

FAMFyG | FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

VOLUMEN 18 | NÚMERO 2 | JUN 2021



ISSN 1668-8341
CÓRDOBA- ARGENTINA

20 años de vida y los nuevos desafíos.

El pasado 16 de junio de 2021 se cumplieron 20 años del nacimiento de nuestra Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG). En ese tiempo hemos pasado por muchas y diferentes situaciones, y han sido muchas las personas que colaboraron con su esfuerzo y compromiso para darle forma concreta a la visión que tuvieron nuestros referentes hace 20 años. Mi particular reconocimiento y agradecimiento a cada uno de ellos.

Luego del sinuoso camino transitado, de la experiencia acumulada y de las enseñanzas aprendidas, el desafío que debemos asumir empieza por focalizarnos en el crecimiento y expansión de cada una de nuestras asociaciones miembro, consolidando su papel y liderazgo en cada territorio y con cada grupo humano al que representan. Esto implica la inevitable necesidad de reformular nuevos roles, asumir responsabilidades, actuar con compromiso y liderar los procesos necesarios para así potenciar nuestro crecimiento institucional. La retroalimentación y sinergia resultantes nos permitirán consolidarnos e integrarnos como grupo, tener protagonismo y representatividad en nuestro sistema sanitario, generar sentido de pertenencia en cada uno de los integrantes de los equipos de salud, y así lograr el crecimiento sostenido que todos anhelamos para nuestra Federación, reuniendo y representando a las sociedades científicas provinciales de Medicina Familiar y General de todo nuestro país.

En estos tiempos difíciles de cansancio e incertidumbre es cuando más debemos seguir trabajando en consolidar el trabajo en equipo, con participación, representación y compromiso a nivel federal, con pluralidad y respeto por nuestras diferentes voces y opiniones, de forma que podamos seguir contribuyendo a mejorar la calidad y resultados de los servicios de salud desde un modelo de atención médica centrado en las personas y las comunidades a las que pertenecemos, con un firme e irrenunciable compromiso por la Atención Primaria de la Salud (APS).

Nuestra Revista Archivos de Medicina Familiar y General (AMFG) acompaña y visibiliza la producción científica de los integrantes de nuestra Federación desde hace 17 años, y respaldará los recién planteados lineamientos de trabajo a futuro. Es por ello que en este número hemos decidido además de compartir los artículos científicos habituales, compartir también las reflexiones de algunos de los Ex Presidentes FAMFyG sobre este aniversario, junto al saludo de nuestras Asociaciones Provinciales miembro.

El desafío es más que interesante y esperamos que ustedes también nos acompañen.

¡Felicitaciones FAMFyG por este 20° aniversario!

Pato
Mg. Patricio Cacace
Presidente FAMFyG



Federación Argentina de Medicina Familiar y General

República Argentina, junio de 2021

Hace 20 años nacía la FAMFyG. Y a pesar que el conocido tango dice que “20 años no es nada”, cuando uno se pone a mirar para atrás se da cuenta del tiempo transcurrido, de cuántas cosas pasaron en ese lapso, de todos los cambios que vivimos en el país, en lo político e institucional pero también en lo personal, en cada uno de nosotros. Me gustaría hacer un poco de historia de cómo nació y cuáles fueron los retos en ese nacimiento, ya que es bueno que todos conozcamos de dónde venimos para saber adónde vamos. El proceso de creación de la FAMFyG, que tomó más de 3 años y decenas de reuniones en diferentes lugares del país, surgió hacia fines de 1997 como iniciativa de la AAMF, de la cual yo era su presidente en aquel momento. Junto a la sociedad cuyana de medicina familiar, SoCuMeFa, llevamos a cabo en junio de 1998 en Mendoza, la llamada “1era Reunión de Líderes de Medicina Familiar/General”. Su objetivo fue debatir sobre la implementación de un “Proyecto Generalista para la República Argentina”. Dicha reunión convocó a más de 50 líderes generalistas provenientes de 15 provincias, muchos de ellos formando parte de algunas sociedades provinciales de médicos de familia o generales, además de dirigentes de la Asociación Argentina de Medicina General (AAMG), nuestros grandes rivales en la disputa del campo del generalismo. A esta reunión, punto de partida de la creación de la FAMFyG siguieron reuniones en Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Mar del Plata y varios documentos técnicos de posición a lo largo de ese período. Progresivamente, buena parte de los líderes del generalismo en nuestro país abrazaron la creación de una organización federal que reuniera a todos los médicos y médicas que practicábamos la medicina familiar y general, y que terminara de una vez con la “grieta” estéril que separaba a los médicos de familia en la AAMF de los médicos generalistas en la AAMG.

La FAMFyG, que finalmente vio la luz en junio de 2001, representó en su comienzo a 18 asociaciones provinciales de medicina familiar, general y rural. Aunque lamentablemente no se pudo en aquel momento integrar a todas las asociaciones generalistas, se conformó un movimiento que comenzó, con una visión federal, a liderar política, profesional y académicamente los intereses de los médicos de atención primaria del país. Tuve el honor de ser su primer presidente, desde 2001 a 2003, donde aún en un período muy duro para los argentinos, pudimos consolidar nuestro crecimiento y presencia a lo largo y ancho del país. Ese reconocimiento a la medicina familiar y general en la Argentina fue la base para que me eligieran como presidente del CIMF, compuesta por las asociaciones de medicina familiar de Iberoamérica llevando a integrar nuestra región a WONCA, la organización mundial de médicos de familia. Desde ese momento, la FAMFyG pasó a llamarse CIMF/WONCA, de la que fui presidente por 2 períodos, desde 2004 a 2010. Luego de este paso, comencé a dedicarme a la investigación en epidemiología y salud pública y en mis últimos años a la gestión de políticas de salud pública. Sin embargo, nunca abandoné mi convicción de que la única salida para cerrar las brechas de disparidades sanitarias en nuestro país es a través de reformas centradas en la atención primaria.

Mi historia de 20 años de militancia como dirigente de la medicina familiar desde la AAMF y la FAMFyG en el país y desde CIMF/WONCA en la región y el mundo, me permiten mirar con una perspectiva amplia donde estamos parados hoy los médicos de familia. Los desafíos son inmensos para un país y un mundo cada vez más inequitativo y desigual, y donde la pandemia de COVID 19 y sus consecuencias económicas, sociales y políticas han agravado estas disparidades. Pero allí donde haya una médica o un médico de familia o generalista con ilusiones, militancia y vocación de cambio, allí donde exista una organización generalista que albergue y promueva ese cambio, habrá esperanza de una reforma sanitaria que brinde un acceso a la salud más equitativo, más efectivo,



Federación Argentina de Medicina Familiar y General

de mejor calidad, y más cercano a las necesidades de la gente.

¡Felicitaciones FAMFYG por estos primeros 20 años!

Dolfi
Prof. Dr. Adolfo Rubinstein
Ex Presidente FAMFYG

República Argentina, junio de 2021

Queridos amigos y amigas:

El próximo 16 de Junio se cumplen los 20 años del nacimiento de nuestra querida FAMFYG!!!
Y 20 AÑOS NO ES NADA!!! Es un orgullo para mi haber participado activamente en esa instancia!!!

Desde entonces hemos luchado por instalar el debate en nuestro país sobre la necesidad imperiosa de modelos integrales de abordaje del proceso salud enfermedad atención. Modelos que promuevan la comprensión de la persona en su contexto, y que tomen como campo de referencia al espacio vital en que se desenvuelve la familia, para que en nuestra práctica como Médicos de Familia, podamos distinguir sin desarticular y asociar sin reducir. El desafío implica alcanzar el máximo nivel de calidad en nuestras acciones y propiciar el concepto de "Salud con Enfoque de Derecho", con un especial énfasis en la jerarquización y dignificación de la fuerza de trabajo y la constitución de Equipos Interdisciplinarios con una activa participación de los ciudadanos como factor de transparencia y democratización.

Quiero agradecer a todos los que de una u otra manera colaboraron en la construcción de la FAMFYG, y aprovechar que el 19 de mayo se celebró el "Día del Médico de Familia", cuyo lema para este año fue: "Construyendo el futuro con los Médicos de Familia" para enviar un saludo especial a los trabajadores de los distintos Equipos de Salud, en estos tiempos tan difíciles de pandemia, a cada Médico de Familia que con su compromiso cotidiano, permite consolidar esta porfiada esperanza en la construcción de una red de agentes multiplicadores de un cambio que haga posible un mundo más humano, más de todos, más fraterno, en fin... más saludable.

Un abrazo
En Comunidad de Ideales

Humberto
Prof. Dr. Humberto Jure
Ex Presidente FAMFYG



Federación Argentina de Medicina Familiar y General

República Argentina, junio de 2021

Son 20 años de vida. En mi memoria está esa mañana invernal en una sala de reuniones céntrica, recién egresado de la Residencia, conversando, tejiendo un nombre y muchos sueños. Miro con admiración a referentes de la Medicina Familiar y General del interior profundo, con años de trabajo en comunidades, referentes de las grandes ciudades y centros académicos. Tenía la leve intuición que esta participando de un momento histórico: la consolidación de un nuevo movimiento sanitario en la Argentina.

Y en ese camino, con compañeras y compañeros fuimos creando hitos: La Revista Archivos, el primer congreso de residentes, el primer congreso de profesores. Hitos que se fueron conformando con el tiempo en parte de nuestra identidad y tradición.

En una primavera Salteña, liderados por mi entrañable amigo Mario Acuña, decidimos en asamblea independizarnos del financiamiento de la Industria Farmacéutica. Algo que nos da libertad y coherencia.

Dimos batallas importantes en la Academia, en el Sistema de Salud. En cada organización y en cada jurisdicción. Fuimos abriendo camino para una especialidad hermosa, me atrevería a decir la más humana; también la más exigida, por su imperativo de formación clínica y porque se abre camino en un sistema diseñado para la hiperespecialización biomédica.

Con una práctica centrada en la persona, orientada a la familia, basada en la comunidad, la medicina familiar y general es un instrumento de equidad.

Felicidades compañeros y compañeras de utopías. Son muchos los desafíos por delante y confío en nuestra potencia para llevar adelante nuestros sueños.

Un entrañable abrazo

Fer
Dr. Fernando Coppolillo
Ex Presidente FAMFYG

República Argentina, junio de 2021

Una vez más, otra vez, de nuevo encontrándonos para celebrar. En un contexto difícil y doloroso seguimos soñando como médicos/as familiares/generales que otra realidad es posible. Imaginamos como actores sociales que se puede. Dar, construir, aportar desde el día a día, desde ese pequeño lugar en el mundo en el que uno, o el destino, ha decidido que sea el espacio donde se defiende la vida, los sueños. Compartiendo junto a otros/as, pero también luchando. Batallas que creemos ganadas a veces. Pequeños triunfos que festejamos por la noche. Y al otro día una nueva batalla, y así. Así somos, así vivimos cada día y me honra profundamente haber sido Presidenta de esta institución. Nuestra querida FAMFYG.

