



# Revista de la Asociación Médica Argentina

## EDITORIAL

**Estimados socios**

*Dr Miguel A Galmés*

## NOTICIA SOCIETARIA

**Distinción al Profesor Dr Elías Hurtado Hoyo:**

**Miembro Asociado Extranjero de la Academia  
Nacional de Medicina de Francia**

*Dr Alfredo Buzzzi*

## NOTICIA SOCIETARIA

**14° Acto de Homenaje a la  
Escuela Quirúrgica Finochietto**

**Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al  
Dr Rodolfo Troiano**

## ARTÍCULO ORIGINAL

**Mastopatía diabética: una entidad infrecuente  
a diferenciar**

*Dres Arturo M Gorodner, Ofelia Zibelman,  
Roxana Lenkovich, Lucía Borda*

## ACTUALIZACIÓN

**Reconstrucción mamaria post-mastectomía:  
contribución de cirujanos plásticos argentinos**

*Dres José Héctor Soria, Eduardo Javier Sosa,  
Ricardo Jorge Losardo*

## EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA

**Modernidad, ciencia y medicina**

*Dr Horacio A Dolcini*

## EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA

**Ética en salud, ¿esencial?**

*Lics Amanda N Rubilar, María Teresa Rossi*



VOLUMEN 128

**2/2015**

JUNIO DE 2015

# HOMENAJE AL DR JOSÉ MARÍA PENNA

## ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



Fue el primer Presidente de la Asociación Médica Argentina, el Doctor Emilio Coni, quien escribió en la Semana Médica de abril de 1919, una semblanza del Doctor José Penna, a cuyo monumento se dedica la tapa de

este número, al mes de su muerte. Lo calificaba allí de “El primer epidemiólogo de la América Latina, el insigne clínica.”

El Doctor José Penna nació el 7 de abril de 1855 en Buenos Aires, cursó el Bachillerato en el Colegio Nacional Buenos Aires, e ingresó en 1873 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, doctorándose en 1879.

Hombre acostumbrado al trabajo duro, durante su paso por el Nacional Buenos Aires trabajó en una herrería, comenzó su carrera de médico en Cañuelas, por ese entonces un poblado en los límites de La Pampa indígena.

Desde 1882 fue sucesivamente Subdirector y Director de la entonces Casa de Aislamiento -hoy Hospital Muñiz-, que él ayudó a fundar, comenzando un trabajo de epidemiólogo que no abandonó jamás; en consonancia con ello se hizo cargo en 1890 de la cátedra de Clínica de Enfermedades Infecciosas.

Más tarde fue Director General de la Asistencia Pública y Administración Sanitaria y del Departamento General de Higiene.

Logros inmediatos de su tarea fueron la implantación de la incineración cadavérica, tomó

medidas referentes a la higiene de los alimentos, especialmente los productos lácteos, participó activamente durante las epidemias de cólera de 1886-1887 en Buenos Aires, y la creación de dispensarios para lactantes e institutos de puericultura que mejoraron notablemente los índices de mortalidad infantil. A nivel nacional creó servicios de asistencia pública en los que eran enton-



ces los territorios nacionales, realizó una activa campaña antipalúdica en todo el Norte argentino y por sobre todo fue su trabajo el que permitió anunciar al mundo que en la República Argentina se había erradicado la viruela.

En 1894 fue designado miembro de la Academia Nacional de Medicina. Su discurso de incorporación se tituló “El rol de las epidemias en la despoblación de América”.

Otros trabajos suyos mencionados usualmente son La cremación en América, La fiebre tifoidea en Buenos Aires, Las epidemias de viruela en la América Latina, trabajo que logró el Premio Municipal y le valió el nombramiento de miembro correspondiente en la Academia Imperial de Río de Janeiro.

El Doctor Emilio Coni, al despedir sus restos, predijo que la Casa de Aislamiento llevaría su nombre. No es así, pero en los terrenos del Hospital Muñiz se levanta la estatua de la portada, realizada por el escultor J Lettorina en 1931. Sus cenizas descansan en una Urna en el Crematorio del Cementerio de la Chacarita que él propuso crear.



**Lic Guillermo Couto**  
Secretario Administrativo

# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA 1891 - 2015

I.S.S.N. 0004-4830 - Fundada en agosto de 1891

Considerada de interés legislativo nacional - Resolución 17/05/2000

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfono: 5276-1040 y líneas rotativas / Fax: (54-11) 4811-1633

E-mail: info@ama-med.org.ar

Página web: <http://www.ama-med.org.ar>

Personería Jurídica N° C. 467 - 4 de agosto de 1914

Entidad exenta, reconocida por la AFIP, en virtud del art. 20, inc. f, de la Ley 20.628

Inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Bien Público. Resolución 536 N° 61842, 10 de abril de 1984

Premio A.P.T.A. - F. Antonio Rizzuto a la mejor revista médica, año 1968

## Presidente de Honor

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo (7390/5)

---

## COMISIÓN DIRECTIVA 2015 - 2019

### Presidente

Dr Miguel A Galmés (16619/1)

### Prosecretario

Dr Jorge Gorodner (9128/8)

### Vocales Titulares

Dra Nora Iraola (12435/5)

### Vicepresidente

Dr Miguel Falasco<sup>†</sup> (10179/6)

### Tesorero

Dr Vicente Gorrini (15732/4)

Dr Gustavo Piantoni (13208/5)

Dr Rodolfo Jorge Bado (14711)

### Secretario General

Dr Carlos A Mercau (33207/4)

### Secretario de Actas

Dr Roberto Reussi (12263/1)

### Vocales Suplentes

Dr Armando E Guglielminetti (7063/4)

Dr Miguel Ángel Falasco (30590)

---

**ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA:** Dr Tomás Andrés Cortés (11601) - Dr Eusebio Arturo Zabalúa (13710) - Dr Bernardo Yamaguchi (23340) - Dr Enrique Francisco E Labadie (6268) - Dr Abraham Lemberg (3498) - Dr Jorge Mercado (14146) - Dr Hugo Pablo Sprinsky (20953) - Dr Walter Adrián Desiderio (23227) - Dr Luis Hilarión Flores Sierra (25137) - Dra Analía Pedernera (14795) - Dr Alejandro Jesús Diz (16497) - Dr Néstor Carlos Spizzamiglio (16929) - Dra Rosa Álvarez de Quantín (11264) - Dr Carlos Mosca (15076) - Dr Héctor A Morra (15183) - Dr Luis Romero (11227)

---

## TRIBUNAL DE HONOR

### Miembros Titulares

Dr Eduardo Abbate (9314/1)

Dr Ángel Alonso (10896)

Dr Heraldo Nelson Donnewald (9043/3)

Dr Leonardo H Mc Lean (6885/4)

Dr Víctor Pérez (5314/4)

Dr Román Rostagno (9807/5)

### Miembros Suplentes

Dr Mario Bruno (12357/4)

Dr Germán Falke (31714/5)

Dr Horacio López (14518/5)

Dr Daniel López Rosetti (21392/59)

Dr Juan J Scali (27242/0)

Dra Lidia Valle (16932/3)

## TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

### Miembros Titulares

Dr Fabián Allegro (29815/5)

Dr Horacio A Dolcini (9951/5)

Dr Juan C García (36953/5)

Dra L Nora Iraola (12435/5)

Dr Miguel Vizakis (35379/9)

### Miembros Suplentes

Dr Leopoldo Acuña (43023)

Dra Raquel Inés Bianchi (44392)

Dr Jaime Bortz (33732)

Dr Alberto Lopreiato (15535/4)

Dr Pedro Mazza (7635/2)

### Asesor Letrado Honorario

Dr Hernán Gutiérrez Zaldívar (31864/5)

### Asesor Letrado Alterno

Dr Carlos do Pico Mai

### Relaciones Institucionales

Lic Fernando Portiglia Tade (42264)

### Administrador

Sr Guillermo E Couto

### Biblioteca

Dr Rodolfo Maino (9399-5)

---

Revista de la Asociación Médica Argentina - Volumen 128, número 2 de 2015. Editor responsable: Asociación Médica Argentina.

Director: Prof Dr Ángel Alonso. Domicilio legal: Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Dirección Nacional del Derecho de Autor: N° 294.953



# ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 128 - Nº 2 - JUNIO DE 2015

## SUMARIO

<b>EDITORIAL</b>	<b>Estimados socios</b> <i>Dr Miguel A Galmés</i>	<b>3</b>
<b>NOTICIA SOCIETARIA</b>	<b>Distinción al Profesor Dr Elías Hurtado Hoyo:</b> <b>Miembro Asociado Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Francia</b> <i>Dr Alfredo Buzzi</i>	<b>5</b>
	<b>14º Acto de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto</b> <b>Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al Dr Rodolfo Troiano</b>	<b>8</b>
<b>ARTÍCULO ORIGINAL</b>	<b>Mastopatía diabética: una entidad infrecuente a diferenciar</b> <i>Dres Arturo M Gorodner, Ofelia Zibelman, Roxana Lenkovich, Lucía Borda</i>	<b>15</b>
<b>ACTUALIZACIÓN</b>	<b>Reconstrucción mamaria post-mastectomía: contribución de cirujanos plásticos argentinos</b> <i>Dres José Héctor Soria, Eduardo Javier Sosa, Ricardo Jorge Losardo</i>	<b>19</b>
<b>EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA</b>	<b>Modernidad, ciencia y medicina</b> <i>Dr Horacio A Dolcini</i>	<b>29</b>
	<b>Ética en salud, ¿esencial?</b> <i>Lics Amanda N Rubilar, María Teresa Rossi</i>	<b>33</b>

## DIRECCIÓN EDITORIAL

**Director**  
Dr Ángel Alonso

**Subdirector**  
Dr Horacio López

**Secretarios Editoriales**  
Dr Daniel Carnelli  
Dra Betina Dwek  
Dr Miguel Ángel Falasco†

**Consejo Editorial**  
Dr Juan Álvarez Rodríguez  
Dr Rodolfo J Bado  
Dr Alfredo E Buzzi  
Dr Silvia Falasco  
Dr Carlos Mercau  
Dr Juan Carlos Nassif  
Dr Federico Pérgola  
Dr Néstor Spizzamiglio  
Dr León Turjanski  
Dr Lidia Valle

**Producción Gráfica**  
Raúl Groizard

**Corrector Literario**  
Dr Hernán Sassi

**Las fotografías fueron realizadas por el fotógrafo independiente Sr Enrique Mourgués**

# Estimados socios

El viernes 24 de abril del presente año se llevó a cabo la Asamblea anual de nuestra institución, este año con la particularidad de la coincidencia con la elecciones de las autoridades de la Honorable Comisión Directiva (HCD).

El estatuto de la AMA plantea una elección parcial de autoridades cada cuatro años en dos líneas, la línea del Presidente y la línea del Vicepresidente. Este año correspondió a la primera línea.

Tengo el placer de comunicarles que la lista única de unidad presentada por la HCD fue convalidada con los votos de los socios durante los comicios y que posteriormente fuera legitimado por unanimidad en dicha asamblea.

La Comisión Directiva electa quedó conformada de la siguiente manera: Presidente, Dr Miguel Galmés; Secretario General, Dr Carlos Mercou; Tesorero, Dr Vicente Gorrini; Secretario de Actas, Dr Roberto Reussi; Vocales Titulares, Dres Nora Iraola y Rodolfo Bado; Vocal Suplente, Dr Miguel Ángel Falasco. El Tribunal de Honor se conformó con los siguientes miembros Titulares: Dres Eduardo Abbate, Ángel Alonso, Heraldo Donnewald, Leonardo Mac Lean, Víctor Pérez y Ramón Rostagno; y como Miembros Suplentes los Dres Mario Bruno, Germán Falke, Horacio López, Daniel López Rossetti, Juan Scalli y Lidia Valle. En el Tribunal de Ética para la Salud (TEPLAS) asumieron como Miembros Titulares los Dres Nora Iraola, Juan C García, Horacio Dolcini, Fabián Alegre y Miguel Vizakis; como miembros Suplentes los Dres Pedro Mazza, Jaime Bortz, Raquel Bianchi y Leopoldo Acuña.

Se completa la HCD con los restantes Miembros de la HCD: Vicepresidente Miguel Falasco (+); Prosecretario, Jorge Gorodner; Vocal Titular, Dr Gustavo Piantoni; Vocal Suplente, Dr Armando Guglielminetti.

Es un honor haber sido elegido para conducir una Institución como la AMA, con una rica historia que data del año 1891 y en la que se desempeñaron 44 presidentes que representan la historia de la medicina argentina. Tan solo ver sus fotos en la sala de la Presidencia genera una sensación de inmerecida distinción y a su vez de una enorme responsabilidad.

Me toca suceder en el cargo al Dr Elías Hurtado Hoyo, que dirigió la Institución desde 1998 obteniendo junto a la HCD inmejorables resultados institucionales. Tengo el orgullo de ser uno de sus discipu-



los desde la Residencia de Cirugía Torácica en el Hospital Tornú en 1981. Años más tarde integré su equipo quirúrgico junto con el Dr Néstor Spizzamiglio, actividad asistencial que perdura en la actualidad. Ingresé en la AMA como socio en 1980, pero mi contacto con la HCD fue en 1995 como Secretario General del recientemente creado Comité de Rectificación de la AMA (CRAMA), pasando a ocupar la presidencia en 2002. En el año 2003 ingresé como vocal a la HCD desempeñándome como Secretario General interino en el año 2007 y como titular desde el

2011 hasta la fecha. Todos estos años acompañando a tan distinguido Presidente. Como discípulo quiero sumarme con sincero orgullo a las felicitaciones que recibí por su nombramiento como Miembro Asociado Extranjero de la Academia de Medicina de Francia, una muy merecida distinción. Durante esos años tuve también la posibilidad de compartir extensas conversaciones con el Vicepresidente Dr Miguel Falasco, hoy fallecido, que me permitieron enriquecerme como persona y en el manejo de la institución. Debo agradecer a ambos por todo su apoyo y enseñanzas.

Si bien han sido muchos y productivos los logros alcanzados en el último tiempo, tenemos por delante algunos objetivos que sin duda lograremos alcanzar con el esfuerzo y colaboración de todos los que componemos la institución. Está en vía de desarrollo un nuevo capítulo en la educación de posgrado que es el dictado de cursos semipresenciales, actual tendencia educativa en las más prestigiosas universidades.

Considero de suma importancia mantener, fortalecer y crear nuevos lazos con instituciones de prestigio por medio de convenios de colaboración, como lo es el Instituto Nacional del Cáncer con el cual ya tenemos un preacuerdo.

Deseo que con la ayuda y el empeño de todos los miembros de HCD junto al apoyo de todos los socios, logremos que este período, sea tan fructífero como los anteriores y con el desarrollo de nuevos proyectos sumemos años de crecimiento en armonía que fortalezcan nuestra AMA y beneficien a todos los médicos del país, socios y no socios.

En momentos de constante cambio social nos mantendremos alertas a las necesidades siempre

cambiantes de las instituciones para mantener a la AMA como lo que siempre fue, una institución de referencia en el quehacer médico.

Si los médicos pueden recibir una adecuada formación de grado y postgrado y desarrollarse y trabajar en ámbitos adecuados los pacientes recibirán una mejor atención y el país tendrá una mejor salud. Para ello es necesario que todas las instituciones universitarias y académicas sumen esfuerzos y que junto

con las organizaciones gremiales y entidades de ley, promuevan las condiciones necesarias para lograrlo.

Mantendremos una característica ya histórica de la AMA, es un lugar de puertas abiertas que recoge las inquietudes de todos sus asociados.

Muchas gracias.

**Dr Miguel A Galmés**  
*Presidente de la AMA*

# Distinción al Profesor Dr Elías Hurtado Hoyo:

## Miembro Asociado Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Francia



\* *Prof Consulto Cgía UBA; Doctor Honoris Causa Univ Nac Morón e Inst Univ H Barceló; Prof Hon Univ del Aconcagua.*

*Miembro de Acad Argent Cirugía; Cienc Méd Córdoba; Nac Medic Paraguay y Argent de Ética Médica. Presidente de la Asociación Médica Argentina.*

El Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, Presidente de la Asociación Médica Argentina, ha sido elegido *Membre Associé Étranger* de la *Académie Nationale de Médecine*, Fran-

cia, en su sesión del 31 de marzo de 2015, sumándose así a una corta lista de destacados cirujanos que también han sido acreedores de esta designación.

Esta distinción es un merecido reconocimiento a la trayectoria del Prof Dr Hurtado Hoyo, pero también implica un honor para toda la comunidad médica argentina y debe llenarnos de orgullo.

Elías Hurtado Hoyo nació en 1937 en Valencia, España, en plena Guerra Civil. En 1940 su familia se radicó en el Chaco, en la llamada "Pampa del Infierno".

Fue Practicante Mayor de los Hospitales Salaberry, Maternidad Sardá y Ramón Carrillo. Egresó de la Facultad de Medicina de la UBA en 1959 y se doctoró en 1960 con la tesis "Cáncer de Pulmón".

Toda su carrera asistencial la llevó adelante a través de concursos de oposición. Obtuvo varias Becas, entre ellas la Beca Interna del Ministerio de Educación para formación como Médico Residente en Cirugía General (3 años), la de Investigación de la Universidad de Buenos Aires y la Beca Externa del Instituto Español de Emigración. De 1971 a 1979 fue Jefe de Cirugía Torácica de la 4° Cátedra de Cirugía y Jefe de Guardia del Hospital Durand. Entre 1980 y 1981 fue Jefe de Unidad Cirugía en el Hospital Argerich. De 1981 a 1989 fue Jefe de División Cirugía Torácica y luego Jefe del Departamento de Cirugía en el Hospital Tornú, donde participó en forma acti-

va para su transformación en el Hospital General de Agudos. De 1990 al 2005 fue Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Durand. También actuó en el Ministerio de Obras Públicas como Jefe de Cirugía General y Torácica, cargo al que renunció en 1978.

Especializado en cirugía general, cirugía torácica y cirugía cardiovascular, se dedicó exclusivamente a la cirugía del tórax en las últimas cuatro décadas.

Su actividad docente lo llevó a ser Profesor Titular de Cirugía de la UBA (1994-2005) y de la Universidad Maimónides (1998-2002). Dirigió la Carrera de Especialistas en Cirugía Torácica dependiente de la UBA de 1987 al 2005, de la que egresaron más de 60 especialistas. Fue en varias oportunidades Tutor de Tesis de Doctorado y dirigió diversos Programas de Residencia, y de Becarios Nacionales y Extranjeros. Muchos de sus discípulos ocupan cargos de máxima jerarquía en centros universitarios y asistenciales del país y del exterior.

Sus mayores aportes a la medicina fueron el bloqueo peridural continuo cervical (1965), el abordaje torácico por vía axilar o TAVA (1973), la descripción del síndrome clínico judicial (1992), las investigaciones sobre los ganglios mediastinales en cáncer de pulmón (1992). Desde 1991 ha dado también un vigoroso impulso a la Cirugía Toracoscópica por Video.

En 1999 debió atender al ex-presidente Raúl Alfonsín, quien había sufrido un grave accidente automovilístico y ese mismo año estuvo a cargo de la intervención a la que fue sometido Fernando de la Rúa para resolver un neumotórax derecho a menos de un mes de su ascensión como presidente de la Nación; y debió operarlo otra vez en el 2014 por otro problema pulmonar. En su juventud, estando en Madrid como becario, le tocó participar del grupo que estaba tratando a Francisco Franco en el momento de su muerte.

