Le toca al doctor Lemus suceder a quien fuera su maestro y mentor en salud pública y no me corresponde a mí reseñar los logros y méritos que lo capacitaron para ello, lo que sin duda hará a continuación el académico Manuel Martí.

² Académico Titular, Presidente, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.



Acad. Jorge D. Lemus y Acad. Roberto N. Pradier.

Académico Jorge Daniel Lemus: en nombre de la Academia Nacional de Medicina tengo la grata misión de entregarle este diploma y la medalla que lo acreditan como miembro titular de esta Corporación.

Sea usted bienvenido.

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO MANUEL L. MARTÍ³

El Dr. Jorge Daniel Lemus es porteño, nacido en el barrio de San Cristóbal y recibió su diploma de Médico en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, en 1974.

En el comienzo de su carrera se inclinó por la Medicina Interna en la 2da. Cátedra de la especialidad, ubicada en el Hospital Juan A. Fernández de Buenos Aires, donde fue Residente, Jefe de Clínica y Jefe de Investigaciones, continuando como Jefe de División, Jefe de Departamento y, por último, Director del Hospital.

Se doctoró en la Facultad de Medicina de la UBA y llegó a Docente Autorizado de Clínica Médica.

El destino se interpuso en su carrera en forma sutil ya que en el recorrido de su actividad como médico clínico comienza a ocupar cargos que conllevan una orientación sanitaria.

La clínica queda postergada, pero no olvidada y comienza su especialización en la Salud Pública que realiza en forma intensiva y profunda de acuerdo con su laboriosidad y fuerza de carácter.

Realiza el curso universitario de Salud Pública en la Facultad de Medicina, y cursos de Epidemiología y Salud Pública en el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, la Universidad del Salvador y en el Colegio Argentino de Administración Hospitalaria.

En la Facultad de Medicina de la UBA obtiene también su título de Especialista Universitario en Higiene, Medicina Preventiva y Social, y realiza su tesis para su título de Doctorado en Medicina que es calificada con sobresaliente y a la que se le otorga el premio Guillermo Rawson.

Obtiene el título de Doctor en Salud Pública en la Universidad del Salvador, con una tesis también calificada con sobresaliente que recibe el Premio Enrique Nájera.

En el Queen's Medical Center de la Universidad de Nottingham cursa su Postdoctorado en Salud Pública como Postdoctoral Fellowship, certificado por el British Council.

En el área docente, el Dr. Lemus, se desempeña como Profesor Regular Titular de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la UBA; Profesor Titular de Salud Pública y Director de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, en la UCES y Profesor Titular de Epidemiología en la Universidad del Salvador.

³ Académico Titular, Vicepresidente, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

La actividad pública como sanitaria ocupa una buena parte de su vida: fue Director General Adjunto de Áreas Programáticas, Subsecretario de Estado de Atención Médica y Subsecretario de Estado de Programas Prioritarios en el Ministerio de la Salud Pública y Acción Social de la Nación, así como Ministro de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde se desempeña en la actualidad como Presidente del Consejo Asesor de Salud.

Es Consultor en temas de Salud Pública en Gran Bretaña, Canadá, España, EE.UU. y Francia.

Su interés en la Investigación Médica lo llevó a ser investigador del CONICET e Investigador Principal de la Universidad de Buenos Aires.

Pero la perspectiva existencial del Dr. Lemus no se limita a la Medicina, como ha ocurrido con grandes médicos argentinos con intereses culturales extramédicos tales como Mariano Castex, eximio pianista y polígloto; Pedro Chutro, dedicado violinista, Marcial Quiroga, notable escritor e historiador, Cupertino del Campo, delicado pintor y Guillermo Jáuregui, erudito en variadas disciplinas, por no mencionar los nombres que surgen en forma espontánea a la memoria.

El Dr. Lemus posee una sólida formación humanística y artística: la música es una de sus actividades preferidas ya ejecutando un instrumento, investigando la vida y la obra de los creadores o siendo espectador de las funciones del Teatro Colón desde su infancia.

La Historia es otra vertiente de su personalidad, que se completa con su talento especial para la pintura: ha realizado numerosas muestras individuales y colectivas, recibido premios, y sus obras se encuentran en diversas colecciones de arte.

Esta faceta humanística de su personalidad ennoblecen a su profesión de médico ya que como enunció Terencio: "Soy hombre y nada de lo humano me es ajeno".

Se puede asegurar que su perfil es el de un hombre que piensa, hace y crea, en relación directa con su rica personalidad.

Estas características han sido tenidas en cuenta para ser electo por el Plenario de esta institución que exhibe una acendrada tradición cultural y humanística que se remonta a sus comienzos.

La Historia de un país se fundamenta en la obra de sus grandes hombres impulsados por grandes ideas. En este sentido, la Academia Nacional de Medicina ha sido pródiga en el número de prohombres que dio a la patria en el decurso de su existencia.

Baste señalar al fundador y Primer Presidente de Honor, don Bernardino Rivadavia, que ocupó primero el Sitial 16 o al ocupante del primer Sitial, el Dr. Vicente López y Planes, uno de los que más apoyaron la creación de la Academia

y, él mismo, un naturalista eximio que ocupó la vicepresidencia de esta Institución en 1823.

El ingreso a la Academia, si bien implica un reconocimiento a los valores intelectuales y morales de la persona elegida, no puede ser considerado como un premio sino como una posibilidad de continuar la carrera profesada con vocación en un ámbito diferente, cuyas actividades se proyectan en el campo de la cultura, del perfeccionamiento de los estudios y del desarrollo de la ciencia médica nacional, tal como los enunciara el Dr. Raúl F. Vaccarezza, que fuera su presidente.

El incorporarse a una institución como la Academia Nacional de Medicina presenta distintas connotaciones.

En primer lugar es entrar a formar parte de una corporación que posee la antigüedad de la patria misma y por la que han pasado todos los nombres que hicieron grande a nuestra Medicina.

Pero la Academia implica, además, una serie de compromisos, el primero: profesional. Se presume que ha sido elegido por ser una figura rectora en su especialidad. La Academia debe ser un reservorio de sabiduría en los distintos estamentos de la Medicina y cada miembro debe estar dispuesto a demostrarlo cuando le sea requerido. Esto obliga a un perfeccionamiento continuo para mantener y acrecentar los conocimientos.

El compromiso no lo exigen las paredes de este hermoso edificio, es recabado por la Institución la que, finalmente, está compuesta por seres humanos con sus perfecciones y defectos, pero con la consigna de mantener en alto los valores de otros hombres como ellos que dejaron aquí su tarea fecunda, sus esperanzas y gran parte de su vida.

El Dr. Lemus cumple estos compromisos con amplitud: es un sanitario de nota que ha ocupado posiciones de alta responsabilidad en la función pública, ejerce la docencia universitaria y ha realizado notables investigaciones en su área de trabajo.

Su prosapia céltica se vio coronada con su nombramiento de miembro de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia, asociada al Instituto de España. Hace pocos días, la Universidad de Buenos Aires lo ha distinguido con la Medalla a la Excelencia Académica por su tarea como Profesor Regular de Salud Pública en la Cátedra y en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina.

Ha recibido asimismo el premio “Maestro de la Medicina Argentina”.

La obligación profesional implica un autocompromiso con una meta que es la excelencia, el objetivo de esta corporación.

El otro compromiso vital que debe cumplir es con él mismo y con su familia.

El Dr. Lemus está casado hace más de treinta años con su ángel protector, también médica, la doctora María Carmen Lucini, y su familia se completa con dos hijos: Fernando Axel y Daniela Rocío, también médicos, con la especialidad de la Anestesiología.

Este grupo humano unido por los sentimientos y por una misma entrega y orientación profesional obliga también a encarar la tarea con amor, con responsabilidad y con esperanza.

Hay también un compromiso con el país al ser la Academia una institución nacional que debe aportar sus conocimientos a la sociedad. En este sentido, el Dr. Lemus ha pasado gran parte de su vida en la función pública en relación directa con su vocación, y su personalidad orientada a la ayuda solidaria a través de su tarea cotidiana.

Quizás el compromiso mayor que tenga el Dr. Lemus al incorporarse al Sitial N° 29 de esta Academia, sea el recordar que el mismo estuvo ocupado por el Académico Abraam Sonis.

Sonis fue uno de los miembros más destacados de esta Institución; su vida entera estuvo dedicada a la Salud Pública y a la docencia; en ambos campos ocupó los cargos de mayor responsabilidad y fue el Maestro de la gran mayoría de los sanitaristas argentinos.

Como docente llegó a ocupar el Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad Maimónides hasta el momento de su fallecimiento.

Fue un representante de la Salud Pública de nuestro país en los más diversos foros internacionales en donde demostró su enorme capacidad de trabajo y su inteligencia luminosa.

Era, además, un ser humano de excepción.

No dudamos que el Dr. Lemus está a la altura de su ejemplar antecesor.

El Dr. Jorge Daniel Lemus es un hombre de bien con una cultura y una fe, posee una personalidad que abarca, como hemos visto, una gran cantidad de actividades vinculadas con el hombre y su existencia.

Tenemos la seguridad de que se constituirá en un Miembro sobresaliente de esta Academia y que aportará sus conocimientos y su talento para que la institución continúe con su tarea fecunda.

Dios lo guíe.

DISCURSO DEL ACADÉMICO RECIPIENDARIO DR. JORGE DANIEL LEMUS

Agradezco a los Miembros de esta Honorable Academia Nacional de Medicina haberme encomendado esta alta responsabilidad, cual es ocupar el Sitial N° 29 “Nerio Rojas”, en el área de Salud Pública y Ciencias Conexas con la Medicina.

Me comprometo a continuar desde él, la extraordinaria actividad que en Epidemiología y Salud Pública ha llevado adelante, por casi dos siglos, esta señera Institución desde su fundación por Bernardino Rivadavia, a través del ya histórico Decreto del 9 de abril de 1822; “Arreglo de la Medicina”.

Como ha expresado el Académico Manuel Martí, a quien agradezco emocionado mi presentación, he ocupado cargos de alta conducción en Salud Pública, en la Docencia Universitaria y en la investigación, siendo las Ciencias Conexas lo que hoy llamaríamos “ciencias de la salud pública”, ligadas a sus funciones esenciales.

Esta síntesis no es nueva en la Academia Nacional de Medicina.

La relación histórica entre la Academia y la conducción superior en Salud Pública data de los inicios de ambas. Suprimido el Instituto Médico Militar y agregadas sus funciones al Departamento de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, el 9 de abril de 1822 se expide el referido Decreto de Arreglo de la Medicina. Este instrumento legal constaba de diez capítulos, uno de los cuales era la creación del Tribunal de Medicina. Este mismo Decreto creaba la Academia de Medicina de Buenos Aires. Formaban parte del Tribunal (máxima jerarquía en salud pública y equivalente a nuestro actual Ministerio de Salud) los académicos Juan Antonio Fernández y Francisco Cosme Argerich.

En diciembre de 1826 se determinan las atribuciones del Tribunal:

1 – Observar y hacer que se observen este decreto y estatutos que él deja vigente.

2 – Dictar las medidas profilácticas en los casos de infección o contagio.

3 – Inspeccionar todos los establecimientos que tengan por objeto algunas de las partes del arte de curar.

4 – Proponer al Gobierno las medidas que puedan mejorar los precitados establecimientos o favorecer de algún modo la salubridad del país.

5 – Dar dictamen a los jueces en los casos de medicina legal y decidir sobre estos puntos cuando intervenga disidencia en las opiniones de los facultativos.

6 – Pedir al Gobierno la destitución de los Profesores dotados por erario, acompañando la justificación que pruebe la falta de cumplimiento de sus deberes.

7 – Proponer al Gobierno los facultativos que hayan de servir los destinos que por este decreto deben proveerse periódicamente. A continuación se enumeran los distintos capítulos que comprenden las atribuciones señaladas; Títulos y habilitación de profesores; de la Farmacia y Profesores de ella; Policía Médica; Médicos de hospitales; Médicos de campaña y Médico del Puerto.

En el primer y único número de los Anales de la Academia, aparecido en agosto de 1823, el Primer Secretario y coetáneamente Presidente del Tribunal, Dr. Juan Antonio Fernández, presentaba un discurso sobre la importancia de establecer un estudio de la epidemiología ambiental en la Argentina, el primer antecedente sobre salud pública impreso en el país. Sería la primera muestra del interés de Fernández por el estudio de los problemas sanitarios. Los vocales del Tribunal también eran miembros de la Academia; de Paula Rivero y Argerich. En 1834 integraban el Tribunal García Valdez, Martín de Montúfar, Gaffarot, Fernández y Fonseca.

Como sabemos, esta relación se mantendrá hasta mayo de 1835 al ser desplazados académicos y miembros del Tribunal por ser “notoriamente enemigos de la santa causa nacional”. Juan A. Fernández y muchos otros médicos -como Montes de Oca, Rojas, Portela, de Paula Rivero- luego de largo tiempo de encierro, corriendo mil peripecias, se habían evadido por las costas de San Isidro. Casi todos se exiliaron en Montevideo, por no caer en la advertencia de Echeverría sobre aquellos que vacilan cuando la tiranía se ceba en las entrañas de la patria. Como había expresado el fundador de la Academia, el más grande hombre civil de la tierra de los argentinos, donde la ley acababa comenzaba la tiranía.

El Tribunal de Medicina es reemplazado por Decreto del 29 de octubre de 1852 por el Consejo de Higiene Pública (Presidente Irineo Portela y Secretario Manuel Montes de Oca, ambos académicos) y luego, en diciembre de 1880, el Presidente Roca crea el Departamento Nacional de Higiene, también máxima autoridad sanitaria, cuyo primer presidente sería Pedro Antonio Pardo, asimismo miembro de la Academia, en el Sitial N° 3, y su Presidente entre 1884 y 1886.

Fueron también académicos de número y Presidentes del Departamento Nacional de Higiene los Dres. José M. Ramos Mejía (1894 – Sitial N° 13); Eduardo Wilde (1898 – Sitial N° 11); Carlos Gregorio Malbran (1899 – Sitial N° 19), y especialmente José Penna (1910 – Sitial N° 8 – Presidente entre 1916 y 1917). Este último reorganizaba el Departamento en siete divisiones, núcleos de formación de una reducida pero prestigiosa tecnoburocracia sanitaria que acumuló conocimientos y experiencia, ganó prestigio y respeto, y se identificó con los propósitos de la Institución. Profesor de Clínica de Enfermedades Infecciosas, se lo considera el primer epidemiólogo argentino, siendo especialmente señalable su texto sobre Córara, hoy clásico.

Otros Presidentes serían también académicos; Gregorio Aráoz Alfaro (1918/1923 – Sitial N° 10 – Presidente entre 1946 y 1948); Tiburcio Padilla (1928 – Sitial N° 15) y Juan Jacobo Spangenberg (1940 – Sitial N° 25).

La misma relación existió desde los comienzos de la Academia y de la enseñanza de la asignatura salud pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, que -como es bien conocido- se denominaba hasta no hace mucho, higiene y medicina preventiva.

Podemos considerar al Primer Secretario de la Academia, el Prof. Fernández, el primer docente de higiene. La materia se denominaba Instituciones Médicas, y comprendía Patología General, Fisiología, Higiene, Patología Interna y no se sabe si también Materia Médica.

La enseñanza de la Higiene figuraba en los planes de estudio de la Facultad de Medicina, desde el año 1835, como parte del curso de “Materia Médica, Higiene y Patología” que dictara por primera vez el Profesor Dr. José Fuentes y Argibel (Sitial N° 23).

Reformado el plan de estudios en el año 1852, pasa a ser dictada por el Prof. Dr. Luis Gómez (Sitial N° 6), incluida en el curso de “Terapéutica, materia médica e higiene”.

Pero será otro académico, Guillermo Rawson (Sitial N° 1) quien el 1º de Mayo de 1873, es designado para ocupar la cátedra de “Higiene Pública”, por primera vez separada de las materias médicas. Dice Carbonell, que Rawson llevó a la cátedra de Higiene a un puesto destacado, conteniendo sus lecciones, concurridas no sólo por sus alumnos, sino también por una serie de estudiosos, atraídos por la palabra del maestro, el total y más adelantado conocimiento de la materia en aquellas épocas.

Jubilado el Dr. Rawson, en el año 1883, el Gobierno designa Profesor de Higiene al Dr. Antonio Crespo (Sitial N° 21) y, en septiembre de 1920, a Manuel Vicente Carbonell, el primero en ocupar el Sitial N° 29, que desde esa fecha será asignado a Salud Pública. Este académico, Jefe del Departamento Nacional de Higiene (luego de la disolución del Tribunal, el más alto nivel de conducción en Salud Pública) y Profesor Titular, ha sido una figura descollante en la materia, y la primera en sumar su actuación como académico, funcionario y docente. Fundador en 1924 del Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina y su primer Director, organizó la primera conferencia Nacional de Profesores de Higiene, en 1927, en la que señaló: se debe propender a que la enseñanza de la higiene y la Medicina Preventiva ocupen el lugar que hoy día le corresponde en los estudios médicos, con los fines principales de crear especialistas, orientar al médico práctico hacia el campo de la medicina preventiva y desarrollar la educación sanitaria del pueblo.

Fue el creador del curso de Visitadoras de Higiene Social; mensajeras de higiene que concurren a prevenir el contagio, facilitar la marcha inteligente del tratamiento, señalar las enfermedades latentes o descuidadas, enseñar el orden, la limpieza, la higiene, la economía doméstica, como expresara, y germen de las actuales licenciadas en trabajo social en salud. Ingresó a la Academia en marzo de 1925, hasta septiembre de 1954.

Su continuador fue el Dr. Nerio Rojas, con cuyo nombre se conocerá en adelante el Sitial N° 29. Ingresó a la Academia en julio de 1956 hasta abril de 1971. Nació en Santiago del Estero en 1890, hermano del escritor Ricardo Rojas, estudió en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Su tesis, *La literatura de los alienados: su valor clínico y médico-legal*, ganó en 1914 el Premio Wilde. Luego se perfeccionó en la Universidad de París. Rojas se formó como médico legista, interesado especialmente en la psiquiatría forense.

En el ámbito académico, fue designado profesor titular de la cátedra Medicina Legal (1924 a 1946) de la Universidad de Buenos Aires. Durante algunos meses de 1955 ejerció el cargo de Rector de esa Universidad, al ser designado interventor. Hizo muchas transformaciones importantes en la cátedra, y fundó y dirigió desde los Archivos de Medicina Legal, que dejaron de salir en 1946.

Fue fundador de la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología, presidente del Instituto de Sociología e Historia "Sarmiento", Embajador en París ante la UNESCO (1964 a 1966) y diputado nacional en tres períodos no consecutivos, (1942-1943; 1946-1950; 1960-1962), (desde donde abogó por la protección de toxicómanos y alcohólicos, en contra del comercio ilícito de drogas y por el establecimiento de la Clínica de Intoxicaciones y Enfermedades del Trabajo en la Universidad de Buenos Aires, entre otros temas). El 7 de marzo, día de su nacimiento, fue instituido en 2004 como «Día Nacional del Médico Legista».

En octubre de 1972 se incorpora su continuador el Dr. Horacio Rodríguez Castells, quien luego de su renuncia pasa a la categoría de Emérito en abril de 1999. Especialista en Higiene, Medicina Preventiva y Social, este destacado sanitaria fue Profesor Titular y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Presidió esta Academia en dos oportunidades, además de ser máximo conductor nacional del área de Salud en tres oportunidades: desde la gestión oficial promovió la vacunación obligatoria contra la tuberculosis, la creación de centros de epidemiología y de laboratorios de bacteriología en el interior del país, entre otras iniciativas.

Debe considerarse también al Dr. Joseba Kelmendi de Ustarán, pero en el Sitial N° 7, incorporado en octubre de 1987. Este médico higienista y epidemiólogo se dedicó a la administración sanitaria en el ámbito de las fuerzas armadas. Rodríguez Castells y de Ustarán fueron los fundadores del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina, destinado y dedicado a realizar y/o apoyar el desarrollo de investigaciones epidemiológicas, actividades de docencia específica y asesoramiento especializado, que contribuyeran al mejor conocimiento del estado de salud, de la enfermedad, de la atención de la salud y a la búsqueda de intervenciones sanitarias de alto impacto y resultado, en términos de salud.

Es en septiembre de 2000 que se incorpora al Sitial N° 29 el Dr. Abraam Sonis, quizás el sanitaria argentino más reconocido a nivel nacional e internacional, y que quien les habla, como la gran mayoría de los que trabajan actualmente en el área, se reconocen como discípulos directos o indirectos.

Nació en diciembre de 1921. Médico por la Universidad Nacional de La Plata en 1947, y Doctor en Salud Pública por la Universidad de Londres. Dirigió la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires entre 1966 y 1971, el Departamento de Salud Pública (1987-1988), así como el Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud BIREME (Brasil, 1976-82). Vicepresidente de la American Public Health Association de EE.UU. (1969-70) y Asesor de Gabinete en el Ministerio de Salud Pública. Profesor Honorario de la UBA y Profesor Extraordinario de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid (España). Fue, desde 1991, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Maimónides. Director del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina. Publicó libros y artículos en el país y en el exterior. Recibió varios premios, entre ellos, Maestro de la Medicina Latinoamericana y Maestro de la Medicina Argentina. Premio Nacional de Cultura por sus libros. Premio Horwitz OPS 2000 “a la Salud y Educación en América” y de la Federación Panamericana de Escuelas de Medicina, por su contribución a la educación médica en 2009. Como sabemos, lamentablemente fallece en abril del año pasado.

Su libro “Salud, Medicina y Desarrollo Económico-Social, publicado por EUDEBA en 1964 se adelanta al estudio de los determinantes en salud. Refiere el Maestro en este libro premonitorio: “Este no es un texto de Salud Pública, sino un enfoque de algunos de los problemas que surgen en nuestra cambiante sociedad, iluminados desde el ángulo de la Salud Pública, tomada en su más amplia acepción, así como desde el de su interacción con el proceso de desarrollo económico social... Sabemos, sin duda alguna, cómo se produce salud; con alimentos, educación, trabajo, vivienda, seguridad, bienes que deben asegurarse para todos los sectores de la población y no solamente para alguno de ellos; y cuando nos referimos a todos los sectores incluimos, por supuesto, a aquellos que no pueden hacer frente al pago de ciertos servicios o no están en condiciones de efectuar un trabajo bien remunerado”.

Pero, indudablemente, su texto más conocido es Medicina Sanitaria y Administración de Salud, de la Editorial El Ateneo, que formó a varias generaciones de administradores de salud. Es el primero de los textos nacionales en que se presenta a la estrategia de Atención Primaria de Salud, precisamente en el mismo año de la Conferencia de Alma-Ata. Considero un alto honor que el Dr. Sonis haya prologado mi texto Administración Hospitalaria y de Organizaciones de Atención de la Salud, quizás una de sus últimas colaboraciones en salud pública. Refiere allí que el creciente interés que la salud y su atención despiertan en las sociedades modernas, el avasallante avance de la tecnología, los costos crecientes y la importancia que hoy se concede a la equidad como condición para la gobernabilidad hacen de la administración sanitaria un área prioritaria en nuestros años. Señala con precisión una de las características del nuevo libro que prologa en su relación con la Atención Primaria; por tratarse de un tema de gran actualidad y de importancia futura, creemos necesario señalar el enfoque de la atención primaria asociada al hospital, conformando un sistema único y no como subsistemas contrapuestos, confirmando las experiencias positivas del éxito de

aquellos programas de atención primaria, precisamente cuando son enfocados en un sistema de atención unificado que incluye a los establecimientos hospitalarios.

Es entonces que los brillantes aportes de mis predecesores en el área de salud pública, del prestigio que al Sital le han dado sanitarios de la talla de Penna, Carbonell, Rodríguez Castells, de Ustarán y especialmente Sonis, del compromiso que he asumido desde hace tres décadas con la epidemiología y la salud pública, me marcan el camino de mi trabajo en esta Honorable Academia. Como he expresado, decía Rivadavia, cuyo pensamiento aún ilumina esta Institución, “que para saber qué camino hay que seguir, es necesario saber a dónde se quiere llegar”.

Sé que llegan tiempos difíciles de construcción y reconstrucción, pero como expresaba Cicerón, *aliis ego vidi ventos; alias prospexi animo procellas*; ya he visto otros vientos y he afrontado otras tempestades, por lo que creo que estaré a la altura de las circunstancias.

Espero utilizar esta oportunidad de pertenecer a una institución que señala los caminos, constituida por amigos que año tras año me han asesorado sin pedir nada a cambio, que como dijo el filósofo cultivaron para los otros y no para ellos (*aliis coluit non sibi* Cic.), y que lo siguen haciendo, aun vieniendo de otras especialidades de la medicina, para extender, fortalecer y optimizar la salud pública entendida como la intervención colectiva, tanto del Estado como de la Sociedad Civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas. Un compromiso de la sociedad con sus ideales de salud, haciendo referencia al conjunto de prácticas sociales -y los valores, creencias, actitudes y conocimientos formales y no formales subyacentes- que en una sociedad tienden a desarrollar, preservar o mejorar la salud de la población y del ambiente.

Seguiré trabajando, ahora desde esta tribuna de la más alta jerarquía, que convoca al núcleo más calificado y representativo de la ciencia médica argentina, en las áreas esenciales que hoy son absolutamente necesarias para abordar la inequidad, la falta de accesibilidad, la segmentación y fragmentación de los sistemas de servicios, el abordaje de los determinantes de salud y la calidad y evaluación de tecnologías.

Serán nuestras estrategias y tácticas las que ya hemos practicado en la función pública, en la docencia y en la investigación; la atención primaria de salud, la cobertura universal de salud, las redes de servicios, la regionalización, la certificación, recertificación y educación continua de los profesionales, así como la habilitación, categorización y acreditación de las instituciones, la gestión clínica y por procesos.

Especial referencia merecen los objetivos en el área de Epidemiología, en tanto me desempeñaré como Director del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Como ha expresado el Dr. Martí, ésta ha sido -dentro de la salud pública- la ciencia a la que más he contribuido desde la asistencia, docencia e investigación. Necesitamos de más raciocinio o pensamiento epidemiológico aplicados a

todas las especialidades de la medicina, pero también a otras áreas del equipo de salud; administración sanitaria, ciencias sociales, psicología, entre otras. La Academia debe seguir creciendo en el asesoramiento a las áreas de gobierno, de mejoramiento de la docencia de grado y posgrado y del apoyo a las investigaciones de epidemiología clínica, pero también de las otras ciencias citadas. Me ha tocado actuar en las epidemias de cólera, hantavirus, dengue y Gripe H1 N1 -espero no sumar otra- pero si así fuera, estaré seguramente trabajando, ahora desde aquí, con los equipos correspondientes.

La formación del recurso humano será también nuestro norte, incluyendo la defensa irrestricta de las incumbencias médicas, en el marco del máximo respeto a otras incumbencias. Así como nuestro interés por la ética y la historia de la medicina, en relación ahora a esta Institución, y comenzando por los estudios de investigación sobre la vida y obra del Académico Juan Antonio Fernández, del que se cumplen este año el sesquicentenario de su muerte.

Para concluir: ya me he referido y agradecido a mis docentes, colaboradores y discípulos, en especial a la Prof. Lucioni, coautora de casi todos mis estudios, en ocasión de la entrega del Premio Maestro de la Medicina Argentina, pero hoy los convoco nuevamente a seguir trabajando en todas las áreas de salud pública. Haber ocupado este Sitial no es punto de llegada, sino de partida. Como expresa brillantemente el Acad. Julio V. Uriburu, Presidente de Honor, si la Academia es altura suma a la que habéis llegado tras brava marcha, no es cima que se alcanza para clavar el banderín montañés del triunfo, y luego iniciar el descenso. Ni detenerse, ni retroceder.

Aún conmovido por la elección de los ahora mis pares, agradezco a todos los que han venido a acompañarme, quedo a disposición entonces de todos aquellos que quieran sumarse al mejor futuro de la salud pública, de la Academia Nacional de Medicina y de la Patria.

**INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO CORRESPONDIENTE
NACIONAL DR. HÉCTOR D. FERREYRA¹
(CORDOBA)**

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO
DR. ROMÁN ROSTAGNO

HISTORIA DEL MANEJO DEL CÁNCER
DE CUELLO UTERINO Y CAMBIOS DE PARADIGMAS
DR. HÉCTOR D. FERREYRA

¹ Sesión Pública Extraordinaria, 23 de abril de 2015.

**PALABRAS DE APERTURA POR EL SR. PRESIDENTE
DE LA ACADEMIA,
ACAD. ROBERTO N. PRADIER²**

En nombre de la Academia Nacional de Medicina tengo el agrado de dar comienzo a esta Sesión Pública Extraordinaria en la que se recibe al doctor Héctor David Ferreyra como Miembro Correspondiente Nacional.

Es una de las más importantes funciones de esta Academia elegir y acercar a nuevos miembros entre quienes se hayan destacado en nuestro país en alguna de las ramas del conocimiento médico y del servicio a la comunidad.

Es el caso del doctor Ferreyra quien se ha destacado en el campo de la ginecología, demostrando su interés por la docencia de grado que lo llevó hasta ejercer el decanato de la Universidad Nacional de Córdoba, y su vocación por la formación de posgrado y del conocimiento básico de la ginecología por los médicos generalistas que ejerció por su actividad hospitalaria, cursos y publicaciones.

Queda claro, al repasar su currículum, que la oncología ha ocupado un lugar privilegiado en su actividad, tanto ginecológica como mastológica.

La presentación del nuevo Académico Correspondiente y la reseña del mérito de su obra estarán a cargo del académico Román Rostagno.

Como presidente de la Academia Nacional de Medicina tengo la grata tarea de entregarle el diploma que lo acredita como Académico Correspondiente Nacional de esta Corporación.



Acad. Héctor D. Ferreyra y Acad. Roberto N. Pradier.

² Académico Titular, Presidente, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO DR. ROMÁN ROSTAGNO³

Como dijo el Presidente de la Honorable Academia Nacional de Medicina, Académico Roberto Pradier, el nombramiento de Miembro Correspondiente Nacional es una de las más importantes funciones de esta Academia, acercando a quienes se hayan destacado por su conocimiento y servicio a la comunidad. El Dr. Héctor Ferreyra, ginecólogo de excelencia, cumple con creces esos requisitos.

Héctor Ferreyra fue postulado por el Acad. Correspondiente de esta Academia, el Dr. Alfredo Martínez Marull, y su deceso me coloca en el honor de presentarlo.

Por mi especialidad, relacionada con la Patología Mamaria, mantengo con Ferreyra una larga y fluida relación, en la que he podido apreciar sus condiciones personales y médicas.

Ferreyra nació en Córdoba en 1948. Su padre, Francisco Froilán Ferreyra, médico generalista, fue un verdadero ejemplo de humanismo y dedicación a sus pacientes. Falleció prematuramente a los 56 años. Su madre, Raquel Leguizamón Pondal, le dio el ejemplo de dedicación al trabajo y al estudio.

Está casado con la Dra. Beatriz Passerini, también médica Ginecóloga. Tiene 4 hijos, todos profesionales, uno de ellos, también es ginecólogo, y cinco nietos.

El Dr. Ferreyra es poseedor de un rico currículum que trataré de resumir en sus aspectos más esenciales. En 1971 se graduó como Médico Cirujano en la Universidad Nacional de Córdoba y, en 1976, obtuvo el título de Especialista en Ginecología. En 1984, su tesis, con la que accedió al doctorado en Medicina y Cirugía, versó sobre “Cáncer de ovario”, y fue calificada con sobresaliente.

Para hacer su perfeccionamiento en el exterior, contó con el impulso de su esposa, quien además, se hizo cargo de la manutención de su familia. Gesto que Ferreyra lo agradece de por vida.

Aprovechando esa licencia familiar, Ferreyra deambuló todo un año entre el Instituto de Tumores de Milán, el Paolí-Calvette de Marsella y la escuela de Medicina de Norfolk, Virginia.

El mayor impacto en su formación la recibió en Milán, adoptando el paradigma de Veronesi, quien trataba de implantar la cirugía conservadora en el tratamiento del cáncer de mama. Esa conducta la introdujo en Córdoba, en la Cátedra que hoy dirige.

En 2000 hizo una pasantía en el H Lee Moffit Cancer Institute, en Tampa, Florida, desarrollando la investigación del ganglio centinela.

³ Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

Su carrera en la docencia universitaria ha sido notable. En 1986 fue nombrado Docente Adscripto de Clínica Ginecológica de la Universidad Nacional de Córdoba.

En 2001 obtuvo por concurso el título de Profesor Asociado en Oncología Génito – Mamaria, para la I^a Cátedra de Clínica Ginecológica de la Universidad Nacional de Córdoba. En 2004 culminó como Profesor Titular por concurso en la misma cátedra y fue revalidado en 2011.