Amigos/as colegas, compañeros/as de camino, parece que tenemos el deber moral de seguir



Federación Argentina de Medicina Familiar y General

trabajando como MFG, sobreponernos a los problemas, recargarnos de compromiso e ir por más batallas. La de la vida como siempre. Pero también la de intentar que haya una sociedad más justa, menos violenta, más solidaria donde la salud sea un derecho para todos y todas y en todas partes.

¡Feliz recorrido FAMFYG! ¡Felices 20 años!

Dra. Sandra Fraifer
Ex Presidenta FAMFYG

República Argentina, junio de 2021

Una travesía demasiado lenta y hasta en el sentido contrario.

Nunca derroché optimismo, pero tampoco pesimismo. Pienso que ambas son actitudes subjetivas que deben ser fundamentadas de la mejor manera posible.

Hace ya 32 años, cuando creamos con Adolfo Rubinstein el hoy Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, no digo que nos lleváramos el mundo por delante porque ya éramos gente racional, pero en cierta forma veíamos o intentábamos un futuro con cuidados de salud racionales, equitativos y accesibles con agentes de salud formados, de calidad y efectivamente certificados.

Nada de eso ocurrió en la Argentina; estamos “como cuando vinimos de España”.

Los cuidados de salud están atomizados en la Argentina: en públicos, nacionales, provinciales, municipales, privados, medicina prepaga, obras sociales. Muy pocos de los responsables de estos sectores tienen mínima formación, tampoco se preocupan por tenerla; solo aspiran al cargo político o a la oportunidad de algún negocito que los salve. La mayoría cree que fortalecer el sistema de salud es cortar cintas en inauguraciones de hospitales que luego del entusiasmo del primer día quedan abandonados, o comprar respiradores que nadie sabrá usar.

Sería válido ser optimistas si fuésemos mínimamente en la dirección correcta, pero no, vamos para el otro lado. Nuestra ineficiente atención de la salud tampoco puede hacer mucho con una pobreza del 50 por ciento.

¿Y nuestras sociedades científicas? ¿Cumplen su rol?

No, simplemente son tibias y anémicas intenciones nada más. No podemos contra el mercado, contra los médicos mediáticos ni contra las sociedades que día a día venden espejos de colores que aumentan aún más la ineficiencia y la inequidad: hoy autoexamen mamario, mañana vitamina D, pasado la semana de la endometriosis y luego el día internacional de la carótida.

¿Estamos en condiciones de certificar adecuadamente? es decir de garantizar ante los colegas y la sociedad que quienes tienen un certificado de la sociedad cumplen con las competencias requeridas para ejercer?



Federación Argentina de Medicina Familiar y General

El último examen serio que di, fue en 1982, el examen para ingresar a las residencias.

Adolfo Rubinstein tuvo hace 20 años una visión, crear la FAMFYG, me acuerdo de esa reunión una mañana soleada en un hotel del bajo donde se celebraba un congreso.

Desde entonces, no hemos avanzado mucho.

El desarrollo de un sólido sistema de salud requiere acciones, intenciones y conocimientos políticos muy sofisticados. En nuestro país la salud no está en la agenda y salvo honrosas excepciones, muy pocos saben de políticas de salud.

Algún día imaginamos que la prevención era médica; que “la medicina preventiva” iba a ser costo-efectiva e iba a economizar recursos, creamos un monstruo de medicalización excesiva para unos pocos, y si no lo creamos, no pudimos combatirlo; consolidamos la ley de cuidados inversos propuesta por Tudor Hart en 1971, hace 50 años, que dice que la disponibilidad de buenos cuidados tiende a variar inversamente con la necesidad de la población asistida, en otras palabras, mucho e inapropiado para los que no necesitan y muy poco para quienes necesitan desesperadamente.

Hoy sabemos además que gran parte de la prevención es cuestión de salud pública, que pasa por potabilizar, por educar, por alimentar adecuadamente, por desarrollar individuos capaces de crecer y de hacer crecer a la sociedad; no por hacer mamografías, ni densitometrías, ni estudios carotídeos en gente sana.

Y así, las cosas.

Un abrazo a todos los luchadores que, estoy convencido, luchan honestamente por una mejor salud.

Carlos García
Ex Presidente FAMFYG

Desde Tucumán quiero felicitar a nuestra querida FAMFYG por cumplir 20 años, en los cuales cada meta se fue logrando paso a paso, de manera firme y segura, con profesionales excelentes y de gran corazón que marcaron y siguen marcando un gran camino.

¿Recuerdos?... muchos, lo primero que se me viene a la cabeza es la entrevista para ingresar a la residencia en la cual Patricio y Anita me preguntaban que era prevención cuaternaria, y yo no sabía si la estaban inventando. Desde ese día comenzó un hermoso camino. Recuerdo Congresos, colegas con los que compartí y comparto conocimientos, pero también alegrías y tristezas, reuniones...

¡Deseo de corazón que esta Federación siga creciendo cada día más y nos siga haciendo sentir orgullosos de ser médicos de familia!

Cynthia C. García
Presidenta
ATMGfYC



Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Agradecidos y conformes de integrar este grupo humano que a través de los años nos ha acompañado y apoyado con el fin de fomentar y jerarquizar la Medicina Familiar y General en nuestro país, en iberoamérica y en el mundo.

¡ Feliz Aniversario FAMFYG !

Lidia Caballero
Presidenta
AMMeGeFES

¡ 20 años ! El tiempo ha pasado y paradójicamente cuán cerca están en el recuerdo...

Cómo a todos, seguramente se vinieron a nuestra memoria muchas personas, muchos hitos, los cuales nos han permitido construir y transformar nuestra realidad. Sin duda una etapa hermosa de nuestra vida.

Destaco a cada uno, por la tarea realizada y por el afecto con que se hizo, a los que ya no están con nosotros, que sin duda alguna fueron piezas fundamentales de nuestra Especialidad.

Les mando un fuerte abrazo.

¡ Feliz Aniversario FAMFYG !

Alejandra Venerando
Ex Presidenta FAMFYG y ASMGF

Celebramos los 20 años de nuestra querida FAMFYG durante los que construimos, desde sus comienzos, un camino colectivo en el fortalecimiento de la especialidad, en pos de garantizar el derecho a la salud, a la equidad, trabajando en equipo, fortaleciendo redes.

¡ Felicidades, por muchos años más!

Cecilia Astegiano
Presidenta
ACOMFYG

La medicina es una ciencia que desde su origen sufre de constantes cambios, los médicos de familia debemos adaptar nuestra práctica cotidiana para asistir a los pacientes con alta calidad científica incorporando dichos cambios pero, además debemos adaptar nuestra práctica al contexto de la población respetando sus valores y creencias.

Una asociación que agrupe a los profesionales es un pilar fundamental que permite trabajar en forma conjunta y mejorar necesidades surgidas de la práctica cotidiana. El área metropolitana



Federación Argentina de Medicina Familiar y General

de la Ciudad de Buenos Aires ha pasado por varias etapas hasta que se consolidó la Asociación Metropolitana de Medicina Familiar (AMMF) teniendo constante acompañamiento y respaldo de FAMFYG.

Estamos orgullosos de pertenecer a este grupo en que la prioridad es "la persona" por encima de todos los otros factores que pueden influenciar a la comunidad médica. En estos 20 años de FAMFYG queremos festejar con mucha alegría y emoción de poder seguir trabajando juntos siempre intentando mejorar a la Medicina Familiar en todo el territorio nacional.

Dolores Arceo
Presidenta
AMMF

Desde Salta saludamos a la FAMFYG en su 20° aniversario, celebrando las oportunidades de encuentro de estos años, para acompañar, capacitar y jerarquizar a los médicos de familia que se desempeñan en el país, en su lucha por ejercer una medicina de calidad, sensible, integrada y accesible.

¡ Feliz Aniversario FAMFYG !

Valeria Oliva
Presidenta
AsaMeFa

¡Hola a todes! Se me vienen tantos recuerdos... No puedo creer que hayan pasado 20 años y tantos de profundo trabajo. Estuve en el nacimiento de FAMFYG y siento mucho orgullo.

Me da tristeza que algunos ya no estén en este plano y los recuerdo con cariño.

Nuestra especialidad tiene el mayor de los atributos y es el reconocimiento de los que nos importan y que son nuestros pacientes.

¡ Gracias! Saludos.

Maria Susana Bresca
Ex Presidenta FAMFYG

Índice



ARTÍCULO ORIGINAL

Epidemiología crítica y sufrimiento ambiental en un sector de la ciudad de Córdoba, Argentina.
LEDESMA, V S.....PAG. 10-15

ARTÍCULO ORIGINAL

Eutanasia, un planteo desde la perspectiva de la teoría de los principios.
AUAT CHEEIN , C.....PAG 17-22

ACTUALIZACIONES BREVES

CRIPTORQUIDIA: ¿ESPERAR, TRATAR Ó DERIVAR?
CABEZA, M.....PAG. 24-26

CARTA A LA EDITORA

Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios: Una mirada desde la Atención Primaria.
SÁNCHEZ-DUQUE, J A.....PAG. 27-29

CARTA A LA EDITORA

Es hora de cambiar el logo de las sociedades de medicina familiar.
FRANCO, J V A.....PAG. 30

Epidemiología crítica y sufrimiento ambiental en un sector de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Critical epidemiology and environmental suffering in an area of Córdoba city, Argentina

Autores: Ledesma Virginia Soledad^a, Ducoin Florencia Elina^b, Ciuffolini María Beatriz^c.

a, b, c Docente del Departamento de Medicina Familiar Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Contacto: Ledesma Virginia Soledad.
virginia.s.ledesma@gmail.com.

Recibido: 05/10/2020.
Aceptado: 30/06/2021.

