



COLEGIO Y COMUNIDAD

Revista para el Dialogo Interdisciplinario
en los Procesos de Salud

Año II - N° 3 - 2012

EL CUIDADO DE LA SALUD,
UN ACTO SOLIDARIO

Colegio de Médicos de Santa Fe

1ª Circunscripción

Comisión Directiva del Colegio de Médicos

Periodo 2009-2012

Dr. Miguel Ángel Apodaca

Presidente

Dr. Julio Cesar Bedini

Vicepresidente

Dr. Carlos Daniel Alico

Secretario

Dr. José María Albrecht

Tesorero

Dr. Daniel Raúl Rafel

Vocal

Director "Colegio y Comunidad"

Guillermo Kerz

Editores

Félix Jimenéz

Arturo Baltazar Serrano

Miguel Nicastro

Hugo Valderrama

Editores Asociados Institucional

Asociación de Ginecología

y Obstetricia de Santa Fe

(ASOGISFE)

Comité Editor

María Sol Ducrano

Mariana Moreyra

Gustavo Staiger

María Laura Mercke

Federico Vigil

Alada Degrave

Iván Torterola

Laura Dermiyi

Viviana Lorena Molina

Paula Monasterolo

Asesores

Fernando Redondo

Médico Neonatólogo

Carlos Arias

Médico Tocoginecólogo

Adriana Lusso

Médica Pediatra

Prof. Leonardo Waron

Médico Legista

Matías Gentina

Lic. en Psicología

Patricia Chialvo

Asistente Social

Paola Resnicof

Lic. en Nutrición

Anahi Vignau

Lic. en Enfermería

Carla Leguizamón

Asistente Social

Sandra Viano

Farmacéutica

Mabel Reinick

Tec. Estadísticas

Secretaria

Mariana Montenegro.

Comisión de Educación Médica de Post-Grado

Tel.: 0342 - 4520176 int. 219

mail: marianam@cmsf.org.ar

Foto de tapa:

"La Super Gabi" - Autor: Sergio Fasola



COLEGIO Y COMUNIDAD

Revista para el Dialogo Interdisciplinario
en los Procesos de Salud

Año 2 - N° 3 - 2012

EL CUIDADO DE LA SALUD,
UN ACTO SOLIDARIO.

Colegio de Médicos de Santa Fe
1ra. Circunscripción

0342 - 4520176

www.colmedicosantafe1.org.ar

SUMARIO

- 05 Lic. Viviana Abba**
Informe de la OMS y del Banco Mundial sobre
Discapacidad
- 07 Prof. Dr. Dorando Michelini**
Solidaridad y Salud
- 14 Prof. Dr. Hugo Valderrama**
El Sistema de Salud y los adultos mayores
- 19 Dr. Arturo Serrano**
Las REQUETEemergentes (segunda parte)
- 33 Lic. Obstetricia Melina Sánchez; Dra. Aldana
Degrave; Dra. Paula Monasterolo**
Prevención de defectos congénitos en perinatología



Abba, Viviana
Licenciada en Terapia Ocupacional

Informe de la OMS y del Banco Mundial sobre discapacidad

El 15% de la población mundial padece algún tipo de discapacidad.

La Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud y Robert B. Zoellick, Presidente del Grupo del Banco Mundial presentaron en junio de 2011 el “Informe mundial sobre la discapacidad” que reúne las mejores estimaciones disponibles en este tema, con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidad.

En el mismo se desarrollan también, las medidas tendientes a crear entornos favorables para promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social, crear políticas y programas inclusivos; aplicar normas y legislaciones nuevas o existentes en beneficio de las personas con discapacidad y de toda la comunidad en general.

Lo que la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial han producido conjuntamente en

este informe, contribuye a enfatizar en cifras que enfocan la necesidad de proyectar una sociedad integradora que tenga en cuenta que “más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento”.

Además, en el futuro inmediato, la discapacidad será un motivo de preocupación mayor, pues la prevalencia está en aumento dado que la población envejece y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores. También, debe tenerse en cuenta el aumento mundial de enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, colagenopatías, el cáncer y los trastornos de la salud mental, entre otros.

En el documento se hace hincapié sobre las acciones de prevención y de concientización de la comunidad frente al tema de la discapacidad, la formulación de políticas y programas innovadores que mejoren las vidas de las personas con discapacidades y faciliten la aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor en mayo de 2008.

El “Informe mundial sobre la discapacidad” surgió de los resultados que brindaron diferentes encuestas realizadas en numerosos países. La visión que impulsa es la de un mundo inclusivo en el que todas las personas puedan vivir una vida de salud, comodidad y dignidad pero analiza detalladamente los obstáculos que diariamente encuentran las personas con discapacidad de todo el mundo, y en él se expresa que” las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad

a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas”.

Cabe señalar que el informe sintetiza las mejores pruebas científicas disponibles sobre cómo pueden superarse los obstáculos a los que se enfrentan las personas con discapacidad en cuestiones tales como la salud, rehabilitación, apoyo y asistencia, entorno, educación y empleo y ofrece orientaciones o recomendaciones para mejorar la vida de las personas con discapacidad, las que deberán adaptarse a los contextos locales.

Los lineamientos mundiales incluidos en este documento son los que proyectan una sociedad inclusiva en el que todos podamos vivir dignamente y aceptando la diversidad funcional como un valor positivo.



Prof. Dr. Dorando J. Michelini
Conicet
Universidad Nacional de Río Cuarto
MINCYT
Fundación ICALA



Solidaridad y salud

Uno de los dilemas que enfrenta la humanidad en la actualidad es la asimetría que existe entre la realidad de algunos países que gozan del desarrollo del avance científico-tecnológico, y la situación de aquellos otros excluidos de los beneficios de la tecnociencia. El fenómeno de la asimetría se visibiliza en muchos ámbitos, pero tiene efectos particulares y profundos en la esfera de la salud. A nivel de la conciencia global de la humanidad, después de las conquistas de la libertad y la igualdad, el desafío más grande los inicios del siglo XXI es el de la *globalización de la solidaridad* en el marco de sociedades interculturales y conflictivas. (Michelini, 2000)

Algunas teorías ético-filosóficas actuales parecen resignarse a la inacción respecto de la posibilidad de una fundamentación filosófica de la solidaridad en sentido moral universal, o se autodeclaran incompetentes en relación con tal necesidad. A menudo, la solidaridad queda relegada al ámbito subjetivo, permanece atrapada en las redes de una racionalidad estratégico-instrumental desde la que se torna imposible pensar un mundo de todos, con todos y para todos, o, en el mejor de los casos, la solidaridad

queda circunscripta al ámbito de los miembros de mi propia comunidad de pertenencia.

En lo que sigue, pretendo referirme sucintamente al origen etimológico del concepto de solidaridad y cuál es su relevancia en el mundo global actual. (1) Seguidamente expongo de forma abreviada la comprensión de los distintos usos de la razón práctica, según la interpretación ético-discursiva de Jürgen Habermas (2), para luego, sobre la base de dicha comprensión, distinguir tres formas posibles de solidaridad, a saber: la solidaridad pragmática, la solidaridad ética y la solidaridad moral. (3)

Por último, en una reflexión final, busco articular las mencionadas formas de solidaridad con la salud. (4)

1. Solidaridad: sentido etimológico y origen histórico

Desde hace tiempo, también el término solidaridad es discutido en filosofía, en distintas ciencias sociales y no en última instancia en el ámbito de la salud. Etimológicamente, el término *solidaridad* proviene del vocablo latino *solidus* y significa “fuerte”, “macizo”. El término sólido se suele utilizar en diversos sentidos, tanto en física (en donde hace referencia, por ejemplo, a un cuerpo que mantiene estabilidad gracias a la cohesión de sus moléculas) como en filosofía (aquí se habla de sólido, por ejemplo, en referencia a un pensamiento bien fundado). Se habla también de *solidaridad* entre los miembros de un grupo de personas o entre las generaciones: con ello se hace referencia al estrecho vínculo que mantienen las partes entre sí, y las partes con el todo, en una comunidad.

Considerado desde un punto de vista *histórico*, el concepto de solidaridad posee un significado fundamentalmente jurídico: un derecho o una

obligación *in solidum* significa que un conjunto de personas asumen un compromiso por el cual cada una de ellas se obliga a responder por el todo, esto es, por todas y cada una de las demás. Pero el concepto tiene también su importancia en el ámbito de la política (por ejemplo, en los movimientos sociales y de trabajadores) y de la teología (por ejemplo, en la doctrina de la culpa colectiva y solidaria del pecado original).

El término *solidaridad* se utiliza además en un sentido normativo, que puede entrar en tensión con el concepto de justicia: en esta acepción, la solidaridad no es una descripción sino un deber; con él se quiere indicar, por ejemplo, que los ricos tienen obligaciones especiales para con los pobres. A menudo se vincula, con razón, la solidaridad con la fraternidad.

Los conceptos de “libertad” e “igualdad”, presentes en el lema de la Revolución Francesa: “libertad, igualdad, fraternidad”, han sido motivo de numerosas reflexiones y discusiones, mientras que el concepto “fraternidad”, que puede ser articulado más estrechamente con el concepto *solidaridad*, no ha recibido la atención que merece. Es por ello que algunos ensayos filosóficos contemporáneos sobre la significación de la solidaridad cobran una especial relevancia en vista de los problemas y desafíos globales que enfrenta la humanidad tanto en la búsqueda de la vida buena y de una convivencia en paz, como, sobre todo, en la urgente tarea de asegurar la supervivencia de la especie. Tal es el caso de la reflexión ético-discursiva en torno de la noción de solidaridad. Para realizar una distinción de los distintos tipos de solidaridad, me referiré primero brevemente a la teoría habermasiana de los distintos usos de la racionalidad práctica.

2. La teoría habermasiana de los usos de la razón práctica

El filósofo alemán Jürgen Habermas es uno de los fundadores y máximos representantes de la teoría ético-discursiva. (Michelini, 1998) La ética discursiva, en la versión habermasiana, distingue tres ámbitos de racionalidad práctica, a saber: la racionalidad *pragmática*, la racionalidad *ética* y la racionalidad *moral*. Veamos brevemente cada uno de ellos.

