

REDEFINIENDO PARADIGMAS EQUÍVOCOS DE LA SALUD: SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA Y POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

Jorge R. Miranda-Massari

José R. Rodríguez-Gómez

Michael J. González

“A final de cuentas, el éxito o fracaso de cualquier gobierno debe medirse según el bienestar de sus ciudadanos. Nada puede ser más importante para un estado que la salud pública; la primera preocupación de un estado debe ser la salud de su pueblo”.

Franklin Delano Roosevelt

Introducción

Este trabajo pretende dirigir al lector a cuestionarse críticamente determinadas ideas centradas en cómo la salud, concebida como construcción social, puede ser manipulada. Exploramos cómo determinados grupos que tienen reconocimiento social establecen un paradigma de control a partir de determinados mecanismos sociales: reglamentaciones y/o currículos de Facultades que tienden, y generan, la negación a considerar la responsabilidad colectiva como una variable importante para el bienestar social. Se pretende proveer ejemplos de cómo determinadas organizaciones culturales, como lo son las grandes empresas farmacéuticas y las estructuras curriculares de las facultades de medicina, pueden influir en forma negativa en la aceptación de cambios de paradigmas que repercutan en beneficio de la sociedad. El trabajo presenta, desde una perspectiva constructorista, la necesidad de modificar ciertos paradigmas estructurales para adelantar el conocimiento desde una esfera interdisciplinaria salubrista, dirigida a fomentar el bienestar común. Presentamos la necesidad de elaborar y comenzar a evaluar, los diferentes sectores que son necesarios para iniciar un cambio en algunos de los paradigmas dominantes de salud (ej. el médico es el elemento

principal a considerar en el manejo de la salud de un paciente). El artículo expone la importancia de determinadas acciones sociales que se deben generar para lograr modificar estos paradigmas dominantes, que limitan el bienestar social en un área tan importante como lo es la salud pública.

El primer apartado propone repasar algunos de los hechos sobre los cambios significativos que han ocurrido en la historia de la expectativa de vida humana desde el siglo XVIII. Esta fase de la exposición permite abrir la discusión para detectar sutilezas, identificar estilos, decisiones y prácticas, que facilitan configurar los elementos discursivos que dirigen los argumentos centrales del escrito. A partir de lo anterior, el segundo apartado aborda el componente de los estilos de vida –los contenidos y determinaciones culturales- y su pertinencia para la gestión preventiva, tan vital en el manejo de las enfermedades. En esa dirección, el tercer apartado explora cómo las desigualdades sociales influyen o afectan el acceso a la salud pública. Identificadas dichas condiciones, el cuarto apartado procede a destacar las dinámicas económicas que también influyen en la calidad de la salud pública. El quinto apartado aporta perspectiva para entender sobre la relación entre la configuración del conocimiento, las variantes económicas y la manipulación de información y resistencia al cambio en los procesos asociados a la salud pública. Desde ese contexto, el sexto apartado se concentra en discurrir sobre algunos aspectos relativos a la formación de los contenidos ético-médicos; se subraya el ethos de la relación con el paciente y la integración del conocimiento a la misma.

La conclusión retoma los planteamientos originales, perfila los problemas culturalmente, e identifica y convoca a los actores protagonistas. Se reflexiona sobre la necesidad de gestionar iniciativas afirmativas e inclusivas que generen las transformaciones sociales necesarias para maximizar los procesos mundiales de la actualidad, a los efectos de lograr una reorientación que priorice la salud pública como una variable fundamental en la vida social y económica contemporánea.

Expectativa de vida y los avances en la salud

De acuerdo a los datos recientes, provistos por las agencias de salud pública, tanto nacionales como internacionales, la expectativa de vida al nacer ha aumentado a nivel mundial. En los años 1700 era de entre 35 a 40 años, y ya para mediados de los 1800 aumentó entre los 45 a 50 años. Durante la primera mitad del

siglo XX ascendió sobre los 60 años en la mayoría de países industrializados. Actualmente, muchos países desarrollados, y hasta algunos en vías de desarrollo, alcanzan una expectativa de vida al nacer de entre 70 a 80 años (Oeppen & Vaupel, 2002).

El aumento en expectativa de vida vino como resultado de mejoras en el manejo de condiciones de salud, el establecimiento de medidas higiénicas (públicas y privadas), una mejor nutrición, y mayor conocimiento y aplicación de medidas de salud pública necesarias para lograr controlar enfermedades infecciosas y problemas ambientales que influían negativamente en la supervivencia (González et al. 2000). El impacto mayor de estas medidas fue en la reducción marcada de la mortalidad infantil, responsable del aumento en longevidad ocurrido entre el final del siglo XIX hasta la mitad del siglo XX. Avances médicos como las vacunas tuvieron un impacto marcado, aunque éste es considerado por algunos como pequeño por la incapacidad de logro de acceso a la población infantil a la que iba dirigida. Su resultado final, sin embargo, fue una reducción real de la mortalidad infantil en aquellas sociedades que la utilizaron, aun cuando hubo en unos pocos lugares serios problemas en su distribución y administración. De igual forma, también hubo informes de algunos efectos adversos contraproducentes que fueron pasados por alto, dado los grandes beneficios que se lograron obtener en la población infantil al controlar muchas de las enfermedades con alta mortalidad.

A la vez que se ha producido un aumento en expectativa de vida en la segunda mitad del siglo XX, lo cual se le atribuye a avances médicos y de salud pública, también está ocurriendo un aumento en condiciones crónicas degenerativas. Desde la mitad del siglo XX han ido en aumento las tasas de mortalidad por condiciones crónicas degenerativas tales como: enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, pulmonares, cáncer y diabetes, por mencionar algunas. Todas estas condiciones tienen factores de riesgo asociadas a estilos de vida. Este dato sugiere la necesidad de orientar a los individuos para que asuman gran parte de la responsabilidad sobre su propia salud. No obstante, si los individuos no tienen los recursos para poder tomar las acciones protectoras, no pueden ejercer cabalmente su responsabilidad de autocuidado. Algunos de los recursos necesarios para poder cuidar la salud incluyen el valorar la salud, poseer el conocimiento adecuado, y contar con apoyo social para mantener los estilos de vida saludables, y, sin lugar a dudas, las conductas pro-salubristas (p.e., el ejercicio).

