



Revista de la Asociación Médica Argentina

I.S.S.N. 2618-3676



Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

El 6 de febrero de 1890, se concretó la compra de la quinta
de la calle Gallo 984/1016, y en noviembre de 1896
se inauguró la sede actual.

VOLUMEN 133

2/2020

JUNIO DE 2020

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIÉRREZ

(1896)

Asociación Médica Argentina

El 30 de abril de 1875 se inauguró en la Calle Victoria 1179 (hoy Hipólito Yrigoyen 3420, CABA) el Hospital de Niños San Luis Gonzaga, respondiendo a la inquietud de la Sra. María Josefa del Pino –nieta del Virrey del Pino–, quien lo propuso a la Sociedad de Beneficencia el 7 de enero de 1867.

El fallecimiento de la Sra del Pino víctima de la epidemia de fiebre amarilla de 1871, hizo retomar este objetivo a la nueva presidenta de la Sociedad, la Sra. Dolores Lavalle de Lavalle (hija del Gral. Juan Lavalle, destacado militar y político de la guerra de la Independencia argentina). Para ello, organizó en el año 1874 una comisión abocada a crear un hospital especializado exclusivamente en la atención de niños. El líder del proyecto fue el Dr. Ricardo Gutiérrez, médico especializado en Europa en clínica pediátrica. Al inaugurarse la institución asumió la dirección en forma transitoria el Dr. Rafael Herrera Vegas, hasta el regreso al país de Ricardo Gutiérrez, su director efectivo desde agosto 1875. Integraron el plantel inicial los Dres. Ignacio Pirovano, Adalberto Ramaugé (socio fundador de la Asociación Médica Argentina) y, como practicante, José María Ramos Mejía.

El 22 de marzo de 1876, en respuesta a la gran demanda de pacientes, la institución se mudó a la calle Arenales 1462, CABA. Las cuarenta camas iniciales fueron reemplazadas con un Servicio de Clínica Médica para varones, situado en la planta baja y para mujeres en el primer piso. Se instaló además un Servicio de Cirugía con salas de internación. Contiguo al quirófano, se emplazó el gabinete destinado a histopatología, que constaba con un microscopio importado por Sarmiento a pedido del Dr. Ignacio Pirovano, cirujano del hospital. Se incorporaron los Dres. Eduardo Holmberg en Anatomía Patológica, Mariano Bejarano en Oftalmología, Baldomero Sommer en enfermedades de la piel (socio fundador y presidente de la Asociación Médica Argentina), y Juan Pujol en afecciones de nariz, garganta y oído.

El 1° de marzo de 1883 se transformó en hospital docente al ser nombrado profesor el Dr. Manuel Blancas, quien dirigió el primer curso del país sobre enfermedades en los niños



se colocó en 1893, y el edificio se inauguró tres años más tarde, en noviembre de 1896.

El nuevo centro tenía capacidad para doscientos treinta pacientes, y era atendido por doce médicos, ocho practicantes y doce hermanas de la Congregación del Huerto. El límite de edad para la admisión de pacientes era de 14 años.



Dr Ricardo Gutiérrez
10-11-1838 / 23-09-1896

En 1946, el Hospital de Niños adoptó el nombre “Dr. Ricardo Gutiérrez” por ser una figura destacada en la medicina y en la literatura nacional. Gutiérrez nació en Arrecife, provincia de Buenos Aires, el 10 de noviembre de 1838. Si bien inicialmente se inclinó por el estudio de leyes, que cursó hasta el tercer año, finalmente abrazó la carrera médica. En un contexto de dinámicos cambios políticos, comprometido con sus ideales, interrumpió sus estudios para participar en el ejército de Buenos Aires, dirigido por el Gral. Mitre, en las batallas de Cepeda y Pavón.

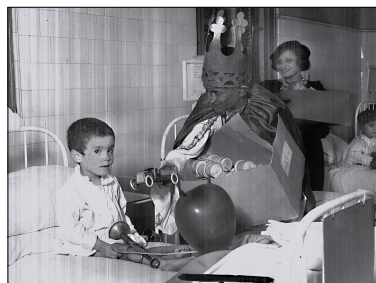
Ya graduado, organizó los servicios sanitarios en la Guerra de la Triple Alianza. Su acción fue encomiable durante las epidemias de cólera (1867, 1877) y de fiebre amarilla (1871).

Como hombre de letras, junto con sus hermanos José María, Eduardo y Carlos fundó el diario *La Patria Argentina* en 1879. Sus más reconocidos trabajos literarios fueron: *Poesías escogidas*, *La fibra salvaje*, *Lázaro*, *El libro de las lágrimas* y *El libro de los cantos*. Falleció el 23 de septiembre de 1896, causando hondo pesar en la comunidad científica y cultural.

El Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez es el primer hospital pediátrico de Latinoamérica. En 1946 inició las funciones de la Primera escuela Hospitalaria de la Capital Federal, liderada por el Dr. Marcelo Fites. En 1958 se creó en la Sala I de Clínica Pediátrica la primera Residencia de la Especialidad, con la jefatura del Prof. Dr. Raúl Maggi, auspiciado por el Dr. Carlos Giannantonio. El Dr. Florencio Escardó incorporó en 1958 en la Sala XVII, de la cual era jefe, la internación de las madres junto a los niños enfermos para resguardar el vínculo afectivo; en 1967 creó la Residencia de Psicología a cargo de la Licenciada Eva Giberti.

Hoy, además de brindar atención a los niños y sus familias con visión integral, y de su destacada labor docente, ostenta el orgullo de haber editado la *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires* primera publicación médica pediátrica de Latinoamérica, fundada por el director del hospital Dr. Antonio Arraga e ininterrumpida desde 1897. Tomó el nombre de *Revista de Medicina y Cirugía del Hospital de Niños* entre 1910 y 1958, y luego volvió a su denominación original.

La biblioteca de la entidad fue creada en noviembre de 1902 por el Dr. Laureano Rivas Miguez, cuyo nombre lleva hoy.



Prof. Dra Amalia Bores, Prof. Dra Inés Bores

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2020

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

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

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

(+ 54 11) 5276-1040 - info@ama-med.org.ar - www.ama-med.org.ar

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

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

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

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

COMISIÓN DIRECTIVA 2019 - 2023

Presidente

Dr Miguel Ángel Galmés (16.619)

Vicepresidente

Dr Roberto Reussi (12.263)

Secretario General

Dr Carlos Mercáu (33.207)

Prosecretario

Dr Alfredo Buzzi (40.179)

Secretario de Actas

Dr Fabián Allegro (29.815)

Tesorero

Dr Vicente Gorrini (15.732)

Protesorero

Dr Miguel Ángel Falasco (30.590)

Vocales Titulares

Dr Gustavo Piantoni (13.208)

Dra Luisa Rafailovici (15.023)

Dr Ricardo Losardo (15.943)

Vocal Suplente

Dra Silvia Falasco (22.974)

Presidente de Honor: Prof Dr Elías Hurtado Hoyo (7.390)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA: Dr Tomás Andrés Cortés (11.601) - Dr Bernardo Yamaguchi (23.340)

Dr Enrique Francisco E Labadie (6.268) - Dr Jorge Mercado (14.146) - Dr Hugo Pablo Sprinsky (20.953) - Dr Walter Adrián Desiderio (23.227)

Dr Luis Hilarión Flores Sierra (25.137) - Dra Analía Pedernera (14.795) - Dt Alejandro Jesús Diz (16.497)

Dr Néstor Carlos Spizzamiglio (16.929) - Dra Rosa Álvarez de Quantín (11.264) - Dr Carlos Mosca (15.076) - Dr Luis Romero (11.227)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr Eduardo Abbate (9.314)

Dr Ángel Alonso (10.896)

Dr Heraldo N. Donnewald (9.043)

Dr Leonardo H. Mc Lean (6.885)

Dr Víctor Pérez (5.314)

Dr Román Rostagno (9.807)

Miembros Suplentes

Dr Mario Bruno (12.357)

Dr Germán Falke (31.714)

Dr Horacio López (14.518)

Dr Daniel Lopez Rosetti (21.392)

Dr Juan José Scali (27.242)

Dra Lidia Valle (16.932)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dr Fabián Allegro (29.815)

Dra Raquel Bianchi (44.392)

Dra Liliana Rodríguez Elénico (43.589)

Dra Adriana Alfano (17.621)

Dr Eduardo Burga Montoya (35.936)

Miembros Suplentes

Dra Margarita Gaset (18.735)

Dr Alberto Lopreiato (15.535)

Dr Jaime Bortz (33.732)

Dr Leopoldo Acuña (40.023)

Dr Juan Dobon (31.633)

Dr Alberto Ferreres (16.018)

Consejo Asesor

Dra Nora Iraola (12.435)

Dr Horacio Dolcini (9.951)

Dr Miguel Vizakis (35.379)

Dr Juan C. García (36.953)

Asesor Letrado Honorario

Dr Carlos do Pico Mai (29.754)

Gerente Administrativo

Lic. Walter Mora Chacón

Biblioteca

Dr Rodolfo Maino (9.399)

Revista de la Asociación Médica Argentina - Volumen 133, número 2 de 2020. Editor responsable: Asociación Médica Argentina.
Director: Prof Dr Ángel Alonso. Domicilio legal: Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.
Dirección Nacional del Derecho de Autor: N° 294.953



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 133 - Nº2 - JUNIO DE 2020

SUMARIO

NOTICIA SOCIETARIA	Semblanza del Dr. Horacio A. Dolcini. Educación universitaria y bioética <i>Dres Elías Hurtado Hoyo, Ricardo J. Losardo</i>	4
	La ética y el destino de la existencia humana <i>Última conferencia del Dr Horacio Alberto Dolcini</i>	10
ARTÍCULO ORIGINAL	El médico generalista en la consulta casual con el paciente adolescente <i>Dres José A Pellegrino, Silvio Tatti, Germán Falke, Carlos Mercau</i>	13
ACTUALIZACIÓN	La Asociación Médica Franco-Argentina: fundación y visión pionera. Homenaje al Dr. Louis Pasteur Vallery-Radot a cincuenta años de su fallecimiento <i>Profs Dres Jorge O Gorodner, Ricardo J Losardo, Jacques Rochemaure, Paul Léophonte, Michel J Salvador, Elías Hurtado-Hoyo</i>	17
CASO CLÍNICO	Signo del atolón o signo del halo invertido en covid-19: a propósito de un caso <i>Dres Andrés Julián Vanrell, Juan Peralta, Andrés Saez, Enrico Casco</i>	29
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA	La guía de estudio, un recurso didáctico en la enseñanza médica de la asignatura Enfermedades Infecciosas <i>Dres Luis Trombetta, Mario Valerga</i>	34
CARTA DE LECTORES	Apuntes para un pacto sobre salud <i>Dr Jorge A. Mera</i>	38

SUMMARY

NEWS SOCIETY	Profile of Dr Horacio A. Dolcini. University Education and Bioethics <i>Dres Elías Hurtado Hoyo, Ricardo J. Losardo</i>	4
	Ethics and the destiny of human existence <i>Última conferencia del Dr Horacio Alberto Dolcini</i>	10
ORIGINAL ARTICLES	The general practitioner and the casual consultation with the adolescent patient <i>Dres José A Pellegrino, Silvio Tatti, Germán Falke, Carlos Mercáu</i>	13
UPDATE	The Franco-Argentine Medical Association: foundation and pioneering vision. Tribute to doctor Louis Pasteur Vallery-Radot on the 50th anniversary of his death <i>Profs Dres Jorge O Gorodner, Ricardo J Losardo, Jacques Rochemaure, Paul Léophonte, Michel J Salvador, Elías Hurtado-Hoyo</i>	17
CASE REPORT	covid-19 Atoll sign or inverted halo sign: about a case <i>Dres Andrés Julián Vanrell, Juan Peralta, Andrés Saez, Enrico Casco</i>	29
CONTINUING MEDICAL EDUCATION	The study guide, a didactic resource in the medical education of the subject infectious diseases <i>Dres Luis Trombetta, Mario Valerga</i>	34
LETTER OF READERS	Notes for a health pact <i>Dr Jorge A. Mera</i>	38

DIRECCIÓN EDITORIAL

Director

Dr Ángel Alonso
Profesor Emérito de Microbiología (UBA), CABA.

Subdirector

Dr Horacio López
Profesor Emérito de Infectología (UBA), CABA.

Comisión Revisora

Dr Miguel Ángel Falasco
Dr Juan Álvarez Rodríguez
Dr Rodolfo J Bado
Dr Alfredo E Buzzi
Dra Silvia Falasco
Dr Carlos Mercáu
Dr León Turjanski
Dra Lidia Valle

Producción Gráfica

Raúl Groizard

Corrector Literario

María Nochteff Avendaño

Diseño y Armado Digital

Alejandro Javier Sfich

Diseño y Edición Gráfica

Rolando Michel

Las fotografías fueron realizadas por el fotógrafo independiente Enrique Mourgués

Semblanza del Dr. Horacio A. Dolcini. Educación universitaria y bioética

por los Dres. Elías Hurtado Hoyo,¹ Ricardo J. Losardo²

¹ Presidente de Honor de la Asociación Médica Argentina. Director del Código de Ética para el Equipo de la Salud de AMA. Membre Associé Etranger de l'Académie de Médecine du France.

² Miembro Honorario Nacional de Asociación Médica Argentina. Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL). Exdirector del Hospital de Oncología "María Curie" (GCBA).

Resumen

Se realiza una semblanza del Dr. Horacio Dolcini con motivo de su reciente fallecimiento. Se resume su actividad científica y su legado. Se hace hincapié en su participación en el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina.

Palabras clave. Biografías, historia de la medicina, educación médica, bioética, ética médica, código de ética.

Profile of Dr Horacio Dolcini. University Education and Bioethics

Summary

A profile of Dr. Horacio Dolcini is made, on the occasion of his recent death. His scientific activity and legacy are summarized. Emphasis is placed on their participation in the Code of Ethics of the Argentine Medical Association.

Key Word. Biography, history of medicine, medical education, bioethics, medical ethics, code of ethics.

"Solo viven aquellos que luchan". Víctor Hugo (1802-1885).

El Dr. Horacio Alberto Dolcini (11/4/1927-3/5/2020) fue un profesional muy activo que se ganó el respeto por su dedicación y esmero como médico y docente a lo largo de su vida. Su enorme cultura y conocimientos iban más allá del área de la salud. Se resume su actividad como doctor en medicina, gastroenterólogo, experto en educación universitaria y en bioética. En estas tres últimas áreas incursionó en sucesivas etapas de su vida (Figura 1).



Figura 1. Dr. Horacio A. Dolcini.

En la Asociación Médica Argentina (AMA) tuvo una sobresaliente participación y para él "fue casi su segundo hogar": Miembro Titular del Tribunal de Ética; Presidente Honorario de la Sociedad de Ética de Medicina (SEM) y colaborador activo de su revista; Codirector del Equipo del Código de Ética para el Equipo de Salud; Presidente del Comité de Bioética; Presidente del Comité de Cultura y Salud; entre otras.

En el ámbito universitario y educativo recordamos las siguientes actuaciones: Vicerrector de la Universidad Nacional del Comahue; Profesor Ho-

Correspondencia. Dr Ricardo J Losardo
Correo electrónico: ricardo.losardo@usal.edu.ar

noris Causa del Instituto Universitario Italiano de Rosario; Miembro fundador de la Asociación Argentina de Educación Médica; Director Nacional de Asuntos Universitarios, dependiente del Ministerio de Educación de la Nación; Consultor Nacional e Internacional de Educación Superior; entre otras.

En el ámbito asistencial es recordado su paso por el Centro Gallego de Buenos Aires, tanto en su especialidad –la gastroenterología– como en los Comités de Ética y de Docencia e Investigación de esta institución.

Producción científica

Escribió algunos libros como único autor y otros en colaboración. Autor y coautor de varios trabajos científicos de medicina, filosofía y educación. Además, escribió prólogos para varios libros.

Entre sus libros como único autor, destacamos: a) Desarrollo y maduración de la inteligencia. Ed. Biblos, 1997; b) El existencialismo en el siglo XXI. De los Cuatro Vientos Editorial, 2008; c) Introducción a la filosofía (modernidad y posmo-

dernismo). Raúl Groizard Producciones, 2018; d) Modernidad. Ciencia y Sociedad. Editorial Académica Española, 2018; e) Mente y Cultura. Evolución y adaptación. Editorial Académica Española, 2020 (Figura 2).