Las cuestiones que atañen a la orientación práctica en una determinada situación pueden expresar en preguntas tales como: ¿Qué debo hacer? ¿Cómo debo comportarme?, y pueden ser respondidas, según la ética discursiva, de diferentes formas, dado que ellas conciernen a problemas pragmáticos, éticos y morales, lo cuales, a su vez, remiten a lo útil, lo bueno y lo justo.

Quien desea saber qué debe hacer cuando tiene una enfermedad, si quiere comportarse racionalmente, debe ponderar adecuadamente los fines de acuerdo con nuestras preferencias. En este caso, se trata de utilizar las técnicas más eficaces para el tratamiento de la enfermedad. “La deliberación práctica se mueve aquí en el horizonte de la racionalidad teleológica y con el objetivo de encontrar técnicas, estrategias o programas apropiados. Lleva a recomendaciones que en los casos sencillos tienen la forma semántica de imperativos condicionados. Kant habla de reglas de la habilidad y de consejos de la prudencia, de imperativos técnicos e imperativos pragmáticos. Todos ellos ponen en relación entre sí causas y efectos según preferencias de valor y objetivos” (Habermas, 2000: 111s.).

En cambio, la pregunta ¿qué debo hacer? cambia de significado cuando alguien se pregunta, por ejemplo,

sobre qué carrera universitaria o qué profesión elegir: aquí se trata de una elección respecto de lo que a uno le interesa y de qué clase de persona se quisiera ser. Es el ámbito de las preferencias y las valoraciones fuertes que afectan la autocomprensión de la persona. “*Las decisiones de valor graves* se tratan desde Aristóteles como cuestiones clínicas relativas a la vida buena. Una decisión fruto de la ilusión -la unión a la pareja equivocada, la elección de una alternativa profesional errónea- puede tener por consecuencia una vida malograda. La razón práctica, que en este sentido apunta no solo a lo posible e idóneo para obtener el fin de que se trate en cada caso, sino a lo bueno, se mueve, si seguimos el uso lingüístico clásico, en el campo de la ética” (Habermas, 2000: 112). Las decisiones que se toman en este horizonte de autocomprensión remiten, en última instancia, a la autorrealización individual o colectiva, a lo que es bueno para mí o para mi grupo.

Finalmente, el sentido de la pregunta: ¿qué debo hacer? adquiere un sentido *moral* cuando mis acciones afectan los intereses de otros y surgen conflictos, los cuales tienen que ser regulados imparcialmente.

En el ámbito de las tareas pragmáticas y éticas, los agentes se mantienen aún en un horizonte de interacción estratégica, egoísta: actúan en vista de sus propios intereses. En tal sentido, “Tampoco las preguntas éticas exigen en modo alguno una total ruptura con la perspectiva egocéntrica, pues no en vano están referidas al *telos* de mi vida” (Habermas, 2000: 114). En caso de conflicto en los ámbitos pragmáticos y éticos de acción pueden alcanzarse compromisos que impidan la violencia, o acuerdos que sirvan para la interacción más o menos pacífica, pero no una resolución justa de los mismos.

Para resolver los conflictos de forma *justa* es necesario alcanzar un tratamiento *moral* de la cuestión y atender no sólo a lo que es bueno para mí y para nosotros, sino a aquello que es bueno para todos. La cuestión moral se inicia cuando las máximas de acción propias se cotejan con las de todos los demás, sin excepciones, para ver su compatibilidad. Según la ética discursiva, las ideas de justicia y solidaridad se suponen mutuamente y están presentes sobre todo en el reconocimiento recíproco de sujetos capaces de lenguaje que se orientan por pretensiones de validez: “En las suposiciones idealizantes del actuar comunicativo, sobre todo en el reconocimiento recíproco de unas personas que pueden orientar su actuar por pretensiones de validez, las ideas de justicia y solidaridad residen germinalmente” (Habermas, 2000: 165).

En síntesis, la razón práctica, según Habermas, se manifiesta bajo los aspectos de lo útil o adecuado, de lo bueno y de lo justo. En esta teoría de la razón práctica se articulan aspectos parciales de la racionalidad que fueron apreciados por el empirismo (el uso pragmático de la razón), por la ética kantiana (en la cual coinciden razón práctica y moralidad) y por la tradición aristotélica (donde la razón práctica está articulada estrechamente con el *ethos* vivido).

3. Ética discursiva y solidaridad

Según la exposición que antecede, podemos distinguir, al menos, tres formas fundamentales de solidaridad, a saber: la solidaridad pragmática, la solidaridad ética y la solidaridad moral.

a) Por *solidaridad pragmática* puede entenderse aquella forma de apoyo mutuo basado exclusiva o prioritariamente en los intereses particulares. Aquí se

pone en juego un tipo de racionalidad egoísta-utilitarista, la cual apunta a defender lo propio en vista de los riesgos que representa la presencia de los otros. “Ayudar al que ayuda” o “ayudar a aquellos de quienes podemos recibir recompensas o sacar provecho” serían formas, si no ilegítimas, al menos muy limitadas de entender la solidaridad.

b) Otra forma de entender la solidaridad sería la *solidaridad ética*. El horizonte de solidaridad ética está articulado con rasgos estratégicos. Según la distinción realizada anteriormente, la interacción éticamente solidaria sería aquella que está orientada exclusiva o principalmente a la edificación de mi propio grupo o de mi propia comunidad. “Ayudar sólo o preferentemente a los miembros de mi etnia, de mi comunidad, etcétera” o “ayudar sólo o principalmente a lo que comparten mis ideales, mi forma de vida, mi religión, etcétera” serían ejemplos de este tipo de solidaridad acotada pragmáticamente. En el marco de la autorrealización individual y colectiva lo que importa es el apoyo con quienes comparten valores fuertes: se trata de una solidaridad con la comunidad de pertenencia, que busca fundamentalmente lo que es bueno para mi autorrealización personal o grupal. Esta es igualmente una forma necesaria, pero insuficiente de solidaridad.

c) Una forma distinta de solidaridad, más radical y abarcativa que las anteriores, es la *solidaridad moral*. Esta forma de solidaridad está orientada a lo que es bueno no sólo para mí y para mi grupo, sino a aquello que es bueno para todos. “Ayudar sin mirar a quién” o “ayudar al extranjero, al excluido, al diferente, a aquellos de los que no me cabe esperar recompensa, etcétera” serían eslóganes que podrían representar lo que significa solidaridad moral. Este tipo de

solidaridad no hace acepción de personas, de raza, de religión, de cultura, etcétera: está exclusivamente articulada con la dignidad de la persona humana en tanto que tal.

Según la ética del discurso, la intersubjetividad que nos constituye originaria y plenamente a los seres humanos es una forma de “corresponsabilidad”: dado que nuestra vida se constituye en la interacción, todos somos solidarios con todos. En tal sentido, lo solidario tiene que ver no tanto con un tipo especial de sentimiento o un efecto psicológico, sino con un principio de justicia global. (Wester, 2008: 517ss.) La solidaridad, en sentido ético-discursivo, no se entiende tampoco fundamental y prioritariamente como una relación empírica de inmediatez; no es una solidaridad *de facto* entre personas o grupos sociales unidos por el sentimiento o por lazos biológicos, históricos y culturales, sino más bien la intelección del principio de una idea ético-emancipatoria: el destino común de todos y cada uno de los seres humanos.

Desde este punto de vista, la solidaridad es entendida como una exigencia moral, no como un sentimiento específico y circunstancial en un determinado contexto particular, sino como exigencia de interacción en la comunidad ilimitada de comunicación.

Por último, la perspectiva ético-discursiva de la *corresponsabilidad solidaria* nos hace ver que, en principio, todos somos responsables de todos y de todo, y que la solidaridad no se agota en los estrechos límites del etnocentrismo o de un contextualismo utilitarista o estratégico, sino que se extiende a la ilimitada comunidad de comunicación de todos los seres lingüística y comunicativamente competentes.

4. Solidaridad y salud

¿Qué consecuencias se pueden extraer para el ámbito de la salud si se tienen en cuenta estos tipos de solidaridad recién esbozados? ¿Son aplicables estos tipos de solidaridad a aquellos agentes que intervienen en el ámbito de la salud pública y privada?

Según mi opinión, estas diversas formas de solidaridad pueden ser articuladas con la actuación de los agentes de la salud y, en consecuencia, pueden extraerse, de modo provisorio y sujeto a revisión, las siguientes consideraciones.

Se comportan de acuerdo con una visión *pragmaticista* de la solidaridad quienes buscan ayudar a otros sólo o fundamentalmente para lucrar o adquirir poder. También a nivel institucional y político hay formas de solidaridad pragmaticista (estratégica): por ejemplo, si bien es verdad que prácticamente nadie estaría en desacuerdo con que en casos de catástrofes un país ayude a otro, no es menos cierto que muchos rechazan el hecho de que un país poderoso, invocando el *derecho/deber injerencia humanitaria*, invada sin consulta ni permiso a otro económica o políticamente más débil. (Vergès, 2008: 123).

En lo que se refiere a la *solidaridad ética*, esta aparece como un fenómeno clave a la hora de unir al individuo con su grupo de pertenencia. Dado que cada vida individual surge en una comunidad histórica y cultural determinada, con determinados valores fuertes y un estilo de vida propio, la relación solidaria entre los individuos y la comunidad es clave: por un lado, la comunidad de valores y de vida no subsiste si los individuos no reproducen y confirman el estilo de vida de su comunidad, y, por

otro lado, los individuos son lo que son y, generalmente, lo que eligen ser, gracias a la comunidad en que nacen y se desarrollan.

