



REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

**ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

**PARTICIPACIONES RECIENTES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE  
MEDICINA EN LAS REUNIONES DE LA ALANAM**  
(Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal)

**XX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO**

**Madrid. España. 28 y 29 de septiembre de 2012**

Se realizó en la sede de la Real Academia de Medicina de España.

La Academia Nacional de Medicina de Uruguay estuvo representada por su Presidente Ac. Hernán Artucio y por la integrante de su Consejo Directivo Ac. Gloria Ruocco.



Fotografía de los asistentes al Acto Inaugural. *(El Ac. Artucio en el tercer lugar de la primera fila desde la izquierda)*

Los temas tratados fueron:

## Universalización de las vacunas. Expuso la Ac. Gloria Ruocco

### ◦ Conclusiones

Como el abastecimiento de agua potable y las vacunas constituyen el mejor índice de coste-efectividad en la prevención y control de las enfermedades transmisibles, es muy importante que las autoridades políticas y sanitarias centren todo su esfuerzo en ambos conceptos, máxime en los momentos de crisis económica, en los que los gastos de tratamiento y hospitalización son mucho mayores que los efectuados en inversiones, para obtener agua potable e inmunizaciones.

Es necesario que todas las vacunas de que disponemos actualmente lleguen a todas las poblaciones, en especial a las más alejadas de las grandes ciudades, a las que se encuentran en zonas selváticas, a los grupos marginados y a los de más baja capacidad económica, pues existen países latinoamericanos donde aún se encuentran carencias en este sentido.

Las inmunizaciones deben llegar a todas las personas y a todas las edades, ya que contamos con vacunas para la población adulta y de la tercera edad, y éstas no se cubren al cien por cien en ciertos países.

Aunque en la última década se han producido avances considerables de inmunización en los países de la península ibérica e iberoamericanos, la cobertura aún no es total, ni en la población infantil ni en el resto de las edades.

La inmunización contra las infecciones por rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis A, varicela y papilomavirus, no se han introducido en todos los países y hay poblaciones que aún no la poseen.

Así, se puede resumir que:

- El abastecimiento de agua potable y las vacunas constituyen el mejor índice de coste-efectividad en la prevención y control de las enfermedades transmisibles, medido por los índices naturales de muertes evitadas y años de vida salvados, y por años de vida ajustados por discapacidad.

- El Programa Ampliado de Inmunizaciones es una iniciativa de todas las naciones y de los organismos internacionales para lograr la universalización de las vacunas y así controlar, eliminar o erradicar las enfermedades inmunoprevenibles, y con ello mejorar la salud y el desarrollo de las poblaciones. Todos los gobiernos deben adherirse al mismo, poniendo los medios posibles para alcanzarlo.

- El desarrollo durante los últimos años de nuevas vacunas, utilizando la más moderna tecnología científica, o nuevas presentaciones de las mismas, ha supuesto un aumento muy importante de la eficacia y seguridad en la prevención de las enfermedades infecciosas.

- La prevención de estas enfermedades mediante la vacunación debe ser una prioridad para las autoridades políticas y sanitarias, favoreciendo la llegada de estos productos

a toda la población, y en especial, a los grupos marginados y de más baja capacidad económica.

- En la última década se han producido avances considerables en materia de inmunización en los países de la península ibérica e iberoamericanos, tanto en el aumento de la cobertura como en la introducción de nuevas vacunas.

- Es necesario aumentar en todos los países la cobertura vacunal de los adultos y ancianos, para lo que sería imprescindible la realización de campañas de educación sanitaria con tal finalidad.

- Las últimas adquisiciones en la inmunización de enfermedades como las vacunas contra las infecciones por rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis A, varicela y papilomavirus, deben extenderse a todas los países y poblaciones que aún no las poseen.

- Junto a la adquisición de las dosis necesarias de vacunas, los responsables sanitarios no deben olvidar la financiación de jeringas y suministros afines para la inmunización, así como el mantenimiento de la cadena del frío para los productos biológicos que lo necesiten. Este requisito es fundamental en las zonas más alejadas o pobres de los países.

- Es preciso avanzar en la investigación de las vacunas contra el dengue, la hepatitis C, la malaria, la tuberculosis y el SIDA, para poder disminuir a nivel mundial las tasas de morbilidad y mortalidad de estos graves procesos.

- **Recomendaciones**

- La prevención de las enfermedades transmisibles mediante la inmunización activa con vacunas debe ser una prioridad para las autoridades políticas y sanitarias, favoreciendo la llegada de las mismas a toda la población, y en especial a los grupos de más baja capacidad económica.

- Es necesario aumentar en todos los países la cobertura vacunal de los niños, adultos y ancianos, para lo que sería imprescindible, con tal finalidad, la realización de campañas de educación sanitaria. Así mismo, es necesario concientizar a las autoridades políticas y sanitarias de dicha necesidad.

