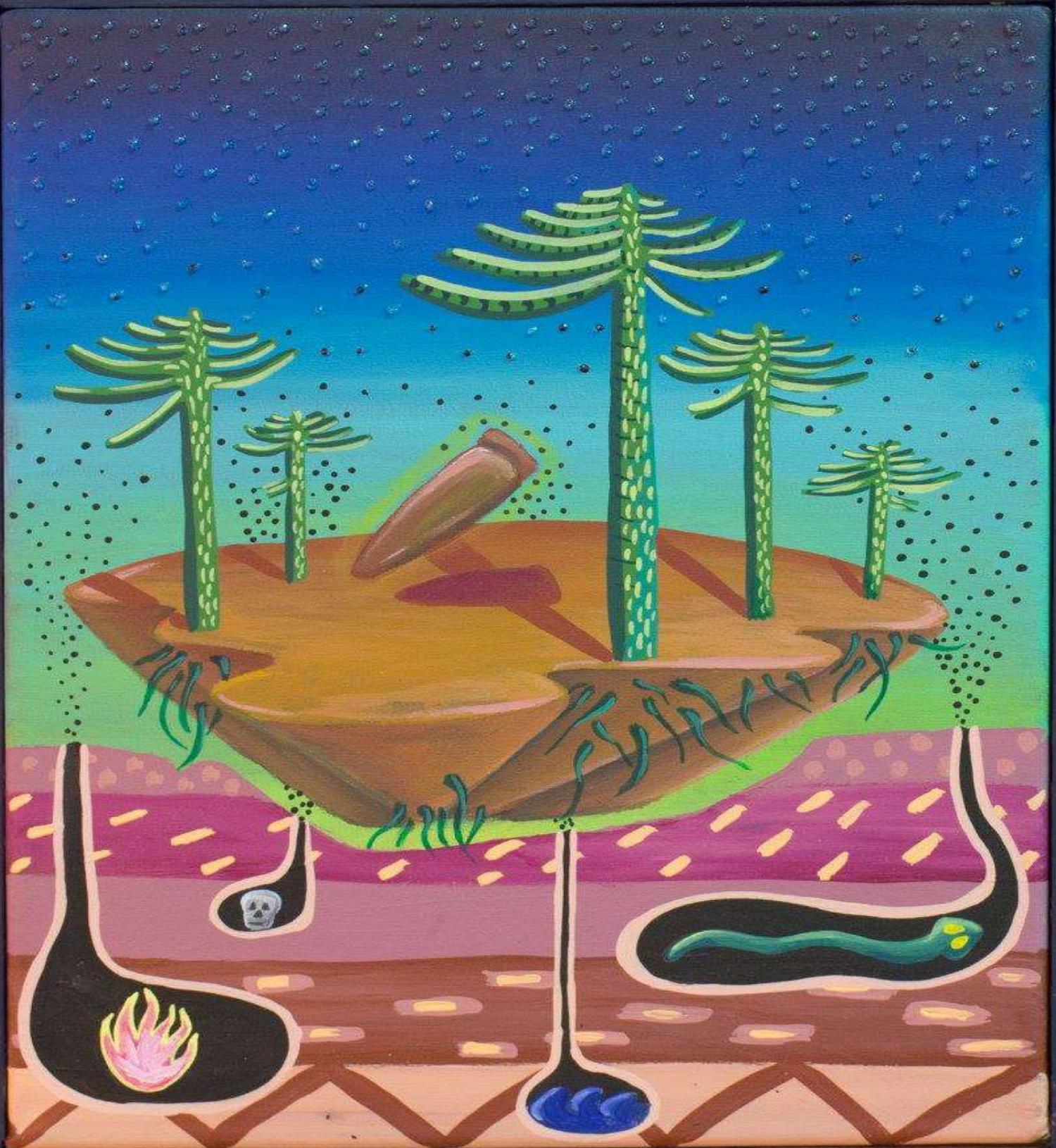


Revista Patagónica de Bioética

Año 3, No. 6





Equipo Editorial

Directora

Andrea Macías

Editoras

Nadia Heredia

Jorgelina Villarreal

Secretaría General

Silvana Rojas

Editorxs Asociadxs

Marcela Fontana

Santiago Hasdeu

Luis Justo

Laura Lamfré

Rubén Monsalvo

Mónica Opezzi

Marcela Olivero

Andrea Peve



Información sobre la Revista

Publicada desde el año 2014 por la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

ISSN 2408-4778

Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no representan, necesariamente, el punto de la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

Revista Patagónica de Bioética

Publicación semestral on-line

Año 3, No. 6

Directora: Andrea Macías

Editoras: Nadia Heredia

Jorgelina Villarreal

E-mail: bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com

Diseño de Tapa: Artista: Gastón Pereira (2016) Territorio Sagrado [Acrílico s/ tela, 30 x 40 cm.] Recuperado de <https://www.facebook.com/gastonpereiranqn/>



Licencia Creative Commons BY/NC/SA

Se puede reproducir el material citando el origen, sin fines comerciales y sin modificaciones.

Dirección de Bioética e Investigación

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Provincia de Neuquén

(0299) 449 5590 - 4495591 int. 7550

Av. Antártida Argentina 1245, Edif. CAM 3 - CP 8300- Neuquén Capital

Provincia de Neuquén



Sumario

Nota de las Editoras..... 4

Artículos inéditos

El consentimiento informado del sujeto de investigación pediátrico a la luz de las disposiciones del art. 26 del Código Civil y Comercial argentino

María Susana Ciruzzi..... 6

Salud y sexualidades masculinas en clave de género ¿Los varones son sujetos de políticas sanitarias?

Mónica Opezzi, María Carlota Ramírez..... 19

Desde el acceso abierto

El trabajo en el campo de la salud: ¿modelos artesanales o industriales?

Hugo Spinelli..... 29

Artículos Becas SISNe 2013

Detección de factores de riesgo cardiovascular y riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el personal del Hospital Bouquet Roldan, de la ciudad de Neuquén, año 2014. Estudio descriptivo transversal, analítico y comparativo.

Romina Laura Luján..... 48

Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en la población usuaria del Subsistema Público de Salud en Junín de los Andes.

Juan Ignacio Remy, Fabiana Natalia Lutz, María Soledad Pallazolo..... 60

Reseña

“El origen de la bioética como problema” de Manuel Jesús López Baroni.

Andrea Laura Macías..... 76

Vínculos a materiales escritos, videos, textos diversos 80

Instrucciones para las/os autores/as.....81



Nota de las Editoras

Estimadxs lectorxs: compartimos con ustedes la gran alegría de la publicación del número VI de la Revista Patagónica de Bioética. Con algunas novedades, este número representa el inicio de una nueva etapa editorial de la Revista. Nuestro querido compañero, Luis Justo, no podrá acompañarnos como editor, lamentablemente, por motivos de salud. Es por esa razón que quienes suscriben, Jorgelina Villarreal¹ y Nadia Heredia², seremos quienes conformaremos la coordinación del nuevo equipo editorial.

Intentaremos dar continuidad al serio trabajo iniciado ya desde hace cuatro años y profundizar el esfuerzo para promover una agenda en torno a temas del ámbito de la Bioética con enfoque crítico, patagónico y latinoamericano.

En este número encontrarán dos artículos originales escritos para la revista: **"El consentimiento informado del sujeto de investigación pediátrico a la luz de las disposiciones del art. 26 del Código Civil y Comercial argentino"** en donde la Dra. **María Susana Ciruzzi** analiza de forma minuciosa y desde la perspectiva de la bioética, las implicancias de las recientes modificaciones del Código Civil y Comercial Argentino -en especial el artículo 26 del mismo- para el Consentimiento Informado en Investigaciones Pediátricas; y el artículo **"Salud y sexualidades masculinas en clave de género. ¿los varones son sujetos de políticas sanitarias?"** en donde las Licenciadas **Mónica Opezzi y María Carlota Ramírez**, desde un abordaje de género dan cuenta cómo los mandatos y estereotipos que operan de modo matricial en los procesos de construcción de las subjetividades y corporalidades de los varones, influyen en el abordaje de los problemas de salud de los mismos, muchas veces de forma negativa. En nuestra sección **Desde el acceso abierto** y gracias a la amable predisposición de su autor, ponemos a disposición de nuestrxs lectorxs el artículo **"El trabajo en el campo de la salud: ¿modelos artesanales o industriales?"** del Dr. **Hugo Spinelli**, en dónde examina distintas modalidades de trabajo de campo en las investigaciones en salud y profundiza sus implicancias para las prácticas de salud y para la sociedad toda. Continuamos con nuestro espacio para la presentación de informes de las **Becas SISNe**, en esta oportunidad presentando los trabajos de **Romina Laura Luján "Detección de factores de riesgo cardiovascular y riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el personal del Hospital Bouquet Roldan, de la ciudad de Neuquén, año 2014. Estudio descriptivo transversal, analítico y comparativo"**, y de **Juan Ignacio Remy, Fabiana Natalia Lutz, María Soledad Pallazolo**, titulado

¹ Lic. en Antropología. Docente área Investigación FACE, UNCo.

² Lic. en Filosofía Práctica. Docente área filosofía de la educación FACE, UNCo.



"Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en la población usuaria del Subsistema Público de Salud en Junín de los Andes."

Esperamos sus aportes, contribuciones y sugerencias. Les deseamos una buena lectura de este nuevo número y compartimos con ustedes el deseo de un buen año para todxs.

Jorgelina Villarreal y Nadia Heredia





El consentimiento informado del sujeto de investigación pediátrico a la luz de las disposiciones del art. 26 del código civil y comercial argentino

Dra. María Susana Ciruzzi³

Resumen

El Consentimiento Informado Pediátrico a través de la interpretación del artículo 26 del Código Civil y Comercial Argentino.

Este artículo analiza y discute las interpretaciones legales de Consentimiento Informado en Investigaciones Pediátricas, siguiendo la modificación introducida por el nuevo Código Civil y Comercial Argentino, en relación con el concepto de autonomía progresiva o la doctrina de maduración menor. Presentaremos una perspectiva crítica cuestionando algunas interpretaciones que tienden a interpretar que una persona por debajo de los 18 años de edad, especialmente entre 13 y 18 años de edad, podrían dar consentimiento informado para ser sujetos de investigación y creer que esta discusión es solamente acerca de la categoría en la que caiga la investigación, si la investigación Pediátrica podría ser considerada como "tratamiento invasivo o no invasivo".

Palabras Clave. Consentimiento informado, Principio de Mejor Interés, Autonomía Progresiva, Investigación en Pediatría, Tratamiento Médico.

ABSTRACT

Informed Consent in Pediatrics through the interpretation of art.26 of the Argentine Civil and Commercial Code.

This article will analyze and discuss the legal interpretation of Informed Consent in Research in Pediatrics, following the modification introduced by the new Argentine Civil and Commercial Code, in relation with the concept of progressive autonomy or mature minor doctrine. We'll present a critical

³Doctora de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Abogada y Especialista en Derecho Penal (UBA). Especialista en Bioética (FLACSO). Docente e Investigadora UBA. Miembro del Comité de Ética del Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Miembro del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari.



perspective questioning some interpretations that tend to understand that a person under 18 years old, especially between 13 and 18 years old, could give informed consent to be a research subject and believe that discussion is only about the category in which research falls into, whether research in Pediatrics could be considered as "invasive or non invasive treatment".

Key Words: INFORMED CONSENT, BEST INTEREST PRINCIPLE, PROGRESSIVE AUTONOMY, RESEARCH IN PEDIATRICS, MEDICAL TREATMENT

Comenzamos este comentario con un aforismo de Jean Bernard que expresa, de manera evidente, un conflicto moral característico de la investigación biomédica. *«La experimentación es moralmente necesaria. Sin ella nunca se habrían obtenido los conocimientos que hoy permiten comprender y controlar los procesos patológicos y, por lo tanto, salvar vidas y evitar catástrofes humanitarias que enfermedades como, por ejemplo, la gripe, la peste o la sífilis -consideradas hoy casi triviales- podían haber provocado en civilizaciones enteras. La finalidad de la investigación biomédica es generar un conocimiento universal, reproducible, en el que se puedan basar estrategias diagnósticas, terapéuticas y preventivas fiables y eficaces. Sin embargo, la experimentación con personas es necesariamente inmoral. Para llevarla a cabo es preciso instrumentalizar a individuos concretos, es decir, tratarlos como medios para fines -la ciencia, la sociedad, el beneficio de la mayoría- que a menudo le son ajenos»*⁴.

Se entiende por investigación a *«un tipo de actividad que incluye el desarrollo, los ensayos y las evaluaciones que contribuyen a la obtención de un conocimiento generalizable»*⁵.

La finalidad de una investigación clínica es verificar una hipótesis acerca de la eficacia de una intervención biomédica, ya sea su objetivo diagnóstico, pronóstico, terapéutico o paliativo. Por su parte, el ensayo clínico es un tipo de experimentación biomédica cuyo objeto es probar la eficacia de un determinado tratamiento o droga mediante su administración a un sujeto o a un grupo de sujetos⁶. Los ensayos clínicos no comienzan en seres humanos sino que siempre son precedidos por lo que se conoce como "investigación básica o preclínica", que se desarrolla generalmente en dos etapas: la investigación en laboratorio y la investigación con animales. Recién aprobada esta fase, el ensayo clínico propiamente dicho se inicia, estructurándose en 4 fases:

⁴ RODRIGUEZ-ARIAS, David, MOUTEL, Grégoire y HERVÉ, Christian: *Ética y experimentación con seres humanos*. Colección *Ética Aplicada*. Desclée de Brouwer SA. Bilbao, España, 2008.

⁵ Federal Policy for the protection of human subjects. Notices and rules: 28001-28032.

⁶ RODRIGUEZ-ARIAS David, MOUTEL, Grégoire y HERVÉ, Christian.- op.cit.



a) La Fase I se lleva a cabo en un grupo de voluntarios sanos. Los objetivos de esta etapa son: estimar la toxicidad de la nueva sustancia y determinar las dosis que el ser humano puede tolerar.

b) La Fase II se lleva a cabo con un reducido número de enfermos. Su objetivo es: confirmar la eficacia terapéutica de la sustancia y evaluar la relación riesgo/beneficio que presenta. También se analiza el mejor medio para administrar la sustancia en estudio.

c) La Fase III incluye a un gran número de pacientes que padezcan la enfermedad en estudio.

Se divide a los sujetos de investigación en dos grupos (activo y de control) de manera aleatoria. La mayoría de las veces, ni los sujetos de investigación ni el propio investigador conoce a cuál grupo pertenece cada paciente (doble ciego). El grupo activo recibe la sustancia o tratamiento en estudio, el grupo control, un placebo (sustancia inocua) o tratamiento estándar cuando éste existe. La administración de placebo solo está justificada cuando no existe ningún tratamiento o sustancia de eficacia comprobada para el tratamiento o patología en estudio. El objetivo de esta fase consiste en demostrar la actividad terapéutica del medicamento, determinar las características de los pacientes que se van a beneficiar en particular, apreciar la necesidad de adaptar las dosis a cada tipo de paciente, estimar la duración óptima del tratamiento e identificar sus interacciones con otros medicamentos.

d) La Fase IV se corresponde con la denominada fase de "farmacovigilancia". En ella se controlan los efectos a largo plazo del tratamiento no validado, a fin de detectar sus posibles efectos secundarios y confirmar la validez del proceso anterior.

Finalizadas estas cuatro etapas, la autoridad de contralor aprobará el nuevo medicamento o terapéutica ensayada, pudiendo el mismo ser aplicado a nivel asistencial.

La investigación clínica está gobernada por normas internacionales, nacionales y locales. Dentro de las primeras, encontramos -principalmente- la Declaración de Helsinki en sus distintas versiones y las Normas CIOMS 2002. En las segundas, tenemos la Disposición de la ANMAT N° 6677/10 sobre Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en Estudios de Farmacología Clínica; la Disposición N° 1480/11 también del ANMAT; Ley 11.044 Provincia de Buenos Aires sobre Protección a las Personas que participan en la Investigación Científica, y su Decreto Reglamentario 3385/08 y la Ley 3301 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por su parte, la Pauta 1 CIOMS 2002 dispone que «*La justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas. La investigación puede justificarse éticamente solo si se realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos de esa investigación, sea justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se*



realiza. Además, como la investigación sin validez científica no es ética, pues expone a los sujetos de investigación a riesgos sin posibles beneficios, los investigadores y patrocinadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente».

Asimismo, todas las normas, nacionales e internacionales que regulan la investigación científica, imponen la autorización brindada por un Comité de Ética. A punto tal es requisito indispensable que las decisiones de un Comité de Ética de la Investigación en orden a la evaluación de un protocolo son vinculantes, a diferencia de las recomendaciones de un Comité de Ética Clínica, las cuales no resultan obligatorias para el equipo tratante.

Es entonces dentro de este marco de referencia que analizaremos si la disposición del art. 26 del Código Civil y Comercial de la Nación, que regula el principio de autonomía progresiva, es de aplicación directa a la investigación en Pediatría.

Su texto reza: *“La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales.*

No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada.

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”.

Por otra parte, el artículo 59 del mismo cuerpo legal dispone que: *“El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a:*

- a) su estado de salud;*
- b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;*



- c) *los beneficios esperados del procedimiento;*
- d) *los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;*
- e) *la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;*
- f) *las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;*
- g) *en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;*
- h) *el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.*

Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite.

Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario.

Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente”.

El concepto de autonomía progresiva comprende el reconocimiento de la competencia que el menor de edad va adquiriendo, a medida que crece, se desarrolla, madura y suma experiencia y comprensión, para tomar sus propias decisiones. Tal principio hunde sus raíces en la propia Constitucional Nacional (art. 19), así como en la Convención de los Derechos del Niño (art. 12), con rango constitucional por imperativo del art. 75 inc. 22.



Esto quiere decir que la edad se transforma en un parámetro indicativo, no excluyente ni absoluto, por el cual el niño debe ser informado claramente y escuchado en todo aquello que lo involucre y que, a medida que presenta suficiente madurez y comprensión, puede tomar sus propias decisiones, en particular, respecto del cuidado de su salud y de la elección de su propio proyecto de vida.

Sentado este principio general, vale una primera aclaración: he criticado en muchas oportunidades el art. 59 del Código Civil y Comercial, al mencionar en un mismo texto el consentimiento informado asistencial y el consentimiento informado para investigación. A punto tal, que las especificidades que señala para el Consentimiento Informado son una repetición del texto de la ley de Derechos del Paciente (Ley 26529), que se refiere **exclusivamente** al consentimiento informado en el ámbito de la atención en salud. Ello sin dejar de destacar que la investigación en seres humanos –así como el consentimiento informado para ser sujeto de investigación- tiene su propia regulación específica, tanto en leyes nacionales, locales y provinciales, como internacionales, con requisitos específicos que lo diferencian claramente del consentimiento informado asistencial.

En medicina, **tratamiento** o terapia (del griego θεραπεία/therapeia) es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Es cierto que la propia naturaleza de la relación médico/paciente incluye tanto la asistencia clínica como la investigación. Pero ambas no deben confundirse, no solo por sustento teórico o conceptual, sino también por razones prácticas y normativas. Las normas que regulan la asistencia clínica son distintas a aquellas que regulan la investigación clínica, y ser pacientes es algo bien distinto a ser sujeto de investigación.

La distinción entre prácticas clínicas e investigación médica resulta imprescindible, no solo desde el punto de vista de sus implicancias normativas, sino especialmente desde el prisma ético, sobre todo cuando los sujetos de investigación son –además- pacientes. La finalidad de la asistencia médica es el beneficio del paciente. El objetivo de la investigación clínica es la generación de conocimiento. Ambas pueden ir de la mano, pero cada una de ellas tiene principios, reglas y fines específicos que no se confunden ni intercambian.

En este sentido, los cuidados clínicos que se dispensan a un paciente tienen su fundamento en procedimientos cuya eficacia, riesgos y beneficios son conocidos y comprobados, mientras que las prácticas de investigación son todavía experimentales, desconociéndose sus consecuencias y méritos. Muchos de los principios y técnicas que se emplean en investigación clínica lucen contrapuestos a los principios que gobiernan la práctica clínica: innumerables veces la investigación requiere suministrar a un determinado grupo un placebo o el procedimiento estándar, sin que puedan beneficiarse



en ese momento directamente del tratamiento nuevo; o excluir del protocolo al sujeto que presente un evento adverso, sin que pueda beneficiarse de una modificación "personal" de la dosis recibida. Reitero, la finalidad de la asistencia clínica es maximizar los beneficios del paciente y reducir los posibles daños, en base a procedimientos y técnicas comprobadamente eficaces y conocidas. En cambio, la finalidad prioritaria de la investigación es de naturaleza eminentemente cognitiva: obtener datos científicos y confirmar (o no) hipótesis científicas.

A ello debe sumarse que la actividad del médico que -a su vez- es investigador, y cuyos sujetos de investigación son -además- sus pacientes, experimenta un conflicto de intereses, en la medida en que el rol de científico no siempre resulta compatible con su rol asistencial.

En este mismo sentido, juega un papel preponderante el concepto de "vulnerabilidad". La vulnerabilidad (o capas de vulnerabilidad, como expresa bien Florencia Luna⁷), es aquella situación en la cual un sujeto no puede proteger y defender adecuadamente sus propios intereses, ya sea por razones económicas, culturales, de género, etarias, médicas, etc. Así, se ha entendido que *«algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica»*⁸.

Vulnerable deriva del latín "vulnerare", que significa herir. La persona vulnerable ha sido calificada como alguien frágil y que se encuentra en la imposibilidad de defender adecuadamente sus intereses, a causa de su estado físico o psíquico, de su edad, de su salud, de sus insuficiencias, de su discapacidad, de su situación social, económica o cultural. Esta categoría de personas requiere de un comportamiento moral de alta responsabilidad y cuidado, de un plus de protección a los fines de evitar que se vea sometida a la posibilidad de sufrir daño o padecer el desconocimiento de sus derechos más inalienables.

