

Organización Mundial de la Salud (OMS).

Introducción.

"El que sólo sabe medicina, ni medicina sabe."

José Letamendi de Manjarrez.

"La mayor enfermedad hoy día no es la lepra ni la tuberculosis sino más bien el sentirse no querido, no cuidado y abandonado por todos."

Madre Teresa de Calcuta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo rector internacional encargado de velar por la salud de la población mundial, teniendo como premisa el cuidado de la salud individual y colectiva de la humanidad. Antes de profundizar en el surgimiento y las funciones de la OMS, resulta indispensable entender algunas consideraciones generales, de carácter básico, para el entendimiento pleno de su quehacer.

Como primer, punto resulta imperativo analizar a la salud como un fenómeno social y humano. Así pues, podemos decir que: la salud, que es el objetivo de la medicina y de las profesiones sanitarias, no es una identidad, una realidad como lo es un objeto, sino una abstracción, un concepto que hace referencia a una circunstancia humana. Al ser un concepto depende de la

cultura en la que se produce, pues ella es la que subministra el patrón que define la forma de estar o de ser sano¹.

El fenómeno de salud afecta de manera importante y permanente, tanto a los grupos de población en general como a cada uno de los seres humanos en particular. Esta característica de ser permanente y no esporádica, unida a la sensación de urgencia como el fenómeno es percibido, ha hecho que se le valore y considere como una necesidad existencial básica del hombre².

No obstante, que la medicina con carácter científico tiene una historia que se remonta hasta el siglo XV³; el entendimiento de la relevancia e importancia de la medicina, como mecanismo promotor de la salud, es relativamente nuevo, apenas a finales del siglo XIX es cuando se postulan los primeros tratados de salud pública por parte de los gobiernos nacionales⁴.

Debido a la reciente aparición de la salud pública en la escena del quehacer social de los gobiernos, es que debemos tener en cuenta la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y seguridad social de los países. Teniendo como objetivo lograr mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, además de prevenir los grandes derroches económicos en el saneamiento posterior a una crisis sanitaria⁵.

La atención de la salud, requiere de un entendimiento pleno de los conceptos de salud y enfermedad⁶, tal cual lo menciona el Dr. Nimal S. de Silva, Ministro de Salud y Nutrición de Sri Lanka, en su discurso de clausura de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud: "*La salud no es lo opuesto a la enfermedad [...] El concepto de salud es inseparable de la paz y la amenaza de*

¹ Blanco Restrepo, J. et al. *Fundamentos de Salud Pública*.

² Ibídem.

³ Sánchez, M. *Historia, Teoría y Métodos de la Medicina: Introducción al pensamiento Médico*.

⁴ Ibídem.

⁵ Gil, F. *Tratado de Medicina del Trabajo*.

⁶ Kumate, J. *Salud para todos: ¿Utopía o Realidad?*.

guerra, de la eliminación de la pobreza y la marginación, de la conservación del medio ambiente, de la reducción del desempleo. La salud y la enfermedad no deben concebirse como conceptos estrictamente biológicos e individuales y deben formularse como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas”⁷.

Aunque existen muchas variantes en la definición de salud, sólo se tomara por verdadera y objetiva, aquella adoptada por la Conferencia Internacional Sanitaria, celebrada en Nueva York del 19 de julio al 22 de julio de 1946; y contenida en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, la cual define que: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁸*. Así mismo, dentro de este documento se declara: *“Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”⁹*.

De este mismo modo, la definición de salud puede hacerse extensiva a las comunidades, recibiendo el nombre de salud pública. Esta disciplina médica tiene como misión mejorar las condiciones sanitarias de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concientización, la educación y la investigación¹⁰.

Con base en el entendimiento de las anteriores definiciones de salud la Organización de las Naciones Unidas (ONU), tiene a bien encomendar al Consejo Económico y Social (ECOSOC) la integración de un grupo de expertos en materia de salubridad. De este modo surge, el 7 de abril de 1948, la OMS¹¹,

⁷ Human Rights Watch. *Por favor, no nos hagan sufrir más... El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano.*

⁸ Constitución de la OMS «<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf> »

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ Lartigues, T. *et al. Salud Comunitaria: Una Visión Panamericana.*

¹¹ Historia de la OMS «<http://www.who.int/about/history/es/index.html>»

teniendo como objetivo principal promover las políticas de prevención y promoción de la salud a escala global¹².