Esta enumeración se completa con su interés en la formación de RR.HH. puesto que logró que al menos 20 discípulos hayan obtenido, gracias a sus gestiones, pasantías en centros de excelencia en el exterior.

El Dr. Ferreyra cumplió además con importantes funciones directivas en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba como Vice Decano en dos períodos entre 1993 y 1996 y como Decano para el período 1997 – 2000. Asimismo, se destaca su capacidad organizativa.

Es Magister en Gerencia y Administración en Servicios de Salud. En 2010 fue distinguido con la designación de Director Académico de los Hospitales Universitarios de la Facultad y tiene un cargo de jerarquía similar en la práctica privada como Director Científico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Sanatorio Allende.

En cuanto a Publicaciones, es coautor de diversos libros relacionados y cabe mencionar que cuenta con más de 130 trabajos en revistas y actas de congresos de la especialidad, es autor de dos libros de Ginecología para Médicos Generales. Desde 1997 a la fecha, es Miembro del Comité Editorial Científico Argentino de la Revista de Obstetricia y Ginecología Latino Americana.

En lo que se refiere a su actividad societaria, es Miembro Titular de Sociedades Científicas nacionales e internacionales relativas a la especialidad, varias de las cuales ha presidido.

Recibió múltiples distinciones y premios en las distintas Sociedades afines. Es Fellow de la American College de la especialidad.

Es Miembro Correspondiente Nacional de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba 2014, y hoy, Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina.

Héctor Ferreyra, ha sido un honor haberte presentado, te felicito a ti, a tu familia y a tus amigos que te acompañan. Sos una gran persona.

Muchas gracias.

HISTORIA DEL MANEJO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y CAMBIOS DE PARADIGMAS

Por el Acad. Recipiendo Héctor D. Ferreyra

La historia del Manejo del Cáncer de Cuello Uterino es un ejemplo muy particular de una conducta quirúrgica que, utilizada a principios del siglo XX, es descartada pocos años después y resurge a fines de la década de 1940, permaneciendo como procedimiento estándar quirúrgico hasta la actualidad con muy escasas modificaciones.

El objetivo de esta presentación es destacar, ante la Comunidad Académica, el tesón, la dedicación y el trabajo de los pioneros de hace más de 100 años, que crearon los jalones fundamentales para el tratamiento quirúrgico actual.

Además, presentar la visión inteligente, de ir modificando las técnicas a fin de personalizar los tratamientos, acorde con la actualidad laboral, social y cultural, luego del formidable avance de la tecnología en los últimos años.

Aunque la Histerectomía se encuentra mencionada en artículos de la Antigua Grecia hace 2.000 años, Ephrain Mc Dowell podría ser considerado el fundador de la Cirugía Ginecológica, resecando exitosamente un tumor de ovario en 1809 por vía abdominal, siendo la primera Histerectomía vaginal realizada en 1813 por Conrad Langenbeck. A Charles Clay se lo reconoce como Padre de la Histerectomía Abdominal en Europa y a Wilhelm Freund, quien extirpó el primer útero canceroso en 1878.

John Clark y Emil Ries, del John Hopkins, en 1895 observaron que el Cáncer de Cuello uterino se diseminaba más allá del útero, pero fueron, Wertheim por vía abdominal y Schauta por vía vaginal, los pioneros de la Histerectomía Radical, cuyas Técnicas quirúrgicas perduran hasta el día de hoy, con pequeñas modificaciones en su desarrollo.

La introducción de la Radioterapia, a principios del Siglo pasado, desplazó la Cirugía, hasta que en la década de 1940, Meigs la rescata, establece principios técnicos fundamentales, agrega la linfadenectomía sistemática y populariza la vía abdominal, manteniéndose con escasas modificaciones esa técnica hasta la actualidad.

Luego, la escuela japonesa realiza aportes con respecto a la radicalidad y preservación de los plexos nerviosos a fin de disminuir la morbilidad post operatoria y más adelante se suceden diversas clasificaciones de la Cirugía Radical, pero conservando los principios fundamentales descriptos por Wertheim en 1908.

En Argentina se desarrollan tres grandes escuelas de Cirugía radical ginecológica con Juan Carlos Ahumada en Buenos Aires, José Lagrutta en La Plata y Humberto Dionisi en Córdoba.

El primer gran cambio de paradigma ocurre en 1994, cuando D'Argent describe la primera resección radical de cuello uterino con extirpación de parametros y el tercio superior de la vagina, a fin de permitir la conservación de la fertilidad. El cambio del rol de la mujer en nuestra sociedad en los últimos 30 años, desde el punto de vista social, laboral y cultural, en la práctica, ha llevado a un retardo significativo en la edad de maternidad, permitiendo el desarrollo de tumores en mujeres que no habrían concebido hasta ese momento y el tratamiento estándar implicaba una pérdida definitiva de la fertilidad. La calidad de vida en las pacientes sobrevivientes al cáncer es un objetivo más que importante y es, por todos conocido el deseo de la mujer a la maternidad.

Más habituados a la vía abdominal, consideramos la posibilidad de adoptar esta Técnica e iniciamos junto al Prof. Roberto Testa del Hospital Italiano de Bs. As., una serie de estos procedimientos en pacientes seleccionados, con deseo de preservar su fertilidad, y en la actualidad, tenemos varias gestaciones logradas con cuatro niños nacidos vivos entre los dos Servicios.

El año pasado, bajo la Tutela del Prof. Pedro Ramírez del M. D. Anderson, publicamos en U.S.A. nuestra primera serie de 25 pacientes.

Este procedimiento es hoy aceptado internacionalmente y se aconseja como estándar en la N.C.C.N., desde 2010.

Esta conducta de preservar la fertilidad, conservando el cuerpo uterino, en pacientes jóvenes que consientan y soliciten el método, ha ido logrando adeptos y los principales centros oncológicos internacionales que aceptan esta conducta, incluso están iniciando trabajos prospectivos y randomizados con cirugías menos agresivas, en casos seleccionados donde la evidencia los autorizaría, para realizar cono cervical (utilizado en Cáncer in situ), complementado con Linfadenectomía Laparoscópica a fin de poder establecer un correcto manejo terapéutico con menor morbilidad.

Esta particular evolución histórica, ha permitido en la actualidad, personalizar el tratamiento de cada paciente con Cáncer de Cuello Uterino, realizando una cirugía suficiente pero con la menor morbilidad posible y minimizando las secuelas postoperatorias orientadas, no sólo a la curación, sino también a mejorar sustancialmente la calidad de vida de estas pacientes.

La Historia en el tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino, incluye tres Premios Nobel y una Nominación. Es posible que con el advenimiento de las Vacunas contra el HPV, esta enfermedad pueda erradicarse, pero mientras esto ocurra, nosotros deberíamos buscar el tratamiento más correcto para nuestras pacientes, mejorando su efectividad o al menos manteniéndola, con la menor morbilidad posible, a fin de mejorar su calidad de vida.

Esta presentación es un homenaje a quienes permitieron el desarrollo histórico del conocimiento en el manejo del Cáncer de Cuello Uterino y esperamos que inspire a nuestros jóvenes y nuevas generaciones para contribuir en la educación de los profesionales por venir.

Muchas gracias.

**INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR
DR. EDGARDO YOUNG¹**

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO
DR. ENRIQUE C. GADOW

DISCURSO DEL ACADÉMICO RECIPIENDARIO
DR. EDGARDO YOUNG

¹ Sesión Pública Extraordinaria, 7 de mayo de 2015.

**INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR
DR. EDGARDO YOUNG**

**SITAL N° 33
“JUAN CARLOS AHUMADA”
7 de mayo de 2015**

**PALABRAS DE APERTURA POR EL SR. PRESIDENTE
DE LA ACADEMIA, ACAD. ROBERTO N. PRADIER²**

Autoridades presentes, señoras y señores académicos, colegas, señoras y señores:

En nombre del Plenario Académico tengo el honor de darles la bienvenida y dar comienzo a esta Sesión Pública Extraordinaria.

La incorporación de un nuevo miembro titular constituye una decisión de la mayor importancia en nuestra Academia, que ha asegurado su continuidad y vigencia y es, a la vez, un reconocimiento al saber médico y conducta moral y ética del candidato elegido por votación de los integrantes del Plenario Académico.

La especialidad del Sital N° 33 “Juan Carlos Ahumada”, que ocupará el doctor Edgardo Young, fue también cuidadosamente considerada para asegurar la importancia actual de la rama de la medicina elegida y su valor en el desempeño de esta Institución, de acuerdo con las oportunas opiniones de la Sección de Especialidades Quirúrgicas.

Se incorpora, por lo tanto, el doctor Edgardo Young en el Sital de Ginecología, disciplina a la que nuestro nuevo académico ha dedicado su empeño profesional.

Haré un breve repaso de su actuación que será, sin duda, tratada en detalle por el académico Enrique Gadow.

Su carrera de posgrado comenzó, como es deseable para todo médico, por la realización de una residencia completa en un buen servicio de la especialidad, tal como la 1º Cátedra de Ginecología del viejo Hospital de Clínicas, cuya Dirección honraron figuras tan relevantes como fueron Juan Carlos Ahumada, Guillermo di Paola y Leoncio Arrighi, entre otros.

Su tesis de doctorado, experimental y calificada como sobresaliente, mostró su interés en temas endocrinos vinculados con la reproducción y preanunció las áreas en las que se desarrollaría su labor profesional futura.

No me detendré en ella, ya que como dije lo hará el académico Enrique Gadow, pero consistió, en síntesis, en lograr, a través de su labor asistencial, educativa y societaria, la realización y el refinamiento de procedimientos que permitieron

² Académico Titular, Presidente, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

la creación de vida humana allí donde hubiera obstáculos que impidieran su concreción fisiológica. Labor exitosa que fue, sin dudas, motivo de agradecimiento por numerosos seres humanos.

Tengo el privilegio, a través de estas palabras de bienvenida, de abrir a nuestro nuevo académico, las puertas de esta Casa e invitarlo a compartir las responsabilidades de nuestro trabajo.

Dr. Edgardo Young, como presidente de la Academia Nacional de Medicina tengo el placer de entregarle el diploma y la medalla que lo acreditan como miembro titular de esta Corporación.



Acad. Edgardo Young y Acad. Roberto Pradier.

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO DR. ENRIQUE GADOW³

Me siento altamente complacido y halagado por haberme sido encomendada la presentación del Dr. Edgardo Young como miembro de esta Honorable Corporación. Fundada hace ciento noventa y tres años por Bernardino Rivadavia, la Academia Nacional de Medicina ha conservado siempre los más altos conceptos de excelencia y ha preservado valores, que la distinguen como Corporación académica honrada por sus pares.

El Dr. Edgardo Young, tiene como médico, un linaje ginecológico. Pese a mi formación en genética, no me referiré a este concepto como tal ni a la genética de comportamiento. Su abuelo fue un destacado ginecólogo al igual que su hijo y varios miembros de su familia. El abuelo fue jefe de Ginecología en la Maternidad Peralta Ramos.

Quizás sea ésta desde aquel entonces, que tenemos alguna relación. He recordado ya en este ámbito a mi abuela materna quien a su arribo a la Argentina desde París, se incorporó como obstetra a dicha Maternidad.

Su abuelo, ginecólogo, quizás no imaginó que él iba a terminar dedicándose a la reproducción humana ni mi abuela imaginó que su bisnieta iba a hacer Psicología Prenatal.

El Dr. Young tiene tres hijos: el médico ginecólogo, ya mencionado, y dos economistas radicados en los Estados Unidos. Tiene siete nietas. Sí. Todas mujeres. Tiene ocho hermanos. Ésta tal vez sea una clara muestra de su vocación por la reproducción humana.

La pérdida de su madre, lamentablemente estuvo, en parte, relacionada con la fertilidad. Su esposa, Ángela Solari, Angie, es una apasionada pintora. Recientemente, cuando visité al Dr. Young en su casa, para profundizar mi conocimiento personal y familiar sobre él, tal como mencionó oportunamente el Dr. Ángel Bracco, quien me presentó con motivo de mi incorporación a esta Academia, pude conocer el estudio de su esposa y apreciar parte de su obra pictórica. Con una orientación constructivista que yo en lo personal, desconocía. Y que ella cultivó, a partir de su relación con Torres García, un destacado artista uruguayo.

El nuevo Académico, cursó los estudios primarios y secundarios en el colegio Cardenal Newman. Se recibió de médico en el año 1960 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1966 obtuvo el título de Capacitación Especial en Ginecología y en 1973, el de Doctor en Medicina de la UBA, con la tesis “Acción del citrato de clomifeno sobre el sistema endocrino sexual de la coneja”. Su tesis apadrinada por el Prof. Leoncio Arrighi fue calificada Sobresaliente y premiada por la Academia Nacional de Medicina con el Premio Nicholson.

³ Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

El Dr. Young comenzó su actividad docente en la Universidad de Buenos Aires en el año 1965. Ocho años más tarde fue designado Docente Autorizado, luego, por concurso, fue nombrado Profesor Asociado de Tocoginecología y desde el año 2005 es Profesor Consulto Asociado de la Universidad de Buenos Aires.

Su actividad docente se desarrolló primero en el Hospital Italiano, luego, en el Hospital de Clínicas y, finalmente, desde 1993 en el Instituto de Fertilidad cuando ésta fue designada Institución afiliada a la Facultad de Medicina de la UBA.

En el plano docente internacional ha sido Director para América Latina del Comité de Educación Médica de la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad. En referencia a su actividad hospitalaria, fue Residente en la 1º Cátedra de Ginecología en el Hospital de Clínicas, luego se desempeñó durante dos años en CEMIC con el Dr. Armando Mendizábal, creador de un centro de investigación en reproducción humana experimental, que en estos momentos sigue funcionando y algunos de sus miembros están presentes. Y posteriormente, en la 3º Cátedra de Ginecología en el Hospital Italiano con el Dr. Leoncio Arrighi; con éste último, se incorporó al Hospital de Clínicas con el cargo de Médico Asistente.

En el año 1973 fue nombrado Jefe del Departamento de Fertilidad Femenina, función que se prolongó hasta 1985. En dicho año, realiza un viaje de estudios a Alemania y los Estados Unidos. En Alemania, concurrió al Departamento de Ginecología de la Universidad de Kiel. A cargo del Prof. Hurts Sem; donde adquirió destrezas en cirugías endoscópicas y fertilización in vitro. En los Estados Unidos concurrió al John Institute for trip acting Medicine the North Fork, donde también estudió fertilización in vitro. Luego de esta pasantía, fundó el Instituto de Ginecología y Fertilidad (IFER). Es en este lugar en donde en lo sucesivo desarrolló su actividad profesional y donde en la actualidad tiene una activa área asistencial, un área docente, de pre y pos grado, y un área de investigación.

Una de sus publicaciones más innovadoras se titula "La esterilidad hipotalámica en la rata hembra por administración neonatal de esteroides" y fue distinguida con el Premio Alberto Peralta Ramos, en el año 1958.

Cabe destacar que, además de haber desarrollado su actividad en la especialidad, lo ha hecho en el área de reproducción y de fertilidad, donde ha sido uno de los primeros en el país. Y se ha desempeñado con estrictas normas éticas, biológicas y sociales.

El Dr. Young ha sido redactor de tres libros sobre la especialidad y coautor de otro. También, entre ellos, es preciso destacar los libros: "Cirugía endoscópica de reproducción", del año 2002; y "El óvulo como paciente" del año 2014.

Es acreedor de más de veinte premios otorgados por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, la Academia Nacional de Medicina, la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, y participó de numerosos congresos nacionales y extranjeros.

Ha sido revisor de trabajos para revistas Fertility and Sterility, órgano oficial del American Society for Reproductive Medicine de la cual es miembro vitalicio.

El Dr. Young fue Secretario General de la Sociedad de Ginecología de Buenos Aires y Secretario General, Vicepresidente y Presidente de la Sociedad de Fertilidad y esterilidad. Es Miembro Titular de sociedades nacionales y extranjeras de ginecología fertilidad y Miembro Correspondiente de la Sociedad de Fertilidad Uruguaya, Paraguaya y Chilena.

En la actualidad ha sido designado corredactor del capítulo de Ética en reproducción humana de la Asociación Médica Argentina y de la Sociedad de Esterilidad. Presidente del Instituto para la promoción, asistencia e investigación y es Presidente de la Fundación para el tratamiento de la esterilidad cuyo objetivo es apoyar el tratamiento de matrimonios con escasos recursos. Esto es un aspecto social.

El Dr. Young, posiblemente se referirá a sus antecesores en el Sitial que ocupará. Me permitiré, sin embargo, mencionar algunos aspectos que en el Plenario seguramente se tomaron en cuenta para su elección, donde también se evaluaron otros destacados potenciales candidatos con particular trayectoria en nuestro medio. El Dr. Young tuvo una íntima relación con quienes lo precedieron en el Sitial. Todos ellos lo han invitado en algún momento a colaborar con ellos, por sus aptitudes y capacidad científica. Cuando tuve oportunidad de acercarme a ellos, siempre elogian las cualidades humanas del Dr. Young.

En lo personal, he orientado a varios especialistas a los cuales no pudimos retener, que completaron su especialidad, fuera de ginecología, en el CEMIC, donde me desempeñaba como Jefe de Departamento, así como lo fue el Dr. Mendizábal con el objeto de facilitar su capacidad en reproducción humana con el Dr. Young y sus colaboradores. Muchos de ellos seguramente estarán aquí presentes. Todos han tenido una excelente preparación y concepto valioso de quien ocupará el Sitial N°33.

Uno de los tratamientos más difundidos de la esterilidad, al cual el Dr. Young y sus colaboradores han dedicado sus esfuerzos es la fertilización in vitro. Este procedimiento que en julio de 1978 dio lugar al nacimiento de Louise Brown, ha sido exitoso en millones de mujeres imposibilitadas de concebir. Fue el resultado del trabajo en colaboración de un ginecólogo Patrick Steptoe, experto en laparoscopía y un fisiólogo y embriólogo, Robert Edwards. Edwards recibió el Premio Nobel. Según algunos científicos, es probable que Steptoe también se haya hecho acreedor de dicho premio de no haber fallecido tempranamente.

En lo personal puedo destacar que ambos pudieron elucidar aspectos de genética molecular desconocidos hasta ahora. También podríamos decir que dieron uno de los primeros ejemplos de la hoy llamada Medicina Traslacional. Se crearon por cierto, dilemas éticos y morales que fueron tratados en profundidad con particular seriedad y respeto por el ser humano.

Para finalizar, quiero señalar que no es casual o arbitrario incorporar a un especialista en reproducción humana a esta Academia. En mayo de 1993 durante la Presidencia del Acad. Leoncio Arrighi con la coordinación del Acad. Roberto Votta también con la presencia del Acad. Horacio Rodríguez Castells, se realizó un simposio sobre el nacer. En esta ocasión tuve la oportunidad de participar en aspectos de genética, al igual que el Dr. Guillermo Marconi, quien se refirió a la fertilización asistida. Y al Acad. Leonardo McLean quien expuso sobre aspectos éticos de estos procedimientos. Como podrán apreciar, la Academia mantiene una línea de tratamiento de los temas controvertidos al tiempo que acompaña el avance de éstos con sus expertos más calificados.

En esta oportunidad ha sido seleccionado el Dr. Edgardo Young, quien esperamos que nos acompañe en esta ruta de trabajo.

Muchas gracias.

DISCURSO DEL ACADÉMICO RECIPIENDARIO DR. EDGARDO YOUNG

Agradezco al Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Académico Roberto Pradier, por sus palabras.

Agradezco también a todos los Sres. Académicos la distinción con que me han honrado al aprobar en su Plenario mi pertenencia a esta Institución. Ello me compromete a emplear mis mejores capacidades para cumplir todas aquellas diferentes obligaciones que en el futuro implique mi designación.

Para mí, llegar a ocupar un lugar en la Honorable Academia de Medicina es una distinción que sobrepasa por mucho a lo que pudieron ser mis aspiraciones en mi carrera ya sea en lo científico, en lo docente y en lo asistencial.

A mi presentador deseo testimoniarle mi agradecimiento por sus palabras, siempre tuve un especial afecto por el Dr. Enrique Gadow; y también un reconocimiento por su magnífica trayectoria profesional. Las circunstancias hicieron que también indirectamente conociera al Dr. Gadow a través de mi querido amigo Roberto Arana, con quien nos une una gran amistad desde nuestra juventud.

Los que me precedieron en este Sitial circunstancialmente fueron mis maestros; Leoncio Arrighi, Armando Mendizábal y Arturo Arrighi, a todos ellos me dedicaré posteriormente. No puedo dejar de destacar, al leer la historia de la Academia, de todos los académicos, los de antes y los de ahora, que han prestigiado a esta Institución, entre ellos, están incluidos los tres premios Nobel de Medicina de la Argentina. La sola lectura de sus nombres me empequeñece al recibir esta designación.

El Sitial que ocupo, lleva el nombre del Dr. Juan Carlos Ahumada, quien fuera el precursor de la ginecología moderna. La Ginecología antiguamente era una especialidad eminentemente quirúrgica. Cuando estuvo a cargo de la Cátedra en el Hospital de Clínicas, creó en nuestro medio la ginecología como una especialidad diferencial e integrada, impulsando para ello el desarrollo de las diferentes áreas que hoy son parte de ella; como la Oncología Ginecológica, la Patología mamaria, la Endocrinología ginecológica, la Medicina reproductiva, etc. Fue el verdadero maestro de todos los que me precedieron en el Sitial, si bien no lo conocí en lo personal, estos académicos que fueron sus discípulos, siempre honraron su memoria.

Vengo de una familia de profesionales, por el lado paterno el Derecho, por el materno, la Medicina. Traigo en la sangre la Ginecología, seguramente por la influencia que sobre mi familia ejerciera el nombre de mi abuelo, Edgardo Nicholson, al que debo mi nombre, figura señera que gravitó sobre mí, en su ejemplo para abrazar no sólo la medicina, sino también la especialidad que nos ocupa. Esta Academia tiene instituido un premio en su nombre para un trabajo científico de la especialidad.

El ocupar este importante estrado es una oportunidad única que me da la vida y, esta oportunidad, es útil para agradecer a quienes les debo lo que soy, en lo personal y en la medicina.

En lo personal pondré primero a mi querida madre, quien fue una mujer maravillosa, que tuve la tristeza de perderla cuando tenía 15 años, fueron años difíciles, de un hogar formado por numerosos hermanos; somos 9, afortunadamente todos unidos, y aquí presentes, y que la vida nos fue deparando caminos diferentes. Pero es allí donde aparece la figura señera de mi padre, hombre colmado de atributos personales e intelectuales, que nos supo inculcar el respeto por los valores de la vida y una profunda fe cristiana. Fui educado en la importancia de la responsabilidad y el esfuerzo para el logro posterior de mis objetivos y puedo comprobar lo fundamental de mis luchas de la juventud para los logros de los años maduros.

En primer lugar, luego de ellos, quiero agradecer a Angie, mi mujer, mi apoyo permanente, mi consejera y brindadora de mi alegría en estos últimos 15 años, que vino a mi vida con sus 3 hijos, que son mis hijos, junto a sus hijos políticos y sus nietos.

Pero sería injusto que no agradeciera a María, madre ejemplar de mis 3 maravillosos hijos, todos ellos profesionales exitosos, que con sus mujeres, que son mis hijas, me dieron mis siete queridas nietas.

Y dentro de la formación de una persona, creo que cobran un rol muy importante los momentos transcurridos en el colegio, los años vividos en el Cardenal Newman, de donde fui alumno fundador; egresé con la primera camada de bachilleres y llevo con honor ser el primer médico salido de sus aulas. Este colegio hoy da el segundo Académico de Medicina, el primero fue nuestro querido Alejandro Oría, recientemente fallecido. El lema del colegio *certa bonum certamen* (lucha, la buena lucha) fue siempre una señal en el camino. Hoy es un día especial para testimoniar a los *brothers*, mi reconocimiento.

Todo este contexto que hace a la vida de un hombre no podría existir sin el concurso de los buenos amigos, siempre sentí el placer de tenerlos; de una forma u otra fueron el apoyo y estímulo en los momentos fáciles y difíciles, y por eso, nada mejor que hoy para extenderles este agradecimiento.

Como dije al principio, también quiero agradecer a los que me formaron en lo profesional. En lo médico vaya mi reconocimiento en primer lugar a Roberto Nicholson, hermano de mi madre, quien me llevó de la mano, en la época de estudiante y en los primeros años de mi carrera. No es momento para definir la personalidad de Roberto Nicholson, quien fue una figura importante, en la Medicina Reproductiva no solamente en el país, sino internacionalmente; fue mi mentor, en toda esa etapa fundamental que son los primeros pasos de la carrera. Muchas gracias Robert, por todo lo que me diste.

Mis primeros años de internado en el Hospital de Clínicas, fueron de una enorme enseñanza en la disciplina del estudio, y del esfuerzo en esta especialidad, la Ginecología; con el liderazgo del Dr. Guillermo Di Paola padre, verdadero maestro, que con su disciplina y contracción al trabajo fue un ejemplo para todos los que tuvimos la oportunidad de estar a su lado.

Al finalizar mi internado en el Clínicas, Armando Mendizábal, también predecesor en este Sitial, me invita a acompañarlo al CEMIC, flamante institución recientemente fundada por el Dr. Norberto Quirno y por donde transitó una pasantía de un año.

Armando Mendizábal fue el que trajo la residencia universitaria al país, y fue nuestro tutor durante esos tres primeros años; pertenecí al grupo de los primeros residentes y también tuve el privilegio de ser su ayudante en lo personal. Tenía una gran capacidad docente y de él aprendí su maravillosa destreza en el campo de la obstetricia y en el manejo de los pacientes.

Su dedicación a la Reproducción Humana lo llevó a ser Presidente de la Federación Internacional de las Sociedades de Fertilidad.

Pero es Leoncio Arrighi, quien también ocupara este Sitial, maestro por excelencia; quien me invitó a acompañarlo al Hospital Italiano, y al hacerse cargo del Departamento de Ginecología, me destina junto a Arturo Arrighi a fundar el Departamento de Fertilidad.

Cuando Leoncio Arrighi se traslada al Hospital de Clínicas, me destina nuevamente al Departamento de Fertilidad y es donde entro en el camino de la Reproducción Humana, que he seguido hasta estos días.

Leoncio Arrighi fue un verdadero maestro, con su capacidad docente, su capacidad organizativa, su visión general sobre todos los temas, fue para mí un aprendizaje insustituible.

Además, fue un excelente cirujano, tenía una gran mentalidad empresarial, para todas las cosas que desarrollaba. Verlo atender el consultorio, el manejo que tenía con el paciente, de compartir su clara visión médica, como lo demostraba en los ateneos de la cátedra. Su gran poder de síntesis brindaba a los que estuvimos a su lado, una enseñanza permanente. Me brindó siempre su apoyo, sus enseñanzas y al lado de él aprendí la especialidad que con tanta pasión he desarrollado en mi vida.

El hablar de mi predecesor en el Sitial, el Acad. Arturo Arrighi, me involucra en dos aspectos: en primer lugar, el enorme honor de haber sido su discípulo y en segundo lugar su amigo, durante más de 40 años. Conocí a Arturo en el Hospital de Clínicas, pero fue realmente en el Hospital Italiano, como ya lo mencioné, a fines de la década de los 60', cuando nos unimos en el departamento de Fertilidad, siendo ésta una oportunidad enriquecedora.

Arturo tenía la humildad de los grandes. Era un sabio de la ginecología y de la cultura; junto a él adquirí la inquietud por la investigación de la fertilidad, aprendiendo a quererla. Desarrollamos trabajos científicos, donde siempre demostraba su capacidad y su humildad.

Arturo era muy irónico pero estricto al juzgar a la gente de acuerdo con su capacidad y su transparencia. Querido Arturo nunca hablo en presente de los que no están, pero en este caso, te hablaré con el corazón y la razón. Te debo una importante impronta en mi carrera.

Cuando fuiste Presidente de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires, me llamaste como Secretario General. Cuando fuiste Presidente de la entonces llamada Sociedad Argentina de Esterilidad, también me llevaste como Secretario General. Tu gran dedicación al estudio en el cual decías que era tu mayor vocación, te permitió no sólo entrar en temas propios de la Ginecología sino algunos que se alejaban de la especialidad; publicaste libros dedicados al envejecimiento de la mujer y a su biología; que con tanto cariño me los dedicaste. Últimamente te adentraste en la genética, en tu último trabajo póstumo, no publicado, dedicado al estudio de las mitocondrias.

En los 40 años posteriores al alejamiento del Hospital Italiano para volver al Hospital de Clínicas, nuestra amistad continuó en forma permanente, y varias veces al año teníamos largas charlas, siendo para mí, siempre muy gratificantes no solamente en la medicina, en la política o en cualquier tema que tratáramos. Fuiste gran devoto de tu mujer María Luisa y sobre todo de sus lindísimas acuarelas. Siempre me hablaste con enorme cariño de tus hijos y tus nietos. Querido amigo Arturo desde el alto lugar en que te encuentres sabes que tengo la oportunidad de ser tu sucesor en esta Honorable Academia de Medicina y que trataré de honrar este Sitial, como tú lo honraras en tu oportunidad.

Por último, quiero agradecer a mis pacientes, las de ayer y las de hoy, pues fueron apoyo y estímulo permanente a través de su confianza y que son las depositarias finales de esta lucha por el saber y aprender. Porque no sólo me permitieron cuidar su salud ginecológica, sino traer sus hijos al mundo y también ayudarlas a formar una familia.

Nuestra especialidad, la Ginecología es la que se ocupa del aparato reproductor femenino; y es el aparato reproductor femenino el que interviene fundamentalmente en la descendencia, para formar familias, que es la célula indisoluble de la sociedad.

La Ginecología fue y es mi especialidad Madre, esta especialidad ha tenido grandes avances en los últimos años. El advenimiento de los modernos métodos diagnósticos como ser la laparoscopía, la ecografía ginecológica y otras que se alejan del aparato genital femenino como son la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear.

Pero también nace la cirugía endoscópica que como tratamiento menos agresivo que la cirugía abdominal transformó los mismos en tratamientos ambulatorios.

La cirugía endoscópica se incorpora en el inicio de la década del 80 de la mano del prestigioso cirujano alemán Kurt Semm que viniera a nuestro país en varias oportunidades para enseñarnos sus técnicas quirúrgicas.

La detección precoz de las enfermedades oncológicas o mamarias con los nuevos métodos diagnósticos es un logro de la ginecología, ya sea por la radiología mamaria o sea por los antígenos para el estudio del cáncer, todos ellos orientados al diagnóstico precoz, lo que redunda indudablemente en un mayor éxito en su futuro.

Las nuevas terapéuticas oncológicas han permitido no solamente tratar enfermedades que antes no tenían tratamiento sino mitigarlas y por qué no decir, curarlas. La ginecología oncológica en el transcurso del tiempo ha tenido un desarrollo en todos los órganos correspondientes, en los cuales ha intervenido.

Estando en el Hospital de Clínicas en el Departamento de Fertilidad, constituimos un grupo con dedicación a la investigación y a la docencia. Pero la revolución en esta especialidad aparece de la mano de Patrick Steptoe y Robert Edwards, este último, Premio Nobel de Fisiología y Medicina en el año 2010; fueron los que lograron en 1978 el primer nacimiento por fertilización in vitro. Este hecho recibió las felicitaciones de su Santidad Juan Pablo I, en su corto reinado de 1 mes, tanto a los médicos como al matrimonio que lo habían concebido; marcando un antes y un después a partir de ese descubrimiento.

Este gran avance que en sus principios pareció que iba a ser casi imposible desarrollar en nuestro país, me llevó a tomar la decisión de viajar a Alemania y a Estados Unidos a aprender estas técnicas. En este último país estuve en el John Institute Reproduction Medicine con el grupo que desarrollara el primer nacimiento por fertilización in vitro en los Estados Unidos, donde se encontraban en el equipo el Dr. Aníbal Acosta, argentino y el Dr. Jairo García, colombiano, quienes nos visitaron posteriormente con frecuencia.

Esta circunstancia y este aprendizaje, me lleva a tomar una decisión trascendental en mi vida, ya que vi que era imposible desarrollar estas técnicas en el Hospital Público y, por lo tanto, fue allí cuando decidí fundar el Instituto de Ginecología y Fertilidad, el IFER, hace 30 años, que fue y es el mayor desafío profesional en mi carrera médica.

Con un conjunto de colaboradores entre los que se cuentan los Dres. Guillermo Marconi, Luis Auge, Emilio Sojo, Alberto Kenny, Eduardo Lombardi, Guillermo Esperanza, Ramiro Quintana, y muchos otros que si bien no los nombro, fueron muy importantes y colaboraron a través de los años para realizar un trabajo en equipo que fuera una experiencia realmente enriquecedora.