Entre sus libros compartidos: a) Código de Ética para el Equipo de Salud. Hurtado Hoyo, Dolcini, Yansenson y colaboradores. Asociación Médica Argentina, 2001; b) Ética y Bioética para el equipo de salud. Dolcini, Yansenson y colaboradores. Librería Akadia Editorial, 2004; c) Medicina. En busca de un nuevo paradigma. Dolcini, Yansenson y colaboradores. Librería Akadia Editorial, 2008 (Figura 3).

En 2013 obtuvo el Premio Bional al mejor trabajo sobre Ética Médica “Dr. Eduardo L. Capdehourat” en la Asociación Médica Argentina por su trabajo: “Reflexiones sobre la ética médica y la bioética” realizado con el Dr. Jorge Yansenson, a quien él recordó como “el inolvidable amigo y compañero intelectual e irremplazable durante más de 20 años de trabajo conjunto”. Y en el momento de

Figura 2. Tapa de su libro sobre la inteligencia, publicado en 1997.

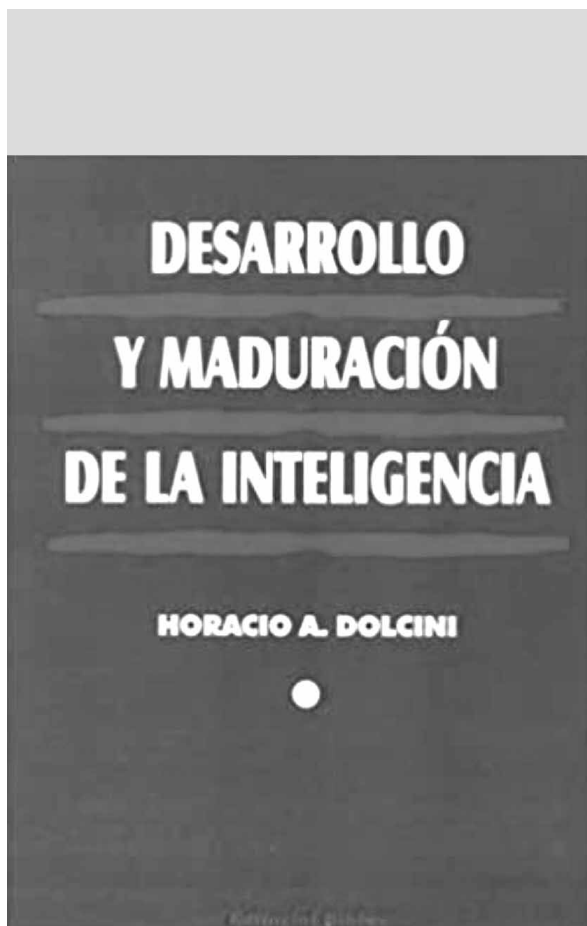


Figura 3. Tapa de su libro sobre el paradigma de la medicina, publicado en 2008.

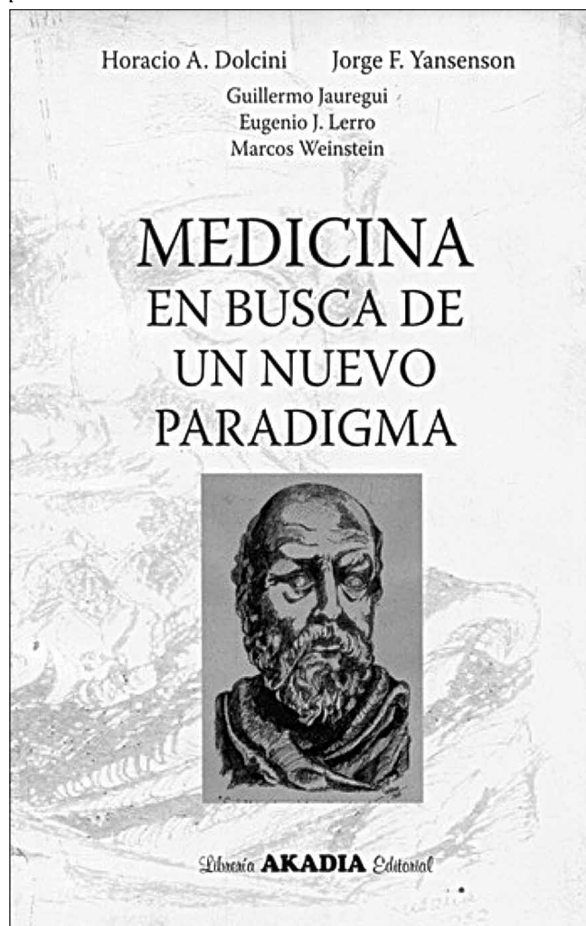


Figura 4. Dr. Horacio A. Dolcini recibiendo el Premio Bienal al mejor trabajo sobre Ética Médica en la Asociación Médica Argentina (2013).



su recibimiento, agregó que “este trabajo fue el fruto de esas dos décadas de trabajo juntos en el tema” (Figura 4).

Código de Ética para el Equipo de Salud – AMA y SEM

Los Dres. Horacio A. Dolcini y Jorge F. Yansenson como integrantes de la Sociedad de Ética en Medicina (Sección de la AMA), fueron designados por sus pares para integrarse a un proyecto institucional ideado y dirigido por uno de los autores de este artículo, entonces presidente de la AMA. Este trio armó el equipo de colaboradores con reconocidos expertos en el tema.

Luego de múltiples reuniones coordinadas por el presidente de la AMA, se logró el texto final. La tarea fue ardua pues requería obtener, en cada uno de sus capítulos, el consenso de las distintas opiniones expuestas por los expertos convocados. Luego de dos años de intenso trabajo intelectual se presentó –en los inicios del siglo XXI– el “Código de Ética de la Asociación Médica Argentina para el Equipo de Salud”. Su objetivo: servir de guía y ayuda en el desempeño de sus asociados, y para todos aquellos otros miembros del equipo de salud y/u organizaciones de salud que quieran adherirse al mismo. Cabe destacar que fue el primer código que contempló a todo el equipo de salud. Se presentó como un código abierto

y dinámico, con el fin de que pueda perfeccionarse, modificarse y completarse en sus contenidos a través del tiempo acorde a la evolución del hombre y de nuestra sociedad. De esta manera no perderá vigencia y el tiempo lo irá enriqueciendo con los aportes.

La centuria del 1900 ha sido de sorprendente evolución para las ciencias de la salud, basada en sus propios aportes y apoyada por el desarrollo de otras profesiones. Frente a los maravillosos e impresionantes avances del conocimiento que dan a nuestra actividad un sustento cada vez más científico, resolviendo cada vez con más exactitud la problemática de la salud del hombre (sano-enfermo), subyace un esfuerzo indeclinable en defensa de los verdaderos valores del ser. El objetivo de la salud se da en el completo equilibrio del bienestar psicofísico social y espiritual de la persona y de la comunidad. La responsabilidad del equipo de salud es lograrlo. La única forma de asumirla es fortalecerse en todos los ámbitos del quehacer humano. De allí la importancia de resaltar el rol social y humanístico que el equipo de salud seguirá encarando ante las grandes problemáticas de la humanidad: guerras, pobreza, hambre, hacinamiento, ignorancia, etc. La esencia espiritual del equipo de salud está constituida por el respeto por la vida, de los fueros de la persona humana y de su contexto

(medioambiente). La salud es una de las bases fundamentales de la civilización junto con la educación, el trabajo, la justicia, la seguridad y la fe. En la interrelación con cada una de estas fuerzas se buscará cumplir con los postulados de la profesión.

Para la Asociación Médica Argentina (AMA) y la Sociedad de Ética en Medicina (SEM) el camino ético de la Atención de la Salud es una permanente búsqueda “responsable de la verdad en libertad”. El solo conocimiento científico-técnico, ante el desbordante mundo tecnológico, no alcanza en el “acto médico”. Se requiere algo volitivo del “hombre-miembro del equipo de salud” en cada una de sus tomas de decisión, que exprese la “madurez” y la “experiencia” adquiridas en su profesión y en su evolución existencial como persona. Este “algo” permite ir incorporando los avances dentro de límites que faciliten mantenerse dentro de los valores sociales.

En los tiempos actuales, donde se ha instalado en la atención el concepto de la seguridad del paciente y la importancia de anticiparse al error en la salud, este Código hace también su aporte, pensando en la búsqueda de lo mejor para el ser humano.

Este Código de Ética es una contribución –que aportan reconocidos asociados de la AMA– para

toda la comunidad. Su primera edición salió a la luz en el año de la conmemoración de los 110 años de vida de la institución (1891-2001). La segunda edición, corregida y aumentada, coincidió con la conmemoración del 120° aniversario de la AMA (2011). La tercera y última edición fue en el 2016 (Figura 5). Ha tenido una notable repercusión en el ambiente médico y en el ambiente judicial, inclusive en los respectivos ámbitos universitarios. Fue traducido a más de una docena de idiomas.

Legado

A continuación, reproducimos algunos de los pensamientos del Dr. Horacio Dolcini:

- Sobre la evolución y el desarrollo de la medicina en el mundo occidental actual:

“Los cambios que han ocurrido en el mundo desde el inicio de la era científico-tecnológica, tanto como la crisis cultural humanística de la civilización occidental, produjeron profundas alteraciones en la evolución y desarrollo de la medicina y ciencias afines, que en general han ido alejando a los profesionales de las que, hasta hace pocos años, eran las constantes en su accionar: el humanismo, la piedad y un fuerte compromiso con el ser padeciente. En el presente trabajo se intenta abrir un nuevo paradigma que mantenga unidos al humanismo y a la ciencia a partir de una profunda reflexión sobre el estado actual de la situación”.

- Sobre la formación y el desarrollo del individuo y su relación con la educación:

“Cada individuo nace con una dote genética que al interactuar con el medioambiente (especialmente seres humanos y circunstancias) da lugar a la formación y desarrollo de una personalidad. La educación cumple una función social proporcionando conocimientos y dando orientación y desarrollo a los individuos jóvenes. Las formas en que se realiza la educación, así como sus contenidos, dependen de los valores que sostiene la sociedad”.

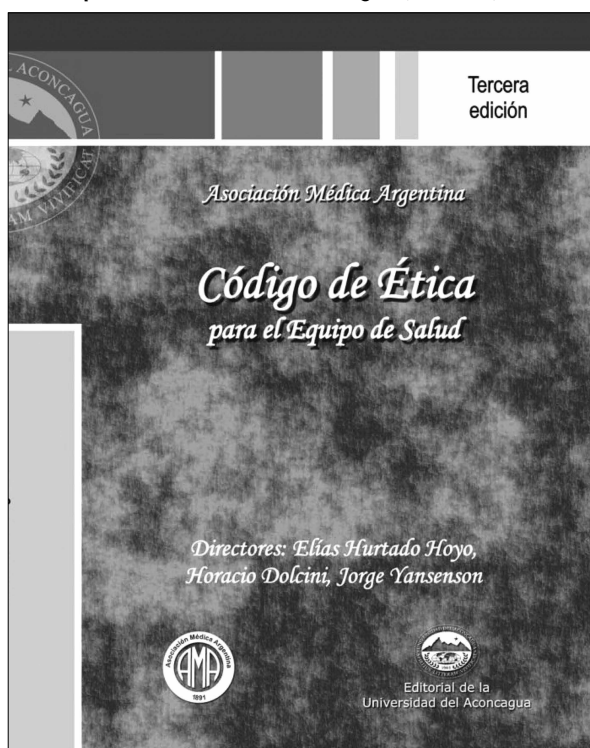
- Sobre las sociedades perfectas:

“No existen sociedades ideales, aunque puedan identificarse una serie de rasgos que llamaríamos “socialmente deseables” y entre ellos se encuentran: a) coincidencia en intereses comunes, b) interacción e intercambio grupal, c) igualdad de oportunidades para el mayor número de personas posibles”.

- Sobre el equilibrio entre el individuo y la sociedad y sus *modus operandi*:

“El equilibrio entre lo personal y lo social es necesario para llegar a una sociedad democráticamente organizada, que es más que una forma de gobierno y

Figura 5. Tercera edición del Código de Ética de la AMA 2016. Editado por la Universidad del Aconagua (Mendoza).



constituye un modo de vivir, basado en la asociación institucional en torno a experiencias comunes y de un proceso de renovación que surge de las propuestas de personas o grupos pertenecientes a asociaciones, empresas, instituciones científicas, políticas, culturales, etc. Las propuestas de cambios pueden ser para normas o procedimientos, aunque no para que operen como leyes generales, sino a fin de que sean consideradas por la sociedad como conjunto, especialmente en forma integrada institucionalmente. Las necesidades que esas propuestas representan deben ser interpretadas a la luz de valores culturales (que son habitualmente componentes compartidos), que tendrán que ser revisadas, reconociendo que no es posible disponer de ellas, cada persona o grupo por sí mismo”.

- Sobre la participación del individuo en las normas sociales que construye y que queda obligado a respetar:

“Será necesario, además, mantener vigentes las oportunidades de participar en un debate de compromiso equitativo, visto que la norma puede englobar a una parte importante de la sociedad porque su fundamentación es un asunto esencial y por ello debe ser necesariamente comunicativo.

En este proceso llegará un momento en que cada uno pueda pensar: ¿a qué forma de acción queremos obligarnos como individuos?... Y seguirá pensando: ¿está justificada dicha norma?... ¿y puede ser buena para todos o muchos de nosotros?... Sin olvidar que los procedimientos que conducirían a la aprobación de la norma exigen respeto moralmente obligatorio por la autonomía personal, así como la exigencia de un acuerdo previo a su entrada en vigencia. De estos procedimientos debe surgir una voluntad amplia, compartida por una mayoría de los involucrados y ajena a toda cualidad imperativa, obligatoria o punitiva, dado que el interés general se ha determinado intersubjetivamente y es cognoscitivamente entendible desde la perspectiva de los participantes. La norma no debería entrar en vigencia porque parece aceptada por todos, sino porque ha sido aceptada a través de un debate en que la considere como una acción encaminada al bien común, sobre la base de criterios valorativos morales.

Hay formas de organizar dicho debate sobre la base de criterios de equidad, justicia y sentido común para la búsqueda de la verdad, proceso en el cual para lograr el bien común y mantener el equilibrio INDIVIDUO/SOCIEDAD, hay que poder aceptar las demandas de la razón.

Si el ser humano no quiere o no puede aceptarlas, su vida se vuelve incomprensible, porque la preocupación por la verdad se encuentra profundamente arraigada en la esencia de lo humano”.

Epílogo

Horacio Alberto Dolcini demostró con su pensamiento ser un hombre integral. Promovía la reflexión

y la discusión filosófica del hombre y su entorno, en una combinación de lo abstracto y lo real. Insistía en que era necesaria la comprensión del mundo de la vida y el camino hacia una nueva vida, buscando un consenso colectivo. Sostenía que el desarrollo de la ciencia y la tecnología mejoraba, a través de las sociedades del conocimiento, el futuro inmediato. Así, entendía la ciencia como un fundamento de la vida que nos adelanta el futuro próximo. Por eso estamos obligados a pensar en cómo será la adopción de esa nueva tecnología. El futuro del hombre y la sociedad deja de ser una fantasía del pensamiento, para tener que ser proyectada como un hecho concreto y real. El cariño y el afecto de los colegas que compartimos con él largas horas de trabajo y camaradería seguirán presentes en nosotros y en nuestra institución. Sus libros, a manera de herencia de su legado, nos recordarán su viva presencia a través de sus conferencias y sus diálogos. Una pérdida reciente que nos duele, pero no siempre morir es pasar al olvido. Sus obras, vivencias y actitudes lo recordarán en nuestro día a día.