Actualmente la OMS cuenta con 193 Estados Miembros, que se reúnen anualmente en mayo dentro de los marcos de trabajo de la Asamblea Mundial de la Salud, la Asamblea constituye el marco decisorio supremo de la OMS, y tiene entre sus funciones¹³:

1. Determinar las políticas de la Organización.
2. Nombrar al Director General.
3. Supervisa las políticas financieras de la Organización y examina y aprueba el proyecto de presupuesto por programas.
4. Examina los informes del Consejo Ejecutivo, al que da instrucciones en lo que respecta a los asuntos que pueden requerir la adopción de medidas, un estudio, una investigación o un informe¹⁴.

El Consejo Ejecutivo está integrado por 34 miembros técnicamente cualificados, representantes de 34 Estados Miembros, en el campo de la salud. Sus miembros se eligen para un mandato de tres años. La principal reunión del Consejo, en la que se decide el orden del día para la siguiente Asamblea Mundial de la Salud y se adoptan resoluciones para someterlas a la Asamblea, se efectúa en enero.

La OMS ha emprendido una intensa labor, de alcances globales para el cumplimiento de sus objetivos, planteándose funciones específicas que se pueden resumir en:

1. Ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;

¹² Bustos, J. *La Organización Mundial de la Salud*.

¹³ Gobernanza de la OMS «<http://www.who.int/governance/es/index.html>»

¹⁴ *Ibíd.*

2. Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos;
3. Establecer normas y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
4. Formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico;
5. Prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
6. Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias¹⁵.

En la actualidad la OMS tiene la tarea de afrontar los avatares de un mundo y una sociedad convulsionados, operando en un entorno cada vez más complejo y en rápida transformación. Los límites de la acción de salud pública se han difuminado y extendido¹⁶, haciendo evidentes zonas de oportunidad, hasta hoy desatendidas.

Es vital tomar en consideración que: *"Nuestra máxima preocupación debe concentrarse siempre en los grupos desfavorecidos y vulnerables"*¹⁷ según las declaraciones de nuestra Directora General, Dra. Margaret Chan. Atendiendo esta petición la Organización debe trabajar dentro de su agenda sobre 6 puntos relevantes que se pueden resumir en:

1. Promover el Desarrollo.
2. Fomentar la Seguridad Sanitaria.
3. Fortalecer los Sistemas de Salud.
4. Aprovechar las investigaciones, la información y los datos probatorios.
5. Potenciar las alianzas.

¹⁵ Funciones de la OMS «<http://www.who.int/about/role/es/index.html>»

¹⁶ Agenda de la OMS «<http://www.who.int/about/agenda/es/index.html>»

¹⁷ *Ibíd.*

6. Mejorar el desempeño¹⁸.

Más de 8,000 personas de más de 150 países trabajan para la Organización en 147 oficinas dentro de los Estados Miembros, seis oficinas regionales y la Sede, que se encuentra en Ginebra, Suiza. Además de médicos, especialistas en salud pública, científicos y epidemiólogos, la OMS cuenta con personal formado para gestionar los sistemas administrativos, financieros y de información de que dispone, así como con expertos en los campos de las estadísticas sanitarias, la economía y el socorro en emergencias¹⁹

De este modo, es como trabaja actualmente la OMS. Sin lugar a dudas, la actual situación sanitaria del mundo plantea un reto del que nadie está excluido, por lo que es urgente fortalecer los mecanismos de información y cooperación conjunta ante los padecimientos de salud a escala global. Debido a esto es que se requiere fortalecer a la Organización y a los sistemas de salud pública de cada estado²⁰.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.*

¹⁹ Personal de la OMS «<http://www.who.int/about/structure/es/index.html>»

²⁰ Ídem 6.

Bibliografía.

Blanco Restrepo, J. Fundamentos de Salud Pública. Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2005.

Sánchez, M. Historia, Teoría y Métodos de la Medicina: Introducción al pensamiento Médico. Barcelona: Masson, 2002.

Gil, F. Tratado de Medicina del Trabajo. Barcelona: Masson, 2005.

Kumate, J. Salud para todos: ¿Utopía o Realidad?. Distrito Federal: Instituto Politécnico Nacional, 1989.

Human Rights Watch. Por favor, no nos hagan sufrir más... El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano. Nueva York: Human Rights Watch, 2009.

Lartigues, T. et al. Salud Comunitaria: Una Visión Panamericana. Distrito Federal: Universidad Iberoamericana, 1991.