Una de las categorías abarcadas por este concepto de vulnerabilidad está dada por aquellos pacientes que participan de una investigación durante su atención médica. Al conflicto de intereses que presenta el médico que -al mismo tiempo- es investigador (y que reseñáramos *utsupra*) se agrega el concepto de "**therapeutic misconception**": cuando el paciente cree estar siendo tratado en su salud y en realidad está sirviendo a fines de investigación.

⁷ LUNA, Florencia: Vulnerabilidad: la metáfora de las capas, Jurisprudencia Argentina, IV, Fascículo N° 1, 2008.

⁸ Declaración de Helsinki 2002.



Es cierto que el **principio de identificación** señala que el reclutamiento de una persona para la investigación será tanto más ético cuanto más se identifiquen sus intereses personales con los objetivos de la investigación; lo cual permite que una persona afectada por la enfermedad cuyo remedio o tratamiento se encuentra en fase de experimentación clínica sea la candidata más idónea para participar en la misma, más que cualquier persona sana o afectada por cualquier otra enfermedad que nada tenga que ver con la investigación.

Resulta necesario destacar que no todo lo que es científicamente posible, oportuno y necesario, es necesariamente moral. Empero, no puede negarse el valor que la investigación científica tiene para nuestras sociedades. Los progresos que de ella devienen, derraman sus beneficios tanto en forma individual como colectiva. La tarea fundamental de la Bioética consiste en establecer las condiciones de procedencia normativa y ética de una investigación, identificando claramente las reglas de juego que la gobiernan, de manera responsable y al servicio de la sociedad toda, y al mismo tiempo prudente y respetuosa de los derechos e intereses de cada uno de los individuos involucrados en la investigación.

Los principios bioéticos tienen un fundamento doctrinario y un basamento normativo. Sin tales requisitos, solo tenemos una experimentación en un ser humano, no una investigación ética.

Frente a los niños enfermos tenemos una serie de principios constitucionales, legales y bioéticos, que imponen ser muy cautos a la hora de afirmar –sin más– la aplicación directa de la doctrina del menor maduro o de la autonomía progresiva al consentimiento que debe prestarse para ser sujeto de investigación.

Insisto: ser sujeto de investigación no es lo mismo que ser paciente. Es cierto que los niños son **huérfanos terapéuticos**: la mayoría de las medicaciones que se emplean en Pediatría, son dosis ajustadas de medicación para adultos, y muchas enfermedades pediátricas son propias de esa franja etaria, por lo que la investigación en ese grupo es absolutamente necesaria. También es cierto que los niños son considerados dentro de la definición de “grupos vulnerables” por las normas internacionales bioéticas. Y no es menos cierto que el principio constitucional de **su mejor interés** o **interés superior** impone realizar una interpretación restrictiva de cualquier conducta o medida que pueda aparecer como conculcante de sus derechos, integridad e indemnidad, dando preeminencia a aquella interpretación que mejor proteja sus intereses y derechos personalísimos.

La investigación en Pediatría se basa en ciertos principios que demarcan y limitan el principio de autonomía: 1) la investigación primero debe realizarse en adultos, a menos que se trate de una patología propia y exclusiva de la infancia. 2) la investigación debe procurar el bien del



paciente y provocar un riesgo mínimo. 3) la investigación en Pediatría sólo se encuentra justificada cuando existe una real incertidumbre, presenta un beneficio potencial para la población involucrada y guarda relación con los riesgos de la investigación. 4) la investigación debe ser ética (metodológicamente adecuada y científicamente fundamentada) y debe contar con la aprobación del Comité de Ética respectivo.

Entiendo que por todo lo expresado, el art. 26 del Código Civil queda reservado al ámbito de la práctica asistencial y sus pautas resultan meramente indicativas, y no prescriptivas, a los fines de la participación del niño en un protocolo de investigación. Nótese que es el propio artículo 26 que refiere a la toma de decisiones "*atinentes al cuidado de su propio cuerpo*" y menciona expresamente la obligación de tener en cuenta la "*opinión médica respecto de las consecuencias de la realización o no del acto médico*". Considero que el niño debe participar en la toma de decisiones acerca de su participación como sujeto de investigación a través del asentimiento informado, que complementará el consentimiento de sus representantes y –muy especialmente– el marco ético y legal de la investigación, que habrá sido analizado por el Comité de Ética correspondiente, cuyo dictamen –reitero– resulta vinculante, a diferencia de las recomendaciones de un Comité de Ética Asistencial.

Acude en respaldo de esta interpretación la propia Resolución N° 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación por la cual se realizó una exégesis del significado de la de tratamientos "invasivos" y "no invasivos" expresada en el art. 26 del Código Civil y Comercial, donde la referencia sostenida es a prácticas de cuidado de salud del niño y tratamientos médicos, no a investigación.

Por otro lado, sabemos que la autonomía de los niños presenta ciertas limitaciones, propias del estadio evolutivo en el que se encuentran y derivadas de la aplicación del principio constitucional del mejor interés. Los padres en particular, y los adultos en general, somos vistos por este nuevo paradigma como amplificadores de la voz del niño. Empero, no por ello dejamos de ejercer nuestro rol de responsabilidad en el acompañamiento y formación de nuestros pequeños y jóvenes. El propio artículo 26 establece diferencias en orden al tipo de tratamiento médico, a los fines de merituar si el niño puede consentir por sí mismo o debe contar también con el consentimiento de sus padres. Sabemos que un adulto, legalmente capaz y bióticamente competente, tiene un derecho personalísimo e inalienable a negarse a realizar un tratamiento médico, aun cuando su negativa importe poner en entredicho su propia salud o, inclusive, arriesgar su propia vida, y aun cuando desde la perspectiva de los terceros, esa negativa pueda resultar disparatada, irrazonable o infundamentada. Pero la negativa a recibir un tratamiento médicamente indicado en Pediatría pasa, inexorablemente, por el tamiz del principio de razonabilidad, del adecuado balance entre riesgos y beneficios, de la proporcionalidad de las conductas médicas conforme el objetivo terapéutico procurado.



Siguiendo este mismo razonamiento, si a nivel asistencial reconocemos que –en determinadas circunstancias- la indicación médica prevalecerá sobre la propia decisión u opinión del niño, porque ello respeta el principio constitucional de su mejor interés; más aún debe darse cabida a esta interpretación cuando se trata de reconocer la posibilidad de que el niño sea sujeto de investigación, donde –reitero- no hablamos de someterse propiamente a tratamientos médicos, sino de fungir como objeto sobre el cual recae la tarea científica, en pos de obtener conocimiento que pueda a su vez derivar en nuevas terapias, medicación o procedimientos.

Reconozco que la propuesta que en el presente se plasma puede resultar instintivamente contraria al espíritu del art. 26 del Código Civil y Comercial. Pero lo cierto es que la esencia distinta de las actividades asistenciales y de investigación, así como su finalidad, la diferencia en la naturaleza jurídica del dictamen de un Comité de Ética cuando se trata de la labor asistencial o de la investigación médica, el dato fundamental de que el art. 26 sólo menciona los tratamientos médicos y no la investigación clínica, imponen extremar los recaudos y realizar una interpretación restrictiva del principio de autonomía progresiva en aquellas situaciones donde el foco y objetivo primordial no está puesto directamente en el bienestar del niño sino en la adquisición de conocimiento científico **a través** del niño. Es por ello que no acuerdo con las posturas que proponen que el principio de autonomía progresiva se aplique acriticamente a la investigación en Pediatría, teniendo el niño derecho a ser sujeto de investigación, en un paralelismo a su derecho a recibir atención en su salud. La diferente naturaleza jurídica y ética de ambas actividades me persuaden de esta interpretación.

Introduzco aquí el concepto constitucional de seguridad jurídica que supone la supremacía de la ley frente a la conducta de los individuos y de los gobernantes, descartando su sometimiento a la voluntad discrecional de los mismos.

No empecé a este argumento el principio bioético de autonomía. Es cierto que la autodeterminación de las personas es un valor extremadamente caro a la tradición liberal y humanista de nuestro sistema jurídico. Pero también es cierto que existen variadas situaciones donde el Estado decide restringir ese "libre campo de autodeterminación del sujeto" en pos de valores que considera más importantes –en el caso concreto- y cuando esa restricción resulta –de hecho- de una mínima intensidad, limitando razonablemente al mismo. Así, por ejemplo, el uso de casco para los motociclistas, o el cinturón de seguridad para los automovilistas, la vacunación obligatoria, entre otras, son situaciones que claramente invaden la esfera de privacidad (en el sentido constitucional del término), pero cuya finalidad de interés público y de protección del bien común y de la indemnidad de las personas, sumado a la mínima injerencia en la intimidad, justifican. Es también verdad que sobre el cuerpo –en especial- cada individuo ejerce un señorío particular que le permite tomar sus propias decisiones en orden al cuidado de su vida y salud, y que tal facultad sólo



puede ser limitada cuando sus efectos proyectan sus consecuencias sobre los derechos de terceros, poniéndolos en jaque. Sin embargo, tal "señorío" no resulta permisible para someterse voluntariamente a la esclavitud o para consentir que un tercero nos torture, porque tales conductas violarían la dignidad humana, característica inescindible del "ser humano", que lo distingue y califica, reconocimiento y consideración que todo individuo detenta por el solo hecho de ser persona. Y siguiendo esta misma línea de razonamiento, las pautas éticas que gobiernan la investigación clínica en seres humanos comparten ese mismo objetivo de protección de la persona frente a acciones que arrollarían esa misma autonomía que se pretende ejercer, que violentarían la misma esencia digna del individuo.

El paciente es un ser vulnerable: su propia enfermedad lo emplaza en una situación de inferioridad. Inferioridad frente a la enfermedad (algo desconocido e incierto) e inferioridad frente al saber científico. Por esa misma razón es que una investigación debe ser ética, y tal condición es necesaria e inexcusable. Eticidad que debe presentarse al momento de proponer el estudio y previo a su realización.

Si tal es la interpretación constitucional que resulta imperativa aun cuando el sujeto de investigación es un adulto legalmente capaz y bióticamente competente, cómo vamos a obviar hacer extensible esa interpretación, aún con mayor énfasis, cuando el sujeto de investigación resulta un niño. Obsérvese que el propio Código Civil y Comercial autoriza a desconocer la decisión de los padres adolescentes cuando la misma puede producir daño al niño o no respeta su mejor interés (art 644), nuevamente poniendo en evidencia que el ejercicio de la autonomía y la representación legal no son derechos absolutos y que el mejor interés del niño prevalece sobre cualquier otra consideración.

Tanto la legislación nacional e internacional como la jurisprudencia han resaltado la necesidad de que todas las decisiones y prácticas asumidas en relación a un niño, son modificables siempre *en su beneficio* (vgr. Leyes 22278 y 22803, Convención de La Haya aprobada por resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).

Por interés superior del niño se entiende la realización efectiva y concreta de los derechos expresa o implícitamente reconocidos a los niños⁹.

Se considera así que el interés superior del niño es la plena satisfacción de sus derechos, reafirmación que no es para nada superflua, sino que es permanentemente necesaria debido a la tendencia generalizada

⁹ Lora, Laura. "Discurso jurídico sobre El Interés superior del niño". En: Avances de Investigación en Derecho y Ciencias Sociales, X Jornadas de Investigadores y Becarios. Ediciones Suarez, Mar del Plata, 2006, pp. 479-488.



a desconocer los derechos del niño como un límite y una orientación a las actuaciones de las autoridades y los adultos en general¹⁰.

El carácter de principio jurídico que ostenta el interés superior del niño impone que su idea, definición o desarrollo conceptual, considere las diversas funciones normativas que por la doctrina se le reconocen, por ejemplo: generación de normas legales o reglamentarias, solución de conflictos de derechos, orientación de las políticas públicas y de la actuación familiar y/o privada, etc. Para realizar ese desarrollo conceptual, nada mejor que recurrir a los cuerpos normativos internacionales que, al propio tiempo que consagraron un extenso catálogo de derechos, reconocieron a los "intereses de los niños" como el principio "superior" del cual se derivan y al que se someten, en orden a su interpretación y conciliación, entre sí y con otros derechos individuales¹¹.

*"El principio es de contenido indeterminado sujeto a la comprensión y extensión propios de cada sociedad y momento histórico, de modo tal que lo que hoy se estima beneficia al niño o joven, mañana se puede pensar que lo perjudica. Constituye un instrumento técnico que otorga poderes a los jueces, quienes deben apreciar tal interés en concreto, de acuerdo con las circunstancias del caso"*¹².

Es que el interés superior del niño es el interés en primer lugar por los derechos de un niño aquí y ahora, no se trata ni de la protección física, ni económica, ni material, es en primer lugar la protección de la mayor cantidad de derechos posibles en una circunstancia temporal determinada para un niño en particular. El interés superior del niño está vinculado con necesidades psicológicas, educativas, sociales, jurídicas, medio ambientales y de recursos del niño y para el niño. Estas necesidades son derechos incorporados en los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y en la Constitución Nacional (que los decepciona), además de en las legislaciones nacionales¹³.

Nuestro máximo tribunal ha sostenido que *"En el expediente S.1801.XXXVIII "S.C. s/ adopción" [Fallo en extenso: [elDial - AA2C2F](#)] (Fallos: 328:2870), fallado el 2 de agosto de 2005, voto de los jueces Fayt, Zaffaroni y Argibay, se consideró que la regla del artículo 3.1 de la CDN que ordena sobreponer el interés del niño a cualesquiera otras consideraciones, tiene -al menos en el plano de la función judicial donde se dirimen controversias-, el efecto de separar conceptualmente aquel interés del niño como sujeto de derecho de los intereses de otros sujetos individuales o colectivos, incluso, llegado el caso, el de los padres.*

¹⁰ Diez Ojeda Augusto. "El interés superior del niño necesidad de su regulación", nota al fallo de la SC de la Provincia de Buenos Aires, Septiembre 29/98, "S.,M.M." publicado en La Ley T1999-C págs.. 238-253.

¹¹ Lora, Laura. Op.cit.

¹² Grossman Cecilia. "Significado de la Convención de los Derechos del Niño en las Relaciones de Familia", LL 1993-B-1094.

¹³ Lora Laura, op.cit.



Por lo tanto, la coincidencia entre uno y otro interés ya no será algo lógicamente necesario, sino una situación normal y regular pero contingente que, ante el conflicto, exigirá justificación puntual en cada caso concreto." (Dr. E. Raúl Zaffaroni, según su voto)¹⁴.

Tal postura fue reafirmada cuando la Corte destacó que *"La atención principal al interés superior del niño apunta a dos finalidades básicas, cuales son la de constituirse en pauta de decisión ante un conflicto de intereses, y la de ser un criterio para la intervención institucional destinada a proteger al menor. El principio pues, proporciona un parámetro objetivo que permite resolver los problemas de los niños en el sentido de que la decisión se define por lo que resulta de mayor beneficio para ellos. De esta manera, frente a un presunto interés del adulto, se prioriza el del niño."*¹⁵

Es indudable que el interés de la sociedad es que el conocimiento médico siga avanzando y adquiriendo nuevas herramientas para tratar las enfermedades. También es interés social que los niños no enfermen y, si enferman, que se curen. El modo de alcanzar a esta última finalidad es la discusión que nos ha convocado en el presente.

Diego Gracia afirma que *"la enfermedad es un hecho tan dramático de la vida humana, que pone a prueba tanto la autonomía del enfermo como la no maleficencia del sanitario, la beneficencia de la familia y la justicia de la sociedad"*¹⁶. Por ello, debemos ser extremadamente prudentes a la hora de permitir que nuestros niños, por sí mismos, puedan decidir cosificarse en pos de garantizar el avance científico. Esa es una responsabilidad de los adultos que no podemos ni debemos evadir, so pretexto de cumplir con una interpretación extensiva de la ley que pone en jaque los mismos derechos que aduce proteger.

¹⁴M. 2311 L. XLII - "M. D. H. c/ M. B. M. F." - CSJN - 29/04/2008

¹⁵S. 1801. XXXVIII - "S., C. s/ adopción" - CSJN - 02/08/2005

¹⁶GRACIA, Diego: La relación clínica. Rev. Clin. esp. 1992;191(2):61-3.



Salud y sexualidades masculinas en clave de género. ¿los varones son sujetos de políticas sanitarias?

Lic. Mónica Oppezzi¹⁷
Lic. M. Carlota Ramírez¹⁸

RESUMEN

Este artículo pretende generar un espacio para la reflexión y el análisis que aporte la interpretación de los problemas de salud de los varones. Se toma como marco de referencia las contribuciones teóricas de los estudios de género que han contribuido a develar los mandatos y los estereotipos a los cuales hombres y mujeres deben responder y que funcionan de modo matricial en el proceso de construcción de sus subjetividades y corporalidades. Las aproximaciones definicionales que se presentan proponen una revisión de las imposiciones simbólicas y culturales que territorializan y modelan los procesos de construcción de la identidad masculina en el contexto local y nacional. El trabajo profundiza el análisis de aquellos aspectos de la socialización de los varones que al tiempo que promueve ventajas y privilegios en la distribución de recursos y poder, se transforman con el tiempo en un costo para la propia salud, la salud de otros varones, la de las mujeres, niños y niñas. A lo largo de este recorrido conceptual se intenta visibilizar los problemas más frecuentes detectados en relación a la atención de la salud de los varones, articulando líneas teóricas que den cuenta de la vinculación entre los patrones de socialización masculina y la morbimortalidad de los varones.

¹⁷Lic. en antropología. Esp. en Políticas y Derechos de la niñez y la adolescencia, Universidad Nacional del Comahue. Asesora y capacitadora en el Programa SUMAR del Ministerio de Salud de la Nación. Contacto monioppezzi@gmail.com

¹⁸Ministerio de Salud de la Nación, FLACSO Argentina.



INTRODUCCIÓN

En el año 2015 el programa SUMAR, un programa dirigido históricamente a mujeres y niños, niñas y adolescentes, incorporó a su plan de servicios a los hombres de 20 a 64 años con 6 líneas de cuidado: control periódico de salud; detección de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, cardiovasculares y renales); detección de riesgo y diagnóstico de cáncer colorrectal; salud mental; apoyo y seguimiento en casos de alcoholismo y consumo de sustancias; promoción de hábitos saludables, salud sexual y reproductiva; y prevención de lesiones externas. Esta ampliación de cobertura del programa SUMAR reconoce la importancia de incorporar a los hombres a las políticas sanitarias e identifica adecuadamente los principales problemas que afectan la salud de esta población. Sin embargo, la ausencia de la perspectiva de género en la elaboración de las prestaciones como así también en otras guías de atención de los programas involucrados invisibilizan el impacto que los estereotipos de género tienen en la salud de los varones y en particular la relación que existe entre los modelos dominantes de masculinidad y los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles. El desconocimiento de los patrones de género y la existencia de matrices de la masculinidad oculta a su vez las problemáticas que afectan el ejercicio de la sexualidad de los hombres más allá de la reproducción.

Tomando como marco de referencia la teoría de género, y dentro de los estudios críticos de las masculinidades, este trabajo se propone abrir un espacio de reflexión y el análisis que aporte la interpretación de los problemas de salud de los varones.

EL MODELO DE MASCULINIDAD TRADICIONAL HEGEMÓNICA EN CLAVE DE GÉNERO

La teoría de género, y dentro de ella los estudios de masculinidades, ofrece categorías analíticas que permiten reconocer las imposiciones simbólicas que, determinadas social e históricamente, atraviesan la construcción de la identidad masculina. En términos generales es posible definir a las masculinidades como aquellos mandatos, roles, tareas y comportamientos que cada sociedad asocia a las diferentes formas de ser hombre y que son internalizadas a través de los distintos espacios de socialización que van a su vez a estructurar las relaciones de poder inter e intragenéricas.

Los estudios críticos de las masculinidades surgen en los años 80 del siglo XX a partir de una mirada feminista que originalmente estuvo restringida al estudio de las mujeres. Rawyni Connel¹⁹, una de las fundadoras de esta corriente afirma que no existe una masculinidad en singular sino múltiples masculinidades. Según esta autora las concepciones y las prácticas sociales en torno a la masculinidad varían según los tiempos y lugares. Michael Kimmel, otro autor dentro de esta corriente, reafirma la idea de múltiples formas de masculinidad expresando que:

¹⁹Rawelyn Connell (1944-) Nació como Robert William Connell y en el año 2006 cambió su nombre por Rawelyn Connell. Actualmente es Profesora emérita de la Universidad de Sydney, miembro de la academia de Ciencias de Australia. Connell fue una de las iniciadoras del estudio de las masculinidades cuando todavía se llamaba Robert.



"La virilidad no es estática ni atemporal, es histórica; no es la manifestación de una esencia interior, es construida socialmente; no sube a la conciencia desde nuestros componentes biológicos; es creada en la cultura. La virilidad significa cosas diferentes en diferentes épocas para diferentes personas" (1997: 49)

Sin embargo, estas distintas maneras de expresar y vivir la masculinidad se organizan alrededor de una forma hegemónica²⁰ estructurada a partir de ciertos elementos básicos que se mantienen constantes a pesar de las variaciones y contextos y que a su vez estructuran las relaciones de poder que se articulan entre las distintas formas de masculinidades y con otras identidades de género (Bonino, 2002). En el campo de la salud estas imposiciones simbólicas de la masculinidad hegemónica van a dar forma a la construcción identitaria y corporal de los hombres determinando a su vez formas específicas y de vivir, enfermar, de consultar por la propia salud como también las maneras de morir de los varones. La perspectiva de género como categoría analítica para comprender los procesos de salud y enfermedad permite visibilizar las desigualdades que existen entre mujeres y hombres y también al interior del colectivo de varones. Da cuenta también de la manera en que el sector salud aborda las cuestiones relativas al acceso a la salud y define los problemas sanitarios, priorizado algunos e invisibilizados otros.

Los estudios de género ofrecen evidencia que demuestra que los procesos de salud enfermedad de los hombres están fuertemente influenciados por imposiciones simbólicas hegemónicas a través de las cuales se construye su corporalidad y subjetividad. Algunas de estas características que se mantienen constantes en diferentes contextos se puede mencionar: autosuficiencia, afrontamiento temerario del riesgo, omnipotencia, negación de la vulnerabilidad, dureza, represión emocional, autoridad sobre las mujeres y valoración de la jerarquía, características todas que los exponen a un mayor riesgo de enfermar y morir (Sabo, 2000). Todos estos mandatos se construyen en oposición a lo femenino, desmereciendo a la vez, valores tales como la prudencia, el autocuidado y la sexualidad responsable.

