

Revista de

Ciencias de la Salud



FUNDACIÓN H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Publicación oficial
del
Instituto Universitario
de
Ciencias de la Salud
Fundación H A Barceló

VOLUMEN I

1

PRIMAVERA
2010

EDICIONES DE LA
GUADALUPE

ISSN E/T

En este número

- **Avances de la Medicina**
- **Actitudes alimentarias en escolares**
- **La reforma del Sistema de Salud en Estados Unidos**
- **Cáncer de Cuello Uterino, Detección precoz y Papanicolaou**
- **Arte y Salud**

**No solo es
imagen.
Lo importante
es la
estructura
que la sostiene.**

SEGAR SEGURIDAD.
La seguridad a SU servicio



DIRECCIÓN

Hugo Arce

CONSEJO EDITORIAL

Diana Gayol

Leandro Rodríguez Ares

Silvina Tognacca

Elisa Schürman

Rocio Cabaleiro

DIRECCIÓN EDITORIAL

Iris Uribarri

COORDINACIÓN, ARTE Y DISEÑO

Yamila Alé

COMITÉ REVISOR

• EN ARGENTINA

Dr. Carlos Álvarez Bermúdez

Dr. Alejandro Barceló

Lic. Diego Castagnaro

Dr. José Fuentes Oro

Lic. Norma Guezikaraian

Dr. Gerardo Laube

Dr. Víctor Martínez

Lic. Hebe Perrone

Dr. Cándido Roldán

Dr. Ricardo Znaidak

• EN ESTADOS UNIDOS

Dr. Gregorio Koss

Dr. Francisco Tejada

Imagen de tapa
Intervención sobre una obra
de Vassily Kandinsky
Composición VIII
(1923)

Museo Guggenheim
Nueva York

La revista **Ciencias de la Salud**
es una producción trimestral de

**EDICIONESDELA
GUADALUPE**

edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

Ciencias de la Salud



PREVENCIÓN 3

► **Cáncer de cuello uterino
Detección precoz y
Papanicolaou**

Javier Graziani



MAGISTRALES 23

► **Avances de la medicina
en los últimos 75 años**

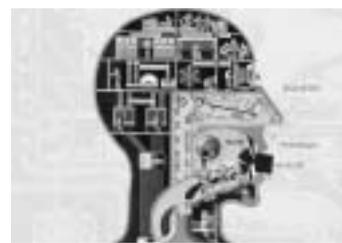
Eliás Hurtado Hoyo



NUTRICIÓN 6

► **Actitudes alimentarias
en escolares**

Norma Guezikaraian,
Élida Oharriz



ARTE Y SALUD 36

► **Lectura recomendada:**

**Una patobiografía con
vuelo literario**

Elisa Schürmann



ACTUALIDAD 15

► **La reforma del Sistema de
salud en Estados Unidos**

Hugo Arce

Y además:

Editorial 2

Héctor Barceló

La Biblioteca 35

End Paper 40

Foto-homenaje
Info Barceló

Ciencias de la Salud



ESCRIBE
Prof. Dr. Héctor
Alejandro Barceló
IUCS Fundación Barceló

Hoy presentamos el primer número de la Revista de nuestra Facultad de Medicina, como una continuación de nuestro querido Boletín, que durante años fuera editado por la Lic. Silvina Tognacca y un grupo de colaboradores. Iniciamos esta publicación con el compromiso de recibir en sus páginas todo tipo de temas, redactados con profesionalidad, ética y responsabilidad social.

Sin duda será importante el apoyo externo de distintos autores, pero el soporte imprescindible serán nuestros profesores, alumnos y graduados.

Buscaremos lograr que trabajos originales y productos de tesis doctorales sean vertidos en nuestras páginas; pero también con seguridad contaremos con trabajos monográficos, temas de investigaciones y artículos de revisión, realizados por miembros del Claustro Académico y por nuestros graduados sobresalientes. De esta manera la Revista contribuirá al Desarrollo Profesional Continuo.

Todo estará coordinado por prestigiosos profesionales, que buscarán articular la Investigación Básica con la Aplicada a la Clínica. Sin duda será un vehículo que nos mantendrá al tanto de la vida y los proyectos del *alma mater*.

Contamos con un Comité Editorial, un Comité de Referato y una calificada Editora, Iris Uribarri y su Equipo, totalmente ilusionados y convencidos que será un éxito más de nuestra Universidad.

Quiero desde ya agradecer la iniciativa de su Director, el Prof. Dr. Hugo Arce, y expresarle que contará con todo el apoyo del Rectorado de esta Casa de Altos Estudios.

Estoy seguro que con el aporte de todos, esta Revista de **Ciencias de la Salud** crecerá, como ha crecido nuestra Universidad, y se perpetuará en el futuro.



CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Detección precoz y Papanicolaou

RESUMEN Y CONTEXTO DE LA CAMPAÑA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, REALIZADA EN LA LOCALIDAD DE SANTO TOMÉ Y EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA QUINTA REGIÓN SANITARIA DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES DEL 2007 AL 2009.

ESCRIBE

Javier Graziani



El cáncer de cuello uterino es uno de los mayores problemas de salud pública en países en vías de desarrollo, la infección del cuello de útero por el virus del Papiloma Humano o HPV, es responsable prácticamente de todos los casos de carcinoma epidermoide de cuello uterino (CACU).

En Argentina la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino es de 7,2 por 100.000 mujeres, y son Misiones, Salta, Formosa, Jujuy, Corrientes y Chaco las provincias que muestran la peor situación, con hasta 14 muertes por 100.000 mujeres.

El desarrollo de las lesiones asociadas al HPV es progresiva y tiene una evolución natural, pasando en orden creciente de gravedad del SIL de bajo grado al SIL de alto grado y llegando al Carcinoma epidermoide en última instancia. Está demostrado que el control periódico mediante Pap permite el diagnóstico en etapas tempranas (SIL de bajo

y alto grado), cuando ésta es más tratable, lo que modifica de un modo trascendente el pronóstico de esta enfermedad. La Organización mundial de la Salud (OMS) recomienda además del inicio de controles médicos y de la realización del examen de Papanicolaou (PAP) a partir del inicio de las relaciones sexuales, el uso de preservativos, para prevenir una posible infección por HPV, así como cualquier otra infección de transmisión sexual.

Frente a la situación epidemiológica del NEA, con un alto riesgo para Cáncer Epidermoide de Cuello Uterino, se ideó por iniciativa de un grupo de alumnos y docentes del IUCS Fundación H. A. Barceló, una campaña de diagnóstico precoz de las lesiones previas al cáncer de cuello uterino, que se llevó a cabo en la localidad de Santo Tomé y Centros de Atención Primaria de toda la Quinta Región Sanitaria de Corrientes.

Esta campaña tuvo como disparadores estudios epidemiológicos retrospectivos y prospectivos, realizados, presentados y publicados por este grupo, que demostraron que existe una alta frecuencia de CACU en edades tempranas y una detección de casos en estadios avanzados, en esta población.

Uno de estos trabajos demostró la aparición de lesiones asociadas al HPV en edades más tempranas en Santo Tomé, en comparación con un grupo control de Buenos Aires. Y en relación directa con la edad de inicio de las relaciones sexuales, con el tiempo transcurrido entre el primer control ginecológico desde el inicio de las relaciones sexuales y con falencias en la periodicidad con que los

controles se realizan en la población de Santo Tomé.

Durante esta campaña fue implementada en los consultorios de Ginecología del Hospital San Juan Bautista y los CAPS de toda el área programática de la 5° Región Sanitaria, una encuesta que ayudó a recolectar datos relacionados a los factores de riesgo para la infección por HPV que se analizaron por separado y en forma cruzada. Se desprendieron del análisis varios datos preocupantes, que muestran por ejemplo, que el promedio de aparición del CACU en esta población está alrededor de los 46 años, habiendo pacientes de 21 años con este diagnóstico y de SIL de bajo grado en pacientes de 19 años. (Ver cuadros)

Teniendo en cuenta la progresión natural de esta infección hacia el cáncer, éstos son datos alarmantes y creemos deben ayudar a mejorar los mecanismos de captación y seguimiento de las mujeres sexualmente activas, restando importancia a la edad de las mismas y haciendo hincapié en los factores de riesgo primarios y secundarios.

En Santo Tomé la mediana de edad de las mujeres que fueron diagnosticadas con alguna lesión asociada a HPV es de 30,5 años de edad, no obstante la edad recomendada por el Programa Nacional para la Detección del Cáncer de Cuello Uterino, para iniciar el estudio de PAP es de 35 años, lo que si bien es adecuado para otras regiones de la Argentina, en esta Región Sanitaria y probablemente en el resto del NEA, constituya

Edad de las Pacientes detectadas durante la campaña de Detención Precoz de Cáncer de Cuello Uterino- Quinta Región Sanitaria (Estudio Prospectivo)

Edades: 3er Cuatrimestre 2007-2009	SIL de bajo grado	SIL de alto grado	Carcinoma Epidemoide	Lesiones Asociadas a HPV
Media	29,39	38	46,25	32
Mediana	27	33	49	28
Moda	24	-	-	24
Desviación estándar	9,6	13,76	15,97	11,77
Mínimo	19	28	25	19
Máximo	62	58	62	62
Cuenta	31	4	4	39

Edad de las Pacientes registradas en la base de datos del HSJB Santo Tomé, Corrientes 2004-2007 (Estudio Retrospectivo)

Edades: 2004- 2º Cuatrimestre 2007	SIL de bajo grado	SIL de alto grado	Carcinoma Epidemoide	Lesiones Asociadas a HPV
Media	31,36	40,5	42	33,35
Mediana	28	44	42	30,5
Moda	23	45	64	23
Desviación estándar	11,03	9,20	12,92	11,84
Mínimo	16	28	23	16
Máximo	67	55	64	67
Cuenta	127	10	21	158

una de las principales barreras de accesibilidad, con lo que acentuamos la necesidad de disminuir ésta a menos de 25 años o bien ampliar la cobertura del Programa a todas las mujeres desde el inicio mismo de sus relaciones sexuales como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Un buen ejemplo a tener en cuenta es el hecho publicado por la Organización Panamericana de la Salud, de que países como México, Costa Rica y sobre todo Chile, disminuyeron notablemente la mortalidad por este cáncer al disminuir en los últimos a 25 años la edad recomendada para la realización del primer PAP. Demostrando la sostenibilidad de esta medida a largo plazo, por el hecho de que la disminución de la mortalidad es directamente proporcional al número de PAP realizados por año.

Según los datos recabados por nosotros, la mediana de edad de primera relación sexual, está alrededor de los 14 años (DS: 2,22), mientras que el primer control suele ocurrir en promedio a los 30 años, con un período de 13 a 15 años de virtual evolución de una posible infección carcinogénica.

Encontramos que el 43,7 % de las mujeres encuestadas no tenían un PAP previo (248/650), constituyendo el realizado durante esta Campaña el primer PAP de sus vidas. Gracias a la representatividad de los resultados, esto revela que durante esta campaña más de 1400 mujeres pudieron realizarse un PAP por primera vez en sus vidas.

Se consiguió que el diagnóstico precoz de lesiones asociadas a HPV aumente significativamente con una mayor reper-

cusión en el 3° cuatrimestre del 2008 (RR: 2,17 P<0,05).

El número de Pap remitidos al Servicio de Patología del HSJB desde su creación en el 2004 hasta el presente esté en un franco aumento fluctuante. Esta fluctuación coincide con las Campañas de Prevención y Promoción llevadas a cabo por parte del IUCS, las cuales aportaron a la realización de distintos trabajos epidemiológicos, ya publicados y presentados en distintas jornadas científicas internas y en el extranjero, pero teniendo todas en común, una duración acotada y por lo tanto de poco impacto para la salud de la población a largo plazo.

Necesitamos lograr una estrategia adecuada para minimizar esta problemática instalada en nuestra y otras poblaciones, concibiendo un Programa Estatal sostenible y adecuado en cada región programática, que garantice la accesibilidad a este estudio y las acciones terapéuticas consecuentes, al tiempo que promueva la formación continua de la población en cuanto a las ventajas y los beneficios que la realización de estos controles implica y el impacto que esto tiene tanto en particular para la mujer como para su familia y la comunidad.

Para finalizar queremos mantener presente la noción de que esta es una situación que comparten muchas poblaciones rurales a nivel mundial y que en nuestro país tiene una particular importancia en el NEA. Sostenemos que son fundamentales las acciones de promoción y educación para la salud, por parte de todos los miembros del equipo de salud y del estado, los que deben garantizar la accesibilidad a controles periódicos y adecuados, entiéndase, colposcopia y Papanicolaou, una vez al año a toda mujer en situación de riesgo, idealmente a partir del inicio de las relaciones sexuales.



Creemos son estas nuestras únicas armas para luchar contra este flagelo, evitable, cuyas repercusiones alcanzan a todos los miembros de esta sociedad.

Actitudes alimentarias en escolares, con potencial riesgo de desarrollar obesidad

ESCRIBEN

N. I. Guezikaraian

É. Oharriz

Departamento de Ciencias Básicas y Nutrición, Carrera de Licenciatura en Nutrición, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló



RESUMEN

Introducción: La Obesidad es en la actualidad una cuestión epidemiológica que alcanza entre un 30% y hasta un 60% el sobrepeso en la población mundial, por esta razón nos interesó conocer qué grado de alteraciones en cuanto a actitudes frente a la alimentación, presentan los niños en edad escolar, ya que éste es un factor predictivo de sobrepeso u obesidad futura.

En nuestra cultura la obesidad en el púber y adolescente tiene además conno-

taciones discriminativas que dificultan su socialización y posibilidades laborales, de proyección sobre su calidad de vida, consolidación del esquema corporal y riesgo de alteraciones en la conducta alimentaria.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue

- Establecer la relación entre las actitudes alimentarias alteradas halladas y el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad en 148 escolares de 9 a 13 años,

de ambos sexos, explorando tendencias del patrón de consumo.

- Determinar el estado nutricional a través de indicadores antropométricos e identificar actitudes alimentarias y de la imagen corporal.

- Analizar registros alimentarios para establecer patrón de consumo según grupos de alimentos, y frecuencia de consumo de alimentos con alto contenido de ácidos grasos saturados. Se calcularon promedios y frecuencias para las distintas variables.

Resultados: El 38% de los varones y el 27% de las mujeres resultaron con sobrepeso u obesidad. Tanto la asociación de dieta alta en grasa saturada y bajo porcentaje de alimentos protectores (AP), como dietas altas en kcal y alto % de alimentos protectores resultó con diferencias significativas ($p < 0.05$). La dieta alta en grasa saturada y en kcal no resultó significativo ($p > 0.05$).

El 47% consume entre 3 y 4 veces por semana comida "chatarra".

Conclusiones: Las actitudes alimentarias alteradas y el riesgo potencial de desarrollar sobrepeso y obesidad futura, según el patrón de consumo y aspectos cognitivos que presentan los niños evaluados, coincide con otras poblacio-

nes estudiadas. Con respecto a la imagen corporal no se observaron altos porcentajes negativos.

Palabras clave: antropometría, evaluación nutricional, patrón de consumo alimentario, alimentos protectores, valor calórico total, ácidos grasos saturados y ácidos grasos monoinsaturados.

ABSTRACT

Title: Abnormal Eating Attitude in schoolastic with potencial risk to develop overweight or obesity.

Objective: To research on the abnormal eating attitude in conection with: risk to develop overweight or obesity, food pattern, cognitive aspects and value of food condition.

Methodology: Records, questionnaires and polls in children on 9 to 13 year old of Australia School, City of Buenos Aires were annalyzed in certain period of time establish the abnormal eating attitude features of these children in order to connect them with some specific cognitive aspects and wiyh the development of overweight or obesity. The average and frequency for each variable were calculatued.

Results: 38% of men and 27% of women were found to be overweight.

Linkage on diets high in saturated fat and low in protective meals as well as diets high in both kilocalories and protective food resulted in significant differences ($p < 0.05$).

A diet high in both, saturated fat and kilocalories was not significant ($p > 0.05$). 47%, consumed junk food, 4 times weekly.

Conclusions: In associations with normal weight as well as overweight with fat consumption, greater than 30% of caloric value, an altered pattern was found, with higher incidence in children of normal weight and consumption of protective meals with saturated fat, exhi-

bit statistically significant results.

Key words: Anthropometry, nutritional evaluation, pattern of food consumption, protective meals, acid saturated fat and mono-saturated, total caloric value.

INTRODUCCIÓN

La Obesidad es en la actualidad una cuestión epidemiológica que alcanza entre un 30% y hasta un 60% el sobrepeso en la población mundial, por esta razón interesa conocer el grado de alteraciones en cuanto a actitudes frente a la alimentación presentan los niños en edad escolar, ya que este podría ser un factor predictivo de sobrepeso u obesidad futura.

En nuestra cultura la obesidad en el púber y adolescente tiene además connotaciones discriminativas que dificultan su socialización y posibilidades laborales, de proyección sobre su calidad de vida, consolidación del esquema corporal y riesgo de alteraciones en la conducta alimentaria.⁽¹⁾

En cuanto a la imagen corporal, la insatisfacción de la misma es común entre adolescentes, y es más intensa en las jóvenes obesas. Muchas sienten que sus cuerpos son feos y despreciables y que son vistas por los otros con hostilidad y desprecio. No hace diferencia que la persona sea talentosa o inteligente, su peso es su única preocupación y ve el mundo desde esa perspectiva. Esto puede afectar de manera adversa la calidad de vida de un individuo.^(2,3)

En cuanto al patrón alimentario de consumo se refiere al porcentaje de alimentos protectores (AP) presentes en su alimentación.

Se definen de esta manera a alimentos como: lácteos, huevos, carnes, hortalizas, frutas, cereales, legumbres y aceites vegetales, que protegen al organismo de enfermedades por carencia.

