

CINCUENTA AÑOS DE MEDICINA EN LA ARGENTINA(1950-2000)

Análisis histórico y sus perspectivas futuras

Autores: Médicas Ana E.Milanino y Graciela C.Alvarez y Dr.Abel Luis Agüero

Introducción:

Los últimos cincuenta años del fenecido siglo han sido testigos de múltiples avatares en el orden universal, que con mayor o menor intensidad tuvieron su repercusión en la Argentina. A este fenómeno de índole supranacional, se agregaron en numerosas oportunidades hechos y situaciones puramente vernáculos, dando como resultado una compleja realidad en la que se cruzaron paradigmas políticos, culturales y económicos de la más variada multiplicidad. Así pues se asistió al desarrollo de modelos populistas, autoritarios o liberales que planteaban diversas soluciones para los mismos problemas de falta de desarrollo, disminución de la calidad de vida, o acelerado deterioro en lo social , lo cultural y lo económico. La medicina, los médicos y los profesiones de salud conexas, insertos por la naturaleza de su objeto de labor en una de las partes más sensibles de la sociedad como lo es el proceso de salud- enfermedad, no podían tener una participación menor en estos eventos ni tampoco lograrían eludir sus consecuencias. Los acontecimientos externos a la medicina cobraron en este marco una magnitud mucho mayor que la debida. Se produjeron así más de una vez drásticas variaciones en la política sanitaria y de investigación científica, en un país que ,como se verá, el Estado ha desempeñado y aún conserva en gran medida, un papel directivo en estos campos.

El objeto del presente ensayo es el de pasar revista a los resultados de la labor médica nacional en el período comprendido ente los años de 1950 hasta el 2000.En este estudio no serán ampliamente desarrolladas las variables extra profesionales que tuvieron una enorme influencia en muchos de los episodios sucedidos. Sin negar la gran importancia que en muchos casos adquirieron las situaciones políticas, económicas o sociales respecto de los acontecimientos en el área de la salud, los autores se limitarán a exponerlas cuando ello sea necesario para interpretar ciertas disposiciones trascendentales que resultarían incomprensibles aisladas del contexto en el que fueron dictadas. En la medida de lo posible, el análisis se circunscribirá a los hechos exclusivamente sanitarios del relato. Se intenta de esta manera efectuar una contribución desde el puro campo de la

historia de los acontecimientos médicos a la comprensión de la historia social argentina de los últimos cincuenta años del siglo XX.

No escapa a la percepción de los autores el riesgo que entraña el intento de obtener conclusiones de un estudio que, como el presente, ha reducido deliberadamente la extensión en su campo de análisis. Pese a ello se intentará la elaboración de algunas hipótesis provisionarias, que podrán ser confirmadas, refutadas o modificadas en el contexto de un marco referencial más amplio. Aún dentro de los límites que se han trazado para este estudio, el problema resulta complejo por las múltiples facetas en las que puede descomponerse según que el observador privilegie alguno de los variados aspectos del mismo. Además, la necesidad de limitar la extensión del espacio expositivo hace que el relato no consista en una enumeración exhaustiva de hechos y figuras meritorias, si no en un esbozo que marque el cauce medular de acción de los acontecimientos historiados. Pese a lo anteriormente dicho será necesario hacer una observación metodológica: cuando la narración lo requiera el relato de los acontecimientos traspasará los límites cronológicos establecidos y podrá remontarse a algunos años anteriores a 1950

Con las salvedades anteriores se podrá desarrollar el tema, dividiendo su exposición en los campos de ciencias básicas, clínica, sanitarismo, enseñanza médica.

Ciencias Básicas:

La investigación y el desarrollo de las ciencias básicas argentinas en el campo de la salud se encuentran en gran parte ligadas a la acción de un maestro y su escuela, cual fueron Bernardo Houssay y sus discípulos.

Hacia el año 1945, este grupo se encontraba en un momento de crisis. En efecto, Houssay, que desde 1919 se venía desempeñando en la cátedra de fisiología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, había desarrollado una ingente labor en el campo de la investigación original. Elevada la cátedra al rango de Instituto de Fisiología, en ella se realizaban las investigaciones, por las que él y sus discípulos eran conocidos en todo el mundo. En 1943 el público disenso de Houssay con la orientación política del gobierno culminó con la cesantía del investigador. Múltiples ofertas llegaron entonces del exterior para tentar con comodidades y honores a estos intelectuales que la ceguera de las pasiones parecía condenar al exilio.

Sin embargo Houssay estaba decidido a continuar su trabajo en la Argentina y para lograrlo obtuvo el apoyo de la Fundación Souberán que financió para uso del sabio un precario local donde se instaló el Instituto de Biología y Medicina Experimental. Resulta por demás interesante para la historia de la ciencia argentina recordar las razones que expuso Houssay para justificar su negativa de trasladarse al extranjero. En una carta enviada a Walter Bradford Cannon luego de ser separado de su cátedra decía el sabio argentino: *“Es mi deseo continuar trabajando en fisiología aquí. Sólo en el caso de que me fuera imposible, me iría al extranjero, de donde he recibido muchas invitaciones. El plan de mi vida ha sido trabajar duro en la investigación científica y crear un calificado círculo de investigadores, para aumentar las cualidades científicas y morales de nuestro país, y no pienso cambiar esta línea de conducta salvo que mi situación sea tal, que no encuentre recursos para trabajar y sobrevivir”*.(1)

En ese Instituto se continuaron las investigaciones, sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, la fisiología de la hipófisis, la hipertensión arterial, las ponzoñas de serpientes, la función del páncreas la acción de diversas drogas y otras, que obtuvieron el reconocimiento de la comunidad científica internacional patentizado en el Premio Nobel otorgado a Houssay en 1947 por sus aportes al conocimiento de rol de la hipófisis en el metabolismo de los hidratos de carbono.(2)

La separación de su cátedra alcanzó también a sus discípulos porteños y a los instalados en el interior del país. Oscar Orías y Juan T. Lewis también cesanteados junto a su maestro

continuaron en Córdoba y Rosario respectivamente. Allí se fundaron con fondos nacionales y extranjeros el “Instituto de Investigaciones Médicas Mercedes y Martín Ferreira” (Córdoba) y el “Instituto de Investigaciones Médicas de Rosario”. En Buenos Aires continuaron su labor Houssay (como ya se ha dicho) desde la Fundación Souberán y Leloir desde el Instituto de Investigaciones Bioquímicas, Fundación Campomar.(3).

Alguna experiencia tenían en el tema estos investigadores. Tomando como núcleo la escuela de fisiología de Buenos Aires fue creada en 1933 la Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias que comenzó desde entonces a otorgar becas y publicó la revista “Ciencia e Investigación”. (4)

La creación de la A.A.P.C. fue el primer intento privado de aliento a la investigación médica en nuestro país, pero no suplía por sí sola la cobertura que el Estado daba a la ciencia. Además por mandato de la ley 12338 la Nación aportaba generosas subvenciones a la A.A.P.C.

Así pues son de imaginar las dificultades que la falta de apoyo oficial produjo en la investigación fisiológica desde la década del cuarenta hasta mediados de los cincuenta.

Cuando en 1955 la escuela de Houssay puede volver a la Universidad casi todos ellos lo hacen salvo Orías que falleció en ese año y Leloir que continuó en su Instituto. Pero pese a este regreso al ámbito oficial, muchos investigadores continuaron también manteniendo sus centros privados. (5)

Houssay dejó al poco tiempo de su reposición como profesor la cátedra en manos de sus colaboradores Eduardo Braun Menendez y Virgilio Foglia para seguir desempeñándose en su Instituto, ahora sensiblemente remozado por la ayuda oficial. Consejero permanentemente escuchado en materias de ciencia y tecnología, otro de los logros relevantes de Houssay fue la creación en 1957 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, que con su carrera del Investigador científico permitió la dedicación de tiempo completo de los estudiosos experimentados y la formación en las mismas condiciones de los más nuevos.

Los discípulos de Houssay fueron numerosos en toda América.

Eduardo Braun Menendez junto a Fasciolo, Taquini y Muñoz encararon el estudio de las relaciones del riñón con la hipertensión arterial, descubriendo en forma simultánea pero independiente con el equipo de Page de los Estados Unidos el mecanismo del sistema renina-angiotensina.(6). Curiosamente el tema de la hipertensión arterial no fue abandonado por los investigadores argentinos, aun luego de la prematura muerte de Braun Menendez en 1959. En la

década de 1980 un argentino que investigaba en el Canadá el Dr. De Bold fue el descubridor del péptido atrial natriurético de singular importancia para la fisiopatología hipertensiva.

También discípulos de Houssay resultaron ser los ya nombrados profesores Lewis de Rosario, Fasciolo en Tucumán y luego en Mendoza y, Taquini y A.Lanari, en Buenos Aires.

Alberto Taquini y Alfredo Lanari desde la cardiología y la clínica médica respectivamente, fueron los grandes impulsores de la investigación básica aplicada a la clínica.(7)

La influencia de Houssay se extendió mucho mas allá del campo de la fisiología y hacia mitad de la década de 1940 su peso en las investigaciones farmacológicas era decisivo. En 1939 y por iniciativa del maestro se creó el Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología antecesor del actual ANMAT(Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica).Así pues en los inicios de las investigaciones farmacológicas de este período podremos agregar a los nombres de Fasciolo y Braun Menéndez, los de Enrique Hug, Mario Soto (introducido de la fármacodinamia), Juan Domínguez (muerto en 1946), creador del museo que lleva su nombre donde se conserva valiosa documentación sobre Aimé Bonpland, Venancio Delofeu y Agustín Marenzi que realizaron interesantes estudios farmacognósticos sobre diversos compuestos vegetales, y Emilio Astolfi.(8)

Fruto de estas investigaciones resultaron diversos descubrimientos como el estudio sistemático de la pilocarpina o la invención de la anestesia general por medio de la infusión endovenosa con procaína. Este último descubrimiento (la acción anestésica general de la procaína) fue debido a los doctores Gregorio Aranés e Iván Bluske Castellano quienes lo dieron a conocer en 1949 siendo, tal vez, la contribución argentina más conocida en el terreno anestesiológico.(9)

Desde el campo de la histofisiología, llegó también un aporte fundamental para la comprensión de los problemas de la fisiología tiroidea, al descubrir Eduardo de Robertis en 1943 el papel de las peroxidases.

En 1964 un investigador húngaro radicado en nuestro país, Edmundo Fischer, publicó su obra sobre psicofármacos y sistema nervioso, inaugurando en nuestro medio esa nueva línea de investigación.

Más modernamente otro discípulo de Houssay, Luis Federico Leloir, obtuvo el Premio Nobel de Química por sus investigaciones acerca de los procesos bioquímicos del metabolismo de los hidratos de carbono, realizadas en el Instituto de Investigaciones Bioquímicas de la Fundación Campomar. Curiosamente así como un médico (Leloir) obtuvo el Premio Nobel de Química, un

químico, Cesar Milstein, obtuvo el de Medicina, por sus investigaciones llevadas a cabo hacia 1975 en Gran Bretaña acerca de la hibridación de células y el descubrimiento de una cepa productora de anticuerpos monoclonales.(10)

Desde el campo de la investigación clínica aparecen otros aportes que resultaron ser fundamentales en la fisiología y la farmacología cardíaca. Nos estamos, refiriendo a la labor de Mauricio Rosenbaum y su equipo. En 1968 Rosenbaum, Elizari y Lazzari dan a conocer sus estudios sobre la anatomía y fisiología del sistema de conducción del corazón, demostrando la trifascicularidad del haz de His con la consecuente posibilidad de la existencia de hemibloqueos.(11)

De 1964 es además la obra de Rosenbaum y Elizari, que plantea la posibilidad de que las lesiones cardíacas de la enfermedad de Chagas tengan un mecanismo inmunológico como causa productora.

El mismo equipo, es el responsable de haber descubierto las propiedades antiarrítmicas de la Amiodarona. De la década de 1990 son los trabajos de Rosenbaum y Elizari sobre memoria cardíaca (o modulación electrónica de la repolarización ventricular) y los de Rosenbaum, Elizari y Chiale sobre el papel de la inmunidad en las miocardiopatías dilatadas y la cardiopatía eléctrica primaria. Borda y Borda (1995) han descrito también una serie de anticuerpos similares.

La presencia femenina en la investigación básica está también representada por dos argentinas, de origen italiano y canadiense, que continúan trabajando hasta la actual década. Son ellas las doctoras Eugenia Sacerdote de Lustig y Cristianne Dosme de Pasqualini.