Con el concepto fundamental de que toda Institución médica debiera estar basada en los tres pilares esenciales, la asistencia, la docencia y la investigación, empezamos a avanzar en estos caminos. Le dimos mucha importancia a la docencia, entendiendo que la misma es entrar en una disciplina que obliga al

estudio y aprendizaje permanente para transmitir los conocimientos. No solamente la docencia, sino la investigación científica fue otro de nuestros derroteros y desde ya, demás está decir, la labor asistencial.

Muchos médicos que se formaron en el Instituto partieron a otros lados, a otros centros, repartiendo el aprendizaje obtenido, no solamente en la ciudad de Buenos Aires sino a diferentes puntos del país y los vecinos latinoamericanos, donde tuvimos la oportunidad de brindar nuestra experiencia a través de pasantías.

A esta Especialidad podemos dividirla, como ya dijera, en dos épocas: la época previa a la fertilización in vitro, donde los conocimientos tenían el límite de desconocer la verdadera actitud del óvulo y del espermatozoide.

Las modernas técnicas de reproducción humana nos han permitido profundizar en el conocimiento, en el diagnóstico y en el tratamiento de los trastornos de esta enfermedad reproductiva.

El óvulo humano es la célula más grande de nuestra especie, 20 veces más grande que el espermatozoide; juega un rol fundamental en el sistema reproductivo, puesto que en él se producen la unión cromosómica con el espermatozoide y el desarrollo del embrión que vive en él durante los primeros 6 días de la vida antes de implantarse en el útero. La correcta unión cromosómica que ocurre en su interior, se ve favorecida por sus líquidos; y estos líquidos son los que van perdiendo vitalidad en el transcurso de los años. Ya es conocido que en la naturaleza de los matrimonios fértiles sólo se implantan el 25% de los embriones que se conciben. Es la naturaleza la que selecciona los embriones.

En lo que respecta al inicio de la vida, la concepción biológica debe aceptarse que es el momento de la unión de los cromosomas masculinos y femeninos o sea la unión de los núcleos que ocurre a las 24 horas de la penetración del espermatozoide en el óvulo. Por lo tanto, se forma un nuevo material genético, único y distinto de sus progenitores. Proceso llamado singamia. Este proceso biológico puede no estar aceptado por distintas religiones o creencias. Algunos y, con todo respeto, dicen que el inicio de la vida ocurre cuando el espermatozoide penetra el óvulo; otros, en el proceso de singamia; otros, con el embrión implantado; otros, cuando se desarrolla el tubo neural. Al hablar de concepción, como dice nuestro código civil, este acontecimiento no marca realmente un momento biológico determinado.

La nueva ley de Fertilidad Asistida, permite disponer de embriones congelados de más de 10 años para investigación, debo decir que en lo personal, no estoy de acuerdo con este hecho y no coincido con este criterio, el embrión humano no debe tener este propósito pero tampoco debe tener propósitos eugenésicos u otra forma de alterar los principios biológicos naturales.

Las modernas técnicas de criopreservación como la Vitrificación, tienen en el momento actual un enfoque fundamental en la preservación de la fertilidad tanto en la mujer como en el hombre.

En la mujer este tema es uno de los fundamentales en los congresos de la especialidad como tuve la oportunidad de comprobar recientemente en New York en la reunión conjunta de las sociedades, Americana y Europea de Reproducción.

El cáncer en mujeres prepúberes o ya en la madurez sexual que deben ser tratadas con quimioterapia, generalmente, si bien pueden curar, le quitan a la mujer su capacidad reproductiva. En las prepúberes, la criopreservación de tejido ovárico y en la edad más avanzada, la congelación de óvulos.

Con los tratamientos oncológicos y ya con la mujer curada aun clínicamente, pueden depararle un futuro reproductivo con estas técnicas.

En el hombre, también en la época prepuberal, la criopreservación de tejido testicular o postpuberal, la criopreservación de semen.

En el aspecto social, la criopreservación ha colaborado para encarar el diferimiento de la maternidad, la mujer que se ha incorporado a distintas nuevas actividades en estos últimos tiempos, ya sea en el estudio, ya sea en el trabajo, o distintas otras circunstancias, pueden preservar su capacidad reproductiva hasta que se logren las condiciones para poder formar una familia. Sabemos que el tiempo fértil de la mujer es acotado y que en forma decreciente empieza a agotar su capital reproductivo aproximadamente desde los 35 años.

La preservación de la fertilidad en el hombre o sea la criopreservación de semen, se realiza desde hace ya varios años, sin producir ningún tipo de alteración.

La criopreservación embrionaria ha sido tema de discusión en distintos foros pero debemos saber que es un recurso, en diferentes casos, la opción para preservar la vida del embrión. Si visualizamos un futuro, podemos decir que con el advenimiento de los años recientes de la criopreservación de óvulos seguramente la tendencia marcaría este criterio anteponiéndolo a la criopreservación embrionaria.

Muchas veces los tratamientos de fertilidad humana han sido cuestionados, muchas veces ha habido fantasías alrededor de estos temas, como por ejemplo la clonación; que se sepa nadie ha clonado hasta el momento, un ser humano. Se ha mal interpretado, a veces, y se ha llamado manipulación genética a este tipo de tratamientos. Los especialistas en fertilidad no manipulan genes pero sí deben tener muy presentes los condicionamientos éticos para no seleccionar ni descartar embriones, pues se debe tener un profundo respeto por la vida. Toda la medicina que es una ciencia alejada de la matemática debe ser siempre tratada con estos criterios éticos. El médico debe tener como rol fundamental curar enfermos y no enfermar sanos.

Pero el logro final, en la Medicina Reproductiva, que es el nacimiento de un hijo, está lleno de condicionamientos éticos. Muchos matrimonios, y cuando digo muchos hablo de millones, han logrado ser padres gracias a estas técnicas, sin ningún trastorno en la descendencia.

El avance de las técnicas de la fertilización in vitro ha permitido en forma significativa también solucionar problemas del hombre infértil. El desarrollo de la inyección intraovocitaria de espermatozoide ha permitido a muchos hombres que no podían acceder a ser padres naturalmente o por los antiguos tratamientos, poder lograrlo hoy, gracias a esta moderna técnica.

Es probable que la fertilidad, más que una disciplina médica sea una vocación, esta especialidad nace como una rama de la ginecología y ya desde hace muchos años el médico ha estado inquieto por darle solución al matrimonio sin hijos.

Qué problema tan cálido es la consulta por infertilidad, qué función tan importante en la psicología del hombre, la mujer o el matrimonio tiene el médico dedicado a la infertilidad.

Por eso dije al principio: esta especialidad es una vocación.

Aquel que no la tiene, seguramente nunca podrá entrar en las profundidades de la mente de aquellos matrimonios sin hijos.

Cuando llega ese matrimonio a la consulta, y se sienta enfrente del médico buscando una esperanza, muchas veces vienen acompañados de una larga historia de frustraciones.

¡Qué importante dedicarles una palabra, un aliento! No solamente el fertilidólogo debe mirar el aspecto médico, sino contemplar el aspecto humano del problema. Cuando transcurre la consulta, ya vamos viendo hacia dónde se van orientando las angustias, los deseos, los problemas de ese matrimonio.

Debemos saber ser médicos y confesores en esa consulta. Cuanto más nos lleguemos a su problema, más seguramente podremos ayudarlos en la solución del mismo.

La infertilidad es una enfermedad que no tiene dolor, es la enfermedad del Aparato Reproductor. Es una enfermedad que busca la medicina no para eliminar una dolencia, sino para el logro de un fin superior que es tener un hijo.

Hombre y mujer se subordinan a la medicina para concretar ese anhelo.

Debemos tener siempre muy en cuenta ese aspecto. Es el verdadero sufrimiento para tener un hijo.

La medicina es una ciencia intuitiva y deductiva, que junto al conocimiento nos permite llegar a los logros buscados.

Por eso es una especialidad que no tiene enfermos graves en lo que atañe a la vida, pero sí puede tener enfermedades graves en lo que atañe a la familia, y muchas veces, por qué no decirlo, a su consecuencia que es la unidad en el matrimonio.

Pero siempre debemos alertar a los matrimonios: ¿es seguro que solamente se es feliz con hijos?

Las largas luchas a veces hacen correr el riesgo de deteriorar la felicidad de los matrimonios. Cuando los vemos unidos y frecuentemente venir a la consulta luchando juntos y compartiendo todos los tratamientos, que muchas veces son prolongados, los vemos en una unión que seguramente quisieran tener muchos matrimonios que tienen hijos.

¿Qué es la vida? ¿No es una búsqueda permanente de la felicidad?

Por eso le debemos alertar a estos matrimonios: cuiden su felicidad que saben que la tienen y no deteriore por estos estudios lo que tienen por lo que no saben si tendrán.

Y ya en otro tema diré que vivimos a veces momentos de trastoces de los verdaderos valores. Los países que avanzan son aquellos que privilegian la educación y el saber, que son los que contribuyen a desarrollar el avance científico y tecnológico; y debemos privilegiar estos valores por sobre cualquier recompensa material.

Luchemos en éste, nuestro lugar científico para colocar a nuestro país en el primer mundo, el mundo del progreso, el mundo de la libertad.

Sr. Presidente, Sres. Académicos, este nuevo compromiso que asumo en mi vida, lo haré con la dedicación con que siempre he hecho todos los desafíos que he enfrentado. Y en este momento trascendental, invoco a Dios Nuestro Señor para que me dé la fuerza necesaria para llevar todos los propósitos que asumo, a un buen fin.

Muchas gracias.

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Presentados en Sesión Pública Ordinaria
Sesión del 1 de junio de 2015

ESTUDIO DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON PSORIASIS EN DIFERENTES PAÍSES DE LATINOAMÉRICA 2011 - 2014

ROBERTO CHUIT; JAVIER UBOGUI; EDGARDO CHOUELA; NÉLIDA RAIMONDO;
GABRIEL MAGARIÑOS; REGINA DE LA SOTA; DELIA IBAÑEZ

ESTUDIO DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON PSORIASIS EN DIFERENTES PAÍSES DE LATINOAMÉRICA 2011 - 2014¹

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF PATIENTS WITH PSORIASIS IN DIFFERENT COUNTRIES OF LATIN AMERICA 2011 – 2014

ROBERTO CHUIT² ; JAVIER UBOGUI; EDGARDO CHOUELA³ ; NÉLIDA RAIMONDO⁴ ;
GABRIEL MAGARIÑOS⁵ ; REGINA DE LA SOTA; DELIA IBAÑEZ.

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica, que afecta la calidad de vida y sobrevida del paciente. La incidencia a nivel mundial oscila entre el 1,5% - 3%.

Objetivo: Mejorar el conocimiento del paciente con psoriasis concerniente a factores clínicos, sociales y tratamientos indicados en Latinoamérica.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico, colaborativo, longitudinal, descriptivo y cuali-cuantitativo. Encuesta indirecta desarrollada entre 2011 – 2014.

Resultados: Fueron incorporados 1672 registros. El 47,7% femenino y el 52,3% masculino. 57,3% de Argentina, 19% de Ecuador, 13,1% de Colombia, 4,7% de Cuba, 3,5% de México y con 1% Bolivia, Chile, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay. La psoriasis en placa estuvo presente en el 80,5% y el 95,2%, Guttata entre el 6,5% y 15,2%, y eritrodérmica (2,8%), invertida (2,2%) y pustulosa (1,3%).

Comorbilidades: diabetes alrededor del 8%, resaltando Cuba con un valor del 1,3%. México con la mayor prevalencia de dislipemias (45,5%) e Hipertensión Arterial (33,9%).

La calidad de vida y su afectación en el 42,3% de los pacientes y un 57,7% la encuentra alterada entre moderada y significativamente.

1 Trabajo realizado en el contexto de la Red Latinoamericana de Psoriasis, Sociedad Latinoamericana de Psoriasis (SOLAPSO), análisis y seguimiento Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. ANM. Pacheco de Melo 3081. CABA (1425). chuit@epidemiologia.anm.edu.ar. +541148053592

2 Doctor en Medicina y Cirugía. Doctor en Salud Pública / Epidemiología. Jefe de Estadísticas Sistemas Informáticos. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. ANM, Buenos Aires.

3 Profesor de Dermatología, UBA. Director Centro Investigaciones Dermatológicas. Presidente saliente de la Sociedad Latinoamericana de Psoriasis (PSOLAPSO)

4 Jefe del Servicio de Dermatología; Hospital Aeronáutico Central. Profesora Titular de Dermatología Universidad Maimónides. Bs. As. Presidente actual de SOLAPSO

5 Coordinador del Registro Latinoamericano de Psoriasis - Sociedad Latinoamericana de Psoriasis. Profesor Asociado de Dermatología – USAL Universidad del Salvador – Buenos Aires.

Conclusión: Estudios colaborativos (registros regionales) como el presente son herramientas útiles para determinar características de presentación de la psoriasis en los pacientes de diferentes regiones y países.

Palabras clave: Epidemiología, Psoriasis, Latinoamérica.

SUMMARY

Psoriasis is a systemic, chronic inflammatory disease that affects the quality of life and survival of patients. The worldwide incidence ranges from 1.5% - 3%.

Objective: To raise awareness of psoriasis patient concerning clinical, social and treatments indicated in Latin factors. Material and Methods: A multicenter, collaborative, longitudinal, descriptive and qualitative and quantitative study. Indirect survey carried out between 2011 - 2014. Results: They were built 1672 records. 47.7% female and 52.3% male. 57.3% in Argentina, 19% in Ecuador, 13.1% of Colombia, 4.7% of Cuba, 3.5% and 1% in Mexico and Bolivia, Chile, Honduras, Paraguay, Peru and Uruguay. Plaque psoriasis was present in 80.5% and 95.2%, Guttata between 6.5% and 15.2%, and erythrodermic (2.8%), inverted (2.2%) and pustular (1.3%).

Comorbidities: diabetes around 8%, highlighting Cuba with a value of 1.3%. Mexico with the highest prevalence of dyslipidemia (45.5%) and hypertension (33.9%).

The quality of life and their involvement in 42.3% of patients and 57.7% find it moderate and significantly altered.

Conclusion: Collaborative studies (regional registers) as the present are useful tools for determining characteristics of presentation of psoriasis in patients from different regions and countries.

Key words: Epidemiology, Psoriasis, Latinoamérica.

INTRODUCCIÓN

Se estima que 100 millones de personas en todo el mundo (2 a 3 de cada 100)^{1,2,3,4} conviven hoy con el problema de la psoriasis, viendo seriamente afectada su vida cotidiana. Aproximadamente el 10% al 30% de estos pacientes desarrollarán artritis psoriásica⁵. Existe desconocimiento a escala social y una información limitada de lo que es la psoriasis, lo que lleva a situaciones de ansiedad y temor al ser diagnosticada. Desde el punto de vista de la realidad latinoamericana, no hay al día de la fecha datos suficientes que permitan un correcto diagnóstico de situación, tanto desde el punto de vista epidemiológico como el impacto real de

la enfermedad en la región, los porcentuales según severidad, las terapéuticas implementadas y sus efectos adversos, las comorbilidades, así como las necesidades de educación médica, entre otros datos relevantes.

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, no contagiosa, que se caracteriza por una actividad inflamatoria anormal, que se asocia al crecimiento excesivo de los queratinocitos (un tipo de células de la piel) y que puede cursar, además, con afectación de otros sitios del organismo, como por ejemplo, las articulaciones.

Se manifiesta con signos físicos como enrojecimientos y lesiones escamosas, resecas, engrosadas e inflamadas de la piel, variando la extensión de piel afectada de unos a otros individuos⁶.

Además de los signos externos, la psoriasis tiene un importante impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, por cuanto afecta muy seriamente al desarrollo de las actividades cotidianas y posee un marcado componente de afectación psicológica: cuadros depresivos, aislamiento, rechazo estético, escolar, social y laboral, vergüenza, etc. De hecho, su impacto sobre la calidad de vida del enfermo puede compararse, o incluso superar, al de otras enfermedades crónicas como la hipertensión, el cáncer o las enfermedades coronarias.

Con el fin de mejorar el conocimiento del paciente con psoriasis en lo concerniente a factores clínicos, sociales y tratamientos indicados en Latinoamérica se desarrolló el presente trabajo.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal, descriptivo cuali-cuantitativo. Información brindada por profesionales dermatólogos inscriptos voluntariamente (instituciones públicas y privadas) llenaron formulario estructurado (encuesta indirecta y datos brindados por el profesional en general posterior a la atención) y enmarcada en investigaciones de salud pública de “estudios descriptivos”. El sistema de registro fue de modalidad de “WEB-based”. “CRITERIO DE INCLUSIÓN”: todo paciente con diagnóstico de Psoriasis por especialista, sin excepción de edad y procedencia. “CRITERIO DE EXCLUSIÓN”: no tener en el registro individual por el profesional datos que permitan completar el formulario.

RESULTADOS

En los años del estudio fueron registrados 1.672 casos, el 47,7% (797 casos) corresponden a mujeres y el 52,3% (875 casos) a varones. El promedio de edad

fue de 45 años (3 meses a 98 años). La distribución porcentual de edades permite observar que el grupo comprendido entre los 30 y 59 años representan el 54,8% de los casos. Los menores de 15 años representan el 4,1% (68 casos).

El 57,3% (958 casos) se corresponde a pacientes registrados en Argentina, 19% (318 casos) de Ecuador, 13,1% (219 casos) de Colombia, 4,7% (78 casos) de Cuba y 3,5% (59 casos) de México. El 0,8% (14 casos) se distribuye entre Bolivia, Chile, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay.

La Psoriasis en placa es la más común con el 80,5% y el 93,2% de los casos, seguido por Guttata (6,5% y el 15,2%), eritrodérmica 2,8%, invertida 2,2% y pustulosa con el 1,3% Cuba y México presentan el mayor número de diagnósticos de psoriasis invertida con el 4,1% y 5,6%, respectivamente. El diagnóstico de Guttata es más común en Argentina (12,3%) y Ecuador (15,2%). Argentina es la que presenta un mayor número de diagnósticos de psoriasis Eritrodérmica (3,6%).

PAÍS	FORMA CLÍNICA						
	Inver-tida	Placa	Gutta-ta	Pustu-losa	Eritro-dérmica	No Lineal	Facial
	%	%	%	%	%	%	%
ARGENTINA	2,20	80,50	12,30	1,30	3,60	0,10	0,10
COLOMBIA	1,60	88,90	6,80	1,10	1,60		
CUBA	4,10	93,20			2,70		
ECUADOR	0,60	83,50	15,20	0,30	0,30		
MEXICO	5,60	92,60		1,90			

Tabla 1. – Distribución de 1653 pacientes con diagnóstico de psoriasis en tratamiento por país de atención y forma clínica. Marzo 2015. *

Fuente: Estudio colaborativo de Psoriasis en Latinoamérica. 2014

Al analizarse la localización de las lesiones, aisladas o asociadas, las más comunes son rodilla (61%), codos (60,4%), cuero cabelludo (59,9%) y tronco (56,1%) y la menos común es en mucosas (1%). Cuba es el país que tiene la menor presencia de lesiones en rodillas (7,7%), codos (17,9%), cuero cabelludo (17,9%) y uñas (2,6%). México es el de mayor presentación en dorso de mano (45,8%) junto con Perú (40%). Honduras es el que presenta los valores más elevados de lesiones en planta del pie (33%) y compromiso articular.

Al efectuar el estudio del IMC el 56,1% de la población de Latinoamérica registró peso normal y el 16,2% bajo peso. El resto de la población se distribuye en pre-obeso (21,8%), obeso grado 1 (4,4%), obesos grado 2 y 3 que representan el 1,5%. Cuba es el país que presenta el 87% de los casos registrados como bajo peso (24,4%) y peso normal (62,8%). México es el país con el de mayor población con sobrepeso (10,9%).

Cuando se analiza el grado de IMC asociado a la superficie afectada, en el 52,9% de los pacientes tienen menos del 10% de su superficie corporal afectada. Si se asocia IMC, superficie afectada y sexo, los varones a medida que se incrementa la IMC se incrementa la superficie corporal.

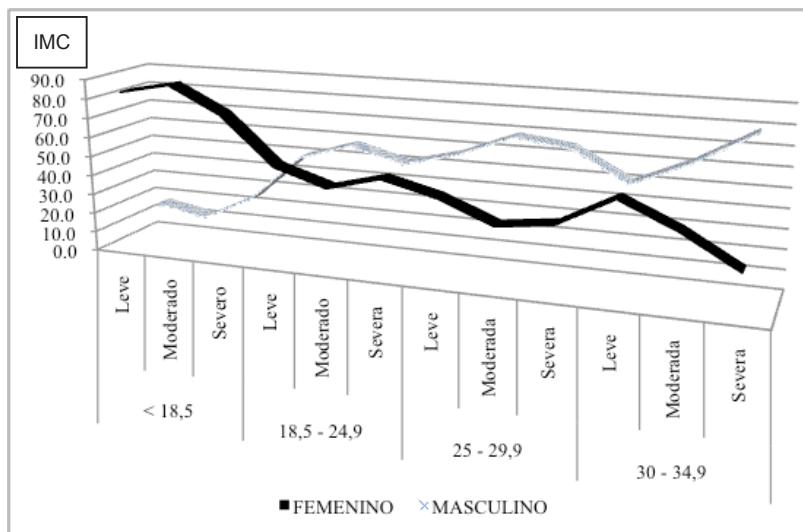


Gráfico 1. – Distribución de 998 pacientes con diagnóstico de psoriasis en tratamiento, según Grado de Índice de Masa Corporal, Sexo y Superficie afectada. Marzo 2015.*

Fuente: Estudio colaborativo de Psoriasis en Latinoamérica. 2014

El estudio de forma clínica, IMC, grupo de edad y sexo muestra que en el bajo peso las mujeres tienen una mayor afectación que los varones en las lesiones en placa con un 9,44% vs. un 2,29% y en Guttata con un 3,35% vs. el 0,26%, respectivamente. Esta situación se revierte cuando existe sobrepeso en la cual los varones están más afectados que las mujeres en la forma en placa con un 3,53% vs. 1,68% y en Guttata con un 0,35% vs. el 0,09%, respectivamente.

Las comorbilidades (diagnóstico de especialistas), muestra a la diabetes con una distribución pareja en los países con valores próximos al 8%, resaltando el

bajo valor en aquellos casos registrados en Cuba que dan 1,3%. México tiene valores más elevados de dislipemias (45,5%) e Hipertensión Arterial (33,9%).

Tratamientos indicados: se observa con tópicos al 68,1%, ácido fólico 10%, antihistamínicos 12,8% con tratamientos específicos con metrotexato el 16,1% y fototerapia el 9,1. El 100% de los pacientes de Cuba y Ecuador tratamientos tópicos; la fototerapia y el metotrexate tienen su mayor indicación en Argentina y Colombia, mientras el Adalimumab y la Etanercept es el de mayor representación en México. Al ser asociado esto a la edad, los tratamientos tópicos son mayormente indicados en pacientes mayores de 65 años, lo mismo que el ácido fólico. El metrotexato es indicado mayormente a pacientes mayores de 50 años.

En encuestas realizadas a 214 pacientes sobre Calidad de Vida y su alteración, se obtiene que el 57,7% manifiesta su afectación (moderada y/o significativa). Si se distribuye por forma clínica la Eritrodérmica y la pustulosa presentan un 66,7% y 33,3%, respectivamente.

La reducción de la actividad física se encuentra afectada en el 31% y el componente estético está presente en el 72,3% (sin diferencias entre sexos). Como causas asociadas a lo descripto, los pacientes lo asocian a prurito 46,5%, dolor 20,8% y el sangrado 16%, que en conjunto representan el 69,7%. Se refiere al stress en el 67,8%, la angustia en el 49%, la ansiedad en el 41,1% y la depresión varía según la forma clínica que en la psoriasis invertida es del 62,5%, en la eritrodérmica 66,7% y en la pustulosa 88,7%.

Expre sión	Presen cia	Forma Clínica					
		Inverti da	Placa	Guttata	Pustulo sa	Eritrodér mica	Total
		%	%	%	%	%	%
stress	NO	37,5	31,4	31,3	0	33,3	31,2
	SI	62,5	68,6	56,3	100	66,7	67,8
angustia	NO	25	56,4	31,3	0	33,3	52
	SI	75	43,6	81,3	100	66,7	49
depresión	NO	37,5	72,7	68,8	33,3	33,3	69,8
	SI	62,5	27,3	31,3	66,7	66,7	30,2
ansiedad	NO	50	59,3	62,5	66,7	33,3	58,9
	SI	50	40,7	37,5	33,3	66,7	41,1
tristeza	NO	37,5	72,7	62,5	33,3	33,3	69,3
	SI	62,5	27,3	37,5	66,7	66,7	30,7
llanto	NO	62,5	79,7	75	66,7	100	78,7
	SI	25	20,3	25	33,3	0	20,8
sueño	NO	50	77,9	68,8	66,7	66,7	75,7
	SI	50	22,1	31,3	33,3	33,3	24,3

Tabla 2. Distribución de 228 encuestas en pacientes con diagnóstico de psoriasis y afectación asociada a la enfermedad. Marzo 2015.* USIÓN

Fuente: Estudio colaborativo de Psoriasis en Latinoamérica. 2014.

La prevalencia varía en diferentes estudios⁷, y pareciera que se está incrementando como lo muestran estudios retrospectivos de incidencia^{8, 9}, sin embargo, esto podría estar influenciado por el incremento de los diagnósticos a partir de una mayor consulta de los pacientes. El género no parece influenciar la ocurrencia de psoriasis¹⁰ y concuerda con nuestro estudio.

Las formas clínicas: la psoriasis en placa es la más común con el 70% – 80% de las formas clínicas¹⁰, en nuestro caso, llama la atención que esta forma representa entre el 80,5% y el 93,2%, lo mismo se observa en la forma Guttata que en los estudios¹¹ representa el 2% y en los diagnósticos de la misma estuvieron entre el 6,5% y el 15,2%. La bibliografía ha descripto que la forma postulosa en el ciclo de vida se presenta en el 20%^{12,13} y en nuestro estudio la misma fue diagnosticada entre el 0,3% y el 1,9%.

Al evaluar las zonas corporales comprometidas, en Cuba, Colombia y Ecuador, la presentación en cara y dorso de manos fue significativamente menor al resto de los países registrados. Pudiendo ser debido a la exposición solar o antecedentes personales.

Nuestras observaciones en comorbilidades muestran la misma tendencia y asociación en lo referido a la bibliografía^{14,15,16,17,18,19}. La forma clínica en placa se la describe fuertemente asociada a la enfermedad cardiovascular y a la diabetes^{20,21,22}. Otras condiciones que se encuentran asociadas a la psoriasis es el hábito de fumar²³.

Cuba es el país que presentó el mayor porcentaje de casos registrados como bajo peso (24,4%) y peso normal (62,8%) contabilizando así más del 87% de su población en esta categoría lo que vinculamos probablemente a cuestiones locales de hábitos. México mostró el 53% de los pacientes con sobrepeso u obesidad y Argentina el 32%, nuevamente se observan diferencias regionales en los resultados obtenidos en Ecuador (24%), Colombia (20%) y Cuba (13%).

Vemos entonces cómo comienzan a insinuarse diferencias regionales en cuanto a aspectos de los pacientes con psoriasis que justifican el desarrollo de nuevos registros orientados a tal fin.

Al analizar la relación de IMC, sexo y grupo de edad se observó una directa relación entre el grado de severidad de la psoriasis a medida que aumenta el índice de masa corporal en las mujeres cuando se asocia a la edad. En los hombres, la severidad se mantuvo constante en todos los grupos. Si se asocia IMC, Superficie afectada y Sexo, se observa que en los varones a medida que se incrementa la Masa Corporal se incrementa la superficie afectada de manera proporcional, condición que pareciera mostrarse de manera diferencial en las mujeres.

La afectación^{24,25,26} en la calidad de vida fue manifestada por el 57% de los pacientes observándose una relación directa en cuanto al impacto mayor en pacientes con psoriasis pustulosa y eritrodérmica. Se destaca que el 31% de los pacientes tiene limitaciones en la actividad cotidiana y en el 72% manifiesta

un impacto desde lo estético, independientemente del sexo y sin evidenciarse diferencias entre los distintos países. En cuanto a la sintomatología, el prurito presente en el 46% y el dolor en el 20% son coincidentes con lo descripto habitualmente.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Alberto Barengols, Nora Gallo por el apoyo informático y administrativo brindado permanentemente.

Profesionales Participantes

Arena, Gabriela Laura; Aresca, Hilda Silvia; Austin, Lorna; Baccarini, Emiliano; Bastos, Nancy Raquel; Blanco Gonzalez, Orestes Andrés; Briones Cede, María Cecilia; Cabral Campana, Luciana; Castellanos Posse, María Laura; Cometto, Fernanda; Díaz Leaño, Carola Janis; Echeverría, Cristina Mariela; Eslava García, Janet; Farrero, Cecilia Inés; Ferreira, Fabiola; Gamba, Andrea Carla; García Pazos, María Laura; Garrido, Ana Inés; Gómez, Mónica Angela; González Ardila, César; Gutiérrez, Hilda Elba; Kaplan, Debora Roxana; Kivelevitch, Darío; Kogan, Nora Noemí; Latorre, María Clara; Londoño García, Angela; Lopezello Santillan, Adriana Leticia; Luna, Paula Carolina; Lustia, María Marcela; Manzano, Roxana Elizabeth; Marchesi, Carolina; Mariash, Paula Gabriela; Marques, Dalila Raquel; Rafti, Patricia Miriam; Ramandan, Haithman; Ramos, Ligia; Russo, Juan Pedro; Salomon, Simon; Saposnik, Miriam; Serrano León, Jenny Mariana; Squeff, Mario Alfredo; Veira, Rosana; Vilcahaman Rivera, Verónica; Villani Bonecco, Ianina Daniela L.; Villar, Florencia; Weintraub, Laura

Bibliografía

1. Van der Kerkhof PC, Schalkwijk J. Psoriasis. En: Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. Dermatology. 2nd ed. London: Mosby Elsevier; 2008. p. 115---36.5
2. Saraceno R, Mannheimer R, Chimenti S. Regional distributionof psoriasis in Italy. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008;22:324---9
3. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epi-demiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol. 2013;133:377---85.8.
4. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosedand undiagnosed psoriasis in US adults: Results from NHANES2003-2004. J Am Acad Dermatol. 2009;60:218---24.10
5. Basko-Pilluska JL, Petronic-Rosic V. Psoriasis: Epidemiology,natural history and differential diagnosis. Psoriasis: Targets and Therapy. 2012;2:67---76.15

6. Scarpa, R., Altomare, G., Marchesoni, A., Balato, N., Matucci Cerinic, M., Lotti, T., Olivieri, I., Vena, G. A., Salvarani, C., Valesini, G. & Giannetti, A. Psoriatic disease: concepts and implications. *J Eur Acad Dermatol Venereol* Vol. 24, No. 6, pp. 627-630. 2010
7. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team- *J Invest Dermatol.* 133 (2): 377-85. 2013.
8. Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE, Maradit Kremers H Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 60(3): 394 - 401. 2009
9. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 62(6): 979 – 987. 2010
10. Rachakonda TD, Schupp CW, Armstrong AW. Psoriasis prevalence among adults in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 70(3): 512 - 516. 2014
11. Langley, R. G, & Krueger, G. G. Griffiths CE: Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis. Suppl 2:* 24-15. 2005
12. Naldi L1, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol.* 25(6):510-8. 2007.
13. Kawada, A, Tezuka, T, Nakamizo, Y, Kimura, H, Nakagawa, H, Ohkido, M, Ozawa, A, Ohkawara, A, Kobayashi, H, & Harada, S. A survey of psoriasis patients in Japan from 1982 to 2001. *J Dermatol Sci* 31(1):59-64. 2003
14. Dorothea M. Sommer Stefan Jenisch Michael Suchan Enno Christophers Michael Weichenthal- Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis- *Arch Dermatol Res* (2006) 298:321–328. 2006
15. McGowan, J. W, Pearce, D. J, Chen, J, Richmond, D, & Balkrishnan, R. Feldman SR: The skinny on psoriasis and obesity. *Arch Dermatol* (2005)
16. Salihbegovic EM, Hadzigradic N, Suljagic E, Kurtalic N, Sadic S, Zejcirovic A, Mujacic A. Psoriasis and High Blood Pressure. *Med Arh.* 2015; 69(1): 13-15.
17. Henseler, T. Christophers E: Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* (1995).
18. McGowan, J. W, Pearce, D. J, Chen, J, Richmond, D, & Balkrishnan, R. Feldman SR: The skinny on psoriasis and obesity. *Arch Dermatol* (2005).