Ha publicado 19 libros sobre su especialidad y 21 capítulos en libros de otros autores. Ha realizado 36 prólogos de libros de distintas especialidades. Ha dictado más de 300 conferencias en cursos y congresos nacionales y extranjeros.

En 2001 dirigió el “Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina”, junto con H Dolcini y J Yansenson, el cual ha sido invocado por la Justicia para dar sentencias. Este Código es utilizado como material didáctico en universidades públicas y privadas de medicina y abogacía. Fue traducido al griego, inglés, francés, portugués, ruso, árabe, italiano, hebreo, holandés, alemán, checo y chino mandarín. La provincia de Buenos Aires lo declaró de interés Legislativo y la de Entre Ríos incorporó dos de sus artículos a su reforma constitucional del año 2008. En el 2011 se presentó la segunda edición modificada y ampliada.

En el plano humanístico, editó en Madrid el libro titulado *El Hombre Eterno. Teoría del Ser* (1975), que presentó con una conferencia en el Ateneo Literario y Científico de Madrid. El libro fue re-editado en Buenos Aires en 2008.

Recibió la “Orden de San Pablo” otorgada por la Iglesia Ortodoxa Griega (2002) y el “Paul Harris” del Rotary Club Internacional (2004).

Entre otros cargos se desempeñó como Presidente del Colegio Argentino de Cirujanos (1987) de la Asociación Argentina de Cirugía, en la cual organizó la primera Recertificación del país. Presidió asimismo, entre otras, la Sociedad de Cirugía del Oeste (1985), la Sociedad Argentina de Tisiología y Neumonología (1986) y la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica y Cardiovascular (1990-1992), en la cual efectuó la Primera Encuesta Nacional de Cáncer de Pulmón.

Presidió varios congresos nacionales e internacionales, uno de oncología con el Prof Umberto Veronesi.

Como Director General de Atención de la Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1996-2001) dirigió los 33 hospitales públicos de la ciudad y sus Centros de Salud. En esta función destacamos la creación y puesta en marcha de las Redes de Atención de más de 30 especialidades.

Dentro de sus Premios señalamos, entre otras distinciones, el “José Penna” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1960), el de la Asociación Argentina de Cirugía (1984), el Nacional Cuatrienal a las Ciencias Médicas (1984-1988), el “Ovidio Bolo” (1989), el del *European School of Oncology* (1995), el de Maestro de los Andes de Chile (1995), el de la Hispanidad (1995 y 2003), el brasileño “Sobrafir” (1996), el de Maestro de la Medicina Argentina (1999), el “Andrés Santas” de la Asociación Argentina de Cirugía (2002), y el de Maestro de la Cirugía Torácica Argentina (2012). Por varios años ejerció la Vicepresidencia del *International College of Surgeons* y fue miembro de su Comité Editorial.

En 1998 fue designado Presidente de AMA, cargo en el que ha sido reelecto en 5 oportunidades. En su gestión modernizó la Institución remodelando todo el edificio. Amplió la capacidad del auditorio central y remozó el subsuelo, transformándose en el centro social. Asimismo, tecnificó al máximo la Institución, adecuándola a las épocas de la informática moder-

na. Amplió su territorio en más de 600 m<sup>2</sup>, comprando un local vecino y un departamento enfrente.

Le tocó participar en decisiones de trascendencia en varios temas relacionados con el Ejercicio Profesional, como la Unificación del Código Civil y Comercial que incluía la “inversión de la carga de la prueba” (diciembre 1991) y el relacionado con los Medicamentos Genéricos (febrero 1992). Gracias a estas iniciativas, el gobierno creó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos, y Tecnologías Médicas (ANMAT).

En 1994 creó el Comité de Recertificación (CRA-MA) organizando los Consejos Evaluadores de 50 especialidades, del que fue su primer Presidente.

En 1996 creó el Comité de Informática Médica, asumiendo la Dirección Científica de la Biblioteca Médica Digital del Programa Latinoamericano de Educación Médica a Distancia (PLEMED). Creó también el Sitio Web AMA (<http://www.ama-med.org.ar>). En la actualidad todos estos emprendimientos se engloban en EDUVIRAMA, Educación Virtual AMA, que él mismo dirige.

En el 2001 la AMA consiguió el reconocimiento como de “Interés Legislativo Nacional”. También obtuvo la Exención Impositiva de la AFIP.

En el 2002 la Corte Suprema de Justicia de la Nación solicitó que la AMA asumiese la Inscripción y Registro Anual de los Peritos Médicos para los ocho Fueros de la Justicia Nacional y Federal con sede en la Capital Federal. Para cumplir con semejante pedido creó el Comité de Peritos Médicos. Dado el éxito en 2006 la Corte Suprema de Justicia de la Nación le pidió que, además, inscribiera anualmente a los Peritos Médicos que la asesoran en forma directa.

En el 2002 hizo el primer homenaje que se hiciera en el país a un combatiente por la guerra del Atlántico Sur, designando a todos los médicos que estuvieron en el Frente de Guerra “Miembros de Honor de la AMA”. En el 2012, en recuerdo de los 30 años, distinguió a otros Miembros del Equipo de Salud que estuvieron en el frente.

En 2001 creó el Premio Anual “Escuela Quirúrgica Enrique y Ricardo Finochietto” a pedido de sus discípulos, en 2006 los Premios Anuales de Periodismo Científico en conjunto con la Sociedad respectiva (radio, prensa escrita, televisión e Internet) y en 2010 el Premio “José Yoel”. Desde 2002 se entregan conjuntamente con la Fundación Fiorini 15 Becas Anuales de Investigación Básica o Clínica para médicos menores de 35 años. En el 2004 logró el reconocimiento de la Escuela de Graduados por el Ministerio de Educación de la Nación (EGAMA), quien le otorgó el Registro N°1 de Entidades Universitarias, siendo evaluada por la CONEAU. En el 2012 creó la Sociedad Argentina de Células Madres y Medicina Regenerativa, y la Sociedad de Nanomedicina.

Actualmente es Miembro Titular de la Academia Argentina de Cirugía (1980), Miembro Correspondiente Nacional de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba (2003), Miembro Correspondiente

Extranjero de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay (2004), y Miembro Titular de la Academia de Ética en Medicina (2006).

En el 2003 la Universidad Nacional de Tucumán lo designó Visitante Ilustre. Fue distinguido con el Título de Doctor Honoris Causa por la Universidad Nacional de Morón (2009) y por el Instituto Universitario Ciencias de la Salud de la Fundación H Barceló (2009). En el 2013 la Universidad del Aconcagua lo designó Profesor Honorario. En el 2014 se lo designó

Consultor Extraordinario del Ejército Argentino y del Hospital Militar Central, Líder para el Desarrollo por el Senado de la Nación, y Prócer de la Medicina institucional (Revista Gracias Doctor).

Celebramos con orgullo esta notable distinción recibida por el Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, que implica un honor para toda la comunidad médica argentina.

**Dr Alfredo Buzzi**

# 14° Acto de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto

## Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al Dr Rodolfo Troiano

---

En el marco del Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto, el 27 de abril pasado se entregó al *Doctor Rodolfo Troiano* el Premio Enrique y Ricardo Finochietto en su XIV edición. Presidieron el acto el Presidente de la Asociación Médica Argentina, Prof Dr Miguel A Galmés; el Presidente de Honor de AMA, el Prof Dr Elías Hurtado Hoyo; y el Presidente de la Academia Argentina de Cirugía, Doctor Miguel Ángel Ciardullo.

Dio la bienvenida a los presente el Señor Presidente de la AMA, Prof Dr Miguel A Galmés, quien asumiera el cargo el 24 de abril próximo pasado, y que refirió: “es un honor haber sido elegido para conducir una Institución como la AMA, con una rica historia que data del año 1891 y en la que se desempeñaron 44 presidentes que representan la historia

de la medicina argentina; tan solo ver sus fotos en la sala de la Presidencia genera una sensación de inmerecida distinción y a su vez una enorme responsabilidad. Me toca suceder en el cargo al Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, que dirigió la Institución desde 1998 obteniendo junto a la HCD inmejorables resultados institucionales, y a quien todos estos años tuve el placer de acompañar como distinguido Presidente. Y hoy como discípulo quiero sumarme con sincero orgullo a las felicitaciones que recibió por su nombramiento como Miembro Asociado Extranjero de la Academia de Medicina de Francia, una muy merecida distinción. Por último, espero acompañar a la Escuela Finochietto en lo sucesivo sepan que estoy a disposición de ustedes”.



*De izq a der: Dres José Buroni, Prof Elías Hurtado Hoyo, Rodolfo Troiano, Miguel A Ciardullo, Miguel Galmés, Vicente Gorrini.*



*Dr Miguel Ángel Ciardullo (Presidente de la Academia de Cirugía).*

El Señor Presidente de Honor de la AMA, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, hizo una breve reseña de la creación del Premio Finochietto y quiso felicitar no solo al Doctor Troiano sino a todos los discípulos que habían recibido sucesivamente dicha distinción. Pero evocó sobre todo la figura del Doctor Víctor Desseno, “un hombre, recordó, que fue uno de los motores de la Escuela Quirúrgica. Fue el Doctor Desseno quien, luego de un esforzado trabajo de investigación y de trámites familiares y burocráticos, pudo reunir los restos mortales de Enrique y Ricardo Finochietto, que finalmente descansan juntos en la Bóveda Colon-Burgos del Cementerio de la Recoleta, que fue ofrecida para este depósito por las señoras Betina Casco Montero y Carmen A Menéndez de Gorriani. También el Doctor Desseno entregó a la AMA en custodia un tomo de dibujos y textos de mano del Doctor Ricardo Finochietto que los usó el eminente cirujano para dictas clases a sus discípulos; el Doctor Víctor Desseno, siendo un antiguo Cursillista, gracias a su participación activa en la Escuela, contribuyó también a dar jerarquía al Premio que hoy entregamos. En cuanto al premiado de esta noche, el Doctor Rodolfo Troiano, lo conocí en 1959 y desde entonces ha merecido mi más profundo respeto; él me permitió operar mi primera apendicitis aguda en el Hospital

que acaba de inaugurarse. Era entonces ya un gran cirujano, técnicamente brillante y con un nivel académico envidiable. Nos alegramos con él hoy y le felicitamos por este merecido Premio. Muchas gracias”

Como todos los años se evocó una figura de la Escuela, este año fue el Doctor Jorge Yapur, quien realizó una semblanza del Dr Néstor B Turco. Dijo de él: “conocí hace 58 años y hoy agradezco a los miembros de este homenaje esta feliz ocasión para recordarlo. El 1924 ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y luego en el Instituto de Profesorado Secundario, sección Ciencias Naturales, que le brindó una importante cultura general. Egresó de la facultad con su título de médico en 1930 y ya había obtenido el de Profesor de Ciencias Biológicas, siendo designado, al poco tiempo, profesor de Biología General en el Instituto citado. Entonces comienza su historia como cirujano, que estará vinculada estrechamente a su querido y admirado maestro, el Dr Ricardo Finochietto y a su escuela quirúrgica. En 1931 el Dr Finochietto asume la jefatura de Cirugía del Hospital Alvear y lleva consigo a siete incontaminados jóvenes médicos que serán las semillas de su futura escuela. Uno de ellos fue Turco, que se iniciaba tempranamente en la especialidad Cirugía General. En 1933 pasa con su maestro al Hospital Rawson, donde fue nombrado jefe de la Sala 6, futura Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados. Se convertirá en un ícono de referencia nacional e internacional en la patología y cirugía del estómago; no surgía en la literatura quirúrgica mundial novedades y/o variantes técnicas que no conociera, ensayara y adoptara para mejores resultados en el tratamiento de sus enfermos. Durante las sesiones quirúrgicas de los miércoles, en la sala 6, era rodeado por cirujanos locales y visitantes que deseaban verlo operar y resolver los problemas quirúrgicos más inesperados y difíciles con naturalidad; sus operaciones transcurrían sin sobresaltos, explicando en voz alta, como era lo habitual en la escuela. Miembro de Sociedades Científicas, realizó viajes a Europa, a los Estados Unidos y a países sudamericanos como Chile, Perú, Uruguay y Brasil, participando de Congresos y brindando conferencias. Fue Presidente electo de la Sociedad Argentina de Gastroenterología; Vicepresidente del 4º Congreso Argentino de la especialidad, efectuado en Salta, y Presidente del 5º Congreso Argentino de Gastroenterología, realizado en Embalse de Río Tercero (Córdoba) en agosto de 1959. Publicó su experiencia en revistas nacionales y extranjeras, y en las publicaciones de la escuela, como 40 lecciones de cirugía, repertorio quirúrgico y capítulos importantes sobre cirugía gástrica en la monumental obra de técnica quirúrgica de los hermanos Enrique y Ricardo Finochietto. En 1967 se publicó su atlas de cirugía del estómago y duodeno con diversas modalidades técnicas sobre el tema. No escatimó una intensa actividad docente, que desarrolló en distintos ámbitos

mediante clases, conferencias sumadas a sus publicaciones y demostraciones quirúrgicas, participó de la docencia universitaria en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador como profesor titular de la cátedra Cirugía. Generoso, accesible y muy serio en apariencia, tenía en realidad un carácter alegre, burlón y bromista, expresaba de distintas maneras su buen humor. Falleció de forma inesperada y prematura durante sus vacaciones en Mar del Plata, el 24 de Enero de 1976 a los 69 años. Nos dejó el dolor de su ausencia, el privilegio de haberlo conocido y el recuerdo de un cirujano y un hombre de bien”.

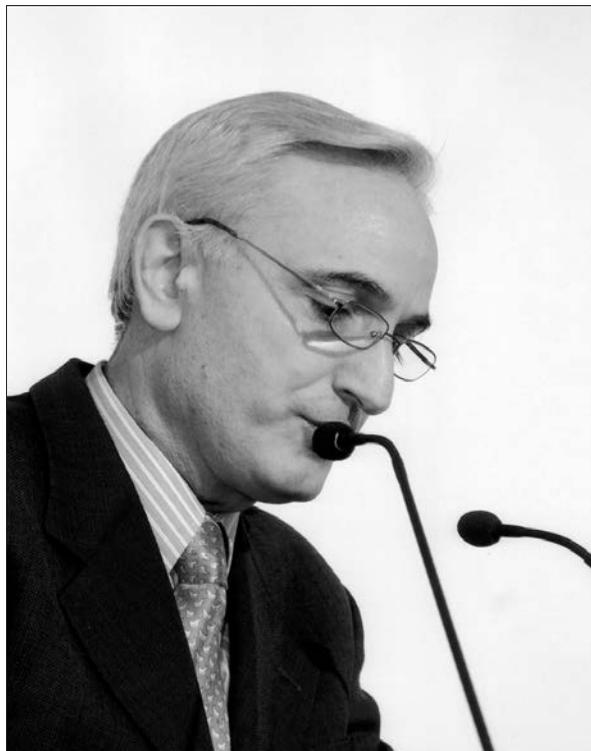
Tocó entonces al Doctor Rodolfo Zannoli presentar al Premiado de este Acto. Dijo el Doctor Zannoli del Doctor Jorge Troiano: “La distinción que recibe hoy el Doctor Troiano adquiere singular valor y trascendencia pues se otorga no para premiar un desarrollo científico-técnico específico, sino en reconocimiento a la trayectoria profesional de un colega que, luego de toda una vida de dedicación y trabajo, se hace merecedor del reconocimiento de sus pares. En la oportunidad el homenajeado es el Dr Rodolfo Troiano.

Tuvo claro que quería ser cirujano y que debía procurarse una formación sólida. Se preguntaba cómo podría acceder a una buena formación de post-grado un joven graduado sin “contactos” ni “padrinos” en la medicina. Afortunadamente anónimos pero sabios consejos lo condujeron a la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados del



De izquierda a derecha: Dres Prof Elías Hurtado Hoyo, José Buroni y Miguel A Ciardullo.

Hospital Rawson. Allí cumplió los dos años de concurrencia de la escuela luego de los cuales, y ante la imposibilidad inicial de inserción formal en el Servicio que lo viera nacer a la cirugía, continuó brevemente su carrera en el Hospital Álvarez. El ambiente de trabajo quirúrgico que encontró no satisfizo sus inquietudes y deseos de progreso. Finalmente consiguió retornar al Hospital Rawson donde se integró definitivamente en el Pabellón 2 Sala 6. Poco tiempo después, ingresó como cirujano del día miércoles en el Policlínico de la UOM donde fue recibido con beneplácito por el Dr Juan C Olaciregui. Allí conoció al joven cirujano Jorge Carrillat, en poco tiempo ambos construyeron una entrañable amistad que duraría hasta el presente convirtiéndose en inseparables compañeros de una prolífica actividad asistencial y académica. En el año 1964 concursó y ganó una beca del Gobierno Francés que le permitió asistir durante ocho meses al Servicio de Cirugía General del Hospital Bichat de París. En este centro neurálgico de la cirugía de la época tomó contacto con cirujanos de la talla de Hepp, Mercadier y el joven Bismuth, entre otros. Tuvo allí la oportunidad de asistir a los albores de la moderna cirugía bilio-pancreática que cautivó su interés definitivamente. Las resecciones pancreáticas oncológicas, el abordaje al conducto hepático izquierdo libre de inflamación en la reparación de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar y la periquistectomía en el tratamiento de la hidatidosis hepática, fueron algunos de los conceptos revolucionarios que el joven becario extranjero sumó a su bagaje quirúrgico y que aplicaría luego con todo éxito en nuestro medio. Al año siguiente realizó la primera duodeno-pancreatectomía con sobrevida en la Sala 6, poco tiempo más tarde publicó su primera serie personal de casos de reparación de la vía biliar con la técnica enseñada por el Dr Jacques Hepp. Esta actitud proactiva respecto de los conceptos terapéuticos quirúrgicos de vanguardia, su notable capacidad



Dr Rodolfo Zannoli.

y destreza técnica junto con una destacada participación en la Sociedad Argentina de Gastroenterología, lo convirtieron rápidamente en un referente nacional indiscutido de la cirugía biliar. Luego del cierre del emblemático Hospital Municipal “Guillermo Rawson” en el año 1978, Rodolfo continuó su carrera hospitalaria en la División “B” de Cirugía General del Hospital “Juan A Fernández” por entonces a cargo del Prof Dr Helios Gugliotella. Algunos años más tarde, el Dr Troiano accedió por concurso al cargo de Jefe de Unidad de Internación de Cirugía General. Allí, a principio de los años 80, en mi condición de médico residente tuve la fortuna de conocerlo. Inicialmente no pude menos que admirar su notable virtuosismo técnico; con el correr de los años, en la medida que mi madurez profesional me lo permitía, pude advertir las extraordinarias cualidades que daban sustancia y legitimidad a esas lúcidas maniobras quirúrgicas. Mi aprecio y admiración fueron incrementándose hasta el punto de considerarlo un verdadero modelo de referencia.

El Dr Troiano era ya un cirujano consagrado que transitaba una etapa de gran actividad asistencial y académica. A las técnicas que mencioné anteriormente se agregaban el tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la pancreatitis grave, las resecciones intra-quísticas de las malformaciones congénitas, el impulso arrollador de la cirugía hepática que sobrevino en paralelo con el desarrollo del trasplante y algo más tarde, la revolución laparoscópica. Todos los cambios, los progresos o las innovaciones lo

encontraron siempre muy atento, con el pensamiento crítico pero con el espíritu abierto y predispuesto a incorporar y llevar a su máximo nivel de desarrollo, todo aquello que demostrara beneficio para los pacientes. Desde hace algunos años Rodolfo decidió retirarse de la práctica activa de la cirugía y gozar, en plenitud intelectual y física, de los sobrados motivos de felicidad compartida con su compañera Delia”.