Nos hemos referido en varias oportunidades a estudios que involucran la aparición de fenómenos antígeno anticuerpo, terreno en el cual incluso un argentino (Milstein) obtuvo un Premio Nobel, por lo cual es necesario completar en forma más orgánica el relato de lo acontecido en inmunología y concomitantemente en microbiología, en nuestro país. El año de 1944 comenzó con el retiro de quien puede ser considerado uno de los patriarcas de la inmunología argentina el Prof. Alois E. Bachmann de vasta y profícua labor a lo largo de la primera mitad del siglo en la cátedra de microbiología de Buenos Aires. En 1946 la ciencia argentina pierde a Salvador- Mazza, cuya ingente labor a cargo la MEPRA (Misión de Estudios de Patología Regional Argentina) sólo será mencionada por no corresponder al período historiado. Sí en cambio se debe resaltar que en la década de 1940 se produce el pleno reconocimiento de la obra del médico veterinario José Monteverde, descubridor de una especie de bacteria del género de la Salmonella, otra del grupo

paracoli, e identificador de la enfermedad de Newcastle en la Argentina. Otros distinguidos bacteriólogos veterinarios fueron: A. Manzullo que describió (1960) un método de diagnóstico bacteriológico de la difteria, V. Cedro especializado en brucelosis, y R. Cachione dedicado al estudio de las leptospirosis.

Dentro de la década de 1940 cabe mencionar que en la misma se produce la consolidación y reconocimiento mundial de la reacción de José María Fernández, que este autor había propuesto desde su cátedra de dermatología de Rosario para el diagnóstico de la lepra. También de 1945 son los estudios de Miguel Ángel Etcheverry sobre el sistema Rh de los vasos.

La micología médica debe su impulso y gran parte de sus desarrollos por esos años a la labor de Pablo Negroni, en tanto que en parasitología se deben destacar los nombres de los Dres. Niño, en la primera parte de este periodo, y en su segunda mitad de Garaguso. Un destacado médico que después descolló hasta la década de los años '90 en cirugía reparadora, el Dr. J. A. Cerisola, es autor en los inicios de su carrera de importantes trabajos acerca del *Tripanosoma cruzi*. La biología del bacilo de Koch fue exhaustivamente estudiada por Cetrángolo.

La aparición en la década de 1950 del mal de los rastrojos o fiebre hemorrágica argentina, planteó un nuevo desafío que fue resuelto cuando Armando Parodi y colaboradores aislaron el virus Junin. Poco después Ignacio Pirotski comenzó con sus experiencias con dicho virus en humanos desde el Instituto Nacional de Microbiología (donde a la sazón también se desempeñaba Milstein), pero su equipo fue disuelto en uno de los tanto vaivenes políticos hacia mediados de los años '60. (12) Modernamente el gran desafío que afronta la investigación es la aparición del virus HIV, pero este tema será desarrollado al tratar la clínica del SIDA.

La década de 1940 se inicia para los estudios histológicos con un hecho auspicioso como es la llegada al país de Pío del Río Hortera, y se cierra con otro aporte trascendental, esta vez de orden técnico, que consistió en la incorporación del microscopio electrónico y con él del desarrollo de la biología celular y molecular. Del Río Hortera, contratado por la Institución Cultural Española, desempeñó en la Argentina una ingente labor en la histología del sistema nervioso, formando discípulos de la talla de Moises Polak. Paralelamente desde el Instituto de Fisiología de Houssay se destacaba un investigador, que posteriormente pasó a desempeñarse en el Instituto de Anatomía General y Embriología de Buenos Aires. Se trataba de Eduardo de Robertis que a posteriori llegó a ser el autor argentino de ciencias más citado en el extranjero.

Ya fueron mencionados sus estudios sobre la tiroides y paratiroides a las que hay que agregar sus descubrimientos sobre los neurotúbulos y las vesículas sinápticas así como importantes estudios acerca de la retina y, en conjunto con Gershenfeld, sobre la mielina.(13) Estos estudios fueron luego continuados por Juan Tramezzani y su equipo, desde el Instituto de Neurobiología donde desarrollaron técnicas estereotáxicas para al estudio de la histofisiología nerviosa.

Son dignos de una destacada mención en este campo los estudios e investigaciones de Roberto Mancini sobre histología de la reproducción y la acción histofisiológica de numerosas hormonas, los de Mario Burgos que desde Mendoza se dedicó también al estudio de las gónadas, los experimentos de Eugenia S. de Lustig sobre cultivos de tejidos, y los de Fritz Schajowicz sobre histología ósea, además de la creación por este investigador del Registro Latinoamericano de Patología Ósea.

La recíproca influencia que han tenido los avances en los campos de la fisiología, la bioquímica y la histología, se ve plasmada en la actualidad con numerosos grupos interdisciplinarios de los que se pueden mencionar a modo de ejemplo, y sin pretender que la enumeración sea exhaustiva los estudios de Tramezzani sobre el sistema nervioso y la hipófisis, los de Moguilevsky sobre el sistema hipotalámico, los de De Nicola sobre corticoides, los de Liberti sobre prolactina, o los del, químico Charreau sobre el ovario.

Clínica y Cirugía:

Con el inicio de la era antibiótica como marco de desarrollo, la clínica médica argentina desde 1950 hasta la actualidad se encuentra influida por tendencias divergentes, que tienden a hacer de la misma o bien un subproducto de las ciencias naturales con una dedicación central, hacia prácticas biológicas y bioquímicas, o una práctica orientada hacia una comprensión más abarcativa de la enfermedad y la salud que, permita el desarrollo de una medicina considerada a la vez como ciencia natural y ciencia humana. Figura principal en la mitad de la década de 1940, Mariano Castex y sus colaboradores sufrieron al igual que Houssay el ostracismo de la cátedra y de la Academia de Medicina, a la que volverían dos lustros más tarde. Castex, Mazzei, Romano y, otros miembros, de la escuela se destacaron justamente por desarrollar su pensamiento a través de la clínica, describiendo numerosas maniobras de diagnóstico o métodos terapéuticos que permitieran la más segura asistencia de los pacientes. Al mismo tiempo la escuela de la primera cátedra de Buenos Aires, enfatizó algunos aspectos entonces novedosos en medicina: son célebres entre otros sus estudios y observaciones sobre alergia y medicina psicosomática por ejemplo.(14).

También de las distintas cátedras de Buenos Aires y en líneas aproximadamente similares deben mencionarse los nombres de Gravano, Cossio, Fustinoni, Fongi, Pasanante, Dassen, Celaya, Bereterbide, Munist, Quirno, y otros. En una línea más bióloga se destacan las figuras de Carlos Reussi y Alfredo Lanari, continuado por Agrest y Roncorni. En otras ciudades de la Argentina descollaron: Estiú en La Plata, David Staffieri en Rosario, y Maldonado Allende y Orgaz en Córdoba.

Relacionado con la clínica se encuentra el desenvolvimiento de las especialidades de ella derivadas. Discípulo en clínica de Tiburcio Padilla y en medicina experimental de Houssay, Enrique Del Castillo estableció en 1942 el primer servicio de endocrinología en el hospital Rivadavia, entonces dependiente de la Sociedad de Beneficencia, que fue cuna de la endocrinología argentina actual.

La actividad de Del Castillo quedó plasmada en numerosas investigaciones de las que se destacan: las bases del urocitograma en estudios hechos con Galli Mainini, Argonz, Staffieri y Leoncini; la descripción de los síndromes de Del Castillo Trabuco y de la Balze; y así como los debidos a sus discípulos: síndromes de Trabuco y Oñativia y la reacción de Galli Mainini(1947) para la determinación del embarazo.

Desde otras ciudades del interior del país comenzó a despertarse el interés por las enfermedades de las glándulas de secreción interna. En corta enumeración se pueden citar los nombres de Orías y López Colombo en Córdoba, Staffieri en Rosario, Perinetti en Mendoza, Oñativia en Salta (donde tuvo una brillante actuación al frente del Instituto de Endocrinología desde 1956), y de la Vega en La Rioja. Todos ellos enfrentaron la epidemia bociosa que afectaba gran parte del país mediante la iodización de la sal.

Una posterior generación de endocrinólogos completará la tarea de lograr la obligación de iodar la sal destacándose nuevamente la figura de Oñativia quien junto a Roberto Soto, realizaron en forma independiente importantes estudios al respecto. Deben ser nombrados además en mínimo repaso los nombres de Reforzo Membrives en esteroides sexuales, Pasqualini en síndromes testiculares, Nusimovich en diabetes, y Jáuregui y Guitelman en endocrinología clínica

Entre los investigadores más recientes figuran: Charreau descriptor en los años '80 del síndrome del ovario resistente, César Bergadá en el campo de los esteroides sexuales y de la somatotrofina, Marcos Rivarola, también en esteroides, Mauricio Jadzinsky en diabetes, y Andrada y Andrada en inmunopatías endócrinas.

La cardiología argentina se inicia con la figura del profesor Bulrich, que al comenzar el período historiado fue separado de su cargo. Por esa causa la labor de Bulrich no será reseñada, pues poco tiempo después de su cesantía falleció.

En la década del '50 florece la labor de otro grupo de cardiólogos que continuaran vigentes en los decenios siguientes. Son ellos Pedro Cossio, Bibiloni, Vedota, Blas Moia y de Soldatti. En los años sesenta comienza su apogeo la escuela de Mauricio Rosenbaum con sus estudios sobre fisiopatología y clínica de las arritmias, y al final de la década y principios de la siguiente Carlos Bertolassi presenta sus observaciones sobre el tratamiento de la insuficiencia coronaria. Contemporáneamente Luis Becú se ocupa de la anatomía patológica cardíaca, elaborando su clasificación de las comunicaciones interventriculares.

En los últimos años la tendencia a la integración clínico-quirúrgica ha sido una constante en la cardiología mundial, de la cual no podía estar ausente la medicina argentina. El avance desde que los primeros enfermos fueran operados por Alfonso Albanese a comienzos del período historiado, ha sido vertiginoso. Una lista incompleta de los logros podría incluir a: René Favalaro con su técnica de re-vascularización coronaria y otras cirugías cardíacas junto a un equipo del Sanatorio Güemes y de su propia Fundación; los trasplantes cardíacos y cirugías relacionadas que tienen

como antecedente los estudios experimentales de Lanari sobre transplantes en perros, y cuyo primer intento fue realizado por Miguel Bellizi. Trabajan en la actualidad en este campo Perrone, Borman, y Boullon. Nojek se destaca en cirugía de la válvula mitral, Parodi en la cirugía endovascular y de los aneurismas cardíacos, Belardi que comenzó con las angioplastias en la década del '80, Molteni y Ahumada con el echarpe cardíaco, Liotta en corazón artificial, Kreutzer y Galíndez en cirugía cardíaca infantil.

Otra especialidad clínica estrechamente ligada a su correlato quirúrgico lo constituye la neurología, rama de la medicina que en los últimos decenios ha experimentado considerables avances gracias a dos vías que ampliaron el conocimiento del sistema nervioso. Ellas fueron la mejor comprensión de la fisiopatología, y los avances en el estudio de los pacientes por medio de las neuroimágenes. Los últimos cuatro decenios de la especialidad se encuentran en nuestro medio dominados por tres escuelas que efectuaron importantes aportes; ellas fueron las de Thompson en el Hospital Francés, la de Insausti desde el Hospital de Clínicas y la de Pereyra Kafer y Poch del Hospital Ramos Mejía, todas de Buenos Aires. De los múltiples avances registrados pueden mencionarse el uso de los antiagregantes plaquetarios, al comprenderse que la trombosis consistía en algo más que un fenómeno hemodinámico, tarea en la cual tuvieron activa participación los coagulacionistas, entre los cuales conviene citar los nombres de Altman y Rouvier pertenecientes al grupo de Carlos Reussi en el Hospital Rivadavia. Actualmente la técnica se ha mejorado por el uso de los trombolíticos y el perfeccionamiento de la cirugía endovascular, en la que se destacan los nombres de Pedro Lilik, Leme Lagaos y Parodi; además de que numerosos procedimientos son llevados a cabo por radiólogos de la talla de Schonfeld, Salvidea y la Prof. Gloria Díaz. En este mismo terreno cabe recordar la figura de Raúl Carrea, neurocirujano que introdujo hacia 1950 la angiografía por punción y operó en nuestro país por primera vez en el mundo, una obstrucción carotídea también en 1950, si bien recién comunicó el hecho en 1952. La angiografía por la técnica de Seldinger fue adoptada en la Argentina a principios de los años 70, y a finales de esa década fue reemplazada por la angiografía digital. Otros significativos avances fueron experimentados por el tratamiento de enfermedades como el Parkinson o la epilepsia, o por la introducción de nuevas técnicas de diagnóstico tales como los potenciales evocados, que fueron practicados desde principios de la década de los '70 y desarrollados por Enrique Delamónica y Roberto Sica. La infección por virus HIV en el sistema nervioso es estudiada por Pagano y Fumagalli.