RESUMEN

Objetivos: Comprender desde la epidemiología crítica y la teoría del sufrimiento ambiental la experiencia de los habitantes del asentamiento “Las Tablitas” en relación a la presencia de un basural a cielo abierto en las proximidades del mismo. **Metodología:** investigación cuantitativa de tipo etnográfico. Se realizó un relevamiento en el asentamiento “Las Tablitas” mediante entrevistas estructuradas y dos preguntas de opinión a un miembro por vivienda. El análisis estadístico de los datos se realizó con Infostat. Se realizaron observaciones directas del basural, registros fotográficos, observaciones participantes en tres asambleas y 6 entrevistas en profundidad, se realiza técnica de análisis de contenido. **Resultados:** del total de 64 viviendas identificadas, se accede a entrevistar 51 siendo un total de 216 personas, con una edad media de 22,9 años siendo el 52,5% mujeres. Se obtienen datos para construir el perfil epidemiológico según modos de vida grupales y estilos de vida particulares. En las entrevistas en profundidad y las preguntas de opinión se detectan referencias negativas sobre la basura y el basural así como valoración positiva del mismo como recurso económico, para la construcción e inclusive para garantizar el alimento. Se identifican las distintas dimensiones del sufrimiento ambiental como el sufrimiento físico, psíquico, la incertidumbre y habituación. **Conclusión:** Tanto la epidemiología crítica como la teoría del sufrimiento ambiental nos permiten comprender la situación ambiental de la periferia urbano-marginal como un proceso de construcción socio-histórica. El concepto de proceso crítico permite abordar las contradicciones de un mismo fenómeno y de esta manera una nueva forma de pensar en salud.

PALABRAS CLAVE: Medio Ambiente y Salud Pública; Botaderos a cielo abierto; Epidemiología Social.

ABSTRACT

Objectives: the present investigation looks forward to explain through de critical epidemiology and the theory of environmental suffering the experience of the inhabitants of “Las Tablitas” about the presence of an open dump near them. **Methodology:** Qualitative investigation, ethnographic study. Structure interviewed plus two opinion requests during survey in “Las Tablitas”, for analyse of data Infostat was used. Direct observations were done, photographic registers, participant observations in three assemblies and six interviewed, content analyse was used. **Results:** from a total of 64 houses it has being interviewed 51 of them with a total of 216 people with a median age of 22,9 years being 52,5% of them women. With the data about grupal way of living and individual life style is built the epidemiological profile. During the interviewed were collected negative references about trash and the open dump and a positive valuation of the same things such as economic resource, constructive material, even as food. Different dimensions of environmental suffering are identify such as physical suffering, psiquic suffering, uncertainty and habituation. **Conclusion:** Critical epidemiology and the social theory of environmental suffering helps to understand the environmental situation of slum’s as a socio-historical process. The concept of critical process allow to approach the contradictions of one phenomena and at the same time a new way to think health.

KEYWORDS: Environment and Public Health; Open Dumps; Social Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la cuestión ambiental ha tomado mayor relevancia pública. En Argentina, a partir de la reforma constitucional de 1994 tomo carácter de derecho fundamental, tal como reza el artículo 41: "Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano (...)". ¿Acaso todos los habitantes podemos gozar de este derecho? En la ciudad de Córdoba, específicamente en el sector sur de la misma, los ciudadanos reclaman y se organizan colectivamente ya que el medio en el que les toca desarrollarse no cumple con los estándares mínimos como reza la constitución. A partir de la declaración de la emergencia sanitaria de este sector de la ciudad por parte del municipio (1), esta investigación propone poner foco sobre un área del barrio Villa el Libertador, ubicado en la zona sur de Córdoba y su experiencia desde la perspectiva del sufrimiento ambiental (2) (3) (4).

A modo de contextualizar brevemente, Villa el Libertador es un barrio ubicado en la zona suroeste de la ciudad de Córdoba, por fuera del anillo de circunvalación; este cuenta con una identidad cultural e histórica muy marcada. En sus inicios esta zona pertenecía al cinturón verde de la ciudad, posteriormente con el arribo del desarrollismo en Argentina, comenzaron a instalarse industrias como la automotriz, conviviendo obreros y trabajadores rurales. En la década del 70' fue uno de los barrios que sintió el impacto de la represión y desaparición forzada de personas, ya que desde entonces y hasta el día de hoy se caracteriza por la organización social y la lucha colectiva. Con el avance del deterioro del empleo y las condiciones generales en el país, fue transformándose en un sector marginal con sectores donde proliferaron viviendas precarias sumado al hacinamiento y falta de acceso a servicios básicos, siendo esta una tendencia común en las periferias de las grandes ciudades durante la década de los 90' (5).

En el trabajo publicado por Javier Auyero y Débora Swinstun (2) sobre la situación de Villa Inflamable, territorio ubicado en la margen del Polo Petroquímico de Dock Sud (Buenos Aires) se desarrolla la categoría de sufrimiento ambiental. Las características de estas poblaciones permiten establecer un paralelismo ya que ambas comparten la condición de ser territorios urbano-marginales y la presencia de elementos degradantes para la salud colectiva. En el caso de Villa el Libertador estos elementos degradantes son la contaminación del Canal Maestro Sur, la contaminación de las napas de la mano de la falta de cloacas y el colapso de pozos sépticos con el consecuente derrumbe de viviendas así como la presencia de basurales a cielo abierto. Por otro lado se toma el trabajo de Marcelo Sarlingo (3) quien analiza la experiencia en un poblado de la llanura pampeana

argentina, Colonia Hinojo, poblado rural urbanizado que comparte características de este tipo de sufrimiento social, que busca comprender el proceso de contaminación y producción social de conocimiento sin caer en la simplificación causa-efecto (6).

La presente investigación parte además de la propuesta teórica de la Epidemiología Crítica (7), en el marco de la Carrera de Especialización de Medicina General y de Familia de la Universidad Nacional de Córdoba, UNC en la cual se busca construir el perfil epidemiológico de la población bajo cuidado, en este caso, el asentamiento "Las Tablitas" del barrio Villa el Libertador fue definido como tal por parte del centro formador.

A lo largo del proceso de investigación se llevaron a cabo distintas instancias colectivas en las que se logró construir la matriz de procesos críticos (8) identificando al proceso crítico medioambiental, puntualmente la presencia del basural a cielo abierto como de mayor relevancia.

Se define como objetivo comprender desde la epidemiología crítica y la teoría del sufrimiento ambiental la experiencia de los habitantes del asentamiento "Las Tablitas" en relación a la presencia de un basural a cielo abierto en las proximidades del mismo.

METODOLOGÍA

La presente es una investigación cuantitativa descriptiva y cualitativa de tipo etnográfico. Se llevó a cabo entre junio de 2015 y mayo de 2018. Se sitúa en el asentamiento "Las Tablitas", sector del barrio Villa el Libertador de la ciudad de Córdoba, ubicado a 200 metros del centro de salud N°41 (centro formador de la Carrera de Especialización de Medicina General y de Familia, UNC) y del basural a cielo abierto.

Se realizaron observaciones directas del asentamiento y del basural, así como registros fotográficos de este último. Para la construcción del perfil epidemiológico de "Las Tablitas" se realizó un relevamiento utilizando como instrumento entrevistas estructuradas indagando los modos de vida grupales (7) (8) composición familiar, antecedentes patológicos de cada miembro (la construcción de este dato tiene limitaciones metodológicas ya que la información es brindada por un miembro de la familia, y lo que este entiende por problema de salud), redes institucionales con las que cuenta la familia, condiciones habitacionales (situación dominial, número de habitaciones, material de piso, techo y paredes, accesibilidad a servicios), situación de escolaridad de cada miembro de la familia, situación laboral de cada uno y finalmente dos preguntas de opinión acerca de la percepción del basural y que le preocupa del barrio. La carga de dichos datos se realizó en Excel y el análisis de los mismos con

Infostat. Se realizaron observaciones participantes en tres asambleas en las que se construyó la matriz de procesos críticos (8), definiendo el basural a cielo abierto y las implicancias de su presencia (afectación del paisaje, humo, olor putrefacto, presencia de roedores) como proceso crítico relevante. Posteriormente se realizaron seis entrevistas en profundidad a mujeres de entre 44 y 70 años de edad habitantes de "Las Tablitas" quienes fueron identificadas como informantes clave. Para el análisis de las entrevistas y de las preguntas de opinión del relevamiento se utilizó la técnica de análisis de contenido (9).

RESULTADOS

El asentamiento "Las Tablitas" surge en el contexto de crisis de 2001, en dicho terreno se ubicaba una fábrica que fue abandonada tras entrar en quiebra y lentamente fue siendo ocupado por distintas familias para construir sus viviendas. Al momento de la investigación se identificaron 64 viviendas, de las cuales se pudo entrevistar 51, siendo un total de 216 personas relevadas. La edad media de sus habitantes es de 22,9 años siendo el 52,5% mujeres.

Las condiciones grupales de trabajo (7) muestran entre los hombres predominio del empleo precario (40%) dentro del sector de comercio y servicios (limpia vidrios, vendedor ambulante, reciclador, etc.) y en la construcción. Un 20% de las mujeres en edad productiva son amas de casa, siendo esta una labor no reconocida en la cadena de producción.

Solo el 7,75% tiene el secundario completo. Las viviendas son en su mayoría construcciones de material (92%) y el resto son casillas de madera, ninguna de las familias posee título de propiedad ya que el terreno se encuentra en un proceso judicial entre acreedores y un grupo de vecinos que presentaron un amparo para evitar su desalojo. Los servicios de luz y de agua en su totalidad presentan conexiones irregulares. La eliminación de excretas se realiza a través de pozos con o sin cámara séptica en el 87,5% de los casos.

En cuanto a los antecedentes patológicos el 29,3% negó tener alguno, seguido del 7,5% que manifestó hipertensión y el 5,6% tabaquismo. Las manifestaciones respiratorias crónicas como EPOC/Asma representaron el 0,5%, al igual que las infecciones respiratorias recurrentes.

Por último, se pudo identificar la presencia de la religión como red y contención de las familias, teniendo el 39,2% de las familias participación activa en alguna de las Iglesias cristianas presentes en el barrio.

El basural: protectores y deteriorantes

Consumir y desechar son prácticas que condensan una trama de procesos y fenómenos que hace ya varias décadas se han convertido en una vía posible de análisis para entender buena parte de lo que sucede en la sociedad actual (10). Vivimos en una sociedad marcada por el consumo o deseo del mismo y la constante producción de objetos destinados a ser desechados. La basura suele presentarse como aquello que ya no queremos ver, como problema de contaminación que debe ser resuelto o como recurso y/o fuente de subsistencia (11). Lo antes expuestos muestra los movimientos dinámicos y contradictorios característicos de los procesos críticos (7) (8).