Para hacerse hombre los varones deben superar ciertas pruebas como conocer el esfuerzo, la frustración, el dolor, haber conquistado y penetrado mujeres, hacer uso de la fuerza cuando sea necesario, ser aceptados como hombres por los otros varones que ya lo son y ser reconocidos como tales por las mujeres. Es decir que son primariamente otros hombres -y no las mujeres- quienes deciden, califican y juzgan la masculinidad del varón. Por lo tanto lejos de una esencia masculina, ser hombre es algo que se debe alcanzar con esfuerzo, se debe conquistar y merecer, y sobre todo se debe demostrar permanentemente.

Estas imposiciones matriciales que operan a través de formas legitimadas de ser y hacer, que los varones deben representar y sostener para ser reconocidos y que puede contar con mayor o menor grado de aceptación va incidir de manera determinante en los procesos de subjetivación como

²⁰El "modelo hegemónico de masculinidad" fue elaborado por Connell en 1995 como una propuesta teórica para el estudio de las prácticas sociales, el género y las masculinidades que fue tomado posteriormente por varios autores incluyendo Luis Bonino.



también en la salud y sexualidad de los cuerpos de los varones.

Una propuesta teórica que aporta a la comprensión de la relación que existe entre la construcción de la masculinidad y la salud de los varones es el concepto de varón como factor de riesgo mencionado previamente (Keijzer, 1997) Este concepto elaborado por Benno Keijzer, uno de los referentes en estudios de masculinidad en América Latina, puede articularse con la conceptualización de la violencia masculina desarrollada por Michael Kaufmann (Kaufman, 1995) y a partir de allí establecer tres dimensiones desde donde abordar la perspectiva de la masculinidad como riesgo para la salud:

1. Riesgo hacia la mujer (y a niñas y niños): mediante los diversos tipos de violencia y abuso, la fecundidad impuesta, el contagio de las Infecciones de transmisión sexual, la paternidad ausente.
2. Riesgo hacia otros hombres: accidentes, homicidios, lesiones, agresiones a terceros por conductas homofóbicas.
3. Riesgo hacia sí mismos: suicidio, alcoholismo y otras adicciones, así como las enfermedades psicosomáticas. También se pueden incluir en este grupo las diversas formas de descuido del cuerpo.

HABLEMOS DE MASCULINIDADES...

Como se ha desarrollado previamente, y citando a David Amorin puede afirmarse que la masculinidad consiste en,

“un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada, es decir que en las formas que adopta la masculinidad en cada contexto se intersectan la influencia de clase, la etnia, la vivencia urbana o rural y, finalmente, una serie de influencias específicas dadas, sobre todo, por la familia concreta en la que se nace y crece” (Amorin, 2007:16).

Complementando la definición anterior puede agregarse que:

“la masculinidad es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura...sus principales patrones son la hegemonía, la subordinación, la complicidad, la marginación y el individualismo” (Connell, 1995:6).

Es aquí donde el concepto de hegemonía masculina permite correrse del concepto de roles para habilitar un pensamiento que interpela la existencia de modelo ideal de masculinidad y la idea de que este es necesariamente compartido como tal por todos los varones. Es decir que, en lugar de remitir a un dominio cultural absoluto, reconoce las experiencias contradictorias del poder que hay entre los hombres permitiendo así reconocer y visibilizar aquellas estructuras que sustentan y reproducen el poder (De Martino Bermudez, 2013). Esto implica que la subordinación de los hombres a los mandatos hegemónicos tiene que ser negociada de manera permanente en un contexto de múltiples relaciones que involucran varones y mujeres al



interior del propio colectivo y entre distintas generaciones.

LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EL IMPACTO DE LAS CONSTRUCCIONES DE GÉNERO EN LAS FORMAS DE ENFERMAR Y MORIR DE LOS VARONES.

“La teoría de la transición epidemiológica parte de la premisa que la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de las poblaciones, esta expresión permite explicar la dinámica del cambio de las causas de defunción a través del tiempo. El proceso de cambio se desencadenó en el siglo XVIII en los países de Europa occidental por la reducción de la mortalidad que produjo un envejecimiento de la población y cambios en las causas de muerte: de un patrón de causas de muerte dominado por enfermedades infecciosas, con muy alta mortalidad, especialmente en las edades más jóvenes, a un patrón dominado por enfermedades degenerativas y afecciones fundamentalmente asociadas a los hábitos y estilos de vida. Entre las mismas se cuentan: enfermedades del corazón y circulatorias, hipertensión, cánceres; diabetes; accidentes cerebro vasculares; enfermedades pulmonares; enfermedades óseas y reumáticas; trastornos psiquiátricos y enfermedades hepáticas, entre otras. Por otro lado, se han identificado factores de riesgo asociados epidemiológicamente a ellas, como tabaquismo, consumo excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial, perfil lipídico alterado (colesterol) y dieta inadecuada” (Bolaños, 2000).

Frente a este nuevo paradigma epidemiológico, las actitudes de los varones de desvalorización y minimización por el cuidado y la protección de la vida y la salud, descritas previamente, se expresan en tasas de mortalidad masculinas desproporcionadamente altas, particularmente aquellas asociadas a causas externas, suicidios, homicidios, algunas enfermedades no transmisibles, abuso del consumo de alcohol y en las muertes asociadas a dicho consumo; encarcelamientos, y otros factores que contribuye a que sean mayores las tasas de discapacidad, con las secuelas invalidantes que conllevan, y la menor esperanza de vida de varones en relación a las mujeres. Incluso cuando se analizan los motivos de consulta por sexo y edad, las diferencias entre varones y mujeres son significativas, aun en aquellas clasificadas como consultas en salud. Por otra parte, las instituciones sanitarias forman parte del sistema de ordenamiento social y en sus prácticas producen representaciones hegemónicas y dominantes. En ese sentido el sistema de salud y el modelo bio-médico de atención constituyen mecanismos ordenadores y disciplinadores que sostienen un modelo de masculinidad hegemónica en el cual los riesgos para la salud son leídos en clave de subordinación a un riesgo superior: el de no ser hombre (Oppezzi & Ramírez, 2012).

Desde esta perspectiva el diseño de acciones sanitarias que den respuesta a las necesidades de los varones requiere indagar, investigar, develar y visibilizar las formas en que los varones perciben, imaginan, procesan y



resuelven sus problemas de salud desde los de menor complejidad, a los más graves, como también cual es la oferta y la organización de servicios del sector salud. Sólo teniendo en cuenta el modelo de masculinidad hegemónica y comprendiendo los comportamientos y las respuestas que este genera en los varones será posible construir y favorecer las condiciones que les permitan ser usuarios efectivos y comprometidos con los servicios de salud y a estos a ofrecer la atención adecuada.

PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES EN LOS VARONES QUE IMPACTAN NEGATIVAMENTE EN SU SEXUALIDAD

El campo de la sexualidad es definitivamente un espacio central para la comprensión de las identidades masculinas y que tiene además una importancia significativa en la salud de los varones.

Históricamente en el contexto de gran parte de las sociedades occidentales se estableció una norma que ha funcionado como referencia y parámetro moral y disciplinario: el hombre blanco heterosexual de clase media urbana y cristiana, monógamo y monoteísta. Este criterio se constituye como el criterio normalizador a partir del cual se presentan y representan a todos los demás sujetos. Dentro de esa lógica se concibe a la mujer como el "segundo sexo" y a los/las homosexuales y bisexuales como desvíos patológicos o como sujetos simplemente "anormales" que deben ser disciplinados y normalizados.

Diferentes teorías médicas, psicológicas, y argumentaciones religiosas clasifican a la sexualidad como una propiedad de los individuos, algo que reside en sus hormonas o en sus psiques, y por lo tanto puede analizarse en términos psicológicos o fisiológicos; la sexualidad entonces pasa a no tener historia ni determinantes sociales significativos. Estas teorías se accionan con el objetivo de reconducir a mujeres y hombres, hacia una posición correcta y sana: la heterosexualidad.

Lo masculino pasa a constituirse en la regla o la medida de lo normal, a partir de la cual se definen las diferencias y los desvíos. Desde este punto de vista, la sexualidad normal va a ser siempre heterosexual, tanto para el hombre como para la mujer. Es concebida como la forma natural de vivir la sexualidad y sólo admite dos posiciones: femenino y masculino. Es a partir de estas construcciones que se funda la norma androcéntrica y pronatal que prescribe como deber ser la sexualidad sana y normal: la penetración de la vagina por el pene hasta el orgasmo masculino.

Por lo tanto, el modelo de sexualidad normal para los varones se basa y legítima en un ejercicio de la misma, a partir del coito con erección, penetración, eyaculación y orgasmo masculino. Frente a esto, queda claro que cualquier trastorno sexual, cualquier dificultad para cumplir el "mandato de la sexualidad androcéntrica", significaba para los varones la puesta a prueba de su masculinidad y su identidad de género.

Sin embargo, los varones pueden padecer algunos problemas de salud, particularmente la disfunción sexual eréctil, el cáncer de testículo, el cáncer de próstata, la hiperplasia benigna prostática, que suelen tener un impacto



negativo en la sexualidad de los varones. También es necesario resaltar que determinados estilos de vida, tan propios de fines del siglo XX y XXI, se convierten en factores de riesgo que impactan en la sexualidad masculina, como por ejemplo: sedentarismo, obesidad, consumo excesivo de grasas, tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Solo a modo enunciativo, haremos una breve descripción de cada uno de los problemas de salud mencionados.

Disfunción sexual eréctil: Las patologías que representan las principales causas de muerte y enfermedad de varones: enfermedades cardiovasculares, presión arterial alta, colesterol elevado, diabetes mellitus II, como los tratamientos para el cáncer de próstata y algunos medicamentos antidepressivos o para la presión alta, ciertas conductas y estilos de vida asociados a la masculinidad, el consumo excesivo de drogas y alcohol, tabaquismo, vida sedentaria, malos hábitos alimenticios y obesidad tienen el denominador común de estar asociadas a la probabilidad de padecer alguna forma de disfunción sexual eréctil.

Varicocele: El varicocele es la dilatación de un grupo de venas que llevan sangre desde el testículo hacia el abdomen. Es similar a las várices que tienen algunas personas en las piernas. Dentro de las venas existen unas válvulas que hacen que la sangre que viaja dentro de la vena vaya en una sola dirección, evitando que vuelva al testículo. Cuando la vena se encuentra dilatada, estas válvulas dejan de funcionar haciendo que la sangre, debido a la gravedad, se colecciona en las zonas más bajas del cuerpo. Por este motivo, aunque en la mayoría de los casos es asintomático, en ocasiones los hombres con varicocele pueden llegar a tener sensación de pesadez o molestias en la zona testicular. Además y más importante aún, esto trae alteraciones en los testículos creando un ambiente hostil para la producción de espermatozoides.

El varicocele produce una alteración significativa en la calidad y cantidad de espermatozoides. Cuando esto sucede el daño es progresivo empeorando con el tiempo. Estudios recientes demuestran que el varicocele afecta todos los parámetros del espermatozoide, pudiendo disminuir la cantidad de espermatozoides, su movilidad y la morfología (formas de los espermatozoides). En el caso de los adolescentes, el varicocele puede hacer que el testículo sea significativamente más pequeño, con la consiguiente menor producción de espermatozoides.

Cáncer de testículo: se trata de un tipo de cáncer de bajísima incidencia (cantidad de casos nuevos) y de bajísima mortalidad, pero el más común entre los varones de 20 a 35 años. Es importante destacar, que detectado a tiempo no acarrea problemas en el ejercicio de la sexualidad masculina. Sin embargo, por tratarse de una enfermedad que afecta a los testículos y por el significado fundamental que los mismos tienen en el imaginario masculino, como muestra de virilidad y hombría, es probable que los varones consulten tardíamente cuando detectan alguna protuberancia o hinchazón en alguno de los testículos. Es en esta actitud en donde radica el problema, y no en la enfermedad en sí misma.

Hiperplasia benigna prostática: se trata del agrandamiento de la



próstata. Es fundamental aclarar que "no es un cáncer y no aumenta el riesgo de cáncer de próstata". Su prevalencia se incrementa con el transcurso de los años, pasando de un 8% a los 40 años de edad, a un 40-50% entre los 51 y 60 años, y alcanzando un 80% a los 80 años de edad. Los síntomas más comunes de la HBP son el incremento de la frecuencia de las micciones, nicturia (aumento de la frecuencia en la micción nocturna de orina), urgencia miccional y debilidad del chorro de orina. Estos síntomas generalmente aparecen en forma paulatina y progresan generalmente a lo largo de los años. Se trata de una enfermedad que particularmente afecta la calidad de vida en forma significativa, ya que por las características de los síntomas, los varones suelen vivir los mismos como incapacitantes en su cotidianidad, y al momento de tener vínculos sexuales, por sentirse incapaces de "controlar" las micciones.

Cáncer de próstata: afecta principalmente a los hombres de edad avanzada. No se conocen las causas exactas del cáncer de próstata, aunque existen factores de riesgo que favorecen su desarrollo. Es el segundo tipo de cáncer de mayor incidencia en varones en la Argentina. Es muy poco frecuente en hombres menores de 45 años.

EL LUGAR DE LOS VARONES EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Cuando se padece algún problema de salud como los descritos La sobrevaloración de los genitales por parte de los varones se constituye en una fuente de dolor, vergüenza, pudor, malestar, sufrimiento, humillación, temor a sentirse no atractivos o deseables para los hombres al sentir que no están cumpliendo con la norma esperada. Por otro lado, el silenciamiento frecuente de los profesionales de la salud acerca de estos problemas, colaboran a minimizar el malestar de los varones y ocuparse de la atención de dichos problemas con la urgencia e importancia que merecen.

En el año 2014 las autoras realizaron un relevamiento entre algunas conducciones provinciales de los programas de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de tener un diagnóstico de primera mano, en relación a las acciones que desde cada programa se implementan para atender la salud sexual y reproductiva de los varones.

En total se relevó información de 14 jurisdicciones, algunas de las conclusiones fueron las siguientes:

Las conducciones de los programas son fundamentalmente profesionales médicos de la toco-ginecología, siendo en su mayoría mujeres.

Si bien reconocen haber recibido alguna sensibilización/capacitación en temas vinculados a la sexualidad masculina durante la formación de grado y/o de posgrado, todos/as coincidieron en que no fueron suficientes.

Preguntados acerca de la incorporación, en las actividades planificadas en los programas, de acciones para promover y prevenir particularmente la disfunción sexual eréctil (DSE), el cáncer de testículo, la hiperplasia benigna prostática y el cáncer de próstata, mayoritariamente contestaron que dichos problemas de salud no estaban incorporados, si bien todas reconocieron la necesidad de incorporar dichos temas en las acciones de los programas.



En su casi totalidad, reconocieron que en su mayoría las acciones programáticas están dirigidas a la atención gineco-obstétrica de mujeres adolescentes y adultas.

Todas las personas consultadas coincidieron en la necesidad de articular acciones con otros programas de salud, como, por ejemplo, los de enfermedades crónicas no transmisibles, por el impacto que algunas de ellas tienen en la sexualidad masculina.

A modo de conclusión

La invisibilización del malestar y la sexualidad de los cuerpos masculinos en el campo de la salud nos obliga a revisar en forma crítica y reflexiva las formas tradicionales con las cuales los varones han sido socializados y particularmente las matrices con los que construyen sus subjetividades y corporalidades que van a su vez a determinar las formas de enfermar y morir. Para esto es necesario incorporar la perspectiva de género al análisis de los problemas de salud en general y de salud sexual y reproductiva de varones en particular, abordaje que representa un verdadero desafío para el sector salud en la medida en que interpela al modelo médico hegemónico. Se requiere también problematizar el orden de género imperante para que los programas y las acciones sanitarias contribuyan a desmontar el contrato de género entre varones que reproduce el machismo, violencia que impacta la salud de los hombres y de las mujeres. Incorporar a los varones desde una perspectiva que incorpore la dimensión social y cultural de la construcción genérica permitirá generar estrategias que promuevan la captación y adherencia a los tratamientos por parte de los hombres. Dentro de las políticas de salud sexual y reproductiva es imprescindible incorporar a los hombres no sólo a quienes requieren de la entrega de preservativos sino en las consejerías integrales y en todas las etapas de los procesos reproductivos como se establece en la ley de parto respetado y de Salud sexual y procreación responsable. Solo incorporando a los varones de manera activa como sujetos de derecho y en el marco de la igualdad de género será posible alcanzar la equidad en salud.

BIBLIOGRAFIA.

Amorin, D. (2007). *Adulter y masculinidad: la crisis después de los 40*. Uruguay: Editorial Psicolibros.

Bolaños, M. (2000). Revisión Crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de población, Año 6. Num.*

Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossier feministas. Dedicado a: Masculinidades: mites, de /construccions i mascarades.*, 7 - 36.

Bonino, L. (2002). *Masculinidad, salud y sistema sanitario*. España: Instituto de la Mujer.

Botello Lonngi, L. (2017). Análisis del Enojo del varón en el contexto de la violencia contra las Mujeres para trazar un marco de Construcción de



Responsabilidad. *Revista Masculinidades y cambio social*, Vol. 6 Nro. 1.

Connell, R. (1995). La organización social de la masculinidad. En C. L. (Coord.), *¿Todos los hombres son iguales? Identidades masculinas y cambios sociales* (págs. 31-54). España: PaidósIberica.

De Martino Bermúdez, M. (2013). Connell y el concepto de masculinidades hegemónicas: notas críticas desde la obra de Pierre Bourdieu. *Revista de Estudios Feministas. Volumen 21 núm. 1. Florianópolis*.

Kaufman, M. (1995). *Michael Kaufman*. Obtenido de Michael Kaufman.com: <http://www.michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2009/01/kaufman-las-siete-ps-de-la-violencia-de-los-hombres-spanish.pdf>

Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En E. T. (coord.), *Género y salud en el sureste*. México: Ecosur.

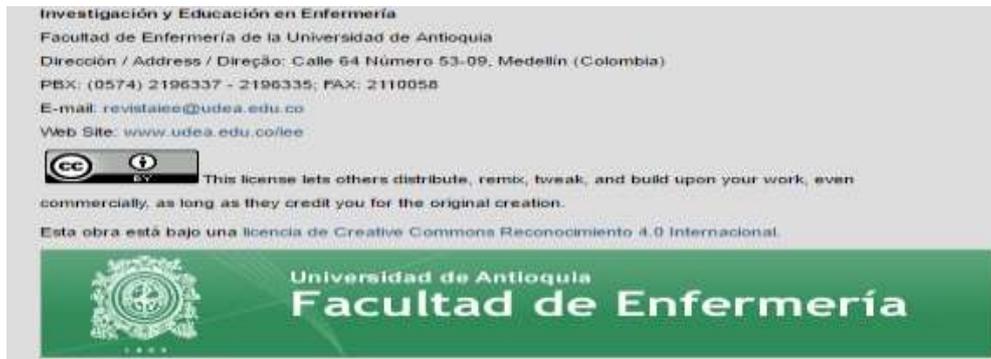
Michael, K. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En T. V. (eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pág. 49). Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres. Isis Internacional-FLACSO.

Oppezzi, M., & Ramírez, M. (2012). Los Varones en las políticas de salud: ¿Cuerpos invisibilizados? *Revista psicología, conocimiento y sociedad*, 142-176. 2(2).

Sabo, D. (2000). *Comprender la Salud de los hombres desde un enfoque relacional y de género*. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies.



Desde el acceso abierto...



El trabajo en el campo de la salud: ¿modelos artesanales o industriales?*

Hugo Spinelli **

* Cómo citar este artículo: Spinelli H. Work in the Healthcare Field: Artisanal or Industrial Models? InvestEducEnferm. 2015; 33(2): 194-205.
DOI: 10.17533/udea.iee.v33n2a02, reproducido con autorización del autor.

** Doctor en Salud Colectiva. Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. email: hugospinelli09@gmail.com.

RESUMEN

Este texto analiza el trabajo en el campo de la salud y las diferencias y similitudes con los modelos de trabajo artesanal e industrial. En este marco se abordan el objeto, el trabajador, el proceso de trabajo, lo relacional, la organización, las lógicas industriales, las formas de adquirir el conocimiento, las huellas de la teoría general de la administración, el lenguaje, lo simbólico y lo lúdico. Se rescatan las dimensiones de humanización que mantiene el trabajo de atención/cuidado, en tanto trabajo artesanal, y los costos, no solo económicos, de reducirlo a lógicas industriales con la consecuente despersonalización del proceso tanto para el trabajador, como para el usuario, los equipos, la institución y los conjuntos sociales.

Palabras clave: *trabajo; industrias; personal de salud.*



ABSTRACT

This text analyzes work within the health field and the differences and similarities with artisanal and industrial work models. In this framework, we consider the object of work, the worker, the work process, relational and organizational aspects, industrial logics, and ways of acquiring knowledge, influence of the general management theory, the role of language, symbolic aspects and enjoyment. The humanizing elements that care work maintains as a type of artisanal work are highlighted, and the costs, not just economic, of reducing care work to industrial logics, with a subsequent depersonalization of the process not just for the worker but also for the user, health teams, health institutions, and social groups are discussed.

Key words: *work; industry; health personnel.*

RESUMO

Este texto analisa o trabalho interior do campo da saúde e as diferenças e similitudes com os modelos de trabalho artesanal e industrial. Neste marco se abordamo objeto, o trabalhador, o processo de trabalho, o relacional, a organização, as lógicas industriais, as formas de adquirir o conhecimento, as impressões da teoriageral da administração, a linguagem, o simbólico e o lúdico. Resgatam-se as dimensões de humanização que mantém o trabalho de atendimento/cuidado, em tanto trabalho artesanal, e os custos, não só econômicos, de reduzi-lo a lógicas industriais com a consequente despersonalização do processo tanto para o trabalhador, como para o usuário, as equipes, a instituição e os conjuntos sociais.