Acompañando a los avances de la clínica, la neurocirugía cambió radicalmente sus expectativas de capacidad de intervención y resultados en los últimos cincuenta años en nuestro país y en el mundo. El periodo que historiamos se inicia con el cenit de las dos primeras escuelas exclusivamente neuroquirúrgicas de nuestro medio, nos estamos refiriendo a los grupos liderados por Manuel Balado y Ernesto Dowling. Es digno de destacar en estos comienzos, que ya entonces la neurocirugía argentina producía frutos, tan originales como la iodoventriculografía de la fosa posterior, definitivamente reglamentada en 1937 por Ramón Carrillo discípulo de Balado. En una posterior generación neuroquirúrgica se destacan los nombres de Dickman y Christensen en Buenos Aires, y de Albarenque en Córdoba. Pero el gran cambio sucede cuando se incorporan las nuevas técnicas de diagnóstico por imágenes como la tomografía computada que fue introducida en nuestro medio por el neurocirujano Infantil Raúl Carrea y la resonancia nuclear magnética cuyo primer aparato fue instalado en Buenos Aires operado por González Toledo en 1985. En la Actual generación neuroquirúrgica se destacan los nombres de Basso, Turjansky, Plot, Salvat, y, Fernandez Pardal.

Hacia 1950 la hematología argentina contaba entonces con dos centros alrededor de los cuales se desarrollaban los avances en la especialidad. Ellos eran el servicio fundado en el Hospital Ramos Mejía por Luis de Marval y continuado por Gregorio Bomchil, y el que bajo la égida de Mariano Castex había fundado Alfredo Pavlovsky en la Academia Nacional Medicina, transformado en 1957 en Instituto de Investigaciones Hematológicas, y al cual se le adosaron la Fundación de la Hemofilia y la Fundación para Combatir la Leucemia (FUNDALEU). Del esfuerzo combinado de estos grupos de trabajo surgieron numerosas iniciativas. A partir de 1948 comenzó a ser posible el tratamiento quimioterápico de los tumores líquidos, y la combinación de diversas drogas permitió resultados alentadores. Nació así en la Argentina el GATLA (Grupo Argentino de Tratamiento de la Leucemia Aguda) por inspiración entre otros de Alfredo y Santiago Pavlovsky. Luego de 1968 la acción de este grupo se extendió al Mal de Hodgkin, y posteriormente a las leucosis crónicas.

A fines de la década de su creación ingresó al GATLA el equipo de Bomchil, en el cual se destacó la figura de Morgenfeld. La incorporación del trasplante de médula ósea al arsenal terapéutico en nuestro país se produjo en el año 1987 en que Eduardo Bullosky realizó el primero en el Hospital Británico de Buenos Aires, a principios de 1988 Ana Huberman efectuó el segundo en el Hospital Durand.

Al mismo tiempo que se producían estos avances en el terreno clínico, se desarrollaron interesantes investigaciones en el campo experimental y de ciencia aplicada, que fueron derivando al terreno de la biología molecular y de la citogenética. Cabe mencionar a Cristiane Dosme de Pasqualini, Sol Rabasa; Rosa Pirotsky, y otros en los estudios experimentales sobre la leucemia; Sonia Salum en citogenética y cáncer de la sangre, y Víctor Grignaschi en citoquímica y citomorfología.

Las alteraciones en la coagulación y especialmente las hemofilias, merecieron la atención de Barraza, Alberto y Miguel Pavlovsky, Tezanos Pinto, Derchin, descubridor de la paracoagulación fibrinolítica), Altman, Rouvier, y Sack. En diversos campos de la especialidad se debe mencionar a Celany Barry, Peñalver, y Sanchez Ávalos. En el interior del país se han destacado: en Córdoba Jiménez de Asúa y sus continuadores Ojeda, Maristani y Falco; en Tucumán Cohan Imach en Bahía Blanca Alvarez; y en Corrientes Gutnisky.

Hacia el año de 1945 la infectología argentina llegaba a cumplir ambiciosas metas que la harían ser conocida en el ámbito internacional, en especial en el terreno de las patologías regionales. En efecto, la iniciación de este período coincide con la culminación de la obra de Salvador Mazza (de quien ya hemos hablado) en la MEPR; obra en la cual deben destacarse, sus colaboradores: Freire, Jorg, Miyara, y ambos Basso. En el terreno clínico ocupa un destacado lugar entre los continuadores y discípulos de Mazza la figura de Cecilio Romaña, quien entre otros méritos sobresale por la descripción del complejo de su nombre, como signo de primo infección ocular chagásica. Otra figura de relevancia internacional resultó ser Carlos Alberto Alvarado, ya conocido en por haber modificado gracias a sus estudios arraigados conceptos acerca de la, biología del mosquito anofeles trasmisor del paludismo, y haber propuesto métodos de lucha antimalárica que resultaron más eficaces que los propiciados por la prestigiosa escuela de malariología italiana. Hacia 1945, el descubrimiento del DDT cambió el curso de la lucha antipalúdica al permitir disponer de un nuevo y más eficaz agente antianofelino. Dirigida por Alvarado la campaña finalizó con la erradicación de la endemia palúdica de nuestro país, y con la designación de Alvarado como director de la sección paludismo de la Organización Mundial de la Salud.(15) Además de los ya mencionados, deben agregarse en este campo los nombres de Bejarano, continuador de Paterson, Shanon y del Ponte en entomología médica; Alvarado, De la Barrera y Villafañe Lastra en la peste; Alfredo Ferro, Oscar Ivanissevich y Bartolomé Calcagno en hidatidosis; Negroni en micosis y muchos más.

Dos enfermedades merecen un párrafo especial por su importancia: la Fiebre Hemorrágica Argentina y el SIDA. Respecto de la primera fue descripta inicialmente por un médico rural, el Dr. Arribalzaga en 1955, y estudiada entre muchos, por Ruggiero, Astarloa, Maglio, y Milani, hasta el aislamiento del virus Junin primero por Parodi y casi simultáneamente por Pirotsky. La comprobación definitiva del virus como agente etiológico se produjo tras la autoinoculación realizada por el Dr. Julio Barrera Oro.(16)

Efrom y Estévez comunicaron el primer caso de SIDA en la Argentina en 1982, luego de lo cual la epidemia siguió un curso exponencial similar al sufrido en todo el mundo. Poco después aparecen los grupos dedicados al estudio del tema, como por ejemplo los encabezados por Cahn y Benetucci en Buenos Aires, a los que más tarde se agregarán otros como los de Sanguinetti en forma conjunta con Loso; Jorge Corral en Mar del Plata; Hugo Roland en Córdoba; Sergi Luppo en Rosario, y Lucila Massera en La Plata. Como resultado de estos esfuerzos en 1994 se constituyó el Grupo Cooperativo Multicéntrico de Estudios sobre el SIDA, con la intervención de veinticinco centros de todo el país. A su vez el Ministerio de Salud de la Nación creó a principios de la década de los años '90 el Programa Nacional de Lucha Contra Retrovirus Humanos/SIDA con provisión gratuita de la medicación para los afectados, siendo de destacar que el AZT, la droga más usada, se emplea en nuestro país desde 1988, habiendo sido introducida en los Estados Unidos en 1987.

En 1947 inicia su titularidad en la cátedra de Buenos Aires uno de los más importantes dermatólogos argentinos : Marcial I. Quiroga; a su vez el Prof. Luis Pierini se hizo cargo de la recién inaugurada segunda cátedra en 1948, iniciando una época de brillantes estudios en la especialidad, que estuvo signada entre otras cosas por la introducción del tratamiento penicilínico de la sífilis, y por la descripción de numerosos cuadros clínicos y procedimientos diversos. Otros nombres de importancia en Buenos Aires fueron los del leprólogo Guillermo Basombrío y los de Agneta, Gatti, Cardama, Corti, Vivot, Kaminsky, Borda, Grinspan, y Raimondo. En Rosario se desempeñaba José María Fernández de quien ya se ha hablado, en Córdoba Argüello Pitt, y en La Plata Conti. Luego de retirada esa generación de profesionales la dermatología argentina contó con las figuras de Mazzini, Magnin y Cordero.

La neumonología argentina en el período comienza con el uso de la medicación antifúngica que revoluciona a la especialidad.

El gran especialista Gumersindo Sayago fue separado de su cátedra, en el año de 1943 por razones ideológicas, para retornar en 1955. Paralelamente en Buenos Aires asumió la cátedra Raúl

Vaccarezza quien desarrolló una importante obra de asistencia e investigación, entre cuyos méritos se encuentra la creación del laboratorio de medicina experimental que encargó a Alfredo Lanari, el de bacteriología a cargo de Abel Cetrángolo, y la sección de cirugía dirigida por Oscar Vaccarezza. La obra de Vaccarezza fue continuada por Juan Carlos Rey, José María Leston (de destacada actuación en el sanitarismo)y por Julio González Montaner.

Otros nombres destacables de la especialidad fueron los de Rubén Sampietro, Rodriguez Castells, López Bonilla y Villafañe. En cirugía del tórax debe mencionarse a Ricardo Finocchietto, Hernán y Oscar Aguilar, Oscar Ivanissevich, Federico Pileu, Mario Brea, Jorge Taiana, Angel Bracco, Andrés Santas y Elías Hurtado Hoyos. A de imparcialidad debe mencionarse que así como numerosos médicos vieron, cortadas sus carreras por razones políticas en los inicios de las años 40, Finocchietto, Taiana e Ivanissevich sufrieron el mismo destino en 1955.

En otras especialidades clínicas cabrían mencionar nombres y hechos que en honor a la brevedad sólo se enunciarán. Sucesores y discípulos de Pedro Escudero fueron los nutricionistas Landabure, Landa,(que orientó la especialidad hacia la salud pública), Puppi; Alvariñas, Salinas, Calcagno , Burlando, Senderey, Tessone, y Jadzinsky. Smut y Sermuklis, se destacaron en el estudio de la patología de las dislipemias. En gastroenterología cabe mencionar a Gore, Bolo, de Paula, Bustos Fernández, Larrechea, Perez, Findor, Meerhoff, Maur, y otros. La Radiología del cáncer gástrico mereció la atención de Manuel Malenchini y la introducción de la fibra óptica permitió el gran desarrollo de la endoscopía digestiva donde se destacaron Baccaro, Kido y otros.

Mucho se ha hablado ya de las especialidades quirúrgicas en consonancia con las distintas especialidades clínicas y su correlato operatorio. Resta decir que hacia finales de los años '40, dos grandes escuelas enfrentadas no sólo en lo estrictamente médico brillaban en su cenit. José Arce en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires, y los mundialmente famosos hermanos, Enrique y Ricardo Finocchietto en el Hospital Rawson. De ambas, surgieron excelentes cirujanos de la talla de Etala, Zavaleta, Resano, Uriburu, Ferreira, Covaro, Garriz, Ivanissevich, Brea, Rey, Vaccarezza y Salas. Hacia la década de 1970 el mejor conocimiento de la fisiopatología y de la biología celular permitió el manejo más seguro del medio interno y de la preparación preoperatoria de los pacientes así como de su recuperación post-operatoria. Se destacan en este campo los estudios de Clemente Morel, Andrés Santas y Jorge Manrique, y la aplicación quirúrgica que de ellos hicieron los antes nombrados conjuntamente con Jorge Sánchez Zinny, Fontana y Mainetti. Otro gran avance fue debido a la bioingeniería que produjo un cambio del instrumental quirúrgico tradicional que puede

calificarse como revolucionario, permitiendo cada vez más acceder a distintos y variados órganos con lesiones mínimas. El ejemplo clásico de lo antedicho lo constituye la cirugía laparoscópica que comenzó en nuestro país a finales de la década de los '80 y cuyo primer trabajo en humanos fue presentado en la Academia Argentina de Cirugía describiendo la estadística de las cien primeras colecistectomías realizadas. Al mismo tiempo que se busca por un lado la cirugía de agresión mínima, por el otro se desarrolló la gran cirugía de los trasplantes, terreno en que se destaca en la actualidad el equipo del Hospital Italiano de Buenos Aires dirigido por el Dr. Santibáñez. Pese a las grandes intervenciones que se realizan el saldo de la actual cirugía es que se respeta más el esquema corporal, habiéndose abandonado las operaciones comando o las hemicorporectomías que caracterizaron a la cirugía del cáncer de los años '60. Estrechamente ligado al tratamiento quirúrgico del cáncer se encuentran sus complementos del tratamiento radiante y la quimioterapia, que han experimentado notables avances. En el terreno de la terapia radiante pueden citarse los nombres de Dosoretz, Navarrine, y Hernández Morán, y en el de la quimioterapia el de Roberto Estévez y su discípulo y sucesor Reinaldo Chacón.