En la primera asamblea realizada en el año 2015 participaron miembros del centro de salud, vecinos del barrio y representantes de instituciones como las escuelas primaria y secundaria y del centro vecinal. En ese entonces se introdujo la preocupación del equipo de salud por los potenciales daños ocasionados por la presencia del basural a cielo abierto y la asociación empírica de la quema del mismo y las patologías respiratorias. En contraste, durante las observaciones en el basural se presenta otra realidad como la que relata "M", hombre de 55 años reciclador: *"el basural es una fuente de trabajo, para quienes no tienen trabajo, pueden cirujear, recoger latas, cartón, telgopor, plástico, botellas, etc. Lo que juntan lo venden a La Chola que es un compraventa de chatarra. Lo que recolecta alcanza para comer en el día"* (Notas de campo 13/9/2016). Esta situación se vuelve a repetir en otro encuentro donde un joven de 19 años junto a su padre, cuenta que desde que es chico lo acompaña a recolectar chatarra para luego venderla. Estos relatos de recolectores informales contrastan con la regulación de la actividad expresada en la ley provincial N°9088 de gestión de residuos urbanos (10), la cual plantea la promoción de cooperativas o asociaciones de recolectores que den un marco y condiciones laborales dignas y de bioseguridad; realidad lejana, ya que carreros y recolectores relatan conflictos con la autoridad policial y dificultad para la organización.

"S", hombre de 40 años, refiere durante el relevamiento: *"yo comí muchas veces de ahí, la primer pieza de la casa la levante con material de allá"*, como señala Álvarez (11) los hombres y mujeres que tratan la basura han superado la barrera que le impone el asco; de esta manera logran satisfacer una necesidad tan básica como el alimento.

El basural: protectores y deteriorantes

El sufrimiento ambiental es una forma particular de sufrimiento social causado por las acciones contaminantes concretas de actores específicos (2),

dándole forma a la experiencia de este sufrimiento los universos interactivos y discursivos.

Las construcciones discursivas son un elemento fundamental, un ejemplo es como desde la percepción de los equipos de salud y de los mismos vecinos se identifica la afectación de la salud, en este caso asociando empíricamente la quema en el basural con las manifestaciones respiratorias prevalentes en los motivos de consulta generales, mientras que en el relevamiento identificamos que las mismas no representan más del 1%; cabe aclarar que el área de atención del centro de salud cubre una extensión mayor al asentamiento. Debemos comprender que es tan importante la “toxina” como la construcción social de la misma, donde se articula el padecimiento subjetivo y los discursos colectivos construidos a partir de la constatación de la aparición de la enfermedad y de la percepción del entorno degradado.

“Al caminar por el asentamiento y desde allí en dirección al basural se observa basura en las calles, aguas servidas en las márgenes de la vereda, contenedores desbordados de bolsas e insectos que revolotean, llegamos al basural, hay una montaña de basura, muchas ratas y perros muertos” (Notas de campo 03/2016).

Distintas dimensiones componen el sufrimiento ambiental, una de ellas es el sufrimiento físico; en alguno de los relatos podemos ver la presencia del mismo: *“somos seres humanos, merecemos esto limpio, es malísimo para los que tenemos problemas de los bronquios” (“X” mujer de 56 años).* Esta dimensión es indisoluble del sufrimiento psíquico que se manifiesta desde la experiencia individual como de la interaccional: *“el otro día quemaron sustancias tóxicas, putrefacto, mande a mis nietos para que se encierren porque no se puede respirar” (“E” mujer de 56 años),* en este caso se identifica el miedo y como encuentra en el encierro una solución posible, esto lleva a que el disfrute del espacio público, así como las posibilidades de interacción, se vean alteradas; *“J” mujer de 50 años, decía lo siguiente: “(...) realmente la pasamos mal, en un momento no se podía pasar, esa calle se cerró. Es una de las calles que tenemos de salida y acceso al lugar donde vivimos y hubo un momento que estaba tapada en basura... se cerró la calle directamente”, “muchas veces, a la tarde no te podes sentar en el patio porque el olor de la basura es insoportable”.* El impacto en las relaciones interaccionales se trasluce en distintos momentos donde se hace alusión a la desunión de los vecinos, el desconocimiento de quien es el otro, que contrasta con el relato de los habitantes más antiguos que cuentan de

un tiempo donde existía la cooperación entre vecinos.

La incertidumbre y confusión son elementos discursivos presentes que hacen al sufrimiento colectivo, *“Hay muchos problemas que yo veo por los chicos, siguen habiendo muchos problemas respiratorios. No entiendo a veces el por qué, pero cuando hicimos el primer relevamiento que hicimos con B. hace como 5 años, nos encontramos con un montón de temas respiratorios que eran por tema edilicio, no son las óptimas casas, pero están mucho mejor que antes. Problemas respiratorios hoy los sigo viendo, si yo me pongo a comparar cuando hago los relevamientos adentro, de 10 casas 8 tienen los nenes con tos.” (“G”, referente de las Tablitas, agosto de 2016).*

Es la incertidumbre por el futuro la que contrasta con la representación de un pasado idílico: *“yo siempre digo, que lastima... porque yo conocí Villa el Libertador cuando no era nada, era barranco, era todo calle de tierra, pero era lindo... no solamente Villa el Libertador... todo Córdoba (largando una carcajada)”;* *“acá era monte” (“I” 62 años, jubilada).* Esta frase condensa de qué manera se ha ido degradando el entorno urbano como proceso histórico aunque el desarrollo de este tema escapa los fines de este trabajo (7) (12) (2) (3).

La habituación tanto sensorial como cognitiva ante distintos estímulos es un elemento esencial del sufrimiento ambiental, donde muchas veces la convivencia con factores degradantes para la salud ha dejado de ser novedosa o significativa (3), incluso al punto de la negación Durante el relevamiento, aquellas familias que vivían hacia el oeste, en el ingreso más alejado del basural, referían no sentirse afectadas por la presencia del mismo o como refirió una de las entrevistadas: *“nunca había notado su existencia”.* Aunque se tiene presente los factores ambientales, en la cotidianidad la presencia de los residuos pasa a segundo plano, si vemos un grupo de niños jugando al lado de una montaña de basura no se está analizando constantemente la exposición. Esto permite que se desaten procesos de acostumbramiento y resignación: *“yo ya estoy acostumbrada (...) prefiero aguantarme el olor que salir a hacer cortes” (“O” 70 años, jubilada).*

Ante reclamos o búsqueda de soluciones individuales se torna dificultoso encontrar los canales institucionales para vehiculizar los mismos, pasando por distintas dependencias sin respuesta. Desde las autoridades o sus representantes barriales corren rumores de acciones posibles, como la eliminación del basural, la relocalización de las viviendas del

asentamiento ante la falta de urbanización del mismo, o la construcción de un polideportivo, pero ninguna información oficial que albergue alguna esperanza concreta para los vecinos, dejando en evidencia de que manera los gobiernos locales llevan adelante la gestión ambiental.

CONCLUSIÓN

La declaración de la emergencia sanitaria en un sector de la zona sur de la ciudad de Córdoba, incluyendo a Villa el Libertador dentro del mismo, dio el marco para que a partir de la carrera de formación en Medicina General y Familiar se realice esta investigación poniendo el foco en la cuestión ambiental.

Ante la realidad que se presentó a lo largo del trabajo de campo, específicamente los discursos de puesta en valor de la basura, evidenciaron la imposibilidad de analizar este fenómeno desde el paradigma empírico analítico que impone la formación científica en salud, encontrando en la epidemiología crítica una posibilidad de comprensión para poder analizar la relación "social-biológico" y "sociedad-naturaleza" (12) desde la determinación social de la salud y sus dimensiones. Estas dimensiones son tres, la dimensión general, para la cual se realizó una revisión histórica desde lo micro a lo macro (desde el barrio a la situación general del país); la dimensión particular, que se expresa en los modos de vida grupales identificados a partir de los datos del relevamiento y la dimensión singular, que se pone en evidencia a lo largo de los distintos encuentros y en las entrevistas en profundidad (7) (8) (12).

Por otro lado se encuentra en la teoría social del sufrimiento ambiental un marco teórico que permite profundizar el análisis del proceso crítico ambiental. Tanto los planteamientos teóricos de Breilh como Auyero nos sitúan en una comprensión donde la realidad de "Las Tablitas" no es azarosa ni única, sino que se corresponde a procesos generales histórico-económico y sociales que hacen a la construcción marginal de las periferias urbanas (7) (2) (6) (3).

Auyero nos permite comprender que el conocimiento sobre el ambiente y el riesgo son socialmente e institucionalmente construidos (6). Es así que en la primera asamblea entre instituciones y vecinos surge la preocupación de los profesionales sobre los efectos nocivos del basural y la quema en el mismo sobre la salud de las personas, pero a la hora de salir al terreno y escuchar a quienes conviven con el mismo, nos encontramos con relatos de puesta en valor del basural. De esta manera la comprensión del impacto en la salud de los habitantes de la zona ya no se puede medir desde las consultas por dolencias físicas sino que debe ser comprendida como un proceso multidimensional e histórico. Si vemos quienes

hacen una referencia positiva del basural veremos que son varones en edad productiva que se ubican como proveedores de su grupo familiar e identifican la basura y al basural como recurso. Por otro lado quienes mencionan los efectos negativos del basural son mujeres, quienes ejercen los roles de cuidado, dato que observamos en el relevamiento, ya que el 20% de las mismas son amas de casa.

En las periferias acceder a la vivienda, al alimento, a los recursos económicos tiene múltiples maneras que a lo largo del trabajo de campo se han ido identificando. Son estrategias para vivir o sobrevivir y el atravesarlas puede cambiar la percepción de salud-enfermedad, así como la percepción del riesgo.

El concepto de proceso crítico nos permite analizar las contradicciones de un mismo fenómeno y de esta manera el desafío de llevar adelante una nueva manera de pensar en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Redacción La Voz. Emergencia y promesa de solución para Villa el Libertador. 16 de julio de 2016; Disponible en: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/emergencia-y-promesa-de-solucion-para-villa-el-libertador>
2. Auyero J, Swistun D. Inflamable: Estudio del Sufrimiento Ambiental. 1a ed. Buenos Aires: Paidós; 2008. 240 p.
3. Sarlingo M. Corporalidad tóxica y sufrimiento ambiental. La experiencia de los habitantes de Colonia Hinojo, República Argentina. Quaderns-e. 2013; 18:156-72.
4. Iturralde RS. Sufrimiento y riesgo ambiental. Un estudio de caso sobre las percepciones sociales de los vecinos de 30 de Agosto en el contexto de un conflicto socio ambiental. Cuadernos de Antropología Social. 2015; 41:79-92.
5. Historias de Córdoba. Relatos de la Ciudad. Historia Oral Barrial [Internet]. Municipalidad de Córdoba; 2009. Disponible en: <https://historiaymemoria.cordoba.gob.ar/wp-content/uploads/sites/30/2019/04/villa-el-libertador.-parte-ii.pdf>
6. Pascual CM, Roldan DP. El poliedro de la experiencia tóxica en los bordes de la ciudad. Apuntes de investigación del CECYP. 2010; 17:279-86.
7. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010; 6:83-101.
8. Breilh J. De la vigilancia convencional al moni-

toreo participativo. *Ciencia y Saude Colectiva*. 2003; 8:937-51.