- Esta cobertura vacunal debe ser aún más marcada en las últimas vacunas introducidas en el mercado como las de rotavirus, *Streptococcus pneumoniae*, hepatitis A, varicela y papilomavirus.

- Junto con la adquisición de las dosis necesarias de vacunas en cada uno de los países, los responsables sanitarios no deben olvidar la financiación de jeringas y suministros afines para la inmunización, así como el mantenimiento de la cadena de frío para los productos biológicos que lo necesiten. Este requisito es fundamental en las zonas más alejadas de los centros urbanos.

- Es preciso avanzar, mediante la financiación adecuada, en la investigación de las vacunas contra el dengue, la hepatitis C, la malaria, la tuberculosis y el SIDA, para poder

disminuir a nivel mundial las tasas de morbilidad y mortalidad de estos graves procesos infecciosos.

- Con la finalidad de adecuar las vacunas a la tercera edad, es necesaria la realización de un profundo estudio de su respuesta inmunológica, que puede ser alterada debido a la existencia de patologías básicas diferentes a las de los niños y adultos.

- La ALANAM debe dirigirse a las autoridades políticas y sanitarias de los países que la componen, instándolas a una potenciación del papel de las Academias Nacionales de Medicina en el asesoramiento de los problemas de salud y enfermedad. Se llevará a cabo en todo momento, máxime en los casos de situaciones epidemiológicas graves o de emergencia.

### **Epidemiología de la obesidad. Expuso el Ac. Hernán Artucio**

#### ◦ **Conclusiones**

- La Obesidad (sobre todo en su fenotipo abdominal), representa una de las más grandes amenazas a la Salud individual y colectiva, ya que el sobrepeso y la obesidad confieren un elevado riesgo de morbimortalidad, como promotores o inductores de muy severas comorbilidades.

- Ningún sexo, edad ni grupo étnico, es respetado por esta Pandemia, cuya prevalencia/incidencia crece, en casi todo el mundo desde edades muy precoces de la vida y de la adolescencia.

- Numerosos estudios confirman un mayor riesgo para ambos estados (sobrepeso/obesidad) en relación inversa con los niveles socioeconómicos y educativos, sobre todo en los Países menos desarrollados. Es ésta una realidad dramáticamente cierta en ciertos países Latino-Americanos (p.ej. México, Bolivia, Brasil, Venezuela...), en los que el sobrepeso “convive” o se solapa con la desnutrición severa, más o menos encubierta, incluso en miembros de una misma comunidad o familiar étnica específica o no, y es el resultado de una compleja interacción entre genes y factores ambientales (nutrición, actividad física, calidad/cantidad de sueño, factores psicobiológicos y culturales...).

- “Es heterogénea y multifactorial, salvo en las formas monogénicas y sindrómicas, ya que en la obesidad común no es detectable en su heterogeneidad fenotípica un patrón mendeliano simple” (Bouchard, C., 1992). Sobre esta predisposición actúan una vastísima serie de factores externos (ambientales) que oscilan desde hábitos sedentarios (ninguna actividad física) con escaso gasto energético, acoplados a un surplus de aporte con la Dieta (azúcares refinados, grasas saturadas...), la urbanización predominante, el estrés psicológico asociado a la biografía del individuo, la presión social y económica, el sueño escaso y/o de la mala “calidad”. Dicha combinación de factores, es bien notoria en la mayoría de los países latinoamericanos, aquí estudiados. Y entre ellos es muy severa en algunos como México, Brasil, Bolivia e incluso Perú.

- Hecho notable es que en la mayoría de los países Latinoamericanos (con la excepción notable de Argentina, Portugal y España), la prevalencia de Sobrepeso-Obesidad es mayor en el sexo femenino, más aún en el ciclo vital postmenopáusico, y con un patrón distributivo preferente de la grasa en el compartimiento abdominal.

Este retrato nada favorable para la Salud de los individuos y para los Organismos Responsables de Salud Pública, implica además una gran carga social (invalidez, discapacidad, complicaciones CV precoces, y aún mayor riesgo de ciertos tipos de Cáncer), así como un incremento notable de los gastos económicos demandados por la Obesidad y sus comorbilidades, y también un mayor riesgo de mortalidad prematura en personas en edades jóvenes y productivas, sin excepción, en todos los Países Iberoamericanos y en España, con un preocupante crecimiento de la incidencia de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia (promedio del 20-25% en esas edades).

#### ◦ **Recomendaciones**

- La prevención es la exigencia inmediata de estos estudios epidemiológicos, para afrontar esa pandemia desde una perspectiva multifactorial, en Portugal, España e Ibero-América, y esto a través de la colaboración multinacional/multidisciplinar.

Dentro de estas iniciativas, requieren una atención particular las enfocadas a la obesidad infantil como las tipificadas en España por la llamada Estrategia NAOS.

- “En síntesis, prevenir es mejor que curar y la lucha debe ser «contra» la obesidad y no contra el obeso”.