Ejemplos de solidaridad ética en el ámbito de la salud serían los siguientes: brindar un servicio de la salud adecuado sólo a los miembros de mi comunidad, de mi provincia, de mi país, u ofrecer un servicio de salud de calidad sólo a una parte de la sociedad (por ejemplo, sólo a los ricos, a los que poseen un estatus social determinado, etcétera). En tales casos, la solidaridad ética en salud no alcanza a cubrir las necesidades de todos los ciudadanos, sin exclusión (Michellini, 2008), sino que la ayuda y la atención sanitaria está acotada de algún modo por distintas restricciones (que pueden ser, según los casos, de tipo económico, cultural, etcétera).

En último término, la solidaridad moral, según se ha señalado, apunta, en principio, a lo que es bueno para todos, sin excepción (salvo por causas justificables) y sin acepción de personas. En el sentido de la solidaridad moral, la salud no se limita al asistencialismo, sino que es un derecho humano básico. “La atención igualitaria y equitativa en salud a todo ciudadano” y una “atención en salud que no discrimina por etnia, sexo, cultura, religión, etcétera” serían formas de solidaridad moral.

A nivel internacional puede decirse lo siguiente: es fácil advertir que, en la actualidad, la salud no es un fenómeno que se ha globalizado solidariamente. La asistencia humanitaria internacional Vergès, 2008: 124) y el asistencialismo sanitario a nivel local y regional pueden ser expresiones de una solidaridad mínima, pero también fenómenos que indican la ausencia de una corresponsabilidad solidaria entre

ciudadanos libres e iguales. En muchos casos, quizá en los más decisivos, la investigación científica en áreas vinculadas con la salud, y sus resultados (medicamentos, instrumentos, etcétera), siguen estando en poder de unos pocos países. La solidaridad moral a nivel global requerirá de un esfuerzo conjunto de corresponsabilidad: para que ella pueda concretarse en las sociedades democráticas, es necesario que la salud sea considerada no sólo un derecho humano fundamental, sino también un asunto permanente de debate público en la sociedad civil y que, en tal sentido, sea asegurada política e institucionalmente.

En síntesis: La solidaridad moral es una forma de *solidaridad emancipatoria* que sobrepasa las formas pragmática y ética de solidaridad: remite a una corresponsabilidad solidaria que no escapa a ningún interlocutor, y de la cual ningún interlocutor puede ser legítimamente excluido; en tal sentido, se trata de una noción de solidaridad que va más allá de los lazos afectivos y de las relaciones endógenas que pueden mantenerse con los miembros actuales de la propia comunidad de comunicación (los integrantes de mi grupo, de mi comunidad, etcétera): abarca también la solidaridad intergeneracional (las generaciones futuras). En lo que respecta al ámbito de la salud, la corresponsabilidad solidaria obliga a los miembros actuales de la comunidad de comunicación no sólo a crear conciencia sobre la responsabilidad colectiva en el ámbito de la salud, sino también a transformar las condiciones de atención de la salud en el sentido de superar el paradigma individualista (Axosta Sariego, 2008: 81s.) y de crear condiciones solidarias mediante políticas públicas, particularmente políticas sanitarias inclusivas, que estén al servicio de la salud de todos

los ciudadanos y, en especial, de los menos favorecidos: los pobres, marginados y excluidos.

Referencias

Acosta Sariego, J. R. (2008), “Atención integral de la salud”, en: J. C. Tealdi (Director), *Diccionario latinoamericano de bioética*, 80-82

Habermas, J. (2000), *Aclaraciones a la ética del discurso*, Madrid: Trotta

Michelini, D. J. (1998), *La razón en juego*, Río Cuarto: UNRC

Michelini, D. J. (2000), *Globalización, interculturalidad, exclusión. Estudios ético-políticos*, Río Cuarto: Ediciones del ICALA

Michelini, D. J. (2008), *Bien común. Una perspectiva ético-discursiva*, Buenos Aires: Bonum

Tealdi, J. C. (Director) (2008), *Diccionario latinoamericano de bioética*, Bogotá: Unibiblos

Vergès, C. (2008), “Injerencia, asistencia, solidaridad”, en: J. C. Tealdi (Director), *Diccionario latinoamericano de bioética*, 123-124

Wester, J. (2008), “Responsabilidad en contextos de pobreza”, en: J. C. Tealdi (Director), *Diccionario latinoamericano de bioética*, 517-519



Prof. Dr. Hugo Valderrama
Magister en Gerontología Social.
Coordinador Licenciatura en Gerontología. UCSF.
hv@cuidadoresdeancianos.com



El sistema de salud y los adultos mayores

“Como consecuencia de la disminución de la fecundidad y del aumento de la longevidad, las poblaciones de un número cada vez mayor de países están envejeciendo rápidamente. Entre 2005 y 2050, la mitad del aumento de la población mundial se deberá al aumento de la población de 60 o más años de edad, mientras que el número de niños (personas de menos de 15 años de edad) sufrirá una ligera disminución. Por otra parte, en las regiones más desarrolladas, se prevé la casi duplicación de la población de 60 años o más (de 245 millones en 2005 a 406 millones en 2050)”(Departamento de asuntos económicos y Sociales de las Naciones Unidas - 2006).

En Argentina en 2010, de acuerdo al Indec , la población de adultos mayores de 65 y más años estaba cerca de alcanzar el 10% de la población total, la de 60 y más años próxima al 14% y se registró gran cantidad de personas mayores de 100 años.

Los cambios demográficos expuestos y la falta de adecuación de los sistemas asistenciales a estos cambios son, entre otros, los responsables de la gran ocupación de camas en hospitales y sanatorios por



parte de adultos mayores; de la situación de desborde de estas instituciones en época invernal; del deambular de los ancianos entre médicos de cabecera, especialistas y servicios de diagnóstico; de los avances sobre los mostradores de las obras sociales y de las quejas y frustraciones de los pacientes, sus familiares y el equipo de salud, por mencionar algunos.

En el mundo se está produciendo, lenta pero progresivamente, el cambio de paradigmas centrados en la hospitalización y en el modelo médico-hegemónico, por otros más adecuados a los tiempos que nos tocan vivir.

Durante muchos años, el problema de la salud, desde la óptica del Estado y de las obras sociales, se enmarcó en la lucha: salud vs. enfermedad, tendiéndose a combatir a la enfermedad desde la enfermedad misma, no desde la salud a partir de su promoción o prevención como sería esperable

Por otra parte, el conjunto de factores que permiten que los niños que hoy nacen en Argentina tengan una expectativa de vida superior a los 75 años, nos van introduciendo en otra problemática: la pérdida de las capacidades. (Valderrama. 2003)

Cuando años atrás, (época en que no existían los pañales geriátricos porque no se vivía tanto como para necesitarlos), se hablaba de discapacitados, la gente imaginaba a un joven o a un niño en silla de ruedas o con un retraso mental. Paradójicamente, la derrota progresiva de las enfermedades a dado lugar al nacimiento de una gran generación de nuevos discapacitados, los longevos, aquellos que por el hecho de vivir más, pierden sus aptitudes físicas o mentales para valerse por sí mismos, aquellos que la

gerontología denomina ancianos frágiles, vulnerables, porque aún en salud, no pueden autovalerse y deben ser cuidados para evitar o prevenir las caídas, neumopatías, deshidrataciones, desnutriciones, etc.

“La característica biológica fundamental del envejecimiento se puede resumir como la pérdida de adaptabilidad de cualquier aparato u órgano a noxas externas e internas, debido a una disminución de la capacidad de reserva y a unos estímulos sensoriales disminuidos. Por ello se debe reconocer a la población de personas mayores frágiles como una de las principales beneficiarias en los programas de atención a la dependencia. De hecho, a medida que aumenta la edad, también lo hace el riesgo de pérdida de la autonomía, lo que conlleva a una dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Así el 19,6% de las personas mayores de 65 años son dependientes para los cuidados personales, teniendo un 5-6% una dependencia moderada y un 3% una dependencia severa”. (IMSERSO.2005)

El sistema de salud deberá reincorporar el concepto de cuidar* y unirlo al de prevenir, curar y rehabilitar, para que el curar y el cuidar estén contemplados e involucrados en todas las acciones de los equipos de salud. (Valderrama, H.2003)

Recordemos que el cuidar es anterior al curar. En los viejos hospitales de los siglos XVII y XVIII, se albergaban los enfermos para ser cuidados (la medicina ofrecía pocas alternativas de curación) y acercados a Dios en la intención de salvar sus almas.

El incremento de la demanda de cuidados domiciliarios se vincula con los cambios actuales de los modelos familiares y el incremento significativo de

las mujeres que se incorporan al mercado laboral. Este proceso da lugar a la disminución de los cuidados informales o familiares que pueden recibir los ancianos con dependencias, haciendo que progresivamente estas ayuda, tan necesarias, estén entrando en crisis y que en un corto plazo, de no mediar acciones que las sostengan, difícilmente puedan continuar vigentes.

Lamentablemente, la medicina desde la visión de algunos grupos empresarios, sostiene la idea que la finalidad de la atención de la salud es solamente el curar (justificando de ese modo innumerables prácticas médicas y la incorporación de costosísimos fármacos, entre otras acciones cuestionables.) y su fracaso, el no curar y la muerte. Como resultado, hace poco por prevenir que la enfermedad se produzca y frente a los moribundos cae frecuentemente en el encarnizamiento terapéutico que resulta inhumano, falta de ética y que inclusive también suele ser inviable administrativamente hablando.

Habitualmente se asocia a los cuidados en los domicilios, como previos o posteriores a las altas hospitalarias, relacionados con la acción familiar y fuera del sistema de salud.

La discontinuidad de las acciones y esfuerzos asistenciales da como resultado la falta de coordinación de la atención de los ancianos, la ausencia o superposición de servicios y las reinternaciones innecesarias por: desconocimiento de las familias respecto de cómo cuidar al anciano, falta de espacios aptos para hacerlo en los domicilios, falta de recursos económicos para afrontar los gastos que se generan, sobrecarga de los cuidadores o simplemente desinterés. Así se cierra un círculo vicioso, porque los

familiares reclaman en las instituciones la nueva internación de los pacientes, situación esta que tensiona, crea conflictos y daña a los envejecientes, profesionales, familias y al Estado o a los servicios de salud privados, según quienes sean los prestadores.