9. Sampieri R. *Metodología de la Investigación*. 5a ed. México: Mc Graw-Hill; 2010.

10. Vergara G, Lisdero P. *Gestionar, protestar y vivir de la basura. Un análisis desde el conflicto social en torno a las políticas públicas sobre los Residuos Sólidos Urbanos (RSU) en Córdoba*. Centro de Estudios Sociales. 2015; 5:1-19.

11. Grinberg S, Dafunchio S, Mantiñan LM. *Biopolítica y Ambiente en cuestión. Los lugares de la basura*. *Horizontes Sociológicos*. 2013; 1:115-42.

12. Breilh J. Las tres «S» de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: *Determinación social de la salud y reforma sanitaria*. Río de Janeiro: Cebes; 2010. p. 200.

Dimarco, S. ¿Podremos mirar más allá de la basura? *Raneros, cirujas y cartoneros: historias detrás de la basura*. *Papeles del CEIC*. (2007/2): 33 pp 1-29. Recuperado de: www.ehu.es/CEIC/pdf/33.pdf

Jure, H; Didoni, M; Ciuffolini M.B. *Cuadernos de salud familiar: propuestas y herramientas para un modelo de trabajo integral en salud*. Córdoba. Argentina. Editorial SIMA; 2008.

Risler, J; Ares, P. *Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa*. 1° ed. Buenos Aires. Argentina: Editorial Tinta Limón. 2013.

Soliz, M. F. *Procesos psicosociales en recicladores (as) del basural a cielo abierto de Portoviejo*. *Revista Latinoamericana de Psicología Social* Ignacio Martín-Baró. 2013, 2 (2), pp. 91-123.

Sousa Minayo, M. C. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar. 2013

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

D'hers, V. La materialidad de la sombra. Abyección y cuerpo en la definición de la basura. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 2011, (5): pp 62-74.




Trabajamos día a día en la promoción y el desarrollo de la atención primaria de la salud y la medicina familiar mediante actividades de capacitación y gestión académica.

Seguinos en nuestras redes sociales:

 www.facebook.com/aequusmf

 [aequusmf](https://www.instagram.com/aequusmf)

 [@fundaequus](https://twitter.com/fundaequus)

 fundacionaequus.wordpress.com



Cada vez más especialidades.
Cada vez más comodidad.

Cada vez mejor.

Cam Doctor se amplía sumando cada vez más especialidades con turnos programados, consultas espontáneas y seguimiento a pacientes con COVID. Porque **Cam Doctor** también es una excelente forma de **brindar salud**.

Para acceder a **Cam Doctor**,
descargá la app móvil o ingresá
desde nuestra web.

**El servicio está disponible
los 365 días del año, de 8 a 24 hs.**

Medifé
está conmigo

DESARROLLADO CON **Google Cloud**

Y CON EL RESPALDO DE  **SANATORIO
FINOCHIETTO**

Eutanasia, un planteo desde la perspectiva de la teoría de los principios.

Euthanasia, an approach from the perspective of the theory of principles.

Autora: Cecilia Auat Cheein^a.

a: Médica de Familia.
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Santiago del Estero

Contacto:
Cecilia Auat Cheein.

E-mail:
ceciauat@gmail.com

Recibido: 6/01/2021
Aceptado: 1/06/2021

RESUMEN

Cuando el final de la vida acaece con manifestaciones de dolencias extremas es una de las situaciones en las cuales se debe priorizar la autonomía del paciente y respetar, como en todo momento, su dignidad. Es allí donde se expresa la palabra eutanasia, la cual proviene etimológicamente del término griego que significa “buena muerte”. Esta palabra cuya definición etimológica es relativamente simple nos pone frente a dilemas que oscilan entre lo ético, lo moral, lo legal y lo social. La muerte es el resultado de la práctica de la eutanasia. Y a esta debemos analizarla como una práctica optativa en la actualidad en determinadas circunstancias y bajo el respeto de principios bioéticos respaldados legalmente.

En el presente artículo se procura plasmar desde los principios bioéticos argumentos a favor y en contra de la eutanasia.

PALABRAS CLAVES: eutanasia, dignidad, principios bioéticos.

ABSTRACT

When the end of life occurs with manifestations of extreme ailments, it is one of the situations in which the autonomy of the patient must be prioritized and his dignity respected, as at all times. It is there where the word euthanasia is expressed, which comes etymologically from the Greek term that means “good death”. This word whose etymological definition is relatively simple puts us in front of dilemmas that oscillate between the ethical, the moral, the legal and the social.

Death is the result of the practice of euthanasia. And we must analyze this as an optional practice at present in certain circumstances and under the respect of legally supported bioethical principles.

This article attempts to capture from bioethical principles arguments for and against euthanasia.

KEYWORDS: euthanasia, dignity, bioethical principles.

INTRODUCCIÓN

Al margen de cualquier postura conceptual, la vida humana es un bien intrínsecamente valioso del cual goza todo individuo, tal como lo expresa el Art. 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1). Sin embargo, así como se hace hincapié en el respeto y defensa del derecho a la vida, se genera conflicto ante pacientes enfermos en etapa terminal, en situación de agonía o con patologías con pronóstico de vida limitado que generan gran sufrimiento. Es en estas situaciones en las que se debate el derecho a decidir sobre el final de su vida.

Idealizando la manera de morir, la mayoría de las personas desea que ésta acontezca sin dolor ni sufrimiento, de manera rápida, morir en su casa y rodeado por sus seres queridos y, preferiblemente, que dicha etapa se presente en la vejez (2).

En Argentina, el 9 de mayo del año 2012 se sancionó la ley 26.742 (3), modificatoria de la Ley 26.529 que legisla sobre los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Esta nueva ley no ampara la eutanasia ni el suicidio asistido. Pero si establece en su Art. 1º inciso e), y reforzado en el Art. 5º inciso g), que una persona que padece enfermedad irreversible, incurable o en estadios terminales, en autonomía de su voluntad, tiene el derecho de rechazar toda intervención terapéutica e incluso medidas de soporte vital cuando la aplicación de las mismas provoque sufrimiento o sean desproporcionados y no prolonguen la expectativa de vida del paciente.

De este modo, se puede decir que tácitamente se reconoce que no es apropiado prolongar el sufrimiento de un ser humano, ni encarnizarse en intervenciones terapéuticas cuando se sabe que la muerte es indefectiblemente el resultado final de la dolencia tratante.

La finalidad del presente artículo es proporcionar un enfoque general sobre la eutanasia desde sus concepciones y posturas a favor y en contra teniendo como eje los principios bioéticos de Beauchamps y Childress (4).

CONCEPTO

El sustantivo eutanasia proviene de los vocablos griegos “Eu” que significa “Bueno” y “Thanatos” que significa “Muerte”. Por lo tanto, etimológicamente eutanasia quiere decir “buena muerte”.

En el periodo greco-romano, Platón, por ejemplo, expresaba que se dejara morir a aquellos seres humanos que no sean sanos. Hipócrates en el siglo V a. C., por su parte, manifiesta en su Juramento que *“No daré a nadie, por complacencia, un remedio*

mortal o un consejo que lo induzca a su pérdida” (5).

Lucius Séneca, por su parte, sostenía que era preferible quitarse la vida a tener una vida sin sentido, que no había que preocuparse por cuando se muere sino por el modo de morir. Para este filósofo romano, nacido en el año 4 a. C., era un honor morir antes que llevar una vida con sufrimiento, calificando incluso de cobarde y débil a aquella persona que moría por causa del dolor y de necio a aquel que decidía mantener una vida con dolores.

Posteriormente, con el advenimiento del Cristianismo, el quitar la vida -aunque sea para aliviar el sufrimiento del prójimo- se entiende como un pecado con el que se desafía al Ser Divino que es quien tiene el poder de dar la vida o de quitarla. A partir de aquí, el suicidio y el homicidio se convierten en pecados capitales. Incluso San Agustín los califica como detestables y abominables (6,7).

Desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, épocas nefastas de la humanidad, un grupo de médicos y científicos, escudados en la palabra eutanasia llevaron adelante la eliminación de personas minusválidas y de aquellas que consideraban débiles. Bajo el argumento de que esas personas poseían una vida indigna, se procedía a quitarles la vida sin consentimiento previo. Este obrar inaceptable, nada tiene que ver con el concepto de eutanasia que se aborda en este artículo.

Como se puede observar, el término se fue transformando a lo largo de la historia. Inicialmente se trataba del buen morir aplicado como un suicidio honorable, luego fue visto como evento pecaminoso ya que el sufrir constituía parte del arte de vivir. Con los siglos se re-utiliza el término como escudo para realizar asesinatos y, por último, el sentido actual de la eutanasia, entendida como la ayuda humanitaria para aquel que pide morir dignamente dado que se encuentra en un proceso de sufrimiento terminal (6,7).

Atento a esta última postura, se cita la definición elaborada por Eduardo Rivera López en el año 1997 (9), aún vigente: “eutanasia es una conducta llevada a cabo por un agente de salud, una de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte de un paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para él” (p190). Este autor explicita que el fin de la vida es para el beneficio del enfermo e involucra a quien padece la enfermedad y a su consentimiento, además del profesional de la salud.

De este modo, es posible aseverar que no son eutanasia:

- Las acciones que provocan la muerte no intencional de un paciente. Ejemplo: los casos de iatrogenia

- Las prácticas que ocasionen con intención la muerte de una persona, pero sin el objetivo de eliminar su sufrimiento. Ejemplo: los homicidios por selección de raza.

ANÁLISIS DE ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA EUTANASIA

La praxis médica no sólo exige tener el mejor conocimiento médico posible, sino que requiere también formar un profesional capaz de acompañar al convaleciente, al agonizante, al ser que sufre, a tomar las mejores decisiones. Decisiones prudentes. Existen argumentos bioéticos, que en el presente artículo se enuncian como perspectivas, que apoyan o que refutan la eutanasia.

Perspectiva del respeto a la autonomía del paciente:

La palabra autonomía tiene su etimología griega que significa autogobierno. Gerald Dworkin expone que:

"la autonomía se concibe como una capacidad de segundo orden de las personas para reflexionar críticamente sobre sus preferencias de primer orden, deseos, etc. y la capacidad para aceptar o intentar cambiarlos a la luz de las preferencias de orden superior oraciones y valores. Al ejercer tal capacidad, las personas definen su naturaleza, dan significado y coherencia a sus vidas, y tomar responsabilidad por el tipo de persona que son" (p34).