19. Tsai, T. F, Wang, T. S, Hung, S. T, Tsai, P. I, Schenkel, B, & Zhang, M. Tang CH: Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. *J Dermatol Sci* (2011).
20. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 32:982–986. 1995
21. McDonald CJ, Calabresi P. Psoriasis and occlusive vascular disease. *Br J Dermatol* 99(5):469–475. 1978
22. Montagnani A, Tosti A, Patrizi A, Salardi S, Cacciari E. Diabetes mellitus and skin diseases in childhood. *Dermatologica* 170:65–68. 1985
23. Naldi, L, Chatenoud, L, & Linder, D. Belloni Fortina A, Peserico A, Virgili AR, Bruni PL, Ingordo V, Lo Scocco G, Solaroli C et al: Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol* (2005).
24. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, et al. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health related quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 47:512–8. 2002
25. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, et al. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:401–71
26. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, et al. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes* 2006;4:35.

TRABAJOS DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA IMEX

Instituto de Medicina Experimental – CONICET, ANM
www.acamedbai.org.ar/imexmicrositio.php

DIFERENTES ESTRATEGIAS PARA LA INHIBICIÓN DE LA EXPRESIÓN DE LAS MOLÉCULAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD MEDIADAS POR BRUCELLA ABORTUS

Lic. Lis Noelia Velasquez¹

Resumen

A pesar de las vigorosas respuestas T CD4+ y CD8+ generadas por *B. abortus*, esta bacteria intracelular puede persistir dentro de las células de su hospedador por muchos años, estableciendo una infección crónica. No obstante, los mecanismos que permiten la sobrevida de este patógeno en presencia de poderosas respuestas de linfocitos T, no fueron prácticamente explorados. Nuestros resultados demuestran que la infección de monocitos/macrófagos humanos con *B. abortus* disminuye la expresión inducida por IFN- γ de las moléculas MHC-II y MHC-I en superficie. Como consecuencia, los macrófagos infectados presentan disminuida capacidad de presentación antigenica a los linfocitos T CD4+ y CD8+, respectivamente. Sin embargo, la estrategia empleada por *B. abortus* en cada caso difiere notablemente. En cuanto a MHC-I, demostramos que la inhibición depende de la viabilidad bacteriana y reside en la capacidad de *B. abortus* para impedir el tránsito de las moléculas MHC-I a la superficie celular por retener a las mismas dentro del aparato de Golgi. No sólo esto, sino que distintas cepas mutantes de *B. abortus* también son capaces de generar el mismo fenómeno. Por otra parte, observamos que la inhibición de MHC-I ocurre de manera temprana durante la infección y sucede tanto en células infectadas como en no-infectadas con *B. abortus*. Los sobrenadantes de células infectadas con *B. abortus* también fueron capaces de inhibir la expresión de las moléculas de MHC-I en células no-infectadas. La neutralización de la vía del receptor de EGF, además, revirtió de manera parcial la inhibición de MHC-I mediada por *B. abortus* y esto nos indicaría que ligandos del receptor de EGF podrían ser los mediadores solubles de este fenómeno. En cuanto a MHC-II, la inhibición mediada por *B. abortus* es independiente de la viabilidad bacteriana y es mediada por las lipoproteínas de la membrana externa de *B. abortus* a través de la secreción de IL-6. Además, demostramos que *B. abortus* no sólo es capaz de inhibir la expresión en superficie y total de las moléculas maduras de MHC-II sino que también disminuye la expresión de moléculas inmaduras asociadas a la cadena invariante. En este caso, observamos que *B. abortus* es capaz de inhibir la transcripción de los genes de MHC-II y del transactivador de clase II, CIITA.

Por otra parte, dilucidamos que el mecanismo mediante el cual *B. abortus* inhibe la transcripción de CIITA sería la inducción de proteínas supresoras de la señalización de citoquinas (SOCS), en particular SOCS-1 y -3. En conclusión, *B. abortus* emplea múltiples estrategias de evasión las cuales proveen a esta bacteria de una mayor versatilidad para mantener una continua inhibición de la presentación antigenica a los linfocitos T CD4+ y CD8+, y de ese modo, persistir crónicamente en el hospedador, evadiendo la respuesta inmune adaptativa.

1 Laboratorio de Fisiología de los Procesos Inflamatorios; Instituto de Medicina Experimental (IMEX; CONICET-ANM). lisvelasquez@gmail.com

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

III ENCUENTRO INTERACADEMICO

“PRINCIPIO Y FIN DE LA VIDA HUMANA”

Academia Nacional de Derecho y Cs. Sociales de Buenos Aires

Academia Nacional de Medicina

Academia Nacional de Periodismo

Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas

22 de mayo de 2015

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA DE BUENOS AIRES
ACAD. ROBERTO PRADIER

En nombre de la Academia Nacional de Medicina tengo el agrado de darles la bienvenida a esta tercera reunión de cuatro Academias para tratar otro tema trascendente para nuestro entorno social.

Es apropiado que sea tratado por los distintos enfoques que nuestras Academias, por sus diversas áreas de competencia, pueden llevar a cabo y, sobre todo, que lo aquí expuesto llegue al gran público, su principal destinatario. Sin esto, nuestra reunión giraría en el vacío y sería de una utilidad limitada.

Es auspicioso que contemos con la colaboración de comunicadores sociales de reconocida importancia, y con la inestimable colaboración de la Academia de Periodismo.

Con todo, no debemos olvidar nuestra obligación como Academias de asesorar a las autoridades y sería deseable que lo que se trate hoy sea registrado, corregido y publicado o incluido en nuestras páginas web para su fácil acceso a posteriori.

Espero que esta jornada, con opiniones por conocedores en profundidad de los temas a tratar, resulte esclarecedora y de utilidad para todos los argentinos.

Les reitero mi bienvenida y el deseo de que continúen reuniones interacadémicas como ésta.

Muchas gracias.

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA NACIONAL
DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES DE BUENOS AIRES
ACAD. GREGORIO BADENI

La Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires se complace en participar en esta nueva jornada interacadémica cuyo propósito es abordar un tema de vital importancia desde distintos ángulos; desde un enfoque médico, jurídico ético social, político y desde la comunicación social. Estoy convencido de que en estas jornadas interacadémicas de carácter público, la difusión de ellas contribuirá en una manera decisiva a nivel cultural de la sociedad para que ella se pueda beneficiar con los tan importantes trabajos que se desarrollan en el seno de las academias nacionales. Felicito a las autoridades por la organización de estas jornadas.

PALABRAS DEL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA
NACIONAL DE CIENCIAS MORALES Y POLÍTICAS
ACAD. MANUEL SOLANET

La vida es un acontecimiento único e irrepetible de cada ser humano, es el punto de partida en que se encamina un cuerpo hacia un fin trascendente. Nada puede hacer cada individuo para modificar lo que se nos ha encomendado en este mundo, pero luego como seres inteligentes y como sociedad, adquirimos la capacidad de intervenir en esos designios, por ejemplo, impidiendo la continuidad de vida ya engendrada o manipulando su naturaleza. Cuatro academias se han unido para tratar esta cuestión en los aspectos morales, sociales científicos que atañen en la etapa final de la vida humana. Nuestras academias abarcan distintos aspectos de ciencia. Todas ellas tienen incumbencias en distintos aspectos que se tratarán en esta mañana. La Academia de Ciencias Morales y Políticas se siente profundamente gratificada de haber colaborado en este encuentro. Esperamos que sea exitoso.

ACERCA DEL COMIENZO DE LA VIDA HUMANA

Acad. Alberto Rodríguez Varela

El tema que intentaré resumir en esta breve comunicación puede ser examinado desde diversas perspectivas, entre ellas, la biológica, la filosófica y la jurídica. No se puede prescindir de ninguna de esta trilogía porque las tres están referidas a una misma y única realidad.

Para marcar el momento en que comienza la vida de todo ser humano, recurriré, en esta reunión interacadémica a lo declarado públicamente por la Academia Nacional de Medicina el 23 de septiembre de 1995:

“La puesta en marcha del proceso de una vida humana se inicia con la penetración del óvulo por el espermatozoide. La nueva célula resultante (cigoto) contiene su propio patrimonio cromosómico, donde se encuentra programado biológicamente su futuro; y, este hecho científico, con demostración experimental, es así tanto fuera como dentro del organismo materno”.

El ser humano engendrado mediante esa unión de gametos, será único e irrepetible, recorrerá las etapas embrional y fetal y, a partir del nacimiento, será lactante, niño, adolescente, joven, adulto y anciano, para finalmente culminar su ciclo en este mundo atravesando el umbral de la muerte.

Provocar la muerte, de modo directo, en cualquier segmento de su vida, de un ser humano inocente, es un grave acto moral y jurídicamente ilícito. En lenguaje común: un homicidio. Esto es así no sólo para quienes profesen una u otra religión sino para todos los hombres de buena voluntad, incluso agnósticos y ateos, porque si no creen en Dios al menos pueden y deben reconocer que el ser humano no tiene el mismo valor que un animal, un vegetal o un mineral. Desde el cigoto tiene un ADN que lo identifica para siempre como perteneciente a la especie humana. Y ese ADN estará presente hasta su muerte en todas las células de su organismo. Con lenguaje de Aristóteles podemos decir que el concebido no es un ser humano en potencia sino en acto. Desde el instante de la concepción el ser engendrado –sustancia individual– tiene todas las potencias que va a desarrollar en el curso de su vida.

A ese ser humano, en todas sus etapas, la antropología filosófica y la ley natural le reconocen la condición de persona.

Como lo señala con acierto Fernando Monge, el concepto de persona humana tiene una base ontológica y no sólo fenomenológica. “Se refiere a la raíz entitiva de los actos y estructuras que caracterizan tanto la racionalidad humana (conocimiento universal, autodeterminación, responsabilidad, interioridad, etc.), como al organismo humano y sus expresiones somáticas. Por tanto, no se puede adjudicar el título de persona sólo al sujeto que explicita su racionalidad, sino al que tiene, aunque sea latente, la naturaleza racional”.¹

1 Fernando Monge. “El valor de la persona”, Revista “Nuestro Tiempo”, nº 393, Madrid, 1987, pág. 119

Romano Guardini, con elocuentes palabras, expresa la misma idea: "el hombre no es intangible por el hecho de que vive. De tal derecho sería también titular un animal, en cuanto también es un ser viviente. La vida del hombre permanece inviolada porque él es una persona. El ser persona no es un dato de naturaleza psicológica, sino existencial: fundamentalmente no depende de la edad, ni de la condición psicológica, ni de los dones de la naturaleza de los que el sujeto esté provisto. La personalidad puede permanecer bajo el umbral de la conciencia, como ocurre cuando dormimos. La personalidad puede no estar todavía desarrollada como cuando se es niño, sin embargo desde el inicio ella es acreedora al respeto moral. Es, además, posible que la personalidad en general no emerja de los actos, en cuanto falta el presupuesto físico-psíquico como sucede con los enfermos mentales. Y, todavía, la personalidad puede permanecer escondida como en el embrión, pero *ella está desde el inicio en él y ya tiene sus derechos*. Y esta personalidad es reconocer a los hombres su dignidad, es distinguirlos de las cosas, reconocerles su calidad de sujetos de derecho. Se trata de una cosa como si fuese cosa cuando se la posee, se la usa y al fin se la destruye, dicho de los seres humanos se la mata".² La prohibición de matar al ser humano inocente – concluye Enrique Arezo Piriz– expresa en la forma más aguda la prohibición de tratarlo como si fuese una cosa.

Como lo señala claramente el Académico Olsen A. Ghirardi, hablar de persona por nacer significa hablar del hombre.³ Porque aunque parezca superfluo decirlo, el no nacido pertenece a la especie humana. Sobre este punto esencial -que hoy se encuentra en controversia como consecuencia de la impresionante embestida contra la vida inocente ejecutada en todo el planeta por quienes adhieren a la "cultura de la muerte"-, K. F. Gunning ha formulado precisiones que obligan a desechar la absurda pretensión según la cual en el primer segmento de nuestra vida no fuimos humanos. "La ciencia moderna -señala Gunning- da una respuesta inequívoca, que puede ser aceptada tanto por los realistas como por los materialistas. Desde hace más de cien años sabemos que cada especie vegetal o animal se distingue por el material genético presente en las células de los cuerpos de los individuos pertenecientes a la especie. La forma externa y las demás propiedades características de la especie están inscriptas en su material genético. Y puesto que cada ser vivo lleva consigo durante toda su vida el mismo material genético propio de la especie, debemos concluir que cada ser vivo sólo puede pertenecer a una especie determinada y *nunca puede cambiar de especie*".⁴ No tiene sentido, por ende, sostener que comenzamos nuestra vida siendo un ser que todavía no es humano.

Resulta, pues, muy claro, que el no nacido pertenece a la especie humana, con individualidad propia, desde el momento de su concepción. Por ello, "el respeto a la vida humana se impone desde que comienza el proceso de la generación".⁵ En

2 Citado por Enrique Arezo Piriz: "El comienzo de la personalidad en el Derecho Positivo Uruguayo", Revista Jurídica Estudiantil, Montevideo, 1993, págs. 108/109.

3 Olsen A. Ghirardi: "La persona humana antes del nacimiento (El derecho a la continuidad de la vida)", Córdoba, 1991, pág. 10.

4 K.F. Gunning: "El estatuto del no nacido ¿Ha sido el hombre no humano alguna vez?", ASD Prensa, Año VI, Edición 183, 7/10/1990.

5 Declaración de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe sobre el aborto, aprobada por S.S. Pablo VI el 25 de junio de 1974.

consecuencia, “puede decirse, pues, que con la integración en el óvulo de la carga genética del espermatozoide se inicia el proceso irreversible de plasmación de un individuo humano”.⁶ Es a partir de ese instante que comienza una vida nueva, justamente porque es cuando la individualidad a la que se refiere Boecio comienza a desarrollarse en un camino sin retorno. “Potencialidad que no tienen ni el óvulo ni el espermatozoide solos”.⁷

El eminent genetista Jerome Lejeune, fue convocado por el Congreso de los Estados Unidos de América, el 23 de abril de 1981, a fin de que se expidiera sobre el comienzo de la vida humana. Al respecto, expresó que *“Aceptar que después de la fecundación un nuevo ser humano ha comenzado a existir ya no es una cuestión de gusto o de opinión... No es una hipótesis metafísica, sino una evidencia experimental”*.⁸

Podemos afirmar que los avances biológicos de las últimas décadas confirman lo que pudo parecer difuso a quienes examinaban el origen de la vida humana en épocas pretéritas. En el tiempo que vivimos, el conocimiento de la estructura del embrión torna mucho más clara la visión del hombre y vuelve más nítido el principio según el cual la vida es sagrada desde el momento de la concepción. En resumidas cuentas -observa Niceto Blazquez- “lo que biológicamente somos hoy los adultos no es otra cosa esencialmente que lo que fuimos como óvulos fecundados. Allí está nuestro ser y nuestra humanidad como en una microscópica diapositiva. Lo que somos hoy no es más que su ampliación o agrandamiento cuantitativo más o menos logrado”.⁹

Todo hombre, pues, desde el comienzo de su existencia, es un ser vivo con “existencia propia, autónoma, consistente y temporalmente finita... En este sentido, ni el óvulo ni el espermatozoide son seres vivos. Son partes de un ser vivo, con cierta vitalidad -como toda parte- e incluso cierta autonomía”.¹⁰ Como lo señala F.R. Lillie, son dos células únicas que se unen al borde de la muerte para generar propiamente un ser vivo individual, cargado de potencialidades.¹¹

El óvulo fecundado es, pues, un individuo de la especie humana que debe ser tratado como persona, con todo lo que ello significa jurídicamente en cuanto al reconocimiento de derechos que le son inherentes y que derivan del orden natural objetivo.

El tema es crucial, porque entre esos derechos figura el elemental derecho a vivir, a nacer, a no ser objeto de manipulación, experimentación, congelamiento ni destrucción.

⁶ Declaración sobre la fecundación humana de la Comisión Episcopal de Fe y Cultura, Boletín AICA, 1995, Pág. 495.

⁷ Carlos José Mossó: “Algunas consideraciones éticas y jurídicas acerca de la procreación artificial”, EL DERECHO, 23/4/1996.

⁸ Cit. por Fernando Monge, op. cit., p. 119

⁹ Niceto Blazquez: “El aborto”, Edición B.A.C., Madrid, 1977, pág. 135.

¹⁰ Alejandro Serani Merlo: “Ética Clínica”, Santiago de Chile, 1992, pág. 220.

¹¹ Cit. por A. Serani Merlo, op. cit. pág. 220.

Más por intereses a veces inconfesables que por razones lógicas se ha controvertido la personalidad jurídica que corresponde reconocerle al embrión. Para ello se ha llegado al extremo de sostener diversos enfoques de “personalidad retardada” que tienden a desconocer la condición humana del embrión.

Una de las primeras objeciones fue planteada por quienes con C.R. Austin y otros autores sostienen que el embrión, en su primera etapa de vida, no sería una sustancia individual. En consecuencia, no se le podría reconocer la condición de persona, en el sentido de la definición filosófica de Boecio. En abono de esta tesis se afirma que la posibilidad de división gemelar o de conformación de quimeras impide reconocerle individualidad al embrión.

La objeción es endeble y parte de un equívoco. En efecto, como lo precisa Alejandro Serani, los que argumentan como Austin confunden individualidad con indivisibilidad: “La individualidad dice de un ente en indivisión actual, mientras que la divisibilidad significa la capacidad de un ente de ser efectivamente dividido en nuevos entes unitarios específicamente semejantes. La noción de individualidad, por lo tanto, sólo significa que un ser no se encuentra actualmente dividido, pudiendo eventualmente o no ser dividido, dando origen a nuevos seres específicamente semejantes”.¹²

Algunos gusanos y en general los organismos unicelulares son siempre divisibles sin que ello obste a la individualidad de cada uno. Nadie negará -observa Gunning- que un determinado bacilo Coli es un representante individual de su especie por el hecho de que tal bacilo pueda dividirse en dos bacilos en el plazo de una hora”.¹³

Lo mismo puede ocurrir con los individuos de la especie humana en su primera etapa. Además, desde una perspectiva filosófica realista, la negación de la individualidad por la posibilidad de una división equivaldría a negar una evidencia. En el caso de los organismos unicelulares llevaría a sostener que tales especies carecen de ejemplares individuales, lo cual no resiste el menor análisis lógico.

En el caso del hombre, el problema aparente que plantea la divisibilidad del embrión se resuelve en términos de antropología filosófica fácilmente: antes de la división hay un ser humano, después de la división hay dos seres humanos, cada uno con su propia individualidad.¹⁴

En cuanto a la fusión de embriones o quimerismo, -suponiendo que ello sea posible ya que algunos expertos dudan de que resulte factible-, “nada obsta para que, existiendo individualidad previa de ambos embriones, una de las individualidades persista y la otra se pierda. La muerte de los individuos no es novedad en el universo biológico”.¹⁵

12 Alejandro Serani Merlo, op. cit., pág. 221.

13 K.F. Gunning, op. cit. pág. 3.

14 Idem, pág. 4.

15 Alejandro Serani Merlo, op. cit., pág. 221.

En síntesis, ni la división gemelar ni el caso raro de las quimeras constituyen objeciones a todo lo que hemos expresado en el sentido de que el embrión, desde el comienzo de su existencia, es una sustancia individual en el sentido que utiliza Boecio al definir la noción de persona.

En los últimos tiempos se han forjado otras teorías que no compartimos y que tienden a postergar la hominización hasta el anidamiento o implantación del embrión en la pared uterina, a la aparición de la cresta neural, a la existencia de movimientos espontáneos de brazos y piernas, a cuando media desarrollo de la corteza cerebral, a los dos meses, a los tres, al momento del nacimiento o aún después.

Un plazo muy difundido es el de 14 días. En realidad -comenta Domingo Basso-, "la fijación del día 14 para la anidación del embrión es completamente arbitraria. Constataciones más recientes demuestran que el mismo anidaría alrededor del día 7 e incluso antes. La opinión de algunos científicos que proponían el día 14 fue adoptada en el célebre "Informe Warnock" (por el nombre de su autora, Mary Warnock, Presidente del Comité de Investigaciones sobre la Fecundación y la Embriología del Departamento de la Salud de la Seguridad Social de Londres) y de allí pasó a otras legislaciones posteriores.

Angel Santos Ruiz refuta esa endeble teoría que ha servido, sin embargo, para expandir la muerte prematura de innumerables seres humanos, en los siguientes términos:

No hay motivo alguno para posponer el comienzo de la vida humana al momento de la anidación o implantación del embrión. "No hay razón alguna para suponer tal cosa, ya que la anidación -mecanismo que no se produce en la mayoría de las especies animales- no añade nada a la programación del nuevo individuo". Agrega Basso que, "después de la fecundación, no puede señalarse ningún momento de cambio radical que autorice a opinar que ahí empieza la vida humana". Añade que el surgimiento de la cresta neural -primer esbozo del sistema nervioso- no es un dato relevante para cuestionar el carácter plenamente humano del embrión".¹⁶

Pensamos que el plazo de 14 días carece de sustento biológico y filosófico. Sobre el punto, Olsen A. Ghirardi se pregunta: ¿el mero hecho de la anidación hace pasar al embrión de la categoría pre-humana a humana? Y responde: no parece que esta actitud pueda ser sostenida con argumentos científicos o filosóficos.¹⁷

Uno de los propulsores del plazo de 14 días no ha trepidado en formular consideraciones que desnudan el trasfondo de esa doctrina humanicida:

"En mi opinión -dice el Doctor Peter Singer, titular del Centro de Bioética Humana de la Monash University de Melbourne (Australia)- una vez que uno se ha liberado de un mundo dependiente específicamente de concepciones religiosas, puede perfectamente admitir que el embrión de los primeros días no tiene ningún

16 Cit. por D.M.Basso O.P., op. cit. p. 87.

17 Olsen Ghirardi: op. cit., pág. 47.

derecho a la vida". Ante tamaña afirmación, podríamos preguntarnos: si, según Singer, el embrión no es de la especie humana ¿de qué especie será? Y como Singer agrega que la inexistencia de dolor es otro signo que indica la ausencia de humanidad, habría que responderle, que esa audaz hipótesis podría llevárolo a sostener que un ser humano bajo anestesia general no es persona.¹⁸

Como lo explica Alejandro Serani, el cerebro ciertamente es un elemento importante para el desarrollo de la vida humana. "Sin embargo, es obvio que lo que respetamos en el hombre que actúa libremente no es su cerebro, sino al sujeto que posee ese cerebro".¹⁹ Y ese sujeto existe desde que comienza el proceso de la fecundación.

La brevedad del tiempo asignado me obliga a dejar que el Académico Siro de Martini, considere en su comunicación todo lo concerniente al aborto, en sus diversas modalidades, a la fecundación artificial, y a la protección jurídica del niño por nacer.

El último punto que quiero al menos mencionar en esta sintética recapitulación es el de ciertas pseudo investigaciones que hoy se practican en el mundo con seres humanos, en su etapa más frágil, y que nos recuerdan las realizadas por los biólogos que se encontraban al servicio del totalitarismo nacionalsocialista.

Se trata de un nuevo capítulo de degradación humana que Jerome Lejeune denominó "pornografía biológica". A ese capítulo pertenecen experimentos e intentos, a veces quizá fantasiosos, que configuran aberraciones propias de científicos que se mueven sin sujeción a ningún parámetro ético. La embriogénesis sin espermatozoides, la fecundación de un óvulo por otro óvulo para satisfacer anhelos lesbianos, la autoproducción femenina ya intentada con ratones, la fecundación del óvulo con células no germinales, el potencial implante de un embrión en el abdomen de un homosexual masculino previo tratamiento hormonal, la gestación de embriones humanos en úteros no humanos, la fertilización con semen humano de óvulos no humanos en España y Japón, la fisión gemelar provocada, la clonación por sustitución del núcleo de un huevo humano fecundado, la fusión de embriones *in vitro*, la ectogénesis o producción de un embrión en un laboratorio y su total gestación extracorpórea, en fin, todos los horrores pseudocientíficos que es capaz de imaginar la mente humana cuando prescinde de los valores deontológicos. *Sólo el reconocimiento de límites morales y jurídicos puede poner freno a tanto desvarío.*

18 D.M. Basso O.P., op cit, pág. 82.

19 Alejandro Serani Merlo, op. cit., pág. 227.

EL INICIO DE LA VIDA Y LA PROTECCIÓN JURÍDICA DEL EMBRIÓN

Acad. Siro M. A. De Martini

En general, en el mundo jurídico el tema del comienzo de la vida suele plantearse cuando se quiere justificar algo que es contrario a la vida. En otras palabras, cuando las ideologías o los avances científicos necesitan autorización o apoyo para imponerse en la sociedad, recurren al Derecho, que se transforma así en un instrumento para modificar artificialmente la realidad.

De allí que uno podría comenzar por plantearse si existe una verdadera correspondencia entre el título de esta comunicación y la realidad jurídica que voy a describir. Es decir: ¿protege realmente el orden jurídico argentino al embrión humano o, por el contrario, lo desprotege o, peor aún, justifica los ataques contra su vida o integridad?

Como veremos, la respuesta es ambivalente.

Comencemos con la protección de la vida en su etapa prenatal que ha sido la constante en la mayor parte de nuestra historia jurídica.

Y como siempre que se habla de Derecho hay que empezar por la Constitución Nacional.

Aunque nuestra Ley Fundamental y, con ella, todo nuestro orden jurídico siempre defendió y protegió la vida humana inocente, hay que decir que –desde la reforma de 1994– la Constitución contiene normas muy precisas sobre la protección de la vida desde su inicio.

En efecto, a través del inciso 22 del art. 75, la reforma estableció que tienen jerarquía constitucional varias declaraciones, convenciones y pactos internacionales de derechos humanos que contienen normas relativas a la vida. Entre ellos podemos destacar la Declaración Universal de Derechos Humanos que en su art. 3º establece que “todo individuo tiene derecho a la vida”; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos que en su art. 6º declara: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana”; luego, la Convención Americana sobre Derechos Humanos la cual dispone en el art. 4º, inc. 1 que “toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción”.

Y, por otra parte, en lo que tendrá importancia para posteriores análisis, el art. 1º, inc. 2 de la misma Convención, reconoce que “persona es todo ser humano”, y el art. 24: “todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley”.

Por fin, la Convención sobre los Derechos del Niño que dice en su art. 6º que “los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida, y que garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo

del niño. Y en el 3º que en toda medida que tome cualquier institución pública o privada siempre se debe tener en cuenta el interés superior del niño.

Hay que tener presente que la Convención entiende por niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, y que la ley 23.849 al incorporar este documento internacional a nuestro orden interno dejó a salvo que “la República Argentina entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad”.

Luego, en materia legislativa común, la ley 26.061, reglamentaria de la Convención sobre Derechos del Niño, dispone que “se entiende por interés superior del niño... la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley”, entre los cuales, por cierto, está el derecho a la vida. Y, adelantándose a futuros problemas determina que “cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de los niños frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros” (art. 3º).

Y ya desde el siglo XIX, el Código Civil que pronto dejará de regir nuestra vida diaria, establecía que “desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas” (art.70).

En materia de jurisprudencia hay que mencionar, de modo coherente con las normas citadas, el fallo de nuestra Corte Suprema en el caso “Portal de Belén” donde se reconoció, con abundantes citas de reconocidos biólogos, que la concepción se produce con la fecundación (no, por tanto, con la implantación), lo que llevó al tribunal a prohibir la fabricación, distribución y comercialización de un fármaco en razón de poseer efectos abortivos.

Es cierto que el Código Penal –desde su sanción en 1921– prevé dos supuestos de abortos “no punibles”. Se trata de los llamados aborto terapéutico y aborto eugenésico (“cuando el embarazo proviene de la violación... de una mujer idiota o demente” dice la ley). Durante años la doctrina penal discutió si el fundamento de la no punibilidad era la existencia de un estado de necesidad (o sea, causar un mal para evitar otro mayor) o una excusa absolvatoria (es decir, razones de política criminal por las que se resuelve no castigar, en ciertas circunstancias, un delito). Pero de lo que no había dudas es de que se trataba de un medio de defensa que debía plantearse en ocasión de ser alguien imputado de la comisión del delito. Ningún juez podía autorizar la comisión del aborto porque los jueces tenían claro que no entraba dentro de sus funciones autorizar a matar. Y, por tanto, a ningún médico, partera, autoridad hospitalaria, mujer embarazada o abogado se le ocurría solicitarlo.

Quizás convenga mencionar, como signo de la política estatal protectora del embrión, el Decreto 1406/98 (que sigue vigente), por el cual se declara el día 25 de marzo de cada año como “Día del Niño por Nacer”. Entre sus muchos fundamentos se destaca “que la vida, el mayor de los dones, tiene un valor inviolable y una dignidad irrepetible” y “que el derecho a la vida no es una cuestión de ideología, ni de religión, sino una emanación de la naturaleza humana”.

Podríamos resumir, entonces, el contenido de nuestra legislación vigente en materia de protección de la vida en su inicio, a través de las siguientes proposiciones:

- . La vida humana comienza desde la concepción.
- . Desde la concepción todo ser humano es persona.
- . Desde la concepción existe un derecho intrínseco a la vida.
- . En toda medida que pueda afectar a una persona por nacer, ya sea que la adopte un órgano o institución de cualquiera de los tres poderes o una entidad privada, hay que velar por el interés superior de la persona por nacer.
- . Cuando exista conflicto entre los derechos o intereses de una persona por nacer y los de una persona adulta, prevalecerán los primeros.
- . El aborto es un delito contra la vida de una persona.

Luego de esta apretada síntesis, estamos en condiciones de considerar la realidad opuesta: el orden jurídico argentino en cuanto desprotege o directamente ampara la agresión contra la vida humana en su etapa prenatal.

Es importante que hagamos este breve recorrido teniendo siempre presente que todas las normas mencionadas se encuentran vigentes.

Comenzaré con el aborto para pasar luego a la fecundación humana artificial.

Ya en nuestro siglo, tras varios casos de autorizaciones judiciales para abortar, con el argumento de que se trataba de supuestos de no punibilidad; y de graves intervenciones del Poder Ejecutivo Nacional a través del Ministerio de Salud (elaboración de una Guía indicando cómo proceder en caso de abortos no punibles, facilitación de medios para que se practiquen abortos, entrega indiscriminada de fármacos con efectos abortivos en hospitales públicos), la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en el caso F., A. L. de marzo de 2012, interpretó el Código Penal en el sentido de que hay una tercera causa de no punibilidad del aborto, cuando el embarazo es consecuencia de una violación.

Más aún, dijo que se trataba de un derecho de la mujer embarazada y que el Estado debía practicar el aborto como parte del servicio de salud.

¿Cómo pudo la Corte Suprema llegar a esa conclusión? No me refiero en este momento a la interpretación del Código penal, sino a la afirmación de que existe un derecho a matar a una persona inocente y que el Estado tiene la obligación de encargarse de matarla. ¿Cómo conciliar esta sentencia con la Constitución Nacional?

Hubo un jurista llamado Charles Evans Hughes, que presidió la Corte Suprema de Justicia de los EE.UU., que acuñó una frase que pronto ganó fama: “la Constitución es lo que los jueces dicen que es”. La frase ha sido utilizada en los más variados contextos y podría ser fácilmente empleada en este caso. Claro que no sería una explicación sino una rendición algo cínica ante los hechos, y un regreso a la idea brutal de que quien tiene el poder decide qué es el derecho.

No creo que haya sido éste el trasfondo del pensamiento de nuestros jueces. Creo que es peor. A mi juicio el único modo de comprender –no de compartir, por cierto– los argumentos de la sentencia es si se parte de la hipótesis de que el pensamiento de la Corte es que existen dos categorías de seres humanos: los nacidos y los por nacer. Cada uno de ellos con distintos niveles de protección jurídica. Por supuesto, que este hipotético fundamento del derecho, y de la obligación, de matar, convierte al fallo en una resolución aún más inconstitucional, si cabe; pero, al menos, le da algo de coherencia.

¿Cómo entender, si no, esta argumentación de la Corte?: “de la dignidad de las personas... se desprende el principio que las consagra como un fin en sí mismas y proscribe que sean tratadas utilitariamente... la pretensión de exigir, a toda otra víctima de un delito sexual, llevar a término un embarazo, que es la consecuencia de un ataque contra sus derechos más fundamentales, resulta, a todas luces, desproporcionada y contraria al postulado, derivado del mencionado principio, que impide exigirle a las personas que realicen, en beneficio de otras o de un bien colectivo, sacrificios de envergadura imposible de commensurar”.

Como se ve, el tribunal utiliza el argumento para justificar la conducta abortiva de la madre, pero no para proteger al niño.

Es decir, en pura lógica: si el niño fuera una persona habría que considerarlo como un fin en sí mismo y no podría ser tratado utilitariamente, por lo tanto, no se podría emplear su vida como medio para remediar, de algún modo, el problema psicológico de su madre. Pero la Corte dice que hay un derecho a matarlo. En consecuencia, no es una persona. Y así se puede proceder con otras argumentaciones del Tribunal. Y siempre con el mismo resultado. De hecho, prácticamente no se habla en el fallo de la víctima del aborto. Ni de sus derechos.