Palabras chave: *trabalho; indústrias; pessoal de saúde.*



Introducción

El trabajo artesanal acompañó la historia del hombre casi desde sus inicios hasta el siglo XVIII. El artesano trabajaba en pequeños talleres instalados en las casas o cercanos a ellas, y ocupaba numerosas horas para cada uno de los productos, los que realizaba en su totalidad y sin la idea de su obsolescencia. Así, cada uno de ellos era original y, por lo tanto, diferente a los otros. Su producción era baja y se destinaba al mercado local. Los artesanos trabajaban solos o en pequeños grupos, realizando sus tareas a mano y empleando herramientas muy sencillas y de su propiedad. Tenían, en general, aprendices a los cuales iban enseñando los gajes del oficio. El conjunto de artesanos que compartía el oficio recibía la denominación de gremio.

A partir del siglo XVIII, la aplicación de la energía hidráulica impulsó el desarrollo de la revolución industrial, consolidó las fábricas como lugar laboral y cambió los procesos de trabajo.¹ El instrumento de trabajo pasó de herramienta a máquina, y de la mano del hombre a pieza de un mecanismo. El uso de la máquina se generalizó y se instaló la división del trabajo. El capital se puso al servicio de esta lógica, mientras lo artesanal parecía destinado a ser parte de la historia. La fuerza motriz dejó de ser el hombre para ser una fuerza natural que se encaminaba a la automatización. Dos siglos más tarde, Taylor se encargó de sacarle "el ocio" al trabajador al cronometrar sus movimientos y Ford, de "sacárselo a los materiales" al ponerlos en circulación con las líneas de producción.² Así, el ritmo pasó a ser impuesto por las máquinas y el trabajador devino objeto para la lógica organizacional, que ignoró las dimensiones psicosociales del trabajo. ¿Las consecuencias?: por un lado, el ocaso del trabajo artesanal y, por el otro, la alienación para el trabajador.

En 1936, Charles Chaplin escribió y dirigió *Tiempos Modernos*, largometraje en el que hace un resumen brillante del significado de la revolución industrial y las consecuencias del ingreso de la máquina en el trabajo y para el trabajador. Se supuso que la máquina y la lógica que emergía de ella dominarían los procesos de trabajo, abaratarían las mercancías y aumentarían las ganancias. Todo ello traería riquezas y progreso, y la ciencia tendría un rol importante es esto. Eran tiempos de modernidad y apogeo del sujeto cartesiano. En la cúpula de la organización, los gerentes eran los que pensaban, al resto del personal solo le quedaba la obediencia, ya que no se les pagaba para pensar. Eso enseñaba Taylor a los empresarios.^{3,4} y se transformó en sentido común. Las ideas de productividad, eficacia, eficiencia, supervisión, control y calidad originadas en los modelos industriales fueron sustituyendo la libertad que brindaba el trabajo artesanal. Muchas décadas después, la revolución tecnológica



reforzó esas limitaciones a través de la informática y la robótica, al punto de prescindir del trabajador. La idea del *golem* (un ser creado a partir de materia inanimada), contenida en una leyenda judía y que Borges recrea en uno de sus poemas, tomaba visos de realidad a la vez que respondía a la pregunta de Henry Ford: ¿Por qué cada vez que pido un par de manos vienen con un cerebro conectado?⁵

El modelo de trabajo industrial no es extrapolable al campo de la salud⁶ ni a su organización paradigmática: "el hospital". A pesar de ello, se intentan introducir en su interior lógicas industriales como formas de organización. Si analizamos el proceso de trabajo en el campo de la salud vamos a reconocer dimensiones del trabajo más relacionadas con lo artesanal que con lo industrial y un diseño organizacional muy lejano de esa estructura piramidal presente en el imaginario social que se instaló con la idea de la fábrica.⁶

¿Por qué el trabajo en salud es artesanal?

Las tensiones entre los modelos artesanales y los modelos industriales atraviesan el campo de la salud respondiendo a distintas lógicas e intereses. Por ello vamos a desarrollar las principales características del trabajo en salud, para poder analizar cuánto tiene de artesanal (por naturaleza) y cuánto de industrial (por imposición político-económica/ideológica-cultural).

1. La definición del objeto a producir

Es muy difícil acordar una definición sobre qué es "salud". La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".⁷ La OMS toma en esta definición ideas de Henry Sigerist (1891-1957) un referente de la medicina social en el continente americano.⁸ Pero esa definición es imposible de constatar en la práctica. Invito al lector a pensar si conoce a alguna persona que pueda incluirse en ella. ¿Usted se siente incluido? Entonces pensemos ¿cuántas organizaciones en la sociedad no pueden definir el objeto que producen o sobre el cual trabajan? o ¿en cuántas organizaciones la definición de aquello que producen es contradictoria?

2. Producto no tangible

En la mayoría de los procesos de trabajo de atención/cuidado del campo de la salud⁶ el producto no es tangible ya que se consume mientras se produce. ¿Alguien pudo alguna vez ver o tocar una guardia o una consulta? El carácter de no tangible no es una propiedad intrínseca del campo de la salud, sino de la producción de servicios en general. Y esto complejiza un proceso de trabajo que se trata de domesticar con la lógica del trabajo



industrial sin analizar su singularidad. El carácter no tangible del trabajo médico –entre otros– fue señalado por Adam Smith quien clasificaba a todas las profesiones basadas en interpretaciones como las de más baja e improductiva labor, ya que no producían valor alguno.⁹

3. ¡El objeto interactúa!

Taylor quería domesticar al gorila (el trabajador) pero jamás pensó en tener que domesticar al objeto del trabajo. En el campo de la salud, el objeto tiende a resistir, interpretar, preguntar y discutir las indicaciones del profesional. Un objeto que tampoco se somete a las reglas de la logística y es capaz de moverse más allá de su espacio de residencia buscando atención y argumentando las más variadas explicaciones. La materia sobre la cual se trabaja en la industria es inanimada, por lo que se somete dócilmente a las indicaciones del obrero. En el caso de la atención/cuidado de la salud, la materia es animada e interactúa y define procesos y conductas. El paciente participa tan activamente que muchas veces es casi corresponsable del trabajo y condiciona incluso los resultados.¹⁰ Una verdadera herejía para la lógica industrial.

Mientras los libros de Salud Pública insisten en que el primer nivel de atención está constituido por los centros de salud, las salas de primeros auxilios o entidades similares, la antropología médica describió que es la familia o el grupo doméstico el verdadero primer nivel de atención¹¹ y que, en general, es la mujer –en esos espacios– quien decide si se acude a una organización de salud. Y también es ella quien reinterpreta las indicaciones que se reciben y decide/sugiere/aconseja si cumplirlas o no, y por cuánto tiempo, más allá de los fundamentos científicos que existan en la indicación.

4. Dimensiones subjetivas en el proceso de trabajo

El proceso de trabajo en salud tiene la posibilidad de atrapar distintas dimensiones subjetivas del trabajador, ya sean políticas, religiosas o afectivas. ¿Acaso no fuimos parte de momentos en los que una situación nos atravesó desde lo emocional y nos provocó llanto o risa?, ¿no vemos a trabajadores que en determinadas situaciones vitales de un paciente y en función de sus creencias, rezan, oran o realizan plegarias?, ¿acaso no actuamos en ciertos momentos atravesados por cuestiones ideológicas en el trabajo?, ¿cuántos trabajadores pueden poner en juego estas dimensiones en su proceso de trabajo? Pensemos en situaciones conocidas y nos resultará absurdo suponer, por ejemplo, un panadero que pone esas dimensiones en la venta del pan, o del verdulero que lo hace al vender las frutas u hortalizas, y así podríamos seguir con otros ejemplos sin encontrar las implicaciones subjetivas del trabajo en salud.

5. El trabajo es relacional



Las organizaciones de salud se basan en relaciones interpersonales.¹⁰ El proceso de atención/cuidado es un proceso relacional en el que los sujetos interactúan mediante el lenguaje verbal y no verbal, y el vínculo que se produce es fundamental para establecer un buen proceso de atención/cuidado. Es una relación sujeto-sujeto muy lejana del sujeto cartesiano y la *res extensa*.^{12,13} El desconocimiento del carácter relacional afecta el vínculo y abre la puerta a una mala relación y la posibilidad de violencias. Gran parte del producto del trabajo depende de la comunicación y del vínculo que se establece en esa relación. ¿Podríamos extrapolar esto a algún ejemplo de lo industrial?

6. La fábrica que no es o ¿quién dio vuelta la pirámide?

La pirámide, usada tradicionalmente como figura que expresa la lógica del poder en las organizaciones fabriles, no encuentra en el campo de la salud un espacio fértil para reproducirse, dada la naturaleza del trabajo en estas instituciones. Es la libertad del trabajador de la base –el núcleo operativo, como lo denomina Henry Mintzberg–¹⁴ la que hace girar la pirámide. Desplazamiento inimaginable para el obrero de la fábrica que sufre del poder que se acumula en el vértice superior de la pirámide. En cambio, en las organizaciones de salud, el poder está distribuido, nadie concentra todo el poder,^{10,15} ello facilita la creación de espacios cerrados, de baja gobernabilidad para las autoridades. Lo anterior marca la gran dependencia de las autoridades dentro de la propia organización. Esos conocimientos – poder técnico– no son compartidos por las autoridades y es cuasi imposible que los adquieran, ya que hacen al núcleo duro de la especialidad del trabajador.

Ese trabajador usa su conocimiento –poder técnico– para escapar de la "supervisión" y utilizar esa libertad de dos maneras: autorreferenciada en su subjetividad o implicándose con la organización. En la primera, a partir de esa postura autorreferenciada hará de su trabajo en la institución pública un lugar en el que recibe un salario pero no cumple con el horario asignado, espera la jubilación a futuro, mientras consigue "clientes" e incrementa su capital social y cultural. En su trabajo privado acumulará ganancias y, para ello, trabajará las horas que sean necesarias. Esta lógica se incrementó con los patrones culturales que impusieron la sociedad del riesgo y el pluriempleo a través de las políticas neoliberales.^{16,17} En la segunda, implicarse con la organización le permitirá marcar diferencias en la calidad del trabajo ya sea en forma individual y/o colectiva lo que explica los altos estándares que se consiguen en determinadas situaciones por la conformación de equipos que logran destacarse de la media de la institución, mientras dura ese compromiso. Un límite a la autonomía lo representa la dependencia que tienen los trabajadores de los recursos – económicos principalmente– que están controlados por los niveles



superiores de la administración pública, lo que los obliga muchas veces a negociar.¹⁰ El modelo de trabajo industrial en el campo de la salud⁶ solo se puede observar en algunas áreas de diagnóstico y tratamiento, en las que las máquinas pudieron entrar y reemplazar el trabajo humano. Las políticas neoliberales tratan de corregir la mutación de la pirámide –su inversión– con la flexibilización de las relaciones laborales en la base de la organización –núcleo operativo– intentando limitar los márgenes de autonomía existentes.

7. Una organización muy compleja

Las organizaciones de salud son muy complejas, muy distintas a las restantes organizaciones de la sociedad.¹⁰ Trabajan los 365 días del año, las 24 horas. Las demandas, en general, están basadas en el dolor, la enfermedad, la angustia y/o el sufrimiento. La muerte es un evento – posible– de su proceso de trabajo, tanto como lo es acompañar la vida y el nacimiento de personas. Sus trabajadores –profesionales y no profesionales– aceptan trabajar 24 horas seguidas en las guardias, que se realizan todos los días del año, y los gremios rara vez problematizan esa situación laboral que linda con la idea de plusvalía absoluta. Y que, por ejemplo, en la hora 23 de un día de guardia un profesional puede tener que realizar una operación muy compleja y delicada que requiere de la mayor atención de su parte y es posible que haya pasado más de 20 horas sin dormir. O que, a veces, después de haber trabajado 24 horas siga atendiendo personas por cuatro a seis horas más, en esa institución o en otra, donde no es improbable que realice otra guardia de 24 horas.

Esa complejidad de la organización también se expresa en la diversidad de profesiones, técnicos y oficios que trabajan en ella. Una publicación de inicios de la década de 1990 identificaba no menos de 300 empleos en un hospital distribuidos en sus distintos espacios.¹⁸ Hoy un hospital dejó de tener solo médicos, enfermeros, y trabajadores sociales, e incorporó odontólogos, administradores, bioquímicos, psicólogos, abogados, sociólogos, comunicadores, contadores, informáticos, biólogos, nutricionistas, farmacéuticos, bioingenieros, traductores, arquitectos, químicos, kinesiólogos, maestros, entre otros, cada uno con su lógica y su lenguaje técnico. Pero además, un hospital puede tener en su planta de personal jardineros, peluqueros, choferes, cocineros, electricistas, carpinteros, mucamas, telefonistas, ascensoristas, intendentes, lavaderos, camareros, etc. Muchas de esas profesiones y oficios funcionan en la sociedad como organizaciones individuales, pero acá conviven todos juntos. ¡Y hay que dirigirlos!

8. La cuantificación de la producción no refleja éxito ni calidad



Si observamos el trabajo de cualquier profesional del campo de la salud veremos que está dominado por lo artesanal, que detrás de la ilusión de la "objetividad científica" su práctica cotidiana se aproxima más a la del artesano que a la de la máquina. Por lo tanto, en términos de lógica industrial, su trabajo aparece como caótico ya que es casi imposible de estandarizar y/o medir su productividad de manera objetiva, tanto así que no se puede predecir qué va a producir, ni cuánto va a producir, ni cuánto va a gastar en esa producción, ni asegurar que su acción sea correcta.

El trabajo industrial tiene, en la cuantificación de la producción, un elemento objetivo de control sobre el trabajo. Los procesos deben estar normatizados y estandarizados de manera de poder ser controlados y evaluados, lo cual es considerado un pilar básico de la organización industrial. Sin embargo, en las organizaciones de salud, los procesos son muy diversificados, presentan relaciones de insumo-producto inestables o variadas, e implican distintos sectores que generan productos y resultados de difícil precisión.¹⁰ No siempre se puede medir lo que se hace, o lo medido no es sinónimo de calidad. De allí el viejo aforismo que señala: "medir la efectividad de un hospital por el número de egresos es como medir la efectividad de un ejército por el número de balas disparadas". No obstante, se persiste en lógicas industriales y se imponen consultas de 15 minutos por paciente, como si fueran todas las demandas iguales, con los mismos problemas, en un proceso asimilable a fabricar tuercas. Cuando el modelo industrial invade el campo de la salud y establece tiempos fijos para las tareas, en general, lo hace a costa del vínculo de ese profesional con el paciente y con la comunidad, sin ninguna garantía de que el tiempo asignado exprese eficacia o eficiencia.

La singularidad del trabajo en salud hace que la elaboración de costos sea muy compleja, dado que se desconoce qué se va a producir, porque la demanda es ignorada y/o imprecisa en su complejidad. De allí que no pueda afirmarse que un modelo de atención ejecutado a través de una concepción fordista siempre controle los gastos e incremente ganancias independiente del tiempo. Richard Sennett refiere que los trabajadores del *National Health Service* (NHS) de Gran Bretaña creen que los procesos de medición a los que son sometidos afectan la calidad de sus trabajos. El ingreso del fordismo al NHS llevó a la división del proceso de trabajo y afectó la calidad de atención,¹⁹ por eso, inventar diagnósticos y/o procedimientos fue la forma con la que los trabajadores consiguieron tener más tiempo para sus pacientes por fuera del estipulado por los controles.¹⁹ Los médicos y enfermeros del NHS no sufren tanto por el trabajo que realizan sino por la manera en que está organizado.¹⁹ El propósito de la administración científica siempre fue terminar con los oficios para acabar con el control obrero de los tiempos de producción, lo cual se consigue con la



automatización.¹⁹ El trabajo artesanal, como modelo del trabajo en salud, requiere de un tiempo que no es de estos tiempos.

9. El capital no está en la máquina sino en el trabajador

El desarrollo industrial hizo de la máquina el corazón de la fábrica, la cual se convirtió en una lógica de capital intensivo: a medida que incorporaba máquinas, reducía el número de trabajadores. La eficiencia y eficacia del trabajo quedó directamente relacionada a las máquinas que, con el tiempo, fueron cada vez más sofisticadas y, por lo tanto, abarcaron más partes del proceso de trabajo, al punto de llegar a prescindir del obrero. En contraposición, el trabajo en el campo de la salud –como en otras áreas sociales– es capital humano intensivo ya que para ser más eficiente y eficaz requiere de más trabajadores y no de más máquinas, ya que el trabajo se basa en personas no solo como fuerza de trabajo, sino también como inteligencia, sentimientos y emoción.²⁰ Esto último tiene relevancia social ya que son pocos los sectores de la economía, que requieren de la generación de empleos para ser más eficaces y eficientes, importancia que toma relevancia ante la problemática de empleo que tienen los jóvenes en la actualidad.

El NHS era la entidad que más empleo brindaba en Gran Bretaña¹⁹ y, en Argentina, en el año 2012, el 4,4% de la población económicamente activa trabajaba en organizaciones de salud públicas, privadas o de la seguridad social.²¹ El talento de ese trabajador, el vínculo que construye, el dominio de lo simbólico, el conocimiento que tiene de la organización y de sus integrantes, es un valor que tiende a incrementarse con el tiempo y lo convierte en el principal capital de la organización. Virtudes que la máquina no domina y capital que no puede transferirse en su totalidad, y que se pierde cuando ese trabajador deja el trabajo o se jubila.

10. Alienación y elucidación

La salud de los trabajadores de la salud está poco estudiada²¹ y esto dificulta discutir los procesos de alienación y de elucidación que se pueden relacionar a su trabajo. El proceso de alienación descrito por Hegel y profundizado por Marx²² señala el proceso por el cual el trabajador pierde el significado y el sentido del trabajo: aunque, Marx también señala que el trabajo no es solo alienación y que en la medida en que el trabajador cambia la realidad con su trabajo, la realidad cambia al trabajador.¹ Ambas situaciones pueden encontrarse en el trabajo en salud.

El proceso de alienación es descrito en el cine, en distintas épocas y filmes, desde la ya señalada *Tiempos Modernos* (1936), *La clase obrera va al paraíso* (1971) o *Recursos humanos* (1999). En todas ellas se puede



apreciar la alienación del trabajador como producto de un trabajo repetitivo que no aporta al sujeto ni sentido, ni significado.

Pero es erróneo reducir al trabajador de la salud al papel de víctima -sobre todo al profesional- ya que tiene control sobre su trabajo por el ejercicio del poder técnico.^{15,21} Esa libertad, en la medida en que el trabajador entiende que hacer es pensar, puede inscribirla en el concepto formulado por Castoriadis de *elucidación* (hacer lo que se piensa y pensar lo que se hace),²³ lo cual lo coloca en las antípodas de la alienación y lo potencia como sujeto de cambio a través de su proceso de trabajo en tanto micropolítica.²⁴ Eso significa canalizar la potencia en pos de fortalecer la institución en la que trabaja.

11. Las huellas de la teoría general de la administración no alcanzan para anular el juego

Las huellas de las corrientes de pensamiento de la administración en el campo de la salud son múltiples y acompañan su historia centenaria. Impulsadas por el capital colocan de manera central a la producción y subordinan a ella el proceso de trabajo. A lo largo de la historia de la teoría general de la administración fueron creados conceptos, que se aplicaron en el campo de la salud. Ellos conforman una larga lista entre los cuales podemos citar: taylorismo, fordismo, competitividad, toyotismo, calidad total, reingeniería, *marketing*, *empowerment*, *coaching* etc.²⁵ Todos ellos se relacionan con modelos productivos y/o organizativos que intentan introducir la lógica industrial al campo de la salud, pero no siempre lo logran, ni hay evidencias que las mismas mejoren la situación de salud de las personas.

Misión, visión, valores, calidad, organigrama, normas y reglamentos constituyen dogmas de la teoría general de la administración, sobre los cuales se instituye el trabajo industrial con pocos o nulos desvíos que, cuando ocurren, es muy posible que sean fácilmente detectados. En la estructura de tipo piramidal las bases informan y los jefes ordenan, en una clara división entre el hacer (manos y pies) y el pensar (cabeza), lo cual fue incorporado a los procesos de socialización²⁶ y se instaló como algo natural. En la fábrica, la cúpula podrá, si es necesario, reformular cualquiera de las normas, reglamentos u organigramas para aumentar la eficiencia, la eficacia y el control sobre los productos y el proceso de trabajo, luego se aplicará, no sin resistencias, pero se aceptará como parte de las reglas del juego.

Pero si miramos una institución de salud encontraremos un mundo muy distinto, la misión es desconocida por la gran mayoría de sus integrantes, trabajan de manera aislada, lo que el sentido común traduce como "está lleno de feudos", "cada uno hace su juego". Quizá en algún momento se



hicieron normas de calidad impulsadas y financiadas por un organismo internacional y, así como se hicieron, quedaron olvidadas.

En la organización hospital ocurren cosas extrañas para la mirada industrial, al punto de que cuando un trabajador hospitalario le comenta su trabajo a un trabajador industrial y este se da cuenta de los niveles de autonomía y libertad que posee, le señala: "lo tuyo no es un trabajo". Esto se debe, no a la naturaleza propia de la organización, sino a la naturaleza del trabajo que le da a la pirámide esta ubicación tan atípica (invertida). Por ello, en general, las huellas de la teoría general de la administración no alcanzan a afectar la esencia del trabajo artesanal que constituye el núcleo duro del buen hacer de los trabajadores del campo de la salud.

12. Trabajadores nómades y sedentarios

El trabajador industrial tiene que permanecer la mayor parte del tiempo al lado de la máquina; ese es el lugar que, en general, define si está trabajando o no. En cambio, en el campo de la salud, el trabajador no necesita estar al lado del paciente para trabajar, puede estar lejos de él y estar trabajando, puede no verlo, ni tocarlo por varios días y estar trabajando con él, ya sea porque piensa en algo para hacer, o porque habla con otro profesional sobre alguna prescripción a realizar. Esa posibilidad de poder trabajar a distancia del "objeto" es una clara diferencia con respecto al trabajador industrial y le da un carácter nómade.