El Doctor Jorge Troiano recibió entonces el diploma correspondiente diciendo: “Agradezco de todo corazón a la Comisión Directiva de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto que me haya concedido el honor de recibir el Premio Enrique y Ricardo Finochietto que guardaré para siempre en mi espíritu. Quisiera comenzar evocando el panorama que encontraba un recién egresado de la Facultad de Medicina, cuya voluntad era formarse en cirugía, en enero de 1956. Sencillamente nada. Con un único antecedente, de practicante menor en un servicio de urgencia de un hospital Municipal. Sin familiares o mayores contactos con la medicina, ésta era mi situación. Hice un curso breve en el Hospital Escuela, pero, en cuanto a formarse, las puertas estaban cerradas. De pronto había una esperanza, en el Hospital Rawson, pabellón 2, sala 6. Se dictaba un curso en la Escuela que realizó a la perfección José Alberto Cerisola; esto era de práctica todos los viernes, con distintos temas. Los domingos a la mañana había anatomía en los cadáveres de la morgue del Hospicio de hombres. Se supo contar con Ignacio Ara, anatomista español, que por otra parte había em-



*De izq a der: Dres Rodolfo Troiano, José Buroni, Miguel A Ciardullo, Prof Elías Hurtado Hoyo.*

balsamado a Eva Duarte. Quedaba en 1956 la tarde del domingo, como descanso, por lo que RF recomendaba que el cirujano debía permanecer soltero. Vázquez, Garriz y Vilanova siguieron esa línea. Delfín Vilanova a lo último se casó. Transcurridos los dos años, la deserción era mucha y a los perseverantes se los invitaba a ingresar a la división. RF comienza su práctica en la sala VI del Hospital de Clínicas que dirige Marcelino Herrera Vegas, dedicada a la cirugía infantil, donde se destaca rápidamente; pasando luego al Hospital Rawson para trabajar con su hermano mayor, Enrique, al que respeta y admira. Tiempo después se incorpora a una jefatura de cirugía del Hospital Alvear donde llegan jóvenes cirujanos atraídos por el prestigio de un jefe que enseña y disciplina. Se forma el llamado "Jardín de infantes", integrado por Diego Zavaleta, Néstor Turco, Alfonso Albanese, Andrés Veppo, entre otros, que luego regresan con él al hospital Rawson, pabellón 2 sala 6. Ricardo Finochietto operaba sus pacientes privados en el Sanatorio Podestá y era asistido por Delfín Vilanova. El cursillista podía presenciar la intervención. En 1939 RF pierde el concurso para Titular de Técnica Quirúrgica, a pesar de sus formidables antecedentes y publicaciones. La reacción de RF se tradujo en nunca continuar la enseñanza desde la Facultad. Esta tarea la llevaría a cabo desde la sala de cirugía del Hospital Rawson, a la cabecera de la cama del paciente y escribiendo en las paredes, y así nació la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados, a la que asistí en 1956. El 30 de octubre de 1941

se incorpora a RF como nuevo académico de número de la Academia Nacional de Medicina con la presencia de Mariano Castex y el discurso de recepción de Marcelino Herrera Vegas. Ocupará el sitial número 11 que deja Avelino Gutiérrez, que pasó a emérito. RF hizo en su discurso, una síntesis de la cirugía de esa época en la que transcurrió la trayectoria del notable profesor de anatomía normal y topográfica, Gutiérrez. Autor por otra parte de incisiones complejas para abordar la patología de la parótida. Su campo de acción se extendió a toda la cirugía de ese momento. Con indomable espíritu, continúa la tarea de "enseñante" los sábados en el consultorio de la calle Paraguay, 3º piso, donde funciona la Biblioteca con un bibliotecario de lujo, RF al que yo consulté por la cirugía de un quiste tirogloso, que efectué con la extirpación parcial del hioides. Para mi alarma al tercer o cuarto día continuaba saliendo líquido filante, por lo que me quejé a él que me escuchó en silencio y la evolución fue normal. Luego vino un quiste amigdaloides, que se resolvió por la operación endoquística de RF, que evitaba la disección de los vasos y nervios del cuello, con un postoperatorio breve y sencillo. La resección-exclusión de Finsterer completada con una vagotomía troncular bilateral fue también aconsejada por el Jefe. ¡Cómo se hubiera alegrado con la operación de Okada!, que se basó en los mismos principios de la endoquística para tratar la malformación congénita del colédoco. Todo lo que nos brindaba la Escuela, se completaba con la sabatina, ateneo del sábado, después de la



*De izq a der: Dres Jorge Yapur, Dr José Buroni, Miguel A Ciardullo, Prof Elías Hurtado Hoyo, Miguel A Galmés, Rodolfo Troiano, Vicente Gorrini.*

recorrida. La sabatina consistía en exposiciones preparadas. Recuerdo una muy interesante sobre el temblor del cirujano que expuso Leoncio Fernández, donde se habló del café y el tabaco, entre otras cosas, la más formidable fue la de la cirugía del primer ministro inglés en ejercicio, Anthony Eden, discípulo de Winston Churchill. Hombre delgado, el más elegante del Reino Unido, portador de una litiasis biliar simple de cálculo único sin antecedentes canaliculares. Se operó en el primer mes del mandato, en agosto, mes de vacaciones, para estar recuperado cuando se presentan los grandes temas. La operación duró 45 minutos. El operado orinó colúrico a la primera micción. Ricardo Finochietto dirigió la sabatina que trató: ¿Qué pasó con el primer ministro? Al cirujano se le presentó una hemorragia de la arteria cística y “perdió la cabeza”, nada de maniobra de Pribran, puso una pinza y emplazó una ligadura por transfixión que englobó la arteria cística y una vía biliar normal de tres mm. Fue re-operado en forma precoz por el personal de Barret y fue la última vez que manos inglesas intervinieron al hombre público. La cirugía inglesa tuvo una trepidación. Llamaron a Lahey que vino acompañado por Cattell, cirujanos norteamericanos que opinaron que hay que intentar

repararlo. ¿Dónde? En Boston. La frase del Jefe fue terminante: colesistectomía de 40 min, y le enseñaron el Camino de Boston. A Ricardeo Finochietto, con su formidable impulso de informar, le llega el método de ilustrar las exposiciones con diapositivas de texto o de imágenes. Él mismo escribe en papel transparente con una pluma cucharita y tinta china lo que deseaba recalcar, y entre risueño y orgulloso decía tener un dispositivo récord con diez o doce renglones de conceptos con su letra característica. A pesar de estar silenciado, desde su servicio municipal en 1955 dictó un ciclo de conferencias que encargaba a sus discípulos y que se dictaba desde el Ateneo Iberoamericano de la calle Perú. Él proponía el tema, por ejemplo, resecciones duodeno-pancreáticas a Alfonso Albanese, que tenía que desarrollarla. El curso era nocturno y tenía una audiencia numerosa. El expositor de turno era invitado a cenar a su casa. A mí me tocó ir a cenar porque el que habló no podía aceptar la invitación. Fui a la casa y en el comedor estaba Delia, su esposa, con un caballero español, que era el anatomista Ara. Cobró la última cuota de sus honorarios por la formolización de Eva Duarte, 48 hs antes de la caída del gobierno. Además del curso del Ateneo Iberoamericano, desarrolló perso-



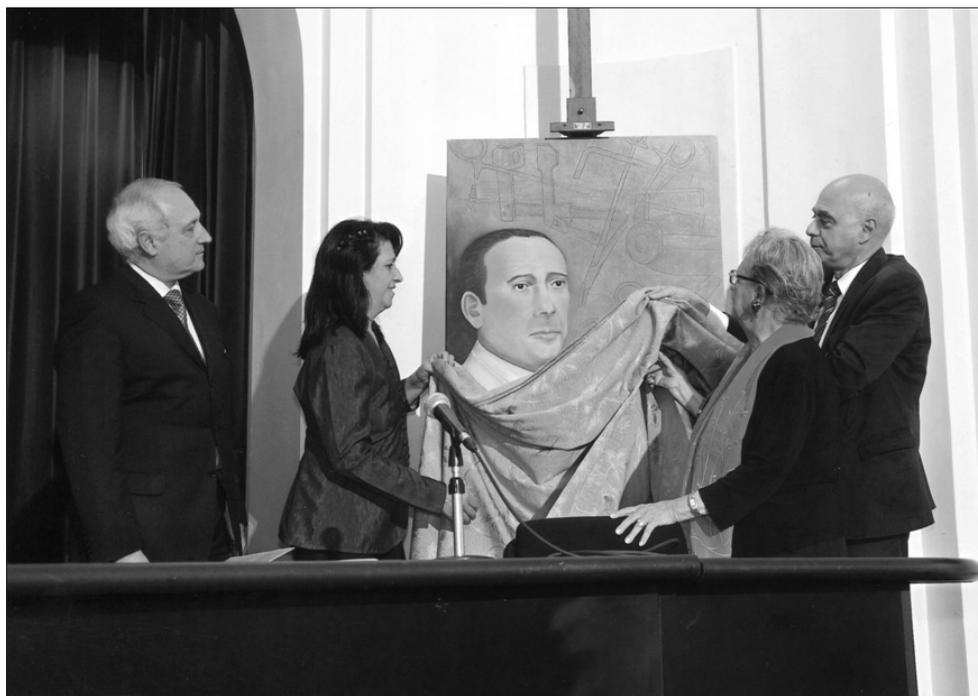
*De izq a der: Sra Florencia Grosso, Presidenta de la Asociación de Damas Patricias Remedios Escalada de San Martín; Dres José Buroni, Prof Elías Hurtado Hoyo, Vicente Gorini; Sra Ana María Sara Maldonado, autora del cuadro y Dr Rodolfo Troiano.*

nalmente un curso en ánima vili en la Clínica Finochietto entrando por calle Ecuador. Wiquynsquy nos enseñó a anestesiarlos y el Jefe con santa paciencia insistía en los pasos básicos de las anastomosis entéricas en todas sus variantes. También insistió en la operación de Finsterer con la resección subcerosa de la mucosa gástrica hasta pasar el píloro. Así es que el indomable “enseñante”, exonerado de la Jefatura de Servicio Municipal en 1955 y perdedor del Concurso para Profesor Titular de Técnica Quirúrgica en 1939, continuaba su marcha. Los tomos de la colección de once volúmenes con las mejores ilustraciones de Vescobo siguen su curso y se agregan los Repertorios Quirúrgicos, cuatro tomos pequeños, con temas varios desarrollados por él mismo y sus discípulos. Además, redactó el tomo de Cirugía Básica de 800 páginas que es un compendio de sus opiniones en distintos temas. Al terminar de operar en la Clínica Finochietto, lo invitamos a que se quedara para compartir una charla con los que habíamos presenciado la operación. Nos dijo que lo lamentaba, pero esa noche no porque estaba Catita, el personaje humorístico de Niní Marshall. Siempre abría las puertas con la mano dentro del bolsillo del guardapolvo impecable; pensé que era una extravagancia, pero viendo a un distinguido urólogo que examinaba los pacientes sin guantes y después se desplazaba abriendo puertas y se despedía dándote la mano, comprendí la precaución. Por razones generaciona-

les, coincidí con RF desde mi graduación en 1956 hasta la enfermedad en 1962. Fueron seis años que podía verlo operar, primero en el Podestá y luego en la Clínica Finochietto, consultarlo en la biblioteca, en fin, disponiendo de su tiempo. Recuerdo cuando por el Canal Nueve expuso sobre Masaje cardíaco a tórax cerrado acompañado por una fila de enfermeras e instrumentadoras y un nutrido grupo de discípulos, el presentador Mariano Perla expresó que “menos mal que usted está absorbido por la cirugía”, que si se dedicara a la TV, nos deja a todos sin trabajo. Muy feliz terminó su charla en el Dandy de la calle Libertador en compañía de todos nosotros. Imprevistamente, un día, pierde el conocimiento, una punción lumbar muestra una hemorragia meníngea, causada por un aneurisma cerebral. Fue operado en dos ocasiones. Dicho mal se llevó la vida de este fenomenal trabajador”.

Durante el acto se concretó la donación de un retrato del Doctor Enrique Finochietto que la pintora Señora Ana María Sara Maldonado y la Señora Presidente de la Asociación Damas Patricias Remedios de Escalada de San Martín, Doña Florencia Grosso, donaron a la Academia Argentina de Cirugía, y que el Presidente de esta última, Doctor Miguel Ángel Ciardullo, cediera a la Asociación Médica Argentina.

Para finalizar el Doctor José Raúl Buroni presentó su conferencia “El apoyo sanitario que los argentinos prestaron a los franceses en la Primera Guerra Mundial”



De izq a der: Dr Miguel A Ciardullo, Sra Ana María Sara Maldonado, Dr Miguel Galmés y Sra Florencia Grosso.

# Mastopatía diabética: una entidad infrecuente a diferenciar

Dres Arturo M Gorodner,<sup>1</sup> Ofelia Zibelman,<sup>2</sup> Roxana Lenkovich,<sup>3</sup> Lucía Borda<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Profesor Adjunto de Anatomía, Facultad de Medicina, UNNE.

<sup>2</sup> Profesora Titular de Histología, Facultad de Medicina, UNNE; Jefa del Departamento Investigación.

<sup>3</sup> Jefa Instructora Clínica Médica, Sanatorio Frangioli, Resistencia, Chaco.

<sup>4</sup> Servicio de Ginecología., Hospital José R Vidal, Corrientes Capital.

## Resumen

**Antecedentes.** La diabetes mellitus produce microvasculitis y alteración histoarquitectural de la mama. Se encuentra en el 1% de la mastopatía benigna. Sin embargo, la distorsión del parénquima produce sintomatología inflamatoria clínicamente similar a las mastopatías inflamatorias infecciosas. Su diagnóstico imagenológico es, a su vez, de gran dificultad interpretativa. Estos parámetros inespecíficos desembocan en tratamientos que no logran eficacia en la enfermedad, más aún si se ignora el contexto de la enfermedad de origen, la cual es sistémica. **Objetivos.** Destacar la importancia del diagnóstico diferencial de esta infrecuente entidad patológica. **Material y Métodos.** Se revisaron historias clínicas de un servicio de mastología por el término de seis meses a efectos de recabar información estadística. Población. Se estudiaron dos pacientes en un universo de más de cien historias clínicas abordadas. **Resultados.** Histológicamente, estas pacientes presentaron rasgos microscópicos que consisten en una lobulitis linfocitaria que afecta al epitelio y gran vasculitis edematosa. El diagnóstico histológico es crucial para llegar al tratamiento. **Discusión y conclusiones.** La mastopatía de las pacientes diabéticas insulino dependientes es la manifestación crónica de eventos sistémicos, producida en un porcentaje muy bajo de pacientes con la enfermedad. La correcta interpretación clínica y mamográfica, además de la sospecha semiológica, desembocan en el adecuado tratamiento de esta enfermedad inserta en un contexto sistémico.

**Palabras claves.** Mastopatía, diabetes, diagnóstico, diferencial, cáncer.

## Diabetic mastopathy: an uncommon entity to differentiate

### Summary

**Background.** Diabetes mellitus occurs histoarquitectural microvasculitis and alteration of the breast. It is found in 1% of benign breast disease. However, distortion occurs

parenchymal inflammatory symptoms clinically similar to infectious inflammatory breast disease. Its diagnostic imaging is in turn highly interpretive difficulty. These nonspecific parameters lead to effective treatments that fail in the disease, especially if the context of disease origin is unknown, which is systemic. **Objectives.** To highlight the importance of the differential diagnosis of this rare disease entity. **Material and methods.** Clinical histories mastology service for a period of six months for the purpose of collecting statistical data were reviewed. **Population.** Two patients were studied in a universe of more than one hundred medical records addressed. **Results.** Histologically, these patients had microscopic features consisting lobulitis lymphocytic affecting large edematous epithelium and vasculitis. Histological diagnosis is crucial to get the treatment. **Discussion and conclusions.** Diabetic mastopathy in insulin dependent patients is chronic manifestation of systemic events produced in a very low percentage of patients with the disease. The correct clinical and mammographic interpretation, in addition to lead to suspicion semiológica proper treatment of this disease, inserted in a systemic context.

**Key words.** Mastopathy, diabetes, diagnosis, differential, cancer.

### Antecedentes

La diabetes mellitus es una enfermedad que produce daño de la microvascularización de los tejidos, los que crónicamente se van deteriorando, dependiendo del tiempo de evolución y del tratamiento instituido. El tejido mamario no escapa a estas alteraciones, produciéndose fenómenos histopatológicos cuyos componentes conforman la denominada mastopatía diabética. Esta entidad, infrecuente (hasta el 1% de la patología mamaria benigna) y poco estudiada, fue descripta por primera vez por Soler y cols en 1984. Ha sido comunicada en pacientes con DBT mellitus tipo I, premenopáusicas inmunodeprimidas por hiperglucemia crónica. Produce desechos de glicosilación, los cuales se depositan extracelularmente generando autoanticuerpos por parte de los linfocitos B. El inconveniente clínico de esta patología es

**Correspondencia.** Dr Arturo Martín Gorodner  
E-mail: artgorodner@yahoo.com

su baja frecuencia, el escaso índice de sospecha y el dificultoso diagnóstico diferencial con la mastopatía escleroquistica y el carcinoma lobulillar infiltrante. Pueden existir adenosis, hiperplasia ductal y metaplasia apócrina, las cuales no se presentan en la enfermedad fibroquistica. Para diferenciarla del carcinoma, son útiles los marcadores inmunohistoquímicos específicos. La mamografía demuestra imágenes inespecíficas. El tratamiento está ligado fundamentalmente a la enfermedad de base.

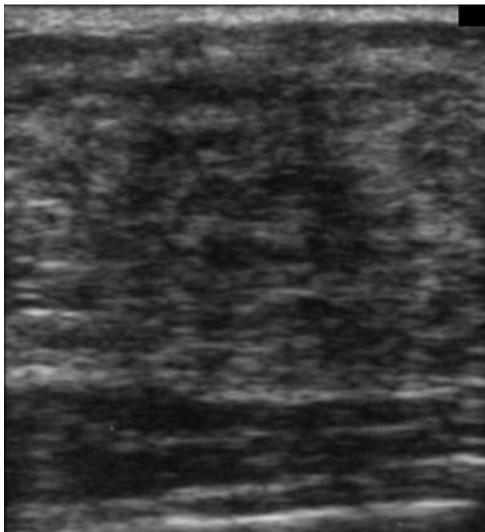
### Objetivos

Destacar la importancia del diagnóstico diferencial de esta infrecuente entidad con el carcinoma poniendo énfasis en la sospecha clínica. Destacar la presentación de dos casos de mastopatía DBT en un servicio hospitalario en el término de seis meses.

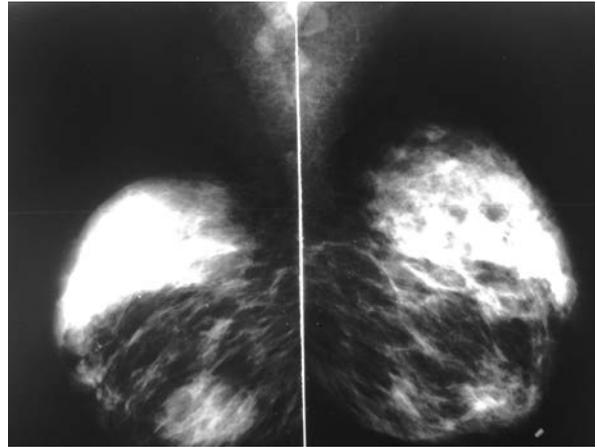
**Figura 1.** Mastitis del cuadrante SE. Mama Derecha.