Estudios que muestran alto consumo de grasas, o sea más del 35% del valor calórico total y de ese porcentaje más del 20% de grasa saturada (alto consumo de hamburguesas, salchichas, alfajores, chichitos, papas fritas, mayonesa y otros, muestran cómo inciden el tipo de macronutrientes en la percepción de señales de saciedad y hambre.^(4,5)

El consumo de grasa en la dieta infantil está influida por múltiples factores, uno importante es el estilo de alimentación familiar. A pesar de que en general los niños cuando hay disponibilidad de comida, pueden regular sus conductas en función de obtener una ingesta adecuada, los padres que aplican prácticas alimentarias más controladoras, tienen niños con más dificultades para desarrollar conductas reguladas por las demandas fisiológicas.⁽⁶⁾

En un estudio realizado en 192 niñas de 5 a 7 años de edad, sobre prácticas alimentarias restrictivas, se observó que comer en ausencia de hambre fue moderadamente estable a lo largo de un período de 2 años para la mayoría de las niñas. En las niñas con alta ingesta de snacks en ausencia de hambre se encontraron 4.6 veces mayor probabilidad de tener sobrepeso en ambas edades comparadas con el grupo de baja ingesta de snacks.^(7,8) En los seres humanos las señales de saciedad inducidas por las grasas pueden ocurrir contemporáneamente con hiperfagia hipergrasa. Se ha comprobado en estudios en adultos, que el peso diario en grasas de alimentos consumidos y el ranking de apetito era relativamente consistente a lo largo de los tratamientos, resultando en una ingesta más alta de energía con aquellos alimentos más ricos en grasas. El consumo de kcal de los alimentos ricos en grasas fue mayor que el de los bajos en grasas, independientemente del tamaño de la porción.^(6,9)



La incorporación de nutrientes y la regulación de sus límites implica una determinada organización nerviosa.

Una regulación central es la del funcionamiento hipotalámico, extrahipotalámico y sus sistemas neuroquímicos y neuroendócrinos.

Existe una regulación desde la periferia, información que recibe el hipotálamo consciente e inconsciente, y es muy probable que existan algunos otros mecanismos no explorados hasta el momento, que en definitiva conducen a la homeostasis del peso corporal, esto también influido a través de los fundamentales y muy complejos sistemas de regulación de la termogénesis.

Por otra parte en el ser humano, la organización de la ingesta, una función que se pensaría que es innata, requiere sin embargo de experiencias organizativas de aprendizaje con la madre en los comienzos de la vida, así como posteriores interacciones continuas con el medio familiar y escolar. Esto es conocido desde hace tiempo.⁽¹⁰⁾

El síndrome metabólico es el resultado directo del exceso de grasa que se acumula en la región abdominal y que lleva a la producción de sustancias que frenan la acción de la insulina. Está demostrado que quienes lo padecen tienen un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar diabetes tipo II. Esta resistencia a la insulina se ha observado en niños obesos de 5 años y a partir de los 7 y 8 años se hacen más frecuentes los

restantes factores que definen al síndrome metabólico como la hipertensión arterial, colesterol HDL y triglicéridos elevados, como consecuencia de dietas ricas en grasa saturada.^(7, 11, 12)

Los mayores esfuerzos se deben poner en la prevención de la obesidad infantil. Eso se logra estimulando la lactancia materna, hábitos adecuados de alimentación desde el sexto mes de vida, cuando se empiezan a incorporar otros alimentos, y la actividad física. La obesidad como epidemia debe considerarse como un problema a nivel de la salud pública. La escuela, es el ámbito adecuado para promover la actividad física y dar pautas de una alimentación variada, con alto consumo de vegetales y reducción de las grasas saturadas.^(13, 14, 15)

La característica global de la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe, es el producto del aumento de la expectativa de vida, la reducción de las tasas de mortalidad en los diferentes grupos de edad para la mayoría de las enfermedades transmisibles, la inversión de la situación nutricional con una importante disminución de la desnutrición infantil y un aumento de la obesidad en todos los grupos de edad, un fenómeno visible sobre todo en los estratos socioeconómicos más bajos.^(13, 16, 17, 18)

El objetivo de este trabajo es relacionar el potencial riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad con el patrón de consumo alimentario- indagando alimentos protectores e ingesta de grasas-, con:

sensación de hambre, saciedad- y con el estado nutricional - bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad- e imagen corporal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recolectaron datos antropométricos de peso, talla y encuestas alimentarias de 148 niños de ambos sexos de entre 9 y 13 años de edad, que asisten a la Escuela República de Australia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se realizó el diagnóstico nutricional a través de indicadores antropométricos peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad según porcentaje de adecuación y mediante el diagnóstico del estado nutricional del software Nutri 1.3, en tanto que el registro alimentario de 48 horas, patrón de consumo, cantidad grasa saturada, porcentaje de grasa del valor calórico total y kilocalorías (kcal.) totales se analizaron con el programa 4 Leyes.

La encuesta alimentaria se realizó mediante modelos fotográficos de alimentos presentados en porciones estandarizadas en gr. y en gr/unidad. La composición química de los alimentos fue analizada según tablas de Cenexa y tablas de Empresas Alimentarias. Los mismos permitieron establecer el patrón de consumo y el cuestionario para detectar actitudes alimentarias.

Las variables seleccionadas fueron:



edad, sexo, peso, talla, patrón de consumo, porcentaje de alimentos protectores, estado nutricional según sexo, porcentaje de grasa total, kilocalorías totales, actitudes alimentarias (hambre y saciedad) e imagen corporal.

Todos los datos fueron obtenidos a través de encuesta alimentaria, registro de alimentos de 48 horas y cuestionarios, en tanto que el peso y la talla fueron medidos durante la etapa de recolección de datos con balanza tipo CAM con altímetro incluido.

Para las variables edad, peso y talla, kcal y alimentos protectores (a lácteos, carne, huevos frutas y verduras frescas) según sexo se calculó la media, mediana, desvío estándar y rango. Con respecto a kcal totales consumidas en relación a: porcentaje de grasa del valor calórico total, porcentaje de alimentos protectores, porcentaje de ácidos grasos saturados y monoinsaturados y porcentaje de alimentos protectores en relación a porcentaje de ácidos grasos saturados y monoinsaturados, se buscaron diferencias mediante la prueba de Chi cuadrado.

Para las pruebas estadísticas utilizadas, se consideró como significativo a todo valor ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Los 148 niños se distribuyen según sexo y edades de entre 9 y 13 años (gráfico1), en tanto que la tabla 1 muestra los resul-

Gráfico1

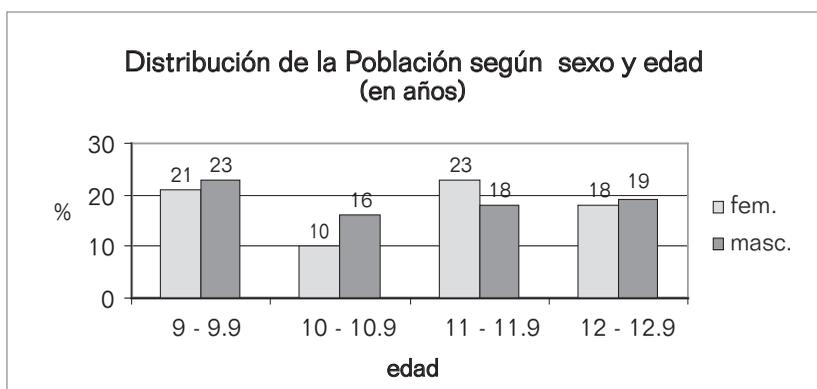
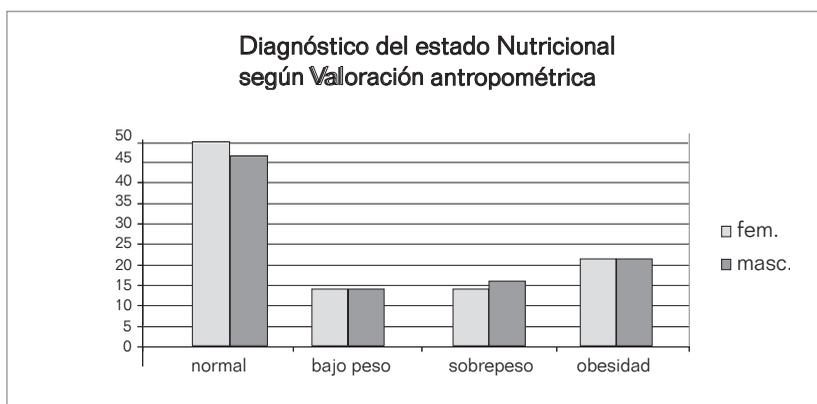


Tabla 1

	Media		Desvío estándar		Mediana		Rango	
	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
Edad (años)	11.1	10.99	1.14	1.195	11.2	10.84	9.30-13.9	9.01-13.1
Peso (Kg)	39.9	40.01	10.39	10.67	40	40	24-65	15-70
Talla (cm)	142.8	145	11.35	10.49	143	145	120-168	118-170
Alimentos protectores	21.22		12.31		19		0-71	
Kilocal	1809		566.8		1779		338-4220	

Gráfico 2





tados obtenidos de media, desvío estándar, mediana y rango de edades, peso y talla, alimentos protectores y kilocal.

El estado nutricional evaluado a través de la medición antropométrica peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad, dio como diagnóstico de normalidad un 50% de las mujeres y 47% de los varones, bajo peso 14% en las mujeres y 14% para los varones, con sobrepeso el 14% en mujeres y el 17% en varones, en tanto que 22% de mujeres y 22% de varones son obesos, lo que resulta en un total de 31% con sobrepeso y 44% con obesidad. (Gráfico 2)

La encuesta realizada refleja que el 62% de los niños a veces come con hambre, el 30% siempre come con hambre y el 8% nunca come con hambre.

El 27% se da cuenta cuando tiene poca hambre, el 40% se da cuenta cuando tiene algo de hambre y el 33% cuando tiene mucha hambre.

En cuanto a estar satisfecho con lo consumido el resultado fue que 8% nunca lo está, 35% a veces lo está y 57% está siempre satisfecho.

En cuanto al consumo de lo considerado comida chatarra por su alto contenido de grasas saturadas, alcanza un promedio del 47% siendo esta la mayor frecuencia con lo que los niños lo hacen, o sea entre tres y cuatro veces por semana. La encuesta de imagen corporal

Tabla 2

Actitud

Actitud frente a la comida	%	Nº de respuestas
poco hambre	27	40
algo de hambre	40	59
mucho hambre	33	49
Totales	100	148

Imagen

Imagen corporal	%	Nº de respuestas
Me gusta mucho	48	71
Me gusta poco	45	67
Me gusta nada	7	10
Totales	100	148

Consumo

Consumen 4 veces por semana	%	Nº de respuestas
Panchos	65	96
Hamburguesas	25	37
Papas fritas	40	59
Alfajores	47	69
Snacks	49	76
Facturas	58	83



Gráfico 3

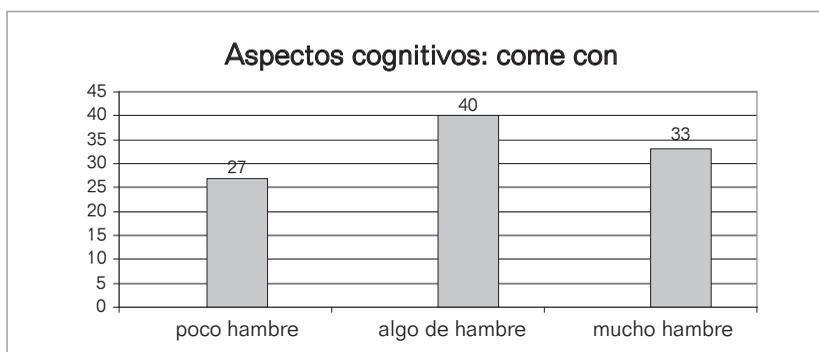


Gráfico 4

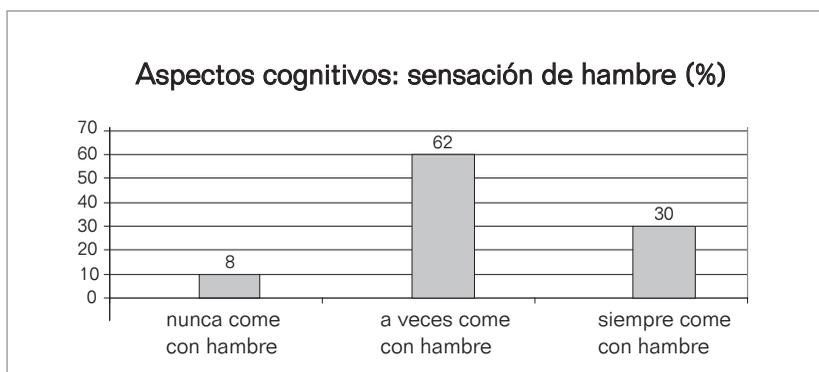
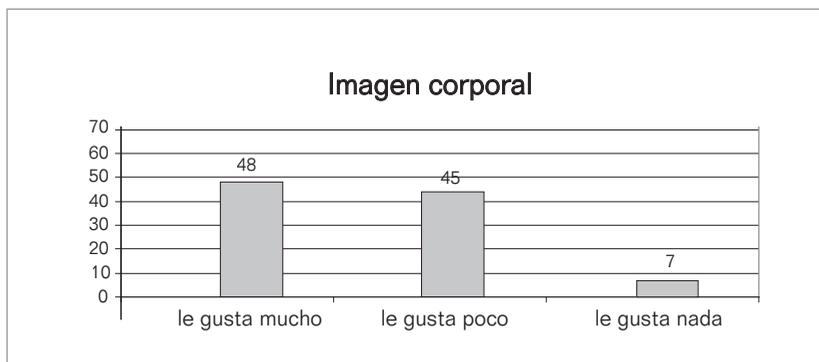


Gráfico 5



ral mostró que al 9% de los niños no le gusta nada su cuerpo, al 43% le gusta algo y al 48 % le gusta mucho. (Tabla 2, gráficos 3, 4, 5, 6)

Al diferenciar diagnóstico nutricional normal y sobrepeso-obesidad y el consumo mayor del 30 % del VCT representado por las grasas, se observaron patrones alterados con predominio en los niños de peso normal. Estas diferencias resultaron altamente significativas ($p < 0.05$). (Cuadro I)

La asociación de % AP alimentos protectores (adecuado mayor igual al 30% y % grasa saturada (mayor al 10% del VCT) de la dieta resultó altamente significativo ($p < 0.05$). (Cuadro II). La relación kcal con porcentaje de alimentos protectores, también resultó significativa ($p < 0.05$). (Cuadro III). El resto de las asociaciones: kcal con porcentaje de grasa total del VCT y kcal con porcentaje de grasa saturada, no resultó estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos a partir de la población estudiada, observamos que el estado nutricional evaluado a través de la medición antropométrica peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad, dio como diagnóstico de normalidad un 50% de las mujeres y 47% de los varones, bajo peso 14% en las mujeres y 14% para los varones, con sobrepeso el 14% en mujeres y el 17%

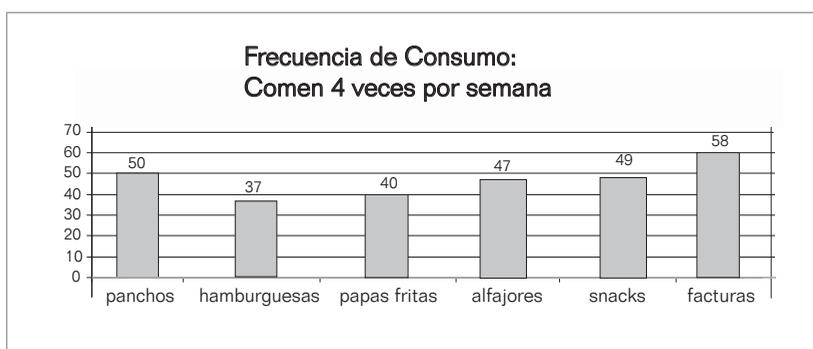


en varones, en tanto que 22% de mujeres y 22% de varones son obesos, lo que resulta un total de 31% con sobrepeso y 44% con obesidad, la distribución coincide con otras poblaciones estudiadas.^(13,19,20, 21)

La encuesta realizada para detectar aspectos cognitivos refleja que el 62% de los niños, a veces come con hambre, el 30% siempre come con hambre y el 8% nunca come con hambre. El 27% se da cuenta cuando tiene poca hambre, el 40% se da cuenta cuando tiene algo de hambre y el 33% cuando tiene mucha hambre. Está satisfecho con lo consumido 8% nunca, 35% a veces y 57% siempre, no encontramos porcentajes comparables en las citas pertinentes al tema.^(8, 22, 23)

Los resultados de la imagen corporal dieron un 9% no le gusta nada, 43% le gusta poco y al 48% le gusta mucho su cuerpo, a diferencia de otros trabajos en donde la correlación es inversa^(21,24) en otros trabajos hubo igual porcentaje.^(25, 26) En cuanto al consumo de lo considerado comida chatarra por su alto contenido de grasa saturada, se expresa un promedio del 47% siendo de la mayor frecuencia con lo que los niños lo hacen, o sea entre tres y cuatro veces por semana. Los alimentos protectores (AP) deben componer el más del 30% del valor calórico total, la media fue del 21,22 y el rango entre 0 y 71, no hallamos literatura para poder comparar este patrón,

Gráfico 6



en tanto que las kcal. ingeridas por los niños resultó con una media de 1809 y rango de 338 y 4220.

Al diferenciar diagnóstico nutricional normal y sobrepeso-obesidad y el consumo mayor del 30% del Valor calórico total representado por las grasas, se observaron patrones alterados con predominio en los niños de peso normal. Estas diferencias resultaron altamente significativas ($p < 0.05$).

La asociación de porcentaje AP alimentos protectores (adecuado mayor igual al 30% y porcentaje grasa saturada (mayor al 10% del VCT) de la dieta resultó altamente significativo ($p < 0.05$).

La relación kcal con porcentaje de alimentos protectores, también resultó significativa ($p < 0.05$).

El resto de las asociaciones de kcal con porcentaje de grasa total del VCT y kcal con porcentaje de grasa saturada, no resultaron estadísticamente significativas.

Cuadro 1

Dieta con más del 30% de grasa del VCT	Peso Normal	Sobrepeso Obesidad
Sí	60	44
No	12	11
χ^2	57.51	P: 0.001

Cuadro 2

Dieta con más del 10% de grasa saturada VCT	Alto % AP	Bajo % AP
Sí	26	74
No	0	26
χ^2	7.004	P: 0.008

Cuadro 3

Dieta con % alto de AP	Altas kcal	Bajas kcal.
Sí	9	22
No	66	52
χ^2	6,071	P: 0.014



En la Argentina, el exceso de peso ha alcanzado niveles epidémicos, entre niños y adolescentes, los especialistas no dudan en relacionar al síndrome metabólico, con lo que constituye un paso previo a la próxima epidemia.⁽¹¹⁾

Un reciente estudio de investigadores argentinos revela que uno de cada dos niños y adolescentes obesos padece el síndrome metabólico o X. Si tomamos en cuenta que entre el 6 y el 7% de la población infantil y adolescente argentina tiene obesidad, podemos decir que alrededor del 3% padece este síndrome. El síndrome metabólico, es el resultado directo del exceso de grasa que se acumula en la región abdominal y que lleva a la producción de sustancias que frenan la acción de la insulina. Está demostrado que quienes lo padecen tienen un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar diabetes tipo II.