En el estudio que realizan Beauchamps y Childress (4) establecen que una persona autónoma es aquella que posee la capacidad para analizar una determinada situación para luego, alineado a sus propios intereses y planes, tomar una decisión independiente. Resaltan tres conceptos: a) capacidad de decisión: es decir que la persona debe contar con las habilidades mentales necesarias para reflexionar críticamente sobre las preferencias, deseos y aspiraciones sobre su plan de vida y tomar decisiones en relación a sus propios planes, b) ausencia de manipulación y coerción, c) disponibilidad de un rango adecuado de opciones exige el respeto a la capacidad de decisión que tiene cada persona y el respeto a su voluntad en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas. Es decir que cuando se habla de autonomía se hace referencia al derecho de cada persona de actuar intencionadamente, con conocimiento y sin influencias externas y tomar decisiones en lo que respecta a su propia concepción de una muerte buena.

Un paciente que cuenta con las habilidades mentales necesarias para que, disponiendo de la información adecuada sobre su situación clínica-sin distorsiones ni ocultamientos-pueda reflexionar críticamente y, en base a ello, decidir en coherencia con sus valores (11)

y con lo que él concibe como una vida y una muerte dignas, puede decidir libremente en lo inherente a la forma y el momento de morir.

Respetar la autonomía del paciente implica respetar sus intereses, los cuales pueden satisfacerse según la elección con omisiones o con acciones. Si el paciente no desea el tratamiento porque no quiere experimentar el sufrimiento que este conlleva o lo rechaza con la intención de acelerar su muerte, se debe aceptar su voluntad ya que ejerce su autonomía. Por lo tanto, si se acepta su decisión porque quiere evitar un sufrimiento, estamos aceptando su deseo de morir de determinada manera. Por lo tanto, si aceptamos la autonomía del paciente de rechazo o interrupción voluntaria de tratamientos, entonces, aceptamos un tipo de eutanasia (6,7,8).

En la argumentación a favor de la eutanasia se tiene en cuenta como autonomía no solo el consentimiento del paciente sino también su deseo de morir. Sin embargo, es difícil sostener si la persona que se encuentra en esta etapa lo que desea es morir o solo dejar de sufrir. Por eso se plantea si en enfermos terminales el deseo de morir es realmente autónomo o depende de factores tales como el temor de experimentar determinados síntomas, estado depresivo e incluso el sentimiento de estar estorbando a su familia. Es por eso que se implementan en algunos países las directivas anticipadas, las cuales constituyen un documento a través del cual una persona civilmente capaz en ejercicio de su autonomía expresa anticipadamente su voluntad respecto a lo que desea en situaciones de enfermedad irreversible o terminal e incluso en situaciones de discapacidad, con el objeto de que ésta se cumpla en el caso de que el paciente que no sea capaz de expresarla. Para ello se usan los testamentos vitales, e incluso la persona puede anticipadamente nombrar un representante legal, un interlocutor, que será quien decida por él, cuando su estado de salud no le permita hacerlo por sus propios medios (12).

El respeto de la decisión autónoma de morir por parte del paciente implica la conducta pasiva de interrumpir el tratamiento (que indirecta y pasivamente lleva a la eutanasia) o la conducta activa de causar la muerte, según la elección de él.

Sin embargo, desde la perspectiva de la autonomía del paciente, también se elaboran argumentos en contra de la eutanasia. Esto se debe a que es difícil distinguir si lo que desea verdaderamente el paciente es morir o es dejar de sufrir. La persona en esta etapa, se encuentra en un estado de vulnerabilidad, por lo que puede no considerarse válido el consentimiento que otorgue. Con respecto a este argumento hay quienes enfatizan que pedir la muerte significa en ocasiones una petición de ayuda, y que incluso si alguien pide la muerte de manera enfática y reite-

rada, por escrito o en presencia de testigos, no se puede excluir que esté pidiendo ayuda y atención, ya que se encuentra condicionado por su situación de sufrimiento la cual disminuye, quita o altera su capacidad de decisión. Por eso se plantea si en enfermos terminales el deseo de morir es realmente autónomo o depende de factores tales como el temor de experimentar nuevos síntomas desagradables, el dolor intolerable, la percepción de ser una carga para su familia, la expresión de sus cuidadores de que los coarta de continuar libremente su propio plan de vida, o por ejemplo un estado depresivo o a la administración de determinadas drogas en el tratamiento que limitan la competencia del paciente (4, 6, 7, 8, 11).

Perspectiva del principio de beneficencia y del de no maleficencia:

El principio de beneficencia fue definido por Beauchamp y Childress (4, 8) como la obligación positiva que tienen todos los seres humanos de obrar en beneficio de los demás. Se explicita que cuando se habla de beneficencia ésta también implica autonomía individual ya que no podemos hablar de beneficencia si el paciente no percibe la acción como beneficiante. Así, se aúnan los argumentos de autonomía y beneficencia a favor de la eutanasia.

En tanto el principio de no maleficencia implica abstenerse intencionalmente de llevar a cabo acciones que causan o pueden causar daño (4,8). Un tratamiento considerado obligatorio para determinado cuadro clínico puede eludirse cuando este es inútil o carece de sentido por no suponer ya beneficio alguno para el paciente. De este modo, a partir de este principio no se obliga al profesional de la salud a prolongar la vida biológica de un paciente, ni a iniciar o mantener un tratamiento cuando el sufrimiento del paciente supera los beneficios u ocasiona una mala calidad de vida en él.

Quien padece es un sujeto de derechos, un ser poseedor de dignidad, la cual le pertenece por el solo hecho de ser persona. Una vida de buena calidad implica bienestar, el cual desaparece en situaciones de dolor y sufrimiento como las que atraviesa un enfermo terminal

Retrasar el acaecimiento de la muerte mediante la aplicación de medios desproporcionados y, además, fútiles, cuando no haya esperanza alguna de curación, empeorando la calidad de vida del paciente, no ocasiona beneficio alguno y si, daños. Conlleva a la distanasia (13), del griego *dis*, que significa mal o algo mal hecho, y *thanatos*, que significa muerte, y es etimológicamente lo contrario de la eutanasia que es lo opuesto al tema de análisis de este artículo. Por lo

tanto, si se revisa estrictamente la definición de eutanasia, la muerte no constituye un daño.

A estos planteos se formulan también contrargumentos dado que el derecho a vivir implica una prohibición, jurídica y moral, de matar.

La Asociación Médica Mundial considera a la eutanasia como una acción contraria a la ética. En la Declaración Sobre Eutanasia adoptada por la *70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019* (14), remarca su oposición a la práctica de la eutanasia y determina que “La eutanasia, como el médico que administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de éste. El suicidio con ayuda médica se refiere a los casos en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar sustancias médicas cuya finalidad es causar la muerte.”

Por lo tanto, el profesional de la salud debe, en su visión, integrar la imagen del organismo fisiopatológicamente destruido con la del ser humano al cual no puede abandonar y debe respetar y acompañar hasta el final de su vida, ya que esta actitud sería la ética y moralmente esperada. Para ello se desarrolla en los últimos años, las acciones conocidas como *cuidados paliativos*, las cuales, por su parte, también se sostienen en los principios de beneficencia y no maleficencia.

Los cuidados paliativos son aquellas acciones orientadas a aliviar el dolor del paciente y facilitar la transición de la vida a la muerte. Su finalidad es evitar el sufrimiento que puede enfrentar el paciente ante la cercanía de la muerte. Constituyen un abordaje interdisciplinario a partir del cual se identifican las necesidades del paciente y de su familia, y se procura la resolución de los problemas físicos, psicosociales y espirituales para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno. Estas medidas pueden aplicarse tempranamente, en el curso de la enfermedad, en concomitancia con otras terapéuticas tendientes a evitar las complicaciones clínicas de la patología y del sufrimiento que ellas ocasionan (15, 16).

Ya que se considera la muerte como un proceso inevitable, a través de este tipo de cuidados se reafirma la importancia de la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos sin acciones que aceleren la llegada de la muerte ni que la pospongan.

Los cuidados paliativos se rigen por los principios de veracidad, prevención, el no abandono y el de

inviolabilidad de la vida humana. A través de ellos se recuerda a los profesionales de la salud que se podrá curar a veces, pero acompañar y consolar siempre.

CONCLUSIÓN

Al momento de nacer somos colocados en la estructura mortal del ser que acontecerá en cierto momento; al aceptar que alguien nos dé la muerte en la etapa final de la vida ejercemos nuestra autonomía para evitar el sufrimiento en esa etapa ya irreversible. De este modo se percibe como moralmente bueno obrar para evitar situaciones que disminuyan al máximo la calidad de vida de la persona afectada. De este modo, eutanasia es el rehusarse a continuar siendo un ser sufriente, que inevitablemente en un corto plazo consumará su estructura mortal.

Sin embargo, el carácter sagrado de la vida implica que no se acepte como legítimo la práctica de la eutanasia ya que la vida está por sobre todo bien o interés de la persona. A través de este argumento se sostiene que la vida no le pertenece a la persona en sí misma, sino que es propiedad de dios. Por lo tanto, si se permite que la muerte suceda de manera no natural se viola el valor sagrado de la vida. En el Catecismo de la Iglesia Católica (17) se deja expresamente en claro que la eutanasia se considera moralmente inaceptable ya que de producirse se ofende a dios que es el verdadero dueño de la vida de esa persona.

Entonces, en base a lo indagado queda en claro que el final de la vida es un tema de debate y disenso aun, por lo que no se puede formular juicio definitivo sobre la aplicación o no de la eutanasia en nuestro país.

Surgen diferentes planteos los cuales pueden ser resumidos de este modo:

- Desde el punto de vista médico es difícil tener certeza en la prognosis de una enfermedad y en su curso, ya que se puede llegar a la conclusión de que un enfermo es irrecuperable, que su enfermedad es irreversible y su esperanza de vida es breve, pero aun así se han conocido casos en los que el curso de la enfermedad fue absolutamente inesperado, en que la vida del enfermo se prolongó incluso con niveles inesperados de recuperación.

- Desde la perspectiva del paciente, hay que tener en cuenta que toda enfermedad origina un desequilibrio en lo económico, en lo familiar y en los proyectos personales. Incluso el sufrimiento es no solo padecido por el enfermo, sino también por su entorno cercano. Por lo tanto, en una situación en la cual la dinámica de la familia y la vida misma de una persona se perturba, coaccionaría para que el paciente pida que se ponga fin a su vida, pero esta

¿sería su auténtica voluntad?

- Desde un punto de vista social: Aunque las leyes sean votadas por unanimidad, la opinión social tendrá siempre diferentes aristas las cuales deberán ser tenidas en cuenta, evitando los abusos que pudieran seguir ante una legalización de la eutanasia.