Para ayudar a descomprimir estas situaciones conflictivas que son socioeconómico sanitario dependientes, se deben encarar coordinadamente las acciones y centrar esfuerzos en incorporar la cultura del cuidado en el sistema (atención domiciliaria, hospitalaria, sanatorial, en geriátricos, centros de día, etc.).

La idea no es el reimplantar el estado de bienestar del pasado, sino flexibilizar, integrar y coordinar la asistencia de la salud para los adultos mayores y la comunidad en general, aprovechando lo que ya existe, pero con una lógica prestacional inclusiva de los cuidados.

Sobre la base de lo hasta aquí expuesto, se formulan las siguientes propuestas, referidas a la atención de la salud para colaborar a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores:

Hay que erradicar el concepto de que vejez y patologías son causa y consecuencia. Así es como se comete el error de medicar el efecto del envejecimiento sobre el cuerpo, confundiéndolo con enfermedades y dando lugar a la tan temida polimedicación innecesaria y a la médico dependencia a partir del avance de los años.

Esta visión de la ancianidad tan poco alentadora, también favorece la discriminación en la atención y de algunas propuestas de eutanasia por parte de

legos y de algunos profesionales

La prevención de la enfermedad y de la discapacidad en la adultez mayor, debería tener eje en el mantenimiento de la funcionalidad de la persona, la que se mensura por la capacidad para llevar adelante las actividades de la vida diaria (bañarse, hacer las compras, leer, etc.) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, hablar por teléfono, ver televisión, etc.)

Si el objetivo es sólo salvar vidas o prolongarlas a toda costa, a la larga o a la corta, aunque se aumente la cantidad de años a vivir, el paso del tiempo va a discapacitar a los pacientes (aun estando sanos). Imaginemos una situación en la que una pareja de ancianos muy longevos sufre un corte de luz cuando están cenando, por ejemplo. Si tienen dificultades para su movilización o sus destrezas manuales están disminuidas o tienen dificultades para ver, cómo imagina que concluirá este relato? ...¿Alcanza sólo con el mantenimiento de la salud para vivir bien cuando llegamos a viejos?

La estrategia terapéutica de las afecciones del paciente anciano, siempre debe incluir el análisis costo/beneficio, más aún cuando se proponen intervenciones cruentas, la prolongación de estadías hospitalarias o frente a cualquier programa de intervención que implique el restarle calidad de vida al tiempo estimativo de sobrevivencia del enfermo.

Es necesario capacitar recursos humanos en la formación de grado, en los post grados, a los técnicos y a los cuidadores para la atención y cuidados de los adultos mayores, con visión integral, biopsicosocial y espiritual de los servicios a prestar. Ya en 1982, la Asamblea Mundial por el Envejecimiento, reunida en Viena, entre sus

conclusiones destacó la importancia de la profesionalización de todo el recurso humano que cuida de los ancianos e invitó a salir de los claustros universitarios para difundir los cuidados y la importancia del autocuidado preventivo a toda la población.

Los modelos médicos siguen centrándose en personas entre 30 y 40 años con 70 u 80 kilos de peso y así, los nuevos profesionales, comienzan a atender ancianos sin haber sido mínimamente formados en fisiopatología, semiología, medio interno, psicología y sociología de la vejez. Es habitual que integrantes del equipo de salud tuteen a ancianos que no conocen, se dirijan a ellos con el término “madre” o “abuelo/a” (aludiéndose a un rol que no todas las personas mayores cumplen y que puede ser percibido como una actitud de menoscabo a la condición de anciano); desconozcan las técnicas de acercamiento básicas para establecer una adecuada relación médico paciente anciano, sobre diagnostiquen las deshidrataciones apoyándose sólo en el signo del pliegue, abusen del término paciente compensado (por lo que se producen innumerables altas más precoces que oportunas), se prescriba con letra ilegible para los mayores e incluso para sus familiares, no se den explicaciones básicas para que entiendan la situación o la causa de sus dolencias o se prescriban fármacos de altísimo costo, para gente que como sustento único suele percibir mensualmente menos que el valor de una canasta básica familiar, lo que por definición los transforma en marginales

Se deben replantear las exigencias de habilitación de los establecimientos geriátricos y clarificar su rol en el sistema de salud, exigiendo la especialización en gerontología y cuidados de los que los conducen y de

los que prestan los servicios a los ancianos. Los establecimientos categorizados deberían colaborar para la formación de los recursos humanos que trabajan con la población mayor, jerarquizando de esa forma sus funciones (geriátricos escuela) e integrándose efectivamente al sistema de salud.

Se deberán ofrecer apoyos y mecanismos de descarga que, con el objetivo de cuidar a los cuidadores familiares, disminuyan las sobrecargas que padecen. Tal vez de esta forma, el cuidado informal llevado a cabo por las familias de los ancianos con dependencia, pueda seguir ayudando no sólo a los ancianos enfermos, sino también en forma invisible, como hasta ahora, a la economía y descompresión del sistema de salud, aminorando también las lamentables consecuencias médicas, sociales y económicas que habitualmente produce en las familias con ancianos discapacitados a su cargo

El revertir o mejorar situaciones de gran complejidad como la expuesta, exige replanteos multidisciplinares, de todas las áreas de gobierno, de las instituciones prestadoras y de las ONG vinculadas a la problemática de la ancianidad. Reformular paradigmas no se hace de un día para el otro, pero el empezar a reconocer las falencias, los aciertos y las posibles opciones de avance marcarán el inicio del camino. Como para comenzar podríamos reflexionar respecto de la imagen que tenemos de la vejez, de los prejuicios que cargamos durante años acerca del envejecimiento, del modelo de anciano y de abuelo que deseamos ser... No son ellos y nosotros, somos nosotros en más o menos años, (siempre que llegemos).

Como pacientes y más aún como nuestros mayores, merecen respeto y comprensión. Un buen punto de partida para el cambio. A nuestro favor contamos con

el respeto que la generación que hoy es anciana tiene por nosotros, médicos, enfermeros, etc. y la avidez por ser considerados, por ser escuchados. No debemos perder esa gran oportunidad, son los pacientes más leales y agradecidos cuando se los considera, cuando se los mira a los ojos o cuando alguna vez nos sentamos a la par de su cama para dialogar con ellos.

*Cuando un equipo de salud asiste, significa que sirve, acompaña y socorre; cuando cuida, atiende, se esmera, vela.... En la práctica, la diferencia pasa por la palabra amor...El que asiste sirve, el que cuida sirve con amor... Las madres no asisten a sus hijos, las madres cuidan a sus hijos. (Valderrama, H. 2003).

Referencias

1. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas. "Previsiones demográficas mundiales, Revisión 2006, Resumen." 2006. Pag.4
2. IMSERSO. "El sistema sanitario y la atención de las personas mayores en situación de dependencia". Libro Blanco de la Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2005. Cap. 6. Pag2.
3. Valderrama. H "Generalidades conceptuales acerca del arte de cuidar". Manual de Cuidados Domiciliarios. Ministerio de Desarrollo Social. Buenos Aires.2003.Módulo V.Cuidados.Pag. 229/231.



Dr Arturo B. Serrano

Medico Generalista y de Familia y Rural



LAS

REQUETEemergentes *

Había que darles un nombre, y este tiene marketing, pero tal vez sea mas conveniente como dice mi amigo el Dr. Enrique Olarte (Neuquén) denominarlas "enfermedades político - sociales - económico - empresariales del mundo globalizado".

*Acerca del nombre:

Los requetés fueron soldados carlistas de hace dos siglos en España. Eran cuatro batallones que se llamaban «Salada», «Morena», «Requeté» y «Hierbabuena». La extraña denominación de «requeté», escritores contemporáneos dicen que, debido al pésimo estado en que se encontraba la vestimenta del tercer batallón tras las escaramuzas habidas a finales de 1833 en las montañas de Navarra llenas de matorrales, los de los otros batallones se reían de ellos y les cantaban: «Tápate soldado, tápate, que el culo se te ve». Los de este batallón tomaron a bien esta burla y la convirtieron en su canción. Pero al entrar en un pueblo, para no escandalizar a las mujeres, cambiaban la letra y cantaban: «Tápate soldado, tápate, que se te ve el requeté»

Creo nos cabe muy bien al título del artículo. Por dos razones, hace unos cuantos años atrás, decir requeté era RE-jerarquizar algo. Y la otra, mas allá de la importancia de las publicaciones formales (emergentes, reemergentes, protocolos etc.) de la medicina ortodoxa, esta (las REQUETEemergentes) son una parte que no esta representada, esta "tapada" por la bibliografía y formación medica hegemónica tradicional y hay que llamar la atención sobre esto.

Lo que anima esta comunicación, es que son "problemas de salud" que están presentes entre nosotros, y como muchos de ellos no podemos incidir desde lo medico (en sentido estricto..... en muy pocas acciones que generen aumento de la expectativa y de la calidad de vida, podemos incidir); y que, estos problemas se han naturalizado y están invisibilizadas y que por ahora solo las abordan algunos grupos "de locos extremistas" (ecologistas o verdes) . Pero que estos problemas están afectando la salud de todos los habitantes del suelo argentino y del planeta. En este grupo están muchos que describiremos de a poco.

Problemas en las calles

Abuso de niños, Violaciones, Cadenas de suicidios,

Desapariciones de personas, Trata de blancas, Violencias y Agresiones de todo tipo, Problemas de género, falta de incentivos y valores éticos, problemas de aprendizaje, desinterés escolar.... Y tantos otros adjetivos funestos para designar inequidades que se traducen en pésima salud, la que a veces no es objetivable desde lo orgánico, pero si en esa enfermedad subyacente que agobia a los mas desposeídos.