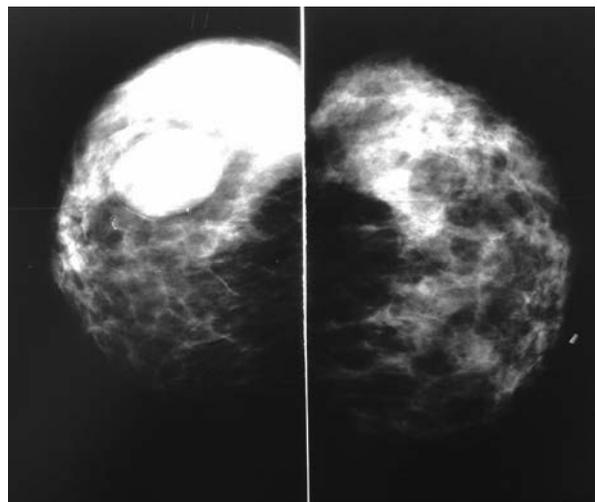
**Figura 2.** Ecografía. Distorsión ecográfica. Patrón inflamatorio edematoso. Nódulo difuso con sombra acústica posterior leve.



**Figura 3.** Mamografía. Proyección Medio Oblicuo-Lateral. Densidad difusa en ambos CSE. Nódulo MD.



**Figura 4.** Mamografía. Proyección Cráneo Caudal. Densidad difusa en ambos CSE. Nódulo MD.



### Material y métodos

Se revisaron historias clínicas de un servicio de mastología hospitalario en el término de dos años, hallándose dos casos de mastopatía diabética en pacientes insulinodependientes premenopáusicas de 37 y 41 años. Se correlacionaron los casos clínicos con los resultados de la descripción histopatológica. Se recabaron datos mamográficos y se efectuó diagnóstico diferencial con otras entidades.

### Población

Se estudió una paciente premenopáusica de 37 años, con dolor mamario crónico, mamografía con imagen de distorsión parenquimatosa nodular, bordes irregulares BIRADS IV. Se le efectúa *core biopsy*, cuyo resultado correspondió a mastopatía diabética. Se investigó otra paciente de 41 años premenopáusica,

con dolor mamario bilateral, en tratamiento discontinuado por DBI insulino dependiente. ECO mamaria con alteración parenquimatosa fibroglandular difusa, sombra acústica posterior y mamografía con distorsión histoarquitectural a predominio nodular subareolar. Se le efectuó biopsia core con resultado de mastopatía diabética.

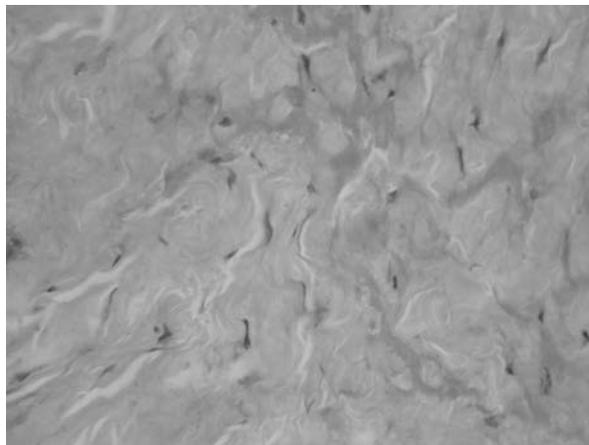
**Figura 5.** Mamografía Proyección MOL. Nodularidad difusa bilateral. Parénquima inflamatorio. Nódulo MD. Sólido predominante.



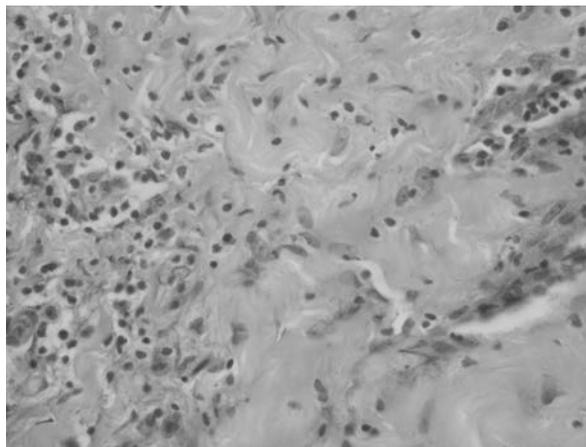
**Descripción anaatómo-patológica**

Microscopía: Se observa tejido mamario con estroma colagenoso de aspecto queiloide, con células epitelioides poligonales dispersas (miofibroblastos), atrofia lobular e infiltrado inflamatorio perivascular y lobulillar constituido principalmente por linfocitos.

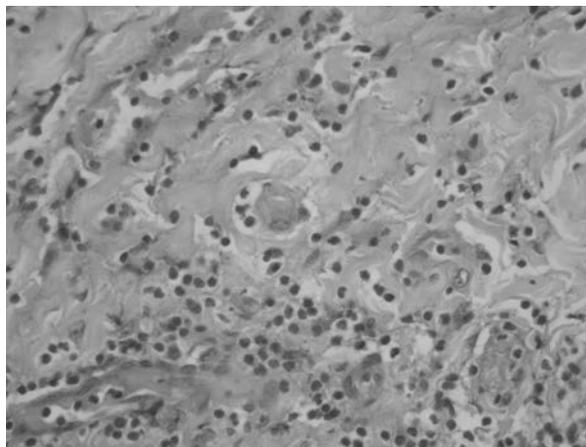
**Figura 6.** Estroma colagenoso tipo quiloide. Células en huso en el estroma.



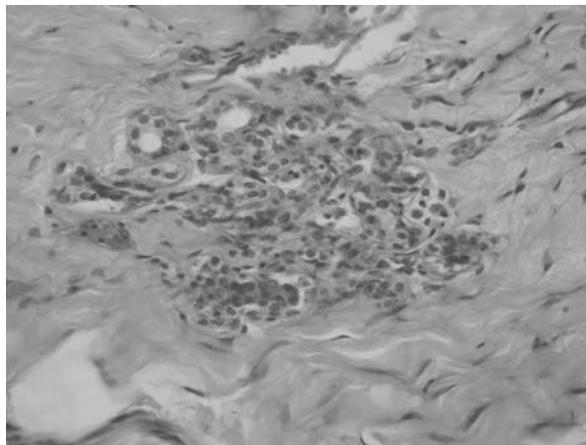
**Figura 7.** Células epitelioides poligonales en el colágeno (miofibroblastos).



**Figura 8.** Linfocitos perivascular, alrededor de conductos y en los lobulillos.



**Figura 9.** Atrofia lobular.



## Resultados

Histológicamente estas pacientes presentaron rasgos microscópicos que consisten en una lobulitis linfocitaria que afecta al epitelio, con abundantes células inflamatorias en la periferia de los ductos, perivasculitis mononuclear, tanto en capilares como vénulas y una fibrosis queloidea que alterna con bandas de colágeno hialino. Es constante la presencia de fibroblastos epitelioides en el estroma. La evolución clínica dependió del tratamiento de base y su sospecha permitió descartar el carcinoma lobulillar infiltrante. El tratamiento depende fundamentalmente del diagnóstico de sospecha y la acertada descripción histológica.

## Discusión y conclusiones

La mastopatía de las pacientes diabéticas insulino-dependientes no es otra cosa más que la manifestación crónica de eventos sistémicos de tipo endocrino-metabólicos y locales de características autoinmunes y microvasculares. Su frecuencia es muy baja (1% del total de las enfermedades benignas de la mama) y su diagnóstico es de sospecha clínica. Simula clínica y mamográficamente una enfermedad displásica fibroquística, y en menor medida, un carcinoma lobulillar infiltrante. Debido a que son entidades cuyos tratamientos son disímiles, el rol del diagnóstico histológico por biopsia *core* dirigida y la experiencia del patólogo son fundamentales para describir la entidad y poder diferenciarla. Clínicamente no se distinguen de otras mastopatías: dolor, nodularidad subareolar, inflamación cutánea, eritema e induración crónicas. Puede ser bilateral en un 60% de los casos. El tratamiento depende en este caso de la enfermedad de base, no recomendándose la extirpación quirúrgica por constituir lesiones que desaparecen espontáneamente o de presentación irregular.

## Bibliografía

- Andrews-Tang D, Diamond AB, Rogers L, Butler D. Diabetic mastopathy: Adjunctive use of ultrasound and utility of core biopsy in diagnosis. *Breast J* 2000; 6: 183-8.
- Camuto PM, MD, Zetrenne E, Ponn T. Diabetic mastopathy. A report of 5 cases and a review of the literature. *Arch Surg* 2000; 135: 1190-3.
- Elías, Simone; Francisco Celli, Marina; Kemp, Claudio; Verenhitach Daou, Beatriz; Francisco Celli, Fabiano; Wolgien, María del Carmen. Mastopatía Diabética: un inusitado diagnóstico diferencial: relato de un caso. *Radiol Bras* 2008; 41 (4): 275-276.
- Kudva YC, Reynolds C, O'brien T, Powell C, Oberg AL, Crotty TB. Diabetic mastopathy or sclerosing lymphocytic lobulitis is strongly associated with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2002;25: 121-6.
- Granados, Rosario. SEAP. Reunión Territorial de Madrid. Mayo de 2008.
- Mak CW, Chou CK, Chen SY, Lee PS, Chang JM. Diabetic mastopathy. *Br J Radiol* 2003; 76: 192-4.
- Membrilla, Estela; Jimeno, Mireya; Martínez, Miguel; Corominas, Josep; Grande, María. Mastopatía Diabética en Paciente con Diabetes Mellitus tipo II. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario del Mar. Barcelona. España. Ed. 2008.
- Pérez, Juan; Carrasco, Cristian. Mastopatía Diabética. Diagnóstico poco habitual. Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. Servicios de Cirugía y Patología del Hospital de Valdivia. Chile. *Rev. Med. Chile*. Ed. Pp.1305-1308. Sept. 2003.
- Rosen PP. Rosen's Breast Pathology: Inflammatory and Reactive Tumors. New York, Lippincott-Raven Publishers 1997; 46-9.
- Shaffrey JK, Askin FB, Gatewood OM, Brem R. Diabetic fibrous mastopathy. Case reports and radiologic-pathologic correlation. *Breast J* 2000; 6: 414-7.
- Soler NG, Khardori R. Fibrous disease of the breast, thyroids and cheiroarthropathy in type I diabetes mellitus. *Lancet* 1984; 1: 193-5.
- Suárez S, Sánchez N. Diabetic mastopathy: considerations of a case report. *Med Clin (Barc)* 2002;118: 639.
- Tomaszewski JE, Brooks JS, Hicks D, Livolsi VA. Diabetic mastopathy: a distinctive clinicopathologic entity. *Hum Pathol* 1992; 23: 780-6.
- Weinstein SP, Conant EF, Orel SG, Lawton TJ, ACS G. Diabetic mastopathy in men: imaging findings in two patients. *Radiology* 2001; 219: 797-9.
- Wong KT, Tse GM, Yang WT. Ultrasound and MR imaging of diabetic mastopathy. *Clin Radiol* 2002; 57: 730-5.
- Zaragoza C, García JA, Mauir F, Vázquez JL. Diabetic mastopathy; source of confusion with breast cancer. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 718-9.
- Zimmerli L, Yurtsever H, Conen D, Truninger K. Adiabatic breast lump. *Lancet* 2001; 357: 1670.

# Reconstrucción mamaria post-mastectomía: contribución de cirujanos plásticos argentinos

Dres José Héctor Soria,<sup>1,2</sup> Eduardo Javier Sosa,<sup>1</sup> Ricardo Jorge Losardo<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica de SACPER-AMA, Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Oncología "María Curie".

<sup>2</sup> Doctor en Medicina, Cirujano plástico, Profesor Adjunto SACPER-AMA, Docente Autorizado UBA.

<sup>3</sup> Doctor en Medicina, Cirujano plástico, Profesor Titular SACPER-AMA, Jefe de Servicio, Docente Autorizado UBA.

### Resumen

Se describen los inicios -a finales del siglo XIX- de las técnicas de reconstrucción mamaria post-mastectomía. Se enumeran las técnicas más importantes que las continuaron y quiénes las crearon en el mundo. Se destacan los aportes de dos cirujanos plásticos argentinos, Julián Fernández (1965) y Enrique Gandolfo (1982), que utilizaron tejidos autólogos del abdomen, colgajos dermograso con abordaje vertical y musculo-cutáneo con abordaje horizontal, respectivamente.

**Palabras claves.** Reconstrucción mamaria, mastectomía, historia, Argentina.

### Post-mastectomy breast reconstruction: contribution of Argentine plastic surgeons

#### Summary

Early (late nineteenth century) techniques post-mastectomy breast reconstructions are described. Techniques that continued and its creators in the world are listed. The contributions of two plastic surgeons from Argentina, Julian Fernandez (1965) and Enrique Gandolfo (1982), who used autologous tissue from the abdomen, dermo-fat flaps vertically approach and musculocutaneous flaps with horizontal approach, respectively stand.

**Key words.** Breast reconstruction, mastectomy, history, Argentine.

"No se puede desatar un nudo sin saber cómo está hecho."  
Aristóteles (384-322 AC)

**Correspondencia:** Dr José Héctor Soria  
Yerbal 942 (1405) CABA, Argentina.  
E-mail: dr.josesoria@hotmail.com

La mastectomía es el principal tratamiento del cáncer de mama, enfermedad muy común en la mujer y de alta mortalidad. Sin embargo, esta cirugía agrega un importante trauma psicológico (figura 1). Así lo expresa el cirujano plástico Julián C Fernández cuando manifiesta que "la mastectomía radical por cáncer es de las operaciones más mutilantes. Producen en la mayoría de las enfermas un trauma psíquico del que muchas no se recuperan, y otras toleran la mutilación resignadas, pero no conformes. Constituye un serio problema en la interrelación humana, dentro del campo de la psicología".<sup>1</sup>

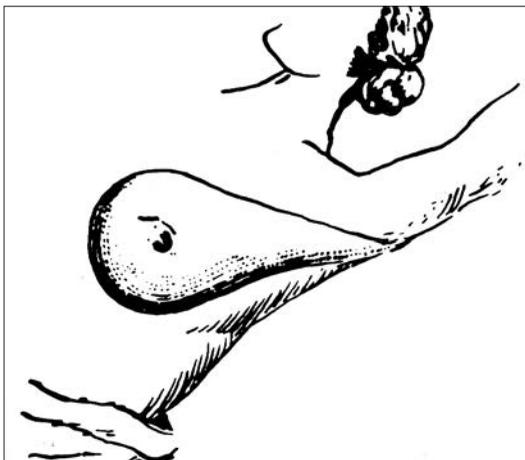
La cirugía plástica viene a ofrecer una opción terapéutica para recuperar la identidad perdida y mejorar la calidad de vida. Con la reconstrucción mamaria se intenta reparar el daño psicofísico producido por la ci-

**Figura 1.** Fragmento de obra de Salvador Dalí (artista catalán, 1904-1989).

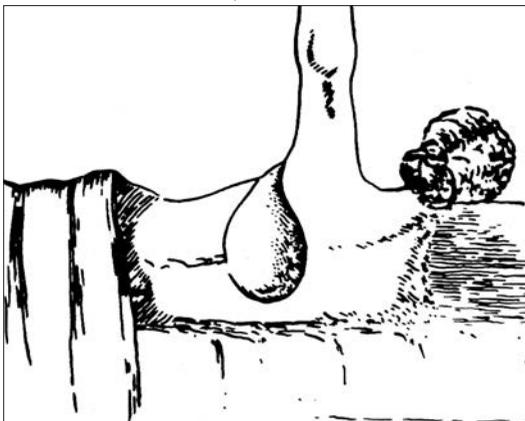


rugía oncológica. A modo de ejemplo se puede decir que luego de que William Stewart Halsted (cirujano norteamericano, 1852-1922) en 1891 presentara sus primeros 13 casos de amputación mamaria por cáncer, casi inmediatamente, en 1896, el cirujano italiano Iginio Tansini (Profesor de cirugía de la Universidad de Pavia, 1855-1924) describe su técnica reparadora valiéndose del músculo *Latissimus Dorsi* (Dorsal Ancho) para reemplazar los músculos pectoral mayor y menor removidos durante la mastectomía diseñada por Halsted. Fiel a los conceptos de su época para el tratamiento del cáncer, durante un viaje realizado por Europa, Halsted invitaba a “desconfiar del hombre de la operación plástica porque el colgajo del *Latissimus Dorsi* era innecesario y peligroso”, cayendo en desuso durante largo tiempo (Figuras 2 y 3).<sup>2-4</sup>

**Figura 2.** Diseño original de la resección mamaria de la técnica de I Tansini. (Nuovo processo per lámputazione della mammaella per cancre. *Reforma Medica* 1896 12:3).<sup>4</sup>



**Figura 3.** Diseño original del dorsal ancho para reparar el defecto mamario. (Nuovo processo per lámputazione della mammaella per cancre. *Reforma Medica* 1896 12:3).<sup>4</sup>



Los primeros intentos de crear una nueva mama comienzan a fines del siglo XIX. En 1887 el cirujano francés Aristide Auguste Verneuil (1823-1895) moviliza un colgajo de la mama restante valiéndose de un pedículo superior. En 1895 el cirujano alemán Vincenz Czerny (1842-1916), para reparar el defecto dejado por una mastectomía por fibroadenoma y mastitis crónica, transfiere un gran lipoma que la paciente ya tenía en la región lumbar.<sup>5</sup>

Continuando con el objeto de reparar el defecto torácico post-mastectomía, se difunden los trabajos de los cirujanos alemanes F Franke (1898), E Maiss (1899) y E Payr (1906); del cirujano canadiense F Legueu (1902); del cirujano francés Louis Ombrédanne (1906); y del cirujano norteamericano I C Warren (1907).<sup>4</sup>

En la segunda mitad del siglo XX, más precisamente en la década del 60, el volumen de la nueva mama se obtiene incluyendo material aloplástico (prótesis de gel de silicona) o por la traslación de tejidos propios de la paciente (injertos grasos o colgajos). La opción por un método u otro es producto de la táctica quirúrgica empleada por el especialista. Luego vienen, en la década del 70, los colgajos libres con técnicas microquirúrgicas; y en la década del 80, los expansores tisulares. Todos ellos coexisten y constituyen el arsenal terapéutico actual.

La cirugía oncológica del cáncer de mama fue evolucionando a lo largo del tiempo, fue perdiendo agresividad, dejando secuelas cada vez menores. Al mismo tiempo, la cirugía reconstructiva la fue acompañando y los defectos que debían ser reparados eran -afortunadamente- cada vez más pequeños. Si bien en un principio, las reconstrucciones no eran aceptadas por los cirujanos oncólogos, llegó la época de la “cirugía diferida”. Se debía esperar un largo tiempo entre una y otra con el fin de asegurar el control oncológico de la enfermedad. Actualmente estos tiempos se han acortado y hay reconstrucciones que se realizan en forma “inmediata” a las resecciones oncológicas.