Bibliografía

1. Arabehty JT, Dolcini HA, Gray SJ. Sympathetic influences on circulation of the gastric mucosa of the rat. *American Journal of Physiology* 1959; 197 (4): 915-922.
2. Dolcini HA. Ética en medicina, doctrina y formación. *Revista Asociación Médica Argentina* 1994; 107 (4): 16-18.
3. Dolcini, HA. Desarrollo y maduración de la inteligencia. Ed Biblios 1997.
4. Dolcini HA. El existencialismo en el siglo XXI. De los Cuatro Vientos Editorial 2008.
5. Dolcini HA. Teoría general de sistemas y ciencias de la salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2014; 127 (1): 27-29.
6. Dolcini HA. Modernidad, ciencia y medicina. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2015; 128 (2): 29-32.
7. Dolcini HA. Ciencia y filosofía. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2017; 130 (1): 18-20.
8. Dolcini HA. Introducción a la filosofía (modernidad y posmodernismo). Raúl Groizard Producciones 2018.
9. Dolcini HA. Modernidad. Ciencia y Sociedad. Editorial Académica Española 2018.
10. Dolcini HA. Humanismo, sociedad y medicina. *Revista Asociación Médica Argentina* 2019; 132 (2): 20-31.
11. Dolcini HA. Mente y Cultura. Evolución y adaptación. Editorial Académica Española 2020.
12. Dolcini HA, Zaidman I, Gray SJ. Hormonal and pharmacologic influences on microcirculation in the rat stomach. *American Journal of Physiology* 1960; 199 (6): 1157-1160.
13. Dolcini HA, Zaidman I, Gray SJ. Aortic bypass procedure for study of gastric microcirculation. *The Journal of Laboratory and Clinical Medicine* 1961; 57 (1): 152-158.

14. Dolcini HA, Yansenson JF y col. Ética y Bioética para el equipo de salud. Librería Akadia editorial 2004.
15. Dolcini HA, Yansenson JF y col. Medicina. En busca de un nuevo paradigma. Librería Akadia editorial 2008.
16. Dolcini HA, Weinstein M. Filosofía y psicología. Revista de la Asociación Médica Argentina 2019; 132 (1): 24-27.
17. Hurtado-Hoyo E. Consideraciones sobre la vida y la muerte. Muerte digna. Revista Asociación Médica Argentina 2014; 127 (2): 5-9.
18. Hurtado-Hoyo E y col. La Asociación Médica Argentina en el bicentenario de la Patria (1891-2010). Revista Asociación Médica Argentina 2010; 123 (4): 3-8.
19. Hurtado-Hoyo E, Dolcini HA, Yansenson JF y col. Código de Ética para el Equipo de Salud. Asociación Médica Argentina 2001 y 2011; 1° y 2° ed.
20. Hurtado-Hoyo E, Dolcini HA, Yansenson JF y col. Código de Ética para el Equipo de Salud. Universidad del Aconcagua 2016; 3° ed.
21. Hurtado-Hoyo E, Galmés M, Iraola N, Dolcini HA, Yansenson J, Gutiérrez-Zaldivar H. Remuneraciones profesionales médicas. Revista Asociación Médica Argentina 2009; 122 (2): 6-15.
22. Romano EA, Dolcini HA. Filosofía de la educación: educación médica y universidad. Revista de la Asociación Médica Argentina 2018; 131 (3): 23-26.
23. Universitario. Relato de la Primera Conferencia Latinoamericana, sobre planeamiento universitario. UDUAL (Unión de Universidades de América Latina y el Caribe), Secretaria general 1970.
24. Villamil CF, Dolcini HA, Arabehety JT, Stapler NM. Treatment of intestinal amebiasis with paromomycin. The American Journal of Digestive Diseases 1964; 9 (6): 426-428.

La ética y el destino de la existencia humana

Última conferencia del Dr Horacio Alberto Dolcini

*Codirector del Código de Ética de la Asociación Médica Argentina y la Sociedad de Ética en Medicina.
Miembro Titular del Tribunal de Ética y Presidente del Comité de Bioética de la Asociación Médica Argentina.
Presidente de la Sociedad de Ética en Medicina, 2014-2018.
Profesor Honoris Causa del Instituto Universitario Italiano de Rosario.*

Dr. Luis A. Costa

Quien facilitó la última conferencia del Dr Dolcini

Oncólogo y Cirujano. Director del Dto de Docencia e Investigación Hospital Sirio Libanés. Miembro de la Sociedad de Ética Médica de AMA (SEM). Miembro de la Sociedad Argentina de Cancerología de AMA (SAC).

El 13 de septiembre de 2019 el Dr Horacio Alberto Dolcini no pudo concurrir al Hospital Sirio Libanés a dar su conferencia por razones de salud y me mandó por escrito el texto de la misma para que yo la lea (fue lo que hice). Dr Luis A. Costa.

El texto ha sido modificado en su redacción, no así en los contenidos, para una mayor claridad en el pasaje de la oralidad a la lectura”.

Queremos y necesitamos coexistir en paz y armonía, pero no logramos coincidir en qué cosas es necesario hacer y cómo hacerlas para alcanzar ese objetivo.

El mundo actual se determina por el desarrollo del individualismo y las dificultades para establecer las dimensiones del valor y del sentido, junto con la dificultad para pasar del “coexistir” al “convivir”.

Por esto, consideramos la ética como el camino para lograr la “vida buena” y el “deber”.

“La vida buena”, implica una relación con el sentido mismo de la existencia, pero el concepto es difícil de determinar y no puede ser establecido a partir de un procedimiento racional, proveniente de una idea general.

La autonomía y la libertad son factores básicos y que deben coincidir con la ética, que en las sociedades organizadas se expresan a través de los fundamentos jurídicos.

Cuando nos referimos a la ética, la primera pregunta es la del sentido del mundo, o sea el porqué de la vida humana y cuál sería el fin o el propósito de esta. Surge entonces la pregunta: ¿los seres hu-

manos, para qué vivimos? La respuesta nos lleva a Sócrates, quien respondió: “los seres humanos poseemos la vida para vivir bien”, esto es, una vida que integre el cuidado de sí y de los demás, pensando además que si ello no fuera así, la vida perdería su razón de ser.

Lo dicho representa la bondad de la vida buena, que no depende de la buena fortuna (lo que se llama “la suerte”, que no existe). Tampoco son parecidas a la moral, porque aquellas son la representación del proyecto (representación del pasado y el presente y las formas de articulación entre ambos).

La vida humana es siempre la búsqueda de una orientación en el mundo, condición que, desde los griegos, se denomina *telos* (fin), como expresión de un estado, de una acción o de un ser.

La época moderna, con su búsqueda de una racionalidad con sentido económico, nos ha conducido hacia una “pérdida de sentido” que dificulta o impide arribar a una causa final o a un bien especial que sea la brújula que permita arribar o no a la “felicidad”. Este concepto es complejo porque se considera que expresa el fin último de la vida humana, pero como hay diversas felicidades, cada una de ellas le conferirá distintos sentidos a la existencia y la coexistencia humanas.

Hemos mencionado anteriormente la “virtud”, que representa formas de vida que atienden a la vulnerabilidad de lo humano, representando una particularidad que requiere vocación para su práctica y perfeccionamiento, hasta llegar a configurar “una forma de vida”.

La virtud se vincula al deseo de lograr esta forma de vida a través de ella, demostrando así la búsqueda de la “vida buena” (se consiga o no) y teniendo en cuenta que se necesita la “racionalidad” para que la ética adopte un carácter realista que permita un equilibrio en las relaciones entre las personas. A este respecto, debe reconocerse la necesidad de una formación ética de la personalidad, que debe comenzar en la niñez, en la cual debe estimularse el desarrollo de una vida de convivientes, porque la vida solitaria es una paradoja socialmente mal adaptativa.

El sentido ético de la conducta hacia los demás es un aspecto valorativo esencial que puede alcanzar niveles nobles y hasta admirables por su naturaleza, y por lo que representa en la búsqueda de la vida buena.

Hemos analizado –someramente– las condiciones que configuran el criterio de la vida buena y nos hemos referido a la “existencia” y la “coexistencia”, siendo la primera el nuevo objeto de la moral, mientras que la segunda se vincula a la doctrina de la felicidad.

Se produce así un cambio en la búsqueda del sentido de la vida humana, que se identifica con las ideas de “poder” y “poseer”, llegando hasta las conductas religiosas.

Muchos filósofos han analizado el sentido de las guerras religiosas que, entre otras cosas, otorgan un carácter fundamentador a la coexistencia.

También se han descripto las condiciones de las guerras que configuran “opiniones” y otorgan también un carácter fundamentador a la coexistencia.

Las religiones pueden ser en ocasiones intolerantes, y es importante el respeto entre las personas y sobre todo respecto de las creencias religiosas que cada uno elige.

Esto razonamientos, a través del poseer y el poder, configuran un carácter político, en el que en muchas ocasiones la moral aparece como un carácter secundario. A pesar de esto, proviene la libertad natural, que junto con lo demás abre el camino a la vida buena, apoyada en una base institucional que surge de un acuerdo universal (dentro de cada país) con un fuerte trasfondo de coexistencia. Ahora, hay que mirar la historia para saber que ocurrió.

El proyecto medieval de la religión cristiana fue seguido por muchas guerras religiosas, inspiradas en las variadas ideas sociales de la búsqueda del “bien”, que llegan a reconocer un bien privado, que coexiste con el bien social que posee un carácter universalista.

El fundamento de la equidad es moral y por tal carácter de tipo “formal”, vacío de contenidos y fundamentado sobre la lógica, a través de una elaboración reflexiva, igualitaria y racional, con acuerdos que deben basarse en discusiones prácticas que aseguren la imparcialidad del juicio moral fundante.

En lo que respecta a la moral, esta no puede detentar neutralidad en aquellas cuestiones que son las que permiten la vida juntos (esto es, la coexistencia).

Es necesario caracterizar la cultura moderna, que se define como “liberal” y por lo tanto de identificación emocional, vale decir, que expresa afectos subjetivos, que por su propio carácter no pueden expresar “objetividad” para un acuerdo racional sobre el bien y los valores, pese al reconocimiento del valor incondicional de la autonomía individual –identificada muchas veces con la libertad– y que marca la historia de la modernidad liberal.

El análisis precedente –resumido por necesidad– llega a la consideración de la ausencia de sentido como fin último y entonces aparece la necesidad de reconocer una finalidad que es el “poder-poseer”.

Sobre este fundamento se requiere una afirmación sobre el sinsentido de la existencia, que resulta reconocible como una verdad absoluta y universal y relativa a lo humano, aunque este concepto debe ser analizado como una forma de nihilismo (negación de todo principio: religioso, civil y social).

El comienzo de este pensamiento evolucionista hacia formas sociales y comunitarias que conducen a las formas políticas, como garantía de la seguridad de convivencia, con sus excepciones (religiosas, sociales, raciales, etc.), y que se configuran en el paradigma del Estado de la civilización moderna.

Cuando se considera el rol del tiempo, se estima que solo debe analizarse el presente –que sería suficiente para encontrar el fundamento de sí mismo– porque el pasado es pérdida, y el futuro es pura imaginación.

Sin embargo, no hay que olvidar la crisis de la Iglesia, cuya influencia ha cambiado en razón de la racionalidad científica que produjo una pérdida radical de la tradición, así como de las expresiones simbólicas del sentido del existir y el obrar.

Con respecto al obrar, cuando se evidencia que esto se ha hecho según la tradición, esta forma de pensar deviene sinónimo de irracionalidad, error y confusión en la forma de confrontar las doctrinas de lo justo y lo injusto.

El ser humano es tal en función de su racionalidad: de allí y del paso del tiempo han surgido el abandono de la tradición y los valores ético-simbólicos, que adoptan el carácter desvalorizante de una finalidad no identificable.

La modernidad liberal con predominio individualista se identifica a partir del siglo XVII, especialmente desde Descartes y Hobbes, cuyo pensamiento central proviene de resaltar “la consideración de sí mismo”.

De la filosofía de Hobbes provienen los principios del deseo de poder y del temor a la muerte (no expresado, pero mantenido en forma permanente); junto con estos conceptos que expresan el idealismo, y como contrapartida social, aparece la alienación de lo político, junto con el desprecio del saber proveniente de la vida social.

Aquí aparece la contradicción entre la racionalidad social e histórica necesarias para entender, aceptar y promover la convivencia **dentro** de los países y la vinculada a la política **entre** los países, con el objetivo de evitar las guerras.

El sentido de la existencia

Este tema es generalmente evitado en las reflexiones sobre la vida y los seres humanos. Sin embargo, y a pesar del nihilismo, hay una insistencia para analizar el bien común, aun en el sentido de la modernidad y la consideración de la vida personal. De allí podemos y necesitamos avanzar hacia la incompatibilidad entre los valores éticos simbólicos comunes y las ideas de las libertades individuales.

El poder de la comunicación no es absoluto porque depende del entendimiento, unidad fundamental de la socialización: así es como se forman el sujeto del lenguaje y el sujeto humano y se hace realidad el mundo intersubjetivo del que se ha ocupado tan profundamente Habermas en su acción comunicativa.

Ética, historia y política

La presente conjunción ha pasado por diferentes etapas que han cambiado los sentidos de la filosofía, debido a la vinculación que cumplen los criterios de universalidad, relacionada con la moral.

La pregunta ética: ¿qué debo hacer? significa determinar en forma previa una respuesta a la pregunta: ¿de qué época histórica provengo?

La evolución de las respuestas a estas preguntas tiene que ver con la evolución histórica de la vida

humana y la respuesta del sujeto a una forma de vida social específica, en la que puedan identificarse roles, deberes y privilegios que puedan relacionarse con respuestas éticas que definen los significados de estas categorías en sus sentidos de convivencia.

Estas categorizaciones representan un rol de “pluralismo” y, por consiguiente, la exigencia de adaptar “el sentido” a la historia narrativa, para poder definir qué es la vida buena para el hombre. La búsqueda de respuestas puede coincidir o no con las consideradas virtudes humanas, que son las acciones a través de la cuales se busca y se comprende más ampliamente “el bien”.

En la búsqueda antes mencionada nos vamos a encontrar con “la tradición”, que constituye la transmisión de modelos sociales y formas éticas, además de una elaboración racional del sentido presente de la persona, en la que está integrado el pasado.

De otros textos hemos mencionado una de las paradojas de la ética, que son prácticamente imposibles de conciliar vista la forma del planteo:

a) Si la libertad es posible, ello implica la imposibilidad de la ética, o

b) si la ética es posible, ello implica que la libertad es imposible (Sartre).

Estos son pensamientos del grupo de filósofos llamados existencialistas, entre los que se encuentran Charles Taylor, Jean-Paul Sartre, Simone Weil, Søren Kierkegaard, Miguel de Unamuno, Martin Heidegger y otros, cuya lectura es muy frecuente debido a la modernidad de su pensamiento así como por el realismo que los impregna.

El médico generalista en la consulta casual con el paciente adolescente

Dres José A Pellegrino,^{1, 5} Silvio Tatti,^{2, 5} Germán Falke,^{3, 5} Carlos Mercáu^{4, 5}

¹ Ginecólogo y obstetra. Jefe de Trabajos Prácticos, 1ª Cátedra de Ginecología. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

² Profesor Titular, 1ª Cátedra de Ginecología. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Jefe del Departamento Materno-infantil y de la División de Ginecología. Hospital de Clínicas "José de San Martín".

³ Profesor Consulto de Pediatría. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Miembro del Tribunal de Honor de la Asociación Médica Argentina (AMA).

⁴ Profesor Adjunto de Pediatría. Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL). Jefe del Departamento Materno-Infantil, Hospital General de Agudos "José María Ramos Mejía". Secretario General de la Asociación Médica Argentina (AMA).

⁵ Integrantes del Comité de Salud Integral del Adolescente de la AMA.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se destaca la importancia de la primera consulta médica del paciente joven, que llega a la guardia médica y es recibido por un médico generalista. Es el momento ideal para realizar una medicina basada en la prevención de enfermedades orgánicas, socioculturales y psicopedagógicas que puedan comprometer la salud del adolescente. Se señalan algunos datos que el médico generalista puede obtener en esta primera entrevista sobre anomalías en el desarrollo puberal y factores de riesgo socioculturales

y psicopedagógicos que pueden poner en riesgo la salud y la vida del adolescente que consulta, para realizar la posterior derivación al especialista en adolescentes.

Palabras claves. Adolescencia, infanto-juvenil, ginecología, pediatría, medicina preventiva, hebiatría.