La valoración de la salud como una alta prioridad facilitará el desarrollo de un compromiso de hacer lo que nos corresponde para disminuir los riesgos a los que nos exponemos. Aunque entendemos que esta valoración es una decisión individual que hay que respetar, no es menos cierto que el liderato responsable, en adición a la palabra verbal y escrita, deberá implantar tal valoración con acciones concertadas y efectivas, plasmadas a su vez en una política pública salubrista coherente.

En cuanto al conocimiento, necesario para disminuir los riesgos de enfermedades, debemos reconocer las lagunas o brechas que existen, de hecho, en nuestras instituciones educativas y profesionales. Estos vacíos de conocimiento pueden ser fácilmente manejados con el simple adiestramiento sensitivo y actualizado de los profesionales de salud, haciendo que reconozcan que existen aportaciones científicas y sistemáticas novedades que se deben evaluar objetivamente para beneficio del paciente. La meta final de esta acción está dirigida a bajar los riesgos y tasas de mortalidad de enfermedades crónicas e infecciosas en nuestra población. Sin lugar a dudas, actualizar conocimientos es necesario para poder tratar de forma óptima las patologías existentes, puesto que el conocimiento renovado que tenga un profesional de la salud, y su sensibilidad a los avances científicos, influye en la tasa de sobrevivencia de sus pacientes.

El desarrollo del conocimiento en áreas de la medicina alterna o complementaria como: la bioquímica nutricional, medicina ortomolecular, psiconeuroinmunología, acupuntura, botánica medicinal, entre otras, ha comenzado a ser explorado y ampliamente utilizado en las últimas décadas, con grandes beneficios para los pacientes (NIH, NCCAM, 2006). Este conocimiento, aunque ha comenzado a llegar a algunos programas educativos, ha confrontado dificultades en el intento de integrarse a la práctica médica, debido quizás a que no ha sido evaluado objetivamente. Más aún, en algunas entidades, inclusive las autoridades gubernamentales y organizaciones profesionales, han dificultado el progreso y la práctica de modalidades de medicina alterna o complementaria, a pesar de que poseen evidencia científica de eficacia, efectividad y seguridad. Sostenemos que cuando ciertas actitudes ultra conservadoras, discriminatorias o centradas en la defensa de intereses económicos particulares, pueden atentar contra la salud de un sector de pacientes -mediante una práctica médica insensible y poco informada- es menester combatirlas desde todos los foros posibles.

El rol del apoyo social a la salud pública tiene muchas ramificaciones, siendo una de las más importantes el acceso, no solo al servicio médico y a las medicinas necesarias para el manejo de las condiciones; sino también a una nutrición más saludable y a un entorno urbano que facilite el manejo del estrés, la recreación, y actividades que propicien el desarrollo humano integral. Esto debe ser parte de cualquier iniciativa de manejo informado en beneficio de los sujetos que integran una comunidad.

A pesar del control logrado en el manejo de las enfermedades infecciosas (al menos para una gran parte de la población de este planeta), y a pesar de los adelantos en el tratamiento de las condiciones crónicas degenerativas, se observa cierto grado de estancamiento e incapacidad institucional, evidenciados en la apatía que generan las barreras burocráticas de entidades gubernamentales nacionales. Lo anterior puede notarse en la falta de políticas públicas que fomenten el adecuado manejo de condiciones, tanto infecciosas como degenerativas -aun disponiéndose de fondos para ello-. De igual forma, la ausencia de mejores y más actualizados estándares de la práctica médica, crea un efecto adverso, lo que limita los avances en la expectativa de vida. Por ejemplo, aparte de la riqueza que pueda tener y administrar un determinado país (lo cual sin lugar a dudas juega un papel vital), también existe un sinnúmero de factores que determinan la condición general de salud de la población, más allá del mero cuidado médico. Esto queda demostrado con ejemplos en los cuales la expectativa de vida en países que no son tan ricos (p.e., Costa Rica) tiende a exceder la expectativa de vida de países que sí lo son (p.e., Estados Unidos). Por ello, los estándares de la práctica médica no son los únicos factores que se tienen que tomar en consideración al momento de evaluar el aumento de la expectativa de vida de un país.

Es importante reconocer que elementos socio-culturales y de carácter organizacional-administrativo en salud pública (por ejemplo, la creación de organizaciones de asistencia socio-cultural y de políticas gubernamentales de carácter pro-social y salubrista, que ayuden a disminuir la pobreza y fortalecer la estructuras de salud pública), son vitales y deben ser consideradas, puesto que también ayudan al incremento en la expectativa de vida. También, debe reconocerse que estos elementos pueden ser utilizados para explicar varias de las diferencias en las tasas de supervivencia e indicadores médicos y de salud entre diferentes países. Sin lugar a dudas, reconocer la utilidad de dichos elementos y endosar políticas pro-salubristas que

sirvan para disminuir las tasas de mortalidad en nuestras naciones, ayudará a lograr el objetivo público de alcanzar niveles más elevados de expectativa de vida.

Estilos de vida: elementos imperativos en la prevención y manejo de las enfermedades

La literatura médica nos demuestra que las primeras causas de muerte en los países desarrollados (p.e., enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, cáncer, diabetes) pueden ser impactadas con cambios en estilos de vida, que incluyan patrones nutricionales y modificaciones saludables en la dieta, en virtud de los cuales se consuman cantidades adecuadas y mejor calidad de alimentos. Esto incluye el consumo de alimentos no refinados, frutas, vegetales y una disminución en grasas dañinas (p.e., las parcialmente hidrogenadas y saturadas). A lo anterior también se debe añadir, según varios expertos en salud, la ‘suplementación’ científicamente probada que permite que el sujeto esté más preparado y mejor condicionado a resistir enfermedades (González, Matos & Miranda, 2000). Además, se debe promover la práctica del ejercicio consecuente y el manejo de ansiedad y estrés.