Como es sabido, los médicos fueron tratados en este fallo con especial e inusitada dureza, y de un modo amenazante. Hasta el punto que muchos nos hemos preguntado si este fallo no fue escrito pensando en particular en los profesionales de la salud, como un modo de asegurarse que practiquen abortos.

Me parece importante, en este sentido, insistir en que los fallos de la Corte obligan sólo en el caso en que han sido dictados, y que la Corte carece de potestad para obligar a las provincias (o a la ciudad de Buenos Aires) a dictar protocolos para practicar abortos. De hecho, basta ver la parte resolutiva del fallo para comprobar que el alto tribunal no “ordena” sino que “exhorta” a las diversas autoridades a disponer los medios para practicar abortos. Quien ha leído los considerandos de la sentencia no puede dudar que si la Corte hubiera podido ordenar que se

practicaran los abortos lo hubiera hecho. Hay que señalar, por tanto, que tanto las provincias como la ciudad de Buenos Aires, han asumido la grave responsabilidad de ordenar la práctica de abortos por su propia decisión y voluntad.

Este precedente produjo como buscado efecto que muchas provincias, aunque no todas, sancionaran los llamados protocolos de aborto no punible.

En cuanto a la fecundación artificial extracorpórea, que es la que más interesa para el tema que estamos tratando, hay que decir que gozó durante muchísimos años en Argentina de un virtual estado de anomia. Es decir, las leyes nada decían sobre ella. Argentina fue así (y en realidad presume que lo sigue siendo) una suerte de paraíso para quienes quisieron producir artificialmente embriones humanos, experimentar con ellos o comercializarlos. El único intento que se hizo para poner algo de control judicial y, a través de él, proteger a los embriones congelados en la ciudad de Buenos Aires, fue obra del empuje y compromiso de Rabinovich Berkman, a través de una causa que lleva su nombre y en la que, lamentablemente, la Justicia no pudo alcanzar el resultado deseado.

En el año 2013 se sancionó la ley nacional 26.862 de “reproducción humana asistida”. La finalidad de la ley, según surge de su mismo texto, es garantizar el acceso integral a la fecundación artificial a todo aquel que lo requiera. “Acceso integral” tiene un doble sentido: económico, por un lado, porque todos los centros de salud –públicos y privados– tienen la obligación de incorporar las técnicas de fecundación entre sus prestaciones y brindar una cobertura integral; e irrestricto, por el otro, en cuanto el único requisito para solicitar el tratamiento es la mayoría de edad. El estado civil y la orientación sexual, se dice expresamente, no deben representar ningún límite.

Es decir, que desde su comienzo la norma asume la licitud de la fecundación artificial y todo lo que necesariamente conlleva (selección y descarte de embriones, criopreservación, posterior muerte de los embriones congelados que no se implanten).

Hay que señalar que la ley menciona, entre otras, técnicas que incluyen la “donación de embriones”.

Ahora, como los seres humanos no pueden ser objeto de donación habría que conjutar que: o la ley no considera que los embriones humanos sean seres humanos, o considera que son seres humanos pero de una categoría distinta.

Por fin, debemos considerar el nuevo Código Civil. La norma central para nuestro tema está, sin dudas, contenida en el artículo 19: “la existencia de la persona humana comienza con la concepción”. Sin embargo, la ley 26.994, que es la que aprueba el Código, establece en su artículo 9º, en calidad de norma transitoria correspondiente al mencionado artículo 19, la siguiente: “La protección del embrión no implantado será objeto de una ley especial.”

Nuevamente nos encontramos con la creación de dos categorías de seres humanos: los embriones concebidos y los embriones no implantados. De lo que se sigue que, para el Código Civil, concepción quiere decir implantación.

Los embriones no implantados no son entonces personas. Pero recordemos que según la Convención Americana sobre Derechos Humanos, de jerarquía constitucional, persona es todo ser humano, por tanto, los embriones no implantados no son seres humanos. Pero, si no son seres humanos, ¿qué son? Y además, si fuera así: ¿por qué hay que protegerlos?

Podemos encontrar un intento de justificar esta categorización de los seres humanos en un artículo escrito por uno de los autores del proyecto de Código Civil. Leemos: "hay que hablar sin eufemismos, decir que los embriones in vitro son personas implica prohibir la técnica de criopreservación, cuya consecuencia directa es eliminar la práctica de las técnicas de reproducción humana asistida, pues el efecto necesario es que los embriones no se pueden usar en un segundo intento, lo que supone que hay que implantarlos todos de una vez, con grave riesgo para la salud de la madre".

El razonamiento es llamativo: quiero que se pueda practicar la fecundación in vitro. Pero ésta supone la criopreservación de embriones. Congelar personas es ilícito. Por lo tanto, establezco legalmente que los embriones producidos a través de la fecundación in vitro no son personas.

Se trata de un argumento filosóficamente utilitarista pero llevado a un grado extremo: recrear la realidad para poder justificar mi voluntad (o la supuesta voluntad popular, o los intereses de quienes sean).

Como consecuencia esperable de esta creación legal, en noviembre de 2014, la Cámara de Diputados aprobó un proyecto de ley para la protección del embrión no implantado que legaliza el descarte, la criopreservación, la destrucción y la utilización de embriones para experimentación. El proyecto fue objeto de un dictamen de nuestra Academia que pone de manifiesto su inconstitucionalidad. No ha sido aún tratado por el Senado.

En síntesis final: nuestro ordenamiento jurídico protege con todo rigor y claridad a las personas en su etapa prenatal, tanto embrionaria como fetal. En los últimos años han aparecido normas de distinta jerarquía (Código Civil, ley de reproducción humana asistida, protocolos para atención de abortos no punibles) y jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia que vulneran gravemente los derechos humanos de las personas en la etapa prenatal. Tanto el aborto entendido, en determinadas circunstancias, como un derecho; como el descarte y el congelamiento de embriones, tienen como fundamento implícito la creación de categorías de seres humanos con distintos niveles de derechos, o la negación del carácter de humanos o de plenamente humanos de ciertos seres originados en la fecundación de un óvulo por un espermatozoide. Se trata, entonces, de una concepción jurídica prometeica que no sólo no respeta la realidad objetiva de las cosas sino que supone que es la ley la que crea la realidad.

Ciertamente, no puedo menos que decir que todo esto es abiertamente contrario a nuestra Constitución Nacional.

Quisiera terminar con la frase que acuñó Gonzalo Herranz en una famosa conferencia de 1993, y que considero que debería ser motivo de permanente reflexión: "Hay razones para sospechar que en buena medida el destino de la humanidad vendrá fuertemente determinado por la respuesta a la pregunta de si el embrión humano es una cosa, un hombre o una entidad intermedia todavía por definir. La noción que termine imponiéndose fijará el tono moral de la sociedad del futuro. Determinará, a fin de cuentas, las relaciones interhumanas".

**ASPECTOS ÉTICOS EN LA FORMACIÓN
DEL PERIODISMO CIENTÍFICO**
Acad. Nelson Castro

La conferencia de recién ha sido el preludio ideal para que comparta con ustedes aspectos fundamentales, yo celebro esta conjunción entre la Academia de Medicina y la Academia de Periodismo y el abocarse con seriedad a un tema clave.

Desde hace muchos años para el mundo de la ciencia, terminó siendo algo tabú permitir la presencia en los medios de estos temas de ciencia, de profesionales, de científicos, de médicos. Se asoció en algunos casos a algo desprestigiado y siempre sostuve que esto fue algo nocivo porque terminó dando origen a dos aspectos fundamentales: primero, un vacío de información importante que hoy por hoy tiene como era ayer, un impacto fuerte en la sociedad y el segundo tema, es que este vacío es de enorme perjuicio para la sociedad porque todos los temas son importantes, pero si la sociedad, el común de la gente hace un proceso de una situación detallada de física cuántica va a poder continuar con su vida; en la medicina es distinto. La medicina tiene un efecto directo sobre cada uno de nosotros. La vida es nuestro bien sagrado y, por lo tanto, todos los temas que tienen que ver con las ciencias médicas desde sus aspectos básicos, hacia sus aspectos clínicos son de interés para todos, porque tienen que ver con el tema prioritario para cada uno de nosotros: "La vida"; por ende, cómo no estar presente en los medios de comunicación, cómo no abocarnos a este tema que significa la calidad de la información científica, en este caso médica, en los medios. Si lo que allí se informa genera no sólo expectativas sino conductas por parte de la gente y no hace falta explicar cuando hay una novedad científica, la respuesta de la gente es inmediata. Se comunica con el medio para saber más, para ver cómo se acerca a esos profesionales, a ese grupo de estudiosos, a ese centro de información porque lo que allí se informó es crucial para su vida. Por lo tanto, la formación del periodista científico es un rubro de especialización muy importante en la tarea del periodista. Y allí entonces, se dan dos aspectos importantes, primero, quién lo hace, porque el periodista debe conocer todos los aspectos fundamentales que hace a la profesión y al oficio. Así como pasa en la medicina, el periodismo tiene parte de profesión y parte de oficio. Es importante que el periodista tenga el concepto de la idea del chequeo, de la formación, del manejo de la fuente, de la rigurosidad, de la curiosidad de saber cómo encarar un interrogatorio, de saber cómo debe trabajar el tema, cómo debe redactarlo, cuáles son los aspectos del lenguaje de cada uno de los medios, de la radio, de la televisión, la gráfica, la Internet... Tienen que saber su extensión, la forma cómo impacta hoy a un público que tiene una demanda de creciente cantidad de información, en menos tiempo. Todo eso exige el conocimiento del profesional metodológico del periodismo, pero junto con eso exige el tema de la especialización. Y ésta es una de las gamas de gran representación del periodista pero con visión de periodista, ¿por qué? Precisamente por la inmanencia de los temas que estamos tocando, la inmanencia de los temas que tiene consecuencias individuales, sociales, económicas y políticas. Por ende, es importante que el periodista que trabaja en ciencias, tenga realmente

la dimensión de aquello que va a informar, no solamente de sus consecuencias, sino un enfoque global de lo que hace. El periodista cuando informa y lleva una información masiva, entonces puede tener esta connotación que tal vez quien va a ser el dador de la información, el generador, no tenga su dimensión adecuada. Y esta visión del periodista es una enorme ayuda para la ciencia. La ciencia, en el caso de la medicina, hoy no puede prescindir de los medios de comunicación. Quien no lo comprenda así no está viviendo el mundo actual. Hoy se da en el mundo de las publicaciones científicas, publicaciones donde se ha adoptado la idea de que, efectivamente, todo lo que comunican tiene impacto social y, por lo tanto, hoy trabajan con un grupo de editores destinados a llevar esa información a los medios masivos. Así como están los editores propios de la Revista Científica, están aquellos que entienden que por la importancia de esta revista capital en el desarrollo de la información médica, esa información deben bajarla los medios adecuadamente preparados a cargo de estos periodistas. Muchas veces nos pasa, en este verdadero desafío que se tiene, que no todos los medios, no todas las estructuras empresariales tienen noción de esto. Quiero alertar sobre esto, porque hay una visión crítica de cómo la ciencia se ha relacionado con lo mediático en una forma parojoal, en relación de la ciencia médica. Así también en los medios es un problema, por dos situaciones: Primero, porque la formación del periodista científico no se encara, muchas veces, con la seriedad adecuada (y celebro esta reunión conjunta de la cual espero, puedan surgir tareas de acción porque lo valioso de todo esto excede a una conferencia, lo que aquí se hable tiene valor en cuanto a cursos de acción a seguir en pos de lograr la formación de periodistas científicos, hay y muy buenos, con mayor rigor y con mayor sistematización); segundo, así como hay medios que tienen incorporados a los periodistas científicos como parte de su staff, hay otros que no, y uno nota rápidamente cuál es esta dimensión. Hay una banalización a veces de esta sección especial del periodismo que me parece muy peligrosa porque tiene consecuencias directas y cuando quien se dedica a esto no tiene la formación del conocimiento, tampoco tiene la posibilidad de conocer el medio en el cual va a actuar. La presencia del periodista científico asegura que él tenga los antecedentes, que le permita evaluar no solamente los trabajos que va a considerar, sino las personas, que son las que esgrimen o son portadoras de esas novedades. Esto es clave cuando uno lo habla teóricamente, uno dice ¿qué querrá decir?

En la Argentina hay un caso paradigmático que debería ser motivo de estudio conjunto, cuando se habla de la necesidad de un trabajo conjunto en formación entre las escuelas científicas, las organizaciones científicas y periodísticas. En la Argentina tuvimos el episodio de la crotroxina, éste debería ser un caso de estudio en las facultades y también en las organizaciones académicas, no solamente de periodismo sino de medicina. La crotroxina es un ejemplo típico en el cual se observó la presencia de aventureros de la medicina y aventureros del periodismo y miren ustedes lo que generó si viéramos lo que sucedió 30 años atrás. Entonces cuando hablo de la enorme importancia que tiene la formación sobre el periodista que vaya a hacer ciencia, la enorme responsabilidad de las asociaciones científicas de abrirse a esto, lo pongo con este ejemplo; en aquel momento hubo quienes en organizaciones científicas serias, responsables, respondieron con el silencio, cuando se dieron cuenta de la dimensión de lo que tenían, ya era tarde.

Por ende, ustedes se darán cuenta del daño enorme que produce esta conjunción de ausencia, yo diría de trabajo común entre las organizaciones científicas y los medios con periodistas científicos formados.

La necesidad de comprender lo que está pasando hoy con los medios, es algo complejo. Hoy los medios están atravesando un período de información tecnológica, o lo está atravesando la ciencia. El fenómeno de la Internet y todas sus derivaciones y el fenómeno de la tecnología con toda su implicancia, nos pone en la realidad de una sociedad que tiene al alcance de la mano una enorme cantidad de información, tiene entonces un problema: ¿cómo decodificarla?, y por supuesto, interpretarla es fundamental para que la información útil llegue con ese concepto de utilidad y no se pierda en la catarata de otras informaciones que pueden ser secundarias. Esto refuerza este concepto de necesidad de formación del periodista en la ciencia y esta necesidad de las organizaciones científicas de buscar este acercamiento con los medios porque es la única manera de que en esta selva de información, la información útil sea la que prevalezca y la sociedad reciba la información que la oriente y no la desoriente. Es un desafío fuerte en este mundo en el cual la idea de que todo debe ser ya y ahora, no hay límites, es parte ya de nuestra cultura. En la medida en que lo logremos, vamos a tener beneficios para la sociedad. En la medida que lo logremos, más el trabajo serio de la ciencia, tendrá el impacto necesario sobre la sociedad. En la medida en que no lo logremos, mucha gente no sería, va no solamente a enturbiar el trabajo de la gente seria, sino que va a producir daños que ninguno de nosotros quiere para nadie. Quería compartir con ustedes estas reflexiones, con la esperanza de que produzca un trabajo conjunto que nos acerque a esto que tanto para la ciencia como para quienes trabajamos en los medios, es el ideal, que es el bien común.

Muchas gracias.

LÍMITE ÉTICO A LA MANIPULACIÓN GENÉTICA

Prof. Dr. Jorge Luis Manrique



Agradezco la invitación para participar de esta reunión a la que concurro en lugar del Presidente del Consejo Académico de Ética en Medicina, Dr. Daniel Chaves, hoy ocupado con cuestiones de salud familiares.

Comparto, para comenzar, un detalle de "Descubrimiento", escultura erigida en Abington Street, Northampton, ciudad nativa de Francis Crick, uno de los investigadores que imaginara y describiera la estructura del ADN.

Me permito invitarlos a recorrer los límites éticos a la manipulación genética desde el punto de vista pedestre, vulgar, a la manera de un humilde *Homero Simpson*. Desde allí, definiremos algunas cuestiones, recordaremos hitos sustantivos relacionados con clonación y transgénesis, observaremos las propuestas que formula la disciplina y cuáles son los desafíos éticos que enfrenta en busca de alguna conclusión.

Definiciones

La genética es el capítulo de la ciencia que estudia los genes y los mecanismos que regulan la transmisión de los caracteres hereditarios. Toda la información que nos define, el software de lo que somos ahora y seremos después está cifrado en el ácido desoxirribonucleico (ADN) y contenido dentro del núcleo celular. El gen es un segmento de ADN cuyo código determina la síntesis de una proteína en

particular y que participa del programa destinado a llevar a cabo alguna función específica. El genoma es el conjunto de genes.

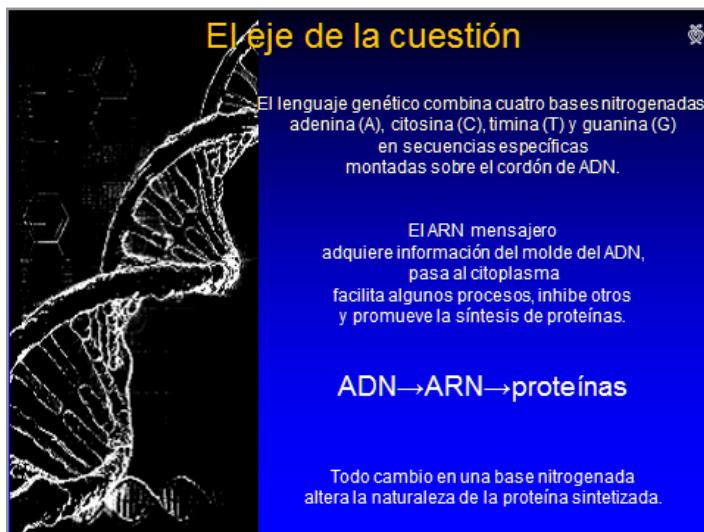
Algunos hitos históricos



Gregor Johann Mendel (1822 - 1884) era un monje agustino que estudió el crecimiento y desarrollo de un tipo de poroto (*Pisum sativum*) y en 1865 sugirió y publicó, por primera vez, las leyes de la herencia. Quedó olvidado hasta 1900 cuando De Vries y otros investigadores se interesaron en experiencias de este orden y redescubrieron lo dicho por Mendel. La cuestión genética despertó escaso interés y quedó adormecida hasta 1944. Entonces, Avery y otros, descubren y describen un “algo” dentro del núcleo celular al que categorizan químicamente. Lo denominan ADN. Los estudios se aceleran y multiplican. James Watson y Francis Crick, apoyados en distintas investigaciones, proponen en 1953 el modelo de doble helicoide o doble escalera. Suponen que la molécula de ADN está constituida por dos bandas enlazadas de desoxirribosa y fosfato que se comportan como los lados de una escalera de caracol donde aparecen como travesaños de la estructura cuatro compuestos nitrogenados (adenina, guanina, timina y citosina), ordenados de manera diversa pero específica.

En la década del ‘70 al ‘80 emerge la ingeniería genética que abre las posibilidades de estudio del genoma humano. En 1999 comienza el Proyecto Genoma Humano, que se completa en 2001. Aparecen desde entonces y a nivel internacional grupos que se ocupan de estudiar las consecuencias éticas, jurídicas y sociales de la cuestión.

El eje de la cuestión



El lenguaje genómico está escrito con 4 bases nitrogenadas, combinadas en diverso orden y unidas al eje de desoxirribosa nuclear. El ácido ribonucleico (ARN) mensajero, componente proteico específico, toma el mensaje inscripto del ADN nuclear y lo transcribe hacia el citoplasma. Así, se transmite desde el núcleo la información que da individualidad a la célula y procede a crear proteínas específicas con las que la vida continúa. El eje central de la cuestión apoya en la secuencia ADN – ARN – proteínas. Cualquier cambio en la base nitrogenada o en su ordenamiento, ocasiona modificaciones en la proteína sintetizada.

Ingeniería genética

La ingeniería genética es un conjunto de técnicas que permite alterar, modificar o introducir información genética dentro de la estructura celular de un ser vivo. Utiliza mecanismos similares a los de quien toma la imagen o el molde de la llave para lograr una copia capaz de abrir una cerradura. Entre otros mecanismos, se sirve de enzimas del tipo de la transcriptasa inversa, capaces de tomar moldes estructurales del ARN del citoplasma y conseguir la imagen del ADN correspondiente por medio de procesos similares al vaciado utilizado para reproducir esculturas o relieves. La imagen obtenida se introduce en algún vector (habitualmente un virus) y por este medio se instala la información pertinente en el núcleo celular. Así, se modifica el mensaje genético, se manipula el genoma.

Manipulación genética

Manipulación genética

Manipular:
Operar con las manos o con cualquier instrumento.
Trabajar demasiado algo, sobarlo, manosearlo.
Distorsionar la verdad o la justicia al servicio de intereses particulares.



Permite la clonación y las acciones transgénicas

Ningún término es inocente

Manipular es, según acepciones aceptadas por los diccionarios, operar con las manos o con cualquier instrumento, trabajar demasiado algo, sobarlo, manosearlo o distorsionar la verdad o justicia al servicio de intereses particulares. Los tres sentidos engloban o pueden englobar a la manipulación e ingeniería genética en cuanto implican acciones del hombre que alteran lo que se producía en forma natural. La ingeniería genética permite la clonación y habilita las acciones transgénicas.

Clonación y transgénesis

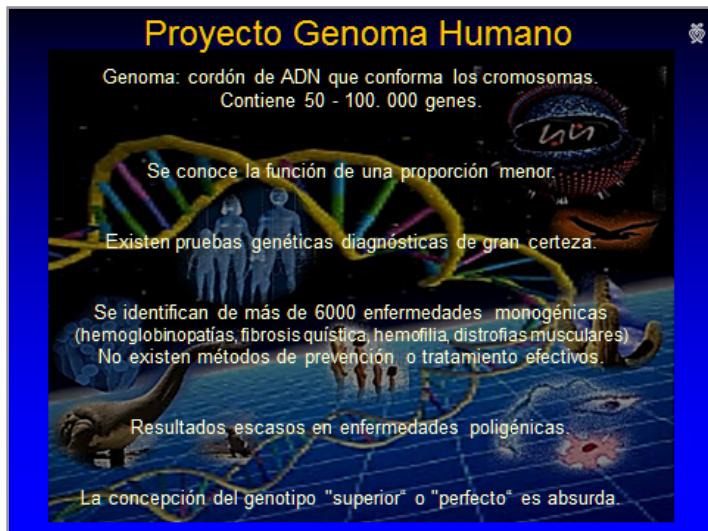
La clonación es el proceso por el cual se producen múltiples copias exactas de células o incluso de seres vivos genéticamente idénticos. En seres humanos se la utiliza en distintas instancias de la reproducción asistida como diagnóstico preimplantatorio. En el futuro podría constituirse en fuente de órganos y tejidos de recambio y eventualmente satisfacer deseos de continuidad de algún sujeto. En animales ya se utiliza para generar grupos especiales portadores de condiciones específicas (producción, tamaño...), individuos genéticamente iguales para investigación, para efectuar estudios sobre diferenciación celular y para producir algunos animales transgénicos.

La transgénesis parece muy extraordinaria. Les recuerdo que diariamente comemos alimentos transgénicos. El procedimiento combina diversos orígenes genéticos y crea o intenta crear nuevas especies buscando lograr rasgos convenientes. Se han logrado resultados con combinaciones **vegetal-animal**.

humano (proteínas humanas que producirían vacunas comestibles como los de hepatitis B, cólera y diarrea); **animal-animal** (órganos de cerdo útiles para trasplantes humanos); **animal-humano** (material para sustitución o reemplazo de piel, cartílagos o válvulas cardíacas). Se han producido proteínas terapéuticas (anticuerpos monoclonales) para tratar desórdenes auto-inmunes.

Algunos logros han sido muy útiles y otros parecen fútiles, por ahora. De todas formas, muestran que son posibles. Cabe establecer hasta dónde debe permitirse lo posible. La cuestión, merece análisis.

El proyecto Genoma Humano



Cuando se planteó, parecía una hipótesis demasiado pretenciosa. Sin embargo, en algo más de 10 años se logró un mapa completo del genoma humano. Aunque existen pruebas genéticas que exhiben gran certeza, se conoce la función de una proporción menor de los genes y aún no es posible intervenir a todos los niveles. Hasta hoy se identificaron unas 6000 enfermedades monogénicas donde un gen enfermo determina la presencia de enfermedad. Lamentablemente, la mayoría de estas alteraciones carecen, por ahora, de tratamiento. El resto de las patologías demostró carácter poligénico: exhiben varios genes alterados y no siempre son coincidentes. Cuando alguien supuso o imaginó la posibilidad de generar o establecer un genotipo superior o perfecto se equivocó de medio a medio: esto no existe.

La ingeniería genética puede actuar al comienzo, en el transcurso o aún en el final de la vida.



Al comienzo de la vida se aplica en exámenes preconceptivos como consejo genético, en distintos momentos de la reproducción asistida, en el examen prenatal preimplantatorio, en la secuenciación del genoma humano y en la clonación humana reproductiva y terapéutica. Durante la vida puede actuar como instrumento de la medicina predictiva, de la terapia génica actuando sobre células somáticas o aún germinales, ofrecer órganos para trasplantes, en clonación humana reproductiva y terapéutica, en estudios de fármaco y tóxico genómica, en aplicaciones terapéuticas de células estaminales generadoras de nuevos tejidos sanos. Al final de la vida se propone intervenir en los fenómenos de apoptosis con lo cual se alteraría el “reloj biológico” de la especie.

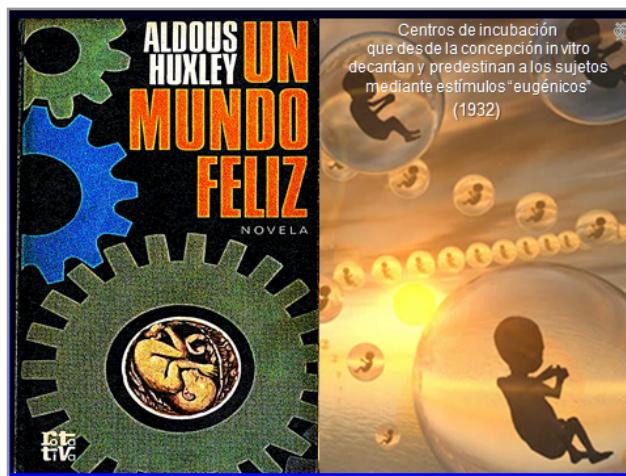
Ciencia y tecnología

Las ciencias son conjuntos de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales. La ciencia pura es el estudio de los fenómenos naturales y otros aspectos del saber por sí mismos, sin tener en cuenta sus aplicaciones. La tecnología está constituida por un conjunto de teorías y de técnicas que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico. El epistemólogo y filósofo Mario Bunge estima que la ciencia es neutral en cuanto a la acción y por tanto, es moralmente inocente, mientras que la tecnología, que actúa y se aplica, es susceptible de juicio ético y por tanto de culpabilidad moral.

Anecdotario de ciencia y técnica genéticas

Entre las novedades genéticas registradas (hasta hoy) se cita la producción de insulina a través de una bacteria con genoma modificado que resultó utilizable en humanos. El nacimiento de Louise Brown, primer bebe de probeta ocurrió en 1978 y la clonación de la oveja Dolly en 1996. El cruce ocasional de dos primates pertenecientes a distintas especies dio lugar en 1998, al nacimiento de un individuo de características diferentes y desconocidas hasta entonces que resultó estéril. Dos científicos que no acordaban con estas hibridaciones propusieron patentar un humancé, eventual producto transgénico de humano y chimpancé. No obtuvieron el permiso (ni la patente) pero pusieron sobre el tapete la cuestión y alertaron a la sociedad toda respecto del tema. En 2002, la combinación transgénica de cabra y araña permitió producir leche dotada de proteínas a partir de las cuales se logró sintetizar una fibra varias veces más fuerte que el kevlar (hoy usado para confeccionar chalecos antibala): se la denominó BioSteel® y con él se produjeron tejidos e hilos utilizables para medicina y cirugía.

¿Se equivocaba Aldous Huxley?



En 1932, cuando aún no se soñaba siquiera la posibilidad de manipulación genética, Aldous Huxley (1894-1963), imaginó “Un mundo feliz”. La asombrosa anticipación del novelista, filósofo, visionario y pionero de la psicodelia, genera escalofríos hasta nuestros días. Describe centros de incubación de embriones humanos donde desde la concepción “in vitro” se decantan y predestinan a los sujetos utilizando técnicas de ingeniería y aplicando estímulos eugenéticos. Huxley aseguraba que “...los científicos y los tecnólogos, en virtud de su saber, han adquirido el inmenso y creciente poder de dirigir y cambiar el mundo” (Literatura y Ciencia, Edhasa, Barcelona, 1964).

Ofertas de la ingeniería genética

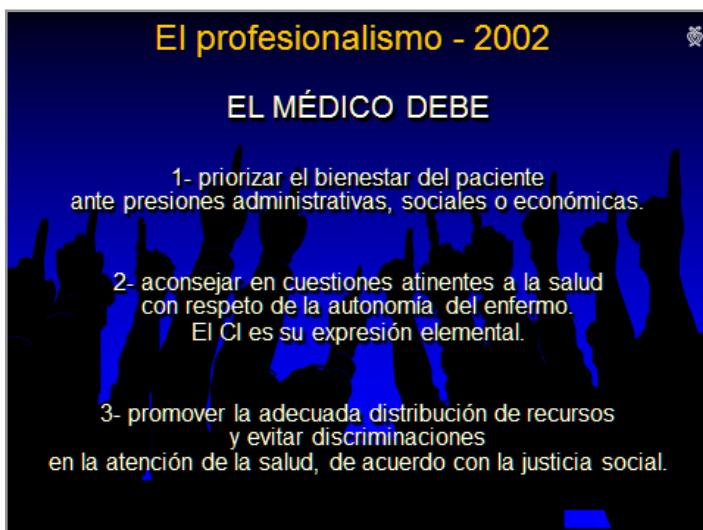
Hoy, se abren formidables perspectivas diagnósticas y terapéuticas con aportes que conciernen a la vida y a la muerte. Dado que, potencialmente, se puede disponer del ADN, el mercado ofrece ofertas compatibles con un "sujeto delivery": ¿qué desean los señores padres?; ¿cómo quieren que sea el que viene?; ¿hombre o mujer, rubio, flaco, alto, deportista, estudioso, pensador, activo? La ingeniería genética posibilita todas estas propuestas, pero, ¿qué debemos hacer?

Las incertidumbres

Se plantean multiplicidad de incertidumbres: el derecho a saber o no saber, el resguardo de la confiabilidad, la discriminación por razones genéticas, la apropiación de material genético, los planteos eugenésicos, la creación de bancos de gametos, la experimentación con embriones humanos "sobrantes" (no implantados), el uso de "vientres de alquiler" y los derechos y obligaciones que tal cosa genere, la pérdida de la diversidad biológica por selección, la fecundación entre especies y la eventual creación de quimeras.

Una visión jánica

A mi juicio, la situación actual exige analizar experiencias del pasado y proyectar las posibles consecuencias de las acciones por adoptar. El médico, como profesional, promete cumplir con una serie de obligaciones, entre las que destaca aconsejar en cuestiones atinentes a la salud, presentes y futuras (The Physician Charter on Medical Professionalism, Ann Intern Med 2002;196:243-246)



El desarrollo científico produjo grandes avances. Se ignoran las secuelas posibles de la aplicación de los avances tecnológicos. En "Los hombres vanos" (The hollow men) el poeta estadounidense T.S. Eliot (1888 – 1965) dice: "Entre la idea y la realidad, entre el movimiento y el acto,... entre la concepción y la creación, entre la emoción y la respuesta,... entre el deseo y el espasmo, entre la potencia y al existencia, entre la esencia y el descenso, cae la sombra,... y así termina el mundo: no con una explosión sino con un gran gemido.



La investigación biomédica ha registrado excesos y algunos son realmente vergonzosos. Por citar sólo algunos casos de una larga lista disponible para quien deseé revisarla (Human Experiments: A Chronology of Human Research by Vera Hassner, <http://www.ahrp.org/history/chronology.php>), recordemos las experiencias de Walter Reed con la fiebre amarilla (1900), el experimento de Tuskegee registrando la historia natural de la sífilis sin tratamiento en personas de raza negra (1932 – 1972), la experiencia efectuada en Willowbrook (1950 - 1972) donde se indujo hepatitis en niños con retraso mental para procurar una vacuna o el caso del Jewish Chronic Disease Hospital (1962 – 1964) donde se inyectaron células neoplásicas vivas para "descubrir cómo combatían las personas la invasión de la enfermedad". Todos estos hechos ocurrieron en el transcurso del siglo XX. "Los sueños de la razón producen monstruos", Francisco de Goya (1746 - 1828) hace un par de siglos. Lo citado lo confirma.



El ethos de la ciencia

La ciencia actual incluye entre sus imperativos el compromiso con la objetividad, la disposición a compartir el conocimiento con los que lo deseen y el escepticismo fundado para analizar cualquier nuevo hallazgo. El concepto moderno de responsabilidad ética exige observar la realidad, considerar las consecuencias a largo plazo y aplicar principios éticos que satisfagan los valores. La situación no es diferente a la que se debería plantear ante cuestiones ambientales o nucleares.