El conocimiento especializado se adquiere fuera de la organización

En la fábrica, en general, el conocimiento se adquiere en su interior y es allí donde se definen las formas y los tiempos del proceso de trabajo. A lo sumo, si se necesitan nuevas habilidades, es la cúpula de la organización la que decide dónde y qué se va a aprender y, si es necesario, lo financia. Poco de ello ocurre en las organizaciones de salud, en las que el conocimiento técnico –sobre todo– se adquiere fuera de la organización, ya sea mediante la formación universitaria de cursos de posgrado, revistas científicas, asociaciones de especialistas y/o congresos. Esto abre la posibilidad de aplicar –sin consultar a la cúpula de la organización, ni mediar estimación de costos ni viabilidad del gasto– procesos diagnósticos y/o terapéuticos. Lo que potencia que, en una misma especialidad dentro de una misma organización, puedan convivir procedimientos y/o terapéuticas contradictorias, por intereses económicos, concepciones y/o conocimientos. De allí la multiplicidad de modelos de atención que conviven para abordar los mismos problemas en el campo de la salud. Imaginemos esa situación en una organización industrial, por ejemplo, una fábrica de automotores, ¿sería posible?



14. La tarea infinita

El trabajo industrial, al ser tangible, no atrapa necesariamente la subjetividad del trabajador. Esta realidad difiere de la del trabajador de la salud que, al implicarse en el proceso relacional, descubre que su tarea es casi infinita y que su cabeza, con relación al problema, no funciona con una lógica de *on-off* sino que, por el contrario, en cualquier momento y sin proponérselo vuelven a su conciencia recuerdos que lo distraen, y recibe el reproche de su grupo familiar sobre su incapacidad de dejar el trabajo fuera de la casa. Situación mucho más fácil para el trabajador industrial, dado que sus interacciones intersubjetivas son menores. Todo ello provoca angustia en el trabajador de la salud, que ve que cuanto más hace, más trabajo tiene, dado que no interactúa con problemas simples en los que sí funciona la lógica de la solución, sino con problemas complejos en los que no hay soluciones sino nuevas situaciones que son buenas para unos y malas para otros y no siempre alcanza la sensación de tarea concluida.²⁷ Por eso, a veces elige no comprometerse y toma distancia como forma de preservarse, pero se equivoca, dado que el costo que paga no es menor.

15. El error puede no ser tal sino una novedad

El trabajo industrial consigue estandarizar sus productos y definirlos de manera precisa, de allí que el control sea efectivo, dando lugar al rol del supervisor y/o capataz que son quienes detectan el error. En cambio, en el trabajo en salud, pocas veces se puede cumplir con esta lógica que, si bien existe, no es dominante. Ese error, entendido como una desviación del estándar, en el caso de la atención en salud muchas veces no es tal, sino una nueva forma de presentación del problema y/o de la enfermedad, con lo cual no hay certeza de que si siguen algoritmos idénticos se consigan los mismos resultados en distintas personas. Por ello el error puede ser motivo de aprendizaje, no solo para el individuo, sino también para la institución. Los procesos singulares no son extraños como en la fábrica, son más comunes que en ella. De allí el aforismo de "no hay enfermedades sino enfermos".

16. La tensión entre el sentido práctico y la formación universitaria

El trabajador de la salud está tensionado por su trabajo pues ve que lo hace de una manera, pero piensa que debería hacerse de otra. Este último pensamiento corresponde a sus procesos de socialización que tuvieron –o se percibieron como– modelos piramidales y mecanizados de organización.²⁶ Esto no debe adjudicarse a la enseñanza universitaria que, en general, omitió problematizar el tema de las organizaciones. Pocas instituciones cuentan con la cantidad de egresados universitarios que tiene el campo de la salud pero estos profesionales, formados en una concepción



cartesiana del sujeto y atravesados por distintos iluminismos, sufren al ver la dinámica del proceso de trabajo y la lógica de funcionamiento de la organización. En su modelo racional esperan un "debe ser" que se cumpla, una pirámide con una cúpula que dé órdenes y que el sujeto paciente devenga objeto, así como el futuro sea predecible y planificado. Busca en los cursos de posgrado herramientas que conformen esa máquina que imagina. El sujeto de la razón lo arrastra a sueños e ilusiones que no se cumplen, pero a la vez se da cuenta de que él tampoco cumple con lo que espera, y que sus prácticas son distintas a lo que su cabeza le dicta. Esa tensión lo desubica y sufre, porque lo que no se entiende se sufre. Poco sabe del sentido práctico y del *habitus*.²⁸ Pero como no sabe que no sabe, el trabajador sigue esperando lo que desea y haciendo algo que no sabe cómo aprendió pero que le sirve para resolver problemas pero no en la forma que cartesianamente desea. Tensionado por esa situación que lo atraviesa –y que no pocas veces lo enferma– ve cómo la vida institucional continúa sin modificaciones a pesar de los cambios de autoridades y con la sempiterna sensación de estar al borde del abismo. Sennett señala que al separar la cabeza de la mano, la ciencia de la técnica y el arte del oficio, sufre la cabeza y se ven dañadas tanto la comprensión como la expresión.¹⁹

17. La no replicabilidad de lo hecho

La lógica industrial inculcó la idea de matriz: una vez conseguido el prototipo se lo desarrolla a escala industrial. Modelo altamente exitoso que se limita a manejar "objetos", pero imposible de aplicar al campo de la salud en el que se trabaja con sujetos. No obstante, asistimos a diario a intentos y propuestas de trasladar experiencias exitosas de un servicio, de un modelo de atención, de un modelo de organización de un centro de salud o de un municipio y/o de nacionalizar experiencias como si fuéramos a encontrar las mismas personas, deseos, pasiones, historias y culturas. No pocas veces son los organismos internacionales los que traen esas propuestas que fuerzan el ingreso de lógicas fabriles, obsesionados con estandarizar procesos relacionales como si se tratase de ensamblar piezas de una misma máquina en diferentes lugares.

Las experiencias del campo de la salud son muy difíciles de extrapolar y, si lo son, tendrán las singularidades propias del lugar, de manera que nunca serán iguales al 100%, lo que desde la lógica industrial es una señal de error.

18. El trabajo combina arte y ciencia

Si analizamos el proceso de atención de un profesional podemos observar – en general– que, al principio, el diagnóstico se guía por intuiciones basadas en conocimientos y experiencias, que generan "apuestas" (hasta acá hay más arte que ciencia) y luego, con el tiempo y con la ayuda de la evolución



del proceso y/o de estudios complementarios, podrá afirmar un diagnóstico (acá domina la ciencia), aunque no pocas veces tendrá que rever su afirmación para volver a empezar. En síntesis, podemos decir que prospectivamente domina la incertidumbre y retrospectivamente la ciencia. ¿Cuánto de arte y cuánto de ciencia? Se define en cada vínculo que se establece, en cada situación, en cada juego sin por ello dejar de reconocer que no hay arte que no tenga teoría por detrás y viceversa.

19. La torre de Babel

Si observamos el proceso de trabajo en salud nos llamará la atención que su principal herramienta sea el lenguaje –verbal y no verbal– a diferencia del trabajador industrial que necesita de manos o pies y al cual Taylor mandó a callar y ordenó que la palabra circulara por escrito de manera de limitar las dimensiones subjetivas y evitar distracciones que afectaran la productividad.³ Por el contrario, el trabajador de la salud habla y hace cosas con palabras!.²⁹⁻³³ Las personas que lo escuchan pueden acostarse o pararse; reír o llorar; alegrarse o entristecerse; vestirse o quitarse la ropa hasta quedar desnudos. Y si volvemos a mirar al trabajador, solo enunció palabras. Ello nos señala las fuertes dimensiones simbólicas del trabajo que va más allá de la concepción original de lo artesanal y que permite entender a la organización como una red de conversaciones.³¹

El lenguaje crea vínculos y relaciones que impactan tanto en la subjetividad del trabajador como en la del paciente, y esa relación tiene la potencialidad de transformar al sujeto y otorgarle significado y sentido a su trabajo y con ello poder constituir un por qué y un para qué del trabajo en ese lugar.³⁴ El trabajo en salud tiene un componente de trabajo abstracto, ligado muy fuertemente a lo simbólico.¹⁵

El trabajo en salud construye un campo léxico³⁵ con ciertas relaciones sinonímicas propias que, fuera de ese campo, serían contradictorias. Por ejemplo, el uso de los conceptos de salud y de enfermedad que, si bien son opuestos, en el campo de la salud suelen utilizarse uno en sustitución del otro, provocando relaciones de sinonimia: se denominan instituciones de salud y trabajadores de la salud cuando, en realidad, trabajan la gran mayoría de su tiempo con la enfermedad.

Que el éxito de un equipo de trabajo, de un servicio o de una institución dependa más de los vínculos, de las narrativas y de la mística existente, que de los antecedentes científicos y académicos de sus integrantes refleja las profundas dimensiones simbólicas que tiene este trabajo y que resulta pertinente imaginarlo como un campo de batallas simbólicas. Para Hannah Arendt es el habla y la acción lo que caracteriza a los humanos.⁹ Y las organizaciones de salud son claramente humanas: personas que



atienden/cuidan a personas. Esa naturaleza humana es la que las lógicas industriales tratan de opacar.

20. *Homo sapiens, homo faber y homo ludens*

En las organizaciones de salud encontramos al *homo sapiens*, al *homo faber*, y también al *homo ludens*. Más allá de los esfuerzos del funcionalismo de pensar esas organizaciones como sistemas que siguen modelos racionales, están lejos de ello. Lo lúdico, es decir, el juego, las atraviesa y las constituye. Juego complejo, de reglas cambiantes, de violación y de producción de reglas, capaz de producir tanto alegrías, enojos como indiferencia, en el que las capacidades para jugar superan a los conocimientos científicos en la eficacia de las jugadas de muchos de sus jugadores. Se debe incentivar al juego, es decir, la consigna debiera ser: "*play, play, play*" ya que es una organización más permeable al juego que a la orden y a los roles asignados. Es un trabajo de equipo conformado por personas, en el que las máquinas son secundarias en la gran mayoría de los procesos de trabajo. Y los resultados del juego dependen más de tecnologías blandas (vínculos) que de tecnologías duras (máquinas).²⁴ Y en el juego, en la medida en que el trabajo ocupe la centralidad, el grupo devendrá operativo.³⁶

El arte-sano: reflexiones finales

Al inicio de este ensayo nos preguntamos ¿por qué el trabajo en salud es artesanal? y enunciarnos aspectos que consideramos dominantes como respuestas, sin por ello negar otras visiones en tanto expresiones de las posibilidades que resultan de la interacción de los jugadores del campo, sus jugadas y los contextos. Tampoco pensamos lo descrito como fronteras rígidas e inamovibles. Al trabajo en salud lo consideramos artesanal por diversas razones: hacerse a escala reducida; utilizar herramientas simples la mayor parte del tiempo; trabajar de manera individual o en pequeños grupos, independientemente del tamaño de la organización que los contenga; tener aprendices a los cuales van enseñando el trabajo; cada paciente es único e irrepetible y utilizar en el proceso de atención las manos, el cerebro, y/o los sentimientos mediados por el lenguaje verbal y no verbal; y fundamentalmente porque el trabajo hecho de esta manera aún no ha podido ser superado por ninguna máquina.

No dejamos de reconocer que el trabajo artesanal lleva más tiempo que el industrial, pero a la larga es más efectivo porque trabaja lo singular y no hay obsolescencia programada si está bien hecho.³⁷ Pero además, el trabajo artesanal consume menos recursos renovables y no contamina, mientras el trabajo industrial es contaminante y consumidor de recursos no renovables. Y si bien la industria es fuente de riqueza, también lo es de enfermedad,



mientras el trabajo artesanal tiene la potencialidad de ser fuente de bienestar y empleo. Crecer por crecer en un planeta finito no es racional, de allí que postulamos el modelo de trabajo artesanal en salud, no desde la nostalgia, sino como nuevas formas de pensar el trabajo en el campo de la salud. Y resalto "nuevas formas de pensar" porque no se trata de "nuevas formas de hacer" ya que, por naturaleza, el trabajo en salud es artesanal, por lo tanto se trata que el sujeto trabajador en forma individual y colectiva pueda elucidar su proceso de trabajo para entenderse y asumirse como trabajador artesanal.

Las organizaciones de salud son muy complejas y muy diferentes a las demás organizaciones de la sociedad, por las razones ya expuestas. Por todo ello es que planteamos la necesidad de pensar el trabajo y denominar a estos trabajadores como "arte-sanos", postulando un trabajo altamente humanizado y singular marcado por el encuentro –como mínimo– de dos personas: el trabajador de la salud y el usuario que requiere atención/cuidado. Como señala Hannah Arendt: "solo podemos lograr una vida material más humana si comprendemos mejor la producción de las cosas".⁹ La marca de identidad del artesano era la de hacer un buen trabajo, definición que le correspondía a la comunidad en el mundo tradicional.¹⁹ El control social por parte de los conjuntos sociales sobre el gremio –haciendo alusión a la vieja acepción que recibía el conjunto de artesanos– es la propuesta que realizamos para que a los conjuntos sociales les vuelva a corresponder el derecho de definir si el trabajo que llevan a cabo los trabajadores de la salud y sus instituciones se trata de un buen trabajo o no, y que esto no quede solo en manos de la ciencia, sin por ello desconocer los límites que el trabajo abstracto le otorga al "brujo de la tribu" y los límites que ello pone a la idea del control social.

Entendemos que no es posible ningún desarrollo ni fortalecimiento de los servicios públicos de salud sin la activa participación de sus trabajadores, en tanto masa crítica –por cantidad y calidad– sin la cual es imposible pensar en transformaciones para el campo de la salud.⁶ Esto no implica simplificar la complejidad del campo, ni suponer que juegan solos y que no hay otros actores con distintos intereses. Es necesario que estos trabajadores entiendan la potencialidad de cambio que tienen en sus manos a partir de la singularidad de su proceso de trabajo, de allí la centralidad que reconocemos en la micropolítica²⁴ que entiende al trabajador como organizador no solo de su proceso de trabajo, sino de los procesos relacionales que establece y los vínculos que construye con usuarios, equipos, institución y comunidad.³⁸



Bibliografía

1. Marx C. El Capital. México: Fondo de Cultura Económica; 1946. Tomo 1, vol. 1.
2. Testa M. Análisis de Instituciones Hipercomplejas. En: Merhy E, Onocko R, organizadores. Praxis en salud: un desafío para lo público. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 11-70.
3. Taylor FW, Fayol H. Principios de la administración científica: Administración industrial y general. Bogotá: Edigrama; 2003.
4. Morgan G. Imágenes de la organización. México DF: Alfaomega; 1998.
5. Ford H. My life and my work [Internet]. 2002 [cited 10 mar 2015]. Available from: <http://marketcurry.yolasite.com/resources/Henry%20Ford%20-%20My%20life%20and%20work%20%28biography%29.pdf> .
6. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010; 6(3):275-293.
7. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2006 [cited 10 mar 2015]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
8. Fee E, Brown TM, editors. Making Medical History: The Life and Times of Henry E. Sigerist. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
9. Arendt H. La condición humana. Buenos Aires: Paidós; 2003.
10. Chorny AH. Gerencia estratégica de servicios de salud. Rosario: Instituto de Salud Juan Lazarte; 1997.
11. Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: Del "teoricismo" al movimiento continuo. CuadMéd Soc. 1982;(59):3-18.
12. Descartes R. Discurso del método; estudio preliminar. Madrid: Tecnos; 2003.
13. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Barcelona: Ariel Filosofía; 1994.
14. Mintzberg H. La burocracia profesional. En: Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo; 2001. p. 159-179.
15. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993. (Colección Salud Colectiva).



16. Beck U. La sociedad de riesgo: Hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós; 1998.
17. Rifkin, J. El fin del trabajo: Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo, el nacimiento de una nueva era. Buenos Aires: Paidós; 2002.
18. Organización Panamericana de la Salud. El hospital público tendencias y perspectivas (HSS/SILOS 39). Washington DC: OPS; 1994.
19. Sennett R. El artesano. Barcelona: Anagrama; 2009.
20. Coriat B. El taller y el cronómetro: ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa. México DF: Siglo XXI editores. 1997.
21. Spinelli H, Trotta A, Guevel C, Santoro A, García Martínez S, Negrín G, Morales Y. La salud de los trabajadores de la salud: Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012 [Internet]. Buenos Aires: OPS; 2013 [cited: mar 10, 2015]. Available from: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub69.pdf
22. Bottomore, T. Diccionario do pensamento marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1983.
23. Castoriadis C. Figuras de lo pensable. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.
24. Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. Colección Salud Colectiva.
25. Crainer S. Os revolucionarios de administração. São Paulo: Negócio Editora; 1999.
26. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. 11a ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1993.
27. Matus C. Teoría del Juego Social. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa, Universidad Nacional de Lanús; 2007. Colección Planificación y Políticas Públicas.
28. Bourdieu P. Razones Prácticas: Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama; 1997.
29. Austin JL. Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones. Buenos Aires: Paidós; 2006.
30. Bourdieu P. Cosas dichas. Barcelona: Gedisa; 1987.



31. Flores F. Inventando la empresa del siglo XXI. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones; 1989.
32. Searle JR. Actos de habla: ensayo de filosofía del lenguaje. Madrid: Ediciones Cátedra; 1990.
33. Wittgenstein L. Investigaciones Filosóficas. Buenos Aires: Paidós; 2006.
34. Giddens, A. Las nuevas reglas del método sociológico. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1987.
35. Geckeler, H. Semántica estructural y teoría del campo léxico. Madrid:Gredos; 1994.
36. Pichon-Rivière, E. Obras Completas. Buenos Aires: Nueva Visión; 1997.
37. Dannoritzer, C. Comprar, tirar, comprar: la historia secreta de la obsolescencia programada [Internet]. 2010 [cited: mar 15, 2015]. Available from: <http://www.rtve.es/alacarta/videos/el-documental/documental-comprar-tirar-comprar/1382261/>
38. Campos G. Gestión en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001. Colección Salud Colectiva.



Artículos Becas SISNe 2013

Detección de factores de riesgo cardiovascular y riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el personal del Hospital Bouquet Roldan, de la ciudad de Neuquén, año 2014.

Estudio descriptivo transversal, analítico y comparativo.

Romina Laura Luján²¹

Resumen

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares constituyen un grave problema para la salud pública mundial, ya que son la primera causa de morbilidad y de mortalidad. En la Argentina las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte y en Neuquén la segunda. Están asociadas a factores de riesgo cardiovascular, algunos de los cuales son modificables como sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes, dislipemia, sedentarismo, tabaquismo, alimentación poco saludable, alcoholismo. Se ha observado en distintos estudios que el personal de salud no está exento a ésta realidad. En ésta investigación se realizó una encuesta y toma de signos vitales y glucemia a los integrantes del equipo de salud del Hospital Bouquet Roldán de Neuquén y se obtuvieron los siguientes resultados, alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (66%), alta prevalencia de sedentarismo (56,5%), baja ingesta de frutas y verduras diarias (59,5%). Prevalencia de tabaquismo de 22,5%, de dislipemia de 29%, de diabetes 3% y de hipertensión arterial de 18,5%. El propósito de la investigación es realizar acciones tendientes a disminuir los FRCV del personal del hospital y la morbi-mortalidad de causa cardiovascular. También lograr modificaciones en el estilo de vida del personal y la incorporación de hábitos saludables, para que lo transmitan a su familia y a las personas que atienden en el hospital.

Palabras clave: Factores de riesgo cardiovascular, riesgo de padecer diabetes tipo 2, prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personal de salud.

²¹ Médica generalista, Unidad de Diabetes, Hospital Bouquet Roldán, romilau@hotmail.com



Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa.²² Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los accidente cerebro vascular (ACV). Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y ACV, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte.²³

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la hipertensión arterial, la diabetes o el aumento de los lípidos.

Los Factores de riesgo de las enfermedades crónicas o no transmisibles se pueden clasificar en:

- Factores de riesgo biológicos, modificables: el exceso de peso, obesidad, los niveles de colesterol elevados, la hiperglucemia, la hipertensión, y los no modificables: la edad, el sexo, los factores genéticos, la pertenencia a una raza determinada.
- Factores de riesgo conductuales: consumo de tabaco, regímenes alimentarios insalubres, inactividad física, consumo de alcohol.
- Factores determinantes ambientales: Las condiciones sociales, económicas, políticas como el ingreso, las condiciones de vida y trabajo, la infraestructura física, los ambientales, la educación, el acceso a los servicios de salud y medicamentos esenciales.

La relevancia epidemiológica y preventiva de los factores de riesgo deriva de las siguientes consideraciones: están asociados a un riesgo significativo de enfermedad cardiovascular y, en general, existe evidencia de que la relación es causal. En combinación explican la gran mayoría de casos de enfermedad o muerte cardiovascular que ocurren en individuos de alto riesgo y una proporción considerable de casos en la población general. Son

²²Global status report on non communicable disaeses 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.

²³Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2011.



relativamente simples de identificar siendo para el Sistema Sanitario costo efectivo trabajar sobre más acciones preventivas, para disminuir la carga de enfermedad, son susceptibles de ser modificados, disponiéndose de medios relativamente sencillos.²⁴

En cuanto a la presencia de FRCV en personal de salud también existen algunos estudios al respecto, en Cantabria, España en el año 2006, realizaron un estudio descriptivo sobre 242 encuestados seleccionados aleatoriamente entre los enfermeros y auxiliares del hospital, a los que se les entregó un cuestionario auto administrado anónimo. El 98,3% eran mujeres con una edad media de 35,29 años, los FRC más prevalentes fueron tabaquismo 26,4%, hipercolesterolemia 9,7% e hipertensión 7,1%. El 95,5% refirió conocer la influencia de todos los factores de riesgo.²⁵ En Colombia, Popayán, se realizó una encuesta a 96 trabajadores de salud y se obtuvieron los siguientes resultados, prevalencia de factores de riesgo de tipo comportamental fue: tabaquismo 12,5 %, consumo de bebidas alcohólicas 58,3 %, inactividad física en el tiempo libre 56,3 %, y dieta aterogénica 82,3 %. La prevalencia para factores de riesgo de tipo biológico fue: hipertensión arterial (HTA) 11,5 %, sobrepeso 45,8 %, diabetes 1 %, dislipidemia 61,5 %, y antecedentes familiares de ECV 58,3 %.²⁶ En un estudio realizado por personal del Hospital Italiano, contestaron la encuesta on line 3347 médicos argentinos, los resultados obtenidos fueron: exceso de peso 54,9%, tabaquismo 23,32%, HTA 33,2%, hipercolesterolemia 30,8%, diabetes el 4%. Se observó que el 68% de los encuestados trabaja 40 o más horas semanales, mientras que el 50,2% duerme 6 horas o menos diariamente.²⁷

En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2005 se obtuvieron los siguientes datos: 46,2% no realiza el nivel mínimo recomendado de actividad física, el 49,1% de la población presentan sobrepeso u obesidad, 45,2% agrega sal a la comida después de la cocción, el 96,6% utiliza grasa para cocinar y 35,3% no consumió frutas y verduras en los últimos cinco días. La prevalencia de presión arterial elevada fue del 34,4% en la población que se había controlado alguna vez la presión arterial, colesterol elevado evaluado por autorreporte fue de 27,8%, diabetes evaluado por autorreporte fue de 8,4 %. Tabaquismo una prevalencia en mayores de 18 años de 29,7% mayor en hombres que en

²⁴ Mastrangelo, S. Programa Provincial de riesgo cardiovascular, Neuquén año 2004.