Bustos, J. La Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.

Ciberografía.

Constitución de la OMS. Organización Mundial de la Salud. 04/02/2010.

«<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf> »

Historia de la OMS. Organización Mundial de la Salud. 04/02/2010.

«<http://www.who.int/about/history/es/index.html>»

Gobernanza de la OMS. Organización Mundial de la Salud. 07/02/2010.

«<http://www.who.int/governance/es/index.html>»

Funciones de la OMS. Organización Mundial de la Salud. 07/02/2010.

«<http://www.who.int/about/role/es/index.html>»

Agenda de la OMS. Organización Mundial de la Salud. 07/02/2010.

«<http://www.who.int/about/agenda/es/index.html>»

Personal de la OMS. Organización Mundial de la Salud. 07/02/2010.

«<http://www.who.int/about/structure/es/index.html>»

Tópico A: "Control portuario de los agentes transmisores de nuevas cepas virales".

"Si quieres salvar a tu hijo del polio puedes rezar o puedes vacunarlo... Aplica la ciencia."

Carl Sagan.

- Objetivo I: Lograr establecer cercos sanitarios y mecanismos de monitoreo y vigilancia adecuados dentro de los puertos aéreos, marítimos y terrestres.
- Objetivo II: Generar un sistema de acción portuario, de carácter internacional, en caso de detección de nuevas cepas virales, que representen una amenaza sanitaria.
- Objetivo III: Evaluar y fortalecer los mecanismos de atención primaria de salud dentro de los puertos aéreos, terrestres y marítimos; teniendo como objetivo una mejor atención y una canalización adecuada en los padecimientos infecto-contagiosos.
- Objetivo IV: Fortalecer los sistemas de comunicación nacionales con la OMS y generar mecanismos para la comunicación directa entre los puertos internacionales y la Organización.

Los hombres, desde el principio de nuestros andares por el mundo hemos convivido con la enfermedad. La diferencia, entre los hombres nómadas y los seres industrializados que somos hoy, radica en que ahora sabemos que es, y

quien la ocasiona²¹. De este modo el mayor reto para la humanidad, en el actual contexto de salud, es lograr el mayor grado de prevención posible²², teniendo como finalidad reducir al mínimo el número de infecciones anuales.

Desde hace algunos años la OMS ha externado su preocupación por la aparición de nuevas cepas virales, cada vez más mortíferas²³. Haciendo especial énfasis en la necesidad de fortalecer los sistemas de atención primaria de salud, particularmente en los países en vías de desarrollo²⁴.

La preocupación surge, desde luego, por la gran virulencia y eficiencia de las cepas virales de reciente aparición, pero sobre todo por la alarmante rapidez de mutación de estas nuevas clases de virus²⁵. Además de los cortos periodos de tiempo entre la aparición de una cepa y otra en el plano internacional²⁶.

Resulta sumamente alarmante que en los últimos 15 años hayan aparecido 14 nuevas cepas virales²⁷, con capacidad pandémica, y que de esas cepas 4 hayan tenido brotes epidémicos (SARS, Gripe Aviar, Nipah y Hendra)²⁸ y una haya provocado la primera pandemia del siglo XXI (Gripe AH1N1)²⁹.

Es debido a esto, que la Organización tiene entre sus principales preocupaciones el control de estas nuevas cepas, con el objetivo de evitar

²¹ Organización Panamericana de la Salud. *El control de las enfermedades transmisibles*.

²² Ahrens, W. et al. *Handboock of epidemiology*.

²³ Organización Mundial de la Salud. *The work of WHO virus reference centres and the services they provide*.

²⁴ Kumate, J. "Salud Pública en América Latina". Distrito Federal, 2007.

²⁵ Ídem 22.

²⁶ Chan, M. "Human virus". *Control and Evolution of Disease*.

²⁷ Ídem 22.

²⁸ The Worldwatch Institute. *La Situación del Mundo 2007: Nuestro futuro urbano*.

²⁹ Medina, N. "El 2009". *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*.

crisis sanitarias; como la ocurrida durante el 2009. Frente a este reto se deben de tomar acciones específicas que se centren en el monitoreo, vigilancia y control de las nuevas cepas virales³⁰.

El primer paso en el control de nuevas cepas virales consiste en el monitoreo de las virus ya circulantes, pues es en estas en las que se dará la mutación que originará un nuevo virus³¹. Es por eso que el primer paso para lograr un óptimo control es establecer un monitoreo y una vigilancia adecuada.