Las especialidades quirúrgicas han experimentado también notables cambios. Así por ejemplo el mejor conocimiento del medio interno y de la biología de los cultivos de la piel han posibilitado el manejo del gran quemado, terreno en el cual se ha destacado Fortunato Benaim. La otorrinolaringología tuvo también una interesante evolución desde las figuras patriarcales de los años '60 (Zambrini, Agra, Viale del Carril, Tato) hasta la actualidad. Son notables los avances especialmente en cirugía otológica impulsados por Tato desde el Hospital Rivadavia al introducir la microcirugía en el país. Una generación más joven, Campos Mercadino y Tarasido describieron una prótesis original para realizar la estapediectomía. Otros nombres destacados en la especialidad son: Santiago Arauz, Luis Samengo, Alejandro Agra, Yago Granchini, Horacio Murga, Julio Zubizarreta, y en el interior del país Matusovich, Tolosa, González Loza, Sosa, Lanza Castelli, entre otros. En la década de los '80 se incorporó por medio de Tato y de Schwartzman uno de los más interesantes avances en el tratamiento de la sordera: los implantes cocleares, cuya técnica está aún en plena evolución. En cuanto a la oftalmología cabe mencionar que sus últimos avances han sido la cirugía correctiva de los vicios de refracción, la cirugía láser, y la cirugía de la catarata con el implante de la lente intraocular que comenzó a desarrollarse independientemente por Gunter Kauffer y Malbrán hacia 1982.

La urología y la nefrología acompañaron en la Argentina el desenvolvimiento que ambas especialidades tuvieron a nivel mundial. Constituyen hitos en su historia de los últimos 50 años los avances en los métodos de exploración del riñón y sus vías excretoras, algunos ya abandonados como el retroneumoperitoneo, descrito por los argentinos Carelli y Sordelli en 1921 y utilizado hasta los años '60. Perduran en uso las imágenes radiológicas obtenidas por medio de la pielografía, con distintas variantes técnicas, así como la arteriografía renal, y se han agregado modernamente la ecografía, tomografía computada y los estudios de radioisótopos y resonancia magnética nuclear.

La ecografía, método de diagnóstico por imágenes que ha mostrado tanta utilidad para la medicina actual, comenzó a ser estudiado en nuestro país por el ingeniero Mc Loughlin en unión con el médico Guastavino a fines de la segunda guerra mundial; ambos llegaron a poner a punto un aparato de ultrasonido que por diversas razones no se pudo comercializar. En realidad el primero en utilizar el método (ahora con tecnología importada) fue el Prof. Rodolfo Kleinlein de Rosario en el año 1967. Inmediatamente la técnica fue adaptada al uso de diversas especialidades, entre 1971 y 1974 el Dr. Sampaolesi lo comienza a utilizar en oftalmología, y Alejandro y Elba Lanfranchi comienzan a difundirlo para uso clínico y quirúrgico. Horacio Pueyrredón inicia la ecografía obstétrica, para llegar a los años '90 contando con la ecografía doppler en color y la ecografía intervencionista. En cuanto a la medicina nuclear ella nace por impulso de la Comisión Nacional de Energía Atómica que hacia 1954 instaló un equipo de diagnóstico por radioisótopos en el servicio de Pedro Cossio en el Hospital de Clínicas, otro en el servicio de del Castillo en el Hospital Rivadavia, y un tercero en el servicio Pascualini en el Hospital Rawson. Inicialmente los radioisótopos fueron utilizados en endocrinología, y esporádicamente en otras especialidades como hematología, por lo cual los primeros profesionales autorizados para su uso fueron generalmente endocrinólogos (Diez, Rozado, Degrossi, y Alberto Houssay por ejemplo). Capalbo y Varela comienzan poco después a utilizar radioisótopos en forma habitual en hematología. En 1958 se inauguraron los cursos de medicina nuclear de la CNEA, haciendo lo propio la Facultad de Medicina de Buenos Aires recién en 1971; creándose la especialidad por acuerdo entre las dos instituciones en 1992.

Volviendo a la historia de la urología, podemos decir que antes de la aplicación de estos modernos avances se destacaron los nombres de Astraldi, y Trabucco como urólogos, así como los de cirujanos generales que como Ivanissevich, crearon procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico. En épocas más recientes se destaca por ejemplo la litotricia extracorpórea introducida por Ghirlanda

hacia 1980, la endourología o intervención del riñón por vía percutánea utilizando material endoscópico, la urodinamia, la cirugía ureteroscópica, la cirugía láser y el uso de diversos dilatares. Entre destacados especialistas mencionaremos los nombres de Scorticatti en Buenos Aires, Córca en Mendoza, y los dos Garimaldi en Córdoba. En cirugía endourológica se destacan Mendel y Mazza. En cuanto a la nefrología se recuerdan los nombres de Miatello, Morelli, y Moledo, junto a los de Lancestremere, Petrolito, Lanari, y Torres Agüero. El primer riñón artificial (de tipo Kolff) fue hecho fabricar por Ruiz Guiñazú en 1955 luego de un viaje a Estados Unidos. También en 1955 Miatello inicia la práctica de punción renal. Luego los centros se multiplican. Quirno con Fernández Villamil y Etchegoyen en el CEMIC, Gotlieb y Lancestremere en el Hospital de Clínicas, Ruiz Guiñazú en el Instituto Lanari, Gianantonio en el Hospital de Niños, etc.. El radiorenograma fue inicialmente empleado en el Hospital de Clínicas en la cátedra del Prof. Gotta, y en 1957 Lanari, Molins y Croxato realizaron el primer trasplante de riñón; pero en este tema recién se tendrá cierta seguridad de éxito hacia 1965 en el que el equipo de Lanari acumulaba una experiencia de alrededor de 110 trasplantes.

La ortopedia y traumatología de Buenos Aires contaba hacia finales de los años '40 con varias escuelas en las que se cultivaba la especialidad, en algunos casos no separada todavía de la cirugía general. En breve repaso pueden mencionarse: el grupo encabezado por José Valls (primer becario del Instituto Rizoli de Bologna que tanta importancia tiene en la evolución de la traumatología argentina) y en el cual se destacan las figuras de Del Sel y de su más dilecto discípulo Carlos Ottolenghi; de la escuela quirúrgica de Finocchietto formaron parte Piñeiro Sorondo, Leoncio Fernández, Marcelo Fitte, Zancoli y Martínez Mosquera; en el Hospital Militar Central Enrique Lagomarsino creó un nuevo polo de enseñanza, que a su muerte en 1949, fue continuado por su sucesor y discípulo Hécto Dal Lago. Ruiz Moreno y Sara Satanowsky cultivaron y enseñaron la ortopedia infantil. En otros puntos del país suceden hechos similares. Así en Rosario luego de los inicios producidos por Lelio Zeno se distinguen Sgrosso y Marótolí junto a los hermanos Slulite; en La Plata Gilardi; y en Córdoba Guillermo Allende y Carlos de Anquín.

Los últimos 25 años han producido enormes cambios en la práctica de la especialidad: empiezan a ser rutinarias las distintas prótesis principiando por las de cadera desarrolladas primeramente en Inglaterra por John Charnley, y que en la Argentina fueron eficientemente utilizadas por los hermanos Valls, por Ottolenghi y Petrachi desde el Hospital Italiano de Buenos Aires, así como por Múscolo y Khoury Solá desde el Instituto Dupuytren. En Córdoba se distinguió

Allende en el mismo terreno. Con el avance de los conocimientos biomecánicos las prótesis existentes se perfeccionaron y se inventaron otras nuevas como las de rodilla. Hacia 1975 se comenzó a utilizar la osteosíntesis rígida, pimigeniamente experimentada en Suiza. Se destacaron en esta técnica Antonio Grossi y Salomón Schächter. 1982 fue el año de la introducción de la artroscopia siendo sus primeros cultores Múscolo hijo en el Hospital Italiano, Berenstein en el Sanatorio Gúemes y Mazzuco en el Instituto Dupuytren. La década de 1990 ha presenciado la colocación de las primeras prótesis no cementadas y las llamadas híbridas.

Los últimos cincuenta años de la medicina materno infantil argentina han sido testigos de importantes cambios que intentaremos resumir con brevedad. El campo tocoginecológico comienza el período con una importante tradición científica previa; en efecto, y refiriéndonos en primer lugar a la ginecología son de mencionar avances producidos antes de 1945 que significaron aportes al conocimiento universal tales como la histerosalpingografía (Heuser 1924), el descubrimiento y descripción del tcoma (Thwaites Lastra y Colillas 1926), y los diversos estudios acerca de las hormonas sexuales femeninas emprendidos por las escuelas endocrinológicas de del Castillo y fisiológica de Houssay, algunos de los cuales pertenecen al período que se intenta describir. Así por ejemplo hacia 1945 se publican las observaciones acerca del urocitograma o sea de los cambios producidos en las células del sedimento urinario por la acción hormonal en la mujer, estudios en los cuales se destacaron los nombres de Biot, Boltan Núñez, del Castillo, Argonz, Galli Mainini, y Leoncini. De 1947 es la publicación de la reacción de diagnóstico para el embarazo de Galli Mainini a la cual ya nos hemos referido anteriormente, y la descripción del síndrome de ovarios rudimentarios por del Castillo, de la Balze y Argonz. En 1947 Guillermo di Paola describió la prueba de su nombre para el estudio de las amenorreas. En el terreno docente asistencial los años iniciales del período están dominados por la figura de Juan Carlos Ahumada, quien desde 1934 hasta 1956 (año en que se retira) ejerció el titulariato de la cátedra en Buenos Aires, en ella desarrolló una importante labor junto a colaboradores, discípulos como el patólogo Sanmartino, y sus continuadores como di Paola, Arrighi, Bagnati, Guixá y Foix. Otros distinguidos especialistas fueron Normando Arenas y Dante Calandra en Buenos Aires, Ruiz en La Plata, Amengual en Mendoza, Araya y Borrás en Rosario, y Galíndez y Dionisi en Córdoba. Los avances quirúrgicos y del conocimiento de la fisiología de la reproducción han posibilitado en los últimos años la aparición de nuevos métodos anticonceptivos y de fertilidad asistida, que no solamente han despertado serias controversias en el campo médico sino también en el terreno ético desde el cual se

continúan produciendo medulosos estudios que contribuyen a delinear la misión y los límites de la medicina.

En forma separada pero concomitante con el avance de los conocimientos de la ginecología la obstetricia en nuestro medio experimentó cambios fundamentales. En 1945 se produjo el retiro de Alberto Peralta Ramos de sus cargos de director de la maternidad del Hospital Rivadavia (entonces dependiente de la Sociedad de Beneficencia que poco después desaparecería) y de la cátedra titular, aunque muchos de sus discípulos continuaron su obra. Se destacaron en la especialidad: Manuel Luis Pérez autor de un difundido tratado que en ediciones posteriores se redactó conjuntamente con Baldi y Firpo, Daniel Rojas inventor de la maniobra de su nombre para la extracción del feto en los partos de nalgas; Juan León proveniente de la escuela de Josué Berutti, Uranga Imaz (proveniente de la escuela de Peralta Ramos); y Roberto Pintos que se distinguió como colaborador de Houssay en el estudio de la fisiología de la mujer embarazada. De la escuela de Cantón provino Victorio Monteverde, profesor en La Plata donde posteriormente se destacó también Roberto Lede. Actuaron también Perez de Nucci en Tucumán, Mon en Rosario, y Valenzuela, Pereira y Blank en Córdoba.

