

### Mauricio Rosenbaum (1921-2003)

Pocos médicos argentinos han tenido el privilegio de impactar en la práctica cotidiana de sus colegas como Mauricio Rosenbaum. Desde los años 70, nadie en el mundo puede interpretar correctamente un electrocardiograma sin tener en cuenta conceptos generados y enseñados por él, como los hemibloqueos, la modulación electrotónica, el efecto "Troilo" y tantos otros. Este último concepto, que define uno de los mecanismos fisiopatológicos de los bloqueos de rama intermitentes y que otros autores llamaban "efecto acordeón", bastaría para entender también su amor a las cosas argentinas, como el tango; no sólo era un aficionado, sino también un excelente pianista, al punto de costear sus estudios universitarios tocando en una orquesta típica.

Rosenbaum nació en Carlos Casares, provincia de Buenos Aires, el 20 de agosto de 1921. Se graduó de médico en la Universidad de Córdoba en 1946, y defendió su tesis de doctorado en 1951, sobre el tema "Semiología de la onda Q".

Luego desarrolló la especialidad de Cardiología en el Pabellón Inchauspe del Hospital Ramos Mejía, en Buenos Aires, que dirigía el Dr. Blas Moia. Fue Profesor Invitado en la Universidad de Kentucky y Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Salaberry, retornando por fin en 1973 al Pabellón Inchauspe donde se desempeñó como Jefe hasta retirarse en 1986. Sin embargo, continuó concurriendo al mismo y trabajando con su equipo hasta poco antes de su muerte. Fue sin duda un maestro y un creador. Impactó a nivel mundial sobre el conocimiento y la interpretación de los fenómenos electrofisiológicos, generando conceptos que obligaron a reinterpretarlos. Entre ellos, la trifascicularidad del sistema de conducción y los hemibloqueos, el fenómeno de la "memoria" del miocardio, la modulación electrotónica de la onda T, etc. Se dedicó además al estudio de la enfermedad de Chagas, publicando desde 1954 trabajos que hasta hoy son imprescindiblemente citados en cualquier artículo sobre el tema. Además, como ocurre frecuentemente con los sabios, transmitía sus conocimientos de una forma clara, que aparecía sencilla ante quienes tuvimos el privilegio de escucharlo.

Estos extraordinarios aportes a la cardiología moderna fueron reconocidos internacionalmente: formó parte del Comité Editorial de las revistas de Cardiología más importantes del mundo, fue Profesor de la Universidad de Kentucky, miembro de Honor del Colegio Americano de Cardiología, Investigador distinguido de la Sociedad

Norteamericana de Electrofisiología y Estimulación Cardíaca y Profesor Honorario de la Universidad de Buenos Aires. Sus méritos humanos y académicos quedaron también plasmados más allá del ámbito científico, al ser nombrado Ciudadano Ilustre de la Ciudad de Buenos Aires.

Mauricio Rosenbaum murió a los 81 años el 4 de mayo de 2003.

*Daniel A. Manigot*

e-mail: damanigot@intramed.net

### Reuniones anatomoclínicas

Desde finales de la década del 80, del siglo pasado, en el Hospital Aeronáutico Central, lentamente han ido desapareciendo las Reuniones Anatomoclínicas (su lectura a través de la revista *Medicina (Buenos Aires)* sigue enriqueciendo mi intelecto). Estas reuniones llevan implícito contar con autopsias, que en la mayoría de los hospitales ya no se hacen. Establecer sus causas, llevaría a un análisis y discusión que trasciende estas líneas. Solamente deseo puntualizar algunos problemas que existen en la sociedad y en los médicos, ligados a este tema.

La necesidad de hacer autopsias la sociedad la entiende cuando, por cualquier razón, está ordenada por un Juez. Pero nada más. ¿Qué interés tienen en conocer las estadísticas de enfermedades que causan la muerte, o de las complicaciones de determinada enfermedad? ¿Les interesa determinar los equívocos médicos? Sí..., sólo en el caso de entablar un juicio de mala práctica. ¿Qué interés pueden tener en la educación continua de los médicos asistenciales? ¡Creen que la etiqueta de médico los libera de seguir aprendiendo! Recordando que las evidencias cansan a la verdad, ponemos fin a este párrafo.

Muchos médicos no creen en la necesidad de efectuar autopsias con fines educativos. Uno de los hechos fascinantes de las últimas décadas, que podría explicar su parecer en estos médicos, es el desarrollo de la técnica, que a no dudar ha aportado maravillosos avances a la medicina asistencial. Pero la fascinación que trae vivir en la época técnica, donde lo que no es éxito es fracaso, nos lleva a pensar que la mayoría de los diagnósticos los hacen las máquinas: *Si ella lo dice, así debe*

ser, piensa la sociedad, y lo que es más lamentable, muchos médicos. Así como se va dejando de lado la Historia Clínica en favor de la técnica, ésta avanza hacia la tecnocracia, desplazando sigilosamente el razonamiento crítico del médico, hacia una adoración de las imágenes.