Los estados mentales adversos y de enfermedades mentales son elementos que afectan la salud física del sujeto, pudiendo disminuir su posibilidad de lidiar efectivamente con los retos diarios. Sabemos, por ejemplo, que sujetos con altos niveles de estrés y ansiedad tienen una capacidad alterada negativa de enfrentar las enfermedades por una disminución en su potencial inmunológico. De igual forma, la literatura científica demuestra que el impacto del estado nutricional sobre los mecanismos de defensa del individuo en diferentes etapas de la vida es un factor importante de considerar, al igual que la valoración/evaluación nutricional que se debe realizar. Los adultos mayores con problemas nutricionales que pueden prevenirse (p.e., la osteoporosis y desnutrición por accesibilidad inadecuada o limitada a una ingesta nutricional, o por falta de educación nutricional), han sido y continúan siendo objetivos primarios en la Salud Pública de cualquier nación.

La importancia de reconocer el cuidado médico preventivo, en vez del tratamiento de condiciones ya diagnosticadas, es vital, para así tener una esperanza de vida mayor. El antiguo adagio “más vale prevenir que tener que remediar” se hace válido y ético, y se concretiza por las implicaciones económicas y de sobrevivencia que conlleva el así hacerlo en poblaciones vulnerables. Es, pues,

vital el dirigirnos a fomentar una conciencia nacional de autocuidado y promover programas de salud preventiva (y curativa en aquellos casos necesarios) para lograr una población más enérgica y centrada hacia los objetivos positivos nacionales salubristas que establezca una nación. Sin embargo, existen múltiples factores limitantes que hacen que esto no se logre tan fácilmente. La posibilidad de manejo inadecuado de fondos destinados a programas gubernamentales de medicina preventiva, la corrupción, la falta de documentación objetiva para lograr decisiones informadas, y las actitudes prejuiciadas que afectan nuestra salud, son algunos de esos factores.

El facultarnos, por medio de la educación sensible, para llevar a cabo decisiones sabias en torno a nuestro status de salud es requisito indispensable para lograr mantenernos saludables. Esto es una meta de carácter ético.

Desigualdades económicas y el acceso a la salud

Lamentablemente, no todas las personas se benefician por igual del cuidado médico existente, ni mucho menos del acceso a información adecuada, en algunos casos considerada hasta privilegiada, por algunos sectores proselitistas. Es generalmente sabido que el acceso a los cuidados de salud está relacionado con el nivel económico y el estrato social al que pertenece un individuo, su educación, su género y hasta su raza. Sabemos, además, que las variables socio-demográficas influyen, positiva o negativamente, en las tasas de sobrevivencia. Por ejemplo, los hispanos que viven en los Estados Unidos mueren de diabetes casi dos veces más que los blancos no hispanos. Aun cuando los hispanos representaron solamente el 11% de la población total en 1996, la tasa de nuevos casos de tuberculosis en esta población se situó en 21% (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2006). Por otro lado, los hispanos tienen tasas de presión sanguínea y obesidad más altas que los blancos no hispanos. De igual forma, hay diferencias entre las poblaciones hispanas mismas. Por ejemplo, mientras la tasa de niños con bajo peso al nacer es más baja en toda la población hispana comparada con la de los blancos, la tasa de nacimientos con bajo peso de los puertorriqueños es 50% mayor que la de los blancos (CDC, 2006). Otro ejemplo lo son los afro-americanos, cuya tasa de mortalidad por enfermedades cardíacas es más de 40%, superior a la de los blancos. Llama la atención que la tasa de mortalidad de todos los tipos de cáncer es 30% más alta entre los afro-americanos que

entre los blancos; en el caso del cáncer de la próstata, dicha tasa es el doble de la de los blancos. La tasa de mortalidad de cáncer de mama entre las mujeres afro-americanas es más alta que la de las mujeres blancas, a pesar de que su tasa de control mamográfico sea casi el mismo. Por último, la tasa de mortalidad del VIH/SIDA es siete veces mayor entre los afro-americanos que entre los blancos; (CDC, 2006).

Los datos anteriores sirven de base para afirmar que es de vital importancia que los profesionales de la salud presten seria atención a las desigualdades existentes en las condiciones de salud. Del hecho de que se reconozca este dato dependerá el que estos profesionales puedan ejercer una influencia benéfica en aquellos grupos socialmente vulnerables que requieren de servicios especializados. Así, se logrará construir una mejor nación con índices de salud más adecuados para todos.

El aumento de condiciones crónico-degenerativas en el siglo XXI consideradas como epidemias de países desarrollados, o en vías de desarrollo, incluye la obesidad, diabetes y cáncer. Todas estas patologías comenzaron a aumentar durante el siglo XX, posiblemente como consecuencia de transformaciones en costumbres alimentarias tradicionales. De hecho, algunas razones adicionales que se señalan están centradas en intereses desarrollados por grandes corporaciones comerciales, que mediante campañas de publicidad, dirigen a las personas a modificar los patrones de consumo dietético y estilos de vida saludable por patrones inadecuados y costumbres insalubres.

Ejemplo de lo anterior lo tenemos en corporaciones comerciales internacionales que mediante anuncios y campañas publicitarias millonarias estimulan el hábito de fumar, el consumo de fórmulas infantiles artificiales sobre la lactancia materna, la ingesta de productos refinados alimentarios y comidas de baja densidad nutricional, dañinas a la salud. La práctica de utilizar aditivos químicos y la gran concentración de grasas en los alimentos, en el contexto de un trabajo competitivo desmedido para lograr la obtención de bienes (elemento principal en sociedades de consumo), no toman en cuenta las consecuencias adversas que estos factores tienen en el bienestar y calidad de vida individual y colectiva. Todo lo anterior influye negativamente en la expectativa y calidad de vida de los ciudadanos de una nación. En cuanto producen daño potencial a la población, se puede afirmar que la situación tiene un carácter anti-ético.