Hacia mediados de siglo la pediatría argentina reconoce en la figura de Juan P. Garrahan a uno de sus más destacados maestros, que a partir de su cátedra titular en Buenos Aires y de las sucesivas ediciones de su libro distribuyó discípulos por toda Latinoamérica. En igual época y en años posteriores, aparecen otras interesantes figuras como la de Florencio Escardó, impulsor de los estudios sobre psicología infantil y creador en su servicio del Hospital de Niños de Buenos Aires de la internación conjunta de la madre con su hijo enfermo, o de clínicos de valía como Albores o Rocatagliatta. Un párrafo aparte merece la figura del Dr. Carlos Gianantonio a quien se le deben descripciones de entidades nosológicas tan importantes como el síndrome urémico hemolítico, y curiosamente, sin ocupar muchas veces cargos formales de autoridad, la organización de las residencias pediátricas y de la gran parte de la formación de postgrado de la especialidad, así como el impulso inicial para la concreción de grupos de trabajo en diversos tópicos puntuales. En el terreno de las subespecialidades deben destacarse a los cardiólogos infantiles Gustavo Berri, Rodolfo Kreutzer y Capelli que alentaron también la actividad quirúrgica en ese terreno; en cirugía a los Dres. José Enrique Rivarola, Rosa Rivarola, Roca Rivarola y Marcos Llambías, este último también orientado hacia la ortopedia y traumatología infantil en la cual asimismo descolló Juan Cruz Derqui. Fue También J.E. Rivarola uno de los iniciadores de la oncología infantil, en tanto que la endocrinología iniciada por Martín Cullen tuvo destacados cultores como los Dres. Bergada y

Mugica en el Hospital de Niños y De Majo y Sires en la ex Casa Cuna. En hepatología deben mencionarse a las Dras. Aramburu y Badía, en enfermedad fibroquística a Macri, en terapia intensiva a Golmisch, en toxicología a Jiménez y Vallejos, en nefrología a Voyer, en hematología a Maro, en otorrinolaringología a Carri, y en neumonología a Bayley Bustamante y Echezarreta. Es de destacar el énfasis que la especialidad coloca en los últimos decenios en el aspecto preventivo de la medicina logrando substanciales logros en vacunas y vacunación y en el tratamiento y prevención de la deshidratación infantil.

Desde los lejanos tiempos en que el puericultor se encargaba del cuidado del recién nacido la neonatología ha sido la rama de la pediatría que posiblemente haya experimentado mayores cambios. Alrededor del año 1968 en el ambiente pediátrico se empieza a considerar a la neonatología como una rama diferenciada de la clínica pediátrica. Simultáneamente la Municipalidad de Buenos Aires realizó el primer curso de médicos neonatólogos que fue dirigido por Juan Carlos Mercau, pionero de la especialidad en nuestro país. Posteriormente se organizaron los primeros servicios a cargo de Mercau (Hosp. Ramos Mejía), Visillac (Sardá), Murtag (Rivadavia), Di Felí (Maternidad Pardo), Traversaro (Rawson), Larguia (Sardá) y Minujín (Fernández). Hacia 1970 la Sociedad Argentina de Pediatría creó a su vez el Comité de estudios Neonatales. Al mismo tiempo los adelantos en tecnología médica fueron sumamente significativos, de las camas calientes o de las cajas de madera calefaccionadas con lámparas eléctricas de antes de 1950, se pasó en 1956 a la primer cuna que podía llamarse con propiedad incubadora, fueron las viejas incubadoras Wero aún bastantes deficientes. Luego aparecieron los grandes adelantos en el manejo del medio interno, y la asistencia respiratoria mecánica que fue introducida en el país en 1970 utilizando un respirador Draguero. Desde hace aproximadamente quince años la Sociedad Argentina de Pediatría confiere el título de pediatra neonatólogo y lo mismo hace el Ministerio de Salud desde 1994.

El Sanitarismo:

La mitad de la década de 1940 marca un profundo cambio en las políticas sanitarias argentinas. De una atención médica cuyo modelo era pensado para las clases pudientes (o sea la salud como bien de mercado), se tiende a lograr una salud regida por los conceptos del Estado de Bienestar. En efecto, hacia 1943 el gobierno militar de la época propició una política que contenía elementos corporativistas junto a la promoción de las clases obreras y la industrialización del país. En este contexto deben entenderse medidas como por ejemplo el Decreto 12311 del año 1943 creando la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, bajo cuya jurisdicción se colocaban organismos tan dispersos como la Comisión de Hospitales, la Sociedad de Beneficencia y el Departamento Nacional de Higiene, lo que constituía de hecho un verdadero órgano estatal rector de la salud pública del país. Comenzó entonces una orientación tendiente a colocar al gobierno de la salud, como tantas otras esferas de actividades del país bajo la tutela y dirección del Estado. En este mismo sentido deben interpretarse la creación de la Secretaría de Salud Pública (1946) y posteriormente el Ministerio del mismo nombre (1949). A cargo de estas estructuras fue nombrado el Dr. Ramón Carrillo, al que ya se ha mencionado a propósito de la neurocirugía. La gestión de Carrillo pudo mostrar éxitos como por ejemplo la erradicación del paludismo gracias al apoyo prestado a los planes de Alvarado, la creación de una red de servicios en el país con el consiguiente acceso a los servicios de una mayor cantidad de población, y la difusión y enseñanza del sanitarismo.(17).

A su vez las estructuras gremiales, de gran peso en la política de la época, desarrollaron su propio sistema de obras sociales que se adjuntaron a las viejas entidades mutualistas o de colectividades ya presentes. Nacieron así los tres subsistemas de salud que aún conviven en la Argentina: los del Estado y las obras sociales (ambos con una tendencia a los megaservicios y a la burocracia que conspiran contra su eficiencia) y el tradicional sector privado que cada vez más procuró convertirse en prestador de los servicios médicos que financiaban las obras sociales, limitadas muchas veces a ser entidades que actuaban solamente como terceros pagadores. En la década del '60 la ley de obras sociales, que estableció la obligatoriedad de afiliación de todos los trabajadores en relación de dependencia, las fortaleció aún más en tanto que el hospital público veía sus recursos cada vez más escaso de fondos oficiales.

Poco después de la vigencia de la ley de Obras sociales, y también durante el gobierno de facto del general Onganía, el Ministro de Bienestar Social Francisco Manrique creó el Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados, llamado comúnmente PAMI por ser el Plan de Atención Médica Integral su programa más difundido. Dado el volumen de su masa de afiliados y la gran cantidad de dinero de su presupuesto, el PAMI se transformó en la Obra Social más grande del país, siendo crónicamente deficitario y recayendo sus pérdidas (es una Obra Social del Estado) sobre la masa de contribuyentes.

Se introdujo por esta vía una innovación en la tradicional relación médico-paciente al terciar en ella el control del ente financiador, mientras en torno giraban otros intereses como por ejemplo los de los introductores de tecnología médica (no siempre adecuada para las posibilidades del país) y los de los laboratorios de especialidades medicinales. La incoordinación entre los distintos efectores, así como las diferencias en el seno de cada uno (téngase en cuenta la existencia de obras sociales poderosas y otras paupérrimas), unido a la diferente posibilidad de acceder a los servicios de salud según, por ejemplo, el lugar de residencia del afiliado, han mantenido una situación anárquica en muchos casos. Aún intentos bien orientados han ido al fracaso por incidencia de factores ajenos a las condiciones estrictamente sanitarias. Diversos proyectos de creación de un seguro de salud como el SNIS en los comienzos de la década del '70, o el actual ANSSAL aún esperan ser implementados.

Se podría afirmar como corolario de los hechos historiadados, que a partir de la década de 1940 se instaló en la Argentina una política de salud basada en el modelo del “Estado de Bienestar”. Básicamente el Estado de Bienestar contrasta con los modelos capitalista y socialista procurando una solución intermedia. En efecto, el modelo capitalista (salud como bien de mercado y a disposición del que pueda pagarla) dejaba en la desprotección a una amplia franja social, que era la que más necesitaba de las intervenciones sanitarias. En el extremo opuesto el campo socialista consideraba a la salud como un patrimonio de la sociedad, y por consiguiente ella debería estar en su totalidad a cargo del Estado. De llevarse a la práctica este último modelo se corría el peligro de fundir las cajas de la seguridad social por el vertiginoso aumento del gasto. Para resolver este dilema se imitó en la Argentina la solución que las potencias vencedoras europeas habían comenzado a ensayar en la Europa de postguerra. En el Estado de Bienestar es justamente el Estado el que garantiza a los ciudadanos un grupo de prestaciones (y entre ellas las de salud) que le

permitan mantener una digna calidad de vida. En este modelo dependerá del mayor o menor populismo de los gobiernos el grado de cobertura considerado como indispensable.

A lo largo de los años el modelo de política sanitaria sufrió cambios en sus estrategias de implementación. Durante la conducción de Carrillo, el Hospital Público intentó ser la columna vertebral del sistema. Posteriormente, con el auge de las Obras Sociales sindicales se restaron fondos al sistema hospitalario para derivarlos a contratos con efectores del subsistema privado. Hasta la década del '90 los nombres de tres ministros de Salud pueden ser mencionados como ejemplos de conocimiento técnico e intentos adecuados de ponerlos en práctica. Ellos fueron los ya citados Ramón Carrillo y Arturo Oñativia, a los que se puede adosar la figura de Héctor Noblía. Ninguno de los tres pudo poner plenamente en práctica sus ideas. En el caso de Oñativia, una ley de medicamentos que regulaba el tema espera aún ser sancionada varios decenios después que este ministro la propusiera.

A partir de los años '90 la orientación política del gobierno hizo que las Obras Sociales tuvieran que financiarse sin ayuda estatal, motivo por el que gran parte de ellas debió reducir drásticamente sus prestaciones al tiempo que no aumentaban significativamente los recursos del subsector público. Así por ejemplo la capacidad instalada de camas de la ciudad de Buenos Aires pasó de 23062 camas en 1997 a 21613 en el año 2001. (18) En los años finales del período, la crisis global argentina auguraba un difícil porvenir a la política sanitaria de nuestro país.

En el campo de la enseñanza de la Salud Pública es de destacar la creación en el seno de la Universidad de Buenos Aires de la Escuela de Salud Pública; germen docente que luego fue imitado por numerosas instituciones que crearon sus propios cursos de capacitación de profesionales. Se deben mencionar como figuras prestigiosas en el ámbito de la especialidad los nombres de Sonis, Mondet, García Díaz, González García, Mazzáfero, y otros más.(19)

La Enseñanza Médica:

Poco antes de la iniciación del período historiado en 1937 el decano Prof. José Arce procedió a inaugurar el actual edificio de la Facultad de Medicina de la UBA. No era sin intencionalidad docente que el profesor Arce había concretado su proyecto, que involucraba nada menos que a la mayor Facultad de Medicina del país.

Cabe recordar al respecto cuál era el estado de la enseñanza médica argentina hacia el año de 1950. Los títulos habilitantes se encontraban monopolizados por el Estado y las universidades (entonces todas nacionales) se regían por los principios de la reforma universitaria de 1918. En ese marco existían las Facultades de Medicina de Buenos Aires, La Plata, Córdoba, Tucumán, Rosario y Cuyo.

Volviendo a Buenos Aires, cuyo caso será tomado como paradigmático por ser la Facultad de Medicina más poblada, la construcción del nuevo edificio encerraba una definición de enseñanza y escuela médica. En efecto, en el orden internacional ya en 1910, el célebre profesor Abraham Flexner había definido ciertos tipos de enseñanza médica. Vale la pena recordar brevemente los hechos. Alarmada por la anarquía reinante en la enseñanza médica, la Universidad John Hopkins encomendó a principios del siglo XX a una comisión encabezada por el Prof. Flexner, la elaboración de un informe al respecto. Así surgió el llamado “Informe Flexner” que caracterizaba dos tipos de enseñanza. El primero de ellos era característico de la escuela francesa y era llamado por Flexner el “tipo clínico”.

Herederos del sensualismo de Condillac y de la ideología de Destut de Tracy, los pedagogos franceses procuraban un aprendizaje basado en la percepción sensorial. En la enseñanza de la medicina, concebida como un arte clínico, se propiciaba en consecuencia una práctica hospitalaria precoz y constante. El resultado era la formación de excelentes clínicos que no apreciaban tanto a las ciencias básicas.

La escuela rival era el “tipo universitario” de Flexner, característico de la medicina alemana. Basado en esta concepción afirmaba de Hemholtz “La medicina será una ciencia natural o no será nada”; vale decir que acá por el contrario se privilegiaba a la ciencia básica como pilar de la enseñanza.

Al edificar un enorme edificio destinado a laboratorios, dejando enfrente a él la más vetusta construcción del Hospital de Clínicas, cabe inferir que el decano Arce se inclinaba por la enseñanza de tipo germánico.

Así en los años de 1950, sobre todo luego del retorno de los investigadores expulsados en 1943(ocurrido en 1955), la ciencia básica ocupó un importante lugar en los planes de estudio, en tanto que era evidente la necesidad de mayor contacto con el hospital por parte de los educandos.