The general practitioner and the casual consultation with the adolescent patient

Summary

The importance of the first medical consultation of the young patient is highlighted. It's the ideal moment to carry out a medicine based on the prevention of organic, sociocultural and psychopedagogical diseases that may compromise adolescent health. Some data that the general practitioner can obtain in this first interview about anomalies in pubertal development, sociocultural and psychopedagogical risk factors that may put at risk the health and life of the adolescent who consults and make your subsequent referral to the Teen Specialist, are point out.

Key words. Adolescence, infant-juvenile, gynecology, pediatrics, preventive medicine, hebiatrics.

Correspondencia. Dr José Antonio Pellegrino
Av. Córdoba 2351 (C1120), Hospital de Clínicas "José de San Martín". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: drjosepellegrino@yahoo.com.ar

Los adolescentes representan aproximadamente un 20% de la población. Con frecuencia el primer contacto que realizan con el mundo médico es a través del médico general en una guardia de urgencias. En este artículo, describimos la importancia de ese momento para poner en práctica todo lo relativo a la medicina preventiva de este grupo poblacional, teniendo en cuenta que la entrevista médica en "Adolescencia" presenta características que la hacen especial. Es así que deseamos transmitir algunos conceptos para que sean de utilidad al médico generalista para que luego pueda direccionar al joven paciente al especialista en adolescencia.

Concepto de adolescencia

Podemos ensayar muchas definiciones sobre "adolescencia". La OMS la define como la etapa del desarrollo humano que transcurre entre los 10 y 19 años, dividiendo al proceso en dos etapas: la adolescencia temprana, entre los 10 y 14 años, y la adolescencia tardía, entre los 15 y 19 años. En ellas no solo ocurrirán cambios vinculados con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, conocidos como puberales, sino también relacionados con la búsqueda de la identidad sexual y la tarea de completar el desarrollo psicológico y social, para entrar a la adultez, como personas con independencia económica y responsabilidad emocional, que se hace cargo de sus comportamientos en la vida personal y social. En resumen, la adolescencia es un proceso bio-psico-socio-cultural y se calcula que transita por ella aproximadamente un 20% de la población.

Una definición propuesta por uno de nosotros es práctica e ilustrativa y, permite que los padres y adolescentes sepan qué ocurre y cuál es el rol de cada uno en este proceso evolutivo. "Es considerar a los adolescentes como un 'río'. Ese 'río' está contenido a sus costados por las 'orillas'. Estas son las que encauzan al río, según las distintas etapas que recorre. Así, habrá momentos en que las orillas le permitirán un desborde controlado cuando ese río explota de energía, y en los momentos de tranquilidad le darán la contención, es decir, la seguridad necesaria para que sus aguas puedan descansar. Es así que metafóricamente el adolescente se parece a ese río, por momentos calmo, y en otros desbordado por la eclosión de su energía interna (explosión hormonal, por el natural empuje hormonal de la pubertad). 'Las orillas son los padres' que, como ellas, deben encauzar el rumbo del río, que son sus hijos" (Pellegrino).

Riesgos de salud en la adolescencia

Los adolescentes están continuamente expuestos a agentes de enfermedad social, como las drogas, el alcoholismo, el tabaquismo, la violencia juvenil, los embarazos inoportunos, los abortos, los abusos sexuales, las situaciones de maltrato, los déficits intelectuales, etc. Estos cuadros pueden socavar la

salud física y psicológica de los adolescentes, y generar situaciones graves que pueden conducir en casos extremos a la pérdida de la vida. Muchas de estas situaciones podrían evitarse aplicando una sostenida educación integral y preventiva para la salud.

No pretendemos convertir este artículo en un manual instructivo de cómo atender adolescentes, tan solo deseamos, desde nuestra experiencia obtenida a través de la práctica médica en la atención de este grupo etario, aportar al médico general y al médico de guardia algunos conceptos útiles para cuando el adolescente se presente a su consulta. De esta manera, puede mejorar su formación médica en este aspecto y prepararse para comprender la importancia de la primera consulta de un adolescente, convirtiendo ese acto médico que es único como el inicio para que ese paciente ingrese al sistema de salud a través de un enfoque asistencial holístico e integrador.

La primera consulta casual y su importancia

Las madres, la mayoría de las veces, son las que llevan a la consulta a sus hijos por diversos motivos. Es por ello que la primera experiencia con el mundo de la medicina de ese adolescente puede llegar a través de cualquier especialidad. Pero lo más frecuente es que el médico clínico o el ginecólogo en la guardia sean la primera puerta de entrada al sistema de salud.

Las mujeres, en general, son las que habitualmente concurren a la consulta con el ginecólogo. Es habitual que estén acompañadas por sus madres, una amiga o solas, siendo uno de los motivos frecuentes de consulta la anticoncepción, el flujo o los trastornos menstruales. En el caso del varón, también tanto la madre o el padre acompañan al joven que consulta preocupado por su talla o temas vinculados con las relaciones sexuales.

La consulta de un adolescente es un momento propicio para estimularlo a ingresar al mundo del cuidado de la salud con un enfoque preventivo e integrador, detectando los factores orgánicos, sociales, psicológicos y psicopedagógicos que puedan repercutir en su salud.

Esto permitirá investigar signos de alarma vinculados a situaciones de adicciones, trastornos alimentarios, madurativos de la personalidad, abusos sexuales, falta de cumplimiento en el calendario de vacunación, dificultades psicopedagógicas, etcétera.

La anamnesis

En el momento de la anamnesis debemos recordar que el adolescente necesita la contención de los adultos responsables para transitar esta etapa de crisis evolutivas. Esto obliga a los médicos a reflexionar sobre su propia maduración emocional y comprender que se acompaña al adolescente "no desde nuestra propia adolescencia, sino desde la adultez".

Por lo tanto, la postura y el lenguaje del profesional deben ser la de un adulto, comprensivo, que no se asemeje a un juez, sino que sea un actor en la entrevista médica que facilite un ambiente de confianza y contención, para que el adolescente pueda expresar sus inquietudes.

También es importante tener presente el concepto del motivo de consulta aparente y el real. Es muy frecuente que al adolescente, por pudor, le cueste formular directamente el verdadero motivo de la consulta (real) y consulte por otra cosa (motivo aparente). Ejemplo: una adolescente mujer consulta por una leucorrea (motivo aparente), cuando el motivo real es preguntar por un método anticonceptivo. En el caso del varón puede consultar por dolores testiculares (motivo aparente), cuando en realidad le está preocupando el tamaño de su pene (motivo real). Aquí entra en juego la habilidad y experiencia del médico para detectar el motivo real de la consulta encubierto en el motivo aparente.

Es importante que el médico que asiste a un adolescente en su primera consulta esté alerta para detectar, entre otros temas, el consumo de alcohol y de drogas, el riesgo de embarazo inoportuno, trastornos en la conducta alimentaria y posibilidades de algún tipo de violencia o maltrato.

Examen físico

El especialista en adolescencia está habituado a evaluar el crecimiento en el cual se encuentra el paciente adolescente a través de los Estadios de Tanner, que nos ayudan a determinar el grado de maduración puberal. No es el objetivo de esta publicación hacer un tratado de hebiatría, sino solo informar al médico generalista algunas particularidades del examen físico en estos pacientes para que las incorpore a sus conocimientos.

El despertar sexual produce cambios en los caracteres sexuales secundarios. A nivel hormonal lo característico es la aparición del mecanismo de *feed-back* positivo (Cuadros 1 y 2).

Cuadro 1. *Maduración sexual femenina. Mamas.*

Estadio I: solo se nota el pezón.

Estadio II: se nota protuberancia. Botón mamario.

Estadio III: mayor crecimiento de la aréola y del pezón.

Estadio IV: proyección de aréola y pezón.

Estadio V: configuración adulta.

Cuadro 2. *Maduración sexual masculina. Testículos, escrotos y pene.*

Estadio I: testículos, escroto y pene con proporciones infantiles.

Estadio II: aumento tamaño del escroto y de los testículos. La piel del escroto se vuelve rojiza.

Estadio III: aumento del tamaño del pene en longitud.

Estadio IV: se oscurece la piel del escroto. Aumento del tamaño del pene en diámetro y desarrollo del glándula.

Estadio V: órganos genitales con tamaño y forma del adulto.

La adolescencia es un período con necesidades nutricionales aumentadas, debido al crecimiento y al aumento de actividades sociales, físicas e intelectuales.

De ahí la importancia también de evaluar su estado nutricional. El médico debe estar alerta para detectar algún tipo de patología relacionada con la conducta alimentaria que se presenta como una alteración del esquema corporal. La anorexia y la bulimia no solo se ven en las mujeres, sino que también se las ha descrito en el adolescente varón.

Luego del examen físico es importante dedicar los minutos finales de la consulta para evaluar los aspectos sociales, culturales y emocionales de nuestro paciente. Así, exploraremos las características sociales de sus amigos y su entorno, tratando de detectar los riesgos anteriormente explicados.

Discusión

Si hay un paciente que puede llegar a hacer que una consulta se torne tediosa, hasta el punto de descontrolar al médico, ese sin dudas: es un "paciente adolescente".

De nuestra experiencia en la atención integral de adolescentes en el Consultorio de Ginecología Infanto-juvenil de la 1^{er} Cátedra del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la UBA y del Servicio de Adolescencia del Hospital Militar Central "Dr. Cosme Argerich", en la ciudad de Buenos Aires, deseamos destacar la importancia que tiene la primera entrevista médica del paciente adolescente y que se trasladará al posterior vínculo con la medicina. Es, sin dudas, esta primera consulta la puerta de entrada del adolescente al sistema de salud preventivo.

Por ello, este artículo no pretende ser un ma-

nual de la atención de adolescentes, sino que desea aportar al médico generalista y al médico de guardia los conocimientos básicos para llevar adelante una entrevista médica beneficiosa en un paciente adolescente.

Se deberán descartar patologías orgánicas y detectar aquellos factores de riesgos sociales como la exposición a las drogas y el alcohol, los embarazos inoportunos, las enfermedades de transmisión sexual, las dificultades en el aprendizaje, las conductas violentas, el abuso sexual, situaciones de maltrato y violencia de género, etc.

Es importante tener en la primera consulta de un adolescente una actitud médica preventiva; así evitaremos noxas orgánicas y socioculturales que puedan comprometer su salud.

Conclusiones

La primera consulta médica de un adolescente, habitualmente casual o accidental, reviste una importancia crucial en la vida de estos pacientes, y debe estar caracterizada por un enfoque médico integrador y preventivo. El médico generalista al cual está destinado este artículo, al ser muchas veces el primero que establece contacto con el adolescente en una sala de guardia, tiene la oportunidad de aplicar algunos de los conceptos vertidos aquí para hacer de

esa primer entrevista la puerta de entrada del adolescente al mundo de la medicina preventiva, con su posterior derivación al especialista en adolescencia, ya sea hebiatra o ginecólogo de adolescentes, para que este pueda realizar una atención integral del paciente.

Una buena experiencia en esta entrevista médica facilitará la integración de estos jóvenes pacientes al sistema de salud, y los ayudará a transitar esta conflictiva etapa del desarrollo humano en un ambiente de protección.

Bibliografía

1. Falke G. Adolescencia, familia y drogadicción. Editorial Atlante 1998.
2. Losardo R. Tabaquismo: adicción y enfermedades. Un desafío mundial y nacional. Revista Asociación Médica Argentina 2016; 129 (4): 36-38.
3. OPS: La Salud del Adolescente y el joven en las Américas. OPS 1985; Publicación Científica N.º 489.
4. Pellegrino J. La primera vez de mi hija. Editorial Balón, Buenos Aires 2000.
5. Provenzano S, Lange D, Tatti S. Manual de Ginecología. Ed. Corpus 2014; 2da. edición.
6. Silver T. Medicina de la adolescencia: su historia, crecimiento y evolución. OPS 1995; Publicación Científica N.º 552.

La Asociación Médica Franco-Argentina: fundación y visión pionera. Homenaje al Dr. Louis Pasteur Vallery-Radot a cincuenta años de su fallecimiento

Profs Dres Jorge O Gorodner,¹ Ricardo J Losardo,² Jacques Rochemaure,³ Paul Léophonte,⁴ Michel J Salvador,⁵ Elías Hurtado-Hoyo⁶

¹ Presidente y Miembro Fundador de la Asociación Médica Franco-Argentina. Profesor Honorario, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Miembro de Honor de la Asociación Médica Argentina (AMA). Director del Doctorado de la Facultad de Medicina (UNNE).

² Profesor Titular, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL). Exdirector del Hospital de Oncología "Marie Curie", ciudad de Buenos Aires. Presidente de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina. Miembro Honorario Nacional de la Asociación Médica Argentina (AMA).

³ Presidente Fundador de la Asociación Médica Franco-Argentina. Profesor Universitario. Exjefe del Departamento de Neumonología Hotel-Dieu de París. Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de Francia. Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

⁴ Presidente y Miembro Fundador de la Asociación Médica Franco-Argentina. Profesor Honorario de Universidades. Exjefe de Servicio de Neumonología del Hospital Universitario de Toulouse, Francia. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Francia.

⁵ Secretario y Miembro Fundador de la Asociación Médica Franco-Argentina. Profesor Honorario de Medicina, Universidad Paul Sabatier, Toulouse. Exjefe del Servicio de Hipertensión Arterial, Hospital Universitario de Toulouse, Francia.

⁶ Presidente de Honor de la Asociación Médica Franco-Argentina y de la Asociación Médica Argentina. Miembro Asociado Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Francia.

Resumen

Se hace una reseña histórica de la fundación de la Asociación Médica Franco-Argentina. Se mencionan sus propósitos fundacionales, sus protagonistas y su contexto social.

Palabras clave. Asociaciones médicas, Francia, Argentina, historia de la medicina, educación médica.

The Franco-Argentine Medical Association: foundation and pioneering vision. Tribute to doctor Louis Pasteur Vallery-Radot on the 50th anniversary of his death

Summary

A historical review of the foundation of the Franco-Argentine Medical Association is made. Its foundational purposes, their protagonists and the social context are mentioned.

Key words. Medical associations, France, Argentina, history of medicine, medical education.

Antecedentes de la relación médica franco-argentina

La relación de la medicina argentina con la francesa se remonta al Protomedicato del Virreinato del Río de la Plata, con sede en Buenos Aires, que

Correspondencia. Acad Prof Dr Jorge Osvaldo Gorodner
Correo electrónico: gorodner@hotmail.com

funcionó desde 1780 hasta 1822. Su principal objetivo era mejorar el ejercicio de la medicina en estas tierras. Recordemos que el primer protomédico fue Michael O' Gorman (1749-1819), de origen irlandés pero que había estudiado medicina en Francia.

Nuestros primeros médicos se nutrieron de los conocimientos surgidos en el viejo mundo. La escuela médica francesa ocupó un lugar destacado y de gran liderazgo, y su aporte resultó de alto valor para las ciencias médicas de este nuevo mundo.

También es cierto que en estas tierras había una admiración por la cultura y el espíritu de Francia, una especie de "francofilia" argentina. Por supuesto, los conceptos de "razón, libertad, igualdad y fraternidad" símbolos del Siglo de las Luces con la Ilustración y la Revolución francesa –que sentaron las bases de la democracia moderna– tuvieron mucho que ver y calaron hondo en el espíritu de los hombres de los entonces jóvenes países americanos.

El apoyo sanitario argentino en la Primera Guerra

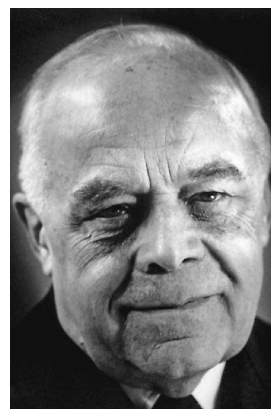
Ya durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) los argentinos –no la Argentina– dieron apoyo sanitario a los enfermos y heridos franceses. Debe señalarse este detalle, pues nuestro país se había declarado neutral y, como tal, no podía participar a favor de ninguno de los contendientes. Se trataba de la colonia argentina residente en Francia, que aportaba el dinero necesario para la infraestructura y el funcionamiento de algunos hospitales que fundaron, así como la donación de unas veinte ambulancias motorizadas con quirófano móvil. El abogado y político argentino Marcelo T. de Alvear (que posteriormente fue presidente de la Argentina), estando allí, jugó un papel determinante para que estas acciones se concretaran.