Creo que debemos volver a realizar las autopsias. Es un método más de aprendizaje médico. Los únicos que no la quieren son los iluminados, médicos que nunca se equivocan. Los departamentos de docencia de los hospitales, a través de los medios, deben concienciar a la sociedad en la necesidad de realizar las autopsias, como se hizo con la donación de órganos en nuestro país. En los hospitales que tienen alumnos universitarios y residentes, me parece que es una obligación que se hagan las Reuniones Anatomoclínicas. El aprendizaje del médico asistencial, a través de las autopsias, es una necesidad permanente e irremplazable.

*Arnaldo Mamianetti*

Gelly y Obes 448, V. Sarmiento  
1706 Morón, Provincia de Buenos Aires

## **Eutanasia, no dar la muerte**

El artículo "Eutanasia" del Dr. Carlos Gherardi<sup>1</sup>, y el editorial que lo acompaña, firmado por el Dr. Samuel Finkielman<sup>2</sup>, merecen algunas consideraciones.

El artículo del Dr. Gherardi propone la resemantización del término eutanasia para dejar de lado la así llamada eutanasia pasiva, o la omisión de administrar tratamientos inútiles para prolongar la vida de un individuo agonizante. El Diccionario de la Real Academia Española define al sustantivo eutanasia como "1. Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él, y 2 *Med.* Muerte sin sufrimiento físico"<sup>3</sup>. El diccionario etimológico toma esta segunda acepción como válida<sup>4</sup>.

En la actualidad la muerte ha dejado de ser bella. Este concepto, el de la bella muerte fue puesto en juego en el siglo XIX por el romanticismo, pero ha desaparecido en el hospital moderno del siglo XX, fundamentalmente luego de la Primera Guerra Mundial. El actual mundo de la medicina tecnificada ha encerrado el acto final de la vida en un lugar vedado al público, con horarios de visita, cuyo manejo depende enteramente de la voluntad del médico a cargo de la sala.

Eutanasia debería ser entendida, lisa y llanamente como el buen morir, pero de acuerdo a la definición propuesta en el artículo del Dr. Gherardi, el sustantivo se transforma en un "dar la muerte" por no decir homicidio piadoso. Algo llama la atención en la sintaxis del Dr. Gherardi, pues es el análisis de un solo autor y el uso de la primera

persona del plural podría confundir a un lector desprevenido. Este "nosotros" no es un grupo de trabajo interdisciplinario, sino un "pluralis maiestatis" de un singular "yo digo". De este modo la propuesta deviene en pontificación.

Los especialistas en terapia intensiva tienen en general, aunque quizás no sea el caso del autor, grandes dificultades en comprender la coyuntura, la historia personal, la subjetividad de los pacientes que se encuentran de pronto sumergidos en la atroz dimensión de la asistencia respiratoria mecánica y el sostén hemodinámico, acunados todos, pacientes y médicos, por la música de las alarmas de las bombas de infusión continua. Algunas de estas alarmas, para amenizar, lanzan un retintín apagado el conocido inicio de la 5ta Sinfonía de Beethoven.

Los oncólogos, los hematólogos, incluso quienes se dedican a los cuidados paliativos, en cambio, son clínicos que tienen la posibilidad de acompañar al enfermo en su camino durante un tiempo prolongado, y, llegado el momento final, se encuentran en condiciones de evitar que el paciente sea trasladado a una sala de terapia intensiva, pues este es un acuerdo que de hacerse, se establece contractualmente con el paciente y con sus familiares en el principio del vínculo. "*Doctor, prométeme que no voy a sufrir*". La muerte suele ser una presencia, solapada o explícita, del discurso del paciente, y enlaza su lenguaje a lo precario de su individualidad. El médico tratante debe desatar desde el primer momento este nudo, pero hay que conceder que esto sucede con poca frecuencia.

La muerte es el estado de ya-no-ser, pero indudablemente el morir es una etapa de la vida, y el editorial del Dr. Finkielman debe entenderse desde esa perspectiva, pues la agonía es parte insoslayable del final de las enfermedades crónicas y mortales, y si algo ha logrado la medicina actual es poder mitigar el dolor físico del último tramo de nuestros caminos.

Sostiene el Dr. Gherardi que la omisión del acto de continuar la atención del enfermo muriente no debe ser llamado eutanasia, pero es quizás éste el campo apropiado de la aplicación del término. No se debería correr el riesgo, como bien lo señala el Dr. Gherardi en alguna parte de su artículo, de que si se incrementara la acción médica el paciente no moriría. Vana ilusión, pues si hay algo que sabemos, es que *todos vamos a morir*, y el aplazamiento en una terapia intensiva de una situación sabida como inevitable es una crueldad que no se puede entender como válida.