Con absoluto respeto de los valores supremos que son la vida y la libertad y teniendo en cuenta la misión de la medicina que es el bienestar psico-físico-social del individuo, se observa que se intenta evitar la distanasia y asegurar la dignidad en el final de la existencia.

Y continuamos con el planteo: Eutanasia: ¿piedad o delito?

BIBLIOGRAFÍA

1- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

2- Mari- Klose M., De Miguel J. M. "El Canon de la Muerte", Política y Sociedad. Revista Científica Complutense. Madrid. Año 2000, pág. 115-143.

3- Ley 26.742. Consultada el 20 de febrero de 2021 en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

4- Beauchamp, Tom L. - Childress, James F., Principios de ética biomédica (4° edición), Masson S.A., Barcelona, 1999.

5- Juramento Hipocrático disponible en www.fmed.uba.ar/depto/microbiologia/jurame.pdf

6- Farell, Martín, Apresurando la propia muerte, Perspectivas Bioéticas, Año 1, N° 1, 1996, pp. 92-99.

7- García Otero A, Sabio M. F. ¿Existe justificación moral para la eutanasia? Revista Americana de Medicina Respiratoria. Vol. 11 N° 4. 2011. Disponible en: www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v11n4/v11n4a06.pdf

8- Luna, F., A. Salles (eds.) Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos. Buenos Aires, FCE, 2008.

9- Rivera López, E. "Aspectos éticos de la eutanasia", Análisis Filosófico, Volumen XVII, N° 2, Noviembre de 2007, pp. 189-208.

10- Dworkin, G. The Theory and Practice of Autonomy, Cambridge: Cambridge University Press; 1988.

11- Costa, M. V. El concepto de autonomía en la ética médica: problemas de fundamentación y aplicación, en *Perspectivas bioéticas en las Américas*, FLACSO, Nro 2, 1996.

12- De Ortúzar, G. Toma de decisiones médicas: "testamentos vitales". Clase 5. Bloque II. Diploma Superior en Bioética: Bioética clínica, 2018, FLACSO Argentina, disponible en flacso.org.ar/flacso-virtual

13- Asociación Médica Argentina. Código de Ética para el Equipo de Salud. Buenos Aires, 2001.

14- WMA-The World Medical Association-WMA Resolution on Euthanasia and Physician-assisted suicide. Adoptada por la 70 Asamblea General de la AMM, Tbilisi, Georgia, octubre 2019. Disponible en: [https://http://www.wma.net/policies-post/declaration-](https://http://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide)

[on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide](https://http://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide)

15- Farias, G.; Bertolino, M.; Wenk, R. Cuidados paliativos. *Enfermedad y ética, Perspectivas Bioéticas*, Año 11, Número 20, Primer semestre de 2006.

16- Giraldo-Cadavid L. "Muerte, eutanasia y cuidados paliativos". *Revista Persona Bioética*. Vol. 12 N° 2. Colombia. Año 2008. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v12n2/v12n2a07.pdf>

17- Catecismo de la Iglesia Católica. Tercera parte; Artículo 5: Eutanasia. Disponible en: http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html#l%20EI%20respeto%20de%20la%20vida%20humana



Conocé nuestro sitio web
www.fundacionmf.org.ar

FUNDACION MF

Promoviendo el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud desde 1997.

E EVIDENCIA	PROFAM	MF MF SALUD	SAN PANTALEÓN
Revista online de actualización en la práctica ambulatoria. 	Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria líder en el desarrollo de proyectos educativos y contenidos editoriales destinados a la capacitación, el entrenamiento y la actualización médica.	Espacio virtual que brinda información y orientación sobre problemas de salud frecuentes a la población general.	Centro de Medicina Familiar y Comunitaria que brinda asistencia médica gratuita a la comunidad de Bajo Boulogne.



PROFAM

Actualización para médicos
que centran su práctica en
la atención ambulatoria.

CONOCÉ NUESTRA
PROPUESTA ACADÉMICA 2021 - 2022



 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

*Servicio de Medicina Familiar
y Comunitaria*

- Curso Universitario de Medicina Familiar y Ambulatoria. Tres modalidades de cursada: tradicional, superior virtual y superior virtual con encuentros sincrónicos.
- Curso Demanda espontánea.
- Curso Toma de decisiones compartida.
- Curso PROFAM Niños.
- Curso Intervenciones en cesación tabáquica.
- Curso Cuidados paliativos en atención primaria.

CRIPTORQUIDIA: ¿ESPERAR, TRATAR Ó DERIVAR?

CRYPTORCHIDISM: WAIT, TREAT, OR REFER?

Autor: Cabeza M, Ghidara E., Melhen C.

Afiliaciones de los autores:

Residencia de Medicina Familiar,
Construir salud, Obra Social del Personal
de la Construcción (Os.Pe.Con) Sede
Tucumán.

Autor de correspondencia:

Matías Cabeza

Correo electrónico:

cabezamatias6@gmail.com

Conflicto de Intereses:

Los autores de la presente revisión
declaran no presentar conflictos de
interés.

Recibido: mayo 2021.

Aceptado: agosto 2021.

INTRODUCCIÓN

La criptorquidia es una de las anomalías congénitas más frecuente, con complicaciones a largo plazo como infertilidad, hipogonadismo y neoplasias. Hay discordancia de cómo y cuándo tratar. Por este motivo nos planteamos como objetivo "Identificar el tratamiento más eficaz para evitar las consecuencias de la criptorquidia".

PREGUNTA CLÍNICA

En prepúberes con criptorquidia sometidos a tratamiento hormonal/quirúrgico, conocer la efectividad de los mismos para lograr el descenso testicular y evitar las complicaciones asociadas.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Realizamos una búsqueda en Cochrane; BVS, Epistemonikos y Elsevier utilizando como palabras claves: niños/prepúberes/criptorquidia/cirugía/hormonal. En Pubmed utilizamos combinaciones de los términos Mesh: cryptorchidism/testicular neoplasms y palabras de texto libre: surgery, hormonal. En Tripdatabase realizamos combinaciones de palabras claves: cryptorchidism/surgery/hormonal/testicular cáncer. Se utilizaron filtros para incluir solamente revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) y estudios observacionales, de los últimos 15 años, sin restricción de idiomas con fecha de corte 10 de mayo de 2021. Se encontraron 2247 artículos, de los cuales se excluyeron 2243 debido a que no respondían a nuestra pregunta clínica, estudios duplicados, estudios fuera del rango temporal de la estrategia de búsqueda, etc.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EVIDENCIA

1. Efficacy and safety of human chorionic gonadotropin for treatment of cryptorchidism: A meta-analysis of randomised controlled trials. Yi Wei, et al. Journal of Paediatrics and Child Health, 2018:

Objetivo principal: Eficacia y seguridad de la gonadotropina humana (HCG) en el tratamiento de la criptorquidia.

Metodología: revisión sistemática (RS) con metaanálisis (MA) de 7 ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) con 555 participantes (prepúberes con criptorquidia). En 4 de los 7 estudios incluidos, se observó alto riesgo de sesgos.

Intervención: Tratamiento con HCG comparado con placebo, HCG

+ hormona folículo-estimulante (FSH), hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH).

Resultados: El tratamiento con HCG no fue más eficaz que el placebo.

2. A systematic review and meta-analysis of comparative studies assessing the efficacy of luteinizing hormone-releasing hormone therapy for children with cryptorchidism. Tao Li, et al. International Urology and Nephrology, 2016:

Objetivo principal: Efecto terapéutico de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) en el tratamiento de la criptorquidia.

Metodología: RS con MA de 11 ECAs con 924 participantes (prepúberes con criptorquidia), 4 estudios de calidad regular a buena y sesgo de realización.

Intervención: 924 niños con 1255 testículos no descendidos, de los cuales 645 testículos fueron tratados con LHRH intranasal y 610 con placebo.

Resultados: La tasa de descenso testicular completa fue de 20,9% en el grupo LHRH versus 5,6% en el grupo de placebo con un resultado estadísticamente significativo a favor de la intervención; con mayor incidencia de efectos secundarios temporales (dolor eréctil, problemas de comportamiento, crecimiento del pene y del vello púbico) en el grupo LHRH.

3. Age at Surgery for Undescended Testis and Risk of Testicular Cancer. Pettersson, et al. N Engl J Med, 2007.

Objetivo principal: Determinar edad de la cirugía para criptorquidia y su relación con riesgo de cáncer testicular.

Metodología: Cohorte prospectivo de 16.983 hombres tratados con orquidopexia por criptorquidia antes de los 20 años de edad. Seguimiento de 15 años.

Grupo control: Población general de Suecia. Los datos se obtuvieron del registro de salud sueco de altas hospitalarias.

Resultados: Del total de la cohorte, 56 pacientes tuvieron cáncer testicular en el seguimiento, obser-

vándose que el riesgo de cáncer es mayor en esta población comparado con la población general y que este riesgo se duplica cuando la cirugía se posterga más allá de los 13 años. Del total de pacientes que desarrollaron cáncer testicular, se observó que solo hubo un caso en el grupo operado entre los 0-2 años de edad, mientras que hubo más casos en los grupos operados después de los 10 años de edad.

4. The diagnostic impact of testicular biopsies for intratubular germ cell neoplasia in cryptorchid boys and the subsequent risk of testicular cancer in men with prepubertal surgery for syndromic or non-syndromic cryptorchidism. Osterballe, et al. Journal of pediatric surgery, 2016.

Objetivo principal: Identificar la prevalencia de cáncer testicular entre los hombres adultos que se sometieron a cirugía por criptorquidia en la edad prepuberal y a quienes se les tomó una biopsia del testículo no descendido.

Metodología: Cohorte prospectivo de 1403 niños operados entre 1971-2003. Seguimiento por 28 años.

Grupo control: Población general de Dinamarca. Los datos se obtuvieron de la base de datos Norcan de la Asociación de Registros Nórdicos de Cáncer (ANCR).

Resultados: El riesgo de cáncer testicular fue de 2,7 con respecto a la población general danesa.

CONCLUSIÓN FINAL

No se recomienda el tratamiento hormonal con HCG. Con respecto a LHRH intranasal que mostró cierta evidencia, no se comercializa a la fecha en el país. No se encontraron estudios que comparen tratamiento hormonal vs quirúrgico, como tampoco investigaciones de calidad que evalúen el impacto en la fertilidad. La cirugía precoz de la criptorquidia se asocia a menor riesgo de cáncer testicular.

Por todo lo expuesto, recomendamos consultar con cirugía a los 6 meses de vida si el testículo no descendió, o inmediatamente si el momento del diagnóstico es posterior a esa edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wei Y, Wang Y, Tang X, Liu B, Shen L, Long C, et al. Efficacy and safety of human chorionic gonadotropin for treatment of cryptorchidism: A

meta-analysis of randomised controlled trials. J Paediatr Child Health. agosto de 2018;54(8):900–6.