Esta resistencia a la insulina se ha observado en niños obesos de 5 años y a partir de los 7 y 8 años se hacen más frecuentes los restantes factores que definen al síndrome metabólico como la hipertensión arterial, colesterol HDL y triglicéridos elevados, como consecuencia de dietas ricas en grasa saturada.^(7 11,12)

Los mayores esfuerzos hay que ponerlos en la prevención de la obesidad infantil. Eso se logra estimulando la lactancia materna, hábitos adecuados de alimentación desde el sexto mes de vi-

da, cuando se empiezan a incorporar otros alimentos y la práctica de actividad física. La obesidad como epidemia debe considerarse como un problema a nivel de la salud pública. La escuela es el ámbito adecuado para promover la actividad física y dar pautas de una alimentación variada, con alto consumo de vegetales y reducción de las grasas saturadas.^(14, 15, 23)

Consideramos que este estudio tiene utilidad para conocer algunas características de los escolares en nuestro medio, lo que posibilita seguir profundizando el estudio transversal de esta población y plantear nuevas inquietudes a través de estudios longitudinales.

CONCLUSIONES:

El estado nutricional evaluado a través de la medición antropométrica peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad, dio como diagnóstico de normalidad un 50% de las mujeres y 47% de los varones, bajo peso 14% en las mujeres y 14% para los varones, con sobrepeso el 14% en mujeres y el 17% en varones, en tanto que 22% de mujeres y 22% de varones son obesos, lo que resulta un total de 31% con sobrepeso y 44% con obesidad.

La encuesta realizada para detectar aspectos cognitivos refleja que el 62% de los niños a veces come con hambre, el 30% siempre come con hambre y el 8%

nunca come con hambre. El 27% se da cuenta cuando tiene poco hambre, el 40% se da cuenta cuando tiene algo de hambre y el 33% cuando tiene mucho hambre. Nivel de lo consumido: 8% nunca, 35% a veces y 57% siempre.

En cuanto al consumo de lo considerado: comida chatarra, principal objetivo de este trabajo por su alto contenido de grasa saturada, un promedio del 47% de los niños consume entre tres y cuatro veces por semana. La media de consumo de alimentos protectores fue del 21,22 y el rango entre 0 y 71, en tanto que las kcal ingeridas por los niños resultó con una media de 1809 y un rango de 338 y 4220.

En las asociaciones: diagnóstico nutricional normal y sobrepeso-obesidad y el consumo mayor del 30% del Valor calórico total representado por las grasas, se observaron patrones alterados con predominio en los niños de peso normal y en consumo de % AP alimentos protectores y grasa saturada, se hallaron resultados estadísticamente significativos.

Si bien las características de la población coinciden con estudios previos, para que los resultados referidos a las diferencias halladas en las asociaciones sean concluyentes, se requiere aumentar el número de niños para que pueda considerarse representativo de nuestra población.



AGRADECIMIENTOS

Al Sr. Director de la Escuela República de Australia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Hugo Sardella, docentes, padres y especialmente a los niños que colaboraron para poder realizar nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Braguinsky J., Markman C y Katz M. Una señal de alarma: el aumento de la prevalencia de la obesidad. *Nutrición Clínica*, 1995, 2:29-32.
- 2) Beck A. Weishaar M.: Cognitive Therapy. En: Freeman A y col.(eds). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. J Consult. Clin Psychol 1988.56:491-501
- 3) Rand C. Macgregor A. Morbidly obese patients perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *South Med J*.1990;83 .1390- 1395
- 4) Anderson JB, Shuster TA, Hansen KE, Levy AS, Volk A, Film of the consumer`s handling food behavior. *JADA* 2004, Vol 104 N°2 161-165
- 5) Bousier E, Bowen D, Meischke H, Moinpour C, Evaluation of the strategys used by the persons who have the responsibility of making the familiar meal for estimate healthful habits. *Apetite* 2004,Vol 42 N°2 :44-50
- 6) Devitt AA, Matte RD, Effects on human beings of portion`s size and its energetic density intake. *Apetite* 2004, Vol. 42 N° 2: 91-95
- 7) Hindin TJ, Contento IR, Gussow JD, Nutritional education literary mediatic for parents, about the effect of television`s commercials and the food that their childrens ask for. *JADA*, 2004 Vol.104N°2 185-191
- 8) Fisher Jo, Birch LL, To eat without hungry in overweight girls between 5 and 7 years old. *Clin. Nutr.* 2002, Vol. 76:226-231
- 9) Arner P. Adrenergic receptor function in fat cell. *Am J Clin.Nutr.*1992.55.285-368
- 10) Braguinsky J. y colaboradores. Obesidad. Patogenia, Clínica y tratamiento. 2ª edición 1999. 213-241
- 11) Hodgson J.M. Coronary atherosclerosis in relation to body fatness and its distribution. *Int.J of Obesity*. 1994, 18: 41-46
- 12) Kelley C, Krummel D, Gonsáles E, Neal W, Fitch C, Dietetic consumption in childrens with a high risk of cardiovascular disease. *Jada*, 2004 Vol.104 N°2: 321-326
- 13) Arisa Masías J, Epidemiología de la Obesidad, SAOTA, 1995, Vol.7 N°2:20-23
- 14) Bandini LG, Dietz W H .Assessment of body fatness in childhood obesity: evaluation of laboratory and anthropometric techniques. *JADA* 87, 1987, 1344-48.
- 15) OMS "Obesidad: Prevención y manejo de la epidemia global OMS, Ginebra 1998.
- 16) Coldditz GA.The costs of obesity, medical and socioeconomic aspects. *Medicographic*.16:N°3,1994, 43-45
- 17) Gaón D., Transición Nutricional, Rev. Inst. Higiene y Medicina Social, 2000.4.2.47- 48
- 18) Mazzáfero V, Massé G. La transición demoepidemiológica en Europa y América Latina, *Rev.Inst.Higiene y Medicina Social*, 1999.3,2.9-20
- 19) Braguinsky J. Mendelson M. Dâlessandro J. Della Valle M. Goldbeg F. Markman C, Mestres A. Estudio de Prevalencia de Obesidad en sectores de la población de Buenos Aires, 6ª CAN, 1976
- 20) García R. Lorenzo J. Situación antropométrica en adolescentes, *DIAETA*, 2000, Vol.95: 45-51)
- 21) Gronostaski D, Kleinman N., Oharriz E, Prevalencia de alteraciones en las actitudes alimentarias en niños de 9 a 13 años: *DIAETA*, 1994, Vol.:12.63-70
- 22) Parigi del A, Chen K, Gautier JF, Salbe AD, Pratley RE, Sexual differences in brain`s response to hungry and satiation. *Clin. Nutr*, 2002, Vol 75: 1017-2211)
- 23) Rasanen M, Niinikoski H, Keskinen S, Helenius H, Talvia S, Ronnema T, Viikari J, Simell O, Parent`s nutritional knowledge and nutritious intake inside a atherosclerosis prevention project: the impact of pediatric nutritional education. *Apetite* 2003, Vol 41 N°2 :150-156
- 24) Maloney J.M. Mc Guire R.M. Dieting behavior and Eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84: 482-486 1990
- 25) Garner, D.M. Garfinkel P.E., Bonato D.P. Body Image Meassurment in Eating Disorders . *Psychol Med*. 17 33-119. 1989
- 26) Kaplan K.K, Wadden T.A. Childhood obesity and self-esteem. *J. Pediatr*. 1992:109:367-70

La reforma del Sistema de Salud en Estados Unidos

ESCRIBE
Hugo E. Arce



En los primeros meses de 2010, las noticias provenientes de EE.UU. tuvieron extensos comentarios sobre la reforma del Sistema de Salud, promovida por el Presidente Barack Obama

En los primeros meses de 2010, las noticias provenientes de EE.UU. tuvieron extensos comentarios sobre la reforma del Sistema de Salud, promovida por el Presidente Barack Obama, especialmente durante el período de su tratamiento parlamentario. En realidad no fue mucho lo que los diarios informaron sobre el contenido de esas reformas; principalmente se concentraron en las controversias que la iniciativa desataba entre los diversos actores y corrientes de opinión predominantes en ese país. Por

esa razón posiblemente resultaba difícil comprender que, una parte importante de la sociedad norteamericana, se expresara intensamente contra los objetivos de la reforma, cuando lo único que sabíamos es que 34 millones de habitantes adquirirían la cobertura de sus problemas salud.

Para comprender los fundamentos del debate, conviene explorar las características de la organización sanitaria estadounidense que, aunque a simple vista se muestra dramáticamente inequitati-

va, está fuertemente arraigada entre los actores del Sector Salud, e incluso entre una gran parte de los usuarios, sin que esto implique que esa población carezca de sentido social. Durante mucho tiempo, diversos observadores analizaron el modelo de organización de EE.UU. comparándolo con el de Canadá, dado que éste gasta por habitante la mitad que el primero y que sus resultados -en términos de accesibilidad a los servicios, universalidad de la cobertura y tasas de mortalidad- son marcadamente

mejores. Sin embargo, hoy es un dato frecuente que los canadienses de mediano poder adquisitivo, habitualmente residentes cerca de la frontera, contratan seguros privados en EE.UU. para resolver carencias que el Seguro Nacional de Salud de su país no les resuelve.

En consecuencia, conviene recorrer brevemente la historia de ese sistema de salud, a fin de evaluar con mayor claridad la importancia de los cambios aprobados, ya que toda iniciativa de reforma debe ser compatible con la historia, la cultura y las expectativas de cada país.

ALGUNOS HITOS DE LA HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD



Puede empezarse por recordar que en 1910, el educador Abraham Flexner publicó un informe sobre “Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá”, donde hacía especial hincapié en la necesidad de sustentar la formación de los médicos en conocimientos basados en evidencia científica, uniformando los programas de las escuelas de Medicina y desarrollando la investigación. Asimismo proponía criterios para autorizar el ejercicio profesional (Flexner,

1910). El informe alcanzó tanta trascendencia, incluso en Europa, que signó el enfoque de calidad de ese momento, y fue el testimonio recogido por el *American College of Surgeons* en 1917, que dio origen al procedimiento de Acreditación Hospitalaria, implementado en la segunda mitad del Siglo en EE.UU. y Canadá.

En 1935, el Presidente Franklin Roosevelt puso en marcha su *New Deal*, que fundamentó una serie de reformas orientadas al bienestar público, así como programas de ayuda social, tendientes a garantizar un nivel mínimo de subsistencia y a reducir el desempleo. Estas medidas no eran de naturaleza caritativa.

Procuraban establecerse como derechos sociales, que luego fueron volcados en la *Social Security Act*, y dieron origen posteriormente a la creación de *Medicare* y *Medicaid*. Las interpretaciones históricas del *New Deal* fueron diversas, según quiénes hayan sido los observadores. Para los *progresistas* fue revolucionario, ya que determinó la intervención del Estado en la Economía, la planificación de los programas sociales y la regulación de las prácticas comer-

ciales. Para la *izquierda* representó una política conservadora que protegió el capitalismo corporativo, introdujo escasas reformas e incrementó la burocracia gubernamental. Desde una visión más ecléctica, fue la consecuencia natural de una larga historia de reformas, que tomó elementos del pensamiento keynesiano, del marxismo y del liberalismo. Fue una reforma drástica de matriz social-demócrata, pero enraizada en la tradición norteamericana (Pozzi, 2000).

Desde 1927 funcionaba un Comité sobre Costos de Atención Médica destinado a controlar los elevados gastos de hospitalización de los seguros privados existentes desde fines del Siglo XIX. En 1933 se creó la organización *Blue Cross*, como seguro hospitalario voluntario, que alcanzó un extraordinario crecimiento hasta la década del 60.

Pero fue recién en 1965, durante la Presidencia de Lyndon Johnson, que se aprobaron las leyes de creación de *Medicare* y *Medicaid*, como programas de Seguridad Social administrados por el Estado. El primero destinado a los jubilados, pensionados y discapacitados. El segundo a los trabajadores de bajos ingresos. Cabe destacar que, por la misma época la Constitución Federal de EE.UU. no contemplaba normas expresas sobre la materia, aunque sí mencionaban aspectos fragmentarios del problema sanitario, las diversas normas fundamentales de la mayor parte de los Estados de la Unión. Es decir, lo relativo a salud era una incumbencia de los Estados, no del Gobierno Federal.

En 1965 alrededor del 85% de los habitantes tenía algún tipo de cobertura, ya fuera a través de los seguros estatales o privados. Para los trabajadores activos la forma de acceso habitual era el empleo. Los empleadores proveían seguros privados a los trabajadores, en



general, mediante previos acuerdos con el sindicato de la correspondiente rama de la producción.

Estos aseguradores privados se denominaban *Health Maintenance Organizations* (HMO) y el costo de sus pólizas dependía de la cantidad y calidad de los servicios comprendidos. Cada HMO organizaba su red de servicios, contratando a los prestadores privados mediante distintas modalidades de pago, pero a la vez establecían diferentes barreras administrativas para el acceso a los servicios por parte de los usuarios. Otra modalidad frecuente era la *estratificación* de la cobertura, a través de diversos planes escalonados, como: internación, atención ambulatoria, servicios odontológicos, rehabilitación, enfermedades catastróficas (baja frecuencia y alto costo) y otros.

Las HMO's podían ser de dos tipos:

a) *sin fines de lucro*, en las que los excedentes se redistribuían a los beneficiarios por medio de nuevos servicios, como *Blue Cross*, *Blue Shield*, *Kaiser Foundation*, etc., y b) *con fines de lucro*, de carácter comercial, en las que las utilidades se repartían entre los acci-

nistas, salvo decisiones de inversión (p.ej. *Metropolitan Life*).

Además de los asociados directos en forma voluntaria, o mediante contratación de póliza por parte del empleador, las HMO's podían actuar como intermediarios de riesgo entre los programas estatales y los beneficiarios.

En esos casos, el *Medicare* por ejemplo, acordaba con una HMO la asignación de fondos por cada beneficiario que la hubiera elegido como proveedora de servicios. Hacia fines de la década del 80, el 35% de los servicios hospitalarios, el 46% de los servicios médicos y el 45% de los servicios odontológicos, estaban cubiertos por seguros privados. Antes de la creación de *Medicare* y *Medicaid*, la participación del Estado en el gasto global en salud era del orden del 24%. A partir de la década del 70, esa participación se incrementó al 40%. A los programas mencionados se agregaban los hospitales para veteranos y los hospitales públicos estatales.

La forma de pago predominante en estos programas era la de pago por prestación (*fee for service*), los pagos por capitación eran poco frecuentes.

En la década del 80 empezó a utilizarse una modalidad de pago modular, denominada DRG (*diagnosis related groups*), consistente en incluir dentro de un mismo arancel, a las patologías cuyos tratamientos tuvieran similares procesos de diagnóstico y tratamiento. Esta modalidad de pago se difundió rápidamente e incluso se extendió a Europa (Fetter y col., 1991; Closon, 1991). En la misma época también alcanzó amplia difusión la modalidad de Atención Gerenciada o *Managed Care*, debido al incesante incremento de los costos de la atención médica. Las organizaciones que adoptaron esta forma de contratación, se caracterizaban por asumir los riesgos financieros de la atención, mediante un control estricto del proceso de atención a través de médicos generalistas (*gatekeepers*).

Establecían contratos por un monto determinado, abonado por adelantado, y se hacían cargo de los gastos asistenciales de la población asignada, en un modo equivalente a la *gestión de contratos de riesgo* (Enthoven, 1980). Dentro de esta tendencia se desarrollaron dos variantes: a) las HMO's con una red de prestadores cerrada y obligatoria, y b) las PPO's (*Preferred Provider Organizations*), en las que el usuario tenía la posibilidad de seleccionar la red de servicios preferida (López, 2005). En materia de gestión de las instituciones aseguradoras, en esa década se introdujeron nuevos criterios, que hacían mayor hincapié en los atributos tendientes al equilibrio en los resultados de la gestión, que a los que se inspiraban en el cumplimiento de los objetivos fundacionales de las distintas entidades, sin que implicara dejarlos de lado. Los instrumentos centrales de la conducción de estas entidades pasaron entonces a procurar la *eficiencia admi-*

nistrativa, la efectividad en los resultados asistenciales, el mejoramiento de la calidad de la atención médica y la mayor equidad en la asignación de los recursos. No debe suponerse que los criterios mencionados no estaban presentes en las modalidades precedentes de gestión, no eran verdaderas innovaciones; sólo había un desplazamiento del foco de atención en los aspectos considerados prioritarios. En realidad, este conjunto de instrumentos configuraban un modelo de gerenciamiento, que incorporaba a las facultades existentes, la responsabilidad de que el sistema -o la parte de él que a cada institución le correspondía- se mantuviera dentro de términos de equilibrio entre ingresos y gastos. Dentro de la tendencia general de los '90 hacia las reformas pro-competitivas, en EE.UU. el modelo de atención gerenciada predominaba entre las HMO's, dado que recibían fondos que debían administrar a su riesgo, con el compromiso de brindar servicios médicos a una cartera asignada de beneficiarios. Para lograrlo sin perder el equilibrio financiero, establecían diversas barreras al consumo y aplicaban una lógica de equilibrio actuarial, que ocupaba el centro de la gestión de los administradores (Newhouse, 1996). El modelo de managed care para gestionar contratos de riesgo, se difundió por la atención de usuarios a través de una red de servicios de salud, a partir de recursos financieros limitados, asignados en general mediante pagos per capita. Convendría definir los alcances del término, porque su aplicación fue a menudo inadecuada y se la vinculó a la corriente de inversiones internacionales en salud, en los países latinoamericanos. Sus características principales fueron definidas así (Bosch-Vázquez, 1998):

- a) Está destinada a una población definida.
- b) El diseño y la organización del sistema favorecen comportamientos apropiados, tanto de los usuarios como de los prestadores.
- c) El sistema de información registra datos de utilización, costos, conductas y resultados, que permiten evaluar la calidad.
- d) Produce información para el nivel gerencial, acerca de la conducta de los usuarios y el desempeño de los prestadores (retroalimentación o feed-back).
- e) Facilita la investigación sobre el desempeño de los servicios de salud.
- f) Permite tomar decisiones, basadas en información, sobre las políticas a adoptar.