Como es de conocimiento general, la gran mayoría de las patologías crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, cáncer) pueden ser prevenidas y hasta controladas por medidas sencillas de salud pública. La modificación conductual de estilos de vida nocivos a la salud, una educación sensible, y la creación de conciencia sobre las consecuencias de dichas condiciones harían la diferencia, tanto en sobrevivida como en calidad de vida. Por ello, se requiere que se desarrollen programas de educación que estén dirigidos a tomar en consideración tales medidas.

La incorporación de elementos simples como parte de un plan de modificación conductual (por ejemplo, disminuir el consumo de grasas y azúcar refinada) puede tener consecuencias significativas en el aumento de la expectativa de vida de una población. Por ejemplo, un estudio enfocado en cinco factores de estilo de vida en la población perteneciente a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, del Estado de California, hizo un rastreo para determinar si los individuos practicaban el ejercicio regularmente, si eran vegetarianos, si tenían un pasado de fumadores, mantenían un peso saludable, o comían una porción pequeña de nueces cinco a seis veces por semana. Se estudió el impacto de cada uno de estos hábitos en la longevidad, tanto en forma separada como en combinación.

El estudio reveló que la expectativa de vida de una mujer adventista vegetariana de 30 años de edad es de 85.7 años, y de 83.3 años para un hombre Adventista vegetariano. Esto excede las esperanzas de vida de otros californianos por 6.1 años para las mujeres, y 9.5 años para los hombres. Las mujeres Adventistas no vegetarianas, en el grupo tenían una expectativa de vida de 84 años, y los hombres no vegetarianos, 81 años (Adventist News Network, 2006). Esto es solo uno de múltiples ejemplos que se publican en la literatura científica, en la cual se ilustra cómo modificaciones simples tienen serias implicaciones positivas en la sobrevivencia de los sujetos. El 70% de los cánceres se evitarían si la gente dejara de fumar (el cancerígeno más conocido y mortal de todos); si comiera con más fibras; si no se expusiera al sol irracionalmente; si se realizara exámenes rectales y del colon, y se realizara regularmente un examen de mamas y cuello uterino (en el caso de las mujeres) y si se realizara un examen de la próstata en los hombres (Colditz, 2004 & Rodríguez, 2006).

Es importante mencionar que el conocimiento científico está centrado y se materializa en una ideología dominante que es poco flexible al momento de considerar otras concepciones que no sean

las tradicionales, validada por una metodología que se considera como irrefutable por muchos y que responde a una concepción usualmente jerárquica y totalitaria. Para la mayoría de los profesionales de la salud, las posibilidades alternas de tratamiento y manejo de condiciones de salud no pueden darse fuera de lo establecido convencionalmente, algo considerado lamentable por restringir el desarrollo científico. Quizás tal intransigencia, fomentada en muchas de las Facultades de Medicina (no en todas), hace que algunos clínicos/médicos objeten considerar otras posibles opciones alternativas de manejo que no sean los tratamientos convencionales, aun cuando se les demuestre mediante evidencia científica válida lo adecuado de tales alternativas. Esta actitud intransigente hace que rechacen en términos absolutos la gran gama de posibilidades a ser probadas, cerrando incluso oportunidades de mejoría clínica a sus pacientes.

La misma literatura médica, por ejemplo en los EEUU, nos demuestra cómo las terapias alternativas son de uso común por parte de un número creciente de la población (Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Rompay & Kessler, 1998). Más aún, solo como dato interesante cabe señalar que hace más de una década, en el 1990, en los Estados Unidos ocurrieron 425 millones de consultas para terapias no convencionales (quiropáticos, terapias de masajes y otros), es decir, 37 millones más que las consultas realizadas a los médicos de atención primaria en el mismo período (Gutiérrez, 1998). Usualmente uno de los paradigmas dominantes dentro del ámbito médico es que se presume que solo el clínico sabe qué es lo conveniente para el paciente. Esto quizás pueda ser así para un paciente en un estado de emergencia, que no tenga la suficiente información o que presente limitaciones en la comprensión de esa información. Sin embargo, en la medida en que el paciente esté mejor informado y obtenga mayor información, en esa medida puede participar con el profesional que lo atiende en la elaboración del plan de acción e intervención clínica con un mayor grado de satisfacción y de adhesión al plan de tratamiento conjuntamente acordado.

Grandes intereses económicos que afectan la salud pública

Los aparatos de control económico ejercidos por los grandes intereses comerciales hacen que las disparidades sean extremas. Nos quedamos anonadados cuando se informa que los Estados Unidos, por sí solos, podrían alimentar adecuadamente a los 6.000 millones de habitantes que viven hoy sobre la Tierra. Téngase en

cuenta que un niño norteamericano, en promedio, consume anualmente lo que consumen 422 etíopes y que se estima que con sólo el 10% de las inversiones del mundo desarrollado, se podría acabar con los problemas de malnutrición del Tercer Mundo. Más dramático aún, se dice que cada occidental consume y, en consecuencia, ensucia cuatro veces más que cada habitante del Tercer Mundo (Argaya-Roca, 2006).

Es significativo que la riqueza de las 225 personas más acaudaladas en el mundo equivalga a la de la mitad de la Humanidad, y que las tres personas más ricas del mundo superen en conjunto el presupuesto de los 48 países más pobres. Según denunció Alfonso Zumbado (Director Regional del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de América Latina y el Caribe) en su Informe Anual de Desarrollo Humano, en septiembre de 1998, un 20 % de la población del mundo vive aún por debajo de lo que se considera el umbral de la pobreza. Este dato cobra significado moral urgente cuando se informa que los países ricos se gastan anualmente en el cuidado y sostén de sus animales domésticos (como lo son perros y gatos), un montante de 17.000 millones de dólares. Se destaca también la incongruencia ética cuando se informa también que en estos países se gastan otros 12.000 millones de dólares en cosas tales como lo son perfumes y cosméticos (Argaya-Roca, 2006).