²⁵ Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en el personal de enfermería. *Enfermería en Cardiología* N.º 37 / 1.er cuatrimestre 2006 33

²⁶ Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una Institución prestadora de servicios de salud, Colombia. *Revista de Salud pública*, 9 (1): 64-65, 2007.

²⁷ Ortiz Z, Luna D, Braga F, Prats M, Flichtentrei D, Academia Nacional de Medicina, Portal Intra Med, Hospital Italiano de Bs. As. Detección del riesgo cardiovascular en médicos argentinos, 2005-2006.



mujeres, alcoholismo: el consumo regular de riesgo sobre la población general fue de 9,6%, mayor en hombres.²⁸

Descripción de FRCV

Inactividad física, en Neuquén con respecto a la actividad física baja el porcentaje fue de 39,1% en la ENFR 2005 y aumentó a 51,1% en la ENFR 2009.²⁹ Se estima a nivel mundial una prevalencia de inactividad física de 17%, aunque si consideramos también a la actividad física insuficiente, esta cifra asciende al 41%³⁰ A pesar de este escenario desalentador, contamos con evidencia sobre la efectividad de diferentes intervenciones individuales y comunitarias que incrementan el nivel de actividad física.³¹ La actividad física regular reduce la morbimortalidad en personas sanas reduciendo la incidencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, obesidad, depresión y osteoporosis,³² como así también la incidencia de algunos cánceres como colon y mama, y mejora la evolución de diversas enfermedades, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y diabetes.

Sobrepeso y obesidad

En la provincia de Neuquén con respecto al sobrepeso fue de 36,4% en la ENFR 2005 y de 35,4% en la ENFR 2009, teniendo en cuenta la obesidad la prevalencia fue de 15,8 en la ENFR 2005 y de 18,2% en la ENFR 2009. Sumando los porcentajes de sobrepeso y obesidad del 2009 el valor es de 53,6%. Debido a los cambios en los hábitos de vida de nuestra sociedad actual (alta disponibilidad de alimentos con elevadas calorías, disminución de la actividad física) el sobrepeso y la obesidad están en aumento tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, afectando cada vez más a niños y adolescentes y a niveles socioeconómicos bajos. A nivel mundial existen alrededor de 1.000 millones de personas con sobrepeso, y 300 millones clínicamente obesas. El sobrepeso explica el 58% de la diabetes, 21% de la enfermedad coronaria y entre 8 a 42% de diversos cánceres, el 13% de las muertes en Europa y América del Norte, 10% en países en

²⁸Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, 2006.

²⁹Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2011.

³⁰ Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 1996.

³¹Emily B. Kahn, PhD, MPH, Leigh T. Ramsey, PhD, Ross C. Brownson, PhD y cols. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity A Systematic Review. Am. J Prev. Med 2002; 22 (4S):73-107.

³²Warburton DE y cols. Health benefits of physical exercise: the evidence. CMAJ 2006; 14(6):801-809.



desarrollo, pero sólo 3% en países de elevada mortalidad.³³ El sobrepeso y la obesidad están asociada a mayor riesgo de hipertensión, dislipemia, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria, ACV, enfermedad biliar, osteoartritis, apnea del sueño, y cánceres como: endometrio, mama, próstata, y colon. El mayor peso corporal y otros índices relacionados están asociados con mayor mortalidad. En EEUU constituye luego del tabaquismo la segunda causa de muerte prevenible.³⁴

Tabaco

El tabaco constituye la principal causa de muerte prevenible. A nivel mundial el tabaco causa 9% de todas las muertes y 59 millones de años de vida perdidos ajustados a discapacidad (AVAD), 12% de las enfermedades cardiovasculares, 70% de cánceres de tráquea, bronquios y pulmón y 38% de la enfermedad respiratoria crónica. En nuestro país se estima que el tabaco causa más de 40.000 muertes y 824.804 años de vida saludables (AVISA) perdidos. Las últimas encuestas en nuestro país reportaron una prevalencia en adultos cercana al 34% (2004). En Neuquén la prevalencia era del 35% según la ENFR del 2005. A pesar de este escenario poco alentador, existe evidencia sobre la efectividad de diferentes intervenciones para control de tabaco: intervenciones económicas e impositivas, comunicación masiva, educación, ambientes libres de humo y terapias de cesación (que incluyen asistencia telefónica).

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial constituye en América Latina, la principal causa de mortalidad, provocando en la Argentina 52.300 muertes es decir el 17% de la mortalidad por todas las causas. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 mostró una prevalencia de HTA de un 34,8% de la población que se había controlado alguna vez la presión arterial. En la provincia del Neuquén la prevalencia de HTA fue del 33,2%. Según el Estudio Framingham la HTA causa a nivel global 13% del total de las muertes, explica el 62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronaria. En la Provincia de Neuquén, las enfermedades cardiovasculares son la segunda causa de muerte. En los últimos tres años ocasionaron 2047 muertes, lo que significa que la HTA provoca no menos de 400 muertes por año en nuestra provincia. Los pacientes con HTA esencial, deben recibir consejo profesional para disminuir el contenido de sodio en la

³³Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: WorldHealth Organization;2001.

³⁴Doval, HC, Ferrante, D. Evidencias en cardiología IV.Capítulo 4, Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares, Editorial GEDIC 2005, Buenos Aires, Argentina.



dieta, hasta un máximo de 5 g de sal (cloruro de sodio) o su equivalente a 2 g de sodio solo.³⁵

Dislipemia

Según datos provenientes de la encuesta Nacional de factores de riesgo del año 2009, el 76,5% de los adultos se midió el colesterol alguna vez (Población: Hombres de 35 y más, Mujeres de 45 y más). De ellos el 29,1% refirió tenerlo elevado y la población con menor nivel educativo el mayor porcentaje. La dislipemia es un conocido factor de riesgo cardiovascular, estando implicada en el 18% de los ACV y en el 56% de las

cardiopatías isquémicas a nivel mundial. En nuestro país la dislipemia estaría implicada en el 67,6% de los infartos.

Diabetes

En nuestro país, según la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2009 la prevalencia de la enfermedad es del 7,8% de las personas mayores de 20 años. La Diabetes tipo 2 se puede prevenir si se corrigen los factores de riesgo modificables, los cuales son fácilmente reconocibles. De estos, la obesidad sería un FR principal. Esto es reflejado también en la comparación entre la ENFR del año 2005 y la del 2009, donde se ha observado una relación lineal entre el aumento del sobrepeso y la DM2. Es de hacer notar que los datos de esta Encuesta muestran que la región patagónica tiene la prevalencia más alta de obesidad y DM2 y que los índices de inactividad física han crecido entre el 2005 y el 2009.

Otros FR descriptos en diferentes Guías de Práctica Clínica (GPC), tales como las de Australia, de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), la Academia Nacional de Medicina, el Programa de Diabetes Neuquén (PRODIANEU) y el Ministerio de Salud de la Nación para DM2 son: familiar de primer grado con DM2, diabetes gestacional, macrosomía (niños con peso al nacer mayor a 4 kilogramos), poliquistosis ovárica, hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedad cardiovascular (Infarto agudo de miocardio, angina de pecho, accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica).³⁶

Existen trabajos científicos (Da-Qing de China; DPS de Finlandia³⁷, DPP de Reino Unido³⁸) que demostraron una reducción relativa del riesgo de

³⁵ Antonini M, Fontana M, Luján R, Mastrangelo S, Ruiz E. GPC Evaluación inicial y tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial, 2012 Neuquén.

³⁶ Guía de atención del adulto con diabetes, Programa Provincial de Diabetes Neuquén, PRODIANEU, 2006.

³⁷ Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). The Lancet, Volume 368, Issue 9548, 1673 - 1679.

³⁸ Diabetes Prevention Program (DPP), New England Journal of Medicine. February 7, 2002



desarrollar diabetes tipo 2 del 58% en todos los casos que en los que se hicieron intervenciones del estilo de vida, entendiéndose por esto: reducción del peso (entre un 5 al 10%), comiendo menos grasas, más fibras y haciendo ejercicio físico, como mínimo 30 minutos todos los días. Estas recomendaciones sirven tanto para evitar el desarrollo de diabetes como también para reducir las complicaciones en aquellas personas ya diabéticas. Por lo tanto, las intervenciones sistemáticas en el estilo de vida deben convertirse en parte de la rutina en la atención primaria de la población.

En este estudio, nos proponemos determinar la existencia de factores de riesgo para desarrollar DM2 en el personal que trabaja en un hospital de la provincia de Neuquén. En tal sentido, se ha definido utilizar como herramienta de rastreo el Score de Riesgo de Diabetes Tipo 2 de Finlandia (FINDRISC para sus siglas en inglés), la cual ha sido validada en diversos estudios internacionales desde su desarrollo en el año 1997 en Finlandia a partir de una investigación basada en un estudio prospectivo con diez años de seguimiento para identificar el riesgo de desarrollar diabetes. Además, se validó el instrumento para detectar personas con diabetes asintomática a través de un diseño transversal.³⁹ Se compone de un cuestionario simple de completar. Otra ventaja es que puede ser utilizada por personal no médico o auto-administrada por los mismos pacientes y sirve como método para informar a la población general el riesgo de padecer DM2, haciendo énfasis de la importancia del estilo de vida como factor de prevención. Ha sido traducida y validada en español por diversos estudios.

Objetivo general

Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el personal del Hospital Bouquet Roldan, de la ciudad de Neuquén en el año 2014.

Objetivos específicos:

1. Determinar prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes en el personal del hospital.
2. Determinar los parámetros antropométricos: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal (CA) para identificar personas con normopeso, sobrepeso y obesidad.
3. Realizar controles de signos vitales, tensión arterial, glucemia al azar, para determinar presión arterial elevada o glucemia elevada.
4. Determinar riesgo de padecer diabetes tipo 2 según un score de riesgo predeterminado de FINDRISC.

³⁹Schwarz PE, Li J, Lindstrom J, Tuomilehto, J. Tools for predicting the risk of type 2 diabetes in daily practice. 2009; 41(2):86-97.



5. Determinar frecuencia de consumo de frutas y verduras en el personal del hospital.
6. Determinar frecuencia de realización de actividad física en el personal del hospital.
7. Determinar prevalencia de tabaquismo en el personal del hospital.
8. Determinar prevalencia de diabetes, HTA, dislipemia, sobrepeso, obesidad, tabaquismo, inactividad física según sexo, edad, cargo.
9. Determinar asociación entre diabetes, HTA, dislipemia con sobrepeso y obesidad.
10. Promover las medidas de prevención ante la detección de factores alterados.
11. Promover e instalar la concientización de estilos de vida saludables en el personal del hospital.

Metodología

Definición operacional de las variables y/o categorías.

A) Las variables que se evaluaron:

1. Nombre y Apellido
2. Edad
3. Sexo Femenino, Masculino, otros
4. Cargo auxiliares, operarios, profesionales, técnicos
5. Tiene diabetes SI-NO
6. Tiene hipertensión arterial SI-NO
7. Alguien le dijo alguna vez que tenía el colesterol alto SI-NO
8. Tensión Arterial Normal $< o = 139/89$ Anormal $> o = 140/90$
9. Peso
10. Talla
11. IMC
12. Glucemia al azar Normal $< o = a 140$ mg/dl Anormal > 140 mg/dl
13. Fuma SI-NO

B) Score de Riesgo de Padecer DBT Tipo 2 (p. = puntos)



1. Edad: 0p. <de 45 años, 2p. 45 a 54 años, 3p. 55 a 64 años, 4p. > de 64 años
2. IMC: 0p. < de 25 kg/m², 1p. 25 a 30 kg/m², 3p. > de 30 Kg/m²
3. Circunferencia Abdominal Hombre- Mujer

Hombre	Mujer
0p. < de 94 cm	< de 80 cm
3p. 94 - 102 cm	80 - 88 cm
4p. > de 102 cm	> 88 de cm

4. ¿Realiza actividad física 30 minutos por día?

0p. SI, 2p. NO

5. ¿Con que frecuencia come frutas y verduras?

0p. Todos los días, 1p. No todos los días

6. ¿Usa medicación antihipertensiva regularmente?

0p. NO, 2p. SI

7. ¿Te hiciste alguna vez análisis de glucemia y te dio alterada?

0p. NO, 5p. SI

8. ¿Tienes algún miembro de la familia que padece DBT?

0p. NO, 3p. Si, abuelos y tíos, 5p. Si, padres, hermanos o hijos

9. Valor total de score de riesgo

Valor	Riesgo
<de 7 p.	Bajo
7 a 11 p.	Ligeramente aumentado
12 a 14 p.	Moderado
15 a 20 p.	Alto
>de 20 p.	Muy alto

Descripción del ámbito de estudio.



El Hospital Bouquet Roldán (HBR) es un hospital general de Agudos de complejidad IVb de la ciudad de Neuquén Capital. Es uno de los Hospitales más importantes de la ciudad, junto con el Hospital Horacio Heller, de complejidad VI y el Hospital Castro Rendón de complejidad VIII (La denominación IVb está referida a la carencia de actividades quirúrgicas, que sí la tienen los establecimientos categoría IVa). Está ubicado a la vera de la Ruta nacional N° 22, en Teodoro Planas 1915. Ofrece servicio de guardia las 24 hs. Consultorios de medicina general, pediatría, clínica médica, cardiología, dermatología, diabetes, ginecología, nutrición, odontología, servicio social, servicio de rehabilitación, de salud mental, cuidados paliativos, internación de clínica y pediatría. Laboratorio, radiología y ecografía. Cirugías menores. Tiene una planta de personal de aproximadamente 274 agentes.

Tipo de estudio y diseño.

Se realizó un estudio descriptivo transversal y analítico donde los datos se obtuvieron de fuentes primarias, encuesta/intervención.

Población:

Universo o población objetivo: personas que trabajan en el Hospital Bouquet Roldán.

Criterios de inclusión: personas que trabajan en el Hospital Bouquet Roldán.

Criterios de exclusión: personas que trabajan en el hospital pero que pertenecen a empresas privadas como el sector cocina, limpieza y seguridad. Los mismos se excluyen porque no pertenecen a la planta del hospital, no consumen el refrigerio del hospital y porque consultamos con sus jefes y refirieron que no serán autorizados a realizar actividad física en su horario laboral, por lo tanto no vamos a poder ofrecer cambios en sus hábitos de vida.

Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra. Análisis de sesgos.

Estimando que las cifras de prevalencia para hipertensión y sobrepeso se encontrarían entre 30 y 40% respectivamente, y que la población que trabaja en el hospital es de 280 personas, una muestra probabilística de 188 pacientes es suficiente para un nivel de confianza de 95% (calculado con el programa Statcalc de EpiInfo). El desarrollo de la encuesta demandaba entre 20 y 40 minutos. La investigación se realizó de la siguiente manera: dos enfermeras de la unidad de diabetes concurren a los diferentes sectores del hospital para realizar una entrevista y la encuesta de score de riesgo de padecer diabetes tipo 2, tomar las medidas antropométricas y realizar los controles de signos vitales. La recopilación



de datos se realizaba dos veces por semana, media jornada laboral, durante 3 meses.

Selección de técnica e instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó una fuente primaria, una ficha con los siguientes datos: apellido y nombre, edad, sexo, cargo, si tiene diabetes, HTA, colesterol alto, tensión arterial, peso, talla, IMC, CA, glucemia al azar y tabaquismo. (los datos se cargaron en una base de datos de EpiInfo). También se utilizó una encuesta que es el score de riesgo de padecer diabetes tipo 2 de FINDRISC. (Descrito anteriormente).

Plan de análisis de los resultados.

Luego de obtener los datos, se cargaron, procesaron y analizaron con el programa EpiInfo.

Resultados

De la muestra de 200 personas, 147 eran mujeres el 73,5% y 53 hombres lo que corresponde a un 26,5%, no es una muestra equilibrada con respecto al sexo, pero esto se correlaciona con la realidad que existe en el hospital donde trabajan más mujeres que hombres. La edad promedio fue de 42 años. Con respecto a la distribución según función, 58 son auxiliares (29%), 58 profesionales (29%) y 84 técnicos (42%).

Teniendo en cuenta los datos antropométricos, el peso promedio fue de 75,9 kg. La talla media fue de 163 cm. El IMC promedio fue de 28,1 es decir que predomina el sobrepeso. Analizando el IMC, 68 presentaron peso normal (33,5%), 63 sobrepeso (31,5%) y 69 obesidad (34,5%), de 200 personas 163 presentaron sobrepeso es decir el 68 %, éste es un dato alarmante.

De un total de 200 personas 155 no fuma (77,5%) y 45 fuman (22,5%). Prevalencia de Tabaquismo referido: 22,5% (Fem: 21,8%; Masc: 24,5%). Menor que la prevalencia nacional de 25,1%, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2011 y que la prevalencia provincial de 29,1% según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2009. El porcentaje de fumadores y no fumadores es similar en ambos sexos.

Prevalencia de HTA referida: 24 personas, 12 %, prevalencia de HTA medida: 37 personas, 18,5%. Esto quiere decir que 13 personas no sabían que posiblemente eran hipertensas, el 6,5% de la muestra total. De las 37 personas con tensión arterial elevada, 31 presentan sobrepeso y obesidad es decir el 83,8%, esto demuestra una alta asociación entre HTA y sobrepeso y obesidad. De 37 personas hipertensas, 30 presentan dislipemia, el 81,1%, lo que también es una asociación importante.



Prevalencia de dislipemia referida 58 personas, (29%), lo que coincide con la prevalencia nacional y provincial, 29%, según Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2009, 2011. De ellas 55 presentaban sobrepeso y obesidad, lo que corresponde al 94,5%, es decir que hay una alta asociación entre dislipemia, sobrepeso y obesidad.

Prevalencia de diabetes referida 6 personas (3%), prevalencia de glucemia al azar elevada 14 participantes (7%), es decir que 8 personas no sabían que tienen riesgo de padecer diabetes, el 4% de la muestra. De las 6 personas que refirieron diabetes todas son de sexo femenino y tienen entre 40 y 59 años.

Según score de Findrisk, presentaron riesgo moderado de padecer diabetes 38 personas, 19,59%, riesgo Alto, 22 personas, 11,34%, y riesgo muy alto, 1 persona, 0,52%. Si sumamos las personas con moderado, alto y muy alto son 61 lo que corresponde al 30,5%. Es un importante número de personas con la cual trabajar prevención de diabetes.

De una muestra de 200 personas, 119 (59,50%) no consume frutas y verduras diariamente.

Con respecto a la actividad física 113 personas (56,50%) no realizan 30 minutos de AF por día. Lo que nos demuestra la falta de hábitos saludables en el personal de salud del hospital Bouquet Roldán.

Las personas que presentan diabetes, hipertensión y obesidad presentan entre 40 y 59 años.

Concluyendo el personal del hospital presenta una edad promedio de 42 años. Presenta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (66%), alta prevalencia de sedentarismo (56,5%), se caracteriza por baja ingesta de frutas y verduras diarias (59,5%). Prevalencia de tabaquismo de 22,5%, menor a la nacional y provincial. Tiene una prevalencia de dislipemia de 29% similar al nacional y provincial. La prevalencia de diabetes es de 3% y la de hipertensión arterial es de 18,5%, ambas menor a la nacional, pero esto se debe a que varias personas no conocían su condición de diabético o hipertenso según demuestra el estudio. Teniendo en cuenta éstos resultados es importante trabajar en cambios del estilo de vida y hábitos saludables con el personal del hospital, lo que se va a realizar a través de talleres como se describió en el trabajo de investigación. Algunos cambios ya se han producido como agregado de frutas en los desayunos y actividad física 2 veces por semana para el personal del hospital, en horario laboral y gratuito por una profesora de educación física, a través de un convenio con subsecretaría de deporte.



Artículos Becas SISNe 2013

Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en la población usuaria del Subsistema Público de Salud en Junín de los Andes

Juan Ignacio Remy⁴⁰

Fabiana Natalia Lutz⁴¹

María Soledad Pallazolo⁴²

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para evaluar la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la población de 18 a 70 años en Junín de los Andes, Neuquén, usuaria del subsistema público de salud. Este estudio se realizó entre agosto de 2014 y agosto de 2015, incluyendo 198 pacientes. La selección de los individuos de investigación se realizó por un sistema de randomización entre los pacientes que acudían a los consultorios ambulatorios de Medicina General del Hospital Junín de los Andes. Se utilizó para diagnóstico de ERC el volumen de filtrado glomerular estimado (VFG_e) por fórmula MDRD-4 (MDRD 4) y CKD-EPI, el índice urinario relación proteinuria/creatininuria (RPC) y el índice urinario relación albuminuria/creatininuria (RAC). Se definió como enfermo renal crónico a aquel individuo que tenía un VFG_e < 60 ml/min/1.73m² y/o una RPC > 300 mg/g y/o una RAC > 30 mg/g, en al menos dos de tres oportunidades, separadas en al menos 3 meses. Se registró la presencia o no de factores de riesgo para ERC, edad, sexo e Índice de Masa Corporal (IMC). Se comparó el resultado del examen del laboratorio con la autorreferencia del paciente sobre padecimiento de enfermedad renal y con la referencia en la historia clínica. Se obtuvo una prevalencia de ERC de 14.14% (IC 95% 9,3-18,9), el 5,5 % fue diagnosticado por disminución del VFG_e, 7,5 % diagnosticado por RAC alterado y 1,14 % por ambos. El Factor de riesgo más asociado fue la hipertensión arterial. Se analizaron diferentes métodos para evaluar lesión renal tomando como patrón oro la RAC, comparando costos, sensibilidad y especificidad con respecto a esta.