- En efecto, la preocupación por combatir la obesidad y el sobrepeso en niños, adolescentes y adultos, ha generado muy interesantes propuestas de estrategias preventivas (p.ej. Argentina, México, Perú, Venezuela, Brasil), alentadas por las Autoridades Nacionales, Políticas Sanitarias Públicas y por otras iniciativas de Asociaciones Privadas o Profesionales.

- La educación y promoción de hábitos saludables de nutrición, actividad física y el abandono del consumo del tabaco, etc.), constituyen el núcleo de estas estrategias de Prevención (No-Farmacológicas y Farmacológicas), y también la implantación de la cirugía metabólica (o bariátrica), (p.ej. Brasil, Chile y Argentina).

- Quizá una consecuencia importante, entre otras, de esta Reunión, sea la de obtener un Consenso sobre esta problemática del sobrepeso/obesidad, sobre las estrategias conjuntas de prevención en Iberoamérica, España y Portugal, y en la que se involucren las respectivas Autoridades Sanitarias.

### **XXI REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO**

**Asunción. Paraguay. 2, 3 y 4 de octubre de 2014.**

Se realizó en el Resort Yacht y Golf Club Paraguayo.

Se trataron dos temas oficiales y se realizó la Declaración de Asunción referida a la situación de la Salud Pública en la República Bolivariana de Venezuela.

La Academia Nacional de Medicina de Uruguay estuvo representada por su Presidente Ac. Guido Berro y por su secretario Ac. Henry Cohen.

#### **Temas oficiales:**

#### **Tema 1.- Impacto de las Nuevas Tecnologías sobre los Métodos Tradicionales de Diagnóstico y Tratamiento**

#### **Resumen de la Exposición del Ac. Henry Cohen sobre: Impacto de las nuevas tecnologías en las enfermedades del intestino delgado.**

El desarrollo de la endoscopia ha jugado un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del esófago, estómago, duodeno, colon, vía biliar y páncreas. El intestino delgado (ID) hasta hace poco tiempo permanecía inalcanzable, lejos de las puertas de acceso: la boca y el ano. La aparición de los primeros enteroscopios de pulsión agregó la visualización de 50-90 cm del sinuoso y distensible yeyuno. Con estos pocos centímetros no obstante se aumentó la rentabilidad diagnóstica del 8 al 35%. Pero aún se estaba lejos de los 6,7 m de longitud que tiene de promedio el intestino delgado. Las exploraciones radiológicas con contraste aportaban una información limitada que dependía fundamentalmente de la calidad de la técnica.

Era preciso por tanto llegar más allá. La primera descripción de una enteroscopia total fue realizada por Hiratsuka en 1971 por el procedimiento de la cuerda y poco después Tada comunica otra exploración completa con el enteroscopio sonda. Ambos métodos resultaron ser costosos en tiempo y complicaciones por lo que no se generalizaron, quedando la enteroscopia intraoperatoria como el patrón oro para el diagnóstico y tratamiento de la patología del intestino delgado. La precisión diagnóstica ascendía hasta un 75%, pero la morbilidad quirúrgica y la frecuente aparición de íleo postoperatorio hacían que esta exploración quedara reservada como la última opción.

En 1997 se obtiene la primera patente del dispositivo de la cápsula endoscópica (CE).

De allí en más la historia cambia y el ID deja de ser un órgano inaccesible. La FDA aprueba el uso clínico de la videocápsula en el 2001. Dos años más tarde la incluye como "método diagnóstico de elección para las patologías de intestino delgado". Se trata de un dispositivo de reducidas dimensiones que, a través de la ingestión oral, permite la obtención de imágenes del tubo digestivo durante su recorrido fisiológico a través de éste. Mide aproximadamente 3 x 1 cm y pesa 3.7 gramos. Contiene en su interior una microcámara a color, una fuente de luz blanca, lentes de distancia focal corta, baterías, una antena y un transmisor de radiofrecuencia. Es capaz de captar dos imágenes por segundo que son transmitidas por un transmisor de radiofrecuencia, recogidas por electrodos (colocados en la

pared abdominal) y enviadas al grabador de datos que el paciente lleva cómodamente con un arnés durante todo el estudio. Los datos del grabador son convertidos en un video por un software especialmente diseñado con alta calidad de imágenes. 1

En el año 2001 Yamamoto creó el enteroscopia de doble balón (EDB) con posibilidades terapéuticas. Consiste en un delicado endoscopio de 200 cm de longitud con un sobretubo de 145 cm de longitud con dos balones de látex situados uno en el extremo de cada instrumento, y que se insuflan alternativamente con un manómetro hasta una presión que permite fijar el enteroscopia o el sobretubo a la pared intestinal sin dañarla ni producir excesivo discomfort al paciente. El enteroscopia de doble balón puede ser utilizado por vía oral y anal consiguiéndose con la combinación de ambas hasta en un 86% de los casos la revisión de la totalidad del intestino delgado. La eficacia diagnóstica del enteroscopia de doble balón se aproxima al 85%.