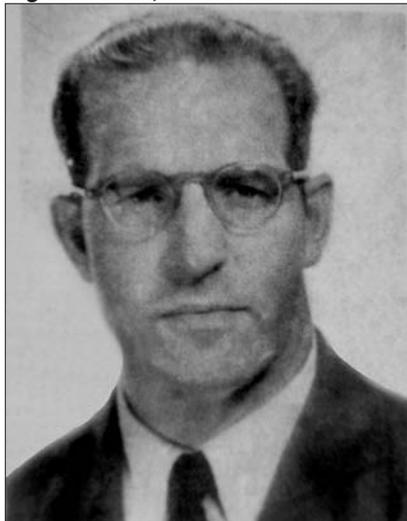
El objetivo de este artículo es difundir y reconocer el protagonismo que tuvieron dos cirujanos plásticos argentinos, creadores de sendas técnicas quirúrgicas de reconstrucción mamaria con la utilización de colgajos, trasladando tejidos provenientes del abdomen inferior; técnicas que con nuevas modificaciones se siguen empleando en la actualidad.

### Julián Fernández y su colgajo dermograso

A mediados del siglo XX, se produce un avance significativo en la reconstrucción mamaria post-mastectomía, campo en el que cirujanos argentinos han tenido un rol determinante.

Julián Carlos Fernández, quien muriera en 1982 (figura 4), publicó en el año 1968 en *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires* su técnica de “Reconstrucción mamaria”. Al año siguiente, en los *Boletines y Trabajos de la Academia Argentina de Cirugía* difundió la “Reconstrucción mamaria inme-

**Figura 4.** Dr Julián Carlos Fernández.



diata a la mastectomía”. En 1972, publicó en este último medio, “Reconstrucción mamaria. Experiencia actual con nuestra técnica”. Completa su tarea de divulgación con el trabajo “Trascendencia psicosocial de la reconstrucción mamaria”, aparecido en 1977, en la *Revista Cirugía Plástica Argentina*. Toda esta actividad se inicia en una comunicación previa realizada en el año 1965.<sup>6-9</sup>

Lo inquietaba el hecho de que “la mastectomía es un tajo que divide la psiquis del soma y nosotros los cirujanos plásticos debemos restaurar esa unidad psico-somática”.<sup>10</sup>

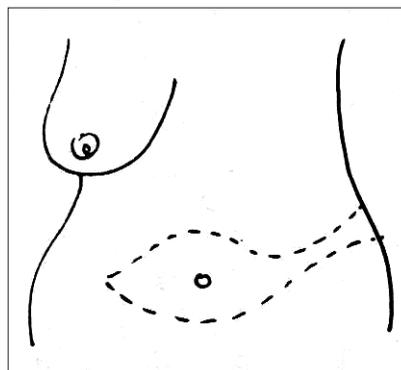
Era tal el convencimiento que no le resultó difícil la elección de la zona dadora del colgajo que daría forma a la nueva mama. Fernández consideraba “que toda mujer tiene en su abdomen una mama de repuesto. En lenguaje automovilístico, cuando se queda en llanta (mastectomía), debe usar su “auxilio” para poder seguir “psíquicamente normal” su camino”.

Por otro lado, en su primera publicación reconoce con modestia que la por él descripta es una variante de la técnica de Gillies (1942). Esa muestra de admiración no era en vano, ya que Sir Harold Delf Gillies (cirujano británico, 1882-1960), neozelandés de nacimiento, es considerado uno de los Maestros de la cirugía plástica mundial, como lo es Julián Fernández, Cirujano Maestro de la cirugía plástica argentina.

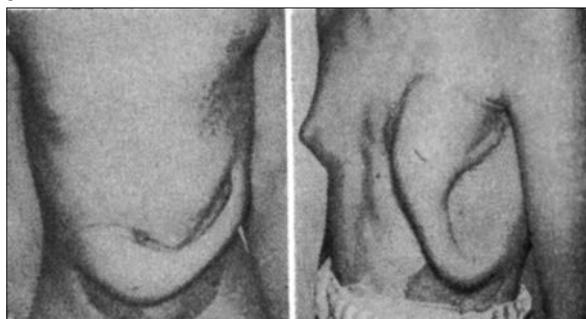
En su momento hace notar las sustanciales diferencias de diseño existentes entre ambos colgajos. Éste, el de Gillies, tiene una dirección oblicua, que atraviesa la línea media abdominal y termina en forma de “raqueta”, cuyo mango es un largo tubo que corresponde al extremo proximal del colgajo, originando una larga cicatriz difícil de disimular. La zona peri-umbilical que corresponde a la parte más ancha de la “raqueta”, debe ser injertada, agregándose otra secuela antiestética.

Requiere de varios tiempos operatorios al igual que el colgajo de Fernández, que es una constante en todos los colgajos dermo-grasos donde no se identifica un patrón vascular dominante (Figuras 5 y 6).<sup>11</sup>

**Figura 5.** Diseño en forma de “raqueta” del colgajo de Gillies.



**Figura 6.** Un caso clínico que ilustra el libro *Principles and Art of Plastic Surgery* de Gillies y Millard publicado por Ed Little, Brown & Co, Boston, 1957.



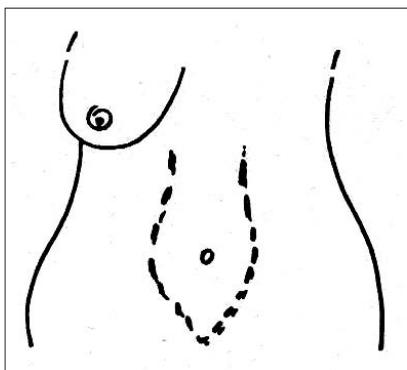
La técnica ideada por Julián Fernández tiene ventajas sobre otras de su tipo, como ya fue esbozado más arriba y se puede enumerar como sigue: 1) el ombligo que se evierte a modo de guante forma el nuevo pezón; 2) es un colgajo plano, que soslaya los inconvenientes de un colgajo tubular; 3) tiene un diseño vertical coincidente con el eje vascular “epigástrica superior-epigástrica inferior”; 4) el colgajo vertical permite realizar con el cierre de la zona dadora, una dermolipsectomía vertical, con su consecuente beneficio adicional al reducir la circunferencia de la cintura; 5) el nuevo ombligo es confeccionado en un lugar estéticamente conveniente; 6) el abordaje vertical facilita el tratamiento de hernias o eventraciones de la línea media y la plicatura del rafe medio se realiza con mayor comodidad; y por sobre todo lo expuesto hasta aquí, 7) provee suficiente tejido para

conformar una mama de forma, consistencia y tamaño adecuado, sin la necesidad de incluir una prótesis.

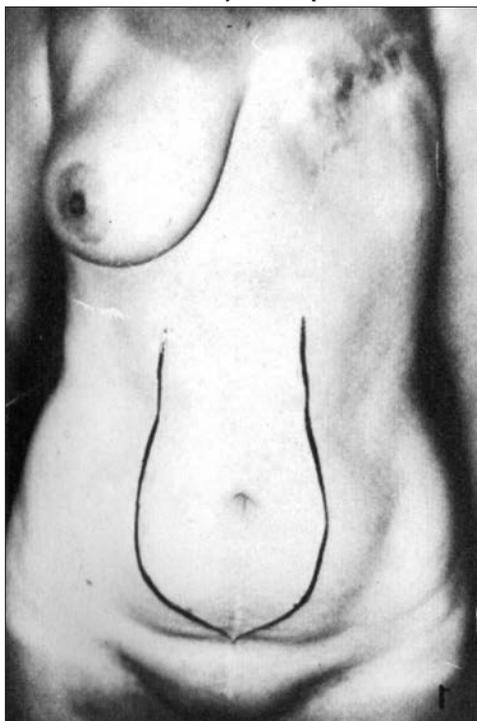
Es oportuno agregar que la mencionada dermolipectomía con incisión vertical es otra creación de Julián Fernández -realizada en conjunto con el Dr Miguel Correa Iturraspe- en el año 1951.<sup>10-12</sup>

Como contrapartida, requiere hasta cuatro tiempos quirúrgicos, que demandan alrededor de 45 días: los dos primeros son diferidos sobre el lecho, para re-direccionar la circulación vascular (Figuras 7, 8 y 9).

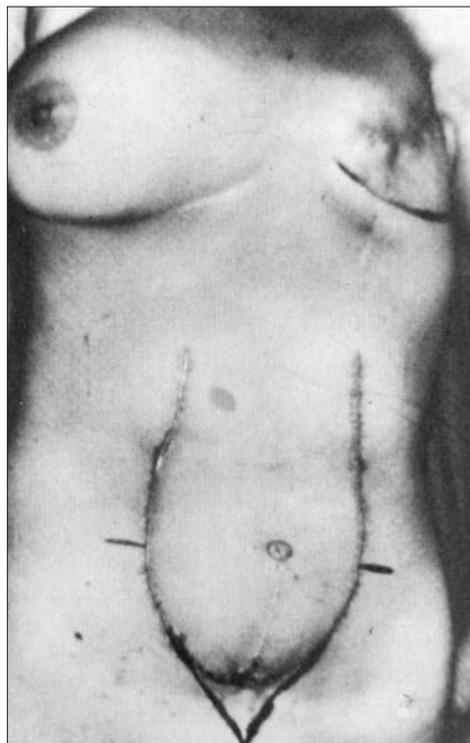
**Figura 7.** Esquema de la marcación de la técnica de J Fernández.



**Figura 8.** Marcación preoperatoria de la técnica de J Fernández sobre una paciente. Foto del Dr H Cachay Velásquez.



**Figura 9.** Marcación previa luego de los dos primeros tiempos quirúrgicos. Foto del Dr H Cachay Velásquez.



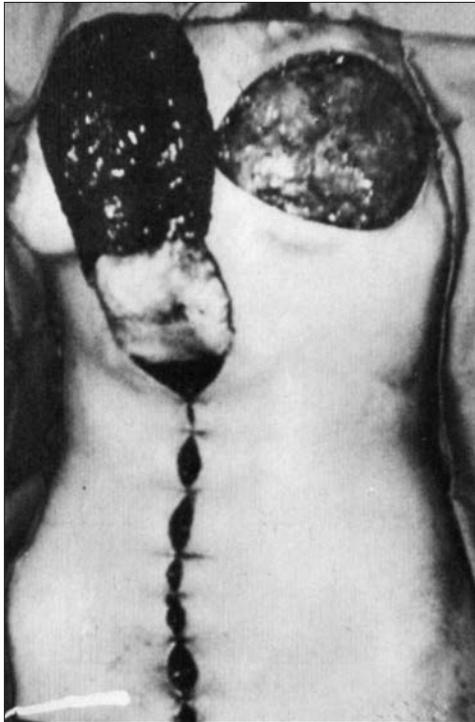
En el tercero se lo traslada al tórax, conservando el pedículo indemne (Figuras 10 y 11) y en el último se independiza de su pedículo; se corrige la cicatriz medio-abdominal y se confeccionan el nuevo ombligo y la nueva aréola (Figuras 12 y 13).<sup>10</sup>

A pesar del recaudo de reiterados diferidos, existe la posibilidad de necrosis del extremo distal del colgajo, que corresponde al polo superior de la mama reconstruida.

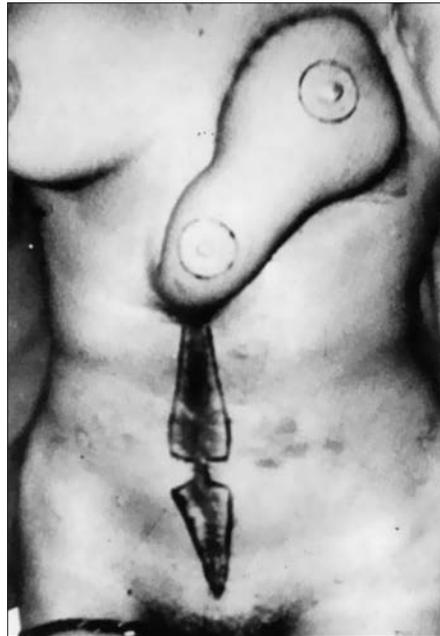
Esta técnica ha recibido modificaciones y fue empleada por cirujanos de varios países y dio origen a otras técnicas como se verá más adelante.

Uno de nosotros, el 1º de marzo de 1975 inició su formación en la especialidad en la Sección Cirugía Plástica de la 1ª Cátedra de Cirugía del Hospital Escuela "José de San Martín" de la Universidad de Buenos Aires, cuyo jefe era el Dr Raúl Esteban Laguinge. En los quirófanos de ese Hospital se realizaba de ordinario la reconstrucción mamaria con esa técnica. Rememoramos haber compartido con aquellos colegas, las esperadas y fructíferas reuniones con el Maestro Julián Fernández, con motivo de los ateneos de los días miércoles. Eran reuniones afables de alto contenido científico intercaladas por jugosas anécdotas donde no estaba ausente el arte. En particular

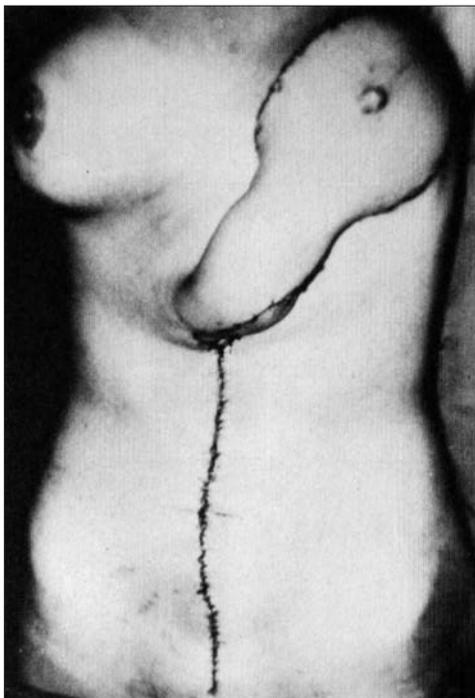
**Figura 10.** En el tercer tiempo se reseca la piel cicatricial del tórax, se levanta el colgajo abdominal y se lo traslada a la región mamaria. Foto del Dr H Cachay Velásquez.



**Figura 12.** En el cuarto tiempo se independiza el colgajo de su pedículo, se refina la cicatriz abdominal y se diseñan los colgajos trapezoidales de J Fernández para hacer el nuevo ombligo y se reconstruye la areola injertando piel tomada del pie del pedículo. Foto del Dr H Cachay Velásquez.



**Figura 11.** Se ubica el colgajo y se cierra el abdomen. Obsérvese el nuevo pezón formado a partir del ombligo. Foto del Dr H Cachay Velásquez.



**Figura 13.** Por último, se da forma a la nueva mama y se confecciona el nuevo ombligo junto al cierre del abdomen. Foto del Dr H Cachay Velásquez.



el maestro era un exquisito erudito de la zarzuela. También se lo recuerda por su admirable bonhomía y persona de bien.

Por todo ello, al ingenioso creador, el Cirujano Maestro Julián Fernández, le brindamos a través de estas líneas, nuestro respetuoso reconocimiento.

### Enrique Gandolfo y su colgajo musculo-cutáneo

El otro cirujano argentino, motivo de este artículo, es el Dr Enrique Aldo Gandolfo, autor de la técnica de reconstrucción mamaria que utiliza también tejido del abdomen inferior, que es transportado a la región mamaria por el/los músculo/s recto abdominal (Figura 14).

**Figura 14.** Dr Enrique Aldo Gandolfo.



Gandolfo se desempeñó como jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Municipal de Oncología desde 1970 hasta 1995. Sucedió en dicho cargo al Cirujano Maestro Prof Dr Héctor Salvador Marino. Tanto Gandolfo como el Dr Rodolfo Toledo Ríos -su estrecho colaborador- aún recuerdan con afecto y admiración el paso de Marino por nuestro Hospital.

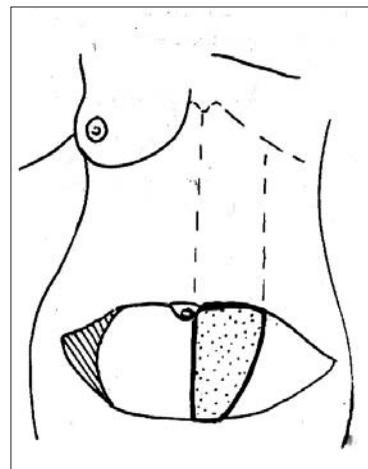
Gandolfo ha reconocido que la técnica de reconstrucción mamaria de su preferencia y que le brindaba mayor satisfacción, era la técnica de Julián Fernández.

Pero la serie de diferidos que conlleva y el riesgo de necrosis de su extremo distal, lo encaminaron en la búsqueda de otra solución. Él creía que la misma estaba en la anastomosis microquirúrgica entre los vasos del abdomen inferior y los vasos de la región mamaria. Con esa finalidad se enfocó en el estudio y en la investigación realizada en tres áreas: 1) en el transcurso del año 1978 en la Universidad de Buenos Aires, realizó un curso de microcirugía que estaba dirigido a neurocirujanos; 2) durante el año 1979, también en el ámbito de la Universidad de Buenos Aires, realizó disecciones anatómicas en la 2ª Cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina; 3) al mismo tiempo, en sus propios casos clínicos, mientras ejecutaba una abdominoplastia, investigaba la circulación vascular de la región abdominal, en par-

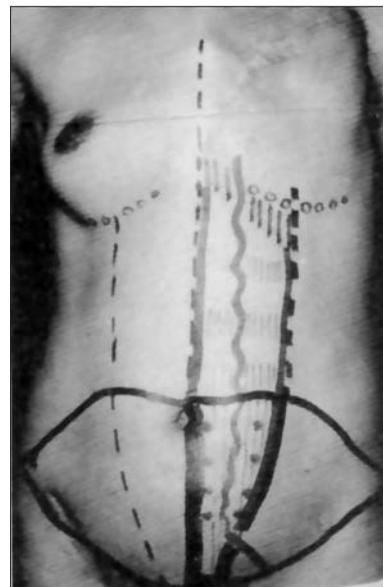
titular la porción que es eliminada en una dermolipsectomía con fines estéticos con incisión horizontal, que a la postre son los tejidos que darían forma a la nueva mama.

Basado en estas exploraciones, Gandolfo deduce que la anastomosis microquirúrgica requería de un equipo especialmente entrenado y aun así se corría el riesgo de fracasos por trombosis vascular; y descubre que los vasos perforantes de uno solo de los rectos abdominales eran suficientes para nutrir el 80% (4/5 partes) del colgajo abdominal, viéndose obligado a reseca la quinta parte restante (Figuras 15 y 16).<sup>5,13</sup>

**Figura 15.** Esquema realizado por Gandolfo remarcando la 1/5 parte a reseca ubicada en el extremo más alejado del músculo a utilizar.



**Figura 16.** Marcación preoperatoria en un caso clínico operado por Gandolfo.



La necesidad, la inquietud, la investigación y el estudio dieron sus frutos y fueron coronados con éxito con la primera paciente operada con esta técnica -a nivel mundial- el 22 de julio de 1980, según los registros que se disponen.<sup>5</sup>

En sus dos primeros casos, operados en nuestro hospital, luego de la disección del colgajo, se reseca esa quinta parte distal, con evidente insuficiencia vascular y se lo apoyó nuevamente en su lecho por el término de siete días, hasta el traslado definitivo a la región mamaria.