El apoyo que prestaron los argentinos en esa oportunidad fue importante, pues incluyó, entre otras obras, la puesta en funcionamiento de cinco hospitales auxiliares: cuatro en París y sus alrededores, y uno en Le Havre (Normandía). El que tuvo mayor trascendencia fue el denominado Hospital Argentino (o Auxiliar No. 108). Tenía sesenta pisos, ciento cincuenta camas de internación, quirófanos, radiología, esterilización, farmacia, etc. Allí se desempeñó el Dr. Enrique Finochietto como Jefe de Cirugía (1918-1919). Su actuación fue reconocida por el gobierno francés con la medalla de la Guerra y la medalla de la Legión de Honor en la categoría de oficial. También el Dr. Pedro Chutro –amigo de Finochietto– se incorporó como Jefe de Cirugía en el Hospital Militar Buffon en París (1915-1919), con trescientas camas. También su actuación fue reconocida, y fue distinguido como "Chevalier" y luego como "Officier de la Légion d'Honneur", más tarde, ya en Argentina, "Commandeur de la Légion d'Honneur". Se calcula que fueron alrededor de cuarenta los médicos argentinos que fueron a colaborar y terminaron formándose con lo más conspicuo de la medicina francesa.

Finalmente, destaquemos que en homenaje a los soldados franco-argentinos muertos durante la Primera y la Segunda Guerra Mundial, hay en el patio central del antiguo Hospital Francés de Buenos Aires, en el barrio de San Cristóbal, un monumento "a los caídos" y una estatua "al soldado desconocido", símbolos de la fraternidad entre ambos países.

Fundación de la Asociación Médica Franco-Argentina, 1946

En 1945, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, el destacado Dr. Nicolás Romano, entonces presidente de la Asociación Médica Argentina (1942-1946), y los miembros de su comisión directiva llevaron a cabo una colecta en beneficio de los colegas médicos de Francia, que se hizo en 1946 por



Dr. Louis Pasteur Vallery-Radot.

vía diplomática. En esa oportunidad con la visita del presidente de la Misión Cultural Francesa, el prestigioso Dr. Louis Pasteur Vallery-Radot, como acto de confraternidad, se fundó –ese mismo año– la Asociación Médica Franco-Argentina / *Association Médicale Franco-Argentine* en la sede de la Asociación Médica Argentina, en la ciudad de Buenos Aires. El entonces embajador de Francia en nuestro país era



Dres. Nicolás Romano, Carlos Reussi y Luis González-Montaner: los tres presidentes fundadores argentinos de la AMFA y presidentes de la AMA.

Wladimir D'Ormesson, escritor y periodista, amigo del Dr. Pasteur Vallery-Radot. Ambos tenían una relación de amistad con Charles de Gaulle, quien presidía en aquellos años el gobierno provisional de la República Francesa y quien visitaría, en la década del 60, la Argentina.



El Dr. Nicolás Romano (con una bufanda) en una de sus últimas apariciones en la AMA, con el Presidente Dr. Elias Hurtado Hoyo y el Vicepresidente Dr. Miguel Falasco, junto al Académico Dr. Julio V. Uriburu.

El propósito de la Asociación fue orientarse a maximizar la divulgación de los conocimientos en medicina, llevando a cabo acciones académicas conjuntas e incrementando las relaciones entre ambos países, en beneficio de las generaciones jóvenes. Muchos médicos argentinos ya estaban vinculados a instituciones científicas francesas. Por ejemplo, recordemos que el Dr. Bernardo Alberto Houssay investigaba en la Cátedra de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, luego presentaba sus resultados en las sesiones de la Sociedad de Biología en la Asociación Médica Argentina, y posteriormente traducía esos artículos al francés para remitirlos para su discusión internacional a la *Société de Biologie de Paris*. No hay duda de que esta metodología de trabajo enriqueció su actividad científica, que le permitió obtener en 1947 el Premio Nobel de Medicina.

Entonces, resulta interesante señalar algunos detalles biográficos de estos dos reconocidos médicos, uno argentino y el otro francés, que nos permitirán comprender la importancia que ellos advertían en este proyecto de intercambio y cooperación entre ambos países, y que en el momento de su creación estaban en la plenitud de su vida profesional. Tanto Romano como Pasteur Vallery-Radot fueron personalidades polifacéticas y muy talentosas a lo largo de sus vidas profesionales.

El Dr. Nicolás Romano (1889-1977) era especialista en clínica médica y reconoció al Dr. Mariano R. Castex como uno de sus maestros. En el momento en que fundó la Asociación Médica Franco-Argentina tenía 57 años, y era director del Hospital General de Agudos "Carlos Durand" de la ciudad de Buenos Aires y Profesor Titular de Clínica Médica de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Había incursionado

de joven en política universitaria y ya lo estaba haciendo en política nacional. Como detalle, en 1937, cuando contaba con 48 años y como profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata (ULP), donde impartía cátedra de clínica médica, la representó en la reunión de Rectores de Universidades que se realizó en París.

Por otra parte, el Dr. Louis Pasteur Vallery-Radot (1886-1970) además de médico fue escritor, político y ministro de Salud Pública en Francia durante el período llamado "Cuarta República" (1946-1958). Fue el biógrafo de su abuelo Louis Pasteur y editor de sus obras completas. Fue presidente de la *Cruz Roja francesa / Croix Rouge française* durante la Segunda Guerra Mundial, movimiento humanitario mundial de características conocidas por todos nosotros. A los 50 años fue miembro de la *Academia Nacional de Medicina / Académie Nationale de Médecine* y años más tarde su presidente. En 1944, a los 58 años, fue incorporado a la prestigiosa y selecta *Academia Francesa / Académie Française* (silla 24), que vela por la lengua francesa desde su creación –en 1635– por el cardenal Richelieu (entonces primer ministro del rey Luis XIII). En el campo médico realizó investigaciones sobre alergias y enfermedades renales. A los 60 años fundó, junto con Romano, la Asociación Médica Franco-Argentina.

Contexto cultural franco-argentino

Es de destacar que esta Asociación Médica Franco-Argentina fue anterior al *Instituto Francés de Argentina / Institut Français d'Argentine* (dependiente de la embajada) que fomentaba el desarrollo de las relaciones franco-argentinas en los ámbitos científicos y culturales. Dicho instituto fue creado en octubre de 1964, en ocasión de la visita al país del presidente de la República Francesa, el general Charles de Gaulle. En ese entonces el presidente argentino era el Dr. Arturo Umberto Illia (1963-1966), quien fuera Miembro de Honor de la AMA.

No podemos dejar de mencionar a La Alianza Francesa / *Alliance Française* que fue creada en París en 1883 por Louis Pasteur, Ferdinand de Lesseps, Jules Verne, Ernest Renan, Hippolyte Taine y Gustave Eiffel, entre otros, y que promovía principalmente el idioma francés como segunda lengua en el mundo. En Buenos Aires, se creó una sede, en 1893, tras una reunión de prominentes hombres de la colectividad en el tradicional Club Francés de la calle Rodríguez Peña y Quintana. Posteriormente se instalaría en el Petit hotel de la familia Castex, en Av. Córdoba al 900, a pocas cuadras de nuestra Asociación Médica Argentina, una familia por cierto muy relacionada con la medicina y la abogacía argentina. Nuestra aula magna lleva el nombre del prestigioso Dr. Mariano R. Castex, quien fuera presidente de la Academia Nacional de Medicina, presidente de la AMA (1930-1932), rector de la Universidad de Buenos Aires y Miembro Asociado Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Francia (1925-1968).

Finalmente, debemos señalar que en 1996 la Universidad de Buenos Aires (UBA) creó el Centro franco-argentino, con un espíritu netamente universitario y que englobaba a todas las carreras profesionales. Posteriormente, otras universidades estatales y privadas, se adhirieron a este proyecto. Así queda demostrada la visión anticipada que tuvieron –medio siglo atrás– los fundadores de la Asociación Médica Franco-Argentina en 1946.

Impulsos renovados, 1988

En 1988, 42 años más tarde de su fundación, un grupo de colegas franceses y argentinos, encabezados por los Dres. Jacques Rochemaure (de París) y Luis Julio González Montaner (de Buenos Aires), bajo la presidencia en la AMA del Dr. Carlos Reussi (1982-1992), dieron nuevo impulso a los nobles sentimientos franco-argentinos por el amor a la medicina y al bienestar del hombre. Con ese fin proyectaron llevar a cabo jornadas médico-científicas, de manera alternativa, en Francia y la Argentina. La primera fue, en 1989, en París y la segunda, en 1991, en Buenos Aires; luego se sucedieron otras, como se verá más adelante. Se dispuso que la Asociación tu-

viera dos sedes, una en Buenos Aires, en la Asociación Médica Argentina y otra en París, en el Servicio de Neumonología del *Hotel-Dieu* de París.

Estas tres personalidades merecen la ampliación de sus vidas académicas. En cuanto a Luis Julio González-Montaner (1930-2014), fue profesor titular de la cátedra de Tisiología y Neumonología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y de la Universidad del Salvador (USAL). Fue jefe de Servicio del Hospital Muñiz y del Instituto Vaccarezza, de la ciudad de Buenos Aires. Fue presidente de la Asociación Médica Argentina (1992-1998), decano de la Facultad de Medicina de la USAL, presidente de la Asociación Médica Franco-Argentina, Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Francia, entre otros cargos. A los 58 años de edad, cuando dio nuevo impulso a esta Asociación Franco-Argentina, ya era una figura reconocida internacionalmente, sobre todo a través de su actuación en la Unión Internacional contra la Tuberculosis (UICT). Promovía la formación científica de los médicos argentinos en otros países. En esa línea de pensamiento realizó un convenio de la AMA con el Hospital Universitario de



Primera Jornada de AMFA, en el Hotel Dieu de París, en 1989. Dres. Gorodner, González-Montaner, señora de Vasallo-Ore, Zibelman, Mosca, en la primera fila. Olenchuk y becarios en la fila de atrás.



*Entrada al hospital Dieu de París.
En la puerta la Dra. Ofelia Zibelman.*



*Indicador en Hotel Dieu de la ubicación del salón
de las Jornadas. Dres. Gorodner y Zibelman.*

Toulouse (CHU Toulouse-Rangueil).

Acerca del Dr. Jacques Rochemaure (n. 1933), podemos señalar que es un tisiólogo y neumonólogo de gran prestigio. Jefe del Servicio de Neumonología del Hotel-Dieu de París Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de Francia y Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Nacio-

nal de Medicina de Buenos Aires, así como miembro de la Unión Internacional contra la Tuberculosis (UICT). En esta organización es que comenzó su relación con González-Montaner, que los reunió para toda su vida científica y personal. Compartieron la presidencia de la Asociación Médica Franco-Argentina en 1988. Como Rochemaure tenía familiares en la provincia de Tucumán, y actualmente descansan allí los restos de uno de sus abuelos -emigrado de Francia-, comprendía perfectamente la idiosincrasia argentina-, facilitándole esta situación sus vínculos personales en estas tierras.

Del Dr. Carlos Reussi (1909-1993), prestigioso clínico y gastroenterólogo, en esa época contaba con 79 años. Profesor Emérito de la UBA, se había jubilado como jefe de Servicio en el Hospital Rivadavia, de la ciudad de Buenos Aires. Personalidad líder, quien en 1983 ya había fundado en la Asociación Médica Argentina, con la participación de muchos países latinoamericanos, la Asociación Médica Latinoamericana, creada para nuclear y homenajear a los médicos latinoamericanos luego de la guerra de las Islas Malvinas y del Atlántico Sur (1982). Con Chile, y a través de la Universidad de Valparaíso, promovió el intercambio científico, y luego de su muerte se continuó esa iniciativa a través de las Conferencias anuales entre ambos países y se creó el Premio Maestro de los Andes "Dr. Carlos Reussi", otorgado anualmente a destacados profesionales de la Argentina y Chile. Reussi advertía sobre la importancia de estas cooperaciones científicas y sociopolíticas entre los países, como uno de los motores para el progreso.

Las numerosas Jornadas médicas efectuadas en Francia y la Argentina, tanto en sus capitales respectivas como en importantes ciudades de ambos países, fueron muy recordadas por el aporte científico y los lazos fraternales alcanzados. Las Jornadas se llevaron a cabo en París 1989; Buenos Aires 1991; París y Toulouse 1992; Buenos Aires, Ushuaia, Corrientes y Resistencia 1993; París, Toulouse y Perpiñán 1994; Buenos Aires 1995; París, Toulouse y Dijón 1996; Buenos Aires y Mendoza 1997; Toulouse 1999; Buenos Aires, Chaco y París 2005; Buenos Aires 2008; Buenos Aires 2013. Reuniones bilaterales también se llevaron a cabo en Carcasona, 2010; París, 2016; Perpiñán, 2017; y París, 2018. La reunión prevista para llevarse a cabo en Francia en 2020 fue suspendida por razones sanitarias de prevención y control contra el COVID 19.

Queremos destacar las XI y XII Jornadas de la Asociación Médica Franco-Argentina (AMFA) realizadas en la Asociación Médica Argentina, que se organizaron en forma conjunta con el Seminario de CECTAF (Centro de Científicos y Técnicos Argentino Francés) y que tuvieron como tema "la Salud y el



Segunda Jornada AMFA, en Buenos Aires, 1991. La Comisión Directiva de AMFA en pleno. Dres. González-Montaner, Léophonte, Hurtado Hoyo, Rochemaure, Gorodner, entre otros.



Segunda Jornada AMFA, en Buenos Aires, 1991. Entrega de diplomas: Dres E. Hurtado Hoyo, L. J. González-Montaner, J. Rochemaure, J. Gorodner y G. Lanosa (Vicedecano Facultad de Medicina UBA).



Un grupo de asistentes a la Tercera Jornada de AMFA, en Toulouse, octubre de 1992.