Dentro de estas estrategias está el control de los agentes transmisores o probablemente transmisores de las nuevas cepas virales en los puertos aéreos marítimos y terrestres³², alrededor del mundo, como mecanismo de prevención para la propagación de objetos, paquetes postales, animales o humanos³³; contaminados³⁴. Estas medidas de control, se han vuelto de carácter indispensable, debido a la facilidad con que los transportes modernos pueden dar la vuelta al mundo con personas, equipajes o cargas potencialmente mortales³⁵.

El análisis histórico, de las diferentes epidemias que han azotado a la humanidad, revela que las acciones que se tomen en materia de prevención, repercutirán directamente y de manera positiva en el manejo de las crisis sanitarias y sociales³⁶. De tal suerte, que un control oportuno de los vectores y reservorios de una cepa viral, sobre todo cuando estos están en movimiento

³⁰ Mata, L. *El Colera: Historia, Prevención y Control*.

³¹ Cann, A. *Principles of Molecular Virology*.

³² Organización Mundial de la Salud. *Reglamento Sanitario Internacional*.

³³ *Ibidem*.

³⁴ Barnaby, W. *Fabricantes de Epidemias: El Mundo Secreto de la Guerra Biológica*.

³⁵ *Ídem* 21.

³⁶ Gómez López, A. *Enfermedades, Epidemias y Medicamentos: Fragmentos para una historia epidemiológica y sociocultural*.

por todo el globo, es la primera medida de prevención para un contagio a gran escala³⁷.

Las características fisiológicas y epidemiológicas de los virus hacen prácticamente imposible prever cuando y como van a mutar, pero el conocimiento que tenemos de su estructura y función nos permite saber cómo combatirlos y cómo evitar al máximo los riesgos de contagio³⁸. En un mundo globalizado, las enfermedades tienden a globalizarse³⁹, debido a ello es imperioso que cerremos todos los cercos sanitarios en torno a virus aun desconocidos⁴⁰.

El reto más acusante en el combate a los virus no radica en su eliminación, eso está fuera de nuestro alcance y de toda realidad, el verdadero desafío se halla en su control, mediante una observación sistemática y metodológica del comportamiento de cepas ya existentes, su propagación por el mundo y el contacto con otros grupos humanos u otras especies⁴¹. En la cruzada que hemos emprendido contra los agentes virales debemos ir, siempre, un paso delante de ellos, si es que queremos ganar la carrera; teniendo como único objetivo el control de estos mediante medidas profilácticas adecuadas⁴².

Es imprescindible iniciar, de manera global, un programa de monitoreo y control en los puertos aéreos, marítimos y terrestres en todo el mundo, implementando medidas eficaces para evitar la propagación de cualquier clase

³⁷ Organización Mundial de la Salud., Programa de Control de Enfermedades Diarreicas., Organización Panamericana de la Salud. *Lineamientos para el control de epidemias por **Shigella dysenteriae 1***.

³⁸ Buchanan, B. *Virus*.

³⁹ Orellana, D. *La Salud en la Globalización*.

⁴⁰ Ídem 23.

⁴¹ Woodward, M. *Epidemiology: Study Design and Data Analysis*.

⁴² Schön, G. *Bakterien: die welt der kleinsten lebewesen*.

de virus⁴³. En lo relativo a las cepas humanas se ha tenido cierto grado de éxito, pero las últimas tres crisis sanitarias gripales (gripe aviar, SARS e influenza AH1N1) nos han demostrado que nuestro control sobre cepas virales animales es aun deficiente⁴⁴. Considerando esa deficiencia en los programas de control, resulta indispensable establecer medidas más estrictas en la revisión portuaria de animales (vivos y muertos) sin ningún tipo de excepción⁴⁵.

En el mismo sentido resulta indispensable promover de manera inmediata la integración de los Centros Nacionales de Enlace con la OMS, y fortalecer los ya integrados, teniendo como prioridad: garantizar la inocuidad de los alimentos y mejorar el control de los profesionales de la salud dentro de los ramos de la agricultura, ganadería, pesca, caza y veterinaria⁴⁶. Del mismo modo es primordial establecer un listado, por zonas, de riesgos específicos de mutación de virus; con especial énfasis en los sectores donde el hombre está íntimamente relacionado con especies domésticas y exóticas⁴⁷.