### **Conclusiones y recomendaciones**

#### ◦ **Conclusiones:**

Por el impulso de la investigación, la humanidad ha visto el surgimiento de novedades tecnológicas que habrían sido difícilmente imaginables cien años atrás y con las cuales la capacidad para intervenir sobre la Naturaleza y sus procesos alcanzan hoy niveles altísimos. En área de la medicina, si bien las nuevas tecnologías ofrecen mejores perspectivas en la prevención, diagnóstico, y tratamiento de diferentes patologías, los altos costos de su aplicación sumados a las indicaciones muchas veces sobreestimadas plantean un problema a las autoridades sanitarias y a la comunidad médica que obligará a adecuar y hacer un uso racional de los recursos destinados a solventar los costos de las nuevas terapéuticas que se incrementarán de manera sostenida en los próximos años.

Pero es notorio que las capacidades de las nuevas tecnologías y las posibles consecuencias de su uso no han sido valoradas con la suficiente profundidad, incluyendo el análisis del componente ético, valoración que es fundamental para que los impulsos del progreso no se conviertan en factores de deshumanización de la medicina. Debe tenerse en cuenta que la incorporación de las nuevas tecnologías deben ir acompañadas ineludiblemente del principio de la equidad debiendo estar al alcance de quienes lo necesiten, aunque en muchos casos no tengan la posibilidad de pagarse ellos mismos tal atención. Debemos advertir que la introducción de las nuevas tecnologías sin haber sido validadas por estudios de costo-eficacia y de factibilidad puede reducir la introducción de las mismas a una medida de optar por lo novedoso y al placer de contar con lo más reciente y conducir hacia un costoso fracaso y sin impacto en salud pública e individual.

#### ◦ **Recomendaciones:**

Con base a lo anteriormente expuesto, el Consejo Directivo de la ALANAM reunido en Asunción del 2 al 4 de octubre del 2014, recomienda:

- 1.- La introducción de toda novedad tecnológica debe basarse en un proceso de análisis juicioso basado en la evidencia con estudios adecuadamente controlados de costo-beneficio y que incluya la comparación con las tecnologías en uso que representen el estándar vigente.
- 2.- Los estudios de validación de las nuevas tecnologías deberán ser realizadas por centros académicos reconocidos que garanticen transparencia en sus resultados e independencia de los intereses económicos particulares de las empresas proveedoras de las mismas.
- 3.- La incorporación de las nuevas tecnologías cuya utilidad haya sido demostrada fehacientemente deberán ir acompañadas del aseguramiento de uso basado en la equidad, debiendo las autoridades sanitarias garantizar ineludiblemente el acceso a las mismas las que deben estar al alcance de quienes lo necesiten y no estar sujetos al gasto de bolsillo de quienes lo requieran.
- 4.- Deberá hacerse énfasis en la formación de profesionales que deberán acompañar el proceso de cambios y la correcta utilización de los recursos tecnológicos para evitar eventuales inequidades y falencias en su implementación.

## **Tema 2.- Salud y Medio Ambiente.**

### **Exposición del Ac. Guido Berro sobre: Ambiente y Muerte Suicida.**

*...Y por lo tanto, le digo al hombre tentado por la desesperación: recuerda que el mundo es producto nuestro y que todos contribuimos en algo a su construcción. Este pensamiento hace posible la esperanza; y con esta esperanza, aunque la vida siga siendo triste, no será ya carente de finalidad.*

**Bertrand RUSSELL**

## **Concepto**

El suicidio es, desde el punto de vista medicolegal, la muerte producida por uno mismo con intención de poner fin a la propia existencia. El concepto es claro. Pero requiere precisar bien que es considerado solamente suicidio, en la investigación médico-forense de una muerte violenta, aquella autodestructiva intencional. En este sentido a veces puede ser difícil el diagnóstico diferencial entre suicidio, homicidio y accidente (CORBELLA). Pero remarcamos que el accidente es caracterizado, al menos desde nuestra óptica objetiva, por la falta de intención, hecho externo violento pero sin la conciencia del acto intencional y el homicidio obviamente a manos de un tercero.

## **Ubicación**



Además de ser para algunos el principal tema filosófico: “Hay sólo un problema filosófico verdaderamente serio, el suicidio. Juzgar que la vida vale o no la pena ser vivida, es responder a la cuestión fundamental de la filosofía. El resto, si el mundo tiene tres dimensiones, si el espíritu tiene nueve o doce categorías, viene después.” (Albert Camus en El mito de Sísifo), el estudio del suicidio es uno de los clásicos problemas de la medicina y más concretamente de la psiquiatría y la medicina legal, en primer lugar porque se trata de muerte violenta que obliga a la intervención judicial, además a menudo inesperada, rápida y con importante repercusión. También en muchas épocas y aún en algunas oportunidades, ha tendido a ocultarse, a disimularse bajo otro diagnóstico. Debemos investigarlo y como decíamos poder diferenciarlo del accidente, del homicidio e incluso, en algunas circunstancias, de la muerte natural.