El Dr. Gherardi pretende alejarse de una discusión filosófica, pero quizás el tema no pueda ser resuelto tan sólo desde una perspectiva científica. Parece lógico invitar a los filósofos a que ayuden a separarse del horizonte que sólo queda reservado para las religiones, sin entrar en conflicto con éstas. La discusión es ética. Es cier-

to, sin embargo, que en la actualidad queda mayormente reservado al terreno religioso el reconocimiento y la honra de la majestad del morir y del misterioso abismo de la muerte<sup>5</sup>.

El artículo editorial del Dr. Finkielman puntualiza, con buen criterio, una cuestión fundamental: la relación ante la ley. Y sin entrar en el conocido texto de Kafka "Ante la ley" de "El Proceso", tal vez se deba apartar este concepto del terrenal marco jurídico-legal habitual y leerlo como la conexión inscripta por la Ley recibida, que dice claramente "No matarás".

Morimos por violencia, morimos por accidente, morimos por enfermedad. Como dice Simone de Beauvoir "No se muere de haber nacido, ni de haber vivido, ni de vejez. Se muere de 'algo'<sup>6</sup>. Todos sabemos que la muerte es una certeza, y en el campo de la medicina es necesaria una validación que aleje el terror del hombre de su sentido unidireccional hacia la finitud. Hoy en día al enfermo muriente se lo aparta, se lo excluye, se lo intuba, se lo silencia. Y cuando se encuentra en el umbral de lo no soportable, comienza la discusión sobre la eutanasia.

El hombre debe respetarse como autónomo, y si un paciente quiere suicidarse, este acto debe entenderse como tal, podrá aceptarse o no, pero jamás convertirlo en un acto médico. Dar la muerte, asistir al suicidio, no debería llamarse tampoco eutanasia, y quizás no ser concebido como acción médica. En el olvidado juramento hipocrático claramente se hace referencia al asunto.

La medicina es una disciplina humana de inmenso prestigio, todavía, quizás porque permite que el hombre sea objeto y sujeto de su estudio. Recalco lo de humana. Una paradoja que produce este prestigio es que quizás puede hoy en día sustituir la antigua promesa religiosa de la salvación, por la promesa de salud<sup>7</sup>. Error que sitúa nuevamente la ilusión de que si se hiciera algo por el paciente agonizante, se lo podría "salvar", y la omisión de una irracionalidad médica será entonces llamada eutanasia.

La enseñanza de la medicina carece de muchos puntos que deberían allanar este camino. Se la estudia como ciencia, se la valora como tal. Pero su hermenéutica se produce cuando el conocimiento científico, correctamente interpretado, desciende al enfermo como el acto médico, y constituye entonces el difícil y bello arte de curar. Algo que debe madurar a través de la experiencia, de la guía de maestros y mentores que logren una transmisión imposible de resumir en una clase o conferencia académica. Lamentablemente esto se está perdiendo. Hoy se quiere reemplazar el camino del aprendizaje por las técnicas de entrenamiento.

El miedo a la muerte no se puede amordazar, desviar o hablar de él con indiferencia. La eutanasia quizás podría ser entendida en el sentido literal de su significado: ayudar a morir con dignidad, sin dolor, sin encarnizamiento

terapéutico, respetando de algún modo ese momento único, majestuoso y enigmático, que usted, lector, y yo, enfrentaremos inexorablemente algún día: el momento de nuestra muerte.

Gustavo D. Kusminsky

gkusminsky@fibertel.com.ar

1. Gherardi C. Eutanasia. *Medicina (Buenos Aires)* 2003; 63: 63-9.
2. Finkielman S. ¿Eutanasia? La agonía es vida. *Medicina (Buenos Aires)* 2003 63: 85-6.
3. Real Academia Española. Diccionario 2001.
4. Corominas J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Madrid: Editorial Gredos 1983.
5. Gadamer HG. Experiencia de la muerte. En: Estado oculto de la salud. Barcelona, Gedisa editorial 2001, pp 77-85
6. Beauvoir S. Una muerte muy dulce. Barcelona: Edhasa ediciones, 1997.
7. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003.

## Conflicto de intereses

Compartimos la preocupación del Comité de Redacción sobre la necesidad de conocer los potenciales conflictos de intereses de los autores de publicaciones científicas, de modo que el lector pueda incorporar esa información en su evaluación del material publicado<sup>1</sup>.