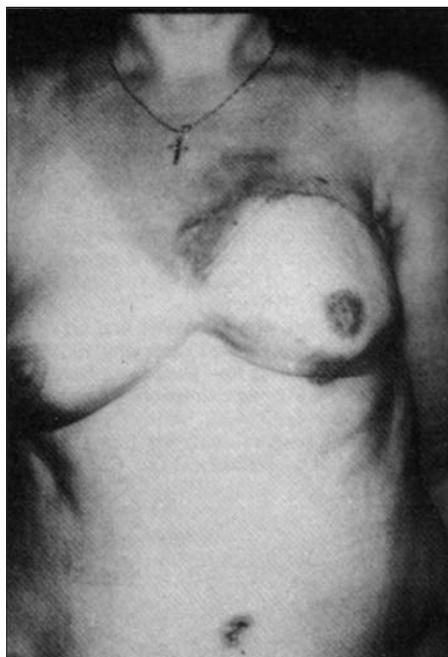
Para salvar la debilidad de la pared abdominal por debajo de la línea arqueada (arco de Douglas), debido a la falta de contención músculo-aponeurótica, se realizan descargas sobre los músculos oblicuos del mismo lado del recto seccionado, sin necesidad de colocar una malla sintética.<sup>13</sup>

La dermolipectomía se termina de acuerdo con las maniobras habituales y el complejo aréola-pezones se reconstruye en forma diferida. Ese segundo tiempo es la oportunidad para realizar el tratamiento estético de la mama contralateral (Figuras 17, 18 y 19).<sup>13</sup>

**Figura 17.** Traslado del colgajo abdominal mio-cutáneo a la región mamaria a través de un túnel labrado en epigastrio.



**Figura 19.** Vista a los 12 meses de postoperatorio de la reconstrucción.



**Figura 18.** Vista preoperatoria de una paciente intervenida por Gandolfo.



La técnica creada por Gandolfo fue publicada en la *Revista Argentina de Cirugía Plástica* en su primer número del año 1982 y en el *British Journal of Plastic Surgery* (revista británica de la especialidad), en el número 4 del mismo año. De manera contemporánea el cirujano norteamericano Carl R Hartrampf y colaboradores hacen lo propio en el *Plastic and Reconstructive Surgery* (revista norteamericana de la especialidad) acerca de una técnica semejante.<sup>5, 13-15</sup>

En el período transcurrido entre 1980 y 1995, reconoce haber realizado 350 reconstrucciones con este colgajo.<sup>16</sup>

Gandolfo en su actividad asistencial y docente sigue actualmente difundiendo a las nuevas generaciones con dinamismo su aquilatada experiencia. Va nuestro reconocimiento a su trayectoria.

**Discusión**

El gran desarrollo alcanzado en el tratamiento de la mama enferma, ha engendrado, como un apéndice de la cirugía plástica reconstructiva, a la Oncoplastia, área en la que se han perfeccionado las técnicas descriptas, que dieron motivo a este artículo.

Hace más de un siglo, en los albores de la cirugía mamaria, la técnica habitualmente empleada era la de Halsted (1891), con sus posteriores modificaciones. Su extrema agresividad no se detenía en la remoción de los pectorales, sino que incluía a la piel mamaria, al extremo de necesitar un auto-injerto para lograr cerrar la herida quirúrgica, como lo menciona una comunicación de H Marino.<sup>17</sup>

No se disponía de demasiados colgajos para reparar la lesión torácica originada por la mastectomía o secundaria al efecto actínico de la radioterapia, algunas veces de gran severidad. Julián Fernández tuvo el ingenio de asociar las ventajas del colgajo de Gillies (1943) con los beneficios otorgados por su dermolipectomía con incisión vertical (1951).<sup>12, 18</sup>

La debilidad de su técnica, que adolecía de varios diferidos y el insuficiente aporte vascular en su extremo distal, producto de un deficiente retorno venoso que se origina al rotar alrededor de 150º el colgajo, al momento de su traslado a la región mamaria, fue suficiente aliciente para que Gandolfo concibiera su técnica.

Toyomi Fujino (1967) y John B Mc Craw (1977) en sendas publicaciones dan a conocer la circulación axial y de perforantes de los colgajos, estimulando a que Yoshiaki Tai (1974), Robert G Brown (1975) y William M Davis (1977), diseñaran el denominado colgajo transverso abdominal, basado en las perforantes del músculo recto del abdomen.<sup>5</sup>

Cuando se desempeñaba en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Regional de Mercedes, departamento de Soriano, República Oriental del Uruguay, John M Drever (1977) publica el colgajo epigástrico en isla, para el cual utiliza parcialmente dicho músculo.<sup>5, 19</sup>

El cirujano australiano Thomas H Robbins (1979) traslada tejido del hemiabdomen superior a través de un colgajo musculocutáneo en isla, utilizando sólo la mitad superior del músculo recto del abdomen.<sup>20</sup>

Basados en estos conocimientos, los cirujanos plásticos argentinos Héctor Salvador Marino (h) y Pedro Luis Dogliotti (1981) publican un caso intervenido en nuestro Hospital, empleando un colgajo abdominal bipediculado (donde se utilizaron ambos músculos), el que provee tejido suficiente para formar una mama de buen volumen, "sin el agregado de una prótesis".<sup>5, 21</sup>

La técnica ideada por Gandolfo sobresale por sobre las otras utilizadas en su época, debido a las siguientes características:

a. Utiliza exclusivamente como zona dadora al abdomen por debajo del ombligo. El colgajo es parte de los tejidos que se eliminan en una dermolipectomía con incisión horizontal. Gandolfo prefería la marcación en "W", técnica de P Regnault (1975) que le brindaba una cicatriz más estética.

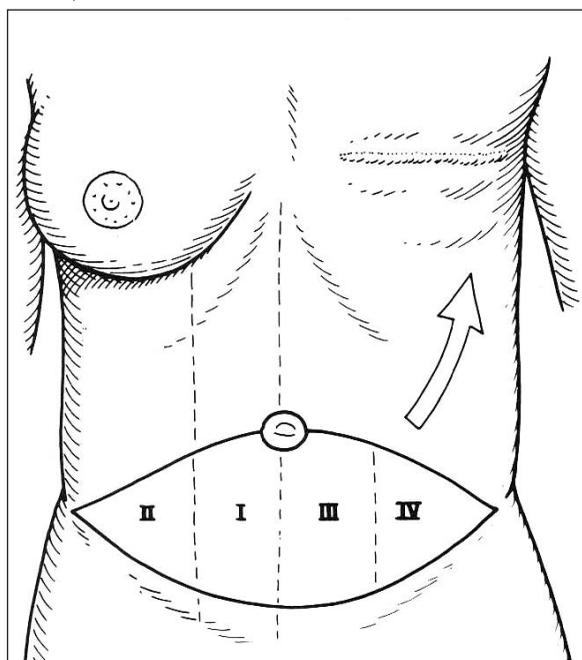
b. Apoyado en su investigación anatómica y clínica quirúrgica previa, le permite prever la insuficiente nutrición del extremo del colgajo más alejado del músculo utilizado. Interpreta que una quinta parte debe ser desechada, algo que dos años después se establece como norma: el esquema que divide al colgajo en cuatro sectores (I, II, III y IV) (Figuras 20 y 21).<sup>22</sup>

c. Advierte la debilidad de la pared abdominal por debajo de la línea arqueada e indica el cierre directo luego de realizar incisiones de descargas en la aponeurosis de los oblicuos (Zavaleta, 1952), maniobra que puede ser innecesaria en los abdómenes flácidos. No emplea material sintético para reforzar la pared.

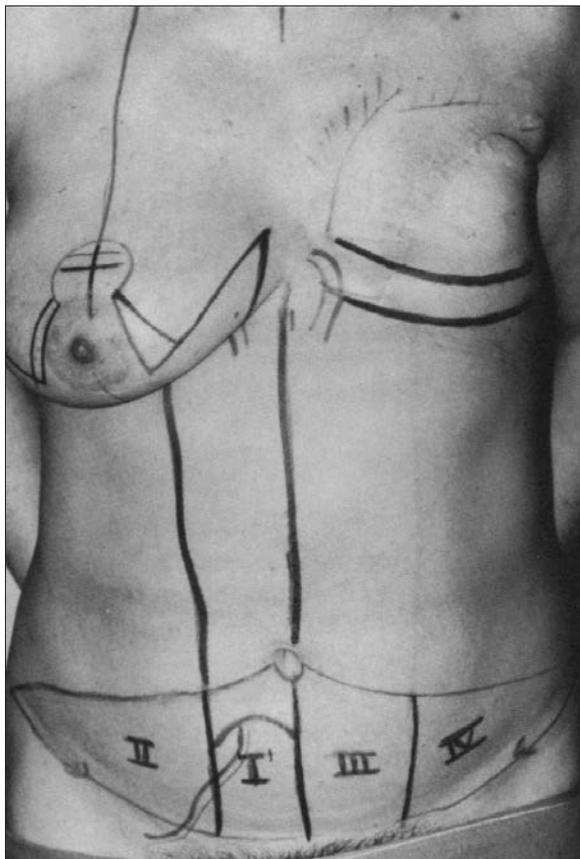
d. Este defecto de la pared abdominal no sucede en las técnicas cuyo colgajo está por arriba del ombligo (Robbins; Drever; Dinner; Marino-Dogliotti y diseño supra-umbilical de Hartrampf). En su lugar, adolecen de un suficiente radio de giro al trasladarlo y la cicatriz conseguida es difícil de disimular.

e. No se desprende al músculo de su inserción esterno-costal ni se reseca cartílago costal alguno -para darle mayor independencia a los vasos epigástricos superiores al momento del giro del colgajo- evitando la posible lesión de la pleura.

**Figura 20.** Esquema mostrando los 4 sectores de "seguridad", donde el IV debe ser desechado.



**Figura 21.** Marcación sobre la piel de los 4 sectores, cuando se emplea un solo músculo.<sup>22</sup>



Por todo lo expuesto hasta aquí, se puede inferir que al momento de las publicaciones vertidas en 1982, esta técnica satisfacía las expectativas y necesidades que se le reclamaba. En un solo tiempo quirúrgico proveía una mama de forma y volumen adecuados, con poca o nula morbilidad y la secuela cicatricial era fácilmente disimulada tan sólo con la ropa interior o un mínimo traje de baño.

### Conclusiones

La reconstrucción mamaria postmastectomía ha mostrado ser todo un desafío para la medicina y eso lleva más de un siglo. Ha despertado la creatividad de un sinnúmero de cirujanos plásticos de todo el mundo. Ello se debe principalmente a su noble meta: devolverle a la paciente su identidad corporal perdida por la cirugía oncológica mamaria.

Durante la segunda mitad del siglo XX la reconstrucción mamaria ha recibido el aporte trascendente de cirujanos plásticos argentinos, los doctores Julián Fernández (del Hospital de Clínicas) y Enrique Gan-

dolfo (del Hospital de Oncología María Curie).

A través de estas páginas promovemos la difusión de esos hechos para que las nuevas generaciones conozcan a nuestros pioneros.

### Bibliografía

1. Fernández JC: Reconstrucción mamaria. Rev Arg Cir 1971 20:120-21.
2. Bland IK, Bland KI, Copeland EM: La Mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas de la mama. Tomo II. Editorial Médica Panamericana, 3ª edición. Buenos Aires, 2007. Pag. 955-58.
3. Uriburu JV: Mastectomía radical. En Uriburu JV: La mama. Estructura, patología, diagnóstico y tratamiento. Tomo 2. Buenos Aires, López Libreros Editores, segunda edición, 1983. Pag. 603.
4. Maxwell GP: Iginio Tansini and the origin of the latissimus dorsi musculocutaneous flap. Plast Reconst Surg 1980 65(5):686-92.
5. Soria JH, Tuero A y Toledo Ríos R: El origen del colgajo TRAM para reconstrucción mamaria post-mastectomía. Rev Arg Cir Plast 2014 XX (3):96-104.

6. Fernández JC: Reconstrucción mamaria. Bol Trab Soc Cir Bs As 1968 52(5):86-91.
7. Fernández JC: Reconstrucción mamaria inmediata a la mastectomía. Bol Trab Acad Argent Cir 1969 53:352-57.
8. Fernández JC: Reconstrucción mamaria. Experiencia actual con nuestra técnica. Bol Trab Acad Argent Cir 1972 56:129.
9. La Ruffa H: Cirugía reconstructiva de la región mamaria. Rev Argent Cir 1978 35:101-06.
10. Cachay Velásquez H, Laguinde RE y Yukelson J: La técnica de Julián Fernández en la reconstrucción mamaria. Cir Plast Iberolatinoamer 1981 7(3):315-23.
11. Marino H: Reconstrucción mamaria después de la mastectomía. En Uriburu JV: La Mama. Estructura, patología, diagnóstico y tratamiento. Tomo 2. Buenos Aires, López Libreros Editores, segunda edición, 1983. Pag. 1381-1434.
12. Soria JH, Alé AG y Cachay Velásquez H: Marcación de la dermolipectomía abdominal vertical. Una técnica trascendente. Rev Arg Cir Plast 2012 XVIII (1):15-23.
13. Gandolfo E: Nueva técnica para reconstrucción de mama. Rev Arg Cir Plast 1982 6(1):54-64.
14. Gandolfo EA: Breast reconstruction with a lower abdominal myocutaneous flap. Br J Plast Surg 1982 35(4):452-57.
15. Hartrampf CR, Schefflan MD and Black PW: Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. Plast Reconst Surg 1982 69(2):216-24.
16. Gandolfo EA: Homenaje al Dr. Héctor Marino. Rev Arg Cir Plast 2011 XVII (3):136-38.
17. Finochietto E y Marino H: Cáncer de mama. Operación de Halsted. La Semana Médica 1943 8:685.
18. Soria JH, Tuero AA y Conde CG: Radiolesión de pared torácica: Reparación con colgajo del músculo Pectoral Mayor. Rev Arg Cir Plast 2011 XVII (4):177-82.
19. Drever JM: The epigastric island flap. Plast Reconst Surg 1977 59(3):343-46.
20. Robbins TH: Rectus abdominis myocutaneous flap for breast reconstruction. Aust N Z J Surg 1979 49(5):527-30.
21. Marino H jr. and Dogliotti P: Mamary reconstruction with bipediced abdominal flap. Plast Reconst Surg 1981 68(6):933-36.
22. Dinner MI and Dowden RV: The operative technique of the transverse abdominal island flap for breast reconstruction. Cl Plast Surg 1984 11(2):317-331.

# Modernidad, ciencia y medicina

Dr Horacio A Dolcini

Doctor en Medicina. Co-Director Código de Ética, AMA. SEM Presidente de la Sociedad de Ética en Medicina, AMA. Profesor Honoris causa, Instituto Universitario Italiano de Rosario.

### Resumen

La presente revisión analiza los criterios de Modernidad desde sus orígenes así como el desarrollo e impacto de la Ciencia y la Tecnología. La Medicina ha recibido y experimentado numerosos cambios y el problema actual es encarar el cuidado de la persona padeciente con un criterio humanista, que necesita ser renovado para poder mantener el fundamento de su accionar durante siglos, actualizado en el seno de la CyT.

**Palabras claves.** Épocas, ciencia, medicina.

### Modernity, Science and Medicine

#### Summary

The present work reviews the Modernity criteria from their origins, together with the development and impact of the Science & Technology (C&T). Medicine received and experimented several changes and the actual problem is the care of the patient, up to date with the C&T.

**Key words.** Epochs, science, medicine.

*“Es la Medicina la mas bella y noble de todas las artes, mas el desacierto de algunos médicos al ejercerla y la apreciación superficial de muchos profanos para juzgarla, hacen que no sea valuada como se lo merece.”*

Hipócrates (Siglo IV a.C.)

### Introducción y aspectos generales

La idea de Modernidad se ha incorporado a la filosofía a partir del Siglo XVIII desde la idea del sentido “racional” en el lenguaje habitual de Occidente.

Lo “racional” (Ciencia, Arte, Estado, Economía, etc) tuvo una significativa influencia sobre la Reli-

gión, produciendo un estado de secularización que evolucionó hacia esferas culturales de valor, junto a marcados cambios sociales. Entre estos cambios se cuentan la organización institucional de la economía y la acción administrativa orientada hacia fines.

Otro aspecto importante lo constituyó el cambio de pautas de socialización que condujeron hacia una tendencia a la individualización, que configura un trasfondo que se irá viendo a lo largo del texto presente.

La racionalidad, por su parte, se desprende del contexto histórico cultural y se canaliza a tra-vés de un sentido de modernidad social, limitado a cumplir con las leyes funcionales de la economía, la política, la ciencia y la técnica (CyT).

Cronológicamente lo que ocurre en primer lugar es el descubrimiento del Nuevo Mundo, que junto al Renacimiento y la Reforma (alrededor del 1.500), separan la Edad Media de la Edad Moderna.

El sentido que le otorga la Filosofía a estas circunstancias de cambio se caracteriza por la aceleración del presente y la diversificación del futuro, junto a la imposibilidad de continuar con modelos de otras épocas así como la necesidad de crear una normatividad que surja por sí misma, dejando de lado la que fuera, hasta entonces, la predominante influencia de la Antigüedad y la Religión.

Un aspecto muy importante se vincula al sentido de modernidad en el arte, tema que no podemos considerar en esta ocasión.

En la relación entre Modernidad e Historia se encuentra otra ruptura significativa caracterizada por una expectativa de progreso con un fondo de utopía: “el sentido fundamental de la historia se encuentra en el futuro”.

Volviendo al tema esencial de la subjetividad en el tiempo de la Modernidad, ésta se caracteriza por: a) individualismo; b) derecho a las críticas c) autonomía de acción; d) filosofía idealista. Y estos principios conducen a la necesidad del conocimiento más profundo posible, para dominarla a través de un enfoque científico especial, que oportunamente veremos en mayor detalle.

La idea de la subjetividad se ha expresado en la filosofía a través del “pienso, luego existo” de Descartes y el desarrollo de la idea de la autoconciencia

---

**Correspondencia.** Dr Horacio A Dolcini  
E-mail: patriciarossid@hotmail.com

de Kant, quien propone a la razón como forma de justificar toda pretensión de validez.

La ruptura de la Modernidad con el pasado obliga a los filósofos a buscar la idea del Absoluto, en forma de permitir a la razón ejercer una acción de carácter unificador que represente una realidad en la relación e importancia de la Historia, para así poder mantener el sentido de continuidad de la vida. Ésta se encuentra encarnada en la fuerza de la Religión, que por otra parte no consigue reconciliarse con la razón, ni siquiera con el suceso de la Reforma, que intenta cambiar el sentido del cristianismo primitivo.

Volviendo al aspecto tan significativo de la libertad subjetiva, ésta se realiza en la sociedad a través del derecho privado que protege los intereses propios así como el Estado otorga aquellos que conducen a la acción política de la voluntad de las personas.

A continuación aparece aquello que se ha llamado (no sin discusión) Posmodernidad, etapa crítica de la Razón que desemboca en su identificación con el Poder, que se encarna en los conflictos ideológico-políticos de fines del siglo XIX y principios del XX y que representan la confrontación del "hombre social" con el "hombre burgués".

En ese ámbito es fundamental la idea del proceso de producción, que aparte de la división que produce en la interpretación y consideración del hombre y el trabajo, configura el elemento constituyente esencial del desarrollo científico-tecnológico, que deriva de la puesta en acción de una "praxis con arreglo a fines". En este concepto se incluye el conocimiento de las complejidades de la necesidad -impuesta por la economía- de un control administrativo que se detecta y funciona en todos los ámbitos de la existencia.