2. Li T, Gao L, Chen P, Bu S, Cao D, Yang L, et al. A systematic review and meta-analysis of comparative studies assessing the efficacy of luteinizing hormone-releasing hormone therapy for children with cryptorchidism. Int Urol Nephrol. mayo de 2016;48(5):635–44.

3. Pettersson A, Richiardi L, Nordenskjold A, Kaijser M, Akre O. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. N Engl J Med. 3 de mayo de 2007;356(18):1835–41.

4. Osterballe L, Clasen-Linde E, Cortes D, Engholm G, Hertzum-Larsen R, Reinhardt S, et al. The diagnostic impact of testicular biopsies for intratubular germ cell neoplasia in cryptorchid boys and the subsequent risk of testicular cancer in men with prepubertal surgery for syndromic or non-syndromic cryptorchidism. J Pediatr Surg. abril de 2017;52(4):587–92.

Les Invitamos a formar parte



ACOMFYG
ASOCIACIÓN CORDOBESA
DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL

para asociarse comunicarse a

asociarseacomfyg@gmail.com

  **ACOMFYG**

WWW.ACOMFYG.COM.AR

 **@ACOMFYGCBA**

Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios: Una mirada desde la Atención Primaria.

Overload syndrome in primary caregivers: A look from Primary Care.

Autor: Daniela M. Perilla-Orozco¹, Adalberto D. Pantoja-Molina¹, Jorge A. Sánchez-Duque^{1,2*}.

Afiliaciones de los autores:

1: Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad. Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.

2: Grupo de investigación Epidemiología, Salud y Violencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

Autor de correspondencia:

Jorge A. Sánchez-Duque.

Teléfono: +57 6 3137032170.

Correo electrónico:

jorandsanchez@utp.edu.co

Fuentes de financiamiento:

El presente trabajo ha sido autofinanciado por los autores.

Conflicto de Intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido: 23/07/2020.

Aceptado: 30/06/2021.

Señora Editora:

El mundo se encuentra atravesando una etapa acelerada de transición demográfica, una serie de cambios en la pirámide poblacional caracterizados por un incremento porcentual de la población geriátrica, con estimaciones para el año 2050, que sugieren que uno de cada cinco norteamericanos tendrá al menos 65 años de edad (1).

La población geriátrica tiene mayor número de comorbilidades por cambios fisiológicos relacionados con numerosos factores biopsicosociales característicos de cada paciente (1). De esta manera, la población geriátrica padece con mayor frecuencia patologías cardiovasculares, osteo-mio-articulares y del aparato respiratorio, alcanzando tasas de hasta 160, 149 y 145 casos por cada 1.000 habitantes, respectivamente (2). Adicionalmente, los adultos mayores se ven expuestos a presentar síndromes geriátricos, razón por la cual, la evaluación médica del adulto mayor requiere un enfoque especial, diferenciado e integrado; dicha evaluación recibe el nombre de Valoración Geriátrica Integral (VGI) (1).

Lo anterior conlleva a un mayor riesgo de presentar polifarmacia, alteraciones visuales, auditivas, caídas, fragilidad o inmovilidad que, como consecuencia, generan un mayor grado de dependencia y necesidad de asistencia para la realización de sus actividades básicas diarias, con una mayor participación de sus cuidadores (1-3).

Existen diferentes formas de clasificar a los cuidadores, según variables como el nivel educativo o el tiempo de dedicación (3,4). El concepto Cuidador Primario (CP) hace referencia al “*recurso humano o también denominado como instrumento por el cual se proveen cuidados específicos a la persona dependiente*” (5). Estos a su vez, pueden clasificarse en formales e informales. Los cuidadores primarios informales, se han definido desde un contexto social como: “*individuos (por ejemplo, hijos adultos, cónyuges, padres, amigos o vecinos) que brindan atención sin compensación de tiempo invertido o remuneraciones*” (6). Por otra parte, los cuidadores formales primarios “*no forman parte del núcleo familiar de la persona dependiente, pueden o no contar con algún grado de capacitación pero son remunerados*” (5). En el año 2015, mediante un estudio realizado en Estados Unidos a los cuidadores primarios informales, se encontró que aproximadamente 43.5 millones de personas brindaron cuidado a un adulto o niño (7).

Cada CP invierte esfuerzo físico, psicológico y emocional, lo cual se asocia a un proceso de desgaste conocido como Síndrome de Sobrecarga (SS). Los síntomas del SS incluyen agotamiento (59.5%), depresión (50%), ansiedad, menor percepción subjetiva de bienestar, así como niveles más bajos de salud física, entre otros síntomas (7,8). La

escala de Zarit es una de las múltiples herramientas que permiten evaluar la presencia de sobrecarga en los cuidadores (5).

La prevalencia de SS en CP ha mostrado un comportamiento muy variable según el tipo de población que requiere de su cuidado y el país objeto de estudio. Es así como en Londres para el año 2017 se reportó una prevalencia de 57% (9), mientras que en países latinoamericanos como Chile los datos registrados para el 2015 fueron de 23.2% (10). Esta prevalencia aumenta cuando se trata del cuidado de adultos frágiles. Un estudio publicado en Cuba en 2018, reporta niveles de hasta el 76.6% (11), y en Perú, según datos del 2013, alcanza hasta el 85.4% (12).

El cuidador primario está expuesto a uno de los factores con mayor impacto en calidad de vida como lo es el SS, el cual requiere un enfoque no solo desde un punto de vista clínico, sino en medidas no médicas como: aspectos sociales y económicos (13). Considerando lo anterior, en el 2015 la universidad de Oxford realizó una publicación en donde se podía reconocer como las condiciones económicas para los CP resultaban ser una gran preocupación debido a que se estimaron gastos de bolsillo de aproximadamente 5.500 millones anuales, con una pérdida de manera parcial o total de ingresos secundario a la falta de empleo remunerado (14).

Por lo anterior, la VGI debe incorporar una valoración del CP con un enfoque multidimensional, que permita la identificación oportuna de la sobrecarga (1, 9, 13). En este sentido, los servicios de atención primaria liderados por el médico de familia, deben desempeñar un papel de liderazgo para facilitar una respuesta oportuna e integral caracterizada por los aspectos descritos en la **Tabla 1** (6 - 14).

En esencia, los servicios de atención primaria deben enfocarse, no sólo en el paciente frágil o el paciente dependiente dentro de su área de influencia, sino que también es un deber ineludible valorar a esa persona que cumple funciones de CP y que puede cursar de forma subclínica con un síndrome de sobrecarga, incluyendo sus potenciales complicaciones (1, 5, 6, 9, 11, 13). La identificación temprana del nivel de desgaste del CP, desde la atención primaria, permitirá el diseño e implementación de programas que busquen disminuir la prevalencia de SS y por lo tanto, de sus consecuencias no deseadas a nivel biopsicosocial. Se requiere un papel de liderazgo en salud pública que promueva la generación de conciencia y cambios en las políticas públicas de los sistemas de salud que lleven a la inclusión sistemática y periódica de la valoración de los CP en las VGI, garantizando la verdadera integralidad de esta, previniendo el desgaste del cuidador primario y garantizándole un bienestar físico, mental y social adecuado, lo cual configura un llamado a la medicina familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perilla-Orozco DM, Pantoja-Molina AD, Sánchez-Duque JA. Abordaje integral del adulto mayor: una mirada desde la atención primaria. *Aten Fam.* 2020;27(2):109-10. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.2.75205>
2. González-Rodríguez AM, Palma-López ME. Principales causas de morbilidad en una población de adultos mayores: área de salud de Capdevila. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2008;7(2).
3. Acosta-Rosero JV. Prevención del síndrome del cuidador en familiares de pacientes con enfermedad renal crónica en la clínica MENYDIAL de Tulcán 2017 2017.

Tabla 1. Identificación e intervención temprana desde la atención primaria	
Reconocer aspectos importantes del CP	Posibles ofertas de intervención para el CP
Identificación de ciclo vital individual.	Articular con grupos de apoyo,
Creencias culturales locales del grupo familiar.	Capacitación en tareas asistenciales complejas.
Identificación del estado socio-económico.	Asistencia en las transiciones requeridas por el paciente.
	Relevos para cuidadores con actividad económica principal en casa.

Es hora de cambiar el logo de las sociedades de medicina familiar.

Estimada Editora,

En el día de la fecha se anunció una nueva edición del Congreso Nacional de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG) y el folleto de promoción se puede ver el logo con cuatro personas: un hombre, una mujer y dos niños, una familia “tradicional”(1). Este fenómeno se replica en los logos de otras asociaciones de nuestro país(2). A nivel internacional, las sociedades de Ecuador y Perú también presentan la configuración familiar que presenta la FAMFyG y esto se vuelve más problemático cuando la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y la World Organization of Family Doctors (WONCA) representan la tríada de figuras humanas en altura decreciente insinuando una la familia conformada por un hombre, una mujer y un niño o niña.

Estas formas de representación ignoran los que vemos los médicos de familia día a día en el consultorio y contribuyen a la invisibilización de la diversidad de estructuras familiares: familias uniparentales, tutores legales, padres o madres adoptivos, familias ensambladas, familias homoparentales, tutores familiares (abuelos, tías, etc.), entre otras. De hecho, el concepto de “medicina familiar” comprendido como la práctica médica inserta en la atención primaria entiende a la valoración de la personas y su contexto, de manera integrada y con enfoque a la comunidad(3). En ninguno de sus componentes se explicita que el contexto del paciente tenga que ser “familiar” en el sentido de vínculo biológico y heteronormado.

En definitiva, invito a las autoridades de la Federación y de las Asociaciones que la componen a revisar sus políticas de comunicación en general y sus logos en particular, con una amplia participación de la comunidad, para poder representar adecuadamente qué significa el ejercicio y propósito de nuestra especialidad.

Juan Víctor Ariel Franco

Médico de Familia

*Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Italiano de Buenos Aires*

REFERENCIAS

1. FAMFyG. “Reserven fechas! Proximamente más información...” [Internet]. Twitter. [cited 2021 Jul 5]. Available from: <https://twitter.com/famfyg/status/1411890542452039681?s=20>
2. Asociaciones Miembro [Internet]. FAMFyG. [cited 2021 Jul 5]. Available from: <https://www.famfyg.com.ar/asociaciones-miembro>
3. Rubinstein A, Kopitowski K. Medicina familiar y práctica ambulatoria. In: Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, editor. Bases y Fundamentos de la Práctica de la Medicina Familiar. Médica Panamericana; 2016.