Puede verse que supone un modelo regulado, mediante el permanente monitoreo del desempeño de la red de servicios, de la calidad de la atención médica y de la distribución de riesgos dentro de una población, cuyos miembros tienen distintos niveles de propensión al gasto. Algunos autores advertían sobre la presunta exportación del managed care hacia los países latinoamericanos (Stocker y col., 1999; Pérez Stable, 1999). En realidad, el modelo americano de atención gerenciada tiene rasgos particulares: para abordar los distintos niveles de propensión al gasto, utiliza habitualmente el análisis actuarial de los planes de salud, de acuerdo a principios equivalentes a los de los seguros comerciales de bienes materiales. Este criterio de gestión no ha sido frecuente en los países latinoamericanos, donde se han administrado contratos de riesgo al menos desde la década del 70, aplicando sobre todo barreras burocráticas o de cobertura para limitar los gastos de los usuarios. Por otra parte, la vertiente de inversiones

norteamericanas en los países de la Región, estuvieron en general orientadas a la compra de paquetes accionarios a través de fondos de inversión, antes que a trasladar enfoques gerenciales a las entidades adquiridas.

PROPUESTAS DE REFORMA EN UN TERRENO DE CONTRADICCIONES

El debate sobre las reformas a introducir en el Sistema de Salud comenzó con la campaña electoral, que llevó a Bill Clinton a la Presidencia. Existían serios problemas generales, que ocupaban amplios espacios en diarios y revistas especializadas. Entre ellos, el alto costo del gasto global en salud, que a principios de los '90 alcanzaba al 14% del PBI, y se esperaba que siguiera la tendencia incremental. Unos 45 millones de habitantes -alrededor del 18% de la población- carecían de todo tipo de cobertura. Por otra parte, los indicadores de salud y calidad de vida mostraban grandes disparidades raciales entre blancos, negros y latinos. En ese momento existía dos grandes vertientes de propuestas: la creación de un Seguro Nacional de Salud, por un lado, o estimular la competencia entre los actores del sistema, a través de la managed care. La primera alternativa implicaba unificar los planes estatales ya existentes de Seguridad Social y extender la cobertura a toda la población, como en Canadá. La segunda, fue ampliamente comentada porque no sólo se limitó al ámbito de EE.UU., sino que se extendió a otros países. Después de un prolongado debate parlamentario, predominó ésta última orientación (White, 2000). No obstante, la política económica de Clinton, promovió el equilibrio de las cuentas fiscales y mantuvo la estabilidad mo-

netaria e inflacionaria, con la menor tasa histórica de desempleo. Este marco de estabilidad le permitió incorporar en 1997, una cobertura específica para la madre y el niño de escasos recursos el *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP)- como forma transitoria de protección para familias sin trabajo (Clinton, 2006).

Más allá de los aspectos relativos a las reformas pro-competitivas internacionales, su aplicación en EE.UU. partió de un enfoque estratégico, consistente en introducir reglas de competencia de mercado en las relaciones entre usuarios y prestadores, así como empleadores que actuaban como compradores de servicios. La clave estaba en incrementar el poder de negociación de los últimos, promoviendo su agrupamiento en entidades *promotoras* -ya fueran asociaciones de empleadores, cooperativas u organismos estatales-, que funcionaban en representación de un pool de suscriptores, con el fin de lograr la mejor relación costo-beneficio entre las primas de los seguros -que habitualmente eludían la competencia- y los beneficios ofrecidos. Se esperaba contener los costos ya que, al crecer el poder de negociación de los *promotores*, compensarían la fuerza de las compañías de seguros y de las HMO's, que evitaban reducir las primas y las retribuciones. El plan suponía un papel central para las empresas aseguradoras privadas y aspiraba a extender la cobertura a todos los habitantes, con lo que compensarían la limitación de costos con una extensión de la distribución de riesgos. Asimismo, se preveía la obligatoriedad de enrolarse en un *plan de salud*, a través de las citadas cooperativas o *alianzas regionales*, en las que podían participar prestadores.

El inspirador teórico de esta propuesta

fue Alain Enthoven (1991, 1997), pero no debe suponerse que quedó limitada a sus enunciados, ya que encajaba perfectamente con las ideas predominantes en el país en ese momento, respecto al camino viable para mejorar el sistema perfeccionando la competitividad del mercado.

Excepto los indocumentados, que estaban cubiertos por el *Medicaid*, en las *alianzas regionales* estarían cubiertos todos los habitantes. La cobertura no era ilimitada: siguiendo tendencias internacionales, se definía un *paquete básico de prestaciones*, que debía revisarse periódicamente. Con el fin de reducir el riesgo de sobre-utilización de los servicios, o actitudes especulativas por parte de los usuarios (*moral hazard*), así como posibilitar el equilibrio actuarial de las diversas coberturas (*trade off*), los planes podían prever participaciones del

de los usuarios, los proveedores no podían rechazar beneficiarios, con el fin de seleccionar los menos propensos al consumo (*risk aversion*). En síntesis, la estrategia consistió en descentralizar la competencia hacia ámbitos regionales, y a la vez concentrar el poder de compra, con el fin de alentar que los proveedores -actuando en un mercado más circunscripto- se vieran compelidos a pugnar en términos de calidad y costos. Un calificado observador académico describió en forma detallada los vaivenes del mercado, ocurridos entre 1993 y 2005 (White, 2007).

Un fenómeno importante en EE.UU. fue la incorporación de los conceptos de *protección de la salud y prevención de enfermedades*, basados en proyecciones epidemiológicas sobre los riesgos futuros de enfermar, así como en el abordaje de la atención médica en forma



usuario en el gasto o *copagos*; asimismo los cambios de planes estaban limitados a una vez por año. Los proveedores de servicios (*providers*) -organizados como redes- actuaban como efectores de la respectiva alianza, de manera equivalente a como las HMO's lo hacían con el *Medicare*. Como garantía

sistémica, interpretándolos como redes de servicios de salud (Goldstein, 1997). Estos criterios de protección y prevención, tendientes a contemplar las necesidades y expectativas de los usuarios, permiten entender mejor el clima reinante entre los grandes HMO's americanos a mediados de los '90. En sep-

tiembre de 1997, en Washington D.C., 5 grandes instituciones emitieron una declaración de *Principios para la Protección del Consumidor* (AARP & others, 1997). Los firmantes eran: la organización Kaiser Permanente, el *Group Health Cooperative of Puget Sound*, la *American Association of Retired Persons, Families USA* (consumidores) y la *American Association of Health Plans* (entidad representativa de planes de salud). Los títulos de los principios abordados, que incluían párrafos conceptuales que explicaban el contenido de cada uno, eran los siguientes:

1. Accesibilidad a los servicios.
2. Elección de planes de salud.
3. Confidencialidad de la información de los planes de salud.
4. Continuidad de la atención médica.
5. Información a los consumidores.
6. Cobertura de emergencias.
7. Exclusión de cobertura por tratamientos experimentales.
8. Desarrollo de formularios terapéuticos.
9. Información de porcentajes erogados por cada plan (*loss ratio*).
10. Prohibición contra la discriminación.
11. Programas de defensa del usuario (*ombudsman*).
12. Cobertura fuera del área geográfica.
13. Medición del rendimiento y comunicación de datos.
14. Comunicación de los prestadores con los pacientes.
15. Acreditación de los prestadores.
16. Garantía de calidad.
17. Gestión de la demanda.

Evidenciando la preocupación y contradicciones de los actores del Sector, en la misma década del 90, hubo varias propuestas que emulaban el modelo de *capitalización* individual, adecuándolo a la cobertura de la atención médica, con la denominación de *cuentas médi-*

cas de ahorro (medical saving accounts). Cada usuario aporta a una cuenta individual mensualmente; si no utiliza los fondos puede acumularlos, y podrá emplearlos cuando los necesite pero, si no los utiliza al término de cada ejercicio, puede retirarlos o pasarlos acumulados al ejercicio siguiente. La propuesta estaba fundamentada en el alto costo y las restricciones administrativas de los programas de cobertura, tanto los estatales *Medicare* y *Medicaid*, como los privados HMO's. Mediante este mecanismo, el usuario puede acordar su tratamiento en forma privada, gastando cuando lo necesite, con un costo operativo casi nulo (Gramm, 1994-1999; Goodman, 1998). Desde el punto de vista individual, los modelos de *capitalización* parecen más equitativos para el usuario, porque las contribuciones no utilizadas se acumulan para el ejercicio siguiente pero, desde el punto de vista social, quiebran el principio *solidario* de la Seguridad Social. Esta corriente se afianzó durante el período presidencial de George Bush, pero no alcanzó las dimensiones de una reforma.

LAS REFORMAS PROMOVIDAS POR OBAMA

Pese a todas las innovaciones y cambios propuestos a lo largo de la década del 90, la persistencia de casi un 20% de la población sin cobertura de salud, junto con el más alto nivel mundial de gasto en salud, estaba presente como el principal problema social, en el momento de iniciarse la campaña electoral que culminó con el acceso a la Presidencia de Barak Obama. El desarrollo del debate parlamentario alcanzó una enorme repercusión mediática, e incluso revistas científicas como *New England Journal of Medicine* (NEJM), fueron siguiendo paso a paso las alternativas de esa con-

troversia. La polémica no se circunscribió a las fuerzas políticas representadas en el Capitolio, diversas organizaciones representativas de los actores del Sector Salud, así como corporaciones empresarias afectadas en sus intereses económicos, participaron intensamente en la discusión del proyecto de Reforma.

El marco en que debían desenvolverse los aspectos a reformar, tenía una serie de factores condicionantes, que podrán sintetizarse de la siguiente manera:

a) La incorporación de la cobertura de salud para 45 millones de habitantes, mediante la ampliación de las inversiones estatales, implicaba necesariamente incrementar el gasto global en salud, que alcanzaba un nivel superior al 15% del PBI.

b) Si el peso de la incorporación de la cobertura de este sector de la población fuera asumido íntegramente por el Estado, agregando un nuevo programa a los existentes -*Medicare*, *Medicaid* y SCHIP-, el crecimiento del Gasto Público Social (GPS) tendría tal magnitud, que se necesitaría incrementar la carga impositiva a toda la población para financiarlo.

c) Para que el gasto en salud no sufra tan dramático crecimiento, sería necesaria la contribución de los diferentes actores, reduciendo gastos superfluos, ajustando el costo de las primas, regulando el peso de los juicios por *mala praxis* y reestructurando los aranceles de los proveedores de servicios, mediante modalidades tendientes a transferir parte del riesgo financiero (capitación, DRG, retribución por resultados, etc.).

d) Al mismo tiempo, las normas habituales de los programas de salud privados, ya sea contratados en forma directa, a través del empleador o por medio de programas estatales, deberían ser reconsideradas, ya que procuran redu-

cir riesgos, evitar patologías preexistentes y limitar por distintos medios la magnitud del gasto.

e) En un modelo donde rigen las reglas del mercado para regular la oferta y demanda, que forma parte de la cultura predominante en la población estadounidense, pese a la marcada participación del Estado como comprador mayoritario de servicios, ninguna de las partes está dispuesta a reducir sus ingresos sin oponer todas las resistencias posibles.

f) Todos los actores del Sector se beneficiaron con el irrestricto crecimiento del gasto en salud, a lo largo de las últimas 5 décadas. Toda medida tendiente a circunscribir la magnitud de ese gran componente de la actividad económica de EE.UU. -calificado alguna vez como *complejo médico-industrial*- encontrará una fuerte resistencia política y social. El curso de las discusiones, así como sus implicancias en las diferentes alternativas propuestas, fue seguido por diversos periodistas en forma minuciosa. Un observador altamente especializado, John Iglehart, fue describiendo esos pasos en NEJM, como episodios de una historia de desencuentros e intereses contrapuestos (Iglehart, 2009-2010). Finalmente, después de un laborioso proceso de conciliación de posiciones, fue aprobada una reforma de gran importancia, a través de la promulgación de la *Patient Protection and Affordable Act*, cuyos contenidos fundamentales se reseñan en el cuadro siguiente (Jennings-Hayes, 2010).

INICIATIVAS DE ESTABILIZACIÓN DEL MERCADO ASEGURADOR EN LA LEY DE REFORMA DE SALUD

El debate no está agotado, pese a la aprobación de la Reforma. Ahora los

MEDIDAS A IMPLEMENTAR	FECHA DE EFECTIVIDAD
Creación del fondo de alto riesgo 90 días después de la promulgación.	21-junio-2010
Creación del intercambio estatal de seguros o recursos federales de compensación.	1°-enero-2014
Adopción de reformas del mercado asegurador, con la aplicación de estándares para todos los nuevos planes de seguros y para muchos planes vigentes al promulgarse la Ley de Reforma. Las reformas incluyen las que se listan más abajo: - Permite a los padres mantener a los hijos en sus planes de seguro hasta la edad de 26 años. - Prohíbe límites de edad en los beneficios. - Restringe límites anuales en los beneficios. - Prohíbe la exclusión de patologías preexistentes para los niños. - Establece tasas de consumo de servicios médicos (limitando administrativamente el porcentaje de la prima que puede usarse para gastos indirectos y utilidades). - Prohíbe planes con cancelación de la cobertura.	1°-octubre-2010
Para planes ofrecidos a través del intercambio de seguros: - Prohíbe planes que deniegan la cobertura según el estado de salud individual (emisión y renovación garantizadas). - Prohíbe planes que varían las primas por alguna razón, excepto el tamaño de la familia, localización geográfica y edad (si varía de acuerdo a la edad, la prima mayor no puede costar más de 3 veces que la prima menor). - Prohíbe exclusiones por condiciones preexistentes. - Establece un mínimo de "beneficios esenciales" a ser ofrecido. - Elimina límites anuales para los beneficios esenciales. - Prohíbe planes con normas de rescisión, excepto en caso de primas impagas.	1°-enero-2014

observadores evalúan cuál va ser el peso de esta innovación en el gasto en salud (Gruber, 2010). Pero se ha dado un paso extraordinario que beneficia a unos 34 millones de habitantes, que hasta ahora carecían de protección social. Pero estos cambios se lograron dentro del marco histórico y cultural norteamericano que, más allá de las críticas que nos despierta, está intensamente incorporado al pensamiento de

la gran mayoría de la población. En materia de modelo de organización sanitaria, no hay recetas universales, cada país debe diseñar la más adecuada a sus particularidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• American Association of Retired Persons, Families USA, Group Health Cooperative of Puget Sound, HIP-Health Insurance Plan,

Kaiser Permanente: Preliminary Statement of Principles for Consumer Protection. Mimeo, Washington D.C., 1997.

- Bosch S., Vázquez E.: Atención Médica Gerenciada, su definición, historia y situación actual. *Medicina y Sociedad*, Vol. 21, N° 3, Buenos Aires, 1998: 136-146.

- Clinton B.: La mayor asistencia social es la que resulta transitoria. *Clarín*, 27-agosto-2006: 28.

- Closon M.: Resource management and quality of care assessment using medical record summaries in Belgium. Ed. Catholic University of Louvain, Bruselas, 1991.

- Enthoven A.: The Political Economy of National Health. How interested groups have responded to a proposal for economic competition in health services. *The American Economic Review* 70, N° 2, 1980: 142-156.

- Enthoven A.: Market forces and Health Care Costs. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 266, 1991, 19: 2751-2752.

- Enthoven A.: The market-based reform of America's health care financing and delivery system; managed care and managed competition. *Innovations in Health Care Financing*. Ed. The World Bank, An International Conference, Washington D.C., 1997.

- Fetter R., Brand D., Gamache D.: DRG's. Their Design and Development. Ed. Health Administration Press, Ann Arbor (MI), 1991.

- Flexner A.: Medical Education in the United States and Canada. Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bull. N° 4, New York, 1910.

- Goldstein A.: Three Big HMOs Prescribe Regulation as Industry's Cure. *The Washington Post*, 25/IX/97: A12.

- Goodman J.: El fracaso de un plan de Clinton. *Clarín*, Buenos Aires, 21-noviembre-98: 61.

- Gramm P.: Why We Need Medical Saving Accounts. *NEJM*, Vol. 330, N° 24, 1994, 1752-1753 y, en *Revista del ITAES*, Vol. 4, N° 2, Buenos Aires, 1999: 6-8.

- Gruber J.: The Cost Implications of Health Ca-



re Reform. *NEJM*, Vol.362, N°19, May 13, 2010.

- Iglehart J.: New England Journal of Medicine. ✓ Congressional action on Health Care Reform, an update. Vol. 360, N° 25, June 18, 2009. ✓ A bumpy road for Reform. Vol. 361, N° 4, July 23, 2009.

- ✓ Setbacks and fissions. Reconsidering the scope and timing of Reform. Vol. 361, N° 9, August 27, 2009.

- ✓ Obama's vision and the prospects for Health Care Reform. Vol. 361, N° 12, Sept. 17, 2009.

- ✓ Forestalling a filibuster. Senate Reform bill cleared for floor debate. Vol. 361, N° 22, Nov. 26, 2009.

- ✓ Historic passage. Reform at last. Vol. 362, N° 12, March 25, 2010.

- Jennings C., Hayes K.: Health Insurance Reform and the Tensions of Federalism. *NEJM*, Vol. 362, N° 19, May 13, 2010.

- López S.: Sistemas de Salud comparados. Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90. www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud, 2005.

- Newhouse J.: Reimbursing Health Plans and Health Providers; Efficiency in Produc-

tion versus Selection. *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXIV, 1996: 1236-1263.

- Pérez Stable E.: Managed Care Arrives in Latin America. *NEJM*, Vol. 340, N° 14, 1999: Editorial, 1110-1112.

- Pozzi P.: El New Deal; ¿una solución eficaz para la Gran Depresión? De Sur a Norte; perspectivas sudamericanas sobre Estados Unidos. Ed. Fundación Centro de Estudios Americanos, Vol. 4, N° 5, Buenos Aires, 2000: 79-108.

- Stocker K., Waitzkin H., Iriart C.: The Exportation of Managed Care to Latin America. *NEJM*, Vol. 340, N° 14, 1999: 1131-1136.

- White J.: Políticas de salud en los Estados Unidos y Canadá. En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud*, Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. I: 50-102.

- White J.: Markets and Medical Care; the United States, 1993-2005. *The Milbank Quarterly*, Vol. 85, N° 3, 2007. Versión traducida y comentada por H. Arce en: *Revista del ITAES*, Vol. 11, N° 1, 2009: 6-39.