Este sistema conlleva situaciones conflictivas de carácter social, que exigen a las Ciencias del Espíritu hacerse cargo de una filosofía casi abandonada, así como el arte, la ética y la religión. Y esto significa tratar de mantener la integridad de la vida interior, que en forma de Libertad debe permitir la adaptación socio-cultural al ahora distinto ámbito exterior.

Y en este momento se puede preguntar: y la racionalidad, ¿dónde está, justo ahora que es tan necesaria? Pues ella surge cuando se intentan definir los procedimientos sociales y los valores que sean capaces de guiar su desarrollo hacia mejores formas de vida, aquello que se ha llamado "la vida buena", porque la complejidad que ha ido adquiriendo la vida, a partir de la Modernidad, ha hecho imperativo lograr, entre otras cosas, un desarrollo científico que permita prever o resolver los problemas mediante un conocimiento fundado en verdades teóricas absolutas.

Y aquí se va a fundar una paradoja que está haciendo crisis en la época actual y ella consiste en una superposición de intereses compartidos entre la Ciencia y el Mundo de la Vida, donde la primera es considerada en forma exageradamente objetiva, que por tal razón le hace perder el sentido vital que es su característica.

El dominio de la Ciencia sobre el individuo y la sociedad, así como el poder que otorga la Tecnología, han estimulado la individuación [subjetividad en una forma donde se asocia Co-nocimiento e Interés (poder)], creando un estado que no resulta bien adaptativo para mejorar el desarrollo del ser humano.

Debido a estos argumentos, que deberían desarrollarse más extensamente, la Ciencia pierde el sentido objetivo de sus enunciados, en razón a la presión de sus intereses que perturban intereses científicos verdaderos, como la conservación de la vida en la difícil ecuación entre Individuo y Medio Ambiente. El mejoramiento de los problemas de esta índole, necesita una sociedad en la que crezca la capacidad de decisiones autónomas de sus miembros para poder lograr acuerdos que estimulen la libertad personal, junto con el sentido de pertenencia social.

La ecuación no es de aquellas donde se encuentran relaciones directas en Causa/Efecto, por-que la Tecnología no hace habitualmente previsiones en lo que respecta a resultados no adaptativos, aunque se la llame "acción racional con respecto a fines".

De todas formas, la CyT del mundo actual se ha convertido en una importante fuerza productiva que se relaciona directamente con el progreso económico, que debido a su influencia sobre el sistema social, evoluciona en el mismo sentido que el progreso CyT. Sin embargo, hay paradojas que configuran problemas: por un lado, los modernísimos aparatos de producción y defensa, y por el otro, el estancamiento en los sistemas de intercambio, salud y educación. Hay además otros problemas en los sistemas de compensación -con la repercusión socio-política que es de imaginar- lo que ha hecho decir a algunos filósofos que la CyT es "ideología", más aun cuando se prevén técnicas de control del comportamiento y de modificación de la personalidad cuya lectura produce sensaciones de asombro y temor por el futuro.

Veamos ahora las relaciones que se organizan a partir de la relación entre Modernidad y Ciencia. Esta última proporciona un poder de dirección y cambio sobre el mundo en el que los humanos gozamos del privilegio y a veces el sufrimiento de la condena de vivir.

Y hay una particularidad, que es: la Ciencia entra en el Mundo de la Vida (en el sentido de Husserl) a través de la Tecnología, aunque esta ecuación necesitaría de un debate racional mediado por una interpretación lingüística y de sentido, que permita alcanzar comprensión a nivel consiente.

En un primer momento las Ciencias tenían una repercusión a nivel individual (estudio y aprendizaje), mientras que hoy su utilización práctica se encuentra casi exclusivamente a nivel social.

Veamos ahora qué ocurre a nivel de la Salud, donde utilizaremos el término Medicina con sentido amplio, reconociendo que abarca más que lo que atañe a la profesión específica.

Los intentos de introducir la Ciencia en lo que primariamente fue identificado como Arte (ver pala-

bras de Hipócrates) se relaciona al intento de enseñar una filosofía de la Naturaleza que poco a poco se va transformando en una teoría de procedimientos prácticos derivados del conocimiento científico y del desarrollo exponencial de la Tecnología, donde su aplicación ahora masiva convierte a la tarea médica en un componente importante del mundo del trabajo.

La Ciencia ya no forma educacional y profesionalmente, sino que enseña a proceder de una determinada forma que expresa el cambio entre la búsqueda del conocimiento del ser paciente y el conocimiento de la enfermedad en el ser humano.

La idea de la Medicina como formación para el ejercicio profesional, se ha transformado -en el contexto de una actitud ética- en una premisa social que la muestra como una necesidad de una comprensión del mundo de la vida, explicada en lenguaje científico, que además debería hacerse comprensible para personas que no lo poseen, y por lo tanto, tendrían dificultades para entenderlo.

Y ahora vamos a referirnos -brevemente- a cuál es la situación de la Medicina en el contexto de la época que hemos resumido más arriba.

Desde el punto de vista científico es razonable pensar que la matematización de la Naturaleza aparece como una necesidad para dar seriedad científica y certeza a las Ciencias de la Salud. En Medicina necesitamos cada vez más algo como una matriz de conocimiento biológico constituido por explicaciones verticales y cadenas causales que cuenten con lógica formal, informática y razonamiento estricto, además de la capacidad de entender al ser humano real, individuo y ser social, inseparable en sus partes y en su relación con la Naturaleza donde se desarrolla su vida.

Hay que realizar verdaderos esfuerzos para salir de la dicotomía entre Funcionales y Orgánicos, recordando entre otros a Rof Carballo y los factores que obran en forma permanente:

1. La urdimbre constituyente y la vinculación genética con los intermediarios químicos.
2. La asimetría hemisférica y la neurofisiología homolateral de la trascendencia.
3. Autocoides y neuropéptidos cerebrales.
4. La importancia de la transmisión morbosa de carácter familiar, con oncogenes específicos.
5. La significación de la psicoimmunología en padecimientos continuos de procesos mórbidos.
6. Las dificultades para el cuidado de la salud mediante un modelo bio-psico-socio-cultural y económico, en un ámbito donde existen fuertes intereses económicos, sociales y de prestigio, frente a la masificación y burocratización profesional, que ocurre en muchos países (uno de ellos es el nuestro).

Otras dificultades surgen de las deficiencias en la formación que se ha súper tecnificado, alejan-

do al profesional de la posibilidad de comprender y encontrar la verdad del conflicto adaptativo individual, reconociendo que es comprensible que la enfermedad sirva como refugio al infortunio o a la desgracia personal y que es el intento obcecado de querer entenderlo sólo desde un punto de vista científico, lo que nos aleja cada vez más de la verdadera realidad, que tiene un sentido que es una tarea fundamental descubrir. El fondo de la cuestión pasa por tratar de encontrar cómo nos nació el padecimiento orgánico o funcional y manteniendo en forma permanente el respeto por la necesidad y la dignidad de la persona que recurre a nosotros, porque en el respeto a la dignidad del otro se encuentra el fundamento de nuestra propia dignidad. Este principio se encuentra magníficamente representado en la frase de Sydenham: "Nadie ha sido tratado por mí de manera distinta a como yo quisiera ser tratado, si me enfermara del mismo mal".

Un problema mayor lo constituye el estado actual de las instituciones formadoras y las necesidades de adaptación de contenidos y formas, y este tema requeriría una importante revisión, que no podemos incluir en el presente, aunque mucho material se encuentra desarrollado en un libro publicado en el año 2008, *Medicina en busca de un nuevo paradigma*.

### Aspectos especiales

El Ser de las personas es una identidad histórica que se configura en el mundo en forma de un Proyecto. Cuando ellos recurren al profesional, es necesario comenzar a buscar el conocimiento de ese Proyecto, para tratar de entender lo que le pasa. En esa búsqueda habrá que evitar intentar entenderlo sólo a través de un pensamiento científico apoyado en la tecnología.

El objetivo fundamental es lograr un entendimiento de la persona a través del lenguaje comunicativo y la comprensión de la situación de vida individual y general.

Las entidades formadoras deberán revisar sus objetivos y medios para proporcionar los conocimientos que permitan formar un profesional capacitado para cumplir con todas las responsabilidades inherentes a su función.

### Addendum

La palabra es la médula de nuestras posibilidades y necesidades de relación interhumana. "La comunicación entre humanos es simbólica y mediada a través de la palabra" (Hans G Gadamer).

Los criterios institucionales, impuestos por los criterios de la medicina moderna, son atentatorios contra la necesidad y la importancia de la comunicación a través de la palabra.

De singular importancia es en la medicina el conocimiento y la capacidad de interpretar hermeneúticamente lo que expresa el paciente (ver Gadamer).

Un problema muy serio deriva del sentido hermético que muchas veces adoptan las palabras, comentarios o consejos médicos. En numerosas ocasiones se deben a una postura mental de superioridad, que no se condice con la función y responsabilidad médicas. Otras veces se produce por falta de conocimiento literario, que impide realizar explicaciones más claras y comprensibles, y también se deben a problemas de tiempo disponible (causa administrativa).

La palabra en medicina representa la imagen del cuerpo en el mundo así como la del mundo en el cuerpo, de ahí la interpenetración permanente de lo humano con la Naturaleza y cómo este hecho constituye el misterio profundo que encierra nuestro cuerpo.

La importancia de la palabra es esencial en la maternidad. Tan importante es la de la madre con el recién nacido, como la del médico con la madre.

La postura médica y el vocabulario habitual en relación con la maternidad derivan en una modalidad de interrelación en la que faltarían ciertas formas que en un sentido puedan identificarse con un trasfondo maternal-masculino.

El significado de “terapéutica” corresponde -etimológica y culturalmente- al concepto de “cuidar”, función que es realizada muy raramente por los médicos, con respecto a ciertos pacientes.

En una condición muy parecida se encuentra el contacto manual (palpación), aunque ello no ocurre como se consideraba en los primeros tiempos de la medicina (deshonroso), sino por desidia.

El “médico de familia” es otra figura casi desaparecida porque la atención en domicilio (ámbito de la familia) ha sido remplazada por las emergencias médicas, muchas veces tercerizadas.

Se ha dicho que “la medicina es la más humana de las ciencias, así como la más científica de las humanidades” (E Pellegrino).

Las formas de trato respetuoso e interesado en los problemas que plantean los pacientes deben profundizarse en las discapacidades -especialmente las comprensivas o de movilidad, en las enfermedades graves y en las situaciones que van a desembocar, a breve plazo, en la muerte.

El paso del tiempo ha mostrado la tendencia hacia una ética del rol central del paciente para equilibrar el cientificismo en el trato médico-paciente y en abuso en el uso de la tecnología.

### Bibliografía

1. Cullen, Carlos. *Crítica de las razones de educar*. Paidós, Buenos Aires, 1997.
2. Dolcini, HA- Yansenson, JF y cols. *Medicina: en busca de un nuevo paradigma*. Editorial Aka-dia, Buenos Aires, 2008.
3. Gadamer, Hans G. *Verdad y Método*. Ediciones Sígueme, Salamanca, 1997.
4. Habermas, J. *El discurso filosófico de la modernidad*. Katz Editores, Buenos Aires, 2008.
5. Habermas, J. *Ciencia y Tecnología como “ideología”*. Tecnos, Madrid, 2007.
6. Husserl E. *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Altaya, Barcelona, 1999.
7. Jaspers, K. *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa, España, 1988.
8. Kuhn, J. *The structure of the scientific revolution*. University of Chicago Press. Chicago, 1962.
9. Rof Carballo, J. *Teoría y práctica psicósomática*. Bilbao, España, 1984.
10. Von Weizsaecker, V. *El hombre enfermo*. Barcelona, 1956.

# Ética en salud, ¿esencial?

Lics Amanda N Rubilar,<sup>1</sup> María Teresa Rossi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Presidente Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina. Directora General Consultora ExcelGess.

<sup>2</sup> Directora Asociada Consultora ExcelGess.

### Resumen

El punto de encuentro que representa la salud entre lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica representa un medio para la realización personal y colectiva. Esta visión permite medir el éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar y el desarrollo. Desde esta perspectiva, las relaciones humanas desde la salud comprenden varias dimensiones éticas, que pueden entenderse como una serie de círculos concéntricos que, partiendo del nivel más elemental, el paciente del sistema de salud, llegan a integrarse en el sistema global y complejo de la biosfera. Es aquí donde el análisis debería estar guiado por principios éticos como el principio de responsabilidad de Hans Jonas o del desarrollo sostenible; y donde la salud asume su rol más crítico en la agenda del desarrollo, la seguridad global y la democracia. A su vez, los cambios fácticos asociados al fenómeno de la globalización muestran con mayor claridad la insuficiencia del modelo actual del management para producir eficacia, efectividad, eficiencia, calidad y seguridad e innovación permanente, en el accionar de las organizaciones de salud; razón por la cual es necesaria su reformulación.

**Palabras claves.** Salud, desarrollo, bioética, ética organizacional, segundo estado de evolución de la bioética, management, creatividad, innovación en salud, investigación en sistemas de salud.

### Ethics in healthcare, are they essential?

#### Summary

Health is a meeting point of the biological and the social, individuals and community, economic policy and social policy which represents a means of personal and collecti-

ve accomplishment. This view allows you to measure the success of a society and its institutions of Government in the pursuit of well-being and development. From this perspective, human relations from health comprise several ethical dimensions, which can be understood as a series of concentric circles which, starting from the most basic level, the health system patient, become integrated into the global and the complex system of the biosphere. It is here where the analysis should be guided by ethical principles such as the principle of responsibility in Hans Jonas sense, or sustainable development, and where health assumes its more critical role in the development agenda, global security and democracy. At the same time, factual changes associated with the phenomenon of globalization are more clearly the inadequacy of the current model of management to produce efficiency, effectiveness, efficiency, quality and safety and ongoing innovation, the action of health organizations. This is the reason why its reformulation is necessary.

**Key words.** Health, development, bioethics, organizational ethics, second state of evolution of bioethics, management, creativity and innovation in health, health systems research.

Como afirma el Dr Julio Frenk,<sup>1</sup> salud es un punto de encuentro entre lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la política económica, por lo tanto, es un medio para la realización personal y colectiva. Desde esta perspectiva constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar, que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.

En este contexto la bioética resulta fundamental como ayuda al clínico para la resolución de conflictos éticos en la asistencia clínica diaria. Porque al aplicar el método deliberativo siempre se comienza con el análisis de los hechos, de los datos clínicos de un caso y a veces al hacerlo los integrantes del equipo de salud encuentran que en ocasiones no se está ante problemas éticos sino ante errores técnicos y su identificación puede ayudar a corregirlos. Pero además, el análisis ético actúa como un estímulo para la formación continua de los recursos

---

**Correspondencia.** Lic Amanda N Rubilar  
E-mail: anr.excelgess@gmail.com

humanos y por tanto contribuye a mejorar la formación científico-técnica.

La bioética facilita también la formación del equipo de salud en habilidades de comunicación, elemento fundamental a la hora de la aplicación real del consentimiento informado, de tener en cuenta los derechos del paciente y del manejo de las situaciones de conflictos en el desarrollo del proceso asistencial.

En síntesis, la bioética mejora la asistencia en los servicios de salud, al mejorar la formación científico-técnica (no maleficiencia, beneficiencia), respeta la autonomía de los pacientes (autonomía) y contribuye a la gestión eficiente de los recursos (justicia); todo lo cual contribuye a mejorar los resultados en salud, en lo referente a calidad y seguridad. Ratificando así, la importancia del eje que sustenta a las organizaciones de salud, docencia, asistencia e investigación.

A esto hay que sumar la ética de las organizaciones, que es el segundo nivel de desarrollo de la bioética. La ética de las organizaciones se ubica en un paradigma de corte sistémico, muy influido por la teoría de las organizaciones y la ética de la empresa, así lo afirma Robert Lyman Potter<sup>2</sup> en *From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of the evolution of bioethics*.

En este paradigma el ser humano forma parte de un entramado natural y social progresivamente más complejo e integrador, un sistema de sistemas. Las relaciones humanas desde la salud entonces comprenden varias dimensiones éticas que pueden entenderse como una serie de círculos concéntricos que, partiendo del nivel más elemental, el paciente del sistema de salud, llega a integrarse en el sistema global y complejo de la biosfera.

¿Cómo se puede visualizar así? Según el Dr Pablo Simón,<sup>3</sup> la bioética clínica incluye el entramado de relaciones humanas y decisiones clínicas que se encuentran en el *primer círculo*, el cual se articula en torno al paciente, y en las que junto con él participan fundamentalmente los profesionales del equipo de salud y familias. Pertenecen al campo de análisis denominado "micro", muy centrado en las relaciones y en la toma de decisiones clínicas concretas con repercusión inmediata en la salud o la vida del paciente, y con una orientación fuertemente contextual y relacionada con el caso específico.

El *segundo círculo* comprende al paciente, los profesionales y familias en el marco de la estructura humana, física y funcional donde se produce esa interacción que es la organización de servicios de salud. El centro de salud y la organización (hospital, clínica, sanatorio, etc.) tienen valores que los guían y un modo de estructurarse y funcionar que condicionan el encuentro profesional-paciente.

Esto hace que la ética de la organización de servicios de salud se ocupe de lo "meso", y se encuentre más centrada en lo corporativo y estructural, en los procedimientos, protocolos y procesos; por lo que su orientación será más normativa y preventiva que casuística.

En el *tercer círculo* que contiene a los dos anteriores se encuentra la ética de los sistemas de salud y de las políticas de salud, que guían y coordinan la manera de prestar atención de salud a toda una sociedad, municipio, provincia y Nación. Aquí están las cuestiones relativas a la manera de hacer efectivo el derecho a la salud y/o a la atención en servicios de salud, teniendo en cuenta aspectos de justicia en relación a la financiación, acceso y ámbito de la provisión de servicios de salud; es el nivel "macro" y se relaciona con las políticas.

Otro *círculo envolvente* puede ser, por ejemplo, el que incluya a la ética de la salud pública internacional, que comprende cuestiones como el análisis ético de las causas de la altísima morbimortalidad en los países pobres, y de sus posibles soluciones, o los problemas éticos de la investigación transnacional con seres humanos.

Un *círculo adicional* que envuelve todos los anteriores puede ser la ética ecológica global, donde se produciría la interacción entre la humanidad, la técnica, la economía y la política con toda la biosfera, con todo el planeta como ser vivo.

Éste sería el último nivel, donde se produciría la discusión de cuestiones relativas, por ejemplo, al agujero de ozono, a las especies y alimentos transgénicos o a las repercusiones de la clonación de seres humanos a escala general, y donde el análisis debería estar guiado por principios éticos como el principio de responsabilidad de Hans Jonas<sup>4</sup> o del desarrollo sostenible.

De lo expuesto, surgen los elementos necesarios para que quienes integran el equipo de salud le otorguen a cada organización en la que trabajan el perfil adecuado a los tiempos y demandas que requiere la población en este escenario globalizado. Perfil que debe ser reflexionado y consensuado por todos los actores y del que seguro surgirán diferentes estrategias a aplicar, ya que como afirma el Dr J Frenk,<sup>5</sup> tres tendencias están marcando el rostro de la salud mundial en el siglo XXI: a) la progresiva transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud, b) la multiplicación del número de actores en este campo, y c) el papel cada vez más crítico de la salud dentro de la agenda del desarrollo, la seguridad global y la democracia.