Valores en danza

El gen se ha convertido en materia prima de industrias en ingente desarrollo. La axiología dominante prioriza lo crematístico y, ante esta realidad, cabe un llamado de atención severo y que comprometa a todos como miembros de la sociedad. Las universidades se han convertido en empresas del saber orientadas a lograr rendimiento económico y no a lograr el conocimiento como tal. Las miradas escépticas ante estos dichos desaparecen al saber que la mayoría de las patentes genéticas pertenece a las universidades (Jürgen Habermas, Conocimiento e interés, Ed. Taurus, Madrid, 1983). Parece haber desaparecido el deseo desinteresado de saber. Las legislaciones tratan de adecuarse a las realidades pero muchas olvidan principios éticos y jurídicos fundamentales (Axel Kahn, *Et l'homme dans tout ça?* Paris: Nil Editions, 2000: 13). Quienes estemos presentes en los años por venir habremos de asumir las consecuencias de nuestras acciones actuales.

Un dilema reiterado ante los avances tecnocientíficos

Definir (y decidir) si todo lo que es técnicamente factible honra valores morales y éticos plantea dilemas cotidianos. En respuesta a lo acontecido y comentado y con la intención de poner algún orden en estas cuestiones, los Estados Unidos de Norteamérica reunieron en 1974 una Comisión Senatorial a la que encargaron definir "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación". La imagen del hombre experimentando con un semejante, fue el pilar fundamental de este movimiento. Surgió la moderna bioética, definida como estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de valores y principios morales (Warren T Reich, Encyclopedia of Bioethics, The Free Press, Macmillan Publ. Co, 1978). Desde entonces, se insiste con frecuencia creciente (al menos en lo declamatorio) en la dignidad del ser humano. Los derechos humanos nacen del reconocimiento del ser humano como individuo y de la humanidad como especie y se propone como atributos jurídicos aplicables a todo hombre por el solo hecho de serlo y sin ningún otro condicionamiento (Adela Cortina, Ética sin moral, Madrid, Tecnos, 1995).

¿La genética, es una nueva caja de Pandora?

Destacados pensadores afirman que hemos descubierto el lenguaje con el que Dios crea la vida, el mapa más importante producido por la humanidad, que permitirá cambiar para siempre el curso de la medicina. La duda primaria concierne al pre-embrión, pero aún actuando sobre células somáticas, son posibles los efectos adversos sobre el genoma.

Se acepta que se es libre de actuar o no hacerlo, cuando hay obligación dudosa fundada en hechos dudosos. La obligación dudosa pierde tal condición cuando el hecho dudoso puede dañar a terceros. ¡La fisión del átomo es un buen llamado de atención! Si para el resto de los académicos de otras disciplinas esto no entrara en sus obligaciones, si lo es, para el médico y no hay ninguna opción de correrse.

Los límites de la genética

Sin duda, el conocimiento del genoma y la terapia génica son novedades positivas. El saber no sólo no ocupa lugar, sino que no hace daño. Es juicioso tomar en cuenta la aplicación tecnológica actual y su proyección futura. El balance riesgo / beneficio exige precaución extrema cuando se manipulan células germinales, tomar medidas específicas cuando tratan embriones humanos, ofrecer privacidad y respeto ante el deseo de saber o no saber resultados de pruebas genéticas específicas y cuidar con celo sustantivo todo intento de clonación. Estas cuestiones demandan custodia de los derechos a la igualdad y también a la diversidad.

Acordamos en que no puede ni debe detenerse el avance de la genética, pero debemos subrayar que lo que se haga merece suma atención. ¡Está en juego el futuro de la especie humana! (Hans Jonas, Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad. Ediciones Paidós Ibérica, 1997).

Status moral y legal del embrión

Mientras se siguen discutiendo cuestiones más complejas y fantasiosas, debemos recordar que la crioconservación ha creado una categoría antes inexistente de seres humanos y abierto un nuevo capítulo de dilemas. La naturaleza de los embriones y de las propuestas sobre su destino no se ha definido. ¿Corresponde ofrecerles el trato de personas, de personas potenciales o de células aisladas? ¿Están vivos? ¿A quién o quiénes pertenecen? ¿Quién debe mantenerlos y hasta cuándo? ¿Qué derechos les caben? ¿Pueden heredar o testar? ¿Pueden ser usados para investigación? Si no son para nadie, si para nadie existen, ¿por qué lo son para la investigación? ¿Son objetos? ¿Qué valor les concedemos?

Inconclusión

Asegurar que la cuestión está resuelta es mentir.

¡Hay demasiados interrogantes sin respuesta!

En “Antes del fin”, Ernesto Sábato (Colección Booket, Seix Barral, Barcelona, 2002) observó: “La humanidad ha recibido una naturaleza donde cada elemento es único y diferente. Ningún animal fue idéntico a otro. Todo hombre fue misteriosa y sagradamente único. Ahora..., está al borde de convertirse en un clon por encargo: ojos celestes, simpático, emprendedor, insensible al dolor o preparado para esclavo. Engranajes de una máquina, factores de un sistema, ¡qué lejos, de cuando los hombres se sentían hijos de los Dioses!”.

La genética espera su marco ético moral.

El desafío está lanzado.

¡Debemos enfrentarlo!

MUERTE DIGNA EN NEONATOLOGÍA¹

Acad. A. Miguel Larguía²

Ley de Muerte Digna

O.D-Nº 62/12. Modificación de la ley que regula los derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud.

Introducción

Dice la ley: "Autonomía de la voluntad: El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos éticos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría o produzcan un sufrimiento desmesurado".

Este texto de la Ley de Muerte Digna, no es en su marco teórico aparentemente aplicable a las personas recién nacidas. Sin embargo, ellas por su condición de vulnerabilidad también tienen derechos en relación a la finalización de su vida.

Antes de referirnos a ellos, debemos señalar que el derecho a la vida es el primero y más importante para las personas recién nacidas, que deben ser asistidas adecuadamente en los servicios asistenciales que cumplan los requisitos para garantizar esta condición. Asimismo, el derecho a recibir tratamientos paliativos, deben llevarse a cabo con el compromiso y la máxima responsabilidad que corresponde a toda persona enferma y/o en riesgo de morir. Finalmente, todo paciente y no solamente los recién nacidos asistidos en unidades de cuidados intensivos, tienen otro derecho más, tan importante como los anteriores que es el de estar siempre acompañados por su familia.

¹ Editorial; Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2012;31(3)

² Académico Titular; Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

Fortalecimiento de la comunicación con los padres de niños recién nacidos en riesgo de morir

Una situación especial se presenta cuando el niño recién nacido 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 terapia intensiva neonatal (UTIN) responden a desafíos cada vez mayores, dirigiendo todos los esfuerzos para impedir que la muerte se produzca.

Sin embargo, enfermar gravemente o morir ocurren inexorablemente en los servicios de urgencia ya que estas posibilidades son inherentes a la condición humana.

Más que nunca la información a los padres deberá ser brindada de manera oportuna, ya que todo acto médico debe ser informado previamente en tanto la práctica asistencial se dirige a un paciente que carece de autonomía.

Los médicos, las enfermeras y el resto del equipo de salud en contacto con las familias de los recién nacidos internados en UTIN, son agentes clave para detectar dificultades en el proceso de vinculación, así como crisis de ansiedad, cuadros depresivos o de angustia de los padres, producto de internaciones neonatales cada vez más invasivas.

Principios generales de la comunicación en situaciones críticas

- Escuchar las inquietudes de los padres y familiares alentándolos a que efectúen preguntas y expresen sus emociones. Ser respetuosos y comprensivos de las mismas.
- Usar un lenguaje sencillo y claro y comprobar que lo transmitido ha sido comprendido.
- Referirse al niño por su nombre en todo momento y no por su patología.
- Proponer a los padres que reciban en brazos a su hijo, retirándolo transitoriamente de la incubadora si allí estuviera (Intervención contacto piel a piel).
- Respetar las creencias y las costumbres culturales y religiosas de las familias.
- Adecuar el pronóstico a la realidad del paciente y a los resultados del servicio en casos comparables.

La muerte del Niño Recién Nacido

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 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 continuar con tratamientos invasivos, frecuentemente dolorosos y asociados al uso de compleja tecnología, cuando las posibilidades de sobrevida son racionalmente nulas.

Aun aceptando que, reunidos todos los estudios de diagnóstico de situación, la medicina y, por lo tanto, los agentes de salud pueden no estar en condiciones de asegurar con infalibilidad la posibilidad de morir siempre se puede asumir cuando no existen condiciones para mejorar y/o volver a una situación mejor que la actual. En estos casos, en consenso, los médicos a cargo y los responsables de la conducción del servicio asistencial, deben proponerse continuar con un tratamiento “compasivo”. Se entiende como tal el que, sin retirar los recursos asistenciales vigentes, los minimiza, discontinuando los procedimientos dolorosos y utilizando analgésicos.

Cuando las condiciones emocionales de los padres lo hacen posible (aceptación de la realidad y confianza en la información recibida), es factible silenciar las alarmas de los monitores, manteniendo los accesos endovasculares y la asistencia respiratoria mecánica aunque sea con parámetros mínimos.

Este procedimiento, que impresiona como contrario al juramento hipocrático o a los intereses del paciente, no es tal cuando se entiende que la muerte, cuando es inevitable, también debe ser respetada en su dignidad.

Los padres expuestos a esta intervención, casi siempre final, participan con dolor al tiempo que recuperan su rol protagónico de padres.

Posibilitar la muerte de estos hijos en brazos de sus padres es comparable a la propuesta para los adultos de “morir en casa”.

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.

La muerte no marca el fin de las responsabilidades de los agentes 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, facilita el inicio de este trabajo de duelo, amortiguando las dos primeras etapas conocidas como la de negación y de enojo.

CIVILIZACIÓN Y RESPETO A LA MUERTE

Dr. Armando García Querol

“...no te rías, no llores, trata de entender...” B. Spinozza

“...hay una íntima relación entre el no pensar y el mal...” E. Valiente Noailles

“...la paradoja está siempre cerca de la verdad...” R. Twycross.

“...En el Espíritu de Dios, cuidar y vivir son la misma cosa.” H. Nouwen.

a) Del sentido de nuestro encuentro.

Se trata de compartir una reflexión entre pares. Nos une humana y profesionalmente un llamado. Una vocación por dar respuesta, ante la presencia misteriosa del sufrimiento en nuestras vidas.

Desde mi condición de médico, compartiendo la experiencia vivida en la creación de un hospice que me permitió, junto a voluntarios, enfermeras y colegas, acompañar durante 8 años a más de setecientos pacientes, en su última etapa.

Así íbamos aprendiendo de nuestros pacientes, a ser parte de la trama, siendo parte de su tejido, hacia un destino inexorablemente compartido.

Es mi intención también servir a la mirada de la interdisciplina, que tanto ayudó en el camino de buscar sentido en el camino elegido.

De esto se trata de suscitar el pensamiento creativo, acerca de una realidad. Para vivir humanamente el tramo final de nuestras vidas, en las circunstancias presentes.

Es un intento por llevar a lo cotidiano, un esfuerzo por avanzar sobre los límites, siempre intentando entender.

b) Dar respuesta.

La presencia del sufrimiento nos interpela.

En el título que me fuera propuesto, la palabra respeto, tiene una raíz etimológica vinculada con el honor y el temor. En el mundo de la asistencia, equivale a prestar atención, guardar distancia, la que lo sagrado exige.

Asistir también significa, detenerse, no pasar de largo. Como respondió el buen Samaritano, quien se conmovió, pensó y actuó. Eso evocó C. Saunders recordando el pedido de su paciente, “Dra., necesito lo que está en su mente y su corazón”.

Este pedido guía el camino de la respuesta, conocimientos, habilidades y actitudes sanadoras: la presencia, que puede con el miedo. Las palabras de esperanza y las manos vencedoras del silencio, de los versos de Carriego, que evocara alguna vez en este mismo ámbito el Dr. Paco Maglio.

Dar respuesta, será entonces: llevar a cabo, a que el final sea una entrega, no un sucumbir. A que pueda ejercer esa última libertad. También será en el asistir profesional, ser un digno albacea para que esto pueda cumplirse.

El Dr. Gonzalo Herranz, nos ayuda al proponernos los pilares éticos de la Medicina Paliativa: *Respeto por la debilidad. *Conocimiento de los límites de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas.

Es pertinente, recordar la evolución de estas actitudes en la tradición médica, la figura hipocrática estaba asociada a lo que se diera en llamar “el artesano competente”, el médico debía actuar dentro de los límites de la naturaleza, ante la presencia de la muerte el médico debía retirarse, no desafiar los designios divinos.

Aquí es importante recordar la impronta del cristianismo en esta tradición. Laín Entralgo nos enseña que cuando Cristo dice “lo que hicisteis por el más pequeño de mis hermanos, por mí lo hicisteis…”, instala un supremo mandato ético, el deber religioso de asistir amorosamente, como un reflejo del amor que Él nos tiene. Esto tiene como consecuencia, la aparición con ese espíritu de un modo distinto de vivir la asistencia, que siguió evolucionando hasta nuestros días, ser pobre y estar enfermo era ser acreedor a respeto y protección. Esto tiene raíces en el Antiguo Testamento, 800 años AC. Donde la calidad de la fe estaba íntimamente en el trato que se daba a los más vulnerables.

c) El desafío.

¿En qué consiste? ¿En qué forma se da? ¿Cómo se expresa?

En lograr que el maravilloso avance del conocimiento y el desarrollo técnico que lo acompaña, estén al servicio de la Humanización.

En lo cotidiano se da en el encuentro entre el paciente y quien lo asiste. El hecho central de la medicina. Un encuentro entre personas.

De eso se trata cuando hablamos de la ciencia y el arte de asistir, llevar el horizonte universal al particular de una persona única.

d) Respuesta y Camino.

Esta respuesta se va haciendo camino, en circunstancias que renuevan a cada paso la presencia del misterio de nuestro existir, acompañado de la paradoja y de lo inesperado.

Tomar decisiones en este marco requiere una lógica orientada por valores, ante lo inevitable, la lógica de la eficacia no tiene lugar.

El recordado Dr. Agrest, aconsejaba “una actitud docente desde los clínicos hacia los pacientes y familias, para discernir lo importante de lo superfluo”.

Así surge la necesidad de desarrollar “un perfil para cuidar”. Su fundamento reconocer, aceptar e integrar nuestra condición de “sanador herido” que enseñara C. Jung. Haber cicatrizado nuestras heridas nos habilita para ayudar a quienes asistimos.

e) Una evocación agradecida, con sentido de homenaje.

Hacia dos personas que encarnan lo que puede ayudar a entender lo dicho, en circunstancias en las que el periodismo jugó un papel muy importante.

Kevin Carter en 1994 ganó el premio Pulitzer, con una fotografía que quizás muchos recuerden. Se publicó en La Nación y Esteban Peicovich escribió, “es quizás la foto más doliente del fotoperiodismo del siglo XX. La tituló: La foto que no muere”.

Intento describirla: en 1993 Kevin cubre testimonios de una hambruna en Ruanda, la escena, una niña de unos 3 años yace postrada en colapso. Un buitre se posa unos metros detrás en actitud de espera. Kevin registra el momento, gana el premio y manifiesta que éste, su mayor éxito profesional, resulta en un dolor que no pudo superar, el arrepentimiento por no haber ayudado a la niña. Dos meses después, a los 34 años se quitó la vida.

Peicovich dice, “murió la niña, murió el buitre, murió el fotógrafo, quedamos nosotros, aunque no visibles, diluidos en los píxeles. Kevin hizo la mitad del trabajo.”

Agrego, quizás este recuerdo ayude a tomar conciencia de lo que significa la deshumanización de la cultura, que se expresa en carne viva en el mundo de la salud.

La siguiente evocación es muy distinta:

Hace poco más de un año, durante una visita familiar, me llamó la atención una noticia en primera página del New York Time. Relataba la historia de Martha, una enfermera, de 59 años, que viviendo la etapa terminal de un cáncer de páncreas, deja un mensaje en el contestador telefónico de su escuela de enfermería, donde ofrece recibir docentes y alumnos para compartir sus vivencias. La escuela acepta y durante dos meses se lleva a cabo la propuesta con resultados muy positivos. Martha fallece y la nota es publicada una semana después.

Allí se detallan datos de su biografía, una vida difícil, con algún fracaso matrimonial, que la lleva a criar a su hija sola, trabajando en una fábrica. Recibiéndose a los 40 años de enfermera profesional.

Con este gesto logra humanizar la asistencia, a través de la oportunidad que brinda a colegas y alumnos. A las instituciones de salud a través de su querida escuela, y gracias a que alguien del The New York Time se detiene, no pasa de largo, logró despertar la admiración mundial, humanizando la cultura.

He aquí lo que alguna vez enseñara la Dra. Kubler Ross, esta etapa puede ser el escenario del último crecimiento de una persona.

Permítanme pedir ayudar a un poeta R. Juarroz, para transmitirles algo que no soy capaz de poner en palabras:

La muerte es otro hilo de la trama

Hay momentos que podría penetrar en nosotros

Con la misma naturalidad que el hilo de la vida

O el hilo del amor

El tejido se completaría entonces, casi tiernamente,

Casi como si nosotros mismos lo tejiéramos,

Hay momentos en que el hilo de la muerte

No deshace el tejido.

CUIDADOS PALIATIVOS: UNA NECESIDAD INELUDIBLE¹

Dr. Gustavo G. De Simone*

El presente aporte pretende actualizar información sobre la toma de decisiones en el final de la vida en el contexto de la medicina y la política social y sanitaria actual, integrando los conocimientos que surgen de recientes consensos alcanzados por grupos de Cuidados Paliativos de referencia en Argentina y el mundo. Esta actualización puede resultar relevante para la reflexión sobre el tema y la promoción e implementación de aquellas medidas y resoluciones pertinentes que permitan responder a las múltiples necesidades y demandas de la población.

1. ¿Qué entendemos por “cuidados paliativos”?



La Organización Mundial de la Salud redefinió a los Cuidados Paliativos en al año 2002, señalando que “el Cuidado Paliativo es un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, frente a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, mediante la temprana identificación y evaluación precisa del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”¹. Esencialmente, esta aceptación integra la preocupación de la sociedad actual por el tema de la calidad de vida, en el contexto particular de situaciones de enfermedad que amenazan esa vida, abarcando en el foco de asistencia tanto a la persona enferma como a su núcleo familiar y reconociendo las múltiples necesidades que se refieren a los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales – cabe aquí reconocer la novedosa inclusión de la dimensión espiritual del cuidado en un documento de la O.M.S.

¹ Tercer Encuentro Interacadémico: Principio y fin de la vida humana; 22 de mayo de 2015 – ANM Buenos Aires.

Los principios fundamentales que sustentan esta modalidad habían sido definidos previamente²:

- Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso natural;
- Establecer una estrategia que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga;
- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes;
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente;
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte;
- Extender ese apoyo a la familia, para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

El análisis de estas premisas nos permite deducir que se trata de una Medicina del cuidado antes bien que de la cura. Atenta al confort y calidad de vida de los pacientes en etapa terminal, la paliación recupera una clásica proporcionalidad en el arte de curar –“curar, a veces; aliviar, a menudo; consolar, siempre” – y reactualiza con el movimiento hospice una hospitalidad más antigua que el hospital. Su filosofía se apoya en el control de síntomas y en el sanar como dimensión espiritual del proceso salud-enfermedad^{3,4,5}.



Podemos hablar hoy de medicina preventiva, curativa y posventiva. En este último género, al que pertenece la medicina paliativa, se incluyen todos aquellos objetivos terapéuticos orientados a la mejoría de la calidad de vida (y de muerte) en pacientes con enfermedades crónicas sin expectativas de curación o restitución ad integrum. La propuesta es el cuidado continuo y la rehabilitación integral⁴. El origen de los cuidados paliativos se remite al denominado “Hospice Moderno”,

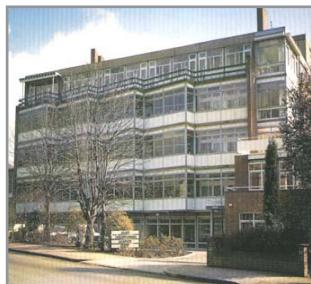
movimiento creado por la médica británica Cicely Saunders en la década de 1960 en Londres. Resumía la autora ese vocablo con el concepto de “cuidados compasivos eficientes en el final de la vida”, y remarcaba en uno de sus escritos al paciente David, inspirador de su obra, a quien asistió en las últimas semanas de su vida afectada por el dolor y el sufrimiento que le provocaba un tumor maligno incurable: “Tú me importas porque eres tú, me importas hasta el último momento de tu vida. Y haremos todo lo que esté a nuestro alcance no sólo para que mueras en paz, sino para que vivas tan activamente como sea posible hasta el último día de tu vida”⁷.

La coincidencia temporal del nacimiento del Hospice moderno con el albor de la bioética no es casual: ambos surgen en el mundo “desarrollado”, de alguna manera como respuesta frente al avance progresivo de la tecnología y la ciencia, intentando redimensionar la visión compasiva frente al sufrimiento humano a la vez que potenciando la autonomía y autodeterminación del sujeto enfermo⁴⁻⁸.



La “negación de la autonomía” del así llamado “paciente”, que debía acatar las decisiones de quien posee el “conocimiento científico”, no oculta la paradójica “negación de la muerte” en el contexto de una medicina de creciente complejidad y progresivos logros, y una sociedad que pretende excluir la realidad de la finitud y del sufrimiento. Afirmaba Woody Allen en un reportaje periodístico: “*No le temo a la muerte, pero no quisiera estar allí cuando ella suceda...*”.

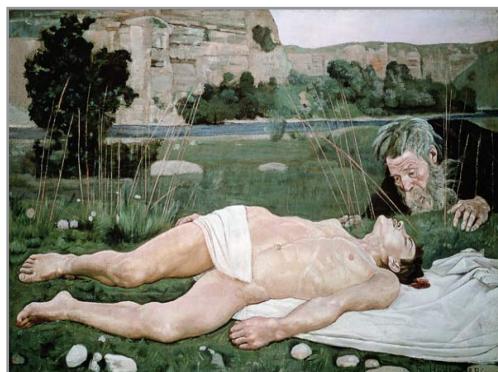
Dos reconocidos pioneros del “humanismo médico” en Argentina resumen de modo irónico la visión sobre el ser humano – paciente sufriente: mientras Francisco Maglio afirma que “*hoy el paciente no muere, el problema es que no responde a las maniobras habituales de resucitación...*”, José A. Mainetti escribe que “*en definitiva la vida humana es una enfermedad hereditaria, de pronóstico letal, que se transmite por vía sexual...*” El tabú del sufrimiento y la finitud se extendió en nuestra cultura occidental, al punto de sostenerse el neologismo “*muerte medicalizada*” para referir de modo despectivo al proceso de morir deshumanizado, plagado de tecnocracia y carente de significado.



Frente a esa muerte medicalizada, Cicely Saunders propone e impone – con el mérito del pionero – la “mortificación de la medicina”: con la creación del Saint Christopher’s Hospice en 1967 se inaugura un modelo nuevo a la vez conceptual y pragmático, que acepta el límite de la finitud de la vida pero integra la dimensión del alivio del competente y eficiente, basado en el mejor conocimiento disponible y generando nuevo conocimiento científico aplicable. Es el modelo del Hospice, que evoluciona hacia el concepto de los Cuidados Paliativos cuando se incorpora a los sistemas de salud pública y se extiende desde Londres hacia los cinco continentes.

De este modo, los cuidados paliativos integran de manera creativa y con criterio científico la esencia de la perspectiva de la ética hipocrática, que acepta la muerte como proceso natural y alerta sobre el “pecado de Hybris” (hoy reformulado como “ensañamiento terapéutico”), pero incorpora los adelantos de la ciencia al servicio del alivio del sufrimiento humano y los postulados de la bioética que exigen el respeto de la persona humana y su autodeterminación. En otro de sus escritos, Saunders afirma que los cuidados paliativos exigen un “equilibrio entre la mente – la investigación, la ciencia, la comprensión de la dinámica psicológica familiar y muchos otros temas – con la vulnerable amistad del corazón”.

2. Evolución conceptual: del Hospice a la Atención Paliativa



La esencia benevolente y compasiva del “Hospice moderno” surgido con Cicely Saunders en la segunda mitad del siglo XX proviene de su origen medieval, con San Vicente de Paul y otros referentes que recogían en hogares (hospices) a los enfermos y heridos en las cruzadas, donde les brindaban esencialmente una asistencia religiosa que se transformaba, las más de las veces, en una unción última antes de su muerte, ya que resultaba un objetivo inalcanzable sobrevivir a las enfermedades infectocontagiosas y epidémicas que diezmaban la población.

Esas experiencias medievales ya reconocen antecedentes en el siglo IV, cuando Santa Fabiola (mujer piadosa movida por la compasión y la necesidad de reparar culpas) abre su hogar para albergar a mendigos muriéntes, a fin de mejorar su confort en el trance final de la vida.

Al principio de beneficencia que sostenía al Hospice antiguo, se le suma el principio de autonomía en la propuesta del nuevo movimiento Hospice fundado por Cicely Saunders y su inmediato impacto en el nacimiento de los Cuidados Paliativos definidos inicialmente en 1990 por la O.M.S.², hasta llegar al siglo XXI cuando el Centro QUALY (Centro Colaborador de la O.M.S. en Cuidados Paliativos en Cataluña), liderado por el experto catalán Xavier Gómez Batiste, propone el nuevo término de “atención paliativa” que incluye la exigencia de la accesibilidad sostenida en el principio de justicia⁹. Esta “atención paliativa” responde a un modelo conceptual proactivo (no reactivo como los previos), centrado en la planificación y gestión y en la ética clínica, en una propuesta integradora que pretende superar uno de los riesgos del cuidado paliativo: evitar la monopolización y promover la visión transversal y la gestión coordinada, integral e integrada del cuidado de las personas con enfermedades crónicas avanzadas con pronóstico de vida limitado.

Esta nueva perspectiva, que nace de expertos en gestión y programas socio-sanitarios, tiene su justificativo: desde que en 1990 la Organización Mundial de la Salud reconoció por primera vez los cuidados paliativos, subrayó su importancia como parte del tratamiento del cáncer y luego cambió su definición para incluir enfermedades no relacionadas con el propio cáncer en 2002². La base socio sanitaria de la atención paliativa se relaciona con el nuevo concepto más flexible de enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado o situaciones de enfermedad avanzada-terminal (SEAT). Estas situaciones se caracterizan por presentar una o más enfermedades progresivas, con evolución en crisis e impacto progresivo en la capacidad funcional, generar una alta necesidad y demanda de recursos (en todos los sectores del sistema), y tener un pronóstico probablemente de mayor duración (12-18 meses). La atención paliativa, de esta manera, se implementa con una modalidad diferente al “hospice” concebido cincuenta años atrás: no se trata del alivio de la persona con cáncer terminal en un instituto modelo creado especialmente para ese fin, sino que se gestiona desde la política de salud la identificación y atención de todos aquellos miembros de la población que padecen una (generalmente dos o más) SEAT, ofreciendo de manera integrada los servicios considerados necesarios, que son definidos por los que conviven con la persona que padezca una enfermedad crónica, para cubrir sus necesidades espirituales, psicológicas, de información, emocionales, sociales y físicas^{9,10}.

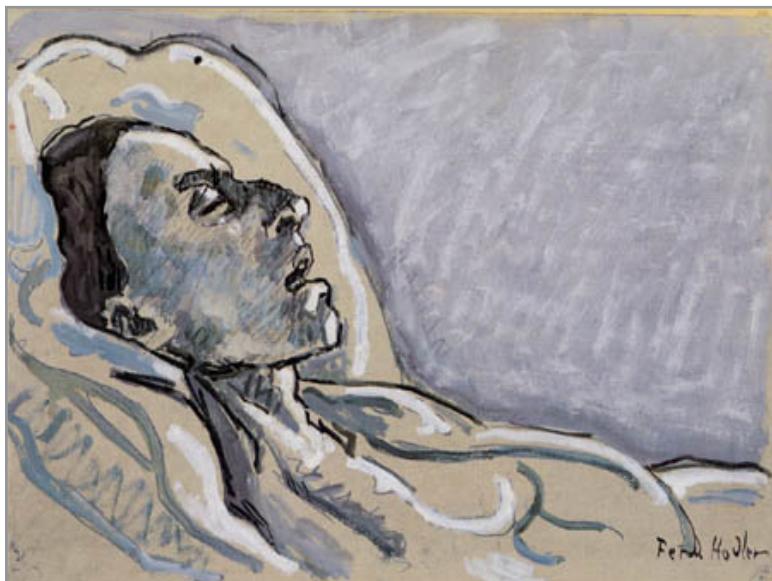


Los estudios realizados han demostrado de modo fiable la existencia de cifras elevadas de prácticamente todos los síntomas sometidos a consideración en todos los grupos de personas que padecen enfermedades crónicas en fase terminal, y una significativa morbilidad psicosocial, emocional y espiritual al final de la vida. Aunque aún falta información en relación con las enfermedades crónicas múltiples, la realidad probablemente es incluso más pesimista, como resultado de una mala coordinación entre los recursos y las pocas oportunidades que tienen los pacientes y sus familiares para poder garantizar que los servicios que reciben satisfagan sus necesidades.

Tratándose de la gestión de enfermedades crónicas diferentes del cáncer, está claro que, cuando se acerca el final de la vida, el tratamiento de los síntomas a menudo tiene que ir unido a una atención continua de la enfermedad principal que se padece. También es evidente que cuando el cuidado está bien planificado en múltiples visitas y es dirigido por personas bien formadas en concordancia con los responsables directos de la toma de decisiones, todo ello conduce a la aplicación de directrices avanzadas que repercuten, a su vez, en una mejor experiencia de la muerte al final de la vida¹¹. A pesar de los buenos resultados y de una base de conocimiento cada vez mayor, todavía son escasas la adopción y difusión de los principios de los cuidados paliativos: una de los retos claves en la gestión de pacientes con enfermedades crónicas complejas es la necesidad de mantener el equilibrio entre la modificación de la enfermedad y las intervenciones diseñadas principalmente para el control de los síntomas.

La propuesta muy reciente de la “atención paliativa” pretende facilitar este objetivo al diseñar planificación, indicadores y gestión integrada que incluye a todos los actores del sistema.

3. ¿Qué entendemos al definir las decisiones en el final de la vida?



Los expertos de este proyecto definieron por consenso, y en el contexto del mismo, a una decisión en el final de la vida como *“aquellas decisiones que involucran a la persona cuyas funciones vitales se encuentran seriamente comprometidas, y que pueden afectar su dignidad e integridad, así como tener un impacto significativo en la calidad, lugar y tiempo de morir.”* Las mismas fueron agrupadas en doce categorías:

Tabla 1. Decisiones importantes en el final de la vida (OPCARE9)^{13,14}

1. Retiro / abstención (*) Ej.: La hidratación y la alimentación en los últimos días; Obstinación terapéutica; Suspensión de tratamientos; Retiro de soporte vital; ONR,...	7. Autonomía y autodeterminación Ej.: Abstención voluntaria de líquidos y alimentos; Campañas sobre directivas anticipadas a la población; El rechazo de los tratamientos; Toma de decisiones desde el respeto a las preferencias o creencias del paciente; Directivas Anticipadas y Testamentos Vitales; Rechazo Informado; Trabajar en equipo sobre las acciones que supongan un conflicto entre los principios de beneficencia y autonomía; Evaluación de la autonomía en pacientes con patología neurológica; Elección y/o designación de sustituto.
2. Lugar de fallecimiento Ej.: Atención en el hospital; La muerte en domicilio; Identificación previa del lugar; Decidir qué es conveniente para el enfermo: hogar, hospital o un centro paliativo.	8. Otras intervenciones Ej.: Empleo de métodos de alimentación por vías de excepción (enteral, parenteral) Utilización de orexígenos y/o anabólicos
3. Control de síntomas Ej.: Sedación terminal (sedación paliativa); Alivio del dolor; ...	9. Aspectos espirituales y religiosos Ej.: Valoración / atención de las necesidades espirituales/religiosas del paciente/ cuidador.
4. Información y comunicación Ej.: Información apropiada a la persona y sus familiares; Decisión compartida, mensaje único; Comunicación adecuada de alternativas terapéuticas	10. Despues de la muerte Ej.: Los cuidados postmortem.
5. Aspectos sociales y vinculares Ej.: El reconocimiento de que el paciente está muriendo por parte del propio paciente y su familia; Cercanía de afectos; La violencia de familiares de pacientes	11. Eutanasia Ej.: Eutanasia y suicidio asistido. Homicidio medicalizado. (tema que excede a la medicina y no es aceptado en la praxis de los cuidados paliativos)
6. Organización del cuidado Ej.: Unificar criterios con todo el equipo tratante; Organización del cuidado (equipos / rol de especialistas,...); Accesibilidad en Cuidados Paliativos.	12. Misceláneas Ej.: Dignidad humana; Calidad de vida; Intervención de autoridades, inclusive políticas en decisiones en el fin de la vida; Desmedicalización de las decisiones en el final de la vida; Judicialización de las decisiones; La preparación profesional en disciplinas humanísticas. Alternativas terapéuticas y su relación con la justicia distributiva.