¿Es esto ético? Estas cifras cobran mayor trascendencia cuando se sabe que serían suficientes 13.000 millones de dólares para lograr que todos los seres humanos en este planeta tuvieran acceso a unos mínimos servicios de salud requeridos para su bienestar. Si a lo anterior añadimos lo que Argaya-Roca (2006) señala, el 40% de la humanidad ha de valerse con tan sólo el 3.3% de los recursos, mientras el 20% del planeta consume el 82.7% y, lo que es más escandaloso, produce simultáneamente el 80% de la contaminación, tenemos que reconocer que la repartición capital existente a nivel mundial es definitivamente indigna e injusta. Los datos anteriores sugieren que si a nivel global se planteara la necesidad de una distribución justa de la riqueza y de las oportunidades, se podría mejorar significativamente la expectativa de vida y la calidad de civilización de las diferentes naciones que configuran el Planeta Tierra.

En un mundo en que el proceso de globalización pretende generar cambios inmediatos, sobre todo, en áreas en que el conocimiento y la divulgación de ese conocimiento, vía medios masivos de comunicación se propaga en forma vertiginosa; es

necesario reconocer y evaluar aquellos procesos beneficiosos centrados en la globalización. Un ejemplo de lo anterior lo podemos ilustrar cuando se desarrollan espacios intelectuales en los que se propaga un conocimiento catalogado por algunos como “reaccionario”. El fenómeno de la globalización, entendido como un fenómeno abierto, propicia que se generen espacios de deliberación crítica, de los cuales pudieran surgir transformaciones sociales posteriores y que se reten o desmantelen paradigmas hasta ese momento aceptados. Es muy probable que el mismo proceso de globalización logre el que se pueda fomentar o no una visión crítica que, dependiendo del proceso histórico-social vivencial del sujeto que reciba la información, hace que éste reaccione en diferentes formas: acepte/defienda lo que se informa, lo rechace o argumente como falso, o hasta lo comience a transformar según los marcos ideológicos que tenga. De allí que el constructo salud (su definición, el cómo mantenerla y cómo detectar aquellos factores que la limitan) sea defendida por intereses económicos, los cuales no desean ningún tipo de interferencia.

La perpetuación del control y la influencia económica que se genera desde esta perspectiva hace que sean unos pocos los que puedan “manejar” la salud. Esto se nota cuando en un equipo interdisciplinario, uno de los profesionales de ese grupo cuestiona el hecho de quién es el que tiene mayor conocimiento o peritaje para tomar una decisión. Con frecuencia, en un equipo interdisciplinario se toman decisiones sin reconocer la aportación potencial y la pericia de cada miembro del grupo para contribuir al bienestar del sujeto que está buscando ayuda. La necesidad de manejo multidisciplinario e interdisciplinario es actualmente una necesidad básica, si hemos de ser exitosos en trabajar con la salud de un pueblo. Pero para que eso ocurra hay que revisar el paradigma exclusivamente biomédico.

Manipulación de información y resistencia al cambio

La medicina, como disciplina, se centra, al igual que otras áreas del conocimiento, en paradigmas que son defendidos por sus practicantes. Según Kuhn (1970), cuando se comienzan a cambiar tales paradigmas, si bien es cierto que emergen a pesar de todos los obstáculos, la misma comunidad científica muestra resistencia férrea, al grado de tratar de suprimirlos en no muy pocos casos. La medicina, y el conocimiento científico que ésta maneja, no es una excepción en su actitud ante los cambios de paradigma. Promover una nueva perspectiva, un nuevo método que rompa la hegemonía de grupos establecidos, hará la vida un tanto difícil a quienes lo

promuevan inicialmente. Los estándares médicos en los que se basa el manejo terapéutico son continuamente cambiantes, y por lo tanto, no podríamos decir “es que existe una sola forma convencional e inapelable de tratar las múltiples patologías y problemas que afectan a la humanidad”. De hecho, apenas un 2% de la humanidad tiene acceso continuo y rápido a facilidades médicas, lo cual hace que por necesidad se busquen alternativas para el manejo de condiciones, con o sin éxito. Tenemos, pues, que los estándares médicos también son motivo de cambios y reto; tienen que serlo en función de los adelantos científicos y de la sensibilidad humana. Sin embargo, cabe preguntarse si la atención médica y la forma en como se proveen tratamientos, aun con los más avanzados medios y métodos disponibles, son infalibles. La respuesta es un rotundo “no”. Para proveer evidencia de lo anterior, mencionamos algunos datos provistos por Gutiérrez (1998) en lo que consideramos un escrito genial:

En los hospitales americanos ocurren entre 2.000 y 3.000 muertes semanales relacionadas con tratamientos médicos, siendo en un año las muertes ocasionadas por problemas médicos tres veces más que los americanos que murieron en la guerra del Vietnam y más de cuatro veces que las muertes ocasionadas en accidentes de tráfico, estimándose que, aparte de las muertes, los tratamientos médicos lesionan 1.300.000 personas adicionales.

Más aún, nos señala el mismo autor,

Como las reacciones adversas a los medicamentos son tema para muchos análisis en diferentes investigaciones, entre ellas la que realizó David Bates, en dos hospitales de Harvard, en que concluyó que las reacciones adversas prevenibles tienen un costo extra de 2.8 millones de dólares al año en un solo hospital de docencia, grande y sofisticado. Otros investigadores demostraron que los efectos adversos aumentaron las hospitalizaciones en un promedio de dos días, con un costo cercano a \$2,300 por caso.

Por último, nos dirige a pensar críticamente y a reflexionar cuando escribe lo siguiente;

¿Cuánto dinero cuestan los exámenes mal indicados o innecesarios?, ¿cuánto, aquellos indicados por inseguridad del médico?, ¿cuánto, los generados por la medicina defensiva?, ¿cuánto, los que son indicados por ignorancia de algunos pocos profesionales que no conocen las indicaciones o limitaciones de muchos procedimientos?, o ¿cuánto valen aquellos que se realizan con fines netamente comerciales porque el profesional tiene intereses directos

en inversiones que ha realizado en equipos de diagnóstico? Cuánto cuestan las cirugías innecesarias y cuánto los errores médicos. En fin, ¿cuánto vale la mala medicina?