Palabras clave: Insuficiencia Renal Crónica – Epidemiología - Adulto

⁴⁰ Médico General, Hospital Junín de los Andes – juaniremy@hotmail.com

⁴¹ Bioquímica, Laboratorio Hospital Junín de los Andes, Neuquén.

⁴² Técnica de laboratorio, Laboratorio Hospital Junín de los Andes.



Introducción

La ERC es un problema de salud pública de importante cuantía, que se encuentra en continuo crecimiento y en gran medida sub diagnosticado¹. Su prevalencia se encuentra entre el 11 al 30 por ciento, según la población estudiada y la sensibilidad de los métodos de diagnóstico utilizados²⁻³. Al ser una enfermedad en general lentamente progresiva y silente, no presenta demanda espontánea por parte de los usuarios de los sistemas de salud. Por otro lado no existe acuerdo entre las diversas guías de práctica clínica de realizar rastreo de ERC en la población general sin factores de riesgo¹⁻⁴.

La relevancia de la ERC para los sistemas de salud está dada, no solo por su progresión hacia la insuficiencia renal y el eventual tratamiento sustitutivo renal, sino por el aumento del riesgo cardiovascular (principal causa de muerte en estos pacientes), el aumento de mortalidad global y hospitalización⁵⁻⁶⁻⁹. La disminución de la función renal es un factor de riesgo independiente para todas las causas de mortalidad cardiovascular, incluidos el infarto de miocardio, el ictus y la insuficiencia cardíaca⁵⁻⁶. Los enfermos con insuficiencia renal terminal en programa de hemodiálisis fallecen de complicaciones cardiovasculares en más del 50%, presentando la mortalidad cardiovascular una relación inversamente proporcional con el filtrado glomerular⁶, por lo que los pacientes que lleguen a estadios avanzados de enfermedad renal e inicien un tratamiento sustitutivo serán los sobrevivientes a los eventos cardiovasculares. Cabe aclarar que el incremento de la mortalidad cardiovascular aumenta incluso en etapas precoces de la ERC, siendo esta asintomática. Asociaciones relacionadas con la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) o la anemia han sido encontradas en pacientes con ERC en estadios 3 y 4 con frecuencia cercana al 50%⁸.

La asociación entre enfermedad renal crónica y el aumento de la mortalidad cardiovascular tiene una explicación pluricausal compleja, en la que intervienen diferentes factores. La aparición de un estado inflamatorio persistente, alteraciones en la coagulación con fenómenos protrombóticos, el aumento de la presión arterial con un fenómeno perpetuador del daño renal, la aparición de anemia y su relación con el aumento de la mortalidad cardiovascular, activación del sistema simpático y del sistema renina-angiotensina-aldosterona, la disfunción endotelial y la calcificación arterial entre otros⁶.

En el mundo, la población en diálisis se duplicó en 10 años. La tasa de crecimiento anual de la población mundial fue del 1.3% mientras que la tasa de crecimiento anual de los pacientes en insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), la de los paciente en hemodiálisis y la de los pacientes trasplantados estuvo cercana al 7%⁴. Nuestro país no ajeno a esta realidad, presenta un incremento anual entre el 6 y el 8% de pacientes con IRCT (Datos del INCUCAI Argentina año 2004). Por otro lado, Neuquén es la provincia con mayor tasa de prevalencia puntual de pacientes en tratamiento sustitutivo renal, con una tasa mayor a 1000 pacientes por



millón (datos del Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2009-2010, Informe 2011)⁴.

La identificación precoz de los pacientes con insuficiencia renal permite realizar tratamientos que limitan la progresión del daño renal y modificar los factores de riesgo asociados que contribuyen al aumento de la morbilidad en estos pacientes. Los equipos de atención primaria pueden jugar un rol primordial en la identificación de los pacientes con enfermedad renal, sobre todo en sus estadios iniciales, donde esta es habitualmente asintomática y su identificación suele tener lugar de forma accidental o en análisis solicitados en pacientes de riesgo. Por otro lado la identificación precoz permite instaurar tratamientos que limitan su progresión y disminuyen la mortalidad de causa cardiovascular que esta acarrea⁷.

Uno de los problemas que se plantearon como hipótesis iniciales del trabajo es la falta de estandarización del proceso de detección de ERC en los profesionales del primer nivel de atención, utilizándose entre los diversos efectores diversos estudios como clearance de 24 horas, determinación de urea y creatinina, albuminuria en muestra única, albuminuria por tira reactiva, proteinuria por tira reactiva, índices urinarios o albuminuria o proteinuria en 24 horas.

Teniendo en cuenta todo esto, y la clara asociación entre ERC y la morbimortalidad de causa cardiovascular es que enfatizamos la detección de ERC a través del uso demarcadores tempranos, como albuminuria o VFG disminuido, pudiendo así instaurarse en etapas tempranas, tratamientos nefroprotectores y objetivos de control de otros factores de riesgo cardiovasculares que permitan torcer la evolución natural de esta enfermedad.

Metodología.

Es un estudio descriptivo de corte transversal con un *n* de 198 pacientes según el cálculo de tamaño muestral, calculándolo sobre una base poblacional de 14.000 personas y una prevalencia estimada de ERC de 15%.

La ERC se definió de acuerdo a las recomendaciones realizadas por la "Guía de práctica clínica sobre prevención y detección precoz de la ERC en adultos en el primer nivel de atención" publicada en el año 2010 y en las guías K-DIGO del año 2012⁴⁻¹⁰:

- 1) Daño renal por un período mayor igual a 3 meses definido por anomalías estructurales o funcionales del riñón, con o sin disminución del VFG. Este daño puede expresarse ya sea por: anormalidades patológicas o marcadores de daño renal, incluyendo anormalidades en la composición de la sangre u orina o en los estudios de imágenes.
- 2) El VFG menor a 60 ml/min/1.73m² con o sin marcadores de daño renal durante 3 meses.



Se clasificó a la ERC en cinco estadios:

Estadio 1: Daño renal con índice de filtrado glomerular (IFG) $> o = a$ 90 ml/min/1.73m² de superficie corporal (SC).

Estadio 2: Daño renal con leve disminución del IFG (IFG= 60 – 89 ml/min/1.73 m² SC)

Estadio 3: Moderada disminución del IFG (IFG= 30 – 59 ml/min/1.73 m² SC)

Estadio 4: Severa disminución de la función renal (IFG= 15 - 29 ml/min/1.73 m² SC)

Estadio 5: Insuficiencia renal crónica (IFG< 15 ml/min/1.73 m² SC) o en tratamiento sustitutivo renal.

El estadio 3 se subdivide en 3a y 3b siendo el 3a con un IFG de 59 a 45 ml/min/1.73 m² SC y el 3b de 30 a 44 ml/min/1.73 m² SC.

Se invitó a participar del estudio de investigación a profesionales médicos de atención primaria y bioquímicos del Hospital Junín de los Andes. Se generó un espacio de capacitación y sensibilización sobre ERC, luego del cual se entregó y explicó un instructivo sobre la confección del consentimiento informado y planilla de inscripción de pacientes a los profesionales que aceptaron colaborar con el estudio de investigación. Se propuso el tamizaje de ERC a usuarios de 18 a 70 años que cumplieran con los criterios de randomización. Estos criterios consistieron en seleccionar los pacientes según el orden de planilla de turnos, ofreciendo la posibilidad de ingresar al estudio a las 2^o, 5^o y 9^o personas de la lista de consultas, tanto en la franja de la mañana como la de la tarde.

De ocupar este puesto un paciente menor que 18 años se ofrecía la posibilidad de ingresar al estudio a el/la adulto responsable que lo acompañaba. Si el paciente se encontrara ausente o el turno no estuviera dado, podía reclutarse el próximo inmediato de la planilla de turnos. En caso de negativa a realizar el estudio (luego de lectura del consentimiento informado) no se ofrecía esta posibilidad a ningún otro paciente en su lugar. Entre los pacientes randomizados se diferenció entre aquellos que requerían la realización de determinaciones bioquímicas para investigar función renal (por algún problema de salud concomitante) y a los que se les solicitó únicamente por haber sido seleccionados por azar.

A cada paciente seleccionado y que aceptó voluntariamente participar de este estudio de investigación se le preguntó sobre condiciones que fueron criterios de exclusión: paciente gestante, presentar amputaciones, ser vegetariano/a y consumir algún tipo de complemento nutricional para el mayor desarrollo de la musculatura.

De no presentar el paciente ninguno de los criterios de exclusión mencionados anteriormente se procedió a pesar y tallar al paciente para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), calculándolo con la siguiente



fórmula $IMC = PESO/TALLA^2$, siendo criterios de exclusión el presentar IMC mayores de 35 o menores de 18.

A posteriori se preguntó a cada individuo enrolado sobre el conocimiento de padecer ERC (autorreferencial) y se indagó sobre factores de riesgo para enfermedad renal (diabetes, HTA, arteriopatía periférica, tabaquismo, consumidores de drogas nefrotóxicas en forma frecuente, litiasis renal, hipertrofia prostática benigna (HPB) y enfermedades reumatológicas que puedan afectar al riñón). Tanto los datos de padecimiento o no de ERC como los factores de riesgo para padecer la misma se cotejaron con los datos de la historia clínica (de estar esta existente).

El último paso de la etapa pre analítica fue la entrega de orden escrita para realizar los análisis bioquímicos junto con una planilla con los datos consignados, que el paciente entregó al personal de laboratorio en el momento de la extracción sanguínea y entrega de orina de primera micción de la mañana.

La solicitud de laboratorio incluyó: creatininemia, MDRD 4, CKD EPI, índices urinarios de lesión renal RAC y RPC, detección cualitativa de albuminuria al azar por tira inmunológica y orina completa (la cual incluía determinación cualitativa de proteinuria)

La creatinina se determinó por método Jaffé compensado con blanco de muestra (en suero y orina), con metodología trazable al IDMS y el VFGe se calculó tanto por fórmula de MDRD 4 como CKD EPI. La disminución del error total de esta determinación por debajo del 8% fue de fundamental importancia por ser la creatininemia la única variable analítica de las fórmulas de estimación de filtrado glomerular¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴. La determinación cuantitativa de proteinuria se realizó por método colorimétrico de Rojo Pirogalol y en forma cualitativa por tira reactiva de orina. La albuminuria se dosó por método inmunoturbidimétrico y se determinó cualitativamente por test rápido inmunocromatográfico. A partir de los dosajes cuantitativos de creatininuria, proteinuria y albuminuria se calcularon los índices urinarios de lesión renal de proteinuria/creatininuria (con límite de corte de 300mg/g) y de albuminuria/creatininuria (con límite de corte de 30mg/g).

Todos los resultados que se encontraron dentro de los parámetros de normalidad se informaron a los pacientes en el momento de retirar los informes de laboratorio. En cambio, los alterados para los parámetros de referencia, se informaron a los pacientes por el medio más conveniente (en el domicilio personalmente o vía telefónica) para la repetición de los mismos. Todo paciente con resultado anormal en dos de tres oportunidades separadas por al menos tres meses se diagnosticó como enfermo renal. Los datos obtenidos fueron procesados con el programa EpiInfo versión 7.

En cuanto a los aspectos éticos se confeccionó un consentimiento informado autorizado por el Comité de Análisis de Investigaciones Biomédicas en Seres Humanos de la Provincia de Neuquén, fue leído y explicado en el espacio de la consulta a los pacientes randomizados y permaneció en poder del



paciente. El mismo contaba con los datos de contacto de los referentes de la investigación y del organismo contralor de la investigación (CAIBSH). No se recibieron quejas o reclamos en cuanto a los procedimientos éticos durante el tiempo en el que se desarrolló la investigación. Por otro lado todo paciente con resultado de laboratorio alterado fue informado en forma oportuna y se ofreció la repetición del mismo (en un lapso de tres meses) para certificar o descartar ERC. Todo paciente con diagnóstico de ERC fue invitado a tener una consulta médica con algún profesional médico del hospital para comenzar tratamiento.

Presentación de los datos obtenidos

Se obtuvieron resultados de 198 pacientes según lo estimado para tamaño muestral. La edad promedio de los pacientes ingresados al estudio fue de 43 años, con una edad mínima de 18 años y una máxima de 70 años. En la distribución etaria por rango de a diez años la franja con mayor representatividad en el estudio fue la de 51 a 60 años y la de menor representatividad fue la de 61 a 70 años (Gráfico 1) (Tabla 1)

Gráfico 1

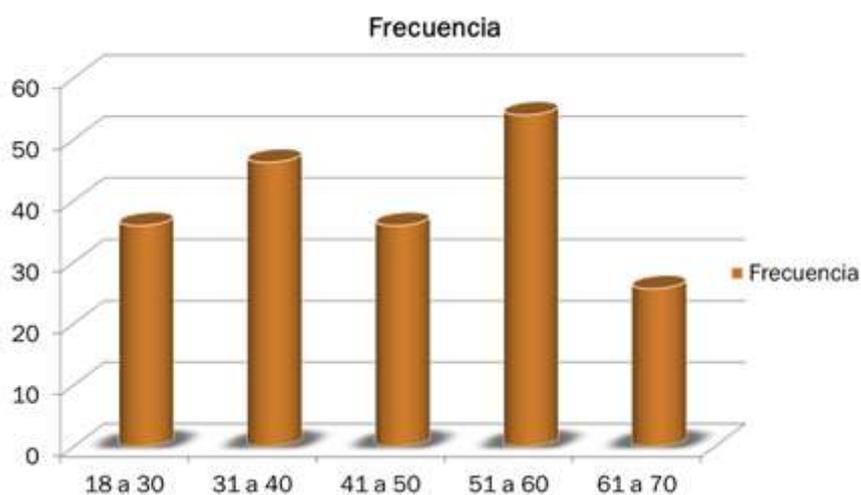




Tabla 1

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 30	36	18%
31 a 40	46	23%
41 a 50	36	18%
51 a 60	54	27%
61 a 70	26	13%
TOTAL	198	100%

La distribución por sexo fue de 29% masculino y 71 % femenino. De los pacientes enrolados en el estudio la prevalencia de ERC por autorreferencia fue de 13,1% y por registro en la historia clínica fue de 14,9, siendo la prevalencia de enfermedad renal detectada por pruebas bioquímicas de 14.14% (IC 95% 9,3-18,9). Esta aparente concordancia de prevalencias entre el registro en HC y el diagnóstico según los criterios de este estudio muestra una notable disparidad al cruzar los datos, ya que el 52% de los pacientes en cuya HC figuraba la presencia de ERC no presentaron alteradas las determinaciones bioquímicas. Por otro lado solo el 50% de los pacientes detectados con ERC tenían el diagnóstico previo registrado en su HC (tabla

2). Esta disparidad aumenta cuando se toma como parámetro la autorreferencia del paciente (tabla 3), ampliándose este tema en el apartado de discusión con opinión de los autores.



Tabla 2

Registro en HC de ERC previa	ERC presente por laboratorio		TOTAL
	SI	NO	
SI	14	15	29
NO	14	155	169
TOTAL	28	170	198

Tabla 3

ERC por autorreferencia	ERC presente por laboratorio		Total
	SI	NO	
Si	12	14	26
No	16	156	172
Total	28	170	198

Como anteriormente se mencionó la prevalencia de ERC en este estudio fue de 14.14%, siendo la resultante final de la sumatoria de pacientes que presentaron ERC por alteración del VFGe por alguna de las fórmulas utilizadas (ya sea MDRD de 4 elementos o CKD EPI), de los pacientes que presentaron alteración en la excreción urinaria de albuminuria o creatininuria (mediante índice urinario de lesión renal albuminuria/creatininuria o proteinuria/creatininuria) o por la alteración de ambas.

Los pacientes con diagnóstico de ERC fueron clasificados según las guías KDIGO del año 2012, que proponen entrecruzar el dato del VFGe y la albuminuria.

La composición de los pacientes con enfermedad renal detectados en la muestra presento la siguiente distribución (tabla 4):



Tabla 4

VFGe	Albuminuria			TOTAL
	A1	A2	A3	
Mayor que 60 (G1-G2)	170	10 (35,7%)	4 (14,3%)	184
G3a	9 (32,1%)	2 (7,15%)	1 (3,6%)	12
G3b	1 (3,6%)	0	0	1
G4	0	1 (3,6%)	0	1
TOTAL	180	13	5	198

Numero de ERC: 28

Prevalencia: 14,14%

Los colores corresponden a gravedad según clasificación KDIGO siendo el color verde no ERC y el rojo la mayor gravedad.

La distribución de enfermos renales por sexo fue de un 64% de mujeres y de 36% de hombres sobre el número total hallado de ERC. Si ajustamos la prevalencia de ERC según sexo encontramos 12.7% en el grupo de las mujeres y 17.5% en el grupo de los hombres.

Entre los factores de riesgo que más se asociaron a la aparición de ERC está en primer lugar la HTA, en segundo lugar la Diabetes, en tercer lugar hipertrofia prostática benigna (HPB), y en 7 pacientes (un 25% de los pacientes detectados como enfermos renales) no apareció ninguno de los factores de riesgo propuestos por el equipo de investigación.(tabla 5)

Tabla 5

FR o Enf. asociadas	Distribución en ERC
HTA	10
DBT	2
HPB	1
HTA + DBT	6
HTA + HPB	2
S/FR	7



Dos pacientes de este último grupo tenían diagnóstico de ERC previo al estudio sin haber tenido factores de riesgo para ERC previos a la aparición de la misma (1 con diagnóstico de síndrome nefrótico por glomerulopatía membranosa tipo 1 hace 2 años, otro con microhematuria de 20 años de evolución con biopsia renal normal de hace 2 años). Los otros cinco pacientes se diagnosticaron durante el estudio. Uno de ellos accedió al seguimiento y realizó estudio de imágenes pero ante la sugerencia de realizar biopsia renal presentó negativa. Los otros 4 no tuvieron seguimiento por el sistema público de salud.

Comparando la RAC contra otros métodos utilizados para detección de daño renal, la RPC con un corte mayor que 300 mg/g detectó solo el 44% de los pacientes que presentaron daño glomerular, la tira por inmunocromatografía para albuminuria cualitativa un 78% y la tira multiparamétrica para proteinuria un 33%.

Una de las dificultades que se nos presentó fue la necesidad de confirmar los resultados alterados en un tiempo no menor a tres meses de la primera determinación, y en caso de presentar discordancia con los primeros, la realización de un tercero. Este lapso de tiempo de tres meses se debe a la definición de ERC que implica que la alteración detectada se sostenga por ese lapso. Sin embargo, la mayoría de los pacientes a los que el resultado les dio anormal en una primera instancia pudieron ser recaptados y acudieron a realizar la segunda (y hasta la tercera) muestra. Solo 3 pacientes fueron excluidos del estudio por no poder ser corroborado el laboratorio.

Discusión:

La prevalencia de enfermedad renal crónica en la población estudiada fue similar a la esperada (la hipótesis previa suponía una prevalencia cercana al 15 %). Esta prevalencia es levemente superior a la de otros estudios realizados en población general (cerca del 12%) y similar los datos obtenidos de otros trabajos en población hospitalaria ambulatoria. Este resultado no se compadecía con la percepción del personal de salud local que consideraba que la ERC tenía una prevalencia local muy superior a la media poblacional.

Con respecto a este punto pudieron haber factores que tendieron a subestimar la frecuencia de ERC en el muestreo. El primer punto a comentar es que la inscripción de pacientes para participar del estudio de investigación fue realizada en su totalidad por médicos generales, siendo el servicio de medicina general la puerta de entrada al sistema público de salud local abarcando más del 90% de las consultas ambulatorias de la población adulta. La no participación del servicio de clínica médica local genera un sub registro de la patología a pesquisar, ya que por el modo de funcionamiento de nuestra institución, los pacientes que asisten a este sector presentan una edad promedio mayor y patologías crónicas que suelen presentar asociación con la enfermedad renal. Es probable que la inclusión



de los pacientes asistidos por este sector hubiese implicado un aumento del porcentaje de enfermos renales detectados, pero debido a que este subgrupo de pacientes no llega al 5% de la población ambulatoria, este incremento sería discreto. Otros factores que, a nuestro entender, pudieran haber influido en subestimar la prevalencia de ERC son el mayor porcentual de mujeres reclutadas (71%) ya que este sexo se asocia a menor prevalencia de esta patología (dato que también aparece en nuestro estudio, pero sin poder demostrar significancia estadística) y la distribución etaria del grupo seleccionado, que presentó una mayor proporcionalidad de individuos entre 40 y 60 años, siendo la ERC una enfermedad con prevalencia creciente asociada fuertemente a la edad.

Es ampliamente conocido que la prevalencia de ERC tiene directa relación con la edad del grupo a estudiar. Sin embargo no existe una edad a la que esté recomendado comenzar el tamizaje de esta patología, salvo recomendaciones de expertos no basadas en la evidencia que habitualmente sitúan este corte a los 50 años. Si bien el tamaño muestral de nuestro estudio es pequeño y está calculado para estimar prevalencia de ERC y no otras inferencias, no pareciera en nuestra muestra poblacional que la edad por sí sola sea un factor de riesgo para ERC, o que se pudiera determinar un corte de edad donde la enfermedad renal sea pasible de rastreo asintomático (la edad no es una indicación de tamizaje de enfermedad renal en ninguna de las guías tomadas como referencia bibliográfica para el presente estudio de investigación).