(*) Incluye tratamientos antineoplásicos, hidratación y nutrición artificial.

4. Hechos y valores en el final de la vida: un puente necesario

La Bioética está orientada a resolver con rectitud y mediante el entendimiento los problemas morales de toda demanda por necesidad en el cuidado de la vida¹⁵. Este objetivo implica reconocer que la ética de los cuidados paliativos es aquella de las ciencias médicas en general, aunque es preciso identificar cuáles son las necesidades específicas que surgen en el contexto del final de la vida.

Es aquí donde aparece una dualidad: *la preservación de la vida y el alivio del sufrimiento*. En el final de la vida, el alivio del sufrimiento tiene aún más importancia en la medida que la preservación de la vida se torna progresivamente imposible, irreal. Es por ello que una estrategia terapéutica apropiada para un enfermo “agudo”, potencialmente recuperable, puede ser inapropiada en la etapa terminal¹⁶.

La identificación de una demanda por necesidad significa la existencia de una argumentación verdadera que pide ser satisfecha de un modo inequívoco. La bioética se ocupa de los pedidos de satisfacción de todo aquello que impide a alguien ser libre de juzgar preferencias y ejercer la voluntad para convertirse en responsable. Es menester diferenciar este criterio de necesidad de aquél que se fundamenta en el deseo: mientras la necesidad busca el bienestar en la realidad y se satisface cuando alcanza un objetivo realista y limitado, el deseo busca el bien absoluto en fantasías inconscientes, no tiene objeto real de satisfacción ni límites a su demanda¹⁷. La insatisfacción justificable de la necesidad conduce a la persistencia de la demanda ética o al conflicto, mientras que la insatisfacción del deseo y su conflicto inconsciente no son materia de la ética sino de la cura psicológica.

Los cuatro principios éticos cardinales de Beauchamp y Childress deben ser aplicados sobre un criterio de fondo de *respeto por la vida pero también de aceptación de la inevitabilidad última de la muerte*. En el proceso de toma de decisiones en el final de la vida se involucran tres dicotomías que deben ser consideradas en una forma balanceada¹⁸.

- Los beneficios potenciales del tratamiento deben ser balanceados contra los riesgos potenciales.
- La decisión de preservar la vida debe confrontarse, cuando ello se vuelve biológicamente fútil, con la provisión de confort en el proceso de morir.
- Las necesidades del individuo deben balancearse con aquéllas de la sociedad.



Deben hacerse todos los esfuerzos para fortalecer la autonomía del paciente y de la familia a través de su participación en el proceso de toma de decisiones respecto a las terapéuticas, la explicación honesta y simple de los tratamientos, de tal forma que puedan expresar su consentimiento informado o su rechazo informado, facilitándoles una sensación realista y continua de estar respaldados, proveyéndoles consejos apropiados y ayuda práctica.

La solicitud de *consentimiento o rechazo informado* presupone una comunicación veraz y confidencial, y se sustenta en tres requisitos fundamentales: la competencia plena del paciente, la información veraz sobre el tratamiento, y la libertad de decisión¹⁹. En el marco del sufrimiento en el final de la vida, es una prioridad fortalecer la libertad de decisión a través de la resolución de aquellas necesidades básicas que, estando insatisfechas, se convierten en coacción y fuente de conflicto: el alivio del dolor y los síntomas físicos que lo acompañan es una realidad harto frecuente que aún no recibe respuestas eficientes. La soledad, la incertidumbre, el desasosiego suelen ser parte de esta escena huérfana de alivio.

La angustiante experiencia de un paciente que solicita su muerte, o aún que comete suicidio, está habitualmente relacionada con la presencia de dolor y/o depresión psíquica no controlados. La provisión de cuidados paliativos es la respuesta apropiada de la sociedad a las preocupaciones de la gente sobre el cuidado y confort en el final de la vida, fortaleciendo la autonomía de los enfermos²⁰.

Los profesionales de la salud, especialmente los médicos, debemos comprender el significado de “éxito terapéutico”. Se trata de alcanzar un beneficio terapéutico para el paciente considerado como un todo, y no simplemente de proveer un efecto sobre alguna parte del cuerpo. En definitiva, no se limita a una pregunta sobre “tratar o no tratar”, sino sobre cuál es el tratamiento más apropiado para indicar a un paciente, sobre la base de su pronóstico biológico, los objetivos y efectos adversos, y las circunstancias personales y sociales del enfermo²⁰. La corrección

de la cifra plasmática de bilirrubina, el nivel sérico de hemoglobina o de la presión arterial de oxígeno son efectos que adquieren su justificación solamente en el contexto del beneficio concreto que signifique su corrección para los intereses del paciente.



Está éticamente justificado discontinuar el uso de técnicas para prolongar la vida cuando su aplicación significara una carga o sufrimiento para el paciente, desproporcionado al beneficio esperado. La vida no es un bien absoluto: no existe una obligación de emplear tratamientos cuando su uso puede ser descripto mejor como una prolongación de la agonía. Llega un momento, en tiempo distinto para cada paciente, cuando los esfuerzos basados en la tecnología pueden interferir con los valores personales más importantes²⁰.

El uso de sonda nasogástrica, infusiones endovenosas, antibióticos y otras intervenciones como quimioterapia, cirugía y alimentación asistida o respiración artificial son medidas de soporte para pacientes potencialmente recuperables. El uso de estas medidas en quienes no tienen expectativas de recuperación o están cercanos a su muerte es usualmente inapropiado²⁰.

No existe obligación de prescribir tratamientos fútiles, entendidos como aquellos que no tienen expectativa de proveer un beneficio terapéutico²¹. El concepto de futilidad médica debe comprenderse con un criterio cualitativo, en cuanto a su impacto sobre la resolución de las necesidades fundamentales de los pacientes (calidad de vida).

En la mayoría de los países latinoamericanos es todavía más frecuente que se ofrezca a los pacientes tratamientos con intención curativa (o para controlar la enfermedad) que cuidados paliativos. Aquellas terapéuticas se justifican:

- Cuando la curación es médicaamente posible.
- Cuando existe probabilidad demostrada de prolongar la vida significativamente.

- En el contexto de investigación clínica con nuevos métodos potencialmente efectivos, con el marco académico, ético y legal de la investigación.

El concepto de *futilidad médica* se confronta con el de necesidad médica: todo aquello que la medicina puede hacer para responder a lo que las personas reclaman como necesario. Este cuidado mínimo necesario abarca las acciones que han demostrado proveer beneficio significativo sobre la salud. La provisión de cuidados paliativos ha demostrado pertenecer a este conjunto de medidas²¹.

La implementación de terapéuticas paliativas para el control de los síntomas puede, en ocasiones, acelerar la muerte. Un tratamiento paliativo con efectos adversos significativos es ética y legalmente aceptable si el objetivo es hacer el bien, aliviando el sufrimiento²². Esta consideración ética de rectitud moral, presupone la validez científica y pericia técnica en la implementación del tratamiento: no puede justificarse moralmente la sedación de un paciente a través de un “cóctel” de múltiples fármacos o en dosis excesivas, puesto que se trata de un acto de impericia médica. Del mismo modo que la corrección de la hipoglucemia en un paciente diabético implica una correcta intervención diagnóstica, fisiopatológica y terapéutica, el control de síntomas en enfermos en etapa terminal responde a criterios científicos establecidos y orientados en la búsqueda del bien.

Expertos convocados por el Centro Colaborador en Oxford de la Organización Mundial de la Salud publicaron una recomendación general, con conceptos avalados por diferentes sociedades científicas, entidades sociales y credos religiosos (incluyendo el catecismo de la Iglesia Católica): “*Los cuidados paliativos son la opción recomendada cuando la enfermedad del paciente es incurable y los tratamientos agresivos para prolongarla vida pueden producir morbilidad exagerada o alto costo personal, con escaso beneficio significativo. Esta recomendación se basa no sólo en elementos científicos y morales del cuidado del enfermo, sino también en una ética social relacionada con el principio de justicia*”²³.

Conclusiones

Con la necesaria prudencia y el máximo respeto a los valores y creencias individuales, debemos señalar que el avance del conocimiento científico es un instrumento social valioso para mejorar la argumentación en el proceso de toma de decisiones, especialmente aquellas vinculadas con el final de la vida. Para afianzar decisiones más apropiadas en esta situación, debemos mejorar el diálogo entre quienes desarrollan normativas éticas y quienes trabajamos al lado de la cama del enfermo, alentar la discusión interdisciplinaria de temas éticos, atender tanto a los aspectos psicológicos como a la bioética en la toma de decisiones, discutir y difundir lineamientos-guía, y, finalmente, tener la voluntad de avanzar desde esos lineamientos hacia los cambios en las prácticas y políticas de salud y sociales. Es un desafío que nos involucra a todos en este milenio.

DATOS DEL AUTOR

* Gustavo G De Simone

Médico especialista en Oncología Clínica, Master en Medicina Paliativa

Jefe del Comité de Ética en Investigaciones del Hospital “Dr Carlos B Udaondo” MS GCBA

Presidente de la Asoc. Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos

Director del Grupo de Trabajo de Decisiones en el Final de la Vida, Consejo Académico de Ética en Medicina (ANM de Buenos Aires)

Director de la Maestría en Cuidados Paliativos – Universidad del Salvador

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA:

Instituto Pallium - Bonpland 2287 (1425) CABA

ggds55@gmail.com

www.pallium.org.ar

BIBLIOGRAFÍA

1. National Cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd Ed Pain Relief and Palliative Care pag 84; Geneva, WHO: 2002
2. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos Nro. 804. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1990 Pág 7-12
3. Mainetti JA. Bioética Ilustrada, Editorial Quirón, La Plata 1994. Pág 17-28
4. Mainetti JA. La muerte en medicina, en Estudios bioéticos, Edit Quirón, la Plata, 1993
5. Cecchetto S. Curar o cuidar, bioética en el confín de la vida humana. Edit Ad-Hoc, Buenos Aires 1999 pág 19-26
6. Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford Medical Publications, Oxford 1993. Pág 805-816
7. Saunders C. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Edit Salvat, barcelona, 1980. Pág 260-265
8. Manzini JL Bioética Paliativa. Quirón 1997, pág 75-94
9. Xavier Gómez Batiste, Marisa Martínez-Muñoz, José Espinosa et al. Identificación y atención de personas con enfermedades crónicas avanzadas en servicios de salud y sociales: documento general descriptivo. Observatorio QUALY CCOMS, Barcelona Abril 2012
10. Xavier Gómez Batiste, Marisa Martínez-Muñoz, José Espinosa et al. Identifying needs and improving palliative care of chronically-ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach. Current Opinion in Supp and Pall Care 2012

11. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ. 2010;340:c1345, doi:10.1136/bmj.c1345
12. OPCARE9: A European collaboration to optimize research for the care of cancer patients in the last days of life. Executive report. University of Liverpool 2012
13. Natasha Rajjimakers, Lia Van Zuylen, Gustavo de Simone et al. Issues and needs in end-of-life decision making: an international modified Delphi study. Palliative Medicine October 2011
14. De Simone GG, Manzini JL, Tinant E et al. End of Life Decisions (EOLD): Defining the Most Important from a Group of Experts in Argentina. Journal of EAPC, abstract book Lisbon EAPC Congress 2011
15. Tealdi JC. La problematización del conocimiento médico y los orígenes de la Bioética. IV Curso Intensivo de Bioética, Escuela Latinoamericana de Bioética, Fundación Mainetti, La Plata 1996, pág 1-3
16. Beauchamp TL, Childress FJ. Principles of biomedical ethics. New York. Oxford University Press, 1983 2da edic
17. Zanier J. Expectativas de los pacientes, los equipos de salud y las instituciones asistenciales de la población marplatense. Comunicación presentada en II Jornadas argentinas y latinoamericanas de Bioética, Mendoza 1996
18. Kung H, Jens W. Morir con dignidad, un alegato a favor de la responsabilidad. Edit Trotta Madrid 1997, pag 29-36
19. Gracia Guillén D. Procedimientos de decisión en Ética Clínica. Madrid, Eudema, 1991 pág. 128-129
20. Cassem N. When illness is judged irreversible: imperative and elective treatments. Man and medicine, 1976;2:154-166
21. Schneiderman LJ, Faber-Langedoen K, Jecker NS. Beyond futility to an ethic of care. Amer J Med 1994; 96: 100-114
22. Roy DJ. Ethics in palliative care. Journal of palliative care, 1997;3:3-5
23. Euthanasia, aiding suicide and cessation of treatment. Ottawa, Law Reform Commision of Cana, 1983. Pág. 32

**EUTANASIA, DISTANASIA O
ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO EN LA LEY**
Acad. Eduardo A. Sambrizzi

1. Las modificaciones a la ley 26.529

La ley 26.742, conocida como Ley de Muerte Digna, realizó determinados agregados o modificaciones a la ley 26.529 sobre Derechos del Paciente, relacionados, entre otros aspectos, con el alcance de los derechos que le caben al enfermo en el marco de la autonomía de la voluntad. La intención de dichas modificaciones es tratar de lograr que todas las personas tengan una muerte digna, circunstancia con la cual, naturalmente, nadie puede estar seriamente en desacuerdo. Es que así como existe un derecho a la vida, también existe un derecho, que corresponde a toda persona y, en particular, al moribundo, de tener una muerte digna, siendo fundamental la solidaridad que debe guardarse para con el enfermo –en especial, con el enfermo terminal–, no pudiendo desconocérsele el derecho a morir con dignidad, sin mengua de no respetárselo como persona.

Son varios los aspectos involucrados en el ejercicio de este derecho, entre los que puede señalarse el de morir con el apoyo de medicina paliativa, en un ambiente de paz y serenidad, acompañado de sus seres queridos y manteniendo una relación enriquecedora con las personas que lo rodean, confortado espiritualmente, en paz consigo mismo y con Dios. No se trata de un inexistente derecho a procurar o hacerse procurar la muerte, sino de morir serena y naturalmente, en el momento en que la muerte llega, sin que nadie la adelante en forma artificial y sin sufrimientos inútiles o innecesarios.

Una muerte digna requiere, asimismo, evitar que el paciente sea objeto contra su voluntad de experimentaciones y de que se le apliquen técnicas médicas peligrosas o gravosas, teniendo derecho a recibir atención médica para aliviar el dolor o el sufrimiento, aun cuando pudiera eventualmente tener como efecto secundario no querido el de acortar la vida. El *derecho a morir con dignidad* no está relacionado con el hecho de morir, sino con la forma de hacerlo, constituyendo una cuestión ajena a un por cierto inexistente *derecho a morir*, que es el que pretenden tener quienes dan una importancia exageradamente decisiva a la autonomía y a la libertad del paciente para decidir cuándo se le deben discontinuar los auxilios médicos.

La autonomía y la libertad de las personas son derechos de menor entidad que el derecho a la vida, que es de carácter absoluto y existe desde la concepción hasta la muerte natural (por oposición a provocada), teniendo la autonomía y la libertad claras limitaciones (una persona no puede, por ejemplo, admitir ser vendida como esclava). Por lo que cuando la autonomía y la libertad chocan con el valor vida, deben subordinarse a ésta.

La consagración de un derecho a la vida, que resulta tanto de Convenciones internacionales como del derecho interno de cada país, tiene como alcance el de consagrar la existencia de un derecho inalienable e irrenunciable, de carácter

absoluto, que, además, tiene un valor superior al del resto de los derechos, pues su existencia condiciona el efectivo ejercicio de estos últimos. Una vida es valiosa en sí misma, independientemente de la voluntad que tenga su titular de seguir viviendo. Y es valiosa no solo para uno, sino también para el prójimo, puesto que en la vida no sólo existen intereses individuales, sino también sociales, por la interdependencia existente entre todos los seres humanos. El derecho a la vida entraña el deber de respetar la propia vida, de la que no se puede disponer, por cuanto el hombre no es dueño de sí mismo ni de su vida, y quien resuelve quitársela no está renunciando al derecho a la vida, sino a la vida misma, y con ella, a la libertad que se proclama defender, que ya no puede ser ejercida por quien tomó y ejecutó esa decisión.

2. Con respecto a la eutanasia

Ese respeto por la vida humana implica el derecho de defenderla de ataques ilegítimos y de respetarla por todas las personas, omitiendo toda acción u omisión que pudiera conducir a la muerte, e igualmente entraña el deber de respetar la propia vida, lo que lleva a la conclusión de que existe un deber de no quitársela por medio del suicidio, ni tampoco con o por la participación de un tercero.

Resultan sin duda inadmisibles los enfoques éticos que rechazan el concepto de la inviolabilidad de la vida humana, que partiendo de la falsa distinción entre una vida digna y otra que no lo es, afirman que sería dable negar el derecho a la vida tanto al ser discapacitado o enfermo, como también a otras personas improductivas o inútiles, lo que sería así con fundamento en la negación de la personalidad humana a quienes carecen de la conciencia de sí mismos, de la racionalidad y de la autonomía, o sea, de la posibilidad de decidir cada persona lo que es mejor para ella. Lo cual ha llevado a la justificación de la eutanasia, ya que para esos enfoques, centrados en lo que algunos han denominado *ética de la calidad de vida*, ésta tiene un valor extrínseco y relativo, y sólo existe como tal mientras se mantenga en la persona un cierto nivel de *calidad*, derivado de la posesión de ciertas cualidades o ventajas. Con lo cual se deja de lado el valor incommensurable que tiene cada vida humana.

Conocida es la noción de la denominada “pendiente resbaladiza de los pasos sucesivos”, que hace que una vez abierta una brecha en el principio de la intangibilidad de la vida humana, sobre el presupuesto del *móvil compasivo* se vaya extendiendo la eutanasia, de la omisiva a la activa del moribundo, del enfermo incurable no terminal a los seres deformes, como asimismo, por qué no, también a los ancianos, a los disminuidos psíquicos, o a los enfermos mentales. Lo que así ocurriría en el no imposible supuesto de deterioro de las premisas morales en las que debe basarse la conducta humana.

La eutanasia conlleva anexa una concepción ética utilitarista del hombre, al que considera como una especie de hombre-cosa al que se puede instrumentalizar para el logro de fines extrapersonales, lo que es contrapuesto a la concepción personalista de la persona humana, que le confiere al hombre un valor por sí

mismo, en razón de la dignidad insita a todo ser humano por ser tal. Se ha señalado que el corolario de la concepción utilitarista es el principio de disponibilidad del ser humano, que en el utilitarismo individual hedonista viene dado por el consentimiento del sujeto, en cuyo nombre se legitima una política de total liberalización, ya sea del aborto, de la droga, de la esterilización irreversible, del transexualismo, del alquiler del claustro materno, del suicidio, y sobre todo actualmente, de la eutanasia en sus diversas manifestaciones.

Perdida la piedad por la muerte, la eutanasia invoca la muerte por piedad. Pero lo real y verdadero es que la eutanasia consiste en un acto de falsa piedad hacia el que sufre, puesto que la verdadera solidaridad –en la cual se halla comprendida la piedad, como un valor insito a la misma– consiste en prestarle asistencia a ese ser, en lugar de eliminarlo. La eutanasia no puede ser considerada como una actitud piadosa, sino exactamente lo contrario, puesto que al ser practicada se va contra las reglas de la naturaleza, y, por tanto, contra la ley natural. La misma constituye, en realidad, una hipocresía y una falsa commiseración, al buscar el camino más cómodo, fácil y egoísta para resolver los problemas del enfermo, puesto que en lugar de sacrificarse con éste y darle los cuidados necesarios, dedicándole tiempo, afecto y contención, se lo elimina, muchas veces por comodidad o para evitar el sufrimiento propio.

La verdadera piedad y compasión no es la que quita la vida, sino la que la cuida hasta que sobreviene su final natural; la verdadera compasión hace solidarios con el dolor de los demás, en lugar de eliminar a la persona cuyo dolor no se puede soportar. El gesto de la eutanasia aparece aún como más perverso si es realizado por quienes, como los familiares, deberían asistir con paciencia y amor al enfermo, o por aquellos que por su profesión –como los médicos–, deben cuidar al enfermo incluso en las condiciones terminales más penosas.

Lo cierto es que, tal como ha sido dicho, la eutanasia no aporta una verdadera solución al problema del sufrimiento humano, sino que, más bien, la esquiva, porque pretende eliminar el dolor exterminando a quienes lo sufren, por lo que sólo una “ética del buen cuidado” se presenta como una opción válida a los dos extremos de la eutanasia y del ensañamiento terapéutico.

De tener el médico la posibilidad de poder aplicar un procedimiento eutanásico para eliminar al enfermo, se enturbiaría su identidad moral y profesional, atribuyéndosele junto al tradicional poder-deber de curar, el tremendo *poder de matar*, lo que socavaría en forma radical la misión que tiene asignada por la sociedad. El accionar del médico no sólo se encuentra orientado a curar, sino también a ayudar a morir, prestando a quien pronto va a morir un cuidado integral. Este es el fundamento de la Medicina Paliativa, que admite la condición doliente del ser humano y que procura el control del dolor y el alivio del sufrimiento. Todos vamos a morir –se ha dicho que la muerte es una parte de la vida–, pero no por ello debemos acabar con nuestra vida antes de tiempo. La verdadera alternativa a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico es la humanización de la muerte.

El hecho de pronunciarse a favor de la eutanasia constituye, ni más ni menos, que un claro efecto del creciente desprecio por la vida humana –y particularmente, por la de las personas débiles, enfermas, dependientes o discapacitadas–, que se viene manifestando desde hace ya un tiempo en Occidente como una consecuencia directa de la progresiva imposición de la denominada *cultura de la muerte*, que hace que se considere que no todas las personas son iguales en dignidad y en derechos. La eutanasia no constituye una forma de Medicina, sino una forma de homicidio, y el médico que la practique estará negando la razón de ser de la Medicina.

3. Con relación a los tratamientos extraordinarios o desproporcionados

Al igual que en el artículo 59 inciso g) del nuevo Código Civil y Comercial, en la ley 26.742 de muerte digna, se establece el derecho que tiene toda persona a que no se la haga objeto de tratamientos extraordinarios o desproporcionados que a nada conduzcan. En efecto, dicha ley establece que ...*el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentra en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, o de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.*

En otras palabras, sin perjuicio de la posibilidad de poder el paciente, como regla general, decidir sobre el hecho de iniciar o interrumpir un determinado tratamiento de carácter extraordinario que podría llegar a prolongar la vida en forma artificial, nadie puede estar obligado a que se le practiquen cuidados intensivos que sólo tiendan a lograr una prolongación precaria y penosa de su existencia, o sea, cuidados que constituyan lo que se ha dado en denominar *encarnizamiento o exceso terapéutico*.

El alargamiento en forma innecesaria y artificial, además de contraproducente, de la vida de una persona, resulta del hecho –ciertamente irracional– de la no aceptación de la muerte como una circunstancia inevitable en la vida del hombre, viéndosela en cambio como un mal al que hay que vencer a toda costa. Esa conducta –denominada *distanasía*– conduce a un tratamiento médico desproporcionado e inútil en relación a los resultados previsibles, lo que generalmente lleva a un mayor sufrimiento –o a un sufrimiento innecesario– por parte del paciente, agrediendo de tal manera su derecho a morir con dignidad. Lo cual debe ser considerado como una *mala praxis* médica.

La prolongación exagerada del proceso de morir, resultante del empleo inmoderado de medios terapéuticos extraordinarios o desproporcionados, excede al deber del médico de preservar la vida, traducida en un proceder irracional e inmoral –y aún antijurídico–, concretado en retardar inútilmente la muerte en casos desesperados, recurriendo a tratamientos absolutamente fútiles, carentes

de sentido y de justificación médica y ética. Es que la medicina debe recurrir a la tecnología como una aliada, pero siempre que sirva a la alta dignidad del espíritu humano, y no lo sojuzgue, no debiendo dejarse de lado que la despersonalización de la medicina por el uso exagerado de medios técnicos, encierra el riesgo de la despersonalización del paciente, tanto en la vida como en la muerte.

Luis Fernando Niño afirma con relación al tema, que “cuando ya no se puede sanar ni mejorar al paciente, cuando se reconoce la irreversibilidad de una patología que involucra su propia índole humana, el conservar artificialmente las funciones inferiores de su sistema nervioso, nada tiene de terapéutico. Quien no puede curar no tiene derecho a proseguir interviniendo en ese máximo baluarte de la privacidad configurado por el cuerpo humano, a riesgo de cometer, paradójicamente, una sevicia”.

Varios han sido los documentos de la Iglesia en los cuales se critican los actos distanásicos, como en la Carta de los Agentes de la Salud, dada por San Juan Pablo II en el año 1994, cuyos conceptos fueron reiterados en la Encíclica *Evangelium Vitae*, del año 1995, como también en el documento “*Respetar la dignidad del moribundo. Consideraciones éticas sobre la eutanasia*”, de la Academia Pontificia para la Vida, de diciembre de 2000. Recuerdo, por último, la Declaración *iura et bona* sobre la eutanasia de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe del año 1980, en la que se dejó en claro la licitud moral de la no aplicación de medios desproporcionados para prolongar biológicamente la vida, cuando lo único que se logra con ello es, en definitiva, una prolongación de la agonía.

No obstante, entiendo que el enfermo no puede negarse a recibir tratamientos de carácter extraordinario o desproporcionados con relación a su estado de salud, cuando con esa negativa se le pueda causar daño a un tercero, como podría ocurrir en el supuesto de la mujer embarazada, que no puede negarse a esos tratamientos cuando de tal manera se le prolonga la vida, salvando así la vida del hijo que tiene en su seno.

Es por lo hasta aquí dicho que coincido con la precitada ley 26.742 en cuanto la misma pone en claro el derecho del paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable, o se encuentra en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, a rechazar tratamientos extraordinarios o desproporcionados. Rechazo que, como establece la ley 26.742, *no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente*.

Pero debo aclarar que lo que a mi juicio no resulta admisible, es que quede a la subjetividad del enfermo o de su familia la calificación de *extraordinarios* de determinados tratamientos médicos, ya que de tal manera se pueden facilitar las prácticas eutanásicas, no pudiendo conculcarse el derecho –que, a su vez, es un deber– que tiene el Estado de defender la vida de los habitantes del país, como resolvió el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el año 2002 en el caso de la ciudadana británica Dianne Pretty, en que dicho Tribunal afirmó el derecho de los Estados de amparar la vida de las personas bajo su jurisdicción, inclusive por sobre el derecho a la autonomía personal de los individuos.

4. En cuanto al rechazo de procedimientos de hidratación y alimentación

Distinta es la posibilidad que, como en el nuevo Código Civil, se admite en la ley 26.742 de poder el paciente *rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.*

Disiento con esa posibilidad, dado que la alimentación e hidratación no constituyen un acto médico, sino un medio ordinario y proporcionado para la conservación de la vida, puesto que se trata de conductas normales y necesarias que practican todas las personas, estén o no enfermas o se encuentren o no en estado vegetativo, habiendo sido las mismas consideradas como *necesidades básicas del paciente*. Afirmar lo contrario sería facilitar las prácticas eutanásicas, que, no obstante, en la ley 26.742 se dice no aceptar.

No se puede decir que, aun practicadas en forma artificial, la alimentación y la hidratación constituyan un tratamiento médico de carácter extraordinario, habiendo señalado Domingo Basso con relación al tema, que cuando un medio artificial se usa para corregir un defecto o como una ayuda de la naturaleza, y no para sustituirla, lo artificial no tiene por qué ser considerado antinatural. Sin dejar de reconocer que la gastrostomía constituye un accionar invasivo, entiendo que la práctica de un acto de esa naturaleza, que se realiza con la finalidad de proporcionar alimentación e hidratación a un paciente, no constituye un acto que pueda ser calificado como *distanásico*. También es invasiva, por ejemplo, una simple intervención quirúrgica de apendicitis, la que, no obstante, en modo alguno podría ser calificada como una acción médica desproporcionada o de carácter extraordinario.

Quiero recordar lo expresado en un documento del año 2007 por la Congregación para la Doctrina de la Fe, en el sentido de que si bien “suministrar alimentos y agua es, en principio, moralmente obligatorio, no excluye que en alguna región muy aislada o extremadamente pobre, la alimentación e hidratación artificiales puede que no sean físicamente posibles”, por lo que ante la imposibilidad, nada se puede hacer, aunque permanece la obligación de ofrecer los cuidados mínimos disponibles y de buscar, si es posible, los medios necesarios para un adecuado mantenimiento vital. Tampoco se excluye –se agregó en ese documento– que debido a complicaciones sobrevenidas, el paciente no pueda asimilar alimentos y líquidos, resultando totalmente inútil suministrárselos, habiéndose asimismo señalado que no se descartaba “la posibilidad de que, en algún caso raro, la alimentación e hidratación artificiales puedan implicar para el paciente una carga excesiva o una notable molestia física vinculada, por ejemplo, a complicaciones en el uso del instrumental empleado”.

5. Conclusiones

De todo lo hasta aquí visto, no puedo sino concluir en una condena tanto de la eutanasia, como de las acciones médicas que constituyan un exceso terapéutico,

no debiendo estarse para determinar si en el caso particular existe o no un exceso, a la opinión del enfermo o de sus más cercanos allegados, sino a un análisis objetivo de la situación, teniendo en cuenta las circunstancias del caso y los adelantos de la ciencia médica al tiempo de la terapia. Debe quedar en claro que, como resulta de la ley, el rechazo de esa especie de procedimientos no implica la interrupción de las denominadas medidas paliativas, para el control y alivio del sufrimiento del paciente.

Por último, considero que salvo supuestos de excepción –a los que antes me he referido–, la discontinuación de la alimentación e hidratación a un enfermo, cualquiera sea su estado, constituye un acto de eutanasia por omisión. Apostemos a una cultura de la vida, en lugar de a una cultura de la muerte.

ACIERTOS Y ERRORES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Acad. Nora Bär

Periodismo

Es una actividad profesional que consiste en recolectar, sintetizar, jerarquizar y publicar información relativa a la actualidad. Para obtener dicha información, el periodista debe recurrir obligatoriamente a fuentes verificables o a su propio testimonio.

Divulgar

Poner al alcance del público una cosa.

Adaptar un conjunto de conocimientos científicos para hacerlos accesibles a un lector no especializado.

Noticia

Poder de fascinación.

Interés para un gran número de lectores.

Importancia objetiva.

Credibilidad.

Actualidad.

Descubrimientos que refutan teorías ampliamente aceptadas.

Avances o innovaciones importantes e inesperadas.

Entrevistas a personalidades relevantes.

Historias de vida inusuales o emocionantes.

Hallazgos que tengan aplicación a corto plazo.

El periodista cultiva un conjunto de destrezas insoslayables.

Recuerda el conocimiento y los intereses de su público.

Sabe comunicarse de forma clara, imaginativa y sin olvidar las emociones.

Sabe qué preguntas realizar para obtener lo mejor de una historia.

Medicina basada en la evidencia

Es un modelo de la práctica de la medicina en el que se aplica la evidencia más confiable y ajustada para la circunstancia de un paciente en particular con el fin de mejorar la calidad del juicio clínico y optimizar la ecuación costo beneficio del cuidado de la salud.

Para una cobertura ética de temas complejos

- Ser vigilantes en la selección de fuentes, sopesando y descubriendo todo conflicto de interés, sea éste financiero, personal o profesional.
- Investigar e informar sobre lazos entre nuestras fuentes y empresas o laboratorios cuando se promueve una nueva idea o terapia.
- Investigar e informar sobre posibles lazos entre investigadores y compañías privadas, instituciones, grupos de pacientes, referentes y sus sponsors.
- Reconocer que la mayoría de las historias que cubrimos implican un grado de complejidad que una fuente única no puede proveernos.
- Entender el proceso de la investigación clínica para informar adecuadamente sobre los avances (por ejemplo, reconociendo las diferencias entre pruebas de fase I, II o III). Ser cauto en la información de estudios preliminares, *in vitro* o en animales.
- Preservar la independencia periodística.
- Ser especialmente cuidadosos en el uso de estadísticas o en la información de conocimiento que pueda influir en el estado de ánimo de los pacientes.
- No explotar los costados dramáticos y sensacionalistas de historias que involucren a individuos enfermos.
- Utilizar adecuadamente el lenguaje.
- Cuantificar el riesgo. Un 50% de aumento en el riesgo relativo puede no ser mucho si los números absolutos son pequeños.
- Informar sobre los riesgos y beneficios de los tratamientos.
- Distinguir entre “asociación” y “causa”.
- Definir y comunicar las dudas e incertidumbres de los científicos, tanto lo que los médicos saben como lo que ignoran.
- Buscar expertos independientes para evaluar la calidad de la evidencia o contrastar resultados.
- Considerar que el principal criterio cuando se elige una noticia para publicar es el interés público.