Durante muchos siglos se valoraba y juzgaba principalmente desde un punto de vista religioso y filosófico con consideraciones morales. Pero más recientemente ha pasado a un destacado interés creciente desde puntos de vista sociológico y médico, especialmente medicolegal, y psiquiátrico-psicológico, con abandono del juzgamiento moral de la conducta, aunque a veces aún subyace.

En nuestra legislación se contempla como delito la ayuda o determinación al suicidio (Código Penal Uruguayo, art. 315, que dice: “El que determinare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con 6 meses de prisión a seis años de penitenciaría, este máximo puede ser sobrepujado hasta doce años si se tratare de un menor de 18 años o de persona privada de discernimiento y voluntad por enfermedad mental, tóxicos, abuso de alcohol o drogas”), y esto solo alcanzaría para que la investigación de estas muertes se llevasen a cabo, pero además existe la necesidad de aventar un posible homicidio. Por otra parte, desde la normativa más antigua adoptada en el país sobre Certificados de Defunción (Ex Consejo de Higiene Pública, año 1889), como ya lo hemos referido, les está vedada a los médicos tratantes la firma del mismo y se habilita así la intervención del médico forense asesor de la justicia penal.

Desde el punto de vista del Derecho es discutido hoy el derecho a disponer de la propia vida. Algunos han sostenido que la vida es un bien indisponible. Se justifica así la asistencia aún compulsiva del que intenta suicidarse (posibilidad de aplicar la Ley de Asistencia al Enfermo Mental, llamada de Psicópatas, ley N°9581).

No es discutido y se sanciona, como mencionamos, a quien colabora o ayuda al suicida o lo determina a tal acto, tal como lo prevé nuestro código penal.

La reciente ley de Voluntades Anticipadas, replanteó la discusión de disponer de la propia vida, especialmente de ¿Cuál vida y de qué calidad? (Ley N° 18473 del 3/04/09 de Voluntades Anticipadas y su Dto. Reglamentario 385/de diciembre de 2013).

Desde el punto de vista clínico importa diferenciar suicidio consumado e intento de suicidio. En el primer caso hay muerte y su estudio compete en primer lugar al médico legista. Es una forma frecuente de muerte.

Los intentos son más frecuentes en población juvenil, sexo femenino y con técnicas que dejan mayor margen terapéutico, tal como ocurre con la ingestión de psicofármacos.

El consumado tiene cierta tendencia a incrementarse con la edad,- aunque luego veremos qué es lo que viene ocurriendo en nuestro medio últimamente-, con la urbanización, -y también aquí tendremos que destacar ciertas particularidades propias de nuestra región-, con la soledad y utiliza mecanismos de muerte clásicos, eficientes y sobretodo de violencia mecánica o aún tóxica pero extrema.

### **Situación actual**

Podemos transmitir las siguientes comprobaciones:

Uruguay presenta una tasa muy elevada de suicidios, que lo ubica entre los 8 primeros países del mundo y de los primeros de América Latina. Al respecto es probable, y creemos es conveniente transmitir, que nuestras estadísticas sean de las más confiables atendiendo que nuestros médicos están impedidos de firmar las defunciones violentas, sin embargo en reciente investigación (BERRO, VIERA CAILLABET) se ha demostrado un 11% de sub-registro.

La tendencia es moderadamente alcista, la tasa anual para 1995 fue de 13.1 por 100.000 habitantes y una década antes era de 8.8 (1986). Actualmente se encuentra en 17 por 100.000.

Es de destacar que aquel pico "clásico" de mayor incidencia entre los 50 y 70 años y en sexo masculino se ha "aplastado" difundiéndose hacia todos los rangos de edad pero más especialmente hacia la adolescencia y ancianidad, y si bien existe aún predominio en esas edades, ya no es tan destacable como antes, sobre todo en Montevideo. Es relevante mencionar el incremento de casos consumados en la adolescencia o tempranas edades, hecho prácticamente inexistente o excepcional pocos años atrás.

Actualmente, en nuestro país, el suicidio aparece predominante por encima de 45 años, con una inflexión mayor en la década de los 70 años de edad. De los casos por debajo de 44 años la franja de edad más comprometida (37%) es la de menores de 24 años, esto es, creemos, de importante destaque.

El predominio del sexo masculino clásico es y se mantiene evidente, cercano a 80% contra 20% por encima de los 50 años, reduciéndose esta desproporción en edades menores.

La adicción a drogas, entre nosotros especialmente a pasta base de cocaína, junto con las alteraciones psiquiátricas, constituye un factor de riesgo importante en víctimas jóvenes como evidenciamos en reciente investigación (VIERA, CAILLABET, BERRO).