¿Llega la anterior información al conocimiento público? Sabemos que quien maneja la accesibilidad a fuentes de información tiene en sus manos un gran poder, y quien la restringe selectivamente para fortalecer y avanzar intereses particulares, puede tener aún mayor control. ¿Quién puede cuestionar los grandes intereses corporativos económicos, si son los que proveen los fondos para múltiples y selectivos medicamentos y procedimientos? ¿Se tiene acceso a la totalidad de la información necesaria para evaluar en forma adecuada la protección y el bienestar de pacientes? ¿A quiénes se les puede cuestionar qué tipo de investigación clínico/médica y qué tipo de intereses promueven las investigaciones y bajo qué criterios, sobre todo, cuando puede no haber elementos para controlar y monitorear los posibles efectos adversos que puedan sufrir los pacientes, o peor aún, manipular resultados? ¿A determinadas corporaciones farmacéuticas multinacionales que velan por sus intereses capitalistas, a las Universidades que reciben fondos de éstas y por los cuales compiten, o a los médicos que son subsidiados por intereses privados? ¿Habrá intereses creados en uno y otro lado?

El análisis en la literatura médico-ética sugiere la necesidad de desarrollar y alentar la reflexión crítica sobre las condiciones en que se hacen muchas de las investigaciones y los mecanismos utilizados para subsidiarlas. Los intereses económicos actuales creados y desarrollados por el manejo capitalista de una economía globalizada son de tal magnitud, implacables e inhumanos en algunos casos, que parece no importarles las consecuencias negativas en nuestras comunidades, lo importante es ganar cada vez más, sin importar los efectos nocivos que pueda generar tal explotación.

Igualmente tenemos retos éticos muy grandes relacionados a las coberturas de los planes médicos. ¿Es ético que un paciente que fuma y que tenga un plan médico subsidiado con fondos del gobierno disfrute de la misma cobertura de medicinas para el asma y la hipertensión que pacientes no fumadores? Para contestar esta pregunta hay que tomar en consideración que el paciente con su conducta está contribuyendo directamente a sus problemas de salud, por no decir también a la de otros que están a su lado. Ello plantea la necesidad de valorar las conductas de riesgo del asegurado como parte del proceso de asegurarlo, así como de crear programas que incentiven mejores estilos de vida. Consideramos que éticamente la contestación debe ser

“sí”; sin embargo, no pocos argumentarían lo contrario. La pregunta está todavía en debate y genera grandes controversias.

Ética médica: la responsabilidad con el paciente y la integración del conocimiento

Con demasiada frecuencia ocurre que un paciente con una condición médica seria recibe un golpe adicional de quien menos debiera: su médico. La responsabilidad del médico es guiar al paciente para favorecer las condiciones físicas, mentales, emocionales y espirituales necesarias para la adaptación, recuperación o sanación del paciente. El campo de la psiconeuroinmunología, que estudia las interrelaciones entre la conducta y los sistemas nervioso central, el endocrino y el inmune, ha establecido importantes influencias y confluencias entre las diferentes dimensiones del ser humano, con repercusiones trascendentales en la relación entre el estrés, las emociones y la salud. El hecho de que la medicina convencional haya concluido que no tiene soluciones para una condición en específico, no autoriza al médico a negarle la esperanza al paciente que padece la condición.

En una sociedad extremadamente legalista y contenciosa no es raro escuchar que un médico “no debe ofrecer falsas expectativas”. Lamentablemente, esto se entiende como que lo mejor es no ofrecerle esperanza alguna. Un ejemplo de esto ocurre con los pacientes de cáncer, especialmente cuando éstos se interesan en terapias no convencionales que pueden ser de ayuda. Optar por terapias no-convencionales no implica tomar al paciente como “conejiillo de indias”, pues, aun en terapias experimentales evaluadas desde la perspectiva del paradigma convencional, existe la obligación ético-legal de salvaguardar el bienestar del paciente. Es paradójico el hecho de que algunos clínicos, aun sabiendo que los tratamientos que ofrecen son altamente tóxicos en algunos casos, o muy costosos, y que no pueden garantizar su efectividad, alegan que por razones éticas no pueden administrar una terapia no convencional, no tóxica, y generalmente de costos bajos, aun cuando todos los elementos científicos indican que la misma puede ser de ayuda. Aun cuando algunas de estas alternativas hayan sido estudiadas con rigurosidad científica, el clínico opone resistencia a terapias alternas por el solo hecho de que no han sido incluidas en las guías médicas como “terapia estándar”. Por razones éticas, no se le debe negar al paciente una alternativa que representa una posible oportunidad para mejorar su salud sin un gran costo económico y con un nivel de seguridad adecuado, de conformidad

con los parámetros científicos establecidos. Cabe mencionar que, en países europeos y asiáticos la práctica de la medicina incluye elementos considerados en Occidente como “no convencionales”, los cuales no requieren autorización médica para administrarlos. Por ejemplo, la acupuntura ha sido regulada en Puerto Rico por el Tribunal Examinador de Médicos, limitando su práctica solo a aquellos médicos licenciados, pero en Asia, y aun en algunos estados de la Unión Americana, existen profesionales de la salud no médicos, que pueden aplicarla.

Otro ejemplo particular, es el caso de la vitamina C (ácido ascórbico) como agente anti-oncogénico y anti-colesterolémico (González, 2005; Riordan, 2005; Rodríguez & González, 1991). Muchos galenos, no solo no conocen la literatura científica sobre su seguridad y efectividad, sino que no se interesan en conocerla. Si ejercieran su responsabilidad a cabalidad y con mayor prudencia intelectual no podrían prejuzgar terapias que no conocen, y estarían más interesados en explorar los avances de paradigmas que podrían brindar nuevas esperanzas en su área.