Un drástico cambio en los planes de estudio se produjo en 1961 con la creación de las Unidades Docentes Hospitalarias. En la nueva currícula los alumnos deberían concurrir diariamente a un hospital cabecera en los tres últimos años de la carrera. Se intentaba de esta forma paliar los defectos de falta de contacto con el paciente que tenían los estudios anteriores.

Por la misma época se produce la creación de las residencias médicas que tendían a completar la formación médica de postgrado.(20)

Pero esta nueva modalidad de enseñanza se producía en una situación diferente de la educación superior. Por efecto de la llamada ley Domingorena, el Estado avaló (con ciertos requisitos previos) la creación de universidades particulares desde el año de 1959.

En los últimos 40 años se ha producido una proliferación de la oferta de enseñanza de la medicina y de sus carreras afines.

Según datos elaborados por la UBA, en el año 1998 existían ocho carreras de medicina dictadas en Universidades Nacionales y trece en Universidades Privadas (21)

Se tienen así carreras en las universidades Nacionales de: Buenos Aires, Córdoba, Rosario, Cuyo, La Plata, Nordeste, Tucumán y Comahue. Además se enseña la carrera en las Universidades Privadas del Salvador, Católica de Córdoba, Favaloro, Maimónides, Barceló, Interamericana, Aconcagua, Austral, Adventista del Plata, CEMIC, Mendoza, UCES, Morón y hasta 1999 en la Universidad Bar Ilán.

Entre las carreras conexas se tienen los siguientes datos: Kinesiología se enseña en cuatro universidades públicas y cuatro privadas; nutricionistas en cuatro universidades públicas y siete privadas; fonoaudiología en cuatro públicas y cinco privadas; psicología en siete públicas y cuatro privadas; odontología en siete universidades públicas y cuatro privadas; farmacia en nueve universidades públicas y cinco privadas (22) y enfermería en veintiuna universidades públicas y cuatro privadas. En esta última profesión(enfermería)cabe tener en cuenta la existencia de veinticinco escuelas terciarias públicas y sesenta y ocho privadas no universitarias.(23).

El resultado de tan importante oferta docente fue el de una superproducción de profesionales de la salud. En el caso de los médicos se estimaba hacia 1998 que el total de médicos en actividad era de 108800,(24)con enormes variaciones en su distribución regional. Así pues la concentración más alta de médicos se producía en la ciudad de Buenos Aires con un médico cada 95 habitantes, en tanto que la más baja es en Tierra del Fuego con 1 cada 962 hab.(25). Parecidos resultados se registran en las otras profesiones de salud con una evidente desproporción en enfermería donde la media del país es de 23,8 enfermeros por cada 1000 Hab.(26).

Resulta evidente que el exceso de demanda de estudios (que paradójicamente no se condice con una salida laboral cierta) pone en cuestión a todo el sistema de enseñanza, que abarrotado de estudiantes y sin docentes adecuados puede producir egresados de insuficientes conocimientos. Por esta misma causa, las plazas de residencias tampoco son suficientes para egresados cada vez más necesitados de formación.

Además, como consecuencia del progreso en los conocimientos, la Definida por la Conferencia de Alma Ata como la estrategia formación continua y la recertificación de especialidades son necesidades cada vez más apremiantes.

A su vez en los últimos años se ha podido apreciar un intento de redefinir el perfil de médico a lograr; y en este sentido la mayoría de las opiniones tienden a la formación de un médico generalista que luego de egresado podrá decidir su posterior especialización. Gran parte del vuelco hacia la conformación de un médico integrado al medio social puede ser debido al empuje dado por la comunidad médica a la Atención Primaria de la Salud..

Definida por la Conferencia de Alma Ata como la estrategia para lograr salud para todos en el año2000, la APS tiene sin embargo antecedentes anteriores al año 1978. Son de recordar al respecto los planes de salud rural, implementados por Alvarado en Salta y Jujuy en 1966 y '67(27). Esta novedosa orientación tendiente a lograr un médico conocedor de su profesión y con una amplia apertura humanística, tal vez sea la única solución factible a los problemas que plantea la enseñanza de la medicina.

Perspectivas futuras: ciencias básicas:

En una investigación anterior realizada por el Prof. Kohn Loncarica y uno de los (28), se elaboraban una serie de conclusiones acerca de la investigación básica y clínica cuyos criterios se mantienen vigentes.

En primer lugar cabe reconocer que la primera etapa de investigación, casi puramente clínica (con los cardíacos negros, o el síndrome ápico-costal-vertebral por ejemplo), fue sucedida por una etapa de investigación bioclínica. El inicio de esta última podría tal vez situarse cuando comenzó a tomar relieve la labor de la escuela de Houssay, que marcaría la predominancia (pero no la desaparición) de un modelo sobre otro.

El predominio biológico en la investigación trajo además otra consecuencia: la investigación médica se orientó preferentemente hacia una concepción de la medicina como ciencia natural, y en mucha menor proporción se alentaron los estudios sociales aplicados al proceso de salud-enfermedad. Recién en los últimos años se puede observar un tenue esfuerzo por revertir esta tendencia.

Finalizada la segunda guerra mundial, la influencia norteamericana comenzó a reemplazar en nuestra producción científica a la tradición francesa. Ello implicó necesariamente un requerimiento cada vez mayor de equipamiento tecnológico y de estipendios decorosos para los investigadores de tiempo completo.

En 1971, Alva Correa (29) recordaba los datos que sobre emigración de científicos latinoamericanos proporcionaba un comité de La Alianza para el Progreso. Las cifras eran de por sí sumamente elocuentes: de 5.620 emigrados en 1960, se había llegado a 15.818 en 1968. A lo cual agregaba este autor:

"Esto es de particular interés puesto que los médicos que emigran son los que tienen un gran ímpetu de superación, y salen, no sólo para mejorar su nivel de vida, sino para realizar trabajos que les resultan muy difíciles o directamente imposibles de realizar en su país natal" (30)

Gran brecha tecnológica y malas condiciones económicas para los investigadores son entonces factores que (según este autor) conspirarían contra la posibilidad de realizar una labor exitosa en este campo.

Sin embargo no es esa la opinión expresada por Houssay. En su obra La Investigación Científica (31), nuestro premio Nobel sostenía que la solución para el progreso de la ciencia residía más en un

cambio cultural que revalorizara a la investigación, por sobre la adquisición de tecnologías o el aumento de sueldos.

En abril de 1943, siendo Houssay presidente de la Asociación Argentina para el Progreso de la Ciencia escribía estas reflexiones a uno de sus becarios que emigraba a los Estados Unidos:

“Ojalá que usted vuelva y halle las posibilidades que merece, siempre que su espíritu conserve el fervor por la ciencia y por su país, pues sin ellos se va a la burocracia técnica, corriente en nuestras facultades”(32)

Burocracia, trabas e indiferencia acerca de los investigadores eran (y aún son) factores que según Houssay desgastan a los mismos, hasta transformar su labor de una aventura apasionante a un mero oficio.

Otras de las dependencias que los investigadores de los últimos cincuenta años han sentido fuertemente, ha sido la necesidad de pertenecer a una institución. En el caso de la investigación clínica la dependencia institucional fue, por regla general, de los hospitales de reconocido prestigio, mucho de los cuales eran en realidad hospitales – escuela con mayor o menor inserción universitaria.

Con la aparición del modelo biomédico(cuyo paradigma podría encontrarse en el Instituto de Investigaciones Médicas creado por Alfredo Lanari),el modelo norteamericano se afianzó también en el terreno asistencial.

En breve repaso podría recordarse la creación en 1957 del Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina; el Instituto Municipal de Hematología del Hospital Ramos Mejía; o la División Cardiología de ese mismo Hospital.

En ellos investigaron Lanari, Agrest, Roncoroni, Pavlovsky, Etcheverry, Grignchi, Tezanos Pintos, Derechin, Bomchil, Rosenbaum y Elizari entre otros.

La creación de la Carrera de Investigador permitió a muchos científicos incorporarse al CONICET, pero el deterioro económico producido en las últimas décadas del pasado siglo, llevó a muchos de ellos a situaciones realmente complicadas. Tal vez por este motivo que otro grupo de estudiosos han vuelto a intentar el camino de las investigaciones financiadas con fondos privados, como por ejemplo el Hospital Italiano o la Fundación Favaloro.

Así pues el panorama hacia el año 2000 resultó ser sumamente complejo. Se investiga en la Universidad, en el CONICET y en medios privados. Hasta la década de 1990, el CONICET resultaba ser de todas las instituciones aquella que podía destinar más fondos a mantener

laboratorios, bibliotecas y personal. Como resultado sucedió un divorcio entre la docencia universitaria y muchos investigadores que no la practicaban.(33) (34) .La crisis de los años finales del siglo produjo además otro recorte en el tema. No existen fondos suficientes para financiar la totalidad de los proyectos, ni tampoco para permitir el ingreso de nuevos aspirantes a la carrera. La gran dependencia que en la Argentina tiene la ciencia respecto del Estado, augura en consecuencia un preocupante futuro si no se revierte la tendencia

Finalmente caben dos últimas reflexiones sobre temas conexos. Ciertos países (y entre ellos la Argentina)poseen patologías regionales propias; temas como el de la infección chagásica por ejemplo, necesitan un fuerte interés vernáculo para lograr su solución.

Además (y sin descuidar la investigación biomédica)cabe reconocer que los componentes social ,ético y humanístico de la medicina realizaron también una profunda labor de investigación con la cual todavía se está en deuda.

Perspectivas futuras:clínica y cirugía:

Es indudable que la medicina asistencial de la última mitad del siglo XX ha sufrido una mayor transformación de sus conocimientos que en cualquier otro período de la historia. Este solo hecho es entonces un indicador elocuente de la difícil tarea de reflexionar acerca del devenir de la práctica médica en la Argentina.

La clínica médica, ciencia soberana en el campo asistencial, asistió en esos años a las raudas transformaciones que la llevaron desde la pura semiología de los '50 hasta los sofisticados procedimientos del 2000 además de sufrir revoluciones terapéuticas con el advenimiento de los antibióticos. En las primeras décadas del período historiado, la figura de Mariano Castex y sus discípulos resultó ser señera.La medicina interna argentina llegó a ser tan reconocida como para que el 8º Congreso de la Sociedad Internacional tuviera su sede en Buenos Aires en 1964, lo mismo que el Octavo Simposio Internacional de Progreso en Medicina Interna en 1969.

Pero si un rasgo caracterizó a la clínica médica de entonces, fue justamente el de que pese a los múltiples adelantos técnicos producidos, nunca perdieron sus escuelas una visión holística del paciente como sujeto humano inserto en su medio social. Pudo así afirmar Pasteur Valary Radot que

“Mariano Castex fue un gran médico porque fue un gran humanista”(1), afirmación que podría haberse adjudicado también a cualquiera de los otros grandes maestros tales como Fustinioni, Fongi, Beretarvide, Pasanante por mencionar a algunos.

Pero al mismo tiempo que los clínicos se esforzaban en mantener una función integradora en la comprensión del proceso de salud- enfermedad, los progresos técnicos y científicos exigían el desarrollo de las especialidades médicas y quirúrgicas.

Se asistió así al afianzamiento de numerosas especialidades o al nacimiento de otras nuevas como por ejemplo la neonatología.

Esta necesaria tendencia a la especialización no fue patrimonio exclusivo de la clínica sino que se observó también en la cirugía. Los maestros del arte quirúrgico tales como Finochietto o Arce tuvieron entonces indistintamente discípulos que practicaban la cirugía general, o alguna de sus ramas con exclusividad.

En líneas generales la medicina asistencial argentina siguió los progresos de la medicina asistencial internacional, siq̄ que con algunas particularidades en determinados casos. Así pues, será necesario puntualizar algunas características que se pasan a comentar.

En primer lugar debe mencionarse la mayor participación de médicos del interior del país en posiciones expectables dentro de la profesión. Ello significa que, si bien Buenos Aires siguió siendo el lugar de mayor concentración de buenos profesionales, ya no fue el único centro asistencial de calidad.