Indudablemente, todas las medidas que tomemos, con el objetivo de contener los contagios por virus, son importantes; pero servirán de muy poco hasta que esos mismos cercos no se apliquen a los humanos⁴⁸. En definitiva el monitoreo humano resulta imperativo para el control total de las cepas virales. La única forma de saber que una cepa viral representa un verdadero riesgo

⁴³ 62ª Asamblea Mundial de la Salud. *A62/5: Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios.*

⁴⁴ Hoffmann, G. *The Flu.*

⁴⁵ Ídem 42.

⁴⁶ 62ª Asamblea Mundial de la Salud. *A62/6: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005).*

⁴⁷ 62ª Asamblea Mundial de la Salud. A62/5 Add. 1. *Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios (Resultado de la Reunión Intergubernamental reanudada).*

⁴⁸ Organización Mundial de la Salud., Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia., Banco Mundial. *State of the world's vaccines and immunization.*

para la humanidad, es cuando ese virus infecta por primera vez a un humano⁴⁹. Los modelos de monitoreo, a escala global, no han tenido éxito, porque normalmente el paciente cero (primer humano infectado y con potencial para infectar exponencialmente a más humanos), es detectado post mortem, o en el mejor de los casos cuando ha infectado a muchos más pacientes⁵⁰.

En la actualidad la detección tardía del paciente cero representa un riesgo de proporciones monumentales, debido a que un individuo infectado puede dar la vuelta al mundo en menos de 24 horas, gracias a la dinámica de viaje facilitada por los transportes modernos⁵¹. De este modo la mejor opción de prevención es la detección del paciente cero antes del abordaje a cualquier sistema de transporte nacional o internacional.

El reto que tenemos frente a nosotros como Organización no es de pequeña talla, implica riesgos sin precedentes para la seguridad internacional⁵², y compromisos de gran altura de miras. El control de brotes virales con capacidad pandémica, es hoy sin duda uno de los mayores retos a los que se enfrenta la OMS, al cual debe combatir con denuedo.

El compromiso de los delegados debe ir encaminado a verter propuestas con bases sólidas, que tengan como objetivo convertir los grandes puertos aéreos, marítimos y terrestres en filtros, que no permitan el paso de personas, animales u objetos contaminados con alguna cepa viral. De igual manera, deben promover mecanismos para la identificación de nuevas cepas virales, con las muestras obtenidas en los puertos, siendo especialmente cuidadosos

⁴⁹ Bergoglio, D. *Infectología Razonada*.

⁵⁰ Luna del Castillo, J. et al. *Bioestadística para las Ciencias de la Salud*.

⁵¹ García, C. et al. *Mortalidad, Salud y Discurso Demográfico*.

⁵² Organización Panamericana de la Salud. *Programa Hemisférico de Biotecnología y Bioseguridad*.

en lo referente a garantizar los Derechos Humanos de todas las personas sometidas a inspección, y siendo completamente respetuosos del Reglamento Sanitario Internacional.

Preguntas Guía:

¿Qué lineamientos establece el Reglamento Sanitario Internacional sobre el control en puertos aéreos, marítimos y terrestres?

¿Qué medidas de detección de virus son aplicables a humanos, animales y objetos dentro de los sitios portuarios?

¿Cuáles son las técnicas de revisión médica que son legalmente aplicables a un viajero?

¿Qué variaciones se dan en el control aeroportuario durante una crisis sanitaria?

¿Cuáles son las especies con mayor incidencia de contagio viral con el hombre?

¿Cómo se pueden mejorar los sistemas de intercambio de información entre la OMS y los Estados?

¿Cuáles son las enfermedades que se propagan más rápidamente alrededor del mundo?

Bibliografía:

Ahrens, W. et al. Handboock of epidemiology. Bremen: Springer, 2005.

Barnaby, W. Fabricantes de Epidemias: El Mundo Secreto de la Guerra Biológica. Madrid: Siglo XXI España Editores, 1997.

Bergoglio, D. Infectología Razonada. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997.

Buchanan, B. Virus. Pensilvania: Jove Books, 2003.

Cann, A. Principles of Molecular Virology. San Diego: Elsevier, 2005.

García, C. et al. Mortalidad, Salud y Discurso Demográfico. Distrito Federal, universidad Nacional Autónoma de México, 1996.

Gómez López, A. Enfermedades, Epidemias y Medicamentos: Fragmentos para una historia epidemiológica y sociocultural. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1999.