La desocupación, seguramente es el indicador mas nefasto, porque da un sinnúmero de enfermedades silenciosas además de la humillación social y falta de motivación . Encima parece que el PBI subió un 8.4% en 2010, pero la tasa de empleo subió solo el 2,5% (en 2008 creció el PBI 4% y el empleo 3.8%), tira por el suelo el crecimiento del empleo dignificante-. Según el iNDEC la pobreza en el gran Santa Fe creció al 13.9% en el segundo semestre del año ppdo.

Problemas rurales

Que también son REQUETE emergentes, como desalojo de pobladores rurales, Extranjerización de la tierra, Privatización de la tierra, Contaminaciones de todo tipo, enfermedades reactivas a los agroquímicos, trabajo infantil, precarización laboral, inhalación e ingestión de muchísimas mas ppm(partes por millón) de partículas de agroquímicos por la alta concentración en el medio de todos los habitantes de poblaciones rurales, uso de agroquímicos no permitidos etc.

Además de la tropicalización y el cambio climático con las tormentas convectivas, (fuertes vientos y lluvias, con precipitaciones abundantes en poco tiempo), también ayudan a suma a estos problemas (en lo rural y urbano) con que debemos incluir en este listado y que de ultima favorecen la aparición de

nuevas enfermedades infecciosas (como dengue fiebre amarilla etc), resistencia bacteriana, etc .

Pertenencia

No es que estos problemas, sean exclusivos de la faz medica u otra disciplina, sino que se cruzan y están por todos lados, estos, los problemas psicosociales, que tiene que ver con la explotación, exclusión y abuso de poder desmedido, que afectan a los menos pudientes, o ingenuos o vulnerables que asienten porque no pueden pedir mas o no tienen protección.

Y un sinnúmero mas de ellos, los cuales desde la consulta como médicos poco y nada podemos hacer, y nos cuesta encararlos, y es mas la frustración, ya que los equipos son mínimos, están desbordados, no hay presupuesto etc Y.... QUE HACEMOS? Medicamos?, Polimediamos?, Derivamos? A quien? Nos involucramos? O MIRAMOS PARA OTRO LADO para protegernos.

Minería

Es aberrante la explotación minera (12) (si bien, estamos alejados) pero la contaminación de cauces de ríos, la utilización de tóxicos en extracción de metales, el masivo uso del agua para lavar residuos y que son volcados a las cauces corrientes ejemplo extracción en el sur de Mendoza (Malargue) de Potasio -utilizado como fertilizante- pero que deja montañas de sal y los residuos volcados al Rio Negro que contaminan luego en todo su cauce y después en el Atlántico. O las minas con extracción a cielo abierto en Catamarca, San Juan, La Rioja, Rio Negro etc, que en los proceso extractivos usan cianuro (para extraer oro) y acido sulfúrico (para cobre), y envenenan cauces de agua, animales,

ambiente, saturan el ambiente (aire y tierra) de restos y partículas de polvo que saturan y quitan la vida circundante. O la exorbitante consumo de agua para lavar los restos de petróleo que quedan en la arena y poder extraerlo, contaminando cauces. Y que generan ocupación y buena remuneración en sus operarios, pero que dejan la naturaleza muerta y apenas de 3% de las ganancias de impuestos y reciben aportes estatales, y no se hacen cargo de los problemas de contaminación que quedarán para el futuro.

Contaminación ecológica

Esta si es más cercana, en el Paraná los barcos transportadores de soja y cereales, parecen limpios, pero nos traen en sus bodegas ratas y otros vectores de enfermedades infectocontagiosas- y lo peor traen agua en sus bodegas como lastre (de china o donde provengan) y al cargar los cereales, descargan esa agua que tiene moluscos que están avanzando sobre la fauna local, y los resultados están a la vista alteración de la ecología de alimentación de nuestros peces, donde no solo es la predación de las especies por la pesca industrial, sino que esos moluscos compiten con la flora y fauna ictícola que alimenta los peces locales y alteran la cadena alimentaria - Ni hablar el transporte de agua mineral exclusiva para “pudientes europeos” que se llevan de los lagos del sur (propiedad de dueños foráneos) o la que llevan de nuestro acuífero Paraná, cuando traen carga foránea y de vuelta lastran las bodegas con agua que luego venden en los países desarrollados.

Y ni contar la contaminación que, al lavar los mosquitos fumigadores algunos productores inescrupulosos vuelcan los desechos en cauces de ríos (la mortandad de peces en el Rio Salado un

tiempo atrás, son un ejemplo de ello)

Otros ejemplos, como la contaminación del Riachuelo, de cauces de ríos, de lagunas, la desertización debida a la explotación desmedida e inmoral, atenta contra la calidad de vida de generaciones futuras.

Chemtrails en Argentina

Sin alentar volvernors paranoicos, es otra posibilidad de contaminación de partículas que se da por aviones que fumigarían el espacio, con partículas que cambian el medio ambiente o modifican el aire y que esta siendo estudiada porque podría tener consecuencias nocivas sobre la salud causando enfermedades alérgicas entre otras. Se sugiere revisar las citas en internet del tema (10).

Agroquímicos y su vinculación a la explotación intensiva de la tierra

Esta noche habrá 219.000 personas más en el mundo sentadas a la mesa (que no estaban anoche) y que muchas de ellas no tendrán que comer. Si bien es cierto que la explotación intensiva de la tierra aumenta los ríndes lo hacen a expensas de agroquímicos, que no son, precisamente nobles o inertes.

A comienzos del año 2004 la empresa Syngenta lanzó una publicidad para uno de sus productos con un mapa en el que presenta "La república unida de la Soja". Allí, grandes territorios de Brasil, Argentina, Uruguay, Paraguay y Bolivia aparecen integrados bajo el común denominador del cultivo de soja. Esta metáfora brutal de la realidad de nuestros Estados -Nación podría confundirse con una crítica irónica de las organizaciones ecologistas;

sin embargo, son las mismas corporaciones multinacionales las que se encargan de "refrescarnos la memoria" y mostrarnos claramente cuál es el mundo en el que vivimos y quiénes lo gobiernan.

Argentina es hoy un país insumo-dependiente pues sólo de Glifosato, herbicida vendido por Monsanto, se usaron en el 2003 unos 150 millones de litros. Además, el monocultivo de soja transgénica, con la repetición irracional del sistema de siembra directa, sin rotación ni laboreo, con un uso obligado, continuo y creciente de plaguicidas, -al igual que en otros lados del mundo, pero en los países desarrollados la concentración de ppm es ínfimamente menor- provoca una desertificación biológica del suelo, como se evidencia ya en grandes áreas de la pampa argentina y en otras menos fértiles.

La siembra de soja alcanzó un récord histórico en Argentina y ya representa más de la mitad de la superficie cultivada del país tras alcanzar las 16,9 millones de hectáreas, un 4 por ciento más que el año pasado. Hay reservadas 18.7 millones Ha a soja, 3 al maíz y 1.6 millones de hectáreas. al girasol. Este año como bajo el precio ya hay reservadas 5 millones de Ha para la soja, espacio que se quitaran a pobladores originarios, o selvas naturales que darán mas calentamiento global y mas ciclos de la "niña o del niño" con inundaciones y sequías

Hagamos una simple cuenta el Roundup® se usa a razón de 10 lts por Ha por cada campaña (hay dos al año) si la República de la Soja es de 16.900.000 Ha, entonces en este lugarcito del mundo se vuelcan 169.000.000 (ciento sesenta y nueve millones de litros) y solo por campaña, en la pampa húmeda, y

litoral de nuestro amado país.

No todo es tan malo en 2009 el diario La Nación, publicó una editorial titulada "Un fallo contra la soja". Se refiere al fallo de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Santa Fe, que dio lugar al amparo presentado por los vecinos de San Jorge, ordenando que no se fumigara a menos de 800 metros de las casas por vía terrestre, y a menos de 1500 metros por vía aérea. Lo cual ya esta en una ley vigente (de agroquímicos y fitosanitarios) Ahí aparece la derecha campesina y sojera manipulando, una vez más, la opinión pública desde los medios.

Es cierto que esta bonanza económica ha mejorado a los pooles de siembra, y genera alimento para los más pobres, pero no todo es así; la desertización y cambios climáticos por la sobreexplotación, las grandes cantidades de granos que se convierten en petróleo (etanol) hacen que aumenten los valores. La FAO (Organización para la Agricultura y Alimentación de Naciones Unidas) indica que el índice de precios de alimentos alcanzo picos sin precedentes y siguen subiendo y eso genera, no solo desestabilización política mundial, sino que hace mas inalcanzables los alimentos a los mas pobres-

Y sobre los agroquímicos caben como mínimo dos cuestiones a tener en cuenta:

1 - la epidemiológica, por el incremento de sustancias en centros de trabajo, medio ambiente y gran cantidad de personas expuestas tanto laboral, circunstancial y ambientalmente (millones de litros de agroquímicos volcados en la tierra y ambiente)

2 - el tipo fisiopatológico de toxicidad, por la

especial vulnerabilidad y sensibilidad del sistema nervioso a los tóxicos ambientales y laborales

Los PESTICIDAS o Insecticidas son más numerosos que los medicamentos (guía de Cámara de sanidad Agropecuaria fitosanitarios) y ninguno (a pesar de que algunos tienen etiqueta verde) NO son tan inocuos como parecen-

Este es un tema sumamente complejo y de implicancias funestas futuras en la salud de la población, al que hay que dar una salida de fondo, porque si bien las retenciones agrarias se redistribuyen disminuyendo la brecha entre ricos y pobres, es bueno tener en claro que es una salida coyuntural y que las consecuencias futuras no se podrán arreglar de esta manera.

La pobreza

Es una situación o forma de vida que surge como consecuencia de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y de la calidad de vida de las personas, tales como *la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria* o el acceso al agua potable.