Oro importante ítem corresponde a la incorporación de nuevas tecnologías. Este delicado aspecto posee dos vertientes contrapuestas que deben ser valoradas: el progreso técnico y científico exige por una parte que el instrumental y los insumos a emplearse en las prestaciones médicas deban ser actualizados acorde a los avances producidos en todos los campos. Pero al mismo tiempo es preciso que la incorporación de nuevas tecnologías tenga un serio basamento científico, no sea influida por modas o presiones comerciales, y sea adecuada y con posibilidades de sustentabilidad por parte de los países que las requieran. Estas premisas no siempre se respetaron en la Argentina y, por el contrario, en numerosas oportunidades determinadas circunstancias favorecieron la importación acrítica de tecnologías inadecuadas, que perjudicaron más que ayudaron a la labor asistencial.(2)

En el terreo de las patologías regionales se produjeron en el país algunas particularidades dignas de mención. Así por ejemplo en el caso de la endemia bociosa, o en el del paludismo u otras

endemias del noroeste, fue necesario para erradicarlas acudir a medidas de orden público como por ejemplo la iodización de la sal o las campañas de desatización?. Esta necesidad ocasionó que varios destacados clínicos(como Oñativia por ejemplo)debieran actuar también como sanitaristas para lograr el éxito de sus propósitos.

La vertiente social en la concausa de las enfermedades fue puesta de manifiesto cada vez con mayor énfasis en todos los terrenos, pero adquirió más importancia en ciertas especialidades como la pediatría. Téngase presente, a modo de ejemplo, los estudios sobre psicología infantil de Escardó o los derechos del niño preconizados por Gianantonio.

Los cada vez más poderosos recursos de intervención médica han planteado a su vez mayores y más delicados problemas éticos. Temas como la muerte cerebral, la eutanasia, la fertilización *in vitro*, o la posibilidad de manipulación del genoma humano, plantean interrogantes aún no resueltos.(3)(4)(5)6

Muy relacionado con el tópico anterior se encuentra también la problemática de la epidemia de SIDA. que, como ocurre en todo el mundo, también aumenta exponencialmente su número de víctimas en la Argentina. En este caso, a los problemas sanitarios y sociales derivados de la atención de estos pacientes, se agregan también los dilemas morales que de ello se deriva.(7)(8)

Pero además de todos los problemas propios de su desarrollo en un país que, como la Argentina, presenta crisis periódicas y dificultades estructurales que entorpecen el desenvolvimiento profesional, la medicina asistencial vernácula sufre los avatares de los sucesivos cambios de orientación de las políticas sanitarias. Ocurre de esta manera, que aunque por motivos de claridad expositiva se han separado en este ensayo la práctica profesional de las directivas de políticas de salud, la primera resulta sumamente condicionada por la segunda, como se apreciará en el párrafo siguiente en que se considerará al sanitarismo y su repercusión en la atención de la salud.

Resumiendo: se podría afirmar que la práctica asistencial en nuestro país ha tenido brillantes épocas y cultores en el período de 1950 a 2000. Que la mayoría de los médicos han ejercido su profesión(al igual que los investigadores)ligados científicamente a instituciones públicas o privadas de calidad. Que en gran cantidad de casos los profesionales más prestigiosos(al revés de lo ocurrido en ciencias básicas)ejercen la docencia universitaria. Que el antiguo monopolio de la profesión que ostentaba Buenos Aires, paulatinamente va cediendo terreno a otros centros asistenciales del interior. Que en cuanto a lo referente a tecnología médica se ha procurado adecuarse a los patrones internacionales, pero que circunstancias extra médicas han distorsionado algunas veces su

planificación, produciendo o bien restricciones en elementos necesarios, o por el contrario una invasión de recursos con tecnologías muchas veces no adecuadas. Además las patologías regionales y sociales obligaron a varios distinguidos colegas a incursionar en los campos de la medicina social y sanitaria. Finalmente se recalca la notable influencia que las políticas sanitarias(más de una vez erráticas contrapuestas) tienen y aparentemente seguirán teniendo sobre el ejercicio profesional.

Perspectivas Futuras: El sanitarismo:

En un breve pero interesante estudio acerca de La evolución del sistema de atención médica en la Argentina, José Luis Mainetti sistematiza la historia de la atención sanitaria nacional en los siguientes períodos:

- 1)Colonial(1500-1776)
- 2)Fundacional(1776-1862)
- 3)Científico(1862-1946)
- 4)Social(1946-1976)
- 5)De crisis(1976-1990),y
- 6)De atención gerenciada (partir de 1990)

En este esquema ,el lapso temporal comprendido entre los años de 1950 a 2000 correspondería a las etapas: social, de crisis, y de atención gerenciada, de la clasificación de Mainetti.

La etapa denominada”social”se corresponde en sus períodos iniciales con el acceso al poder y la acción de gobierno del peronismo Dada la importancia de su obra, vale la pena detenerse en algunos detalles. Según Mainetti, la génesis de una mayor conciencia sociales la población había ido desarrollándose gracias al incipiente crecimiento industrial de ese entonces, y a las migraciones internas, que favorecieron la urbanización y la proletarización de las clases populares. Los nacientes sindicatos obreros, favorecidos por el peronismo, desarrollaron en sus afiliados la conciencia del derecho a la salud. En su concepción, la atención médica, además del

Hospital público debía prestarse en las nascentes obras sociales. El vertiginoso aumento de la demanda produjo como respuesta un aumento de la oferta, que no pudo ser estructurado en forma coherente.

Al iniciarse este proceso, el gobierno de la salud pública resultaba anárquico. Recién en 1943, el decreto 12.311 creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social bajo la conducción del Dr. Eugenio Galli. A esta Dirección la sucedieron en 1946 la Secretaría de Salud Pública de la Nación y luego(en 1949) el ministerio de este ramo, ambos bajo el mando de Ramón Carrillo.(2)

La modernidad de muchas de las ideas de Carrillo permite que varias de ellas tengan aún vigencia y puedan servir en la elaboración de modelos futuros. Al asumir el nuevo ministro decía uno de sus biógrafos que :”...*los índices de mortalidad infantil en la Argentina eran similares a los que registraban los países europeos asolados por la Segunda Guerra Mundial*”(3)sin contar con las alarmantes endemias como la tuberculosis, el paludismo o el chagas. La respuesta del Estado a esta situación se encontraba en gran parte dificultada, pues al ser las políticas de salud de resorte federal, las acciones se tomaban incoordinadas, duplicadas o contradictorias. El firme mando de Carrillo permitió organizar las prestaciones bajo una dirección coherente. A poco de asumir sus funciones explicaba el nuevo ministro que: “*Es evidente que actualmente no pueda haber medicina sin medicina social, y no pueda haber medicina social sin una política social del Estado*”(4). Comenzó así a aplicarse una política sanitaria cuyos primeros resultados fueron la erradicación de la malaria, la creación de una red de servicios en base a hospitales de 30 hasta 420 camas, los hospitales monovalentes, y a la regionalización sanitaria.

Los resultados obtenidos fueron excelentes: la mortalidad infantil descendió del 90 por mil registrada en 1940, al 56 por mil en 1954(5), y el número de camas de hospital aumentó de 66.300 en 1946 a 134.000 en 1954, de las cuales el 80% estaban en manos del Estado.(6) (7).

Pese a estos logros indudables, puntualiza Mainetti que Carrillo(lo mismo que todos sus sucesores) no logró conciliar los subsectores público, de obras sociales, y privados en un plan conjunto de salud. El traspaso sin financiamiento de los dieciséis policlínicos de la Fundación Eva Perón al Ministerio, resultó ser un golpe de gracia a su presupuesto y, falto de apoyo, Carrillo renunció en 1954. (8) (9).

Los gobiernos que se sucedieron a la caída del peronismo no intentaron siquiera cambiar el rumbo que la política sanitaria había tomado. Todo lo contrario, en muchos casos ella fue profundizada pero no mejorada. Valga como ejemplo de lo dicho la ya comentada ley de obras sociales promulgada bajo el gobierno de Juan C. Onganía, y el fracaso del proyecto de ley de medicamentos de Oñativia que recortaba las pingues ganancias de los laboratorios medicinales.

El llamado “período de crisis” resultó ser originado por la hipertrofia del sistema de obras sociales. Varios factores contribuyeron a producirlo, de entre los cuales se pueden citar: la gran disponibilidad de fondos, el aumento(a veces irracional) de la demanda y la oferta de servicios de salud; la explosión tecnológica de los años '70 y '80; y el aliento al consumo de servicios por parte del sector privado, ya totalmente dedicado a ofrecer sus prestaciones a las obras sociales. Todo ello unido a la ineficiencia, la burocracia y el despilfarro, originó por una parte el auge económico al principio y la bancarrota después, del modelo instaurado; además de impedir una vez más la concreción de un plan nacional de salud.

Como consecuencia del caos y la hiperinflación de 1989-1990, se desarrolló en nuestro país un nuevo modelo económico que puso el acento en el gerenciamiento de muchas actividades con vistas a obtener rendimientos económicos inmediatos. Así encauzada, la política sanitaria obligó a las obras sociales a su autofinanciamiento, recortó presupuestos en los hospitales públicos, y produjo en consecuencia la reducción de prestaciones por falta de medios económicos. Hacia el año 2000, muchos efectores privados, obra social dependientes, debieron cerrar sus puertas y la población pasó a sobrecargar a los empobrecidos hospitales públicos o, si podían hacerlo, a pagar prestaciones de empresas de medicina pre-paga.(10).

La descentralización administrativa y económica de los hospitales públicos, profundizada por las normativas del Hospital Público de Autogestión y el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica(11), puede aún agravar la crisis si el Estado interpreta la descentralización como desentendimiento del problema.

En resumen: los años finales del siglo XX asistieron en cuanto a la administración de salud al fracaso del proyecto de una política sanitaria unificada, coherente y sustentable. En reemplazo de ella se intentó por parte de los subsectores de obras sociales y los privados a su servicio, reemplazar el rol del hospital público, que el ministerio de Carrillo había concebido como la columna vertebral del sistema. Tampoco fue posible luego de Carrillo, lograr una

compatibilización coherente del manejo de la salud entre la Nación y las Provincias y la de éstas entre sí.

Finalmente la debacle económica de fines de la década de 1980 obligó a un achicamiento indiscriminado del sector, donde junto al recorte de acciones de salud superfluas se produjeron falencias graves en otras prestaciones imprescindibles.

En estas circunstancias el vapuleado hospital público se vio obligado a cubrir los defectos y abandonos de los otros subsectores, sin contar con mayores medios.

Con un sistema en crisis, la única solución parecería ser la vuelta al hospital público como sostén de la salud, tanto en lo preventivo cuanto en lo asistencial, y la elaboración de una política de salud seria y sustentable que sea encarada no como una cuestión de gobierno sino como una cuestión de Estado.

Perspectivas futuras: La enseñanza médica:

Los finales del siglo XX han encontrado a nuestro país con una enseñanza médica desarticulada y carente de objetivos claros.

En efecto si se ha de discurrir acerca del aprendizaje de la profesión, el enfoque no puede limitarse a los estudios de grado, sino que por el contrario es preciso incluir en él, tal como lo ha propuesto Manrique(1), una profunda revisión pedagógica. Dicha revisión incluye un primer ciclo para nivelar conocimientos de los educandos, un segundo ciclo formativo(estudios de grado y residencia obligatoria) y un tercer ciclo de integración, en el cual el nivel médico reciba los conocimientos suficientes para desempeñarse en su medio social. A lo cual los autores de este ensayo se permiten agregar la necesidad de una formación y actualización continua.

Pero si se profundiza aún más en las causas de las dificultades pedagógicas de nuestra enseñanza médica, se podrá coincidir con Isola en que:

“...nuestra crisis educativa es grave porque desde hace medio siglo nuestra [educación primaria] también está en la encrucijada”.(2) .O sea que con una mirada abarcativa del problema se debe reconocer que las dificultades de la educación médica son parte de los tropiezos que sufre toda la educación argentina en general, a los que se le adicionan los obstáculos propios de la enseñanza de la medicina.

Un discurso acerca de la enseñanza en general excede los conocimientos de los autores, que además desean mantener el objetivo enunciado en la “introducción”, acerca de limitar su visión a los problemas exclusivamente médicos. Así pues, sin dejar de reconocer que la enseñanza previa al ingreso a los estudios superiores es de la mayor importancia, se pasará revista solamente a estos últimos.