Avances de la Medicina en los últimos 75 años

CONFERENCIA DICTADA POR
Elias Hurtado Hoyo ²



El 26 de noviembre de 2009, el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (IUCS), Fundación H. A. Barceló, distinguió al **Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo**, con el **Doctorado Honoris Causa**, otorgado por esta casa de altos estudios a profesionales destacados por su trayectoria en campo de las Ciencias de la Salud. En ese acto, llevado a cabo en el Aula Magna de la Sede Larrea del IUCS, el Dr. Hurtado Hoyo pronunció un discurso revisando los avances alcanzados por la Medicina durante el Siglo XX.

Posteriormente, en la Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA), en la que ejerce la Presidencia (Vol. 123, N° 1, págs. 24-32), se publicó un discurso muy similar del mencionado profesional, con motivo de otro evento. Por esa razón el Comité Editorial ha creído conveniente reproducirlo, con su autorización, dado que aborda un tema de interés para docentes y alumnos del campo de las ciencias médicas.

Mirando hacia atrás, en los inicios del período que vamos a analizar, la Medicina disponía de muy escasas herramientas, la mayoría paliativas. El promedio de vida no superaba los 50 años. La muerte llegaba por las infecciones, el hambre o las guerras.

La epidemia de gripe de 1918 produjo la muerte de 20 millones de personas, casi tanto como las víctimas de la Primera Guerra Mundial. Era el tiempo de la tuberculosis, la sífilis, el paludismo, el cólera, el Chagas y otras enfer-

medades. El diagnóstico se basaba en la clínica, algo de laboratorio, la radiografía simple, y mucho, mucho cariño. Tenía plena vigencia el médico de familia, rural o urbano. Piensen que en estos 75 años se pasó de una medicina aún casi primitiva de los 5.000 años previos de la humanidad a todo lo actual, que impacta con sólo enumerarlo, y a su vez nos proyecta hacia un futuro inimaginable. Es el ciclo en el que el hombre conquista el universo.

Para ubicarnos en el tiempo traten de

pensar cómo era vuestra Ciudad en 1933. Todo era incipiente. No había casi nada. Las calles estaban empedradas y muchas eran de tierra, sólo la Ruta 8. Los teléfonos eran a manivela, cuando se lo tenía; para comunicarse al interior había demoras de horas y a veces de días. En la mayoría de los barrios la leche era provista de puerta en puerta por el lechero ordeñando las vacas, luz y gas todo incipiente. En vuestro libro se señala que gran parte de la atención de la salud dependía de la presencia de

1- Conferencia dictada en septiembre del 2008. San Miguel. Pcia de Buenos Aires.

2- Prof. Ilustre Univ. Tucumán, Prof. Consulto Cirug. UBA, Doctor Honoris Causa Univ. Nac. Morón y Univ F Barceló. Miembro de las Academias Argent. de Cirug., Cienc. Médic. Córdoba, Nac. Médic. Paraguay y Argent. de Ética Médica. Presidente AMA

lo que hoy llamaríamos Agentes de Salud, representados por los curanderos y las comadronas.

Por el tiempo disponible para esta exposición, sólo me referiré a algunos de los hitos de la Medicina mundial que se sucedieron en estos 75 años.¹⁷ Preferí sacrificar algunos datos históricos universales para concentrarme en los que más me impactaron. Algunos sólo los mencionaré, lo cual, no implica definir su importancia ni dimensionar su utilidad. También me pareció oportuno jerarquizar el aporte de la medicina argentina, a la vez de comentar algunas de las grandes contribuciones para el país de la AMA. La presentación la haré por temas respetando la cronología. Estos avances se debieron tanto al vertiginoso desarrollo de las ciencias duras, física y química, como a las ramas humanísticas del pensamiento humano, conjugando la investigación científica con el antiguo método de la observación.

En esa época los mayores avances se produjeron en el campo de la **Farmacología**, la cual venía con un gran éxito de la década anterior por el descubrimiento de la insulina por Banting y Best. El primer paso sobre infecciones lo dio el alemán G. Domag, quien en 1935 descubre la sulfamida, producto derivado del azufre con propiedades bactericidas. El segundo fue la aplicación en humanos de la penicilina en 1941, descubierta por el médico microbiólogo escocés Alexander Fleming en el Hospital St Mary, Londres. En 1928 estudiando estafilococos observó que en uno de los preparados se había producido una masa verde azulada generada por un hongo de contaminación ambiental, el *Penicillium notatum*, que evi-

taba el crecimiento del estafilococo a su alrededor. El químico alemán Ernst Chain y el farmacéutico australiano Howard Florey crearon un método para su purificación. En la Segunda Guerra Mun-

dial se la aplicó ampliamente para tratar las heridas. Los tres recibieron el Premio Nóbel de Medicina (PNM) en 1945. El tercer aporte se debió al bioquímico S.A. Waksman, ucraniano nacionaliza-



Ceremonia de Entrega del Doctorado Honoris Causa del IUCS al Presidente de AMA, Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyos, el día 26 Noviembre de 2009

Desarrollo protocolar de la entrega del Doctorado *Honoris Causa*

- El homenajeado se reúne con las autoridades de la Universidad en la Sala del Rectorado. Las autoridades se dirigen al Aula Magna, pero el Doctorando permanece en la Sala del Rectorado junto al Decano de la Facultad de Medicina.
- A continuación el Decano acompaña al Doctorando al Aula Magna, donde ya se encuentran ubicados las autoridades y los invitados al Acto.
- El Coordinador del Acto Académico, invita a iniciar el Acto entonando el Himno Nacional.
- A continuación el Rector procede a la Apertura del Acto, con una breve semblanza de la personalidad del Doctorando.
- Luego el Rector invita al Padrino Académico del Doctorando, a presentarlo. El Padrino que presenta al Doctorando no sólo debe ser una persona allegada, sino también es obligatorio que posea el Título de Doctor, por ser el máximo Grado que otorga una universidad.
- El Coordinador del Acto Académico

invita al Secretario General de la Universidad a leer el Acta Resolutiva de la Designación del Doctorando.

– El Coordinador del Acto Académico invita al Rector a hacer la Imposición del Título de Doctor *Honoris Causa*.

El Rector, por la autoridad que le otorga la Ley de Educación Superior y el Estatuto de la Universidad, Impone el Título de Doctor *Honoris Causa*, colocándole al Doctorando una medalla y entregándole el Diploma que lo acredita como tal.

– El Coordinador del Acto Académico invita al Secretario General a tomar promesa de fidelidad al nuevo Doctorando por pedido expreso del Sr. Rector:

“Prometéis observar y cumplir todas y cada uno de las normas del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud”. El Doctorando contesta: “Sí, lo prometo”.

– El Sr. Rector invita al nuevo Doctor *Honoris Causa* a dar su Conferencia Doctoral.

– Acto seguido el Coordinador del Acto Académico pide al nuevo Doctor *Honoris Causa* la firma del Libro de Honor.

do estadounidense, quien en 1944 descubre la Estreptomina a partir del hongo *streptomyces griseus*, recibiendo el PNM en 1952. En 1947 el Consejo Británico de Investigaciones Médicas inicia un ensayo clínico dirigido por A. B. Hill para tratar la TBC con estreptomina. Este protocolo fue considerado el paradigma del rigor científico en la investigación biomédica; sus resultados cambiaron el curso de la historia de las ciencias médicas. Con los **antibióticos**, apodados luego los "fármacos milagro", se empezó a enfrentar con éxito a las bacterias causando un importante impacto en la morbimortalidad de la población; los gérmenes pasaron de ser los responsables del 30% de todas las muertes a ser causa de menos del 4%.

Lamentablemente también debemos recordar el mal uso de las bacterias, como el carbunco (ántrax), el ébola y otros, para la llamada "guerra bacteriológica". En 1949 John F. Enders, bacteriólogo americano, hace crecer el virus de la poliomielitis en cultivos de **células embrionarias** de piel y de músculo humano. Esta técnica ha sido fundamental en el desarrollo de la investigación sobre virología y cáncer, dando origen a la **biología molecular**; permitió además producir las vacunas contra el sarampión y la rubeola. Casi coincidentemente, Jhonas Salk y Lépine, en 1955, generan la vacuna antipoliomielítica.

Recuerdo la epidemia de polio que afectó nuestro país en 1956-57; todos los árboles y los cordones de las veredas estaban pintados de blanco con cal. El Programa "Polio Plus" del Rotary Internacional, financiando la vacunación sistemática, ha logrado el control de esta enfermedad en casi todo el mundo. Las vacunas erradicaron enfer-

medades como la viruela y controlaron eventuales brotes epidémicos de otras. Actualmente el método facilitó las investigaciones sobre **células madres y terapia génica**.

Un gran avance fue reconocer lo que ocurría dentro de nuestras instituciones asistenciales. Surge el concepto de **Infecciones Hospitalarias** planteando temas como el uso racional de los antibióticos por la comprobación de la resistencia bacteriana, la profilaxis antibiótica preoperatoria y otros. Para su mejor control se crearon a fines de los '70 los Comités específicos. El primero en el país fue impuesto por Horacio López en el Hospital de Clínicas. Posteriormente se jerarquizó el rol de la enfermería especializada en infectología.

En 1981 se identifica una nueva enfermedad infecciosa de rápida propagación en el mundo. Se la denomina Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En 1983 Luc Montagnier aísla el virus responsable (HIV) recibiendo el PNM en el 2008. A un joven argentino, Sergio G. Montaner, las autoridades sanitarias de Canadá le encargan dirigir el Programa del Oeste de ese país. En nuestro medio señalamos a Pedro Canh y Jorge Benetucci. Luego de numerosas investigaciones en 1986 se describe el AZT con respuesta para el tratamiento del SIDA. El control de la enfermedad se logró llevándola a la cronicación con el uso de varias drogas en forma simultánea.

Otro gran aporte de la farmacología fue la **Cortisona** sintetizada por Reichstein en 1945. Sus distintas acciones terapéuticas y sus distintas formas de presentación permiten su uso en casi todas las especialidades médicas; y por su rápida respuesta en algunas patologías

críticas se transformó en una sustancia resucitadora.

El descubrimiento en 1955 del primer psicofármaco para la esquizofrenia, la Clorpromacina (*Ampliacil*)®, cambió radicalmente la **Psiquiatría**. Del antiguo "chaleco de fuerza" se pasó al **chaleco farmacológico**, provocando una revisión en el enfoque de la Atención de la Salud Mental. Permitió la externalización de muchos enfermos, lo que a su vez llevó a algunos países a cerrar hospitales psiquiátricos, los llamados popularmente "loqueros". Se crearon las casas de medio camino y otros modelos de atención. La asociación de clorpromacina con otros fármacos como el Diparcol* y el Fenegan* dio origen a la Hibernación Artificial utilizada, sobre todo, para las afecciones vasculocerebrales agudas. En 1958, en el hoy desaparecido Hospital Salaberry, el cuerpo de practicantes éramos los encargados de administrar esa "revolucionaria" medicación. Posteriormente se describieron otros psicofármacos como la Levodopa para la enfermedad de Parkinson y los antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos y otros.

Ante todos estos éxitos farmacológicos, me parece oportuno también recordar algún gran fracaso. En 1962 retiran del mercado la **Talidomida**, por haber provocado más de trece mil malformaciones congénitas infantiles, la focomielia, sólo en Alemania Occidental. Había sido introducida en 1957 para el insomnio, la depresión y las náuseas durante el embarazo. Se comercializaba en 46 países por 14 compañías. El mérito de esta actitud se debió a Frances Oldham Kelsey, investigadora de la *Federal Drug Administration* (FDA), EE.UU., la que preocupada por los informes que reci-

bía de la experimentación en animales decidió no autorizar su comercialización enfrentándose durante 14 meses a toda la poderosa industria farmacéutica. El escándalo de la Talidomida generó una política de control estricto de medicamentos.

En **Ginecología y Obstetricia** a la introducción previa de la Colposcopia por Hinsselman, debemos agregar como un hito trascendente al trabajo publicado por George Papanicolaou, en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology* en 1941, sobre el "Valor diagnóstico del frotis vaginal en el cáncer de útero" con el estudio de las células desprendidas, impulsando la Citología para todos los tumores del tracto genital. En nuestro medio el pionero de estos métodos fue Carlos Jacob. Luego, la citología se generaliza para todo el organismo disminuyendo francamente el número de operaciones con sólo fines diagnósticos.

Las tomas del material se realizan en forma directa de la piel y de las cavidades comunicadas al exterior por las endoscopías o a través de las punciones con aguja fina (PAF), dirigidas bajo control de eco o TAC para órganos profundos. Deseo recordar dos grandes citólogos argentinos, Celener y Emina. La patóloga A. Pedrera, entre 1985-90, nos hizo un estudio de investigación casi exclusivamente por citología de las metástasis ganglionares mediastinales en el cáncer pulmonar; evaluó 1.066 ganglios, la mayoría en el quirófano.

Otro de los pilares es la **mamografía** cuyos inicios se remontan a 1913 cuando Alberto Salomón radiografía las piezas de mastectomías. Pero es el uruguayo Raúl Leborgue quien en 1945 le da impulso, con valor diagnóstico clínico, al describir las microcalcificaciones.

Gracias a los programas de *screening* ha disminuido la mortalidad del cáncer de mama. De nuestro medio recordemos a Román Rostagno y a Manuel Cymberknoh, por no poder mencionar a todos. Otros tres hitos con gran repercusión periódica que me impactaron profundamente por el cambio que producían cada uno de ellos en nuestra forma de pensar fueron la autorización por la FDA de EE.UU. de los primeros anticonceptivos orales, producidos por el endocrinólogo Gregory Goodwin Pincus en 1960; el nacimiento del primer ser humano concebido fuera del útero, fecundación in vitro, logrado por Patrick Steptoe y Robert Edwards en 1978 en Inglaterra; y cuando Ian Wilmut en 1997 realiza la primera clonación en animales en el Instituto Roslin de Edimburgo, Escocia, a partir del núcleo celular de una célula mamaria de una oveja adulta (oveja Dolly).

La **Radiología** es una de las ramas que más han evolucionado en estos 75 años. A una radiología simple comenzaron a introducirse distintas sustancias de contraste para estudiar distintos órganos. Las soluciones baritadas permitieron hacer el estudio digestivo alto y el bajo. Con el iodolipol se hicieron broncografías, fistulografías y otras. El argentino Pablo Mirizzi en 1931 comunica la colangiografía intraoperatoria que revoluciona la cirugía de las vías biliares. Ésta técnica se la conoció por muchos años como la "mirizzigrafía".

Recuerdo haber usado, siendo Residente de Cirugía, el aire como medio de contraste para efectuar el neumoperitoneo de Ivan Goñi Moreno para las grandes eventraciones, el neumomediastino y la técnica de Ruy Rivas para el retroneumoperitoneo.

A esto sigue la introducción de sustancias de contraste hidrosolubles que permiten realizar urogramas excretorios, mielografías, angiografías centrales y periféricas, flebografías, linfografías y otros. Asimismo se aplican conceptos de la cinematografía. De esa época recordamos a los radiólogos Malenchini, Rocca, Carlos "Cacho" Lanari y Volpaccio.

El primer curso de radioisótopos en el país lo dictaron Cooper y Lipton en 1958, al que tuve el privilegio de asistir, en la Cátedra de Física Biológica (UBA) que dirigía E. Strajman. En 1965 la NASA libera al sonar para uso médico dando origen a la Ecografía, la cual rápidamente se aplicó para vías biliares, ginecología y corazón. En 1976 contribuimos con I. Hasper para el uso pleuropulmonar. Luego vino el ecodoppler color que terminó de afianzar este método incruento.

El desarrollo del microchip con las computadoras favoreció la aparición de la tomografía axial computada (1972) y la resonancia nuclear magnética (1977), logrando hacer visible el interior del cuerpo humano con una precisión anatómica. En la actualidad con la tomografía por emisión de positrones (PET), la navegación virtual y otros métodos, da a la **Imaginología** una seguridad casi matemática en el diagnóstico médico. En las neurociencias ha permitido efectuar numerosos estudios de investigación neurofisiológica y en cirugía efectuar maniobras terapéuticas miniinvasivas como la colocación de stents coronarios, vasculares periféricos, digestivos, vías biliares y otras. Actualmente se han construido pequeñas cápsulas, las que ingeridas permiten fotografiar todo el tubo digestivo.

La aplicación de la **Fibra óptica** en me-

dicina permitió el desarrollo de la Fibroendoscopia para todas las cavidades comunicadas al exterior y fue el medio indispensable para poder efectuar la Cirugía Endoscópica.

La **Anestesia** comenzaba a evolucionar tímidamente. Recuerdo que hacia fines de los '50 los anestelistas eran muy pocos; los que nos inclinábamos hacia la cirugía debíamos aprender y aplicar primero los diferentes tipos de anestesia.

En 1957, con anestesia local con novocaína, siendo practicante menor, realicé mi primera apendicectomía en el ya mencionado Hospital Salaberry. De las anestesis locales pasamos a las regionales como las tronculares, la peridural y la raquídea; con novocaína carboxil hacíamos la anestesia en silla de montar. En 1962 publicamos las primeras peridurales cervicales continuas realizadas en el mundo con fines terapéuticos.⁴ Paralelamente aprendimos a hacer anestesis generales con el aparato de Ombredan y a la reina, con distintos gases como el éter, cloruro de etilo, trilete y cloroformo. A principios de los 60' empezamos a manejar los barbitúricos, el curare y la intubación oro-traqueal. La Escuela de Anestesiología Argentina inició sus actividades hacia 1967. También como practicantes nos tocó vivir el cambio de la perfusión de hidroelectrolitos por la vía subcutánea, intraósea o por la fontanela, todas técnicas que llegué a realizar, hacia las canalizaciones quirúrgicas venosas y luego al cateterismo percutáneo venoso disminuyendo francamente el número de flebitis y trombosis.

Si bien existían antiguos antecedentes para mantener la respiración (pulmotor-respirador), es recién en 1938 cuando se impone la asistencia respiratoria



Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo, dando su Conferencia Doctoral en la Ceremonia de Entrega del Doctorado Honoris Causa

mecánica con la técnica de la ventilación con presión positiva intermitente (VPPI) y luego la continua (CPAP) para la anestesia. La epidemia de poliomielitis en Copenhague, 1952, define el valor de este equipamiento. Otro gran desarrollo tecnológico fue la implementación de los riñones artificiales generando grandes expectativas de vida. Asimismo aparecen los oxímetros digitales y las bombas de perfusión facilitando el control de los enfermos. En 1956 Peter Safar, médico austríaco, propone la técnica de reanimación cardiopulmonar, conocida ampliamente como "respiración boca a boca". Se convirtió inmediatamente en el método más conocido para reanimar a personas inconscientes o que sufren un paro cardiorespiratorio.