Numerosas investigaciones han demostrado la asociación existente entre la fuente de financiación de un estudio y los resultados publicados del mismo. Una revisión sistemática reciente encontró que los resultados de estudios financiados por las compañías farmacéuticas tienen mayor probabilidad de favorecer a la droga evaluada que los estudios financiados por otras fuentes, (OR 4.05 IC 95%: 2.98 a 5.51)<sup>2</sup>. Esta diferencia no se explicaría por el menor rigor de los métodos utilizados, sino por la utilización de comparaciones inapropiadas para la droga en estudio (por ejemplo, compararla contra placebo cuando hay otros tratamientos de eficacia ya demostrada) más el sesgo de publicación, que favorece la publicación de los resultados favorables y el archivo de los otros.

Otro trabajo aparecido en el mismo número de *British Medical Journal* ilustra este último punto: sobre 42 ensayos clínicos de antidepresivos presentados por la industria a la autoridad sueca de control de los medicamentos, se publicaron 19 de los 21 que resultaron favorables al producto presentado contra sólo 6 de los 11 con resultados no significativos<sup>3</sup>. Fue frecuente también la publicación repetida de los mismos resultados sin mención de la comunicación previa y, en algunos casos, ¡sin tener ningún autor en común!

Las situaciones descriptas son propias de la dinámica de las relaciones entre la industria y la investigación científica. Entendemos que el aporte de la industria farmacológica es uno de los motores de la investigación clínica y también, que la sola posibilidad de un conflicto de intereses no es sinónimo de conducta profesional impropia. Pero, en base a los antecedentes antes mencionados, consideramos imprescindible que el receptor de la información tenga acceso al conocimiento sobre las fuentes de financiación y la relación entre los autores y éstas. De esta manera el lector tendrá la posibilidad de juzgar por sí mismo los resultados de las investigaciones.

También en las actividades docentes de cursos y congresos podemos reconocer que a las ponencias científicas independientes se suele agregar toda una gama de actividades de corte promocional, las que no siempre se identifican claramente como tales en el programa del evento.

En la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG), luego de discutir estos aspectos, hemos implementado una Declaración de Conflictos de Intereses, incluyendo congresos, cursos presenciales y a distancia. Para elaborar este documento nos basamos en las normas sobre el tema de otras sociedades médicas<sup>4, 6</sup>.

El modelo de declaración de conflictos de intereses que utiliza SAMIG, que puede ser de interés para los lec-

tores, en especial para quienes están involucrados en la organización de actividades docentes, está disponible en el sitio web de la Sociedad: [www.samig.org.ar](http://www.samig.org.ar)

Raúl M. Mejía, Martín A. Urtasun  
Sociedad Argentina de Medicina Interna General  
(SAMIG)

e-mail: [samig@pccp.com.ar](mailto:samig@pccp.com.ar)

1. Barcat JA, Del Bosco CG. Conflicto de intereses. *Medicina (Buenos Aires)* 2003; 63: 87-9.
2. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003; 326: 1167-70.
3. Melander H, Ahlqvist-Rastad J, Meijer G, Beermann B. Evidence (bi)ased medicine - selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ* 2003; 326: 1171-3.
4. Coyle SL. Physician-industry relations. Part 2: Organizational issues. *Ann Intern Med* 2002; 136: 403-6.
5. Society of General Internal Medicine. Policy on acceptance and disclosure of external funds. [www.sгим.org/policies.cfm](http://www.sгим.org/policies.cfm): 21-12-2002.
6. American Medical Association. Gifts to physicians from industry. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4001.html>; 12-7-2002.

----

...Los "genios" aunque parezca paradójico, no prestigian a la universidad por el valor de sus investigaciones, sino cuando reconocen que la universidad en la que estudiaron les facilitó la tarea de creación. Sus descubrimientos son sólo la consecuencia de una fortuita pero conveniente combinación de genes, unida a la influencia favorable de la circunstancia. Por consiguiente es lógico suponer que en un ambiente como el de Buenos Aires, con una población de origen europeo que se cuenta por millones y con un nivel de vida que permite a la mayoría la continuación de su educación hasta la escuela secundaria, la combinación de genes que conduce a un producto de calidad no debe ser demasiado infrecuente. De ese ambiente circunstancial favorable tenemos un buen ejemplo en el hecho de que de los 15 o 20 descubrimientos fundamentales de la primera mitad del siglo XX en el campo de la medicina, citados por el *British Medical Journal*, dos de ellos tuvieron origen en la Facultad de Buenos Aires (Los descubrimientos de los profesores Luis Agote y Bernardo Houssay).

Alfredo Lanari (1910-1985)

*Algunas reflexiones sobre el problema universitario (1955). En: Vocación y convicción. Reflexiones de Alfredo Lanari sobre la investigación, la medicina, y otros escritos.* R.S. Martín, J.A. Barcat, F.C. Molinas (compiladores), Buenos Aires: Fundación Alfredo Lanari, 1995, pp 50-51