Hoffmann, G. The Flu. Nueva York: Healt Alert, 2007.

Luna del Castillo, J. et al. Bioestadística para las Ciencias de la Salud. Madris: Ediciones Norma, 2004.

Mata, L. El Colera: Historia, Prevención y Control. San José: Publicaciones UNED, 1992.

Orellana, D. La Salud en la Globalización. Quito: Docutech, 2003.

Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.

Organización Mundial de la Salud. *The work of WHO virus reference centres and the services they provide*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1984.

Organización Mundial de la Salud., Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia., Banco Mundial. *State of the world's vaccines and immunization*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.

Organización Mundial de la Salud., Programa de Control de Enfermedades Diarreicas., Organización Panamericana de la Salud. *Lineamientos para el control de epidemias por **Shigella dysenteriae** 1*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.

Organización Panamericana de la Salud. *El control de las enfermedades transmisibles*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2004.

Organización Panamericana de la Salud. *Programa Hemisférico de Biotecnología y Bioseguridad*. Organización Panamericana de las Salud: Washington, 2006.

Schön, G. *Bakterien: die welt der kleinsten lebewesen*. Berlin: Wissen, 2000.

The Worldwatch Institute. *La Situación del Mundo 2007: Nuestro futuro urbano*. Barcelona: Icaria, 2007.

Woodward, M. *Epidemiology: Study Design and Data Analysis*. Minnesota: Universidad de Minnesota, 2004.

Hemerografía:

Chan, M. "Human virus". Control and Evolution of Disease XXIV (2008): 161-187.

Medina, N. "El 2009". Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 128 (2009) (78-189)

62ª Asamblea Mundial de la Salud. A62/5: Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios LXII (2009).

62ª Asamblea Mundial de la Salud. A62/6: Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). LXII (2009).

62ª Asamblea Mundial de la Salud. A62/5 Add. 1. Preparación para una gripe pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios (Resultado de la Reunión Intergubernamental reanudada) LXII (2009).

Conferencias, Cartas y Correos Electronicos:

Kumate, J. "*Salud Pública en América Latina*". Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria, Distrito Federal, 2007.

Tópico B: "Fomento a la investigación biotecnológica, para el tratamiento de padecimientos autoinmunes".

"Casi todos los hombres mueren de sus remedios, no de sus enfermedades."

Molière.

- Objetivo I: Consolidar los mecanismos de vinculación de la OMS y los Estados en materia de investigación.
- Objetivo II: Encontrar medidas para la disminución de los costos de atención de la enfermedades autoinmunes, por medio de la investigación biotecnológica.
- Objetivo III: Fortalecer los institutos de investigación nacionales.

Para los antiguos celtas la enfermedad consistía en un proceso de carácter interno, en el cual la causa y la cura del padecimiento provenían del mismo paciente; es decir era el inicio y el fin de su enfermedad⁵³. Este concepto fue olvidado por los médicos de siglos venideros, y retomado hasta el siglo XIX, para explicar el comportamiento de padecimiento que afectaban a pacientes sin ningún factor externo que influyera en su salud⁵⁴.

En la actualidad sabemos que existen padecimientos que afectan a pacientes sin una razón o causa externa, caracterizados por el ataque del sistema inmunitario a tejidos sanos, teniendo como fin la destrucción de ese

⁵³ Riera, J. Historia, Medicina y Sociedad.

⁵⁴ Shoenfeld, Y., et al. Enfermedades Autoinmunes el Enemigo Interior.

mismo tejido⁵⁵. La causa de estos trastornos es, aún, desconocida, pero se cree que está relacionada con el reconocimiento proteico (glucoproteínas) entre las superficies de las membranas celulares del sistema inmunitario y las demás células del cuerpo⁵⁶. A partir de este planteamiento se puede deducir que existe una predisposición o alteración genética en la codificación de proteínas, ya sea en las células inmunitarias o en las otras células somáticas⁵⁷.

Actualmente los investigadores han dividido los padecimientos autoinmunes en dos grandes categorías: (a) padecimientos autoinmunes órgano-específicos y (b) padecimientos autoinmunes sistémicos⁵⁸ (Véase Apéndice I, para definición de cada tipo y lista de padecimientos). Este tipo de padecimientos son una gran problemática de salud pública, a nivel internacional, debido al costo que conllevan para los sistemas de salud nacionales⁵⁹. Tan sólo en Estados Unidos se invierten aproximadamente 55.7 billones de dólares anuales en la atención a estos padecimientos⁶⁰.