Safar además desarrolló la primera unidad de cuidados intensivos en EE.UU. Hacia fines de los 50', los operados regresaban a la misma cama de las clásicas salas compartidas con otros enfer-

mos; no había ni privacidad ni seguridad. Aparecen las Salas de Recuperación Quirúrgica donde se concentraban los enfermos de riesgo posoperatorio, para facilitar su control y administrar mejor los recursos humanos, en especial de enfermería. Estas salas luego constituyeron las **Terapias Intensivas**.

Las primeras de nuestro país las instalaron Rubianes y Lorenzino en el Clínicas y en el Instituto del Diagnóstico y Tratamiento, y Herrero y Petrolito en el Hospital Italiano y en el Sanatorio Santa Isabel. La primera terapeuta mujer del país fue Nora Iraola seguida por Liliana Ripoll (tuve la oportunidad de trabajar con ambas). Luego vinieron las Unidades Coronarias, la Renal, la de Trasplantes y otras. Otro gran aporte fue la **Kinesiología Respiratoria** pre y postoperatoria. Rescatamos en el desarrollo de la Rehabilitación Respiratoria la figura del Kgo Alfredo Cuello que impulsó con sus enseñanzas la "Kinesiología invasiva", tanto en el país como en

Latinoamérica, imponiendo la movilización precoz de los enfermos. Fue un gran cambio para la calidad de la atención. Sobre **Cirugía** clásica me referiré sólo a la argentina por su gran prestigio internacional, con escuelas que repercuten hasta la fecha por sus numerosos y distinguidos discípulos. De Buenos Aires mencionaremos la de los hermanos Enrique y Ricardo Finochietto en el Hospital Rawson y la de José Arce en el Clínicas; en Córdoba la de Pablo Mirizzi y la de Juan Martín Allende; en La Plata la de José María Mainetti y Federico Chrisman; y en otras ciudades. Los avances han sido sorprendentes. A fines de la década de los 60' aparecen sucesivamente distintos materiales descartables.

Luego vinieron las prótesis ortopédicas, las suturas mecánicas, la intubación oro-traqueal con sondas de doble luz para bloquear independientemente cada pulmón, las válvulas para descompresión endocraneana, y otros. La tecnología también evoluciona: aparece la Criocirugía a temperaturas de menos de 70°C (Ester Stolar y Eliezer Turjansky), el Láser (1978), la radiofrecuencia y otros equipos. Se aprendió a operar sin necesidad de sangre o con autotransfusión pre o intraoperatoria.

Uno de los temas que generaron grandes discusiones durante décadas fueron los abordajes a las cavidades. Por ejemplo, en tórax la vía de abordaje para cirugía mayor era la toracotomía posterior-lateral propuesta en 1900; de allí pasamos a la toracotomía axilar vertical amplia (TAVA) propuesta por nosotros en 1973,⁵ la cual por su difusión fue un aporte para aceptar conceptos de abordajes menos agresivos, anatómo funcionales y estéticos. En 1991 la aparición de la toracoendoscopia asistida por



Firma del Libro de Honor en la Ceremonia de Entrega del Doctorado Honoris Causa del IUCS al Presidente de AMA, Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo

video nos permitió el abordaje por incisiones de 10 o menos mm, para un número significativo de enfermedades pleuropulmonares y mediastinales. Esta iniciativa fue impulsada por los éxitos de la cirugía laparoscópica que si bien hacía años que se efectuaba con fines diagnósticos, es recién después de la realización de la primera colecistectomía por vía laparoscópica en humanos, en septiembre de 1985, por el cirujano alemán Eric Mullie, que la técnica toma auge para otros órganos abdominales y para otras regiones (articulaciones, urológicas, ginecológicas y otras).¹⁹

Recordemos que casi simultáneamente el argentino Aldo Kleiman en octubre 1985 presenta la Tesis doctoral con su experiencia en ovejas; son seguidos por Phillippe Mouret, Francois Dubois y Jaques Perissat. En nuestro medio los primeros en efectuar una colecistectomía laparoscópica en humanos fueron

Decoud y Jorge Corbelle (h) por la diferencia de dos días; este último la realizó en nuestro servicio del Hospital Durand en 1990. Estas técnicas están englobadas en lo que se conoce como cirugía miniinvasiva. Nacen los conceptos de los abordajes percutáneos y los de internación breve y/o ambulatoria. Actualmente comenzaron a realizarse a través de orificios naturales como la vagina y la boca. Como pueden deducir estamos viviendo un gran cambio del pensamiento humano.

Para que podamos comprender la dimensión de los cambios generados por la evolución tecnológica en cirugía podríamos decir que hasta fines de los 80' operábamos a través de vías llamadas abiertas por las que introducíamos una o las dos manos; luego comenzamos a operar introduciendo sólo instrumental por incisiones muy pequeñas y mane-

jándolo desde afuera mirando un televisor. Hoy están operando los robots bautizados "da Vinci", en la llamada cirugía robótica, en la cual el cirujano está afuera del quirófano conduciendo las computadoras. Es también el arranque de la Telecirugía (cirugía a distancia). No podemos dejar de mencionar los adelantos en el campo de la oftalmología como los lentes intraoculares y la cirugía refractiva, y en la odontología con el torno ultrasónico y con los implantes, entre otros tantos.

Volvamos para atrás. La **Cardiología** contaba para la falla del corazón con una medicación mínima a base de digital y diuréticos, los cuales daban confort al paciente, pero no los hacían vivir más. Con los nuevos fármacos se logra disminuir el esfuerzo del corazón, los pacientes se sienten francamente mejor y viven más años. Aparecen para la insuficiencia cardíaca los bloqueantes Beta y Alfa como el atenolol, el propranolol y el carvedilol; también los antagonistas del calcio para las anginas variantes y toda la medicación anticoagulante. Se desarrollan los estudios hemodinámicos por cateterismo cardíaco.

De los cardiólogos argentinos recordamos a Tiburcio Padilla, Pedro Cossio, Roberto Vedoya y Carlos Bertolasi.

Asimismo, hace 75 años comenzaba a pensarse en corregir quirúrgicamente enfermedades cardiovasculares como la estenosis de la válvula mitral a través de técnicas de **cirugía cardíaca cerrada**. En 1954 Watson Lillehei da el gran salto al corregir cardiopatías congénitas a cielo abierto favorecido por los oxigenadores propuestos por Gibbons.

También en 1954 se coloca el primer marcapasos para el control quirúrgico de las arritmias cardíacas. En la Argenti-

na uno de los primeros fue colocado en 1967 por Abel Gilardón, quien fuera nuestro maestro en la cirugía torácica. Tuvimos la oportunidad de ayudarlo con A. Couchoud; éste luego se ocuparía del tema en el grupo. Resaltamos los aportes de investigación a nivel internacional de Rosebaum y su Escuela del Hospital Ramos Mejía que actualmente dirige M. Elizari sobre las arritmias. La contribución argentina a la cardiocirugía también ha sido muy relevante. En 1966 el joven Domingo Liotta propone en EE.UU. la asistencia ventricular izquierda en posición paracorpórea para la falla ventricular luego de cirugía cardíaca. La operación la realiza M De Bakey.¹⁵ El mismo Liotta recibe en 1969 reconocimiento mundial al desarrollar el primer Corazón Artificial, el que fue implantado por Denton Cooley. En 1970 René Favalaro, en la *Cleveland Clinic*, Ohio, propone y realiza la primera revascularización miocárdica con un puente aortocoronario de safena interna. Vale aclarar que hasta entonces la enfermedad coronaria era tratada con medicamentos y reposo. Luego Parmaz, de La Plata, contribuye al desarrollo de los stents para las estenosis coronarias colocados por vía percutánea. Otro argentino, Juan Carlos Parodi, crea un *macrostents* para tratar los aneurismas aórticos rotos, y las lesiones estenóticas de grandes arterias. Otro gran cardiocirujano nuestro que debo recordar es Jorge Albertal por su gran capacidad organizativa.

Hace 60 años los intentos de **transplantes** de órganos fracasaban por el rechazo del sistema inmunológico a los nuevos órganos. En 1954 se concreta la primera operación exitosa por Joseph Murray, en Boston, EE.UU., quien rea-

liza un trasplante de riñón de un hermano gemelo a otro con una sobrevivida mayor a los 8 años. En nuestro medio recordemos a Alfredo Lanari y a Molins. En 1967 Christian Barnard realiza el primer trasplante de corazón en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) y el paciente fallece a los 18 días por una neumonía. Después siguen los realizados por Kaplan-Meiers en Valparaíso (Chile), Cristóbal Martínez Bordieu en Madrid, Miguel Bellizzi en Bs. As. y otros. La operación abrió una discusión ética sobre los límites de la vida y el diagnóstico de muerte del factible dador. Luego de grandes y largas polémicas, se acepta el concepto de "muerte cerebral" diagnosticada por la inactividad eléctrica del cerebro. El gran avance se da en 1983 con la introducción en la práctica de una droga inmunosupresora, la ciclosporina, incrementándose el número y el tipo de órganos trasplantados con éxito, como los óseos, hígado, pulmón, piel, intestino, páncreas, y últimamente los de la cara. Por su descubrimiento Murray recibió el PNM en 1990. En la actualidad la ciencia investiga poder desarrollar órganos a partir de las propias **células madre** para evitar los rechazos y con la manipulación de la información genética de los donantes tratar de "engañar" al sistema inmunológico. La aparición de los antígenos de membrana con el complejo mayor de histocompatibilidad favoreció la realización de trasplantes. Estas técnicas además sirvieron en nuestro medio para el tema de los hijos de desaparecidos, ofreciendo una seguridad del 99,9%.

Hacia 1933 la **Cancerología** se concentraba principalmente en el tratamiento. Se apoyaba en la cirugía y en las radia-

ciones, ésta con equipos rudimentarios para la aplicación en lesiones superficiales y para órganos profundos.

Recordemos de nuestro medio a Bernardo Dosoretz, y a su escuela, aquél fue uno de los grandes promotores del acelerador lineal y de la radioterapia conformacional con planificación virtual tridimensional. Sobre las drogas sólo se contaba con las mostazas nitrogenadas. Hacia fines de los '60 aparecen nuevas drogas que cambiarían su historia. La primera fue la ciclofosfamida, el *Endoxan*[®], en comprimidos, que la recetábamos todos los médicos. Al aparecer estos fármacos con muchos efectos colaterales tóxicos surge la figura del médico quimioterapeuta. Nace la **Oncología Clínica** con enfoque diagnóstico y terapéutico. Se imponen los ensayos de investigación clínica multidisciplinarios y multicéntricos. Las escuelas de oncología se inician alrededor de los 70²; en el país rescatamos a Abel Canónico, Enrique Viacava y Roberto Estévez en tumores sólidos, y a Alfredo Pavlovsky en oncohematología. No puedo dejar de mencionar a nivel internacional a nuestro amigo, el italiano Umberto Veronesi, quien entre otras cosas propuso la "mastectomía en menos" para el cáncer temprano de mama. Otro gran avance para la Oncología fueron los trasplantes de médula ósea.

La jerarquía de la **investigación básica** en Argentina la resumimos recordando los tres PN en Ciencias que logró el país. El primer PNM fue recibido por Bernardo Houssay en 1947 por sus trabajos sobre páncreas, hipófisis y el **metabolismo** de los hidratos de carbono. Trabajó 45 años en la AMA de la cual fue Director de la Revista, Bibliotecario y Miembro de la CD; fue el ideólogo y

el primer presidente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) creado en 1958, al que organizó con conceptos modernos. El segundo, Luis Federico Leloir, recibió el PN en Química en 1970, por sus estudios sobre los **ácidos nucleicos**. Nacido en París, se radica y realiza sus estudios en la Argentina; funda el Instituto Científico Campomar; sus trabajos y descubrimientos giran sobre el metabolismo de los hidratos de carbono y los azúcares; también colaboró con la AMA durante 20 años. El tercero, Cesar Milstein, fue PNM en 1984 por sus descubrimientos en el Reino Unido sobre Inmunología; desarrolló un método para la producción de **anticuerpos monoclonales**, piedra fundamental de la biotecnología aplicada que dio nacimiento a la Hibridación.

El camino recorrido para conocer el **Genoma Humano** es muy largo;¹⁶ al respecto, piensen que ya en 1866 se habían descubierto los genes. La investigación en este tema fue reconocido con varios PNM. En 1943 Oswald Avery, bacteriólogo del Instituto Rockefeller NY, identifica el ADN al que más tarde se le reconoce ser el transmisor de los factores hereditarios. En 1953 los biólogos, el americano James Watson y el británico Francis Crick, demostraron cómo cuatro ácidos nucleicos se combinaban en pares en una estructura helicoidal para formar el código genético del ADN; esto los hizo acreedores del PNM en 1962. Un poco antes, en 1959, recibe el PNM el fisiólogo español Severo Ochoa, radicado en Estados Unidos desde 1941, también por sus estudios del código genético, junto a Arthur Kornberg. Asimismo, el biólogo estadounidense de origen británico Richard

J. Roberts comparte con Phillip Sharp el PNM en 1993 por sus descubrimientos de 1977 sobre la estructura discontinua de los genes. Por último, Lewis, Volhard y Wieschaus, reciben el PNM en 1995 por sus investigaciones en el campo de la genética del desarrollo. El proyecto del mapa del Genoma Humano se completa en 2003 revelando la presencia de 3.12 billones de pares de bases. Se logró luego de una competencia científica, bautizada como "**la guerra de los genes**", entre un consorcio internacional público, formado por seis países y una empresa privada norteamericana. Los genes gobiernan todos los procesos del organismo a través de la síntesis de proteínas.

Se denomina **Células Madres (CM)** a aquellas que tienen capacidad de diferenciarse y originar células de los distintos tejidos. Según su origen y su capacidad de diferenciación se reconocen cuatro tipos de CM: totipotentes o embrionarias, pluripotentes, multipotentes y unipotentes. Esto ha motivado investigar las posibilidades de aplicar terapias celulares para tratar enfermedades. El tejido adiposo del adulto contiene CM capaces de ser inducidas y diferenciadas hacia distintas estirpes celulares.

Por su disponibilidad y fácil acceso es un prometedor reservorio. Estos planteos se conocen como medicina reparativa o **medicina regenerativa**.

Las CM pluripotentes ofrecen ser una fuente renovable de células para las enfermedades de todo el organismo: Parkinson, Alzheimer, lesión médula espinal, diabetes, osteoartritis, artritis reumatoidea, quemaduras, lesiones cardíacas, bloqueo de tumores, detener el proceso de envejecimiento, y otras. Se plantean cuestionamientos éticos con la

CME al clonar un embrión (quién vive, quién muere), los bancos de CM y otros. Actualmente se investigan embriones híbridos producidos por la transferencia de núcleos somáticos humanos a óvulos enucleados de vacuno.

Se debe a Selye el haber interpretado una serie de cambios en el organismo frente a diferentes agentes agresores, los cuales se cocatenan de una forma secuencial independientemente de la noxa que los desencadena; lo denominó "síndrome de adaptación". Es la lectura de lo que se produce que conocemos como stress. El estudio de las alteraciones conductuales dieron valor a las respuestas como eje del comportamiento. Estos conocimientos permitieron aceptar la indisoluble interrelación entre distintos sistemas del organismo que hoy se engloban en la **Psiconeuroendocrinoinmunología**. Entran en este universo enfermedades muy diversas como el insomnio, la depresión, la neurosis y otras, muy debatidas en la sociedad como la obesidad, la bulimia y la anorexia. Dentro de los **aspectos sanitarios** señalamos la creación en 1946, por parte de la también recién creada Organización de Naciones Unidas (ONU), de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De sus múltiples iniciativas de la reunión que hizo en Alma Ata, Insbrusk, Siberia, ex-URSS, en 1978, rescatamos dos. Una por su gran soberbia, al plantear la "**Salud para todos en el año 2000**", lo que fue un fracaso total. La otra, sin embargo, tuvo gran trascendencia ya que impuso la Atención Primaria de la Salud (APS) con sus tres niveles. El primer nivel comprende a la Prevención dirigida al ciudadano sano para que no se enferme. Los otros dos son para el hombre enfermo: Diagnóstico y Trata-



Ceremonia de Entrega del Doctorado Honoris Causa del IUCS al Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo en Aula Magna de nuestra universidad.

miento, y Rehabilitación (física, psíquica y social). En la Prevención destacamos la producción de vacunas, el evitar la cama solar, usar el cinturón de seguridad, eliminar el tabaco, y otros. Desde la AMA estamos tratando de imponer el concepto de que los Derechos Humanos también deben estar implícitos cuando uno habla de Prevención. Para que un hombre sano no se enferme debe estar alimentado, tener agua potable, controlar las excretas, tener trabajo, una vivienda digna, educación, seguridad, y otros. La Argentina tuvo grandes sanitaristas. El que más repercutió en el período analizado por lo hecho fue el santiagueño Ramón Carrillo, Ministro de Salud durante el período 1947-1952. Era discípulo dilecto de un ex-Presidente de la AMA, José Arce, quien lo mandó a Europa a perfeccionarse en Neurocirugía; a su regreso por su brillantez y por su gran inclinación por lo social fue convocado por el gobierno nacional. Otro que también se comprometió con lo sanitario fue el neumonólogo

Horacio Rodríguez Castells. Como hecho curioso recordemos que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ya había sido creada en 1903.

Un episodio desafortunado como fue la Guerra de Vietnam (1967-1971) impone conceptos sanitarios hoy englobados en la Emergentología. Se plantea el enfoque diagnóstico terapéutico en el lugar del hecho, la realización de maniobras invasivas menores pero de salvataje para el equilibrio aerohemodinámico durante el traslado, sea por ambulancia en tierra o en helicópteros por aire, hacia los centros hospitalarios. En lo civil en nuestro país se crean los Hospitales Regionales con sus Centros de Salud periféricos. En ese período se comienza a prestar más atención a los extremos de la vida. Osvaldo Fustinioni impulsó la Gerontología; se crea el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) para los mayores y discapacitados. En el otro extremo se desarrolla la Neonatología, de la cual mencionamos a A.

Larguía en la Maternidad Sardá y otros centros.