*Jornadas en Toulouse, 1992. Momento de confraternidad.
Dres. González-Montaner y señora, Gorodner y señora, Léophonte, Pessey, entre otros.*

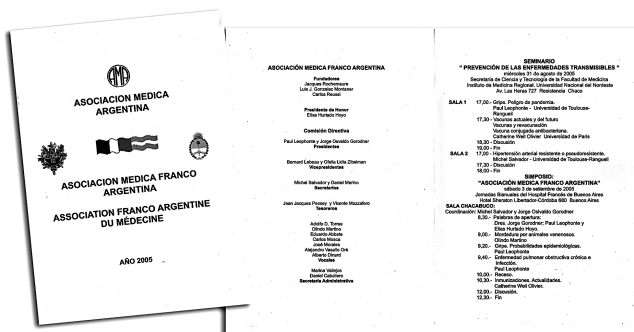


*Cuarta Jornada de AMFA, 1993. En el Servicio de González-Montaner. Instituto Vaccarezza.
Sentados: Dres. Léophonte, Rochemaure y González-Montaner (con delantal).*



*Cuarta Jornada AMFA, 1993. En el Servicio de González-Montaner. Instituto Vaccarezza.
Disertando, el Dr. Léophonte.*

*Facsímil carátula
programa X Jornadas
AMFA, en Resistencia y
Buenos Aires, 2005.*



*XII Jornadas AMFA-CECTAF en Buenos Aires, 2013. Firma Acuerdo de trabajo AMA-AMFA-CECTAF.
Alfredo Friedlander (CECTAF); Elías Hurtado Hoyo (AMA); Jorge Gorodner (AMFA).*



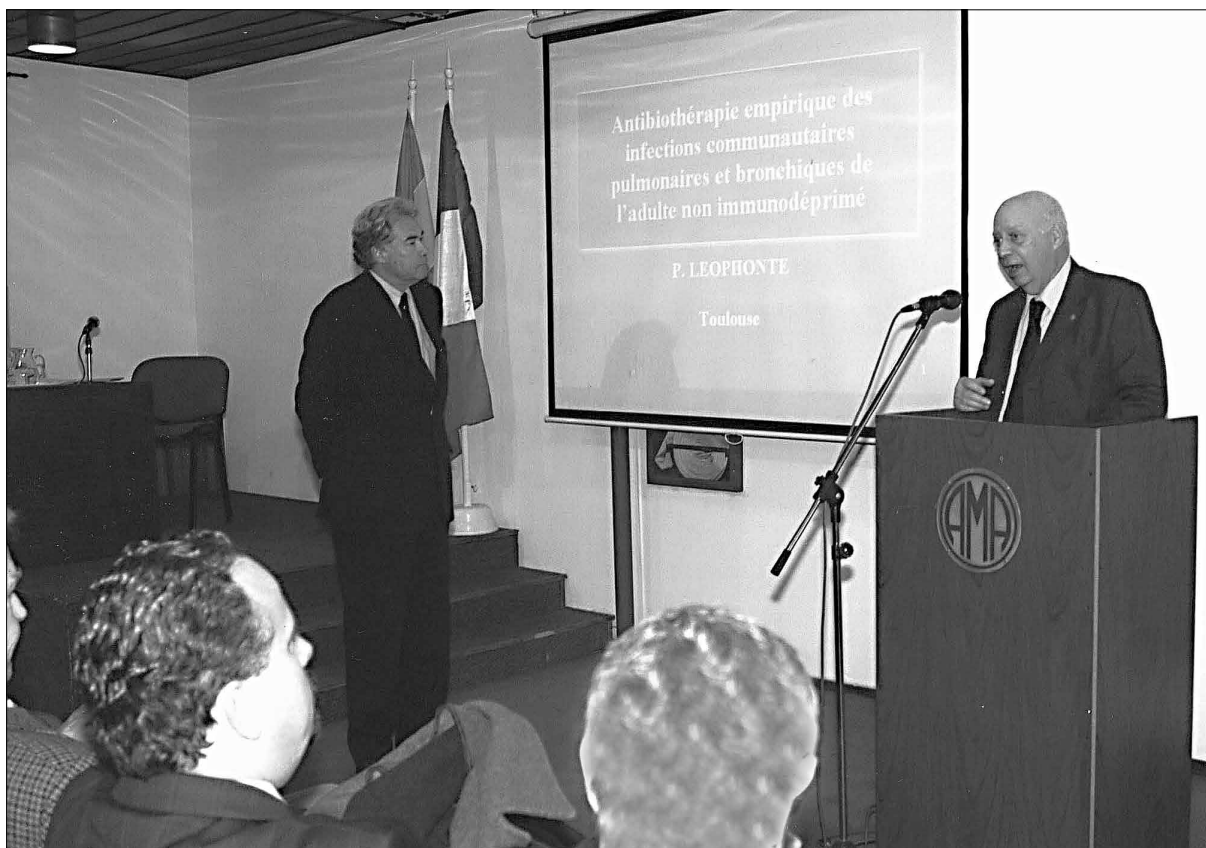
*Jornadas AMFA-CECTAF en Buenos Aires, 2013. Firma Acuerdo de trabajo AMA-AMFA-CECTAF.
Presidentes y comisiones directivas de las tres instituciones.*



Jornadas AMFA-CECTAF en Buenos Aires, 2013. Dres. Michel Salvador, Jean Pierre Garino (Embajada de Francia en Argentina), Alfredo Friedlander (CECTAF), Paul Léophonte y Elías Hurtado Hoyo.



Jornadas AMFA-CECTAF en Buenos Aires, 2013. J. P. Garino (Embajada de Francia), A. Friedlander (CECTAF), P. Léophonte, E. Hurtado Hoyo y J. O. Gorodner.



Jornadas AMFA-CECTAF en Buenos Aires, 2013. Profs. P. Léophonte y J.O. Gorodner (ambos presidentes, francés y argentino).



Medalla de Oro de la AMFA para los Miembros de Honor, entregada en el 2005.

Cambio Climático”, el 21 de agosto de 2008 y el 21 de noviembre de 2013. En la segunda, se llevó a cabo la Jornada Franco Argentina de Cambio Climático y Repercusiones Sociosanitarias para el Desarrollo. La entrada fue libre y contó con la participación de profesionales de distintas áreas relacionados con el tema. Se destacó la conferencia del Maestro y Académico Dr. Olindo Martino (1930-2017) sobre “Enfoque ecológico clínico de patologías emergentes en situaciones de vulnerabilidad”. El CECTAF funcionó hasta el 3 de julio de 2015, cuando decidió convertir su patrimonio en becas para estudiantes.

También queremos recordar el encuentro realizado en Resistencia (provincia de Chaco) el 31 de agosto de 2015. Fue un Seminario sobre Prevención de las Enfermedades Transmisibles en el Instituto de Medicina Regional de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), en el cual disertaron el Prof. Dr. Paul Léophonte sobre “Influenza. Peligro de pandemia”; la Dra. Catherine Weil-Olivier sobre “Vacunas, revacunación y vacuna conjugada antibacteriana”; y el Dr. Michel Salvador sobre “Hipertensión arterial resistente y pseudo-resistente”. Días después, el 3 de septiembre, el grupo se trasladó a Buenos Aires, y

en una reunión conjunta con las Jornadas Bienales del Hospital Francés de Buenos Aires, disertaron los Dres. Olindo Martino, Paul Léophonte y Catherine Weil-Olivier. Cabe destacar que gran parte de los temas se referían a patologías médicas que hoy nos convocan en forma prioritaria.

Miembros y directivos de la Asociación Médica Franco-Argentina

Larga es la lista de los integrantes de nuestra asociación, entre ellos los doctores Eduardo Abbate, José Mario Alonso, Santiago César Besuschio[†], Samuel Bluvstein[†], Alberto Dinard, Miguel Falasco[†], Samuel Finkielman[†], Miguel A. Galmés, Carlos Fernando Gatti, Silvio A. Gigli, Luis J. González-Montaner[†], Julio Sergio González-Montaner, Jorge Osvaldo Gorodner, Elías Hurtado Hoyo, Joel Le Bail, Paul Léophonte, Jorge Manni, Olindo Martino[†], Baltazar Mazzaro, Vicente Mazzafero, Daniel E. Merino, José Morales, Carlos Mosca, Alejandro Olenchuk, Luis Ángel Paniego, Louis Pasteur Vallery-Radot[†], Cristina Peña[†], Mario Alberto Pisarev, Carlos Reussi[†], Jacques Rochemaure, Nicolás Romano[†], Ernesto Rosembli[†], Eduardo Saad, Michel Salvador, Adolfo D. Torres[†], Oscar Valdés, Alejandro Vassallo-Oré, Catherine Weil-Olivier, Ofelia Lidia Zibelman, entre otros. Algunos de ellos también miembros de la Academia Nacional de Medicina en París y otros de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Han sido reconocidos como integrantes fundadores de la Asociación Médica Franco-Argentina los siguientes médicos:

- a) Presidentes Fundadores: los Dres. Nicolás Romano[†], Louis Pasteur Vallery-Radot[†], Jacques Rochemaure, Luis J. González-Montaner[†], Carlos Reussi[†].
- b) Miembro Fundador de Honor: Dr. Ernesto Rosembli[†].
- c) Miembros Fundadores: los Dres. Paul Léophonte, Jorge Osvaldo Gorodner, Michel Salvador, Eduardo Abbate, Ofelia Lidia Zibelman, Alejandro Vassallo-Oré, Carlos Mosca, Alejandro Olenchuk.

Han sido distinguidos como Miembros de Honor de la Asociación Médica Franco-Argentina:

- a) Presidente de Honor: Dr. Elías Hurtado Hoyo.
- b) Miembros de Honor: Dres. Catherine Weil-Olivier, Julio Sergio González Montaner, Mario Alberto Pisarev, Eduardo Saad, Joel Le Bail, Santiago César Besuschio[†], Samuel Finkielman[†], Carlos Fernando Gatti, Miguel Falasco[†], Olindo Mar-

tino[†], Cristina Peña[†], Silvio A. Gigli, Luis Ángel Paniego, Jorge Manni, Oscar Valdés, Baltazar Mazzaro, Samuel Bluvstein[†], José Morales, José Mario Alonso, Adolfo D. Torres[†], Vicente Mazzafero y Miguel A. Galmés.

Los presidentes y secretarios de las comisiones directivas fueron:

- a) Período 1988-1999. Presidentes: Dres. Jacques Rochemaure y Luis Julio González-Montaner. Secretarios: Dres. Paul Léophonte y Jorge Osvaldo Gorodner.
- b) Período 1999-2005. Presidentes: Dres. Paul Léophonte y Alberto Dinard. Secretario: Dr. Michel Salvador.
- c) Período 2005-actualidad. Presidentes: Dres. Paul Léophonte y Jorge Osvaldo Gorodner. Secretarios: Dres. Michel Salvador y Daniel E. Merino.

La Comisión Directiva actual está constituida por:

- a) Presidente de Honor: Dr. Elías Hurtado Hoyo.
- b) Presidentes: Dres. Paul Léophonte y Jorge Osvaldo Gorodner.
- c) Vicepresidentes: Dres. Bernard Lebeau y Ofelia Lidia Zibelman.
- d) Secretarios: Dres. Michel Salvador y Daniel Eduardo Merino.
- e) Tesoreros: Dres. Jean Jacques Pessey y Vicente Enrique Mazzafero.
- f) Vocales: Dres. Eduardo Abbate, Carlos Mosca, José Morales, Alejandro Vassallo-Oré y Alberto Dinard.

Epílogo

El ánimo que impulsó a los fundadores de la Asociación Médica Franco-Argentina, hace casi 75 años atrás, ha permanecido vigente hasta la actualidad, superando los escollos económicos que se presentaron en distintas oportunidades a lo largo de todos estos años.

La Asociación Médica Franco-Argentina con un presente activo y un futuro promisorio, puede hacer también aportes y/o recomendaciones en la amplia temática que tiene la salud pública y el medioambiente con el apoyo de los gobiernos respectivos. Por ejemplo, en las diversas enfermedades relacionadas con el cambio climático y su incidencia deletérea sobre la humanidad así como en cuanto a la actual amenaza mundial de la pandemia generada por el COVID-19, con millones de infectados y cientos de miles de muertos en el mundo, además de otros patógenos contaminantes.

Francia ha sido designado país anfitrión de la XXI Conferencia de las Partes (COP-21) de la "Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el

Cambio Climático" (CMN UCC) para el 2021. El principal objetivo de ese encuentro es llegar a un nuevo acuerdo internacional sobre el clima, previsto para la tercera década del siglo XXI. Se tratará de una etapa decisiva en las negociaciones universales, especialmente con representantes de los países que son grandes emisores de gases de efecto invernadero. La Asociación Médica Franco-Argentina puede brindar un aporte enriquecedor sobre la base de su trayectoria y la experiencia de sus miembros.

No hay duda de que el espíritu de los fundadores de la Asociación Médica Franco-Argentina, los Dres. Louis Pasteur Vallery-Radot y Nicolás Romano, continúa presente en todos los integrantes de esta asociación.

Aclaración. La Asociación Médica Franco-Argentina tiene su sede -en la Argentina- en la Asociación Médica Argentina, sito en Av. Santa Fe 1171 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Correo electrónico: info@ama-med.org.ar

Bibliografía

1. Alonso A, Couto G. Incorporación Solemne a l'Académie Nationale de Medicine de Francia del Acad. Elías Hurtado Hoyo. Rev Asoc Méd Argent 2016; 129 (1): 4-7.
2. Buroni JR. El apoyo sanitario que los argentinos brindaron a los franceses en la Primera Guerra. Rev Asoc Méd Argent 2016; 129 (4): 5-7.
3. Buzzi A. Distinción al Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo: Miembro Asociado Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Francia. Rev Asoc Méd Argent 2015; 128 (2): 5-7.
4. Gotta HC, Buroni JR, Buzzi AE, Otaño Sahores A, Otaño Moreno A, Sanguina Caballero MR. Apoyo de sanidad de los argentinos a los franceses en la Primera Guerra. Editorial Alfredo Buzzi. Buenos Aires, 2017.
5. Hurtado-Hoyo E. La Asociación Médica Argentina lamenta y comunica el fallecimiento de su Ex Presidente y Presidente honorario, Prof. Dr. Luis Julio González Montaner, Miembro Honorario Nacional de la AMA y Decano de la Facultad de Medicina de la USAL. Rev Asoc Méd Argent 2014; 127 (2): 3-4.
6. Hurtado-Hoyo E. Las migraciones y la presidencia de la AMA. En Jornada Académica en conmemoración del Bicentenario de la independencia argentina. Rev Asoc Méd Argent 2016; 129 (3): 16-31.
7. Protocolo de reunión en la Alianza Francesa. Premio Houssay. 11 de agosto de 2016, La Plata. Rev Asoc Méd Argent 2017; 130 (1): 4-10.
8. Roemmers: Médicos argentinos. Historias de vidas. Editorial Roemmers. Buenos Aires, 2001.

Signo del atolón o signo del halo invertido en covid-19: a propósito de un caso

Dres Andrés Julián Vanrell,¹ Juan Peralta,² Andrés Saez,³ Enrico Casco⁴

¹ Jefe de división Diagnóstico por imágenes. Docente Adscripto de la Cátedra de Diagnóstico por imágenes, Universidad de Buenos Aires (UBA). Director Asociado, Subsele Hospital Tornú. Carrera de Especialistas en Diagnóstico por imágenes, Sede Hospital de Clínicas, UBA. Encargado docente, Universidad del Salvador (USAL).

² Médico de planta. Sector Tomografía computada multislice.

³ Médico de planta. Encargado de Intervencionismo guiado por imágenes, Sector Tomografía computada multislice y Ecografía.

⁴ Médico de planta. Sector Tomografía computada multislice. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La Sociedad Fleishner define el signo del halo invertido o signo del atolón como un área focal redondeada con la densidad de un “vidrio esmerilado”, rodeada por un anillo más o menos completo de consolidación. Este signo fue descrito inicialmente en pacientes con neumonía organizada criptogénica por Voloudaki y Kim. Ha sido descrito en: 1) enfermedades infecciosas (la paracoccidioidomicosis, la aspergilosis, la mucormicosis y virales), 2) síndromes linfoproliferativos (la granulomatosis linfomatoidea), y 3) enfermedades inflamatorias no infecciosas ni neoplásicas (el síndrome de Churg-Strauss, la neumonía intersticial no específica y la granulomatosis de Wegener).

Palabras Claves. Signo del halo invertido, enfermedad de covid-19.

covid-19 Atoll sign or inverted halo sign: about a case

Summary

The Fleishner Society defines the inverted halo sign or Atoll sign as a rounded focal area with a “ground glass” density, surrounded by a more or less complete ring of consolidation. This sign was initially described in patients with organizing cryptogenic pneumonia by Voloudaki and Kim. It has been described in: 1) infectious diseases (paracoccidioidomycosis, aspergillosis, mucormycosis, and virals), 2) lymphoproliferative diseases (lymphomatoid granulomatosis), and 3) non-infectious and neoplastic inflammatory diseases (Churg-Strauss syndrome, non-specific interstitial pneumonia, and Wegener’s granulomatosis).

Key words. Inverted halo sign, covid-19 disease.

Material y métodos

Se realizó una tomografía computada multidetector (TCMD) del tórax sin contraste endovenoso, con un tomógrafo Toshiba Activion 16, de 16 filas de detectores.

Correspondencia. Dr Andrés J Vanrell
Correo electrónico: andresvanrell@hotmail.com

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 64 años de edad proveniente de Italia.

Refiere un cuadro de 7 días de evolución, caracterizado por fiebre de hasta 39°C y tos seca, asociado a una disnea progresiva, taquicardia y compromiso del estado general.