Se dice que uno está en situación de pobreza cuando su salario (si es que percibe un salario), no alcanza para cubrir las necesidades básicas humanas que incluye la canasta básica total de alimentos

El mapa de la pobreza en Argentina da a Resistencia (Chaco) como la capital provincial más pobre de la Argentina. A menos de treinta cuadras de la Casa de Gobierno, un cordón de asentamientos abraza el

casco urbano como si fuera una herradura. En ese conglomerado de chapas de cartón, plástico y madera sobreviven hacinadas en condiciones de extrema pobreza uno de cada tres habitantes de la ciudad con mayor cantidad de indigentes del país – En nuestra Provincia de Santa Fe los cordones de pobreza e indigencia no son tan críticos, pero no distan mucho de esa realidad.

Por ello, pobreza es sinónimo de DESIGUALDAD, INEQUIDAD, VIOLENCIA, INACCESIBILIDAD, PROSTITUCIÓN, EXCLUSIÓN SOCIAL, DESNUTRICIÓN, y a veces nos toca a los médicos hacer CONTROL SOCIAL limitando la protesta o conteniendo en los Centros de Salud a los más demandantes (y que a veces solo es darles afecto, solidaridad o prestarle oído a su situación y tratar de ayudarlos).

Para peor, la mayoría de los 1.500 millones de personas del mundo, que viven con 1 dólar o menos al día, son mujeres. Además, la brecha que separa a los hombres de las mujeres atrapados en el ciclo de la pobreza ha seguido ampliándose en el último decenio, fenómeno que ha llegado a conocerse como "la feminización de la pobreza". En todo el mundo, las mujeres ganan como promedio un poco menos del 50% de lo que ganan los hombres.

Y a las mujeres que viven en la pobreza a menudo están privadas del acceso a recursos de importancia crítica, como los préstamos para emprendimientos o acceso a la tierra. No se recompensa ni se reconoce su trabajo. Sus necesidades en materia de atención de la salud y nutrición no son prioritarias, carecen de acceso adecuado a la educación y a los servicios de apoyo, y su participación en la adopción de

decisiones en el hogar y en la comunidad es mínima. Atrapada en el ciclo de la pobreza, la mujer carece de acceso a los recursos y los servicios para cambiar su situación

Así la Plataforma de Acción aprobada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, identificó la erradicación de la carga persistente y cada vez mayor de la pobreza que pesa sobre la mujer como una de las 12 esferas de especial preocupación que requieren la atención especial y la adopción de medidas por parte de la comunidad internacional, los gobiernos y la sociedad civil.

Ni hablar del fenómeno de violencia contra la mujer, el año pasado hubo 12 casos de quemaduras graves (algunas con muerte ulterior) este año ya había 11 casos hasta abril.

Esto nos recuerda que están vigentes LAS METAS DEL MILENIO, que si bien excede el fin de esta publicación, es bueno incluirlas, para recordarlas, para ver que exceden a salud (habitualmente conocemos las cuatro vinculadas a salud) y porque apuntan a consagrar derechos humanos básicos para todos los ciudadanos del mundo, y ...que a nuestros gobernantes, les recordemos que firmaron acuerdos plenos para lograrlas. Aunque ya hay algunas que no llegamos a cumplir pero -no hay que cesar en el intento.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos

ingresos son inferiores a un dólar diario. Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Asegurar que en 2015, la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015. Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten. Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

Objetivo 7: Garantizar el sustento del medio ambiente

Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacio y reducir la pérdida de recursos del 1/2ambiente. Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010. Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento. Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Si bien excede este articulo, vale la pena mencionarlas porque se enuncian y no las recordamos y mucho menos hacemos acciones para tender a conseguir estas metas. Ojala lleguemos al 2015 (faltan solo 4 años con ese deber cumplido)

Otras son las minorías sexuales

Esta incluido en este paquete, no como enfermedades REQUETEemergentes, sino como un derecho personal que, los médicos debemos tratar con cortesía y aceptación de la elección sexual, sin discriminar, y como una temática nueva, no incluida en la curricula universitaria como tantas de las ya mencionadas, y que sin embargo, aparece en la consulta de manera espontanea y tenemos quedarle respuesta. En este acápite están los problemas psicosexuales, las enfermedades de transmisión sexual, la procreación responsable etc. O tratar de entender que el travestismo o sadomasoquismo son conductas y no enfermedades es un concepto casi vanguardista para muchos médicos.

Las etnias

Los pueblos originarios están pasándola muy mal,

recientemente en Chaco, el incremento de la desnutrición y mortalidad es aberrante, pero no tenemos que ir muy lejos, nuestros pobladores originarios de Santa Fe, han sido vapuleados en sus tenencias y la tasa de tuberculosis y otras patologías son mucho más elevadas que en la población general . La desprotección y la exclusión que padecen desde la conquista de América es atroz y están sumamente invisibilizados.

Las adicciones

Desde la historia de la humanidad que el hombre trato de obtener placer de distintas maneras, pero los alcances y consecuencias actuales de la estimulación a través de sustancias con diferentes perfiles de estimulación es asombrosamente grave.

Es una moda, que no tienen limite; el listado de psicotrópicos y estupefacientes, quedo perimido ante el inconmensurable numero de drogas y sustancias que se usan para elacionar, abolir, desestructurar o alterar la fisiología o la conciencia de vivir, efectos que alteran la conducta y la humanidad. Y ni contar como esos efectos de los consumidores, nos afectan directa o indirectamente a los médicos.

Estamos casi siempre confundidos, porque ante un accidente, o consulta medica o ante la diferenciación de un cuadro clínico, hay que incluir en el diagnostico diferencial los efectos de los psicofármacos que los pacientes o consumidores han naturalizado su uso y acceden fácilmente a ellos o se expenden libremente en las farmacias; o estimulantes o depresores (al alcohol esta socialmente aceptado); y ni contar las veces hasta que somos agredidos y vapuleados en nuestro afán

de querer obtener un diagnóstico. Hoy es común encontrar en los medios de difusión, los abusos, lesiones o daños ocasionados a colegas por personas que están bajo los efectos de sustancias, y socialmente también tenemos que padecer fenómenos de violencia, abusos, violaciones, homicidios, presión social bajo efecto de drogas para obtener resultados, etc.

Esta es otra enfermedad REQUETE emergentes que nos toca en suerte.

Los accidentes de tránsito

Otro fenómeno actual que nos desborda. Y que también debemos encuadrarla entre las REQUETE emergentes, Las cifras son espeluznantes, cada vez crece más y no se alcanza a tomar conciencia de la misma. Cada año en el país mueren cerca de 10.000 personas (26 cada 100.000 habitantes), Estas estadísticas son cuatro veces más altas que en los países desarrollados y ubican a la Argentina en el primer lugar del ranking mundial. Y se calcula dos o tres discapacitados por cada muerto.

Esto excede –como tantas otras cosas la capacidad de resolución médica del problema porque falta rutas, altísima tasa vehicular, falta de reglamentaciones rígidas que limiten las faltas, EDUCACION Y CONDUCTA VIAL DE LOS CONDUCTORES, etc.

El asistir a pacientes (mucho más los jóvenes con una mayor expectativa de vida) en situación de riesgo de vida por causa de accidentes, con la impotencia de los límites humanos médicos y tecnológicos y ver como crecen potencialmente los AVPP da una frustración a la que tenemos que

intentar remediar porque sino nos paraliza y no podemos cumplir con nuestra función.

Las nuevas enfermedades

Estas si van como REQUETE emergentes, son algunas que aparecen solo por la agrupación sindromico, muchas de ellas no son entidades nosológicas propiamente dichas, pero que el marketing publicitario hace que las conozcamos y debamos dar alguna respuesta

Medicar es un acto médico. En cambio la medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica. La medicalización es un término que se viene usando desde hace muchos años para demostrar los efectos en la medicina de la mundialización capitalista donde lo único que importa es la ganancia. Es así como las grandes industrias redefinen la salud humana acorde a una subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante. Muchos procesos normales como el nacimiento, la adolescencia, la vejez, la sexualidad, el dolor y la muerte se presentan como patológicos a los cuales se les puede aplicar un remedio para su solución.(9)

Algunas ya mencionadas anteriormente, mas la tropicalización y cambio climático y otras, son la simplificación (por ahora?) de patologías, por ejemplo el trastorno mixto de ansiedad y depresión; si bien ya existen en el CIE 10 (F41.2 de 1992) y en el DSM IV 1994 en el apéndice como objeto de estudio, en los aspectos clínicos psicopatológicos es muy difícil determinar esa separación, -en psiquiatría el límite entre normalidad y anormalidad es muy difícil- pues toda depresión tiene un componente de ansiedad y viceversa, el F41.2 seguramente en un tiempo, nos asombrara algún psicofármaco novedoso

inventado a tal fin por la industria farmacéutica para su tratamiento

Hay una nueva patología, -que nos afecta mucho a los galenos, por esto de la fragmentación y multiplicidad de trabajos y necesidad de superación, que es el *workaholic* denominación para los adictos al trabajo y que no disfrutan del placer o tiempo libre (a veces, simplemente porque no lo tienen)

En la génesis de estas nuevas patologías, lo mediático y la INDUSTRIA FARMACEUTICA, que *no tienen escrúpulos* con tal de incrementar sus ganancias (9).

Una perla. PESPI gasta por año en propaganda en el mundo casi 1.700.000.000.000 u\$, ahora bien, el laboratorio MERCK SHARP & DOHME, gasto para promocionar el rofecoxib, (bloqueante selectivo cox2) casi la misma cifra y posicionarlo en el mercado- El farmacólogo español que denunció efectos colaterales (que además, la FDA los conocía) debió responder a un juicio multimillonario. Eso si las ventas eran por 2.5 mil millones por año de unidades, antes de ser retirado del mercado Los laboratorios gastan en promoción casi el 25% de su cifra de ventas. Que es casi el doble de lo que gastan en la investigación... de los pocos que hacen investigación!

Conflicto de intereses

La mayoría de las investigaciones medicas son patrocinadas por los laboratorios. Por ello no debemos dejar de leer y buscar la disidencia.