En primer lugar cabe preguntar si el título otorgado por las Facultades es siempre garantía de idoneidad. I en este punto es necesario coincidir con Fustinoni en que: *“con los años transcurridos podemos hoy asegurar que, sin haber desempeñado la residencia un egresado de las Facultades de Medicina no está capacitado para el ejercicio correcto y satisfactorio de su profesión”*.()

Será entonces oportuno recordar brevemente la génesis del sistema de residencias médicas. La primer idea al respecto surge de un proyecto de Tiburcio Padilla que en 1944 propuso la creación en su servicio del Hospital de Clínicas de un cargo de residente. Se transformó para ello una partida de jefe de trabajos prácticos y el Dr. Julio A. Berreta fue designado como primer residente. En los años '50 el ejemplo cundió y se abrieron residencias quirúrgicas en los Hospitales de Lanús y Durand. En 1959 el entonces Secretario de Salud de la Nación, Ezequiel Holmberg creó un organismo nacional para evaluar y dirigir a las múltiples residencias médicas entonces creadas. Nació Así el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), que presidido por Mario Brea, y luego por Jorge Manrique, cumplió sus funciones hasta 1973, año en que fue suprimido por cuestiones más políticas que técnicas. Desde ese entonces no existe un órgano rector que dicte normas generales acerca de lo que se considera una residencia médica (()). Exista además una contradicción importante en el sistema de residencias, pues el número reducido de vacantes impide que la mayoría de los egresados acceda a una plaza de médico residente. Se podría coincidir en este caso con la opinión de Fustinoni acerca de que la solución del problema es doble: o se amplían las residencias, o se limita el cupo de egresados.

El tema de la formación de pre y post grado inmediato de los médicos deja al descubierto otro de los graves problemas de la sanidad argentina: no existe una planificación que relacione el

número de egresados con la necesidad real de profesionales que necesita el país. Aún es más, con la explosiva plétora de Universidades Privadas el número de egresados aumenta más. Sin contar con contar con que habrá cada vez menos posibilidades de inserción laboral para estos médicos, y limitándonos a los problemas de enseñanza, cabe puntualizar que pocas Universidades Privadas cuentan con hospitales propios, produciendo de esta manera una sobrecarga en la demanda de lugares para formación de pre y post grado en los Hospitales Públicos y en detrimento de la enseñanza en los hospitales del Estado.

Las Universidades han querido paliar la falta de vacantes de residencia proponiendo un sistema de internado rotatorio en el último año de la carrera. A juicio de Fustinoni () ello es insuficiente para adquirir una formación adecuada.

Queda además el problema de la certificación y recertificación de las especialidades médicas, que se realiza hasta ahora en forma voluntaria y por distintas instituciones como la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Médica Argentina u otras. Este sistema comenzó a aplicarse en 1991 por parte de la Academia y a propuesta de Carlos Gianantonio, pero tampoco tiene a la fecha una regulación uniforme.

Vale decir que, en el panorama actual de la educación médica *estricto sensu* se encuentra la misma incoordinación que existe en otras de las ramas de la profesión médica ya estudiadas. Resolver el problema planificando una buena formación en el pre y post grado inmediato y alejado, coordinar ideas y proyectos en todos los centros de enseñanza, y destinar recursos para formar la cantidad de médicos que el país va a necesitar, son los desafíos del futuro. Restará solamente un simple problema más, formar educandos exige contar con educadores idóneos en número suficiente. Será entonces también necesario adecuar las exigencias para considerar que un médico está calificado para ser docente universitario. Y habría que tener en cuenta que los voluntarismos, como los aplicados hasta ahora deben desaparecer. La formación de un docente universitario es cara y esforzada y el tiempo que dedica a la enseñanza es mucho. No tratar el tema de las remuneraciones de los profesores, que deberían permitirles una vida decorosa para ellos y sus familias, no solamente es un error trágico si no que en ciertos casos puede ser una inmoralidad.

NOTAS:

1. Citado por: Barrios Medina, Ariel.. Buenos Aires. Interciencia Vol. 12(7): 290
2. Cf. al respecto:

AA. VV. *Libro Jubilar del Profesor Bernardo Houssay.(1910-1934)*. Bs. As.1934.

En esta obra se encuentra la bibliografía de Houssay hasta esa fecha , ordenada en forma temática.

Houssay, Bernardo Alberto *.Estudio sobre la acción de los extractos hipofisarios. Ensayo sobre la fisiología del lóbulo posterior de la hipófisis*. Bs. As. La Ciencia Médica. 1911. Tesis de Doctorado en Medicina.

Houssay, Bernardo Alberto. *Historia de la Diabetes Hipofisaria* Bs. As. *Libro de Oro del Dr. Alejandro Ceballos*. 1942. pág. 417- 425.

Houssay, Bernardo Alberto. *History of Hipophisys diabetes*. In: *Essay in biology in Honour of H.M. Evans* .California. University Press,. 1943 págs.247 -256.

Houssay, Bernardo A.; Lewis, Juan T;Orías Oscar; Brawn Menéndez Eduardo; Hug, Enrique; Foglia, Virgilio G.;y Leloir, Luis F.*Fisiología Humana*. Buenos Aires.3° ed.1954.

Foglia, Virgilio. *Aportes argentinos para la ciencia mundial. Bernardo Alberto Houssay(1887-1971)* La Plata Quirón 1975 Vol. 6. Nº1. pág. 137-140

- 3 Foglia Virgilio G.; Deulofeu, Venancio (compiladores).*Bernardo A. Houssay. Su vida y obra.(1887-1971)*.Bs.As. Academia Nacional de Ciencias Exactas Físicas y Naturales. 1981.
- 4 Archivo de la Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias. Acta nº1
- 5 Foglia, V.G.; y Deulofeu, Venancio. Opus cit
- 6 Foglia, V.G.*Aportes Argentinos para la Ciencia Mundial*.La Plata Quirón .3: 1119- 1121.1975
- Huidobro, F; y Braun Menéndez, E. *American Journal of Physiology*.137: 47. 1942.
- Braun Menendez, E.; Fasciolo,JC;Leloir, LF;y Muñoz;Jm. Bs. As. *Revista de la Sociedad Argentina de Biología*.15:420. 1939.
- Leloir,LF; Muñoz, J M ; Braun Menendez,E ; y Fasciolo , J C.*La sustancia hipertensora en la sangre del riñón isquemiado*.BsAsRev. de la Sociedad Argentina de Biología. 15:420. 1939.
- Fasciolo,J C. *Breve historia del descubrimiento de la hipertensina*.Bs. As. *Ciencia e Investigación* . 15(9):254-259.Septiembre de 1959 .
- 7 Cf. al respecto y modo de ejemplo.Taquini, A.C.*Exploración del corazón por vía esofágica*. Bs. As. Tesis de doctorado 1936.
- Lanari., Alfredo.*Tratamiento reventivo de la taquicardia paroxística supraventricular con cabamulcolina* Bs. As. *Revista Argentina de Cardiología* 11:125. 1944.
- Lanari, A. *La contracción miotónica en el hombre, después de la curarización completa*. Bs. As. *Anales de la Cátedra de patología y clínica de la Tuberculosis* 8: 405- 526. 1946.
- Lanari, A. *Los tansmisores químicos .Contribución al estudio fisiológico y farmacológico de la acetilcolina* Bs.As. Tesis de doctorado.1936
- 8 Cf. por ejemplo, Delofeu, Venancio;y De Langhe, J.*Estudios sobre plantas Argentinas.Alcaloides del Lycopodium saururias (cola de quirquincho o pillijan)*.Bs. As. *Anales de la Asociación Química Argentina* . 1942.

Deulofeu, V; Cabriola, R; y Berinzagui, B. *Estudios sobre plantas Argentinas sobre la constitución de la afuerina* Bs. As. Anales de Asociación Química Argentina 1947. etc.

9 .Aranes, Gregorio; y Bluske Castellano, Iván. *El empleo de la novocaína endovenosa como anestésico general*. Actas del 2º Congreso Argentino y 1º Latinoamericano de Anestesiología. 1949

10 .Cf. Leloir, L.F; Cardini, C.E; Paladini, A. C, y Caputto, R. *Recientes adquisiciones en el metabolismo intermedio de la glucosa y galactosa* Bs. As. Revista de la Asociación Bioquímica Argentina 1950.

11. Rosenbaum, Mauricio; Elizari, Marcelo, y Lazari, Marcelo Julio. *Los hemibloqueos* Bs. As. Paidós 1968.

12. Parodi, Armando S.; *Aislamiento del virus junín de los ácaros de la saona epidémica* .Bs.As. Revista de la Cátedra de Microbiología y Parasitología .28(89): 5-19. 1960

Parodi, A; et. al *Inmunización de los voluntarios contra la fiebre hemorrágica argentina con una cepa de virus atenuados* Bs.As. Congreso Argentino de Biología. Setiembre de 1968.

13. De Robertis, Eduardo; *Histophysiology of synapsis and neurosecretion*. New York Mac Millan 1963.

14. Mazzei, Egidio. *Vigencia del Profesor Mariano R. Castex* .Bs. As. La Prensa. 16 de noviembre de 1969.

Maznatta, Guillermo; *Los últimos cincuenta años de la clínica médica Argentina* .En Aznarez, Enrique P; (director). *Historia general de la medicina Argentina*. Córdoba Universidad Nacional de Córdoba 1980 Tomo II

15. Kohn Loncarica, Alfredo G; Agüero, Abel I.; y Sánchez, Norma I. *Ciencia y técnica en la Argentina. Carlos Alberto Alvarado y la lucha antipalúdica*. Madrid. Asclepio. 1997.

16. Arribalzaga, Rodolfo A. *Una nueva enfermedad epidémica a germen desconocido: hipertermia nefrotóxica, leucopénica y exantemática*. Bs. As. El día médico. 27:1205. 1955.

17. Ministerio de Salud Pública de la Nación. *Plan sintético de Salud Pública 1952-1958*. Bs.As. publicación oficial 1961
Rodríguez Castells, Horacio. *La organización de la atención médica en la Argentina en los últimos cincuenta años*. En Aznarez E. P. Opus cit.
18. Gobierno de la Ciudad de Bs. As. Secretaría de Salud. *Síntesis estadística 1997*. Publicación Oficial 1998
Gobierno de la Ciudad de Bs.As. Secretaría de Salud. *Síntesis estadística 2001*
Publicación Oficial 2002
19. OPS *Reunión sobre formación de postgrado en Salud Pública n la Rep. Argentina*. Bs. As. 1992
20. Fustinoni, Osvaldo. *Experiencia Argentina sobre residencias hospitalarias. Residencias en clínica médica* Bs. As. Revista de la Asociación Médica Argentina 74 N°3 1960.
Manrique, Jorge. *Residencias en Cirugía* Bs. As. Revista de la Asociación Médica Argentina 74 N°3 1960.
21. Secretaría de Planificación de la UBA con base de datos de la Secretaría de Políticas Universitarias Ministerio de Cultura y Educación 1998.
22. Idem.
23. Secretaría de Planificación UBA Datos suministrados por la Secretaría de Educación Superior. Ministerio de Educación. Agosto 2000 y Guía del estudiante EUDEBA.
24. Index estimado del Censo Nacional de Población. 1991.
25. Idem
26. Idem
27. Kohn Loncarica, A G ;y Agüero A.L *Carlos Alberto Alvarado y los planes de salud rural. Las condiciones del éxito y fracaso en tecnología médica*. Buenos Aires Saber y Tiempo. julio- diciembre de 1977.
28. Kohn Loncarica A.G.; y Agüero A.L. *Contribuciones originales de la medicina argentina a la medicina universal* Bs. As. Inédito.
29. Alva Correa, Juan J. *América latina y la investigación clínica* Bs. As. Medicina Vol. 31 págs. 358-361.

30. Ibidem .

31. Bs. As. Columba .1960

32. Stoppani, Andrés O N. *Bernardo A Houssay ..Reflexiones sobre la emigración de un becario de la Asociación Argentina para el Progreso de la Ciencia* Bs. As. Revista Fundación Facultad de Medicina de la UBA. Vol. VI N°24 . junio de 1997 pág. 22.

33. Lanari, Alfredo. *Docencia e investigación, una falsa antinomia.* Bs. As. Medicina Vol. 35 1975 pág. 338-340.

34 Jaim Etcheverry , Guillermo. *La ciencia y la educación médica* Bs. As. Medicina Vol. 53 pág. 84-86.

AGRADECIMIENTOS Y DISCULPAS

Los autores se hacen un deber el expresar su agradecimiento a los numerosos colegas que han ayudado con sus consejos y conocimientos; ellos son los doctores Donato Depalma, Carlos Mercau, Juan Carlos Milanese, Ana Huberman, Juan Carlos Cipitria, Marcelo Loso, Raúl Rey, Marcelo Elizari y Marcelo Mazzuco. Asimismo debemos pedir disculpas por las numerosas omisiones que indudablemente se han producido, todas ellas involuntarias y fruto de nuestra falta de conocimientos que se hubiera descubierto aún más sin el generoso auxilio de los colegas antes mencionados.