Pero refiriéndonos a "Ambiente y Muerte Suicida" destacamos que existe sí un particularísimo hallazgo, que está en contra de lo que ocurre en otros medios, a excepción del Sur de Brasil y algunas provincias Argentinas que comparten esta misma peculiaridad, de que el suicidio predomine, proporcionalmente, en el interior del país y en el medio rural.

De cualquier forma se mantiene sí, aquello que ha sido bien descrito, destacado por DAJAS entre nosotros, que en las ciudades es en las zonas más urbanizadas donde es mayor su frecuencia.

En cuanto a los métodos, es el ahorcamiento o suspensión el electivo en el interior del país (40%) y el arma de fuego en Montevideo (44%). El ahorcamiento es poco frecuente en sexo femenino, la precipitación en cambio predomina proporcionalmente, aunque más ligeramente, en el sexo femenino; el arma de fuego en ambos, el suicidio tóxico algo más en sexo femenino, aunque no es tan frecuente como ha sido mencionado en otros medios. La sumersión, método que es mencionado como una de las grandes formas suicidas en la literatura, plantea frecuentemente dificultades diferenciales entre accidente y suicidio. Ocurre lo mismo con cierta frecuencia, en las intoxicaciones por monóxido de carbono (que son la mayoría de los suicidios tóxicos) y aún en algunas precipitaciones.

La metodología de estudio medicolegal que incluye el relevamiento correcto del lugar del hecho o "del encuentro" como preferimos denominarlo o "Levantamiento de Cadáver", la "Autopsia Morfológica" y la llamada "Autopsia Psicológica" se ha constituido en lo más idóneo para la dilucidación de los casos difíciles (PUPPO H, BERRO G, SOIZA A, PUPPO D).

Actualmente trabajos en genética han puesto en evidencia la importancia de factores genéticos, realizándose y avanzando en lo que se ha denominado "autopsia molecular" (Da ROCHA, BUENO, VIERA, CAILLABET, BERRO, WERLANG, CORREA)

Entendemos del caso remarcar la incidencia del disparo de arma de fuego entre nosotros, ya que en otros medios, España por ejemplo, se ubica este mecanismo por detrás de otros, ocupando el séptimo lugar, luego de ahorcadura, intoxicaciones, sumersión, precipitación, arma blanca, atropello por tren (CORBELLA). Parecería que el lugar que ocupan las intoxicaciones, entre nosotros lo ocupan las armas de fuego.

Hemos comprobado en reciente investigación que realizamos en fallecidos en Montevideo que independientemente del método usado, ahorcamiento, arma de fuego, precipitación, etc. es altamente frecuente la presencia de alcohol en sangre, en cifras de alcoholemia bien significativas (superiores a 0,8grs./lt.).

## **Reflexiones finales**

Al enfrentarnos a casos concretos de suicidios es indudable que los antecedentes psiquiátricos personales, las afecciones depresivas e intentos previos, frecuentemente presentes, permiten explicar la conducta individual autoagresiva.

No obstante, las constataciones que hemos resumido y en cierta forma la experiencia personal adquirida que intentamos transmitirles, permite reflexionar sobre posibilidad de factores sociogénicos, ya destacados clásicamente por DURKHEIM, y cuestionar la hipótesis del suicidio como conducta esencialmente o al menos únicamente individual. Al respecto en nuestro medio citamos el trabajo de L. E. MORAS: Aproximación social al suicidio en el Uruguay.

Por otra parte, en nuestro medio DAJAS por ejemplo, hace hincapié también en el índice de urbanización y especula con factores como la agresividad y el aislamiento resultante de la aglomeración como elementos adicionales.

Es indudable también la determinante socioeconómica para explicar algunos casos, influiría más el cambio socioeconómico que la condición socioeconómica en sí.

Tampoco podemos pasar por alto que tal vez la forma que un individuo escoge para morir esté vinculada al significado que da a su propia existencia y que de algún modo es compartido con otros miembros de su ámbito o cultura. Ello parecería más destacable al momento de intentar interpretar o explicar ciertos hallazgos suicidas, sobretudo del interior del país, del medio rural, donde valores como masculinidad, destrezas, honor y libertad están claramente presentes en el discurso respecto a la vida y muerte. Donde enlazar animales es frecuente, y existen expresiones como “pasarle el lazo pa’ despenarlo” cuando se considera se debe dar muerte intencional a un animal que sufre y no resulta entonces extraño que el último lazo se lo pasa a sí mismo (ya vimos el alto índice de ahorcamiento en el Interior del País). Se puede citar al respecto el interesante trabajo de investigación de ONDINA FACHEL LEAL: “Suicidio, Honra y Masculinidad na Cultura Gaúcha”.