La reciente incorporación al calendario de vacuna del papiloma humano hacen falta 20 o 30 años para tener resultados (se esta aplicando sin evidencia que

se lograra en el futuro). El cáncer de cuello uterino es el segundo tumor mas frecuente entre las mujeres, y que provoca 280.000 muertes anuales en el mundo. El director del Journal of Epidemiology and Community Health estima el costo mínimo de la medida en 125 millones de euros anuales (cada vacuna cuesta 465 euros). Y calculan que, "para cuando se empiecen a prevenir los primeros casos de cáncer, dentro de 30 años, el SNS se habrá gastado 4.000 millones. Entonces Prevenir una sola muerte habrá costado entonces ocho millones de euros". La vacuna prevendría solo los canceres originados por HPV, que no es el total de canceres de cuello de útero .

Es cierto que la prevención no es barata... pero a veces los costos son negociados.

Cada año por este cáncer en Argentina, mueren aproximadamente 1.800 mujeres a causa de la enfermedad, es el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres. Se estima que cada año se diagnostican alrededor de 3.000 casos nuevos y a pesar de que la enfermedad puede prevenirse con una técnica sencilla y barata como el Papanicolaou y que debe seguir haciéndose a pesar de la vacuna (11).

Las autoridades sanitarias holandesas han paralizado un ensayo clínico sobre el control de demencia senil al fallecer 12 pacientes. Fue probado sobre dos grupos de 52 enfermos, entre los que recibieron un placebo hubo cuatro muertes. El medicamento utilizado es *rivastigmine* (Novartis), recetado normalmente para el Alzheimer. Sin embargo, solo se usa en casos muy graves ingresados en cuidados intensivos.

Disease mongering (trafico de enfermedades)

Nuevo termino, para referirse a los Laboratorios que usan para la ampliación de las fronteras de lo patológico hacia la normalidad, a fin de abrir nuevos mercados.

Según los laboratorios medicinales... El Raloxifeno evita el 75% de las fracturas en pacientes postmenopáusicas, El ropirinol alivia el síndrome de las piernas inquietas (que afecta la 20% de la población), la disfunción sexual femenina es altísima, Crece el trastorno bipolar, Arrecia la osteopenia y un sinnúmero de cuestiones son prevenibles. Parece un informe de prensa amarilla, pero no lo es. El metilfenidato mitiga la hiperactividad del 8% de los niños, a raíz de esto, el doctor Florencio Escardó brillante clínico pediátrico tenía una frase que resulta muy pertinente *“Cuanto más escucho a los niños menos necesidad tengo de medicarlos”*.

Los que disponen estas nuevas enfermedades y son la clave del reciente debate sobre el "trafico de enfermedades" son las compañías farmacéuticas. En Europa ya están comercializando sus medicamentos para prevenir las fracturas en mujeres con osteopenia [ligero déficit de masa ósea y otras condiciones que, según sus cálculos, afectan a casi la mitad de las mujeres posmenopáusicas]

Alonso es el autor principal de un estudio sobre el disease mongering (4) y la osteopenia publicado este año por el British Medical Journal, concluye que "se han exagerado los riesgos de la osteopenia, y se han subvalorado los efectos secundarios de los fármacos". Se refiere a cuatro principios activos: raloxifeno, alendronato, risedronato y ranelato de

estroncio. Estos fármacos han probado su eficacia para prevenir las fracturas en las mujeres con osteoporosis. Pero en el caso de las mujeres con osteopenia, su riesgo de fractura es tan bajo que reducirlo un 75% es poco relevante: habría que medicar a 270 mujeres durante tres años solo para evitar una fractura, (según el NNT).

A principios de los años noventa, el laboratorio Pfizer manipulo la publicación de los ensayos sobre su fármaco Neurontin® (gabapentina), según ha revelado un sumario judicial en los tribunales de Boston, recogido ayer por The New York Times. Ese es un medicamento contra la epilepsia, y el objetivo de la multinacional era extenderlo a otras indicaciones como el dolor neuropatico derivado de la diabetes. Ello ayudo al Neurontin a superar los 2.000 millones de euros de ventas anuales.

Los expertos que han revisado para el juez miles de documentos de la compañía, incluidos correos electrónicos de sus directivos, muestran que Pfizer retraso a propósito la publicación de algunos estudios que le iban mal -los que no encontraron evidencia de que el Neurontin sirviera para el dolor neuropatico- y manipulo otros para mostrar los datos desde un ángulo mas deseable para los fines de la empresa.

La demanda fue presentada por grupos de consumidores, compañías de seguros médicos y sindicatos de Boston. Piden que Pfizer les devuelva miles de millones de dólares por prescripciones de Neurontin, y acusan a la compañía de "tergiversar las ventajas del farmaco de manera fraudulenta-

En prevención es complicado sacar cuentas, pero El

NNT de pacientes para asegurar el éxito de los hipolipemiantes para evitar un evento coronario es de 49/1 en 10 años

Los únicos probados son : 40 mg simvastatin con 10 ezetimibe ó 20 mg rosuvastatin si hacemos un calculo matematico a un valor comercial cercano a \$200 por mes por 120 meses por 50 pacientes gastariamos \$ 1.200.000 en 10 años para evitar un solo eventopor supuesto una vida no tiene precio

Las ganancias de los laboratorios son obscenas; el valium costaría 0.002\$ por comprimido y le ganan solo el 33.633 % (si treinta y tres mil seiscientos treinta y tres por ciento)

Ni hablar de los medicamentos nuevos que usan los atributos monoclonales (bloqueadores TNF, etanercept, vacuna nuevas y tantos otros artificios) con n costo que en poco tiempo entre esto y los recursos de amparo por resolver problemas no prioritarios de salud, es posible que las obras sociales y el estado no puedan dar repuestas.

Sociedades científicas y conflictos de interés

El National Institutes of Health US dice que en 1990 unos 13.000.000 de americanos necesitaban tratamiento para bajar colesterol.

En 2001 la junta de expertos bajo los niveles y se amplio a 36.000.000 los que debían tratarse (sin embargo no se ha difundido, que 5 de los 14 expertos que redactaron el documento, tenían relación contractual con fabricantes y conflicto de intereses).

El Metaanálisis del NEJM 29/1/10 dice que 1 cada 417 en un año reduce el riesgo relativo de beneficio el resto 416 solo tiene efectos adversos. De nuevo la cuenta $200 \$ \times 417 \text{ pacientes} \times 12 \text{ meses} = \$ 1.000.800$; ó 1 de cada 83 pacientes en 5 años.

En la revisión del VII Joint Committe of Hipertension de 2004 = 40.000.000 de pacientes mas, debían tratarse gracias a nueva reducción de los valores de tensión arterial . Es cierto que reduce los eventos y sus complicaciones, pero lo que no se dice es que 8 de los 9 expertos que lo redactaron tienen relación con 1 o mas laboratorios fabricantes de hipotensores.

Y ni hablar de los medicamentos nuevos, (vidagliptina, aliskiren, etanercept etc) y toda la parafernalia de medicaciones ultra específica teledirigida a las mitocondrias celestes y ADN rengos, tiene un costo que solo pueden oblar los sucesores de Mitre y que por ahí si se lo indicaron a algún paciente carenciado, además de no poder acceder, se ilusionará que es la solución a su problema cuando en realidad le cargaron otro problema más.

Uno tiene todo el derecho a dudar de las publicaciones sobre todo cuando hay conflicto de interés (que no siempre es visible a simple vista) y que a veces nos enteramos cuando son retirados del mercado.

Afortunadamente en el primer nivel de atención casi no utilizamos estas medicaciones nuevas, pero si somos médicos de cabecera y los pacientes viene con esas indicaciones de los especialistas es

imposible quitárselos e la cabeza. Entiéndase que no estoy en contra del avance de la ciencia y descubrimientos pero en los últimos 20 años solo hubo muy pocos descubrimientos trascendentes (enalapril, estatinas, quinolonas) los demás descubrimientos son irrelevantes o solo son formas activas de las moléculas viejas –que por suerte aun están vigentes y no pagan royalty a los laboratorios descubridores (luego de los 10 años) y que nos beneficia a los países subdesarrollados, sino no pueden fabricarse o hay que pagar derechos costosísimos.

Por eso la lectura y capacitación continua es una formidable herramienta, pero además debe incluir la autocritica y no aceptar “las novedades” . Debemos conocer la lectura critica para serie de casos, variables como el NNT, el NTIN, (numero de pacientes tratados innecesariamente) NND (numero de pacientes necesarios para dañar), VPP, y tantas otras variables epidemiológicas de estudio los conflictos de intereses, y la verdadera utilidad de la Medicina Basada en la Evidencia es tomar SOLO de ella lo útil y tiene mucha mentira. El fundador de la misma Sackett decía (18) que nunca mas la recomendaría debido a la tergiversación de los resultados.

Para mejorar la penetración comercial, esta vigente la publicidad subliminal en muchos mensajes dirigidos nuestra profesión (todo aquel mensaje audiovisual (compuesto por imágenes y sonidos) que se emite por debajo del umbral de percepción consciente y que incita al consumo de un producto. También es aplicable a aquellos mensajes visuales que contienen información que no se puede observar a simple vista, como por ejemplo los

anuncios de imagen fija en folletería, revistas ilustradas o en carteles.

2° addendum

La ciencia médica avanzó sobre el positivismo, dando por tierra el modelo deterministico, lo cambio por el modelo probabilístico, y parecía todo un logro. Pero también nos cambio la epidemiología, la cultura la forma de vivir, las demandas sociales etc.

Así la formación de pregrado de hace unos años, deja de tener vigencia (12) y hay que adecuarnos a través de la Educación Medica Continuada a los cambios actuales; tratar de convivir con la incertidumbre diagnostica, e intentar superar la demanda mediática de los pacientes, para poder pensar claramente y ofrecer una medicina actualizada y humanitaria, cálida y contenedora y técnicamente impecable.