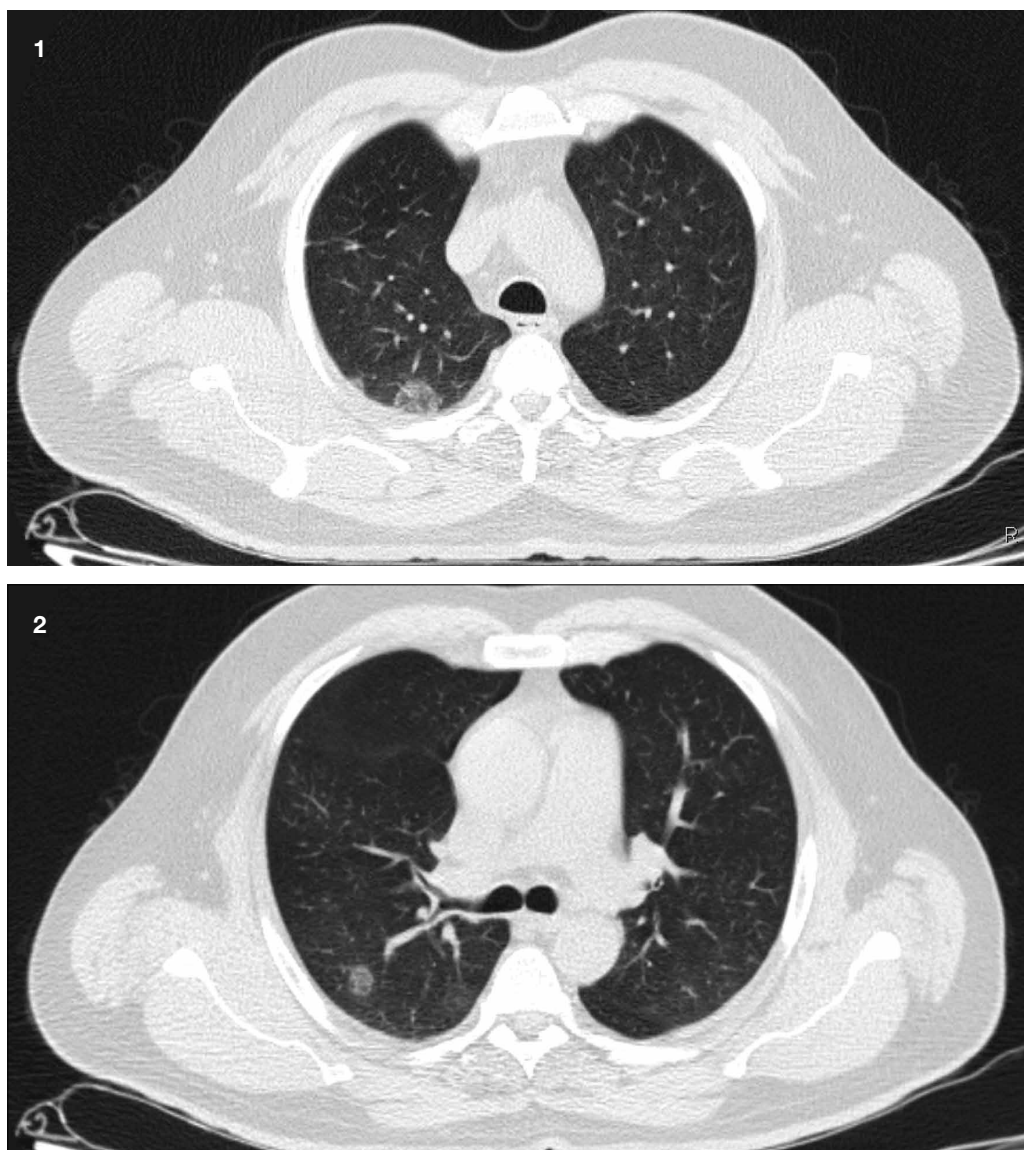
La prueba de PCR dio positiva para cononavirus.

Hallazgos imagenológicos

Se visualizan múltiples opacidades en el vidrio esmerilado, de distribución subpleural bilateral, rodeadas por un halo condensante. Estos hallazgos fueron interpretados como el signo del halo invertido o signo del atolón (Figuras 1 a 6).

Atolón de las islas Maldivas (Figura 7).

Figura 1 a 6. Tomografía computada multidetector (TCMD) de tórax sin contraste endovenoso (ventana pulmonar). Opacidades en el vidrio esmerilado, de distribución subpleural bilateral rodeadas por un halo condensante. Hallazgos interpretados como el signo del halo invertido o signo del atolón.



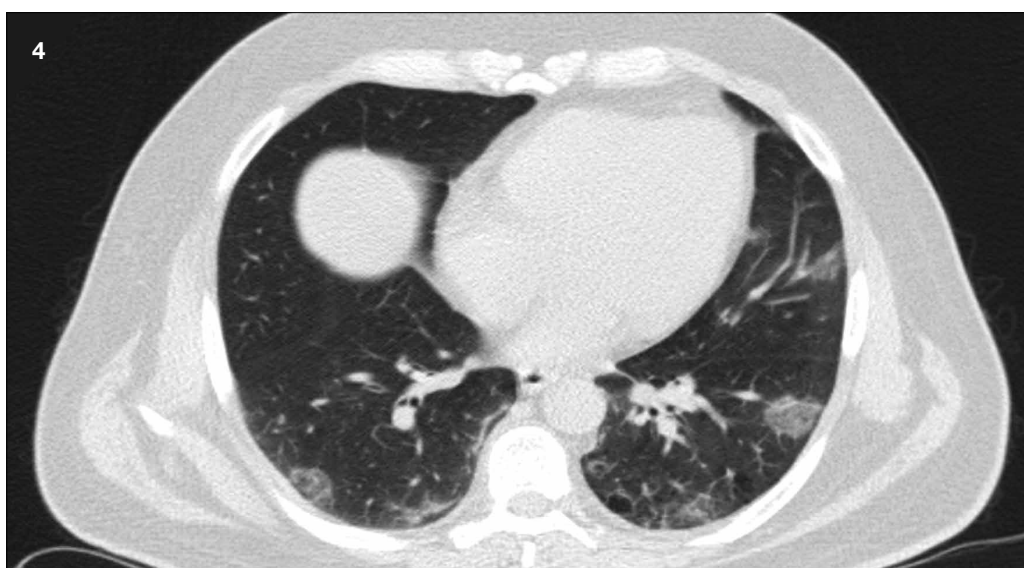
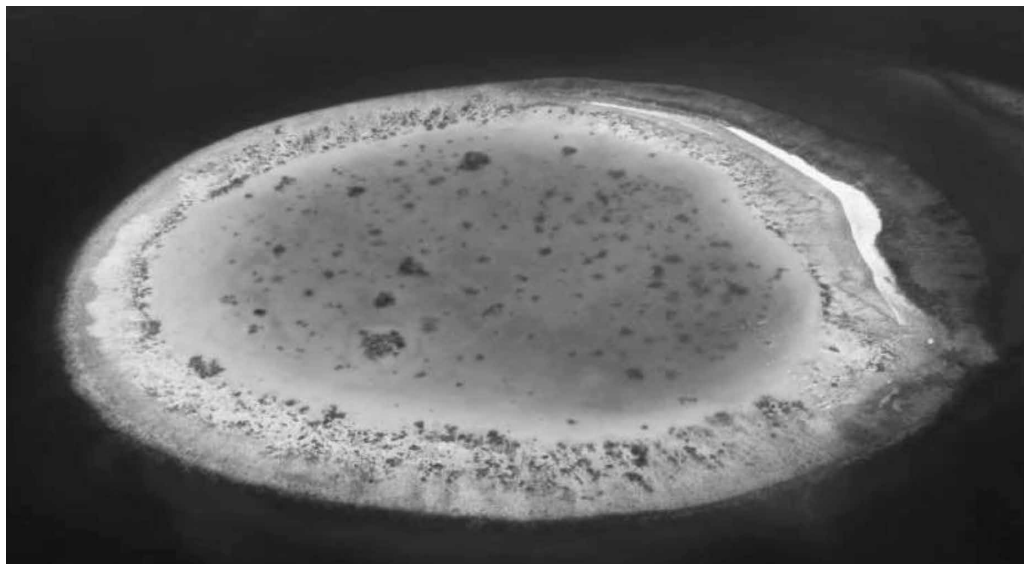




Figura 7. Atolón en las islas Maldivas.



Discusión

El signo del halo invertido o signo del atolón^{1, 2} se caracteriza por una opacidad central en forma de vidrio esmerilado, rodeada por una consolidación del espacio aéreo más densa en forma de una media luna o un anillo. Inicialmente esto fue descrito como un signo específico para la neumonía organizada criptogénica. De forma posterior, el signo del halo invertido se ha informado en asociación con una amplia gama de enfermedades pulmonares, de etiología benigna o maligna, en inmunocompetentes

o inmunodeprimidos, incluidas las infecciones fúngicas pulmonares invasivas, para coccidioidomicosis, neumonía por *pneumocystis jirovecii*, tuberculosis, virales, neumonía adquirida en la comunidad, granulomatosis linfomatoide, granulomatosis de Wegener, neumonía lipoidea y sarcoidosis. También se puede observar en neoplasias pulmonares e infartos, luego de la radioterapia y la ablación por radiofrecuencia.^{3, 4}

Las imágenes presentadas en la tomografía computarizada de tórax implican una amplia

gama de diagnósticos diferenciales para la neumonía organizada y el signo del halo⁵ invertido o del atolón, hallazgos que si bien son característicos, no son específicos.⁶⁻⁸

Los hallazgos imagenológicos en la TC del covid-19 son hasta la actualidad:

- Opacidades en el vidrio esmerilado de distribución subpleural bilateral (especialmente en la enfermedad temprana) con o sin áreas de consolidación pulmonar asociadas.

- Engrosamiento del intersticio interlobulillar asociado a las opacidades en el vidrio esmerilado, que adoptan un aspecto de “*crazy-paving*” y forma de signo de halo invertido o signo del atolón (infrecuente).

Conclusión

El signo del halo invertido o del atolón es una manifestación infrecuente en pacientes con covid-19. Debido a esto es fundamental la correlación clínico radiológica para plantear el diagnóstico diferencial y lograr llegar a un diagnóstico definitivo a través de prueba de PCR.⁹

Bibliografía

1. Marchiori E, Hochegger B, Zanetti G. Reversed halo sign in invasive fungal infections. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2016; 42: 232-232. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000119>.
2. Godoy MC, Viswanathan C, Marchiori E, Truong MT, Benveniste MF, Rossi S. The reversed halo sign: Update and differential diagnosis. *Br J Radiol* 2012; 85: 1226-1235.
3. Kim SJ, Lee KS, Ryu YH. Reversed halo sign on high-resolution CT of cryptogenic organizing pneumonia: diagnostic implications. *AJR* 2003; 180: 1251-1254.
4. Gasparetto EL, Escuissato DL, Davaus T, et al. Reversed halo sign in pulmonary paracoccidioidomycosis. *AJR* 2005; 184: 1932-1934.
5. Agarwal R, Aggarwal AN, Gupta D. Another Cause of Reverse Halo Sign: Wegener's Granulomatosis. *Br J Radiol* 2007; 80 (958): 849-850.
6. Ahuja A, Gothi D, Joshi JM. A 15-Year-Old Boy with “Reversed Halo”. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2007; 49: 99-101.
7. Arai T, Inoue Y, Ando S, et al. A case of cryptogenic organizing pneumonia showing reversed halo sign on computed tomography of the chest. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi* 2007; 45 (8): 621-626.
8. Wahba H, Truong MT, Lei X, et al. Reversed halo sign in invasive pulmonary fungal infections. *Clin Infect Dis* 2008; 46 (11): 1733-1737.
9. Bräunlich J, Seyfarth HJ, Gessner C, et al. Lymphomatoid granulomatosis: a short description of an unusual case of the disease. *Pneumologie* 2009; 63 (12): 697-701.

La guía de estudio, un recurso didáctico en la enseñanza médica de la asignatura Enfermedades Infecciosas

Dres Luis Trombetta,^{1, 3} Mario Valerga^{2, 3}

¹ Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Profesor adjunto, Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

² Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Docente adscripto, Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

³ Mastrandos de la Maestría en Docencia Universitaria. Universidad de Buenos Aires.

Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital de Enfermedades Infecciosas "Francisco J. Muñiz". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

El objetivo de la enseñanza de Enfermedades Infecciosas en el Ciclo Clínico de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la UBA es desarrollar los contenidos de la asignatura que le permitan al alumno adquirir las competencias, habilidades y destrezas necesarias para el ejercicio de la Atención Primaria de la Salud. Las guías didácticas constituyen un recurso del proceso de enseñanza y aprendizaje que tienen el propósito de orientar metodológicamente al estudiante en su actividad inde-

pendiente, al mismo tiempo que sirven de apoyo a la dinámica del proceso docente y orientan la actividad del alumno en su aprendizaje. Es el documento que orienta el estudio, acercando a los procesos cognitivos del alumno el material didáctico, con el fin de que pueda trabajarlos. Una guía de estudios en la asignatura Enfermedades Infecciosas es una herramienta colaborativa en el cumplimiento de las metas propuestas.

Palabras claves. Educación médica, guías de estudio, docencia universitaria.

The study guide, a didactic resource in the medical education of the subject infectious diseases

Summary

The primary function of the teaching of Infectious Diseases in the Clinical Cycle of the Medical Career of the UBA School of Medicine is to develop the contents of the subject that allow the student to acquire the necessary skills, abilities and skills for the exercise of Primary Health Care. The didactic guides are a resource of the teaching-learning process that have the purpose of methodologically guiding the student in their independent activity, at the same time that they support the dynamics of

Correspondencia. Dres Luis Trombetta, Mario Valerga Uspallata 2272 (C.P.: 1282), Hospital de Enfermedades Infecciosas "Francisco J. Muñiz". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: lusumar@fibertel.com.ar
mvalerga@fibertel.com.ar

the teaching process and guide the student's activity in their learning. It is the document which guides the study, bringing the teaching material closer to the cognitive processes of the student, so that he can work on them. A study guide in the Infectious Diseases subject is a collaborative tool in fulfilling the proposed goals.

Key words. Medical education, study guide, university teaching.

Introducción

La educación médica es el proceso de enseñanza, aprendizaje y formación de los estudiantes de medicina y es llevada a cabo por la Facultad de Medicina.¹ Su objetivo es formar médicos, y lo hace a través de la enseñanza impartida en las distintas cátedras de la casa de estudios.

La función primordial de la enseñanza de Enfermedades Infecciosas en el Ciclo Clínico de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la UBA es desarrollar los contenidos de la asignatura que le permitan al alumno adquirir las competencias, habilidades y destrezas necesarias para el ejercicio de la Atención Primaria de la Salud.

Las guías didácticas constituyen un recurso del proceso de enseñanza y aprendizaje que tienen el propósito de orientar metodológicamente al estudiante en su actividad independiente, al mismo tiempo que sirven de apoyo a la dinámica del proceso docente y orientan la actividad del alumno en su aprendizaje. Es el documento que orienta el estudio, acercando a los procesos cognitivos del alumno el material didáctico, con el fin de que pueda trabajarlos.²

La guía de estudios es el documento que permite garantizar que la materia cumple con la función que se le asigna en el plan de estudios y, además, sirve como elemento de transparencia y mecanismo de comparación.³

La guía de estudio es un recurso didáctico

Entre los recursos didácticos, la guía de estudio es una herramienta que se propone colaborar en el proceso del aprendizaje, señalando los elementos indispensables para abordar el estudio de una determinada disciplina.

Las enfermedades infecciosas constituyen un vasto capítulo de la medicina interna.

El análisis y la interpretación de los signos y síntomas que conforman los síndromes infectológicos permiten elaborar una hipótesis diagnóstica que se contrastará con los diagnósticos diferenciales y el resultado de los ensayos de laboratorio, métodos directos e indirectos, propios de la infectología.

El desarrollo del conocimiento de las enfermedades infecciosas, las nuevas entidades, las enfermedades emergentes y las reemergentes, los nuevos métodos diagnósticos, la biología molecular y el incremento de huéspedes inmunocomprometidos

constituyen un enorme desafío en el campo de la enseñanza y el aprendizaje.

Asimismo, las nuevas tecnologías de información y comunicación, la incorporación de soportes informáticos y las telecomunicaciones han permeado la didáctica modificando los métodos pedagógicos.

Una guía de estudio de las enfermedades infecciosas es un aporte para la enseñanza de los alumnos de la carrera de Medicina, que se propone colaborar con el proceso de enseñanza y aprendizaje.

Confeccionar una guía de estudio no es un proceso automático ni técnico, conlleva un tiempo de reflexión y análisis de las funciones y objetivos que se persiguen con ese documento escrito para que constituya una herramienta eficaz de orientación tanto para el alumno como para el docente

Las funciones de una guía de estudio son: establecer de manera clara los objetivos del aprendizaje, estructurar los contenidos, incentivar, estimular y promover la actividad del estudiante, facilitar el aprendizaje favorecer el estudio independiente de manera dirigida y permitir la valoración del aprendizaje alcanzado.⁴

La estructura de una guía de estudio puede observarse en la Tabla 1.