Dentro de los **aspectos educativos** de postgrado resaltamos las múltiples actividades realizadas por la AMA, desde su fundación a la fecha; las que posibilitaron la formación de muchos profesionales en sus clásicos salones. La mayoría de las Sociedades Científicas, hoy consideradas mayores, fueron creadas por nuestra Institución, en la cual dieron sus primeros pasos. Nos parece importante haber podido mantener hasta la fecha la edición de la Revista AMA creada en 1892. Entre sus Directores destacamos al que fuera el primero, Leopoldo Montes de Oca, a Bernardo Houssay, y al actual Alfredo Buzzi. Otro de sus hitos históricos en lo educativo fue la creación del **Comité de Educación Médica de la AMA** en 1959, que presidió Juan C. Ottolenghi. Entre sus miembros recordamos a Florencio Escardó, Eduardo Braun Menéndez, Bernardo Houssay, Egidio Mazzei, Juan Martín Allende, Tiburcio Padilla y al joven Vicente Gutiérrez. Este Comité aprueba en nuestra Institución en 1961 un cambio metodológico en la formación de los médicos, imponiendo las **Residencias Médicas**. El primer Sub-Comité lo integraron Mario Brea, Jorge Manrique, Guillermo di Paola, Armando Mendizábal, Carlos Gianantonio, Jorge Firmat y Ezequiel Holmberg. Luego de una breve oposición de los médicos gremialistas municipales, que los jóvenes no entendíamos, terminaron imponiéndose en todo el país tanto para la enseñanza en los hospitales públicos como en los privados.¹³

En 1987 el Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía, don Eduardo Schieppatti, nos encarga iniciar la Recertifi-

cación Profesional para garantizar a la población el nivel de sus socios. En esa primera convocatoria recertificamos a 980 cirujanos. Esta experiencia nos permitió trasladarla a la AMA en 1994 para todas las especialidades. Para ello creamos el **Comité de Recertificación de la AMA (CRAMA)**, al que se han inscripto 19.500 médicos; no aprobaron la evaluación el 20%. En ambos emprendimientos nos acompañó Miguel Galmés.¹¹ En 1975 L. Bashshur comunica 15 proyectos de **Telemedicina** iniciados en 1960 por la necesidad de la NASA (*National Aeronautics and Space Administration*) de brindar asistencia médica en proyectos espaciales. En 1996 la AMA aceptó entrar en la sociedad del conocimiento generada por la era digital. Para coordinar los proyectos creamos una figura especial, la **Educación Virtual AMA (EDUVIRAMA)**,¹¹ que la dirigen Jorge Renna y Ricardo Herrero. Actualmente dirigimos el Programa Latinoamericano de Educación Médica a Distancia (PLEMED) al que se nos han adherido varios países de la región: México, Brasil, Paraguay, Ecuador, Costa Rica y Colombia. Se edita en 2 idiomas (castellano-portugués); en distintas iniciativas ya participaron 3.500 expertos de todo el mundo.

Desde 2001 venimos proponiendo un nuevo **"Paradigma de la Educación"** con el cual queremos señalar la importancia de incluir en los programas curriculares universitarios los temas relacionados al **Ejercicio Profesional**¹⁵ que tanto nos afectan. Podríamos decir que en nuestro medio comenzó en la Navidad de 1991 con la aprobación de la Ley que unificaba el Código Civil y el Comercial.⁸ Para los médicos significaba la "inversión de la carga de la prueba" en

los juicios de Responsabilidad Legal (Mala Praxis). Por presión de la AMA y otras Organizaciones, el Presidente de la Nación vetó la Ley. A pedido de la Comisión Directiva de la AMA fue mi debut y una gran experiencia en estos temas. Sin embargo, igual se produjo la llamada **Industria de los juicios**; estamos en la era de las demandas judiciales. Movilizado por estos planteos en 1993 describimos el **Síndrome Clínico Judicial**^{9,16} luego del reciente suicidio del anestesiólogo cordobés Rubén Buteler, quien había ganado tanto el juicio penal como el civil. La noxa es la palabra oral o escrita. Comprende todas las respuestas psicofísicas y conductuales de un médico frente a una demanda, durante el juicio, ante la sentencia y luego del proceso judicial. Con o sin razón al final el médico siempre pierde. Estos hechos generaron a su vez lo que conocemos como la medicina (o cirugía) defensiva o innecesaria.

Un hecho de gran significación para el país se produjo en el 2001 cuando la Corte Suprema de Justicia de la Nación nos pidió por una acordada que la AMA Inscribiera y Registrara Anualmente a los Peritos Médicos para todos los Fueros Federales. Por otra acordada, en 2007, además les inscribimos a los Peritos Médicos que asesoran directamente a la Corte. Para este emprendimiento creamos el **Comité de Peritos Médicos**¹¹ que preside Hernán Gutiérrez Zaldivar. Otros de los problemas que afectan nuestras actividades son los distintos Sistemas de Atención, los honorarios profesionales y lo mediático, entre otros.^{4,11} Otro tema importante de recordar es cuando en 1992 el Gobierno Nacional publica el Decreto 150 sobre Genéricos que el país no producía. El Presidente de la



Imágenes de la Ceremonia de Entrega del Doctorado Honoris Causa del IUCS al Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo.

AMA, don Carlos Reussi, me pidió coordinar la toma de decisiones institucionales sobre ese tema. Junto a otras organizaciones nos opusimos. Como respuesta a esa oposición el Gobierno tomó dos decisiones; la primera fue vetar el Decreto, y la segunda crear la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), lo cual favoreció la investigación y se pudo empezar a ordenar el mercado farmacéutico. En lo **humanístico** un hecho trascendente fue la propuesta de la **Declaración de los Derechos Humanos** por la ONU en 1948 que coordinara Leonor Roosevelt, resaltando el concepto de igualdad, justicia y horizontalidad en las relaciones humanas. En medicina fue la terminación de la actitud verticalista, autoritaria y paternalista en la relación médico-paciente. Sin embargo, los grandes avances biotecnológicos también generaron grandes desvíos en lo moral. El Acta de Helsinki, de 1964, fue el instrumento ético necesario para regular la investigación en humanos. En la discusión entre lo que se puede hacer y lo que se debe hacer, Potter propone en 1970 recurrir a la **Ética** para lograr el equilibrio.²⁰ Nace la **Bioética** que en un inicio basó sus definiciones en cuatro principios básicos por lo que se la conoce como la **Bioética Principalista**.^{3,18} Para satisfacer las cada vez más visibles diferencias sociales en 1998, Alastair

Campbell en Japón, propone la **Bioética Crítica o Profunda** respetando la biodiversidad y pensando en los más débiles y en los más pobres, acercándose a los dogmas de las grandes religiones.⁵ Surgen los conceptos de calidad de vida y de vida digna, evitar el encarnizamiento terapéutico y otros. Se crean unidades de Cuidados Paliativos para controlar los síntomas terminales. Por el nivel de los dilemas y conflictos que se presentan a diario, se hizo necesaria la aparición de los Comités de Asesoramiento Ético Hospitalarios. Deseo destacar que la AMA consiguió jerarquizar estos conceptos y acuñar el concepto de Equipo de Salud. Para festejar sus primeros 110 años en el 2001, luego de varios años de trabajo, editó un **Código de Ética Para Todo el Equipo de Salud**¹⁰ que contiene 610 artículos. Participaron 90 profesionales de las distintas ramas del pensamiento. Lo coordinamos con Horacio Dolcini y Jorge Yánsenson. Rápidamente nos dio grandes satisfacciones. La Justicia se apoyó en él para dar sentencias; varias universidades lo utilizan como material didáctico; y ya está traducido a nueve idiomas (griego, inglés, francés, portugués, ruso, árabe, hebreo, italiano y japonés). En el Prólogo del mismo propusimos el mensaje de que "**La Salud es Responsabilidad de Todos**" y, planteamos la "**Cascada de Responsabilidades en Sa-**

lud".¹⁴ Como referencia histórica señalamos que el primer Código fue dictado por el Rey Hammurabi hace 3.700 años.³ Sras, Sres, si bien hemos hecho un repaso de algunos de los avances ocurridos en estos 75 años, han quedado en el tintero muchísimas referencias. Hoy estamos en la era de la **nanotecnología**, de la biotecnología, de la informática, de la formación de redes, y otros avances. Sin palabras. Me ha parecido oportuno para cerrar la exposición pasar revista también a los grandes fracasos de la humanidad en el cuidado de la salud porque aún hay mucho que hacer y debemos hacerlo entre todos. Algunas situaciones son generadas por la misma naturaleza: catástrofes como los terremotos, los tsunamis, las sequías, las inundaciones y los huracanes. Pero otros dependen de las actitudes del hombre como los accidentes de tránsito y los laborales, la alteración del medio ambiente con la deforestación, los cambios ecológicos, las represas, la contaminación industrial de aguas y aire por las fábricas, etc. No escapan a estos considerandos las guerras, los holocaustos, los genocidios, y otros. Actualmente dedicamos mucho tiempo a las denominadas Enfermedades Prevalentes y Emergentes, generadas por lo que nosotros llamamos "**Enfermedades de la Vergüenza**", con las necesidades básicas insatisfechas (NBI).



Imágenes de la Ceremonia de Entrega del Doctorado Honoris Causa del IUCS al Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo.

Engloban a un grupo de afecciones muy relacionadas a lo social que están latentes y que periódicamente recrudecen por haber fallado los mecanismos de prevención y control del Estado y/o de la comunidad, o porque no se pueden eliminar. Son la expresión la mayoría de las veces del fracaso del ser humano. Siguen generando los mayores índices de mortalidad y morbilidad.

Dentro de ellas resaltamos la denominada por los sanitaristas "enfermedades de la pobreza", entrando además en este grupo, las generadas por la corrupción, la inseguridad, la violencia familiar, el abuso infantil, la pedofilia, y otras. No podemos dejar de mencionar otras enfermedades sociales producidas por agentes tóxicos como el alcohol, las drogas de origen natural (cocaína, marihuana, heroína y paco) y también por drogas de origen sintético (éxtasis, anfetaminas, GHB, efedrina). En todas las ciudades del país todos los sábados se reúnen jóvenes. Sólo en San Miguel en la calle del Tribulato, conocida como la "calle del descontrol", son más de treinta mil. Y Uds saben lo que ocurre. Si bien es increíble lo logrado, aparecen nuevos desafíos de Salud Pública tales como el Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS), la gripe aviaria, la porcina, las radiaciones, y es de creer con firmeza que de aquí a cincuenta años estas cargas para la huma-

nidad sean sólo parte de las crónicas de la historia, pero es seguro que en ese tiempo se tendrán que enfrentar nuevos desafíos.¹⁴ Como un corolario final deseo transmitirles lo que aprendí a fuego en mis primeros años y que deseo dejarlo como un mensaje de muy alta significación para los que nos dedicamos a esta profesión: "La misión del médico es en primer lugar **tratar de curar**; si no lo puede conseguir, debe **pretender paliar**; y si no se puede, entonces debe **acompañar al buen morir a sus enfermos** respetando sus valores éticomorales, culturales y religiosos". Como así también que todo lo que hagamos debemos hacerlo con amor, simplemente con amor. Muchas Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barquinero J; Pellicer M; Pétriz J: "Aplicaciones terapéuticas de las células madres". *Med Clin (Barc)* 2005; 124(13):504-511.
2. Buzzi A: "Dictionary of medical Quotations with Biographies of Authors". 2006. Sapiens Publishing Company. England.
3. Cataldi Amitrain RM: "Manual de Ética Médica". 2003. Ed Univ Buenos Aires.
4. Garay O: "Los derechos de los profesionales del Equipo de Salud". *Rev Asoc Méd Argent* 2005;118(2):4-21.
5. Garrafa Voluei: "De una Bioética de principios a una Bioética interventiva, crítica y socialmente comprometida". *Rev Argent Cir Cardiov* 2005; III: 2.
6. Hurtado Hoyo E: "El Bloqueo Peridural Continuo Cervical". *La Prens Med Argent*

1962;49,46:2392-2395.

7. Hurtado Hoyo E: "Toracotomías Axilares". Edit Sánchez Teruelo. Bs As; 1984. 170p.
8. Hurtado Hoyo E: "Acto Público Solemne". *Rev Asoc Méd Argent* 1992.105;XIV.
9. Hurtado Hoyo E: "Responsabilidad Legal del Jefe del Equipo Quirúrgico". *Rev Asoc Méd Argent* 1994;107: 25-27.
10. Hurtado Hoyo E; Dolcini H; Yansenson J y col: "Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina". Ed Prens Med Argent, 2001.
11. Hurtado Hoyo E: "Programa de Recertificación de la AMA". Editorial *Rev Asoc Méd Argent* 2002;114(3):3-5.
12. Hurtado Hoyo E: "Peritos Médicos". *Ed Rev Asoc Méd Argent* 2002;115(2):3-5.
13. Hurtado Hoyo E: "La Asociación Médica Argentina del ayer al mañana". *Rev Asoc Méd Argent* 2004;117(1):7-16.
14. Hurtado Hoyo E: "Ética y Realidad en Salud". *Rev Asoc Méd Argent* 2004;117(3):23-32.
15. Hurtado Hoyo E; Galmés M: "Colegio Médico". *Ed. Rev Asoc Méd Argent* 2006;119(4):8-16.
16. Hurtado Hoyo E; Gutiérrez Zaldivar H; Iraola N; Rodríguez de Salvi AL: "El Síndrome Clínico Judicial". *Rev Asoc Méd Argent* 2006;119:3-6.
17. Hurtado Hoyo E: "Domingo Liotta". *Rev Asoc Méd Argent* 2008;126(1):3-6.
18. Mainetti JA: "Bioética y genómica". *Acta Bioética*. 2003;1-39.
19. Martínez Caro D: "Los últimos 50 años. Historia, presente y futuro de la Medicina". 2005.
20. Potter VR: "Bioethics the science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine". 1970;14:127- 153. New York EEUU.
21. Serrano A: "Historia de la cirugía laparoscópica". 2005.

Información referente a los comentarios Bibliográficos de obras actualizadas en ciencias de la Salud y que se encuentran disponibles para consulta en las Bibliotecas del Instituto Universitario.

SEMIOLÓGIA MÉDICA, 3ª ED.

Medicina Interna y General

Gastón Chamorro, Alejandro Goic G., Humberto Reyes



Descripción:

Tercera edición de este libro que se ha difundido ampliamente en las escuelas de medicina latinoamericanas gracias a su inserción en el Programa de Textos de la Organización Panamericana de la Salud. Esta edición conserva el carácter semiológico y clínico que inspiró a este libro, así como su estructura general, pero se revisaron todos sus capítulos con el fin de actualizarlos al ritmo del avance en los conocimientos médicos y de la sorprendente tecnología de uso habitual en clínica. Con 37 capítulos renovados, 2 apéndices y la incorporación de 39 láminas a color y numerosas figuras y tablas se ha perfeccionado la presentación gráfica de esta obra, que pretende convertirse, una vez más, en el texto que todo estudiante de medicina debe poseer en su biblioteca.

MICROBIOLOGÍA MÉDICA + STUDENT CONSULT 6ª ed. © 2009

Murray, P.R. / Rosenthal, K.S / Pfaller, M.A.; 960 págs.; Rústica 21,5 x 27,5 cm
Figuras: ISBN13: 978848086465-7

Editado por: ELSEVIER

Nueva edición de la obra de referencia

y best seller en la especialidad que una vez más presenta la microbiología de una forma sucinta y de fácil lectura.

Explica cómo los microorganismos

causan las diferentes enfermedades en los seres humanos y hace una revisión exhaustiva de las nuevas vacunas y antibióticos disponibles en la actualidad para las enfermedades emergentes. Cubre todos los aspectos de la respuesta inmune, diagnóstico de laboratorio, bacteriología, virología, micología y parasitología. Correlaciona las ciencias básicas con la práctica clínica gracias a la incorporación de preguntas de revisión al final de cada capítulo.

Esta nueva edición incorpora el recurso online Student Consult.



NOTICIAS DE BIBLIOTECA

A través del sitio web de la Biblioteca del IUCS – Fundación H. A. Barceló; se puede acceder a la base de datos EBSCO que permite el acceso a las siguientes bases de datos full text:

MEDLINE with Full Text: Es la fuente más completa de publicaciones médicas, y proporciona el texto completo de más de 1.450 publicaciones indexadas en MEDLINE.

Entre ellas, más de 1.430 cuentan con indexación de portada a portada en MEDLINE y, de esas, 553 no se encuentran en texto completo en ninguna versión de Academic Search, Health Source o Biomedical Reference Collection.

MedicLatina: Es una colección única de revistas especializadas en la investi-

gación médica, obra de reconocidas editoriales médicas Latinoamérica y España. Esta base de datos en español contiene texto completo de alrededor de 130 publicaciones especializadas en medicina arbitradas en español nativo.

Food Science Source: Base de datos con textos completos diseñada para cubrir las necesidades de información de la industria alimenticia en todos sus niveles. Los usuarios tienen acceso a una amplia gama de información. Esta colección ofrece textos completos sin precedentes de información sobre muchas áreas tales como ciencias alimenticias, servicio alimenticio, procesamiento, empaque, envíos, etc. Ofrece de más de 1.300 títulos de texto completo. Provee además referencias citadas con posibilidad de búsqueda.

Para acceder al servicio:

1. Acceder al sitio web de la Universidad: www.barcelo.edu.ar
2. Hacer Click sobre el Icono “Biblioteca Online” en el extremo inferior de la home page.
3. En la página de la Biblioteca, hacer clic sobre el link que se encuentra al final de la misma: <http://search.ebscohost.com>
*Solicitar el Usuario y password de acceso en cualquiera de las Bibliotecas del Instituto Universitario en el sector de referencia.

Biblioteca 2.0

Los invitamos a visitar el nuevo Weblog de la Biblioteca:

<http://bibliotecafb.blogspot.com/>, podrán consultar: libros y revistas. Links a blogs y sitios web de salud. Bases de datos de publicaciones científicas. Investigaciones de docentes y becarios del Instituto Universitario. Permite, la participación a través de comentarios y sugerencias.



Detalle de tapa de la antología *Excesos del cuerpo. Ficciones de contagio y enfermedad en América Latina*. Guerrero, Javier, Bouzaglo, Nathalie (comp). Buenos Aires, Eterna Cadencia, 2009, pp. 205-214.

Una patobiografía con vuelo literario

por Elisa Schürmann

A continuación, presentamos el relato del escritor puertorriqueño Edgardo Rodríguez Juliá (1946-) “Tu bata blanca, el pastillero mío, ambos trofeos”, que reconstruye, en boca de su protagonista, una historia clínica teñida de subjetividades y de referencias culturales, al tiempo que denuncia la medicalización de la sociedad con ironía y apelando al sentido del humor.