Este articulo, es una melange de problemas casi REQUETE emergentes y algunos casi sin solución, y casi todos ellos vinculados a los desclasados o aborígenes o ciudadanos vulnerables, los que si desde lo medico, no nos logramos involucrar, los resultados serán paupérrimos

Una pata de la solución a esto, es la capacitación continua, que en nuestra profesión es indispensable, y critica de la información y, que es, garantía hacia los pacientes de brindar una medicina de alta calidad científica. La otra pata es lo relacional, donde debemos acompañar no solo el proceso de salud-enfermedad-atención- – por el que nos consultan- sino poder asesorar y acompañar humanitariamente-

Debemos resignificar nuestra profesión, complementarla con contenidos sociales, actuales epistemológicos, intentar el trabajo transdisciplinario incluyendo métodos o herramientas desde otras ciencias complementarias, abordar los problemas desde el paradigma de la simplicidad y de la complejidad como complementarios y tratar de devolver a la sociedad el sentido solidario

Pero también tenemos otras dificultades vinculados a otros estratos sociales, donde están sesgados por influencias mediáticas, o de la sociedad exitista-consumista, que me parece los cambios, serán son solo a través de la educación.

Bibliografía acotada

1. Carpintero, E, La medicalización de la vida cotidiana

<http://www.adolescenza.org/carpintero3.pdf>

2. Declaración de Bologna

http://es.wikipedia.org/wiki/Declaracion_de_Bologna

3. Disease morgering pagina sobre nuevas enfermedades y comercio con ellas

<http://www.ploscollections.org/article/browseIssue.action;jsessionid>

4. Disease morgering pagina sobre nuevas enfermedades y comercio con ellas

<http://www.ploscollections.org/article/browseIssue.action;jsessionid>

5. Dr Sackett & "Mr Sacketeer"....encanto y desencanto no reino da expertise na medicina basada em evidencias" Cademos de Saude Publica

17 1:205-214 enero-febrero2001

6. Gervas, J, Perez-Fernandez, M, El auge de las enfermedades imaginaries Editorial FMC Vol13,Nº3 Marzo 2006 pag109-11

7. Gervas, J; Pérez Fernández, M; Los daños provocados por la prevención y por las

8. Actividades Preventivas

http://actasanitaria.com/fileset/doc_53545_FICHERO_NOTICIA_115456.pdf

9. Hard, FD The importance of non disease. Practitioner 1973;211:193-6

10.

<http://levantateyanda.wordpress.com/category/che-mtrails-en-argentina/>

11. <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/>

12. <http://www.noalamina.org/mineria-latinoamerica/mineria-bolivia/contaminacion-minera-afecta-80-comunidades>

13. LAST, J., 1963. The iceberg: Completing the clinical picture in general practice.

14. Los cuatro jinetes del apocalipsis OMS www.dgt.es/revista/archivo/pdf/num188-2008-enportada.pdf

15. Los requetes

<http://es.wikipedia.org/wiki/Requet%C3%A9>

16. Márquez, Soledad /Meneu, Ricard: «La medicalización de la vida y sus protagonistas».

Eikasia. Revista de Filosofía, II 8 (enero 2007).

<http://www.revistadefilosofia.org>

17. MONSALVO, JULIO Haciendo visible otro mundo posible

http://actasanitaria.com/fileset/doc_53545_FICHE RO_NOTICIA_115456.pdf

18. Sackett , David L La arrogancia de la medicina

preventiva por David L. CMAJ 2002 ; 167 (4)

August 20 : 363-364



Lic. Obstetricia Melina Sánchez
Dra. Aldana Degrave
Dra. Paula Monasterolo



Prevención de defectos congénitos en perinatología

Toda pareja, al momento de pensar en formar una familia, sueña con que la misma sea ideal, con hijos que cumplan con las expectativas y sueños paternos. Por ello una de las principales preocupaciones de los padres es saber si su hijo va a ser sano.

En este trabajo vamos a procurar establecer criterios para poder lograr esta familia ideal, en lo posible...

Defectos congénitos:

Los defectos congénitos se definen como anomalías estructurales o funcionales en los que se incluyen los trastornos metabólicos. La expresión «trastorno congénito» se considera sinónima, y ambas se utilizan indistintamente.

Forman un grupo heterogéneo de trastornos de origen prenatal que pueden obedecer a la presencia de un solo gen defectuoso, a alteraciones cromosómicas, a una combinación de factores hereditarios, a teratógenos presentes en el medio ambiente o a

carencias de micronutrientes que surgen en un periodo de vulnerabilidad embrionaria que para la mayoría son dentro de las 12 semanas.

Estos pueden provocar abortos espontáneos y muertes prenatales siendo una de las causas más importantes de mortalidad y discapacidad de lactantes y niños menores de cinco años.

La OMS calcula que en 2004 unos 260 000 fallecimientos en el mundo (alrededor de un 7% de todas las muertes de recién nacidos) fueron causados por anomalías congénitas.

En la actualidad no existen estimaciones del número de nacidos con un trastorno congénito grave atribuible a causas genéticas o ambientales, siendo las más frecuentes los defectos cardíacos congénitos, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.

Dentro de las posibles causas se encuentran enfermedades maternas tales como sífilis, rubeola, toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes virus, pertenecientes al gran grupo de las TORCH. Diabetes mellitus, déficit de yodo o ácido fólico, ciertos medicamentos, drogas, alcohol y tabaco, contaminantes químicos ambientales o radiación. El resto es de causa desconocida, por lo que las medidas de prevención irán sobre las que si sabemos.

Prevención, detección y tratamiento

¿Cómo lograr esto?

Si sabemos que hay ciertos trastornos de origen ambiental (físicos, químicos y biológicos), como la exposición al plomo, asbesto, mercurio, etc. podemos prevenirlos con medidas de salud pública tendientes a alejar a la mujer embarazada de esos focos, enriquecimientos de los alimentos con yodo y ácido

fólico. Enseñar cómo prevenir enfermedades por ingestión de alimentos crudos o mal lavados. Además prevención de las infecciones de transmisión sexual mediante utilización de profilácticos en todas las relaciones sexuales, aplicación de leyes sobre la gestión de sustancias químicas, vacunación contra la rubeola, varicela.

Es muy importante la atención médica previa al embarazo, esto significa que el planeamiento familiar evitaría muchas de estas patologías, ya que aseguraríamos buen control, tranquilidad a los padres, buena evolución y menor morbimortalidad neonatal.

Dentro de esta atención pregestacional se incluyen entre otras la detección de posibles factores de riesgo, que se lleva a cabo mediante una simple extracción de sangre, y si a la misma le agregamos otros métodos como ser la ultrasonografía (ecografía) la tasa de detección es mucho más alta. Y además no olvidarnos de los riesgos que tengan asociaciones familiares ya que se puede brindar asesoramiento genético. Es decir, en la actualidad poseemos muchas herramientas para que podamos evitar estos trastornos congénitos.

En este terreno hay una serie de intervenciones y servicios que pueden suscitar cuestionamientos éticos, jurídicos y sociales y tener repercusiones económicas, por ejemplo la detección y el diagnóstico prenatales de defectos congénitos, la interrupción selectiva del embarazo o la propia existencia de servicios de asesoramiento.(OMS, 2010)

Una vez concluido el embarazo, al momento del nacimiento, también contamos con otras medidas que nos permiten determinar la salud del bebé y permitir su asistencia precoz, como ser un buen examen físico, los programas de detección neonatal o cribado

neonatal (Programa de Salud Pública obligatorio, destinado a identificar a todos los neonatos de una población con alto riesgo de sufrir determinadas enfermedades genéticas, endocrinas, embrionarias o infecciosas.) que permitirán asistir en el lugar, derivar a un centro de mayor complejidad o rehabilitar, dependiendo de la patología en cuestión.

Existen casos en los que si existen medidas para salvar la vida del paciente fuera del útero como ser por ejemplo la ictericia neonatal de causa congénita, hemofilia, fibrosis quística, etc. Otras veces se pueden realizar cirugías intrauterino o extrauterino, en los casos por ejemplo de labio leporino, fisura palatina, pie valgo, cataratas congénitas, anomalías gastrointestinales o urogenitales, cardíacas sencillas, etc.

En los casos de detección precoz, contamos con la posibilidad de la rehabilitación para poder lograr que estos niños estén inmersos en la sociedad, y alcancen su máximo poder de capacidad, integrándose como cualquier otro niño. Para eso debemos formar a todo el personal desde atención primaria y salud materno infantil principalmente, en lo referente a estrategias de prevención, detección mediante las pruebas anteriormente descritas, derivación oportuna a centros especializados y tratamiento- rehabilitación de estos niños de una manera satisfactoria para él y su familia.

Esto no es sencillo ya que se necesita de un trabajo multidisciplinario que abarcan servicios de obstetricia, pediatría, cirugía, laboratorio, radiología y, de ser posible, genética clínica en instalaciones de atención secundaria y terciaria.

¿Que debería incluir un programa nacional de prevención y tratamiento?

Según la **63.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD:**

- una red básica formada por los pertinentes servicios clínicos y de laboratorio especializados, que cabe ampliar en función de la demanda;
- compromiso por parte de los planificadores de políticas y suficiente respaldo de gestión;
- integración de los métodos de prevención y tratamiento de los defectos congénitos en la atención primaria de salud, sobre todo en los servicios de salud materno infantil;
- formación y capacitación de los proveedores de atención de salud, sobre todo en la atención primaria;
- organización de programas de formación sanitaria dirigidos al gran público y a los grupos de riesgo que se conozcan;
- creación de mecanismos eficaces para promover el desarrollo de organizaciones de apoyo a los pacientes/padres y colaboración con éstas para atender a las personas con defectos congénitos y a sus familiares;
- definición de las cuestiones de carácter ético, jurídico, religioso y cultural pertinentes para concebir servicios adaptados a la población local;
- inicio y seguimiento de programas de detección sistemática en la población, con intervenciones como la realización de pruebas neonatales,

prematrimoniales, pregestacionales y en el curso del embarazo;

- establecimiento de sistemas adecuados de vigilancia de los defectos congénitos.

Bibliografía

OMS, 2010. 63.ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 11.7 del orden del día provisional.



COMISIÓN DE
EDUCACIÓN MÉDICA
DE POSTGRADO