- Ser escéptico, sobre todo acerca de promesas enfáticas.
- Dejar de lado términos como “cura mágica” y otros igualmente sensacionalistas. Como dijo el físico Hubert Reeves: “No debemos caer en la infantilización divulgadora de pregonar el triunfalismo científico como si la ciencia tuviera la respuesta de todo. Hacerse adulto es aprender a vivir con la duda y la incertidumbre”.

Decálogo del buen periodista (por Tomás Eloy Martínez)

- El único patrimonio del periodista es su buen nombre. Cada vez que firma un artículo insuficiente o infiel a la propia conciencia, pierde parte de ese patrimonio o todo.
- Hay que defender ante los editores el tiempo que cada uno necesita para escribir un buen artículo y el espacio que necesita dentro de la publicación.
- No hay que escribir una sola palabra de la que no se esté seguro ni dar una sola información de la que no se tenga plena certeza.
- Hay que trabajar con los archivos siempre a mano, verificando cada dato y estableciendo con claridad el sentido de cada palabra que se escribe.
- Hay que evitar el riesgo de servir como vehículo de los intereses de grupos públicos o privados. Un periodista que publica todos los boletines de prensa que le dan, sin verificarlos, debería cambiar de profesión y dedicarse a ser mensajero.
- Hay que usar siempre un lenguaje claro, conciso y transparente. Por lo general, lo que se dice en diez palabras siempre se puede decir en nueve, o en siete.
- Encontrar el eje y la cabeza de una noticia no es tarea fácil. Tampoco lo es narrar una noticia. Nunca hay que ponerse a narrar si no se está seguro de que se puede hacer con claridad, eficacia, y pensando en el interés del lector más que en el lucimiento propio.
- Recordar que el periodismo es, ante todo, un acto de servicio. Es ponerse en el lugar del otro, comprender lo otro. Y, a veces, ser otro.

CICLO CIENTÍFICO CULTURAL

I ACTO

CONFERENCIA

DR. JORGE D. LEMUS

Enfermedades de Tchaikovsky

Organizado por la

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
COMISIÓN DE DIFUSIÓN
DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Presidente: Acad. Román Rostagno

23 de junio de 2015

PALABRAS DE PRESENTACIÓN
POR EL ACAD. ROMÁN ROSTAGNO¹

Es un placer darles la bienvenida a este primer acto del Ciclo Cultural del año, cuyo propósito es vincular la medicina con el arte.

Esta Comisión fue fundada y dirigida por el irremplazable Académico Fortunato Benaim, quien provisoriamente me cedió el cargo.

Para el día de hoy, hemos elegido a uno de los más reconocidos compositores, Peter Ilich Tchaikovsky.

La primera parte del acto será protagonizada por nuestro Académico Dr. Jorge Lemus, prestigioso sanitarista y ex Ministro de Salud del Gobierno de la Ciudad, melómano excelsa, por ende nuestro asesor musical.

A continuación de la disertación, se proyectarán escenas de varios ballets a cargo del Lic. Antonio Valdazate.

¹ Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

ENFERMEDADES DE TCHAIKOVSKY

Acad. Jorge Daniel Lemus²

El genial compositor puede, desde el punto de vista de la medicina, ser estudiado desde su única problemática conocida, su salud mental, bien sea que las evidencias son difíciles de analizar, y mucho de lo que se ha escrito forma parte de anécdotas de los que lo conocieron, muchas de las cuales ni siquiera son coincidentes.

Y ya que nos ocuparemos de su salud mental, hagamos una pequeña introducción sobre las relaciones que se han estudiado creatividad y enfermedad mental. De estos estudios parece concluirse que: 1) Es mayor la frecuencia de enfermedades mentales en músicos que en la población general, pero menor que en otros campos artísticos; y 2) La enfermedad mental grave no va ligada a la creatividad sino que la interfiere. Dicho lo cual, no es lícito deducir por simple asociación la relación entre genialidad y locura, aunque la existencia de ésta preceda a la creatividad (Delgado Calvete, 2006). Dicha relación parece esencialmente establecida con el trastorno bipolar, en sus formas más ligeras, sobre la base de diferentes interpretaciones, destacándose que la mayor sensibilidad del individuo a los estímulos ambientales podría dar respuesta a una superior actividad creativa. Se advierte una polarización de los estudios en los escritores, siendo escasos respecto a los artistas plásticos y casi nulos en cuanto a los compositores. En este importante artículo de revisión aparecen referidas tres amplias revisiones de biografías de artistas que apoyan una cierta asociación entre creatividad y enfermedad mental (Juda, 1949 / Ludwig, 1992 y Post, 1994).

El escritor Sthendal definió la enfermedad como “inventora de sensaciones” y Pio Baroja, escritor y médico, escribió que “sufrir es pensar”. Sin embargo, todo es relativo, porque en los períodos de postración psíquica la inspiración de los artistas también suele ahogarse en territorios de sequía. Pero aquí nos interesan, para el caso Tchaikovsky, aquellos compositores cuyas vidas estuvieron llenas de conflictos interiores, que a veces rayaron en la locura o se adentraron en su oscuro reino, que de algún modo salieron de la norma y reflejaron sus cuitas o su amargura en el pentagrama. Y aunque reza el dicho “de poetas y de locos todos tenemos un poco”, admitiendo incluso como normal cierta dosis de extravagancia, en la historia de la música hay casos dramáticos de compositores que rebasaron la admisible y benefactora “locura”; algunos intentaron el suicidio y fueron recluidos.

A nuestro presente músico se le reprocha a menudo ser un postromántico demasiado sentimental que se desahoga a gusto con su música. Porque se presentó abiertamente como un fatalista: el schumaniano “fatum” (**Fatum** es, en la mitología romana, la personificación del destino, equivalente a la «Ananké» o Moira de la mitología griega. Etimológicamente, la palabra latina *fatum*, significa destino, deriva en la palabra en español «hado». También tenía el significado de fatalidad.) constituye el gran tema de todas su obras, hasta el punto de que su música acaba por convertirse en una narración de la propia lucha con el destino y, pese a todo, extraordinaria en sus mejores momentos.

² Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

En sus cambios de parecer, en su volubilidad, parece que alguien ha visto un trastorno bipolar (denominación actual de la otrora conocida como psicosis maníaco-depresiva, ya mencionada al hablar de Schumann). Lo cierto es que Tchaikovsky fue un hombre atormentado y solitario, privado por el destino del disfrute de la mujer, aunque estuviese atraído en un sentido fáustico por lo femenino. Su vida tuvo mucho de patética, como su última y extraordinaria sinfonía, y su figura pervive como sinónimo de “sonora emoción”.

Datos biográficos esenciales

Piotr Illich Tchaikovsky nació el 7 de mayo de 1840 en Votkinsk, ciudad de la provincia de Viatk. Por la profesión de su padre, vino al mundo en los confines de Europa, en ese imperio ruso que marcaba la separación entre Oriente y Occidente. Pese a las grandes convulsiones políticas y sociales que se produjeron a lo largo de la vida, Tchaikovsky nunca manifestó un interés especial por la política. Además, nunca estuvo vinculado a ningún movimiento político, social o religioso. Su padre, Ilya Petrovich, formaba parte de la aristocracia. Tras la muerte de su primera esposa y con la que tuvo una hija llamada Zenaida, se casó con Alexandra d'Assier, con la que tuvo cinco hijos. Ésta era una aristócrata francesa que emigró a causa de la Revolución Francesa. Este doble origen marcó la vida y obra de Tchaikovsky trascendentamente.

Los primeros años de Piotr Tchaikovsky transcurrieron en la casa de Votkinsk, al oeste de los Urales. En aquel lugar, y en un ambiente aristocrático y de riqueza, Piotr inició su vida.

A partir de los cuatro años contó con los cuidados de Fanny Dürbach, institutriz suiza, contratada por su madre, y que fue la persona que más influencia tuvo en su educación, sobre todo en su vertiente francesa. Además, apoyó sus naturales inclinaciones hacia la música, la poesía y el arte en general. Su propia institutriz dijo de Piotr Illich Tchaikovsky: «Su delicadeza era infinita. Sufría por todo. Era muy sensible. No nos atrevíamos a hacerle el menor reproche por miedo a provocarle trágicas crisis de desesperación. Había que tratarle con suma precaución. Era un niño de cristal». Pero a diferencia de Mozart no fue un niño prodigo, recién a los siete años, Tchaikovsky comenzó sus clases de piano.

Tchaikovsky ingresa en la escuela primaria y comienza sus clases de piano con Philippov, con el que pronto hizo grandes progresos. Pero este viaje provocó en el muchacho una cierta crisis nerviosa. Además, Fanny, la institutriz, no siguió a la familia en su emigración, y la echaba de menos. Durante meses le escribió cartas desesperadas. También su madre le escribió a la institutriz: “Piotr no es el mismo. Se ha vuelto caprichoso y perezoso y no se interesa por nada...”. No obstante, el día de Navidad de 1848 recibió un regalo que decidió su carrera: asiste por primera vez a un espectáculo de ballet.

A finales del verano de 1850, Piotr dejó el hogar familiar y, acompañado de su madre, volvió a San Petersburgo, para iniciar sus estudios de Derecho. Se alojó en casa de su tutor, Modest Vakar.

Esta primera separación de su familia, sobre todo de su madre, le causó un trauma imborrable. Cuando vio alejarse la diligencia que conducía a su madre, escapó de los que trataban de sujetarle y corrió tras el carro, agarrándose a él hasta que, perdido el equilibrio, rodó ensangrentado por el suelo.

Pero pronto otro hecho tuvo también efectos traumáticos para Piotr que, a los pocos meses de su estancia en San Petersburgo, enfermó de escarlatina y contagió al hijo de Vakar, de cinco años, su compañero de habitación y amigo, que muere a los pocos días de su contagio.

Tchaikovsky se considera responsable de la muerte del pequeño y sufre una gran depresión. Pero Modest Vakar reaccionó con gran tacto y cariño, por lo que logró que Piotr superara esos duros momentos.

Su tutor le proporcionó, además, otra revelación: le llevó a la representación del "Don Juan". El mismo Piotr confesó más adelante: "Hasta entonces yo no conocía más que óperas italianas. Debo a "Don Juan" el haberme consagrado a la música. Esta música me sumergió en un éxtasis cuyas consecuencias fueron decisivas..." Tchaikovsky decía:<<La música de Mozart ni me deprime ni me exalta, sino que me hechiza; escuchar su música es algo que me produce una alegría pura, es algo que despierta en mí un sentimiento cálido, la misma sensación que si hubiera realizado una buena obra. Cuanto más tiempo vivo y más profundamente penetro en la música de Mozart, tanto más le amo>>.

Sosegado y tranquilo, la vida se le tornó placentera. Continuó con sus estudios de derecho, siguió escuchando a Mozart, y cuando su familia, meses después volvió a instalarse en San Petersburgo, Tchaikovsky resplandeció de alegría.

La primavera de 1854 dejó en Piotr Illich secuelas que perduraron toda su vida. En abril se declaró una epidemia de cólera en San Petersburgo y su madre cayó enferma. Las terribles imágenes de la mujer agonizante, cuando era introducida en una bañera de agua casi hirviendo, único remedio conocido en aquella época para intentar superar esa enfermedad, no abandonaron nunca al compositor.

Piotr sublimó el ideal de su amor materno hasta extremos enfermizos. Su complejo de Edipo se mitigará con el tiempo, pero nunca se vio libre de él; y esa idealización de la madre le impidió un acercamiento normal a las mujeres. Su carácter tuvo muchos de los rasgos de un hombre neurótico: sublimación de la libido; relaciones sexuales en las que la mujer representaba la madre o a la hermana, con la consiguiente angustia e inhibición que conlleva el incesto infantil, sentimiento de impotencia...

Por aquella época ya había compuesto su primera obra: un vals. Un buen día, Küdinger recibió la visita de Ilya Petrovich, deseoso de conocer su opinión sobre las cualidades musicales y el porvenir de su hijo Piotr. La respuesta del maestro fue rotunda: "¡Ningún porvenir!".

Además, como la situación económica del padre pasaba por momentos difíciles, Tchaikovsky se resignó a abandonar las clases de música. Sin embargo, a sus dieciséis años, pensaba en su primera ópera: "Hipérbole". Escribió algunas melodías mientras preparaba los exámenes de la Escuela.

En 1859, consiguió la Licenciatura, y obtuvo el título de Redactor de Ministerio siendo destinado al de Justicia. Pocos meses después, su hermana Alexandra se casó con Lev Davidov y se instaló, con su marido, en Kamenka. Allí pasó Tchaikovsky muchas temporadas, donde compuso sus mejores obras.

Con su entrada en el Ministerio de Justicia, Tchaikovsky adquirió cierta independencia económica, lo que también le permitió una cierta libertad. Frecuentó los ambientes frívolos de San Petersburgo, y los teatros, los bailes y los salones. Asistió también a la ópera y a las sesiones de ballet, que le fascinaban.

La imagen de Tchaikovsky era la de un joven apuesto y de vida fácil. Con aire romántico, bien vestido y con una natural elegancia; todo ello le permitía un fácil acceso a los salones y teatros, donde, no obstante, conservaba una gran timidez hacia las mujeres.

Durante tres meses, en 1861, viajó por Francia, Inglaterra y Alemania y tuvo tiempo de reflexionar acerca de su vida, su futuro y su propia identidad. Ni el éxito de su carrera administrativa ni las frivolidades de la mundana, disminuyeron la fuerza de una vocación irresistible. Por su hermano Modest, conocemos la lucha patética que hubo de sostener a lo largo de dos años, dividido entre sus funciones oficiales y el deseo de consagrarse a la música.

A su regreso a Rusia, comenzó a tomar lecciones de bajo continuo. Poco tiempo más tarde, cuando se fundó el Conservatorio de San Petersburgo, Tchaikovsky se matriculó en composición, flauta y piano. La decisión estaba tomada: sería músico. Los tres años que había pasado en la administración no habían borrado sus inclinaciones más profundas.

Por economía y espíritu de familia, vivía en casa de su padre con sus dos hermanos gemelos. Para ganarse la vida se vio obligado a dar clases de piano y solfeo. Los días de diversión con la alta sociedad quedaron atrás. Pero sus encuentros con la música fueron más numerosos: "La Tetralogía" fue su primer encuentro con Wagner y no temió decir que aquella música le aburría.

En el Conservatorio, sus estudios prosiguieron de forma excelente. Estudió armonía y contrapunto con Nicolai Zaremba y composición a instrumentación con Anton Rubinstein. Además, éste le proporcionó numerosos alumnos, lo que le llenó de alegría.

Cuatro años más tarde, el mismísimo Johann Strauss, estrenó e interpretó en público la primera obra para orquesta, compuesta por Piotr Ilich Tchaikovsky: "Danza de los jóvenes serbios", obtuvo tal éxito, que compuso una obra tras otra.

En 1867, se inauguró el Conservatorio de Moscú, donde Tchaikovsky aceptó un puesto como profesor que le ofreció Nikolai Rubinstein, el cual era un juerguista y un bebedor por el que Tchaikovsky se dejó llevar en juergas nocturnas y borracheras varias, de ahí vendría su afición incontrolada al alcohol, y algún que otro enfrentamiento en diversas tabernas. Estos hechos no cuadraban en absoluto con su carácter sensible, por lo que se arrepentía constante y rápidamente de ellos, haciéndole sentir culpable y cayendo en alguna que otra de sus habituales crisis nerviosas.

Las crisis se sucedían y Tchaikovsky pasaba de vez en cuando por etapas verdaderamente desagradables. Para huir de ellas viajaba cuanto podía o se refugiaba en la gran finca rusa de su hermana Alexandra, donde encontraba la paz. Tenía un carácter autoflagelante, no reconocía el valor de sus obras, era implacable consigo mismo y ejercía una autocritica brutal, sobre su ópera *Oprichnik* dijo: «Estoy hecho un hipocondríaco insopportable como consecuencia de serios trastornos nerviosos. No sé exactamente por qué, pero me siento agobiado por una tremenda sensación melancólica y tierna», y a otro amigo le dijo sobre ella: «No hay absolutamente nada bueno en *Oprichnik*, y sentiría mucho que te molestaras en asistir al estreno». Tras varios fracasos, su mejor obra no tardó en llegar. Fue «El lago de los cisnes», obra que le hizo totalmente famoso y que definitivamente le consagró como compositor musical.

En julio de 1877 se casó con una joven de la que se separó pocos meses después de la boda. Las inquietudes y amarguras de este triste episodio trastornaron su vida interior, causando también perjuicios a su salud; atacado de una grave depresión nerviosa, abandonó entonces Rusia para recluirse en una pequeña aldea junto al lago de Ginebra. En 1885, ya restablecido, regresó a Rusia, y dos años después inició una vasta gira de conciertos por Europa y América. A la última fase de su actividad creadora pertenecen la ópera *La dama de picas* (1890), los dos ballets *La bella durmiente* (1890) y *Cascanueces* (1892) y la última de sus seis sinfonías, verdadero testamento musical: la *Sinfonía Nro. 6 «Patética»*. Gracias al sostén económico de una rica viuda, Nadejda von Meck (protectora también de Debussy y a la que, paradójicamente, nunca llegaría a conocer), Tchaikovsky pudo dedicar, desde finales de la década de 1870, todo su tiempo a la composición. Fruto de esa dedicación exclusiva fueron algunas de sus obras más hermosas y originales.

Durante trece años de su vida, el artista mantendría una relación por correspondencia con la Condesa von Meck, viuda de un empresario de ferrocarriles rusos. Fue una historia romántica a la vez que extraña. A los cuarenta y cinco años, Nadezhda Filaretovna Frolovskaya acababa de enviudar y se sentía bastante aliviada por ello. No porque su difunto esposo fuese un mal hombre, todo lo contrario: Karl von Meck había sido un marido fiel y un gran trabajador. Cuando se casó con él a los 16 años, era un ingeniero doce años mayor perteneciente a una familia del Báltico alemán. Impulsado por su mujer y gracias a su talento como ingeniero, von Meck había hecho fortuna en los transportes ferroviarios. Después de años de pobreza, habían logrado una enorme opulencia.

Sin embargo, aunque tenía hermosa apostura, Nadejda no había conocido con él las emociones del amor. Las noches eran un verdadero castigo, tanto más penosas pues él sí se mostraba muy enamorado de su mujer. Juntos tuvieron 18 hijos, de los cuales 11 sobrevivieron hasta la edad adulta. Helada por abrazos decepcionantes, agotada por las numerosas maternidades, aspiraba a una vida apartada de los asuntos de la carne y consagrada a impulsos más sublimes.

Karl murió repentinamente en 1873. En su testamento le dio el control a Nadejda sobre sus enormes participaciones financieras, lo que incluía dos redes ferroviarias, grandes propiedades y varios millones de rublos. Con siete de sus 11 hijos todavía en casa, se concentró en asuntos de sus negocios y en la educación de los niños que aún dependían de ella. Al quedar viuda, von Meck se alejó de toda la vida social. Se retiró a un aislamiento casi total. Incluso se negó a reunirse con los familiares de aquellos con quienes sus hijos iban a casarse. En todo sentido era imperiosa por naturaleza y presidía su casa como un déspota.

Un día, el director del Conservatorio le expuso a Nadejda:

“Sé cuánto se interesa usted en los artistas y cuán generoso es su corazón. Por eso me permite hablarle de un caso particular. Se trata de un joven al que le tengo fe. En mi opinión, tiene el talento de un gran compositor pero carece de dinero y yo no tengo la posibilidad de procurarle una renta. Me da pena que tal vez se malogre un gran artista, faltó de una ayuda pasajera.”

Nadejda von Meck escuchaba, con los ojos brillantes. Entreveía ya la realización de uno de sus sueños: ser la protectora de un músico, gracias a la cual pudiera surgir un genio.

Nadejda no buscaba una aventura ni una relación, sino un entendimiento intelectual. Por su parte, a Piotr Illich no le gustaban las mujeres, que lo asustaban, y vivía con dificultad su inclinación por los hombres, que ocultaba celosamente. Temía pues a una protectora que deseara una vinculación pasional.

Poco a poco las cartas se hicieron más familiares. A principios de la primavera, Tchaikovsky cayó, como le ocurría a menudo, en una melancolía depresiva. Confiaba sus estados de ánimo a Nadejda, que le aseguraba su apoyo y su deseo de ser su amiga y confidente. A su pedido, él le envió una foto. Ella le respondió con entusiasmo y le envió la suya. A partir de entonces se inundaron de fotografías.

En octubre de 1890, mientras Piotr Illich descansaba en Tiflis, Nadejda le envió una subvención de un año de antelación, junto con una carta terminando su patrocinio. Afirmaba que estaba en bancarrota y terminaba diciendo: “*No me olvide. Piense de vez en cuando en mí.*” El compositor no podía creer a sus ojos. Que la pensión se interrumpiera sólo le molestaba un poco –ahora disponía de suficientes derechos de autor para vivir–, pero no comprendía que, por una cuestión de dinero, ese bello vínculo de amor-amistad fuese cortado de golpe. Herido, le respondió rápidamente: “*Mi bienamada, mi muy querida amiga: no puedo pensar en mí sin pensar por eso mismo en usted...*”

Debido a lo repentino de su acción, algunos creen que ella terminó su patrocinio porque había aprendido de la homosexualidad de Tchaikovsky. Otros descartan esta idea. Lo más revelador es que Nadejda le pidió a Tchaikovsky, en su última carta, que no la olvidara. Ella no habría hecho tal solicitud si hubiera actuado por resentimiento ante la percepción de una falla moral. Tal vez sea más probable que su familia había amenazado con revelar públicamente las preferencias sexuales de Piotr Illich. Nadejda habría cortado la relación con él para protegerlo del escándalo.

Dos hechos jugaron en la decisión de Nadejda von Meck. En 1890, estaba gravemente enferma, en la última etapa de la tuberculosis y una atrofia de su brazo le hizo casi imposible escribir. Dictar cartas a un tercero habría sido incómodo, sobre todo por los mensajes de estilo franco, informal y personal que ella intercambiaba con Tchaikovsky. Por otro lado, se encontraba bajo intensa presión de la familia para poner fin a la relación. Sus hijos estaban avergonzados por la cercanía de su madre con Tchaikovsky. Hubo rumores en la sociedad sobre el compositor y "la Meck." Cada vez más, al menos para los ojos de los familiares hostiles, la situación parecía escandalosa.

Él no se repuso de ese golpe, que vivió como una gran pena de amor y a partir de entonces envejeció prematuramente, cayó en la misantropía y en el pesimismo. Se refugió en la música, escribiendo al año siguiente el *Cascanueces*. Nunca más volvieron a escribirse.

La musa de aquel joven músico devenido en gran compositor murió de tuberculosis el 13 de enero de 1894 en Niza, apenas dos meses después de la muerte de Tchaikovsky. Luego de la muerte de su suegra, Anna von Meck fue consultada sobre cómo la antigua mecenas había sufrido la muerte del compositor. Anna respondió: "*Ella no lo pudo soportar*". Como bien expresó el famoso violonchelista ruso Mstislav Rostropovich: "paradójicamente, ningún músico ha logrado describir con mayor intensidad el amor entre un hombre y una mujer como Tchaikovsky".

La enfermedad y su muerte

En 1893, Tchaikovsky dirige en Moscú su Sinfonía Nro. 6 (1893), más conocida con el nombre de Patética, obra especialmente reveladora de la compleja personalidad del músico y del drama íntimo que rodeó su existencia, atormentada por una homosexualidad reprimida y un constante y mórbido estado depresivo. De amplias proporciones pero desigual, esta partitura refleja, quizá mejor que las otras, las peculiares características del estilo de Tchaikovsky y la volubilidad de su fantasía, que tendía a desperdigar los propios temas en lugar de unirlos en una visión constructiva unitaria.

Pocos días después, mientras almorzaba, se levantó de la mesa y fue a la cocina a buscar un vaso de agua y se lo bebió. No hirvió el agua aun sabiendo que la epidemia del cólera se había declarado en la ciudad. La enfermedad no tardó en aparecer y los médicos nada pudieron hacer. Le sometieron al "baño caliente" diciendo:

“Seguramente moriré como mi madre”. Poco tiempo después entró en coma y a las tres de la madrugada del día 6 de noviembre de 1893, murió. Su cadáver se expuso al público, y centenares de desconocidos desfilaron ante él y le besaron la mano, en plena epidemia, sin que ninguno se contaminara de la enfermedad que había causado la muerte al célebre compositor. Descansa junto a otros ilustres músicos: Borodin, Glinka, Rimski-Korsakoy.

Leyendas no confirmadas

Tchaikovsky se flagelaba a él mismo por su homosexualidad, arrepintiéndose constantemente de sus relaciones sexuales con hombres, algo que llevaba con discreción, incluso estuvo flirteando con diversas mujeres para ver si era capaz de “curarse de su enfermedad”, lo que le llevó a mantener una relación un tanto especial con la viuda de Von Meck.

Aleksandr Poznanski mostró a través de una investigación que Tchaikovsky tuvo sentimientos homosexuales y que algunas de las relaciones más cercanas que mantuvo fueron con personas del mismo sexo. Su sirviente Alekséi Sofrónov y el sobrino del compositor, Vladímir Davýdov fueron, se dice, algunos de sus amantes.

Correspondencia censurada por autoridades soviéticas, en las cuales Tchaikovsky habla abiertamente sobre su homosexualidad, han sido publicadas en ruso, así como traducidas al inglés por Poznanski.

Tchaikovsky siempre fue temeroso de las consecuencias de que su orientación sexual fuese revelada en especial por su familia. Su unión heterosexual fue producto de la posibilidad de que se revelara su orientación y su anhelo de una familia.

Estas especies de “leyendas” tienen entonces su base en un solo dato, que Tchaikovsky era homosexual. Los difusores de la leyenda de que fue “obligado” a suicidarse por sus amores con su joven sobrino se apoyaban básicamente en tres criterios:

1- La ley obligaba a llevar al hospital a los enfermos de cólera y Tchaikovsky murió en su casa y en su cama.

2- La misma ley exigía que los cadáveres de los fallecidos fueran inmediatamente introducidos en la tumba para evitar el contagio y el cuerpo de nuestro músico estuvo expuesto en su ataúd a la vista del público que le rindió homenaje.

3- Se mantuvo el suicidio en secreto porque la Iglesia ortodoxa obligaba a enterrar en una fosa común a los suicidas. Sin embargo, en la Rusia de la época, al hospital

sólo iban los muy pobres, puesto que la clase alta era operada, paría y moría en sus casas.

Pero:

4- La investigación del bacilo del cólera en los años 80 aclaró que la contaminación se daba por una deficiente canalización de los desagües de los excrementos y no por tener al aire al fallecido.

5- Sólo los campesinos pobres eran arrojados a la fosa común en caso de suicidio pues los curas ortodoxos hacían la vista gorda a cambio de dinero e ignoraban el suicidio entre la clase alta.

6- La homosexualidad en los tiempos de los zares estaba considerada como una verdadera "exquisitez" y nunca ningún alto personaje (y Tchaikovsky era el compositor ruso de más fama) fue molestado por ello. Y mucho menos "obligado" a suicidarse.

7- Como un "detalle" de este último punto, la relación de aristócratas homosexuales de la familia del zar Nicolás II: Gran duque Sergio Alexandrovich, tío del zar; Nicolás Mijailovich, primo de Alejandro III, Constantino, nieto de Nicolás; Oleg, hijo de Constantino. Otros dos hijos de Constantino, Dimitri, hermano de Constantino Dimitri Pavlovich, primo hermano del zar; Príncipe Yusupov, marido de la sobrina del zar y una abundante tropa de altos cargos de la Administración. Quizás esta proliferación de homosexuales entre la clase dirigente de la monarquía rusa tuviera que ver con la tradicional afición de ésta de dar al pueblo ruso pero nuestro admirado autor murió (desgraciadamente demasiado pronto) por una infección de cólera y el gusto por lo truculento de algunos ha levantado esta leyenda sobre su muerte, al igual que la que se levantó sobre el supuesto envenenamiento de Mozart por parte de Salieri. O sea que Tchaikovsky, homosexual sí pero suicida no.

Sobre su muerte se contraponen dos versiones: que realmente su muerte se atribuye al cólera, la misma enfermedad que hizo que su madre muriera cuando Tchaikovsky tenía tan sólo 15 años, por aquel entonces había una gran epidemia de Córlera en San Petersburgo, en un momento de una comida familiar, se levantó de la mesa y bebió un vaso de agua directamente del grifo, sin hervir, todo un suicidio por parte de Tchaikovsky que hizo que perdiera la vida 5 días más tarde.

Lo que nos lleva a la segunda versión sobre la muerte de Tchaikovsky apunta a que fue obligado a suicidarse tras llegar a los oídos del Zar un romance con Alexander Vladimirovich, un joven de 18 años sobrino del Conde Alexey Alesandrovich Stenbok-Fermor, persona cercana al zar, que tras reunir una "Corte de honor" dejaron dos opciones a Tchaikovsky, morir en honor o deshonor, es decir, si no acababa él con su propia vida, le someterían a juicio, en el mejor de los

casos la sentencia hubiera sido su inclusión en un campo de concentración y en el peor, la propia pena de muerte.

Descansa junto a otros ilustres músicos (Borodín, Glinka, Rimski-Korsakov, Balakirev y Musorgski) en el Monasterio de Alejandro Nevski en San Petersburgo.

Tras la muerte de Tchaikovsky, su casa en Klin fue convertida en museo, exponiendo así al público, no sólo la memoria del gran compositor, sino también su archivo, bienes personales y su piano. Otras apreciaciones se hacen sobre sus relaciones con otros personajes de la época:

En 1868, Tchaikovsky se reunió con la soprano belga Desirée Artôt, luego de su gira por Tússia con una compañía de ópera italiana y causando sensación con sus actuaciones en Moscú. Artôt, según el biógrafo Anthony Holden, fue “una de las estrellas de la ópera más brillantes de su época”, con una “voz seductora”. El amigo del compositor, el crítico musical Hermann Laroche, la llamó “la diosa de la ópera”. Tchaikovsky y Artôt estuvieron al parecer comprometidos para casarse. Aun así, Artôt le advirtió que no iba a renunciar a su carrera, o establecerse en Rusia. Nikolai Rubinstein, temeroso de que vivir a la sombra de una famosa cantante anulara la creatividad del músico, le advirtió en contra de este paso. Sin dejarse intimidar, y aunque todavía prefiere un estilo de vida homosexual privado, el compositor discute planes de la boda largamente con su padre. Sin embargo, el 15 de septiembre de 1869, sin ningún tipo de comunicación con el músico, Artôt se casa con un barítono español de su compañía, Mariano Padilla y Ramos.

Aunque en general se piensa que Tchaikovsky rápidamente superó el asunto, se ha sugerido que recuerda aún el nombre de Desirée en el Concierto para Piano Nro. 1 y en Poema Sinfónico Fatum. Se volvieron a ver en un puñado de ocasiones posteriores y, en octubre de 1888, escribe para ella sus Seis Canciones Francesas Op. 65, en respuesta a su solicitud de sólo una canción. El músico, luego afirmaría que ella era la única mujer que había amado, aunque Holden y otros biógrafos han conjecturado que podría haber sido “una diva glamorosa y con talento, en lugar de la mujer real de la que se había enamorado”.

A finales de 1876, se enamora de losif Kotek, un ex alumno del Conservatorio de Moscú. Aunque él escribió a Modest que Kotek correspondía a sus sentimientos, el compositor se distanció unos meses más tarde, cuando Kotek demostró serle infiel. Más o menos al mismo tiempo, otro amigo, Vladimir Shilovsky, de pronto se casó. Al compositor no le cayó bien la noticia; él y Shilovsky, que también pudo haber sido homosexual, habían compartido un enlace recíproco de afecto por algo más de una década. Tchaikovsky no había mencionado la posibilidad de casarse a Modest, por temor a que el conocimiento público de su sexualidad pudiera escandalizar a su familia. Modest y su hermana Sasha, a su vez, habían advertido contra esa medida. Sin embargo, la boda de Shilovsky pudo haberlo estimulado a la acción. Al hacerlo, él no consideró varios factores. Uno de ellos era que sus sentimientos sobre el asunto podrían haber sido muy conflictivos. Mientras que él escribe a su hermano Anatoly sobre el uso del matrimonio como un medio de asegurar la libertad sexual a través de llevar una “doble vida”, en la misma carta menosprecia a sus conocidos

homosexuales que habían hecho realmente lo mismo. Otro factor podría haber sido que, a los 37, Tchaikovsky podría haber actuado con más precaución, ya en los caminos de su Licenciatura, de lo que hubiera admitido.

No nos queda más que ver las imágenes de su tumba en San Petersburgo y concluir con una frase del genio:

“Si no fuera por la música, habría más razones para volverse loco”.