Si bien el narrador elabora un discurso lineal que respeta la cronología de sus dolencias, se permite interrumpir la frialdad de una enumeración patológica con trazos nostálgicos de hechos personales, familiares y sociales. Las observaciones del paciente ponen en evidencia una visión ambigua de los tratamientos médicos, colocados a medio camino “entre la curación y la tortura”, y teñidos de fobias infantiles o ancestrales.

El cuento, incluido en la antología *Excesos del cuerpo. Ficciones de contagio y enfermedad en América Latina* (Eterna Cadencia, 2009), invita a reflexionar sobre la evolución de las prácticas terapéuticas y su influencia en el estilo de vida, mientras cuestiona el uso irracional de medicamentos y señala las mutaciones que atravesó la figura del médico en las últimas décadas.

Tu bata blanca, el pastillero mío, ambos trofeos*

Por Edgardo Rodríguez Juliá

Hacia 1955, a los nueve años, tuve las primeras intuiciones de mi propia mortalidad. Era el año del descubrimiento de la vacuna Salk, que recibí ese mismo año en un balcón del centro de vacunación que todavía recuerdo y aún existe, ocasión que me alivió de aquellas oscuras aprensiones –posiblemente sentidas desde el año 1954– respecto de las consecuencias más truculentas de la poliomielitis: niños paralizados o con abrazaderas y tensores en las piernas, terribles pulmones artificiales de hierro, indecisos entre la configuración de una bomba atómica y los MRI cerrados de hoy, también las explicaciones de los adultos sobre la enfermedad del presidente Roosevelt, fallecido hacía ya diez años. Mientras tanto, en los bajos de mi casa de Aguas Buenas padecía, cada vez que bajaba a jugar, aquellas largas filas de pacientes de la Unidad de Salud Pública de mi pueblo, identificando muchos de aquellos cuerpos desnutridos y descalzos con la resonante enfermedad de mi abuela materna, la llamada *anemia perniciosa*. Este cruce de la Salud Pública y la propia mortalidad estaba matizado por un miedo, ya muy idiosincrático y particular, por los instrumentos médicos de la época. Solo el estetoscopio ha sobrevivido de las herramientas de aquel maletín médico tantas veces temido, justo cuando mandaban a buscar al doctor, que era nuestro ve-

cino, para atender mis ataques de asma. Aquellos instrumentos eran variantes todas del acero inoxidable y ante mis ojos brillaban con esa pulcritud del instrumento indeciso entre la curación y la tortura. Estos pequeños detalles no abonan a una imagen de hipocondría sino al reconocimiento de que la mecánica del cuerpo bien merece herramientas algo salvajes.

Mi adolescencia, que transcurrió entre una urbanización de la 65 de Infantería y el Colegio San José, irresoluta entre la ambición de ser médico y la aspiración de las letras, mereció un remedio para el asma. Fue aquel atomizador-inhalador cuyo uso, a manera de bombazo a los pulmones, siempre me hacía saltar el corazón. Aún hoy recuerdo los sitios donde lo usé de emergencia en aquel amplio y hermoso patio interior diseñado por el arquitecto Carmoega. Para mis trece años aquel inhalador era un instrumento *light y high tech*; era de plástico y liviano, portátil y secreto, todo lo contrario de los instrumentos médicos que tanto me asustaron en la infancia. A los doce años descubrí mi miopía irredenta, justo el día en que el papa Pío XII murió de hipo.

El asma fue para mí un lujo clasemediano. Era un padecimiento algo histérico que entraba en crisis –irremediablemente– hacia el 9 de octubre, la fecha de mi nacimiento. Era como un de-

cadente lujo que me emparentaría eventualmente con dos de mis héroes literarios, Marcel Proust y José Lezama Lima. Aquel regodeo más neurasténico que alérgico se disipó, curiosamente, cuando cumplí trece años; llegué a la pubertad y mis aspiraciones serían de otra índole. También a los trece años comencé otra indagación de los pulmones, el otro vicio solitario, el de fumar. Era curiosidad que me hacía hombre y me distanciaba radical y algo sofisticadamente de las lombrices que tuve en la infancia –como todos los niños puertorriqueños de aquel entonces criados cerca de la ruralía–, pero también me alejaba de la terrible tuberculosis que aquejó a mi tía, y que era como una vergüenza familiar, y la oncofobia de mi madre ya entonces menopáusica. El feo hábito de fumar sería como una aspiración de libertad de mis pulmones, una sustitución de la ansiedad infantil con ese aliento que también reside en el pecho, y que se llama interioridad, o contemplación. Es curioso; es un vicio onanista que compartía con tantos otros adolescentes y, a la vez, como una loca ilusión de perfecta independencia respecto de lo que me rodeaba. Mi enfermedad era la de ese invento de los cincuenta y sesenta, la del *teenager* sin causa. Así llegué a mi primera juventud y descubrí que mi espalda tenía un defecto congénito llamado *espondilolistesis*, es decir, un área sacro-lumbar más esponjosa de cartílagos que estructurada por huesos desarrollados. Tuve mi primer médico terrible, quien me aconsejó que durmiera en un butacón el resto de mis días para evitar los llamados “*midnight cries*” y me fajó con un arnés parecido –varillas, correas y todo lo demás– al de

*N.E: Agradecemos a Eterna Cadencia Editora el permiso de reproducción.

Frida Kahlo; ya de salida me aseguró que la natación sería buena para mi padecimiento. Dormí en sillón durante dos años y supongo que me perdí algo de la intimidad del recién casado, me coloqué el arnés aunque ya pronto lo descarté como impedimento para mi fallida afición por el idilio. Aprendí a nadar distancias –de nuevo una variante de mi aspiración asmática– y logré tregua con aquella condición que el ortopeda terrible me aseguró terminaría en silla de ruedas u operación complicadísima.

La guerra de Vietnam fue una gran enfermedad que evité convirtiéndome en profesor universitario y casándome.

Aunque mi ambición era superar con el deporte de la natación aquella dolencia crónica en la espalda, mi generación quiso curarse de la *tristeza de no ser santos* con la marihuana y la cocaína. Vivía asediado por una generación que no acababa de crecer y comenzó a vivir químicamente, a curarse con las llamadas “pepas” y el alcohol. Ya hacia mediados de la década siguiente, los ochenta, comencé a cultivar la vocación puertorriqueña por el *palo* y una sociabilidad diseñada para aplazar el momento de llegar a casa. A fines de los años ochenta, viendo un juego de la Serie Mundial, tuve mi primer ataque de presión alta. Durante la próxima década cultivé lo que había sembrado en los setenta y ochenta: padecía de hernia en el esófago, piedras en los riñones, tenía el hígado graso y las enzimas hepáticas disparadas, sufrí de repetidos ataques de gota, mi segundo médico terrible confundió la gota con una celulitis y me rellenó con antibióticos intravenosos. A un amigo mío, blanquito aficionado al



Frida Kahlo (1907-1954), “La columna rota” (autorretrato, 1944). Óleo sobre lienzo. Museo Fundación Dolores Olmedo Patiño, México DF.

slumming, le descubrieron el síndrome de insuficiencia inmunológica adquirida durante el examen médico para un tardío seguro de vida. Muchos de mis amigos juveniles estaban muertos, locos por el Ativan o el Xanax o camino a divorciarse. Dejé de fumar por segunda vez.

Había cumplido la travesía de muchos puertorriqueños de mi generación: criados en la abundancia, había poca serenidad en nosotros; por ejemplo, siempre envidié la aparente ecuanimidad de mi padre. Un poco había dañado mi salud, supongo, con las frituras y el palo, aunque, en realidad, mi padre murió del hígado y nunca bebió; siempre tuve, como herencia congénita de él, el ácido úrico –aun de joven– por las nubes. Ya hacia principios de los noventa comencé a sobrellevar ese consumo de pastillas –ya que no de pepas– que con algo de eufemismo y mucho de cinismo

se llaman de *mantenimiento*. Era como llegar a la verdadera madurez, y sin aviso. Volví a fumar y me divorcié.

La medicina, ya para ese entonces, había cambiado radicalmente. El fantasma de la medicación excesiva y el diagnóstico defectuoso comenzaba a sitiarme cada vez que me acercaba a un médico; además, la salud, ya que no solo el bienestar, se convertía en un bien de consumo. Por primera vez comencé a reconocer anuncios en la televisión y rótulos publicitarios en las carreteras anunciando desde medicamentos para el colesterol –al lado de los anuncios de Burger King y McDonald’s– hasta remedios para la disfunción eréctil. Viagra acaba de cumplir diez años y ya se la han prometido, también, a las mujeres con frigidez menopáusica. El sexo ya no es asunto de alcoba sino obsesión de la tele y la carretera. Mientras tanto, el *face lift* es el reverso *light* de la mastectomía que tanto temió mi madre cuarentona. Los grandes acentos de la medicina se desplazaban, también con el sida, hacia el sexo como riesgo para los jóvenes o promesa cumplida más allá de la madurez; la belleza como valor social descubriría a la vez, la obsesión con la próstata. Aquel amplio mundo de los *remedios*, ya fueran caseros o manufacturados, la medicina *light* de cuando yo era niño –desde la emulsión de Scott hasta el ungüento Vicks–, era ocupado por las grandes farmacéuticas. Del linimento Ben Gay y la manteca de ubre pasamos al cielo de Cialis; la bañera de mi infancia se convertía en la promesa de una vejez promiscua. La oncofobia de mi madre como obsesión hipocondríaca ha sido sustituida por el temido Alzheimer. Me crié con mis abuelos; hoy



El sistema quirúrgico Da Vinci, creado por la firma californiana Intuitive Surgical, consta de brazos robóticos diseñados para la ejecución de cirugías mínimamente invasivas.

en día estos estarían en un “home”. Mientras tanto, los doctores de mi infancia comenzaban a ser llamados con el dudoso y despreciativo diminutivo de *mediquitos*. Estos colgaban la grave bata blanca –solo el secretario de Salud Rullán la resucitaría para despejar dudas sobre su función curativa– y se colocaron el estetoscopio por el cuello. El médico perdía su autoridad y se volvía alguien a mitad de camino entre la publicidad y la ciencia.

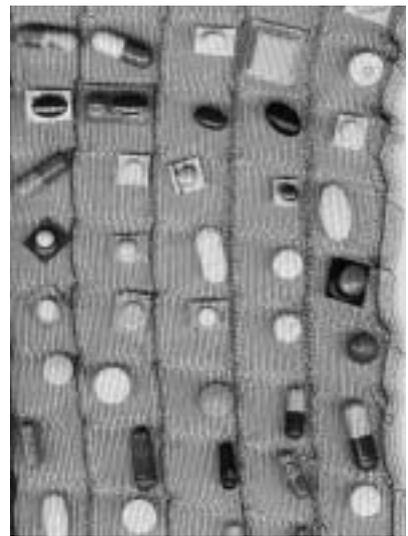
De la imagen “*wholesome*”, de integridad y responsabilidad, del Dr. Kildare a la brega del neurasténico, brillante, misántropo y peperero House, quien se niega a usar la bata blanca.

El ojo clínico del médico con los instrumentos de acero reluciente -ibien que me impresionaba el martillito para reconocer los reflejos de las rodillas!- había sido sustituido por la electrónica y la cibernética. Diagnosticar es conocer el cuerpo y también la máquina. Entonces, los médicos tocarían cada vez menos a los pacientes. Comenzaban a

recorrer, lo mismo que el *fast food*, el camino de la medicina casi instantánea. La era del *drive in* también se impondría en el trato de los médicos, aunque estos no mejorasen la letra con que siempre recetaron. Ya olvidé cuántas veces he dejado y he vuelto a fumar. Vivimos tiempos marcados por la prisa y aseidos por la ansiedad.

En el British Museum hay una instalación de los artistas Susie Freeman, David Critchley y Liz Lee. Se trata de un magnífico tapiz tendido, de trece metros de tela negra, es decir, treinta y nueve pies, tejido con los catorce mil distintos medicamentos –o sea, cápsulas, tabletas y pastillas– que los ingleses usan a lo largo de sus vidas. Se estima que los cuatro hombres y las cuatro mujeres, cuyas vidas han sido reseñadas en la instalación, han ingerido alrededor de cuarenta mil pastillas. La instalación, que se titula *Cradle to Grave*, tiene, además, fotos del álbum familiar de los pacientes. Me impresionó uno de los ingleses, que ha tenido un historial clínico

co parecido al mío, que va desde el asma hasta la presión alta. Murió a los setenta y siete años de un derrame cerebral; en los últimos diez años de su vida tomó tantas pastillas como en sus primeros sesenta y seis años. Sin duda este aumento se debe a algo más que la vejez; en la última etapa de su vida le tocó el aumento vertiginoso en la producción, uso y abuso de los medicamentos.



Detalle de “Cradle to Grave”, instalación del colectivo Pharmacopoeia, British Museum, 2003.

Tomo seis pastillas diarias y me sospecho que algunas son innecesarias. Con los años me he vuelto obediente. En la instalación había un cenicero lleno de colillas que me impresionó. El niño asmático que fue aquel inglés también fue fumador compulsivo. Como a mí, la muerte siempre le rondó por los pectorales. Pero, como todo ser humano nacido del amor o al menos del deseo, no sé de qué moriré; el hígado y la presión alta son buenos candidatos, o, a lo peor, quizás, víctima de algún susto o disgusto familiar.

FOTO-HOMENAJE



Cover de un boletín de **Comunidad Barceló** editado hasta el año 2009 por Silvina Tognacca y col.

El staff de **Comunidad Barceló** estuvo integrado por:
 Ana Elisa Schürmann
 Celeste Castro García
 Eduardo Merlo
 Ernesto Schmidt
 Eva Umer
 María Cecilia Contarino
 Rocío Cabaleiro
 Silvina Tognacca
 Manuela Calvo
 Verónica Bayo
 Yesica Segreto
 Diseño de tapa e interiores:
 Guido Breglia

Las actividades son gratuitas y requieren previa inscripción a través de:

admission@barcelo.edu.ar
informesba@barcelo.edu.ar

UNIART: 1º Feria Universitaria de arte, diseño, turismo cultural y artesanías.

En conmemoración del Bicentenario de la Revolución de Mayo, la Fundación H. A. Barceló participó en **UNIART**, Primera Feria Universitaria de Arte, Diseño, Turismo Cultural y Artesanías, organizada por la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación.

La Feria, realizada entre el 27 de agosto y el 24 de septiembre de 2010 en la Ciudad de Buenos Aires, convocó a las Secretarías de Extensión Universitaria de todo el país y reunió a más de cincuenta Instituciones públicas y privadas, que presentaron atractivas producciones enmarcadas en las artes plásticas y escénicas, la fotografía, el diseño en sus diversas vertientes y la artesanía. La propuesta de la Fundación H. A. Barceló incluyó dos espectáculos: un concierto folclórico del grupo Alumbre y la obra coreográfica “Génesis del Chamamé”, ambos de Santo Tomé, Corrientes. Las muestras tuvieron lugar el martes 31 de agosto en la Sala Williams del Centro Nacional de la Música. El evento contó con la presencia del Ago. Eduardo H. Merlo, Prosecretario de Cultura y Bienestar Estudiantil del IUCS – Sede Santo Tomé, como delegado del grupo, y el saludo final fue presidido por el Dr. Rubén Amoia, Secretario de Cultura y Bienestar Universitario del IUCS – Sede Buenos Aires, quien destacó el carisma de los intérpretes y la naturalidad de su actuación.

NOVEDADES INSTITUCIONALES

Ciclo de charlas abiertas a la comunidad. Octubre de 2010.

Éstas jornadas tienen por objetivo informar y educar a la comunidad sobre temas relacionados a al promoción y prevención de la salud.

Las conferencias del mes de octubre son: **12 de octubre** a las 18.30 hs en el Aula Magna de Av. Las Heras 2191 disertará el Dr Gerardo Laube sobre “Emergencias Epidemiológicas”.

21 de octubre la Lic. Norma Guezikaraian y colaboradores realizarán una Jornada de Nutrición en el Aula Magna de Larrea 764.

La inscripción a las charlas es gratuita, para mayor información comunicarse a: informesba@barcelo.edu.ar
admission@barcelo.edu.ar

Charlas informativas de carreras de grado

A través de las charlas informativas en las distintas carreras se busca que el futuro profesional obtenga información sobre salida laboral, ámbito de desarrollo profesional, acerca de las materias que conforman el plan de estudios y básicamente que sea una herramienta para la toma de decisión en la elección de la carrera

Medicina: Miércoles 20 de Octubre, Jueves 9 de Diciembre, 18 hs. en el Aula Magna de sede Larrea 764.

Kinesiología: Jueves 18 de Noviembre 17.30 hs. en el Aula Magna de sede Larrea 764.

Nutrición: Miércoles 17 de Noviembre 17.30 hs. en el Aula Magna de sede Larrea 764.

Psicología: Jueves 11 de Noviembre 17.30 hs. en el Aula Magna de sede Larrea 764



Podés ir al jardín de tu casa, agarrar la portátil y buscar trabajo.
Pero vestite bien. Ponete la corbata y estate preparado.
Las entrevistas llegan rápido.

uni>ersia EMPLEO
<http://empleos.universia.com.ar/>

Comunidad Universitaria Laboral formada por más de 35 Universidades

Trayectoria con calidad académica, futuro con excelencia profesional



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

■ POSGRADOS

Especialización en Medicina Legal	2 años	Resol. Minist. 369/96 Acred. CONEAU: 761/09
Especialización en Nutrición	2 años	Resol. Minist. 1948/94 Acred. CONEAU: 618/08
Maestría en Gerontología Clínica	2 años	Acred. CONEAU: 213/09
Maestría en Neuropsico-farmacología Clínica	2 años	Resol. Minist. 2119/97, Min. de Cultura y Educación, Acred. CONEAU: 584/09
Especialización en Administración de Servicios de Salud	2 años	Resol. Minist. 365/95
Doctorado en Ciencias de la Salud	2 años	Resol. Minist. 6898/06
Diplomatura en Calidad de Servicios de Salud	6 meses	



WWW.BARCELO.EDU.AR

BUENOS AIRES

Av. Las Heras 2191 - Tel / Fax 4800 0200 - Informesba@barcelo.edu.ar

FUNDACION H. A. BARCELO - FACULTAD DE MEDICINA

I.O.L. N°: 000385