Conclusión

Necesitamos grandes transformaciones sociales para fomentar mejores condiciones de salud en nuestras poblaciones, esto debe ser una meta ética transnacional. Todos los sectores de nuestra sociedad tienen que participar. Los paradigmas dominantes que restrinjan el desarrollo de las ciencias, entre ellas aquellas asociadas a la salud, deben comenzar a ser reevaluados sin ningún temor, reconociendo que el proceso de evaluación requiere de tiempo y de cambio de actitudes. Los cambios de actitudes se pueden generar cuando hay una conciencia reflexiva que produzca a su vez un cambio en la conducta. El deseo de querer transformar múltiples realidades en el área de la salud nos obliga a adoptar planes estructurados con adecuadas prioridades, debidamente organizados y dirigidos a satisfacer las necesidades de salud de nuestro pueblo.

El liderato del gobierno y de otros sectores de la sociedad civil debe unirse en una política pública salubrista, que envíe un mensaje uniforme, a través de campañas educativas que comiencen en los sectores infantiles-elementales y continúen hasta las instituciones universitarias. Los medios de comunicación masivos deben ayudar con campañas publicitarias que motiven a las personas a cuidar su salud. Los sectores legislativos deben promover acciones afirmativas para mejorar la salud pública del

pueblo, promoviendo un balance justo en las oportunidades de servicios de salud, que no dependa de la fuerza económica de intereses económicos particulares. La medicina tiene que recuperar su vocación y práctica humanista, en la cual la meta principal es el bienestar del paciente, sin sucumbir ante aquellos factores económicos que tratan de controlarla y manipularla.

Lo anterior implica que el tratamiento médico debe ir de lo más simple a lo más complejo e invasivo, reconociendo y permitiendo que los mecanismos de reparación y homeostasis del cuerpo logren un retorno al estado saludable. También implica disciplina de ir a la raíz del problema, lo cual a menudo es complejo porque, contrario a prescribir y tomarse un medicamento diario (que es algo relativamente simple), el médico tendría la responsabilidad de hacer una evaluación mucho más comprensiva, la que muchas veces no se hace por falta de tiempo. Sin lugar a dudas, este tipo de evaluación traería importantes consecuencias en términos económicos que no todos desean afrontar. El paciente, a su vez, tendría la responsabilidad de hacer cambios en su estilo de vida.

La visión actual que predomina en el mundo cosmopolita y globalizado es una donde se quieren soluciones rápidas y simples. Cada vez se vive con más intensidad, y será un gran reto para la sociedad moderna lograr una transformación del ciudadano para fomentar una cosmovisión de mayor sosiego, donde: se desarrollen los recursos del manejo exitoso del estrés, se promueva la práctica adecuada del ejercicio, se disminuya el consumo de tóxicos, se mejore la calidad de la alimentación, y se promueva la suplementación científica fundada.

Las fuerzas económicas que controlan y dirigen la práctica clínica de diferentes sectores de la salud son los usufructuarios de los paradigmas existentes. Las grandes industrias tienen el poder económico para influir en las esferas del gobierno, la educación y la práctica de la medicina. En ese contexto, es preocupante la falta de un balance en cuanto a la distribución de dinero para la investigación en terapias alternativas, y la escasa diseminación de la información en torno a los avances en productos -como ciertos nutrientes- que no tienen patentes, pero que han demostrado su utilidad científica en múltiples patologías. El control de la publicidad, incentivos industriales, comerciales y personales, y la educación son áreas que necesitan mucha atención. Los complejos farmacéuticos centran mucha de su investigación en lo que serán productos “económicamente rentables”, entendiéndose que si no se

le ve una posible comercialización al producto, no necesariamente se continuará con la investigación de éste, independientemente de la importancia que pueda tener para un determinado grupo de pacientes, sobre todo, si el grupo es considerado como uno “desechable, marginado o desviado”. La constante del interés económico se observa en otros campos de la tecnología: no es casual, por ejemplo, que tengamos ya inversionistas comprando acciones en pequeños laboratorios que están experimentando con nanotecnología, reconociendo que dicha tecnología será vital en el futuro manejo de patologías como es el cáncer y la diabetes.

Si queremos continuar cosechando logros en cuanto a las expectativas de vida, y mejorar la calidad de vida de los miembros de nuestra sociedad, no podemos solamente pretender descansar en nuevas tecnologías y descubrimientos científicos. Es menester lograr estructuras mejor balanceadas, especialmente, entre las fuerzas socio-económicas y las políticas de salud pública, comprometiendo a las industrias, los comercios y los individuos para que puedan desarrollar una conciencia pro-social. Las acciones sociales eficaces para generar la concienciación necesaria para lograr modificar los paradigmas dominantes, previamente presentados en este trabajo, deben formar parte de la agenda de la sociedad civil. La educación, la legislación y la discusión pública, incluyendo la presión pública que pueda hacer un pueblo en estos asuntos, son vitales para un plan exitoso que influya en la calidad de vida de las naciones. El elemento liberador y emancipador que se genera al hacer concientes a otros sobre la necesidad de reconocer alternativas útiles científica y éticamente válidas, debe promoverse mediante una sabia y juiciosa discusión crítica. La ética hipocrática y la ética social así lo exigen. Ésta debe ser una de nuestras metas en el área de Salud Pública.

*“Más vale una onza de prevención que una libra de cura”
Benjamín Franklin*

REFERENCIAS

- Adventist News Network. 2006. “Study Links Adventist Lifestyle with Longevity”. <http://news.adventist.org/data/2001/06/09953757/index.html>. en. Retirado el 30 de abril de 2006.
- Argaya-Roca, M. 2006. “El aborto como método de explotación capitalista”. <http://www.aciprensa.com/aborto/explotacion.htm>. Retirado el 28 de abril de 2006.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Report. 2006. <http://www.cdc.gov/az.do>. Retirado el 28 de abril de 2006.