Finalmente cabe reflexionar sobre la existencia de factores tratables y la posibilidad de grupos de alto riesgo suicida: motivos económicos, adolescentes, enfermos depresivos y bipolares, alcoholistas, jubilados, desocupados o aislados sociales, por ejemplo. “Lo peor no es la soledad, sino la pérdida progresiva de la autonomía personal y la autoestima”

## **Bibliografía**

ACHARD A: La escritura del suicida, tarea de peritos caligráficos y grafólogos En: Rev. de Investigación Criminal. Año II (1):58-62, ITF.1988.

BALBELA B, BERRO G, BOVINO L, CANTOS M: Suicidios en 1988. Aspectos Epidemiológicos y Médico-Legales En: Anales de las 1ª Jorn. Urug. de Criminología. Tomo II, págs.122-133.Mvdeo.1989.

BERRO G.: Muertes violentas. Algunos aspectos de las muertes homicidas, accidentales y suicidas. En su: Lecciones de Medicina Legal. Carlos Álvarez-Editor: 45-54. Mvdeo. Uruguay. 2005.

BERRO G: Armas de fuego en el hogar: alarmante aumento de suicidios y accidentes entre niños y jóvenes. En: Rev. “Noticias” SMU (92):77-78 Mayo 1988.

BERRO G: Suicidio: enfoque medicolegal. En: Rev. Salud mental Indolatinoamericana. Año 2 (3):9-10. Edición binacional Universidad Nacional de Tucuman- R.A.- Facultad de Ciencias de la Comunicación y Humanidades-Santa Cruz de la Sierra-Bolivia, 1997.

BERRO G, BALBELA B: Muerte violenta: homicidio, suicidio y accidente. Diagnóstico diferencial. En: Medicina Legal. Dpto. de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Oficina del Libro- AEM. T III: 83-89.Mvdeo.1990.

BERRO G, PUPPO D, SOIZA A: Suicidio Esquizofrénico, a propósito de una inusual observación En: Rev. Psiq. del Urug. 48(286):192-202.1983.

BERRO G, VIERA E, CAILLABET L.: Registro estadístico del suicidio en Uruguay. Presentado en: XXV Word Congress on Suicide Prevention of The International Association for Suicide Prevention. Uruguay, 27-31 de octubre de 2009.

CAMAÑO ROSA A: Delitos contra la Persona Física. Edit. Bibliográfica Uruguaya. Mvdeo. Uruguay. 1958.

CANO J y BERRO G: Explosivos como método suicida no terrorista. Informe de dos casos ocurridos en Montevideo-Uruguay. Rev. Española de Medicina Legal. 35(02):83-84. Junio-Diciembre 2009. España. 2009.

CÓDIGO PENAL URUGUAYO, 1934.

CORBELLA J.: El Suicidio En: Medicina Legal y Toxicología de J A Gisbert Calabuig. E. Villanueva Cañadas editor, 6ªed. Masson. págs. 324-330. 2005.

CORRÊA H y PÉREZ BARRERO S: Suicídio uma morte evitável. Ed. Atheneu. Brasil 2006.

DA ROCHA F, BUENO N, VIERA E, CAILLABET L, BERRO G, WERLANG B, CORREA H: Estudio genético de suicidas uruguayos: La importancia del triptofano-hydroxylasa-2. Presentado en: XXV Word Congress on Suicide Prevention of The International Association for Suicide Prevention. Uruguay, 27-31 de octubre de 2009

DAJAS F: Alta tasa de Suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. En: Rev. Med. Urug.SMU. (6):203-215, 1990.

FACHEL LEAL O: Suicidio, Honra y Masculinidade na Cultura Gaúcha. En: Cuadernos de Antropología (6). 1992.

LEY 9581 de Asistencia al enfermo mental.

MORAS L E: Aproximación social al suicidio en Uruguay. En: La problemática del suicidio en el Uruguay de hoy. Tomo 1. Ed. Roca Viva. Pág.111-118. Mvdo. 1993.

PATERNAIN R (coord), DONNANGELO J y VILA A (invest), GONZÁLEZ V (asist): Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas. Min. del Interior. PNUD, Imp. Díaz. Uruguay 2008

PUPPO H, BERRO G, SOIZA A, PUPPO D: Diagnóstico médicolegal del suicidio. Empleo de una confiable metodología. En: Rev. Psiq. del Urug. 47 (281):194-202, 1982.

PREZA RESTUCCIA D: Horas de Radio. Recuerdos y reflexiones. Impreso en Zonalibro. Montevideo, 2006.

SCIGLIANO H, BERRO G, SOIZA A: Formas de muerte. En: Medicina Legal, Dpto de M-L. Oficina del Libro-AEM, TII: 141-155. Montevideo 1988.