A su vez, en este siglo la centralidad del *management* en la vida moderna y los radicales cambios de paradigmas ocurridos en el *management* occidental en las últimas dos décadas son causa y efecto de cambios también radicales en los paradigmas filosóficos -epistemológicos y ontológicos- en los cuales se apoya la teoría del *management* y la teoría de organizaciones.

Los cambios fácticos asociados al fenómeno de la globalización están mostrando cada vez con mayor claridad la insuficiencia del modelo actual para producir eficacia, efectividad, eficiencia, calidad y seguridad e innovación permanente en el accionar de las

organizaciones de salud. Los paradigmas de *management* con esta base filosófica de sustentación han mostrado ser especialmente insuficientes y deficientes para lidiar con las complejidades propias del “recurso humano”. Es necesario trabajar también los valores y las emociones de los recursos humanos que integran la organización y nada mejor que el líder para lograrlo, ejerciendo un liderazgo centrado en principios, tal como lo expresa S R Covey.<sup>6</sup> La mejora del clima organizacional pasa entonces a ser un proceso permanente, complejo, profundo, de observación, comprensión y transformación de las emociones con que las personas actúan dentro de la organización.

Ejemplo de emociones que no ayudan al desarrollo del trabajo en equipo en los servicios de salud es la desconfianza que muchas veces se instala en las organizaciones de modo patológico, y hace fracasar la comunicación y la coordinación de las distintas actividades que componen el proceso asistencial. El miedo a perder el trabajo también influye negativamente en los servicios de salud. La falta de objetividad en el accionar diario de los recursos humanos en los servicios, los conocimientos insuficientes para realizar actividades, la carencia de la práctica necesaria para llevar a cabo determinada tarea, son elementos que aumentan la desconfianza entre los integrantes del equipo de salud. Los intereses que se manifiestan en determinadas oportunidades (en la incorporación de determinada tecnología o en la utilización de cierta terapéutica) por parte de quienes trabajan en la organización o de quienes son sus proveedores naturales o simplemente de las personas que demandan atención afectan la efectividad, eficiencia y eficacia de los servicios, así como también influyen negativamente sobre la equidad.

Todo lo expuesto incrementa a su vez el individualismo en el equipo de salud, fragmenta el proceso asistencial y no lo deja fluir naturalmente. Es ahí cuando los resultados en salud se ven afectados negativamente y el paciente puede verse expuesto a riesgos totalmente evitables e innecesarios.

Hay que tener en cuenta además que las tecnologías en los servicios de salud –entendidas como cualquier técnica, procedimiento, sistema organizativo, producto farmacéutico o de servicios de salud– han sufrido una importante evolución en los últimos años y han contribuido decisivamente a mejorar el estado de salud de la población.

El desarrollo de la tecnología médica se observa en:

- Diagnóstico molecular.
- Farmacogenómica.
- Terapias personalizadas, con una mayor precisión en el tratamiento gracias al conocimiento de las variaciones genéticas dentro de una misma enfermedad.
- Medicina regenerativa, con un incremento en la utilización de órganos, tejidos y células como estrategias terapéuticas.

- Imagen médica, con un incremento de la capacidad y precisión en la visualización del cuerpo humano.

La creciente velocidad de la innovación plantea retos a varios niveles:

1. La gestión de la innovación tecnológica aumenta la complejidad y la hiper-especialización; y además la rápida obsolescencia dificulta la inversión desde el punto de vista del financiamiento y del conocimiento.
2. El costo de la permanente renovación tecnológica incrementa los costos de los servicios, y estimula el desarrollo y crecimiento de la medicina privada. Es por ello que el estado estratégicamente debe actuar para que tanto el sector privado como el público optimicen los recursos para que ambos puedan obtener resultados exitosos.

Los retos de la innovación tecnológica y el desarrollo de la medicina personalizada van a influir notoriamente también en el cambio de modelo asistencial. La medicina individualizada responde a la necesidad actual de contar con una medicina más predictiva y preventiva que permita optimizar la efectividad de los tratamientos, ayudando así a contener el gasto salud.

Todos estos aspectos influyen para que la tendencia de los sistemas de salud sea buscar soluciones más efectivas y centradas en el paciente de modo real, ejemplo éste claro de innovación disruptiva que transforma las reglas de juego y abre nuevas posibilidades para la mejora continua y la seguridad (gestión del riesgo en servicios de salud).

Por estas razones es conveniente reflexionar en un nuevo modelo de organización hospitalaria / centro de salud configurado como un sistema vivo y abierto, claramente “influido por” y “proyectado a” los valores de las personas que componen la organización y su entorno. Y es fundamental tener siempre presente que las organizaciones de servicios de atención de la salud cumplen una función social esencial y su funcionamiento es sumamente complejo.

Hay un doble desafío de «entender» y «comprender» para adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de la población, especialmente en el sector salud, donde se exige respuestas crecientemente flexibles, oportunas, efectivas, eficientes y seguras. Por eso estas organizaciones necesitan ser más eficaces y eficientes, más cercanas a las personas a las que sirven, más abiertas a la participación ciudadana, al control social, más sensibles y dinámicas en adaptarse a las necesidades de las personas y comunidades.

El cambio requiere de grandes inversiones de energía, creatividad, capacidad, recursos, innovación, tiempo y perseverancia; requiere fundamentalmente trabajo en equipo real. Porque los cambios implican procesos y éstos fundamentalmente implican cambios culturales o paradigmáticos que son

profundos en el ámbito de los campos cognitivos, de actitud y de las normas sociales.

Hay personas más proclives a los cambios que otras y son las primeras que facilitan el intercambio de ideas y reflexiones sobre la modificación de los comportamientos; así como también de las antiguas maneras de comprender y actuar sobre la realidad, y son precisamente las personas más proclives a tomar los riesgos que hay que estar dispuestos a asumir. Este hecho no es ajeno a la cultura de los hospitales y centros de salud; se vive a diario. En los esfuerzos de innovar y de tomar iniciativas hay luchas de poder entre los distintos grupos internos y externos involucrados o afectados que modulan los avances y retrocesos como también hay aciertos y errores en tácticas o estrategias a los que hay que estar dispuesto a encontrarse en el camino del cambio. Todo ello hace del cambio en servicios de salud un proceso complejo, pero no imposible y de aplicación fundamental.

La Dirección debiera destinar gran parte de su tiempo a coordinar a sus colaboradores, facilitar, comunicar y perseverar en la búsqueda de una «**vocación institucional**» que responda a la razón de ser de su organización. Debe crear una visión de futuro, transmitirla y reafirmarla en su organización; necesita afianzar y conducir a equipos de personas que sean capaces de implementar un plan de acción para poner en funcionamiento estrategias de desarrollo organizacional.

Las personas que implementen estrategias de desarrollo organizacional requerirán de: un adecuado perfil (dependiendo de la fase del proceso); de incentivos adecuados; de un apoyo claro de la autoridad, sostenido y coherente desde los niveles superiores a la organización; de equipos de trabajo cohesionados que sean eficaces implementadores del cambio y a la vez que controlen adecuadamente las distintas fases de dicha implementación, tanto en los aspectos de corto como de largo plazo.

En salud ayuda mucho al cambio la educación continua de los recursos humanos que trabajan en la organización; así como también la formación, profesionalismo y objetividad de cada uno de los agentes que integran el equipo de salud; y la investigación en sistemas de salud.

No es lo mismo la gestión en una organización de salud, en un banco o de una escuela. Es esencial la formación de médicos u otros profesionales integrantes del equipo de salud en administración de servicios de salud y en salud pública; lo explica el Dr Abraam Sonis<sup>7</sup> en su libro *Salud Medicina y Desarrollo Económico-Social* en el cual se plantea en sus primeras páginas: “¿Qué oculista se pondrá a extraer amígdalas o enyesar fracturas? ¿Qué cardiólogo hará una apendicectomía o dirigirá un Servicio de Cirugía? ¿Por qué entonces creer que dirigir un hospital es más fácil y que puede hacerlo? ¿Que una campaña de inmunización consiste en enviar a un lugar elementos y en vacunar a la gente?” En su mo-

mento para organizar el sector salud el Dr Héctor V Noblía como Ministro de Asistencia Social y Salud Pública en julio 1959 crea la Escuela de Salud Pública como dependencia del Ministerio justamente para formar médicos especialistas en diversas especialidades clínicas, en administración de hospitales y en salud pública, así como personal auxiliar y técnico para colaborar en la administración de los establecimientos y servicios. En 1962 el curso de formación en Salud Pública pasó a depender de la ya creada Escuela de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la UBA.

Es importante reflexionar sobre el hospital de hoy en día. Probablemente, no sólo debe responder ante el “paciente promedio” actual, sino prepararse para responder al nuevo perfil del paciente del siglo XXI, paciente que es más informado y exigente (tiene acceso a información por medio de las tecnologías de información y comunicación TIC), tiene una expectativa de calidad distinta a la deseada por los actuales integrantes del equipo de salud; y prefiere un trato más personalizado, humano y que incluya la gestión del riesgo.

Lo mencionado hasta aquí permite inferir que es importante promover la participación de los usuarios en los servicios de salud, y las organizaciones que lo hagan pueden clasificarse como “super innovadoras”, a diferencia de su competencia, dado que tienen muchas más probabilidades de acertar cuando introducen nuevos productos, procesos o servicios.

Hoy en salud se debería reflexionar sobre:

- Ampliar el concepto de la innovación: desde los negocios hacia la innovación social.
- Velocidad y sincronización: desde las burocracias fragmentadas hacia alianzas flexibles; desde una mejor regulación hacia una regulación pro-innovación.
- Inversión en infraestructuras de futuro: teniendo en cuenta el medio ambiente y la banda ancha.
- Modelos de financiación innovadores: hacia nuevos actores y roles de la función pública; desde lo público “contra” lo privado hacia colaboraciones público-privadas.
- Nuevos lugares para nuevos tipos de colaboración: desde procesos cerrados hacia el poder de las redes.

Hay que tener en cuenta que la evaluación de resultados (desempeño) y la investigación son pilares esenciales en los servicios de salud porque aportan los elementos indispensables para analizar los ajustes que son necesarios llevar a cabo en el funcionamiento diario del hospital, clínica, sanatorio, centro de salud. Ajustes éstos que permiten armonizar el modo en que funcionan los servicios con la realidad de las comunidades que los demandan.

Organizaciones de salud transparentes que trabajen en la excelencia de sus servicios, en la gestión

del riesgo en sus procesos asistenciales van a producir resultados (desempeño) medibles en términos de efectividad, eficiencia, eficacia y equidad de sus servicios que pueden ser comparables por municipio, región, provincia y país.

Por eso la importancia y lo esencial de la ética en salud, en la gestión clínica, en la gestión del riesgo, en los cinco círculos concéntricos que abarcan desde el paciente en el sistema a su integración en el sistema global y complejo de la biósfera.

Este marco provee a los integrantes del equipo de salud los elementos necesarios para llevar adelante en la organización los cambios adecuados a las características de las mismas y conforme a las demandas de la población a la que atienden. A su vez, la apertura a la participación ciudadana y al control social, además de otorgarles transparencia a su desempeño, las vuelve sensibles y dinámicas en adaptarse a las necesidades de las personas.

### Bibliografía

1. Frenk Mora, Julio "La Nueva Salud Pública" Fondo de Cultura Económica, 3er. Edición, 2013, México, México.
2. Lyman Potter, R. "From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of the evolution of bioethics". Bioethics Forum, Summer, 1996. Bioethics Center, Kansas, Missouri, EEUU.
3. Simón, Pablo "La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética". Revista Calidad Asistencial 2002, Madrid, España.
4. Jonas, Hans. "El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica (ed. original, 1973, trad. cast. Ed, Herder, Barcelona, 1975), España.
5. Frenk, Mora, Julio; Octavio Gómez, Dantes "La globalización y la nueva salud pública". Salud Pública de México, Volumen: 49 / Nro.: 2, Marzo – Abril A2007, México.
6. Covey, Stephen R. "Liderazgo centrado en Principios", Buenos Aires, Paidós, 2013, Argentina.
7. Sonis, A. "Salud, Medicina y Desarrollo Económico – Social", EUDEBA, 1964, Argentina.

# REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

## 1. ENVÍO DE ORIGINALES

Los trabajos deberán ser remitidos a:  
Asociación Médica Argentina (Revista)  
Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF)  
Ciudad de Buenos Aires - República Argentina

### Los trabajos deben reunir las siguientes condiciones:

- Ser inéditos, no admitiéndose su publicación simultánea en otro medio.
- Mecanografiados en castellano, a doble espacio, papel formato carta, 70 espacios por renglón, 36 renglones por página.
- Cada trabajo debe contar con; Resumen; Summary; Título en inglés; Título corto en castellano; y un E-mail para correspondencia.
- Entregar original, una copia y el CD realizado en cualquier programa de PC. Se recomienda al autor conservar otra copia.
- Páginas numeradas en ángulo superior derecho.
- Sin escrituras ni referencias al dorso.
- Todos los autores deberán ser socios de la A.M.A., y estar al día con las cuotas societarias correspondientes.
- Los originales no se devuelven y quedan en el archivo de la Revista de la A.M.A.
- La primera página de los diferentes trabajos deberá constar de: título en castellano y en inglés; nombre y apellido completos de los autores, con el mayor título académico; centro de realización del trabajo; dirección para la correspondencia.
- Fotografía del autor/autores según corresponda, en alta resolución para ser publicadas en los trabajos.

## 2. MATERIAL ILUSTRATIVO

- Fotografías: diapositivas (blanco y negro o color), o copias fotográficas de 9 cm por 12 cm (exclusivamente en blanco y negro). Deberán estar numeradas al dorso, con nombre y apellido del primer autor, y con identificación con flecha de la parte superior.
- Figuras y gráficas: en negro, con las mismas características de identificación que para las fotografías.
- Tablas: en hoja aparte, con el título correspondiente. Todo el material antedicho debe numerarse correlativamente de acuerdo con el texto.

## 3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben numerarse las citas bibliográficas correlativamente de acuerdo con su aparición en el texto, incluyendo las correspondientes al material ilustrativo. Se debe especificar:

Si es un artículo de una publicación periódica: apellido del autor e iniciales de sus nombres. Si los autores son más de tres los siguientes se reemplazarán por "et al"; título del trabajo; nombre de la revista o su abreviatura si figura en el Index Medicus; año; volumen, página inicial y final.

Ej: Desmond DW, Moroney JT, Paik MC, et al. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology* 2000;54:75-81.

Juncos, LI. Reemplazo de volumen en insuficiencia renal aguda.

¿Que es necesario y cuando es suficiente? *Experiencia Médica* 2002;20:22-30.

Si es un libro: Apellido e iniciales del nombre del autor o autores, si son más de tres se reemplazarán por "et al"; Lugar de edición (Ciudad), editorial y año de edición, página citada. En caso de citar un capítulo, se citará primero el autor o autores del capítulo, el nombre del mismo y después la cita del libro que antecede.

Ej: Henrich, WL. Diálisis. México McGraw-Hill Interamericana; 2001. p94

Chamoles N, García Erro, M. Los errores congénitos del metabolismo. En Sica REP, Muchnik S. *Clínica Neurológica*. Buenos Aires : La Prensa Médica; 2003. p 173-202.

## 4. SECCIONES DE LA REVISTA

- Editorial:** solicitado por el Comité a un experto acerca de temas de interés actual. Extensión máxima: 5 páginas.
- Artículos originales:** presentación de una experiencia científica original, personal o grupal, que ofrezca una contribución al avance de la Medicina. Extensión máxima: 20 páginas. *Deberá constar de los siguientes ítems:* resumen en castellano (hasta 200 palabras); palabras claves (entre 3 y 10); introducción (propósito de la publicación y relación con otros trabajos sobre el tema); material (descripción sucinta del que fue utilizado); metodología (expuesta clara y brevemente para permitir la reproducción del trabajo); resultados; discusión (con sentido crítico); conclusiones; resumen en inglés (hasta 250 palabras); key words (entre 3 y 10) y bibliografía. Se admitirán hasta 6 figuras (entre fotografía y gráficas) y 6 tablas.
- Actualizaciones:** puesta al día sobre determinados temas de interés, expuestos sintéticamente. Extensión máxima: 10 páginas, 4 figuras y 4 ta-

---

blas. Constará de: resumen en castellano (hasta 150 palabras); descripción y discusión del caso; resumen en inglés (hasta 200 palabras) y bibliografía (no más de 15 citas).

4. *Caso clínico*: descripción de un caso clínico de no frecuente observación que implique un aporte valioso al conocimiento del tema. Extensión máxima: 10 páginas, 4 figuras y 4 tablas. Constará de: resumen en castellano (hasta 150 palabras); descripción y discusión del caso; resumen en inglés (hasta 200 palabras) y bibliografía (no más de 15 citas).
5. *Diagnóstico por imágenes*: presentación de un caso problema basado en diagnóstico por imágenes, adjuntando los datos clínicos y métodos auxiliares fundamentales necesarios para llegar al diagnóstico. Cantidad máxima de figuras: 6. La forma de presentación de esta sección quedará a consideración del Comité.
6. *Actualización bibliográfica*: publicación de resúmenes de trabajos de reciente aparición en publicaciones de reconocido nivel internacional o nacional (a disposición en la Biblioteca de la A.M.A.), seleccionados por el Comité Científico.
7. *Educación médica continua*: desarrollo de temas clínicos o quirúrgicos a cargo de expertos en cada rama, en forma programada y continua, con enfoque eminentemente práctico.
8. *Cartas de lectores*: comentarios acerca de artículos publicados. Extensión máxima: 300 palabras, una sola tabla o figura hasta 6 citas bibliográficas.

El Comité de Redacción se reserva el derecho de rechazar aquellos artículos que juzgue inapropiados, así como de proponer o realizar modificaciones cuando lo considere necesario.

Si una palabra debe ser utilizada repetidamente, está permitido su reemplazo por una abreviatura, pero es indispensable su explicación en el texto o en las leyendas de tablas y figuras.

Ejemplo: A.V.E. por accidente vascular encefálico.

La Revista de la Asociación Médica Argentina no se responsabiliza por las opiniones vertidas por el o los autores de los trabajos originales, ni de la pérdida de los originales durante su envío, ni de la exactitud de las referencias bibliográficas.

## 5. LISTA DE CHEQUEO PARA LOS AUTORES

- Verificar la extensión del título y eliminar las abreviaturas que son estándares.
- Poner el nombre completo de los autores.
- Indicar la afiliación institucional.
- Proveer la información para contactar al autor responsable.
- Mencionar el aporte de becas u otro sostén financiero.
- Comprobar que los resúmenes no excedan las 250 palabras y no tengan citas de referencias, tablas o figuras.
- Verificar que el manuscrito tenga la estructura acorde con las instrucciones.
- Asegurar la claridad y reproductibilidad de los métodos.
- Especificar las consideraciones éticas y los métodos.
- Proveer la información de los fabricantes.
- Presentar correctamente los resultados, evitando reiteraciones en el texto y las tablas.
- Citar las referencias correctamente -incluyendo todos los autores- y verificar que estén bien ubicadas en el texto.
- Poner las tablas en páginas separadas y citarlas en el texto con números arábigos.
- Poner las tablas en páginas separadas y citarlas en el texto con números arábigos.
- Poner las leyendas de las figuras en hojas separadas.
- Verificar la calidad de las figuras, indicar el nombre del autor y el número al dorso, y citarlas en el texto con números arábigos.
- Incluir el formulario de cesión de derechos.
- Incluir el permiso para citas, figuras o tablas tomadas de otra publicación.