Un inconveniente a destacar fue específicamente con la determinación de creatinina. Hubo numerosos problemas con esta determinación por su falta de reproducibilidad que implicó tener que repetir varias veces en la misma muestra, y en los casos de valores alterados fueron necesarias al menos 3 muestras para definir dos resultados comparables. Para subsanar, en lo posible, este inconveniente se trabajó en todo momento con controles de calidad: controles internos diarios y un control externo mensual. Cabe aclarar que se empleó una técnica de buena calidad, trazable al IDMS y de reconocida marca, pero creemos que el principal obstáculo para un funcionamiento óptimo de la misma es el hecho de contar solo con un sistema heterogéneo en cuanto a la marca del autoanализador y de los reactivos.

En cuanto a la discrepancia de prevalencia de ERC entre autorreferencia del paciente, el registro en HC y los datos obtenidos (mencionados en el punto de análisis), la misma se debe por un lado a los diferentes criterios médicos utilizados para el diagnóstico de ERC (habitualmente no se toma en cuenta el criterio de temporalidad ni se determinó el daño renal con índices urinarios) y la asociación que hacen los pacientes con síntomas inespecíficos renales (por ejemplo, dolor lumbar, disuria, etc.) y la ERC.

Uno de los aspectos a destacar en los resultados recogidos es la diferencia sensibilidad y especificidad entre los diferentes métodos para detectar lesión renal. Se tomó como patrón oro a la relación de



albuminuria/creatininuria (RAC) u se la comparó con los otros métodos utilizados.

Si se compara la RAC con la tira reactiva inmunológica de albuminuria la sensibilidad de esta última sería de un 77,8% y su especificidad del 98%.

Tabla 6

COMPARACIÓN ENTRE RAC Y ALBUMINURIA POR TIRA

	RAC NORMAL	RAC ALTERADO	Total
Albuminuria por tira positivo	3 Falso positivo	14 Verdadero positivo	17 VPP 82 %
Albuminuria por tira negativo	177 Verdadero negativo	4 Falso negativo	181 VPN 97%
	180 Especificidad 98%	18 Sensibilidad 77%	198 100%

Por otro lado, comparando con el mismo patrón (RAC), la tira urinaria de proteinuria de uso habitual y la determinación del índice urinario de proteinuria/creatininuria usando como corte 300mg/g presentan una sensibilidad para el diagnóstico de daño renal de 33,33% y 44,44% respectivamente. Respecto a la especificidad del diagnóstico, y nuevamente en forma comparativa con la RAC, la especificidad de la RPC es del 100% (nuevamente usando como punto de corte 300mg/g).

La importante diferencia comparativa de sensibilidad entre la RPC y la RAC cobra especial relevancia por el hecho de que las recomendaciones para el tamizaje de ERC en nuestro país según la "Guía de práctica clínica para el rastreo de ERC en el 1º nivel de atención" sugiere el uso de índice urinario de albuminuria/creatininuria solo en caso de diabetes, indicando para todos los demás casos el uso de RPC. Esta recomendación es diferente a las de las guías KDIGO, en las que la determinación de albuminuria es universal para todos los pacientes en los que se desea investigar la presencia o no de enfermedad renal. Si en nuestro estudio se hubiesen seguidos las recomendaciones nacionales vigentes, un 21% de los pacientes con ERC no hubiesen sido diagnosticados (pacientes no diabéticos con MDRD4 >60 ml/min y RPC < 300mg/g). Todos estos pacientes necesitan de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos particulares, y seguimiento periódico frecuente, no solo para el control evolutivo de la función renal, sino por el incremento del riesgo cardiovascular global que conlleva la sola aparición de albuminuria, teniendo en cuenta que esta es la principal causa de morbi-mortalidad en los pacientes ERC.



En cuanto al análisis de costos y comparando diferentes métodos de tamizaje, el costo por determinación de la lesión glomerular por RAC es de aproximadamente 12\$, el del RPC es de aproximadamente 2\$, el de la tira inmunológica para albuminuria de 26\$ y el de la tira multiparamétrica de orina 2,1\$ (datos al momento del cierre del estudio en agosto 2015).

Debido a la significativa diferencia de costos que presenta la RPC por sobre la RAC (siendo esta última un 600% más costosa en nuestro estudio), comparamos la sensibilidad y especificidad de la RPC con respecto a la RAC según el valor de corte que se utilice, esperando encontrar un valor donde la sensibilidad sea similar a la RAC con una tasa especificidad aceptable. La RPC mostró el siguiente comportamiento a medida que se disminuyó el valor de corte:

Tabla 7

Valores de corte	RPC > 100	RPC > 200	RPC > 300
Sensibilidad	100%	83%	44%
Especificidad	90%	98%	100%
Valor predictivo positivo	50%	82%	100%
Valor predictivo negativo	100%	97%	94%

En la tabla puede verse como utilizando un valor de corte de RPC de 100mg/g se logra una sensibilidad comparativa con la RAC del 100% con una especificidad del 90%.

Conclusiones

Si bien no encontramos estudios previos que utilizaran exactamente los mismos criterios de selección de pacientes que el nuestro, concluimos que la prevalencia de enfermedad renal crónica en nuestro medio no es mayor a la esperable. Este dato cobra relevancia debido a que la percepción del personal de salud local es que la enfermedad renal en nuestro medio tiene prevalencia mayor a la media habitual.



Un segundo punto que nos parece importante enfatizar es la necesidad imperiosa de estandarizar y ajustar la determinación de creatinina, ya que todas las recomendaciones actuales sugieren utilizar fórmulas de estimación de VFG para el tamizaje de ERC. Dado que la creatinina es la única variable de la fórmula sujeta a error metodológico, pequeñas variaciones en el resultado obtenido implican diferencias sustanciales en la VFGe. La indicación de las Sociedades Bioquímicas es trabajar con un error total menor al 8% para la determinación de la creatinina, situación muy difícil de alcanzar en las condiciones de trabajo actuales de muchos laboratorios (sistemas heterogéneos, marcas de reactivos no validadas y otras). Actualmente en la Provincia de Neuquén y en el subsistema de salud Público este aspecto se está trabajando fuertemente a través de la Red de Laboratorios.

Como mencionamos anteriormente el tamizaje de ERC se realiza por estimación o medición del VFG y por daño glomerular por proteinuria o albuminuria. En cuanto a este último punto existen diversos métodos de determinación de este daño, sin existir consenso entre los diferentes efectores en cual utilizar. Si bien este estudio tenía como fin último estimar la frecuencia de ERC, se utilizaron para la detección de daño glomerular diferentes métodos con el fin de compararlos contra la RAC y se analizaron costos de las diferentes determinaciones y los diferentes valores de sensibilidad y especificidad. A pesar de que el método más sensible para detectar daño renal es la RAC, este presenta un alto costo y su uso en nuestro medio esta solo pautado para usarse en personas con diabetes. Sugerimos que podría utilizarse para el resto de los pacientes la RPC (el método más económico en nuestro estudio) como método de tamizaje, pero disminuyendo el valor de corte de normalidad a 100mg/g con el fin de mejorar la sensibilidad diagnóstica (siendo para este valor del 100%), debiendo confirmar el diagnóstico por RAC en las personas que tengan como resultado cifras entre 100 y 300mg/g (ya que por encima de este valor la especificidad es del 100% con respecto a la RAC). Sin duda esta hipótesis debe confirmarse con otro trabajo diseñado para tal fin.

La sensibilización sobre la necesidad de pesquisa de ERC en población de riesgo (pacientes con hipertensión arterial, diabéticos, pacientes con enfermedad reumatológica, tabaquistas, consumidores crónicos de AINEs, padecedores de hipertrofia prostática) por medio de VFGe (cuando no presente contraindicaciones de realizar este estudio) junto a la determinación de daño glomerular por albuminuria o proteinuria son de especial importancia para detectar esta patología e instaurar tratamientos nefroprotectores específicos que han demostrado retrasar o frenar la evolución natural de la enfermedad hacia un deterioro del filtrado glomerular, y sobre todo disminuir la mortalidad cardiovascular asociada a esta problema de salud. En nuestro medio observamos que el rastreo de enfermedad renal se realiza principalmente por determinación del filtrado glomerular con clearance de creatinina en orina de 24 horas (que es una determinación más engorrosa y que conlleva a frecuentes errores en la



recolección de orina), o en el peor de los casos, con determinaciones aisladas de urea y creatinina. A pesar de la simplicidad para la determinación, es habitual que se omita la solicitud de indicadores de daño renal como los índices urinarios. Se suma a esto la variabilidad de criterios de diagnósticos utilizados entre los diferentes profesionales médicos, dato que se evidenció en los registros de las historias clínicas. Por tal motivo concluimos que es de fundamental importancia generar y difundir instrumentos que permitan estandarizar el proceso de diagnóstico de esta entidad.

Financiación

Este trabajo fue financiado a través de las Becas de investigación del Sistema de Investigación en Salud de Neuquén (SISNe), realizándose entre agosto de 2014 y agosto de 2015.

Conflictos de interés:

Los autores de este trabajo de investigación declaran no tener conflictos de interés.

Bibliografía:

- 1- Alcázar, R, Egocheaga, M.I., Orte, L. y col. 2008. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2008; 28 (3) 273-282.
- 2- Otero A., Martín de Francisco A.L., Gayoso, P. y col, Grupo de Estudio EPIRCE. 2010. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. *Nefrología* 2010; 30(1): 78-86.
- 3- Simal, F., Martín Escudero J.C., Bellido J. y col. 2004. Prevalencia de la enfermedad renal crónica leve y moderada en población general. Estudio Hortega. *NEFROLOGÍA* 2004; 24(4): 329-337.
- 4- Cámara Argentina de Productos y Servicios de Terapia Renal, Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, SAN (Sociedad Argentina de Nefrología), Ministerio de Salud de la Nación (coordinación general). 2010. Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/stories/bes/graficos>
- 5- Rodicio-Díaz J. L..2006. The kidney disease like factor of cardiovascular risk. *Gac Med Bilbao* 2006; 103: 145-147.



- 6- Go A.S., Chertow G.M., Fan D., et al. 2004. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med* 2004;351:1296-305.
- 7- Rodrigo M.P. y Andrés M.R. 2006. Detección de insuficiencia renal oculta en consulta de atención primaria mediante la aplicación de la ecuación MDRD 4-abreviada: análisis de 1.000 pacientes. *NEFROLOGÍA* 2006; 26(3): 339-343.
- 8- Weiner D., Tighiouart H., Panagiotis T. y col. Effects of Anemia and Left Ventricular Hypertrophy on Cardiovascular Disease in Patients with Chronic Kidney Disease. *J Am Soc. Nephrol.*, 2005; 16: 1803-1810.
- 9- Weiner D., Tighiouart, H., Aamin, M. y col. 2004. Chronic Kidney Disease as a Risk Factor for Cardiovascular Disease and All-Cause Mortality: A Pooled Analysis of Community-Based Studies. *J Am Soc. Nephrol.* 2004; 15: 1307-1315.
- 10- Stevens P. Levin A. 2013. For the KDIGO Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease. Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: Synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2012 Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine.* 2013; 158:825-830
- 11- Alles, A., Fraga A., García A. y col. Detección de Enfermedad renal Crónica. Documento Multidisciplinario de la SAN (Sociedad argentina de Nefrología), FBA (Federación Bioquímica Argentina) y ABA (Asociación Bioquímica Argentina). 2010. *Revista de Nefrología Argentina.* 2010; 8(1): 45-56
- 12- Myers G.L., Miller W.G., Coresh, J. y col. 2006. For the NKDEP Laboratory Working group. Recommendations for Improving Serum Creatinine Measurement: A Report from the Laboratory Working Group of the National Kidney Disease Education Program. *Clinical Chemistry* 2006 52:1 5-18
- 13- Perazzi, B., Angerosa, M. 2011. Creatinina en sangre: calidad analítica e influencia en la estimación del Índice de Filtrado Glomerular. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana* 2011; 45(2):265-272.
- 14- Panteghini, M., Myers G., Miller W.G. y col. La importancia de la trazabilidad metrológica en la validez de la medición de creatinina como índice de función. *Federación Internacional de Química Clínica y laboratorio Clínico. Acta Bioquim. Clin. Latinoam.* 2009 43(2): 271-277.



Reseña del libro "El origen de la bioética como problema", de Manuel Jesús López Baroni, Ediciones Universitat de Barcelona, 2016, 192 páginas

Por Andrea Macías⁴³

¿Cuáles fueron los contextos de surgimiento de la Bioética? ¿Qué intereses estaban en juego y cómo marcó ello su desarrollo posterior? Estas son algunas de las preguntas que López Baroni dispara, desarrolla y analiza en el libro "*El origen de la bioética como problema*", adaptación del primer capítulo de su tesis doctoral titulada: *Bioética y multiculturalismo: políticas públicas en España (1978 /2013)*, de la Universidad de Barcelona.

A medida que avanzamos en su lectura, nos atrapa el despliegue de elementos que marcaron el origen y desarrollo de la bioética, en los que López Baroni expone con claridad, rigor y aguda ironía, aspectos poco explorados, especialmente en lo atinente a los actores y espacios de poder en juego que modelaron su surgimiento y posterior expansión.

Para ello, en la *Introducción*, López Baroni recurre a un esquema de dos criterios, "bioética como neologismo" y "bioética como disciplina". A cada uno de dichos criterios, les atribuye un número según su relevancia valorativa y/o aparición temporal. Así, asigna el número [1] para referirse a la relevancia y/o ser primero en el tiempo; y el número [0] para lo irrelevante y/o posterior en el tiempo. Con este esquema, López Baroni formula 4 combinaciones posibles, "modelos", que desarrolla a lo largo del libro, que permiten facilitar la comprensión y profundizar en el análisis, no solo del origen y nacimiento de la bioética, sino también y partiendo de ello, del recorrido de más de 40 años que ya tiene de avance y desarrollo.

En el primer modelo, *origen de la bioética [1] - origen del neologismo [1]*, se postula que la disciplina y el neologismo nacieron a la vez. Siendo el más difundido y utilizado en la enseñanza y artículos científicos, López Baroni demuestra cómo desde sus inicios, la bioética estuvo ligada al poder. El neologismo, tradicionalmente atribuido a Van Rensselaer Potter (pastor protestante) en 1970, quien lo utiliza con un fuerte sentido ecologista, es incorporado al poco tiempo por los jesuitas de la Universidad de Georgetown, para nombrar a su centro de investigación: Centro Kennedy para la Investigación de la Reproducción Humana y Bioética. Estos últimos, son los responsables de la expansión de la disciplina

⁴³ Médica Especialista en Medicina General. Master en Bioética y Derecho, por la Universidad de Barcelona.



más allá del ecologismo dado inicialmente por Potter, y de la reapropiación del neologismo. Este Centro, focaliza su temática, más inclinada a la ética clínica y, fundamentalmente, a la prédica contra el aborto en particular, y contra la ampliación de los derechos sexuales y reproductivos en general. Así, se inicia la disputa con Potter por la paternidad del neologismo y por los temas que abarcaría,

En este modelo, el autor describe dos variantes. Una, que concibe a la bioética como forma de ecologismo, confirmada por la presentación que hizo el alemán Rolf Löther en 1997, de los textos de su compatriota Fritz Jahr datados en 1927 y 1934, con posibilidad de vincularlos al desarrollo posterior de Potter, e iniciándose una nueva discusión estéril entre europeos y estadounidenses por la paternidad del neologismo. La segunda, la que considera a la bioética como reemplazo de la ética clínica, representada, según palabras del autor, por "Hellegers, Shriver, Eunice Kennedy y los jesuitas de Georgetown, contextualizada por los reflujos del Concilio Vaticano II". [...]. La bioética que conocemos hoy no tiene nada que ver con las intenciones que flotaban en el ambiente en sus inicios".

Finaliza el capítulo afirmando:

La única conclusión interesante de esta disputa es que nos muestra uno de los principales defectos que ha caracterizado este campo del conocimiento: la pretensión por parte de amplios sectores bioeticistas de querer convertir la bioética en una forma de *religiosidad*, no dudando para ello en crear mesías, neófitos, mitos, hechos fundacionales y un relato histórico *metabíblico*. Como iremos estudiando, la bioética es el fruto de una serie de casualidades a las que se han ido incorporando temáticas y líneas de investigación paralelas, la mayoría de las veces mucho más antiguas y fecundas. La inesperada irrupción de Fritz Jahr en la disciplina demuestra la ridiculez y esterilidad del adanismo intelectual que rodea el comienzo de la bioética estadounidense (p.37).

En la descripción y análisis del segundo modelo: *origen de la bioética [1]- origen del neologismo [0]*, se da relevancia al campo de conocimiento, que siempre ha existido con diferentes nombres, por sobre el origen del neologismo. Este criterio se utiliza para reivindicar a la bioética que, más allá del nombre que se le diera, tiene un origen milenario y legado cultural propio, previo y al margen de su surgimiento en Estados Unidos. Desde esta posición, en este apartado se analizan diferentes bioéticas multiculturales que reivindicar para sí la primacía de la disciplina: 1) bioética mediterránea y 2) bioética integradora o europea.

En el tercer modelo, *origen de la bioética[0]/ origen del neologismo [1]*, se acepta la aparición del neologismo en Estados Unidos en los



setenta, pero se aduce que, debido a su tinte netamente religioso, la disciplina se extendió como tal recién con la incorporación posterior de las miradas feministas, laicistas y multiculturalistas, analizando cada una de ellas.

En el cuarto modelo, *origen de la bioética [0] / origen del neologismo [1]*, el autor postula que se niega la legitimidad de la disciplina, cuyas intenciones son tanto las de enmascarar el embate neoliberal estadounidense, como la de nuevas formas de colonialismo, o de intentar sustituir el modelo tradicional de ética clínica por otro economicista, a manos de teólogos, filósofos e intelectuales en general sin sustento real.

Dos puntos para observar: 1) la ausencia de mención del trabajo del equipo de la Universidad de El Bosque en Colombia, liderado por Jaime Escobar Triana, que marcó desde sus inicios el desarrollo de la bioética latinoamericana; 2) no avanzar en el análisis de las disputas propias, en el desarrollo de la bioética hacia el interior de Europa en general, y en España en particular (y no solo en relación a la competencia/reflejo con Estados Unidos).

¿Por y para qué leer un nuevo libro sobre el origen y contenido de la bioética? ¿Qué nos brinda de distinto y atractivo el texto de López Baroni?

A los recién iniciado, les ahorrará mucho tiempo en “desenmarañar” esta disciplina que parece abarcar todos los temas, moviéndose, en palabras del autor “en una maraña cromosómica en la que es muy difícil deslindar materias y debates”. Para aquellos con trayectoria en la temática, les aportará una mirada desprejuiciada e irreverente, pero por ello no menos rigurosa que, luego de desarmarla enfatizando las disputas por la autoría del neologismo y por determinar su contenido, hará que la bioética surja en toda su complejidad y fortaleza.

Atractivo y provocador, al punto tal de llegar a preguntarse si la bioética no es más que una “burbuja” de tinte académico, que solo responde a intereses de poder y egos varios para, finalmente, revalorizarla concluye:

La bioética es un ágora en la que se comunican los especialistas de diferentes campos del conocimiento. Sus materias están acotadas en un extremo por la filosofía y en el otro por la *ciencia ficción* [...]. Recién hemos comenzado a modificar las estructuras de las formas de vida que conocemos y uno de los campos del conocimiento que va a tratar de evitar que nuestra especie pierda el control es la bioética, una disciplina tan etérea como poblada de remiendos [...]. La bioética es una disciplina que produce más historia de la que puede digerir; y precisamente por ello, por su carácter de cruce de



caminos, desde los culturales hasta los epistemológicos, resulta una materia tan fascinante (p. 157).



Vínculos a materiales escritos, videos, textos diversos

Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria (DELS)

Compartimos el link al DELS. Publicación del Ministerio de Salud de Argentina, que "constituye un instrumento de consulta para el conocimiento y la comprensión, con enfoque de derechos, de los principales temas de la Legislación en Salud."

Su coordinador Oscar Garay, nos explica en su Carta Fundacional que "Desde su concepción y comprensión integral, el DELS está pensado para que el tratamiento (análisis crítico, interpretación, explicación, divulgación) de la legislación en Salud, se fundamente en los valores culturales y de derechos humanos contenidos en nuestra Carta Magna, como también en la doctrina médico científica sostenida por la Organización Mundial de la Salud (OMS); igualmente, en los valores bioéticos sustentados en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Naciones Unidas, 19 de octubre de 2005)."

Así, el DELS constituye una herramienta ineludible para los Equipos de Salud.

<http://www.salud.gob.ar/dels/>



Instrucciones para las/os autores/as

Especificaciones

- 1.- Los trabajos originales deberán tener una extensión entre 2000 y 5000 palabras (aproximadamente 5 a 12 páginas), con las fuentes bibliográficas a pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx) u Open Office Writer (.odt), letra Verdana tamaño 11 con interlineado de 1,5.
2. Título del artículo centrado en letra normal utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda, en negrita.
3. Autor/es: nombre y apellido en el margen izquierdo, con nota final (del tipo*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo.
4. Optativo: Resumen en inglés, de hasta 150 palabras, en letra Verdana tamaño 9 con interlineado 1,5. Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas. Palabras Clave tipo: Vih/Sida, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.
5. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.
6. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el epígrafe correspondiente).
7. Las notas deben estar al final del texto, respetando igual letra y tamaño utilizados.
8. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres líneas, se presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, entre comillas, sin utilizar itálicas ni negritas.
9. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto. Puede utilizarse el sistema automático incorporado a los procesadores de texto. En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. o et al.



10.- Artículos de revistas deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, año, título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.

Ejemplos: VIDAL S. 2010. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. Revista Redbioética/UNESCO. Año 1, Vol. 1, No 1, 112-134.

- Los libros se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, año, título, edición si la hubiere, editorial, lugar.

Ejemplos: JURY W.A., GARDNER H.W. 1991. Soil Physics. John Wiley & Sons, New York.

- Capítulo de libro Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas, año, título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), título, editorial, ciudad, páginas.

Ejemplos: MORALES J, CUCUZZA F. 2002. Biografías apócrifas en bioética. En GOSTIONIZ J. (comp), Escritos de bioética, Ed. Sanjuaninas, San Juan, Argentina, pp. 123-164.

- Citas de documentos y/o declaraciones institucionales. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc.) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional completo, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:

CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica].
Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en:
<http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf>

Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.