VIERA E, CAILLABET L, BERRO G: Estudio Multidisciplinario de un caso de suicidio en una persona con consumo problemático de drogas. Análisis psico-social, biológico, estadístico y medico-legal. Presentado en: XXV Word Congress on Suicide Prevention of The International Association for Suicide Prevention. Uruguay, 27-31 de octubre de 2009

## Conclusiones y recomendaciones

### ◦ Conclusiones:

Los problemas ambientales generados a partir de la revolución industrial iniciada en Europa y EE.UU. hace más de dos siglos, han sido de tal magnitud que han llevado a que la actual generación enfrente la crucial disyuntiva de ser la primera en la historia de la humanidad que tiene el poder necesario para destruir la vida sobre la tierra y por otra parte es tal vez, la última generación que tiene la opción de revertir las tendencias de la degradación ambiental y transformar al mundo, llevándolo a un estado saludable y sustentable.

Gran importancia tienen en la salud pública de un país o de una región reconocer que ella depende tanto de los factores internos como de los externos, en un mundo de creciente globalización y que las conductas humanas derivadas de los deseos, arrebatos de riqueza y poder operan cambios socio-ambientales que favorecen la emergencia de nuevas enfermedades y la reemergencias de viejas enfermedades.

Está claramente demostrado el efecto perjudicial de la exposición ambiental a distintos compuestos químicos que contaminan el agua, alimentos, aire y otros elementos de la naturaleza. Ese riesgo constante está acentuado por el crecimiento desmedido de las diferentes Industrias y la utilización sin adecuado control de agroquímicos con intereses tan poderosos que superan las regulaciones nacionales e internacionales en pro de la preservación del ambiente, en toda circunstancia y área geográfica.

### ◦ Recomendaciones:

1.- Instar a los gobiernos, a las autoridades políticas, a las corporaciones económicas, a las organizaciones sociales intermedias y la comunidad a la búsqueda de un adecuado equilibrio entre el desarrollo económico y social y protección ambiental, incluyendo respeto a las comunidades originarias.

2.- Aplicar los conocimientos y las nuevas tecnologías no solamente para explotar los recursos naturales, sino también para conservarlos, basado en el principio de desarrollo sustentable, instando al empleo de fuentes de energía no contaminantes.

3.- Los sistemas de producción deben incluir sin demora la adopción del ecodiseño, la producción limpia, y la ecoeficiencia y deben hacerse más visible los costos ambientales y sociales de las decisiones económicas, propiciando a que las naciones más poderosas sinceren su comportamiento en lo ambiental.

4.- Promover la conservación de la biodiversidad en forma integrada con la planificación y manejo ambiental, promoviendo la gestión integrada de los recursos hídricos, favoreciendo el acceso del agua potable a todo el mundo.

5.- Promover el uso de la tecnología y la comunicación, como herramientas en la mejora de la gestión ambiental y desarrollar modelos basados en la inclusión social, abiertos al escrutinio y transparencia de su gestión, fortaleciendo la participación de grupos de interés en la toma de decisiones.

6.- Instar a las autoridades sanitarias que asuman la responsabilidad inherente que tienen de promover acciones de protección del ambiente y mitigación de las consecuencias del cambio ambiental, incluyendo la implementación de medidas anticipatorias de prevención de enfermedades relacionadas con alteraciones del medioambiente.

### **Declaración de Asunción**

La Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal ( ALANAM) , fiel a sus objetivos estatutarios y a los de cada una de sus Academias asociadas frente a la salud pública de la Región, reunida en la ciudad de Asunción, Paraguay, el día 4 de octubre de 2014, con representación de las Academias Nacionales de Medicina de Buenos Aires, Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, España, México, Paraguay, Chile, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela,

#### **Considerando:**

Que en la República Bolivariana de Venezuela se presenta una dramática situación que afecta la salud pública del país, tanto en su aspecto asistencial como en el de prevención y promoción de la misma, caracterizada por una ausencia de insumos en general, tales como vacunas, medicamentos, equipos y tecnología.

Que existe un aumento de las enfermedades emergentes y reemergentes, de las tasas de mortalidad materno-infantil, del dengue y la malaria, señaladas internacionalmente en revistas como Science (2 de agosto de 2014).

Que es inadmisibles, desde el punto de vista ético y moral, que la red hospitalaria y la red primaria de salud se encuentren en tan precarias condiciones de funcionamiento.

Que es muy grande el deterioro de las condiciones laborales y de seguridad en los ambientes de trabajo.

Que es inculcable la carencia de personal médico calificado y de otros profesionales de la salud.

Que existen numerosos pacientes que esperan tiempos prolongados, más allá de lo éticamente permisible, en condiciones tales como cáncer, enfermedad coronaria y otras serias enfermedades.

**Declara:**

Que, por decisión unánime, la ALANAM solicita enfáticamente al Gobierno de Venezuela poner todos los medios disponibles para dar, a la mayor brevedad, solución efectiva a los problemas sanitarios antes expuestos, para el bienestar del pueblo venezolano.

Dada en Asunción, Paraguay, a 4 de octubre de 2014.