Una guía de infectología

El programa de estudio contiene los objetivos que se deben alcanzar en la enseñanza de grado.

La guía de estudio facilita el abordaje del programa, señalando los aspectos característicos fundamentales de las diferentes entidades clínicas, así como las destrezas o habilidades que debe adquirir el estudiante.

El proceso de aprendizaje requiere una evaluación sumativa, que articule los contenidos con el alcance de los objetivos.

La introducción de una lista de cotejo en la guía de estudio le permitiría al estudiante recorrer el programa y reconocer si ha observado todos los ítems o capítulos que forman parte del tema de estudio, ya que la lista de cotejo admite solo una variable dicotómica, es decir por "sí" o por "no" o, eventualmente, "pendiente".

La pirámide de Miller⁵ proporciona un método de evaluación que puede articular los objetivos de la enseñanza con la evaluación sumativa, es decir en el curso del proceso de enseñanza-aprendizaje. Consta de cuatro niveles y en el primero parte de los conocimientos en abstracto, "el saber"; el segundo nivel es el del saber contextualizado, toma de decisiones y razonamiento clínico; en el tercer nivel debe "demostrar cómo", en entornos simulados aunque contextualizados, y en el cuarto nivel el "hacer".

El desarrollo de los contenidos teóricos que se dictan en las clases y la experiencia del trabajo

práctico confluyen en los elementos principales que adquiere el estudiante de grado para que en la práctica clínica posea las herramientas esenciales para reconstruir el historial del paciente y pueda orientar el método de estudio diagnóstico.

Los niveles de Miller, debidamente orientados a la infectología en este caso, colaborarían con la autoevaluación del alumno, siguiendo la ruta ofrecida en la guía de estudio.

La guía constituye un elemento auxiliar para colaborar en el estudio de la infectología, orientando la construcción de la historia clínica del paciente, desde los aspectos epidemiológicos, el contacto con personas enfermas, su entorno social, familiar y laboral, el antecedente de viajes recientes, los antecedentes de enfermedades infecciosas anteriores, el calendario de vacunación. Una guía de estudio es una ruta de trabajo.

Tabla 1. Modelo de Guía docente o de Estudio presencial.

Secciones Guía docente presencial	Función
I. Identificación de la asignatura	Nombre, titulación, carácter, créditos, docente. Responsable, mail de la cátedra.
II. Introducción y contexto de la asignatura	Descripción breve. El objetivo es enmarcar la asignatura dentro de la titulación.
III. Conocimientos previos	Conocimientos y/o competencias ya adquiridas o materias que se deberían haber cursado.
IV. Volumen de trabajo	Asistencia a clases teóricas y trabajos prácticos. Asistencia a ateneos. Exámenes.
V. Objetivos generales	Orientar al estudiante sobre lo fundamental que se espera de ellos al finalizar proceso de enseñanza/aprendizaje.
VI. Contenidos mínimos	Definición de los grandes bloques de contenido.
VII. Competencias/destrezas	Procedimientos, métodos y actitudes sociales necesarias para el desarrollo futuro de la profesión.
VIII. Temario y planificación en semanas o número de clases	Contenidos, en forma de temas, numerados y ordenados, con indicación del tiempo que se le dedica en semanas o número de clases (organigrama).
IX. Metodología	Descripción de la distribución y estructura de las horas teóricas y prácticas.
X. Evaluación	Procedimientos de recogida de información para la evaluación.
XI. Bibliografía	Bibliografía básica y complementaria; fuentes de información fundamentales y que están disponibles para los estudiantes.

En: García Cabrera L, Ruano Ruano I, Ortega Tudela J, Peña Hita M. *Guía de estudios de una asignatura para el campus andaluz virtual*. Escuela Politécnica Superior de Linares, Universidad de Jaén. 2019.

La experiencia en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba

La II Cátedra de Clínica Infectológica del Hospital Nacional de Clínicas ha publicado la *Guía de cursado para el alumno*, disponible en: <http://clínica-infectológica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar>.

La guía, elaborada en 2015, incluye prólogo, presentación, objetivos generales de la materia, competencias a desarrollar, programa, bibliografía, métodos y técnicas docentes, y evaluación.

En su presentación, la guía define que uno de los objetivos de la educación médica de grado es que los estudiantes adquirieran las competencias y destrezas suficientes para resolver problemas en el área de la clínica infectológica, y orienta la evaluación de los estudiantes en base a las competencias de la atención primaria, requeridas por todos los médicos independientemente de su actividad especializada.³

La guía propende al desarrollo del “pensamiento crítico, analítico e investigativo de la información médica, para un aprendizaje autorregulado y continuo”.

La guía describe los objetivos y competencias en cada uno de los temas del programa.

La experiencia en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

El programa de Infectología de 2018 incluye un “mapa curricular del plan de estudios 2010”, cuyo modelo educativo “es un currículo mixto por asignaturas con enfoque por competencias”.

“La concepción holística de las competencias conlleva un cambio para transitar del paradigma dominante enfocado en la enseñanza, hacia una educación orientada por resultados, en la cual el objetivo es desarrollar, mediante la construcción del conocimiento, las capacidades de los alumnos para cumplir eficientemente con sus funciones profesionales en los ambientes dinámicos y complejos en los cuales ejercerán la medicina”.

El aprendizaje implica la construcción de significados e interpretaciones compartidas, y se produce mediante un proceso de aprendizaje social y un compromiso individual.⁴

Comentario final

Día a día el saber médico crece a un ritmo inabarcable de manera individual. Nuevas publicaciones, nuevos conocimientos se expanden en todas las latitudes. En la era del conocimiento, la globalización eliminó las fronteras de la ciencia.

Los estudiantes de grado de Infectología de la Facultad de Medicina de la UBA, así como de todas las facultades, enfrentan programas que deben desarrollarse en un tiempo determinado e inmodificable del plan de estudios.

El aprendizaje es un proceso complejo, y la adquisición de los conocimientos es individual. La evaluación en el proceso de aprendizaje, la autoevaluación del alumno, la adquisición de habilidades y destrezas, el desarrollo del pensamiento crítico y el estímulo a la investigación son los desafíos de la actualidad universitaria.

Una guía de estudio de la infectología es una herramienta colaborativa en el cumplimiento de las metas propuestas.

Bibliografía

1. Valerga M, Trombetta L. La educación médica continúa y la vigencia de la especialidad médica. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2019; 132 (4): 34-36.
2. Franco Pérez Maritza. Elementos básicos para la orientación de contenidos en la Educación Médica Superior. *Rev EDUMECENTRO (Internet)* 2012; 4 (1): 18-24. Abr [Doc citado 2020 Ene 21] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000100004&lng=es.
3. García Cabrera L, Ruano Ruano I, Ortega Tudela J, Peña Hita M. Guía de estudios de una asignatura para el campus andaluz virtual. Escuela Politécnica Superior de Linares. Universidad de Jaén. 2019.
4. Gil Rivera M, Roquet García G. Estructuración y desarrollo de la guía de estudios. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. Manual para la elaboración de guías de estudios en educación abierta y a distancia. 2005.
5. Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica: principios básicos. *Educ. méd. (internet)* 2019; 12 (4): 223-229. [Doc citado 2020 Ene 26] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157518132009000500004&lng=es
6. Guía de cursado para el alumno. Disponible en: <http://clínica-infectológica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar>
7. Infectología. Asignatura clínica, quinto año, noveno semestre. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Julio 2018. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/ss/wp-content/uploads/2018/10/9-infecto.pdf>

Apuntes para un pacto sobre salud

Dr Jorge A. Mera

Director del Centro de Investigación en Servicios de Salud (ITDT) y vicepresidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos en la Academia Nacional de Medicina.

El sistema de salud argentino presenta profundas inequidades. En un extremo encontramos a la población de mayores ingresos, que tiene la posibilidad de “comprar salud” según sus preferencias, accediendo a una amplia cobertura –como es el caso de las prepagas–, incluso superior a la ofrecida por los hospitales públicos. En el otro extremo, los sectores más pobres, con muchas personas que no cuentan con empleo formal, solo tienen acceso a los servicios públicos de salud. En el medio de estos dos extremos se encuentra el sector asalariado que, dependiendo de las fluctuaciones del nivel de empleo y de las variables escalas de salario, logra acceder a la cobertura de las obras sociales.

A su vez, la Argentina muestra una gran diversidad de realidades provinciales, y es difícil trazar generalidades que puedan ser aplicadas a todas las regiones por igual. Una de las tensiones centrales que aquejan al federalismo argentino está vinculada a la desigualdad territorial y al desbalance de recursos existente entre las provincias y el gobierno central.

Esa diferente disponibilidad financiera entre Nación y las provincias está en la raíz de la dependencia de los recursos del Tesoro Nacional que las provincias han tenido para acrecentar o mantener su capacidad instalada de servicios de salud y para financiar sus programas de atención médica. Luego, las determinaciones que se adopten en cuanto a la coparticipación federal serán siempre nucleares en la materia y darán un marco obligado de referencia a las medidas sanitarias específicas que se apliquen en el sector.

Sin considerar la existencia de externalidades o si una estructura federal asegura la internalización de costos y beneficios dentro de cada región, las provincias argentinas son un agregado

óptimo para la constitución en sus territorios de sistemas provinciales de salud.

Por lo pronto, siguiendo la opinión de los constitucionalistas, las provincias no delegaron en el gobierno central atribuciones sobre la salud cuando reconstituyeron la Nación a mediados del siglo XIX y, por tanto, las han retenido. Más aún, les pertenecen la jurisdicción política, que implica la capacidad legislativa y presupuestaria, y el poder de policía sanitaria, como la habilitación de establecimientos y la matriculación de médicos y demás profesionales y técnicos de salud.

Además, luego de las políticas de descentralización que llevaron a cabo todos los gobiernos desde 1955, corresponde hoy a las provincias la directa administración de la totalidad (o casi) de la capacidad instalada de servicios públicos de salud, como los hospitales. También son los distritos obligatorios de recolección y elaboración de estadísticas vitales y sanitarias, y el ámbito de incumbencia de las organizaciones de prestadores de salud (colegios y federaciones médicas, de clínicas y sanatorios, etc.). Por último, bajo su jurisdicción funcionan las obras sociales provinciales.

A su vez, la Nación posee atribuciones y responsabilidades propias que no son prorrateables entre las provincias. Las más obvias tienen que ver con la sanidad de fronteras y la vinculación con organismos internacionales como la OPS/OMS, UNICEF, etc. También, por múltiples factores en juego, como las economías de escala, recaen esencialmente en la Nación las funciones relativas al control de medicamentos y tecnología, así como –de modo principal– la formación de recursos humanos y la investigación sanitaria.

Finalmente, es en el ámbito de la Nación don-

de tienen su lugar las políticas de equidad y de provisión de recursos compensatorios para atender la disímil situación de disponibilidad de medios que tienen las provincias.

Sin perjuicio de lo anterior, siempre corresponderá a la autoridad sanitaria nacional la conducción general (rectoría, *stewardship*) del sistema de salud del país, como lo postulan las organizaciones sanitarias internacionales.

Para una adecuada instrumentación del tan reclamado pero incumplido federalismo, el país necesita un acuerdo o pacto que establezca claramente las funciones, atribuciones y responsabilidades de la Nación y de las provincias en la materia. Nuestro país reconoció, en el Preámbulo de su Constitución, el valor de los **pactos preexistentes**; hoy el tema sería establecer un **pacto prospectivo** referido a las cuestiones sanitarias no determinadas explícitamente hasta el presente.

En función de lo precedente y solo a título de ejemplo de las cuestiones a decidir por ese pacto, podemos mencionar:

- Funciones, atribuciones y responsabilidades propias de la Nación, las de las provincias y las concurrentes de ambas. **(Corresponde hoy salvar las carencias u omisiones constitucionales, revisar la materia y establecer claramente quién debe hacer qué).**

- Vinculación sistémica entre los servicios públicos de salud y las obras sociales. **(No hay un sistema que regule acabadamente esa relación).**

- Régimen de autarquía de los servicios públicos de salud. **(El tema estaba contemplado en el proyecto original del Seguro Nacional de Salud, pero fue omitido en la discusión legislativa. Se palió parcialmente esa carencia con el sistema de hospitales de autogestión).**

- Efectiva federalización del sistema de obras sociales. **(Una simple reglamentación del P.E.N. resolvería la cuestión, según lo prevé el Capítulo VIII de la Ley 23661, pero afirmarlo mediante un pacto con fuerza de ley pondría el tema nuevamente en la agenda política).**

- Creación de un fondo compensador que garantice niveles de equidad entre provincias pobres y ricas, sea por apoyos financieros globales o por el método de subsidio contra norma. **(Dentro o fuera del sistema de coparticipación).**

- Constitución de una red articulada de servicios de salud (independientemente de su condición de públicos o privados). **(Por ejemplo, para**

catástrofes naturales como terremotos, inundaciones, etc., o causadas por el hombre, como accidentes viales, atentados, explosiones, etc., pero también para la realización conjunta de acciones de salud pública, como cuestiones relativas a epidemias, vacunaciones, educación sanitaria, etc.).

Por cierto, corresponderá luego procurar una adecuada articulación con el conjunto de las obras sociales, tanto nacionales como provinciales, y con la red de prestadores y aseguradores privados. Hace varias décadas se avanzó en ese sentido integrador con los acuerdos de la llamada Comisión Paritaria Nacional Ley 19710, pero la situación de los actores sociales en este campo ha variado lo suficiente como para demandar una actualización de los criterios y medidas normativas pensados en aquel momento.

Sin abundar detalladamente en un listado de propuestas –lo que escaparía a la naturaleza de este trabajo– resulta oportuno reseñar un grupo de decisiones políticas encaminadas a perfeccionar las relaciones Nación-provincias consideradas en ese eventual pacto y promover un sistema de salud apropiado para la Argentina.

A saber:

1. Los servicios públicos de salud, prácticamente en su totalidad, ya son en estos momentos de naturaleza provincial, como por definición lo son los recursos humanos y físicos del subsector privado ubicados en su territorio. Luego, tal esquema federal debiera emprenderse por donde falta, que es la seguridad social médica.

2. Así, correspondería –en el marco del Capítulo VIII de la Ley 23661– celebrar convenios con las provincias, por los cuales se vayan haciendo cargo de la administración del Seguro Nacional de Salud dentro de su ámbito. En el mismo orden, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que conocemos como PAMI, debería ser descentralizado ampliamente, incluyendo la asignación de responsabilidades de conducción a los gobiernos provinciales. En ambos casos, sin que la mecánica impida la constitución de seguros provinciales de salud.

3. Otra medida coincidente con ese propósito federalista será proveer al Consejo Federal de Salud (COFESA) de una estructura operativa permanente con capacidad ejecutiva y con un financiamiento específico proveniente de recursos coparticipables, desde la cual se puedan realizar investigaciones y estudios de manera similar y en conjunto con el Consejo Federal de Inversiones (CFI). La misión

principal de la autoridad sanitaria nacional sería liderar las decisiones convenidas en el COFESA.

4. Para reforzar el logro de estos objetivos, será conveniente abrir, en cada jurisdicción, una instancia de concertación con las entidades prestadoras y otros factores de poder local, que analice los aspectos operativos del régimen de prestaciones.

5. Asimismo, corresponderá mantener una instancia permanente de diálogo y concertación con la dirigencia sindical –protagonista principal del subsector obras sociales– que asegure la viabili-

dad política y administrativa de la descentralización del Seguro Nacional de Salud en general y del PAMI en particular.

6. Finalmente, y con el mismo propósito, el gobierno nacional deberá asistir a las provincias que estén constituyendo sistemas provinciales de salud, apoyándolas técnicamente y fortaleciendo la capacidad gerencial de la autoridad local, así como colaborando en la concertación con las entidades prestadoras y otros actores locales, para asegurar la viabilidad práctica del proyecto.



Asociación Médica Argentina

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

+54 11 5276 -1040 - info@ama-med.com - www.ama-med.org.ar



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA

www.roemmers.com.ar