- Colditz, G.A. 2004. "Modifiable Risk Factors for Cancer". *British Journal of Cancer*, Jan 26, 90(2): 299-303.
- Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. & Kessler, R.C. 1998. "Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow-up National Survey". *Journal of the American Medical Association*, Nov. 11, 280 (18): 1569-75.
- Esguerra-Gutiérrez, R. "El médico para el nuevo milenio". *Medicina*, 20(2). <http://www.encolombia.com/medicina/academecina/20248.htm>. Retirado el 28 de abril de 2006.
- González M.J., Matos M.I. and Miranda-Massari J.R. 2000. "Ethical Issues in Nutritional Sciences for the Next Century: Nutrition Research and Counseling on Nutraceutical Supplementation and Disease". *PR Health Sci J.* 19: 161-163.
- González M.J., Miranda-Massari J.R. et al. 2005 Nutritional Oncology Review: Ascorbic Acid and Cancer: 25 Years Later. *Integr. Cancer Ther.* 4:32-44.
- González M.J., Rivera Gutiérrez R., and Rodríguez, M.H. 2000. A Commentary on the Role Nutrition in Public Health History. Lessons for Prevention and Health Reform. *Biomedicina* 3:515-516.
- Kuhn, T.S. 1970. *The Structure of Scientific Revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Navarro, V. & Shi, L. 2001. "The Political Context of Social Inequalities and Health". *Social Science & Medicine*, 52, No. 3, 481-491.
- National Institutes of Health (NIH), National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) 2006 <http://nccam.nih.gov/health>. Retirado el 8 de mayo de 2006.
- Oeppen, J. and Vaupel, J.W. 2002. "Broken Limits to Life Expectancy". *Science*; 296:1029-31.
- Riordan, H.D., Casciari, J.J., González, M.J., Riordan, N.H., Miranda-Massari, J.R., Taylor, P. and Jackson, J.A. 2005. A Pilot Clinical Study of Continuous Intravenous Ascorbate in Terminal Cancer Patients. *PR Health Sci J.*;24:269-76.
- Rodríguez, J.R. & González, M. 1990. "Hacia una vision médica futurista: Nutrición y dietoterapia preventiva". *Hospitales*, 23: 9-11.
- Rodríguez, J.R. & González, M. 1991. "Treatment of Hypercholesterolemia with Vitamins E, C and Lecithin: A Case Report". *J. of Orthomolecular Medicine*, Vol. 53, No. 2, 78-80.

DATOS BIOGRÁFICOS DE LOS AUTORES

Jorge R. Miranda-Massari, Farmacéutico Clínico, es catedrático del Recinto de Ciencias Médicas y licenciado en farmacia. Tiene un Bachillerato en Biología y otro en Farmacia. Posee un Doctorado en Farmacia del Philadelphia College of Pharmacy and Science y un post Doctorado en Farmacocinética, Clínica de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Ha completado preparación postgrado en Cuidado Farmacéutico Nefrológico de la Universidad de Pittsburgh y otro en Anticoagulación, Clínica del Medical College of Virginia. Es autor de numerosas publicaciones científicas incluyendo editoriales, artículos de revisión y resultados experimentales en revistas científicas arbitradas. Es consultor del "Center for the Improvement for the Human Functioning" en Wichita Kansas. Es, además, creador y coordinador del primer curso interdisciplinario de Medicina Integrativa en Puerto Rico: "Prácticas

Complementarias en la Salud y Sanación: Un Enfoque de Medicina Integrativa” y del Practicum Avanzado en Medicina Integrativa.

José R. Rodríguez, MD, MPH, PhD, investigador y epidemiólogo; fue un becado de los Institutos Nacionales de Salud Mental de los EEUU en Fordham University, recibiendo adiestramiento formal en metodología de investigación cualitativa y cuantitativa. Ostenta el status de “Fellow” de la “American Academy of Experts in Traumatic Stress”; siendo también diplomado por la “American Board of Psychological Specialties”. Al presente es consultor en investigación de varias entidades nacionales e internacionales. Es autor de dos libros y numerosas publicaciones en revistas profesionales arbitradas en las áreas de ciencias médicas, sociología y psicología. Sus intereses se centran en áreas como lo son gerontología, salud mental, nutrición, espiritualidad y medicina orthomolecular.

Dr. Michael J. González, Bioquímico, es catedrático del Recinto de Ciencias Médicas. Tiene Bachilleratos en Biología y Química. Posee una Maestría en Biología Celular y Biofísica, y otra Maestría en Nutrición y Salud Pública. Posee además un Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Lafayette, y otro Doctorado en Bioquímica Nutricional y Biología del Cáncer de la Universidad del Estado de Michigan. Completó una preparación Postdoctoral en Geriatria en el Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. El Dr. González es un miembro electo del Colegio Americano de Nutrición, y autor de más de 100 publicaciones científicas. Pertenece a Juntas Editoriales de varias revistas científicas tales como Biomedicina, el “Journal of Orthomolecular Medicine” y “Alternative Medicine Reviews”. También ha trabajado como consultor para varias compañías, donde ha sido responsable de la formulación de varios suplementos y productos farmacéuticos.

Los doctores González y Miranda-Massari son pioneros en el desarrollo de quimioterapia no tóxica para cáncer. Su trabajo con vitamina C como agente anticáncer, ha sido recientemente confirmado por el NIH. Ellos publicaron el primer estudio clínico de seguridad, utilizando altas dosis de vitamina C intravenosa en pacientes con cáncer terminal. También, publicaron el artículo de revisión más completo sobre vitamina C y cáncer, como un seguimiento al trabajo del ganador de dos premios Nobel, el Dr. Linus C. Pauling. Son creadores de un Proyecto de Investigación, Educación y Servicio, llamado *InBioMed*. El proyecto de investigación principal es en cáncer y su nombre es *REC�AC II*, el cual se dirige al desarrollo de un protocolo no-tóxico para tratar el cáncer. El proyecto de educación tiene una fase dentro de la universidad y un programa de educación continuada para profesionales, al igual que educación al público general. El área de servicio incluye consultoría corporativa y el manejo problemas clínicos.