Debido a la complicación en el diagnóstico y tratamiento de estos padecimientos, la medicina tiene que valerse de la utilización de herramientas biotecnológicas, para el fortalecimiento de las dinámicas de atención⁶¹. Uno de las principales áreas de oportunidad radica en el muestreo y análisis de células fetales y del cordón umbilical, para el escaneo de glucoproteínas de superficie, susceptibles en los padecimientos autoinmunes⁶².

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ Pathack, S. Immunology: Essential and Fundamental.

⁵⁷ Eisen, H. "Immunology: An Introduction to Molecular and Cellular Principles of the Immune Responses". The Science of Immunology.

⁵⁸ *Ídem* 56.

⁵⁹ *Ídem* 24.

⁶⁰ Rodríguez Belmonte, L. "Diagnóstico Clínico en Inmunología". Distrito Federal, 2009.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² Chaouat, G. The Immunology of the Fetus.

Desde luego la obtención y manipulación de células embrionarias entraña un conflicto ético de carácter médico⁶³, sin embargo es una de la formas menos costosas y más adecuadas de investigación biotecnológica. Debido a ello es importante lograr llegar a acuerdos en esta materia.

Otro tema que subyace a esta problemática es el derecho humano a la identidad genética, debido a que cada persona es dueña una identidad genética completamente única⁶⁴, y que a partir de esta es de la que depende la síntesis de proteínas. Esto implica un tema de carácter legal sobre el que los países tienen que legislar de manera adecuada.

Sin embargo el principal problema derivado de la biotecnología y su uso en el tratamiento de padecimiento autoinmunes radica en el costo que implica esta investigación, y las pocas posibilidades de acceso que tienen los países en vías de desarrollo⁶⁵. Debido a esto es indispensable que los gobiernos busquen los mecanismos más adecuados para alcanzar un desarrollo biotecnológico adecuado, teniendo como objetivo la mejora de sus sistemas de acción en salud pública⁶⁶.

Es indispensable promover la investigación universitaria en biotecnología, ya que es este tipo de investigación la que permite el desarrollo tecnológico, humano y académico de un Estado⁶⁷. Desde cualquier perspectiva resulta menos costoso invertir recursos en la innovación tecnológica como solución a los problemas de salud, que seguir costeadando mecanismos convencionales de atención a estos pacientes.

⁶³ Lucas, R. *Explícame la bioética*.

⁶⁴ Aránguez, C., et al. *Estudios Jurídico-penales sobre Genética y Biomedicina*.

⁶⁵ Halty Carrère, M. *Estrategias de desarrollo tecnológico para países en desarrollo*.

⁶⁶ *Ibídem*.

⁶⁷ *Ídem* 60.

La labor de los delegados, representantes de los Ministerios de Salud, tendrá que ir encaminada al fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación biotecnológica, la preparación y capacitación de profesionales de la salud en inmunología y biotecnología. Además de tener la responsabilidad de pugnar por la creación o reforzamiento de acuerdos de intercambio tecnológico a nivel regional y global.

Apéndice I: "Tipos de Padecimientos Autoinmunes"⁶⁸.

Padecimientos autoinmunes órgano-específicos: son aquellos padecimientos autoinmunes que involucran un tejido u órgano en particular y suelen ser de carácter metabólico o hematológico. Los principales padecimientos de este tipo son:

1. Anemia perniciosa: Es una disminución en los glóbulos rojos que ocurre cuando el cuerpo no puede absorber apropiadamente la vitamina B12 del tubo digestivo. Esta vitamina es necesaria para el desarrollo apropiado de los glóbulos rojos.
2. Asma: enfermedad crónica que afecta las vías respiratorias. Las vías respiratorias son tubos que trasladan el aire hacia dentro y fuera de los pulmones. Si padece de asma, las paredes internas de sus vías respiratorias se sensibilizan y se hinchan. Eso las hace muy sensibles y pueden reaccionar fuertemente a aquellas cosas a las que usted es alérgico o encuentra irritantes. Cuando las vías respiratorias reaccionan, se estrechan y los pulmones reciben menos aire. Esto puede causar respiración con silbido, tos, rigidez torácica y dificultades para respirar, especialmente temprano en la mañana o por la noche.
3. Atrofia gástrica: Afección en la cual se encogen y debilitan los músculos del estómago. Las glándulas digestivas (pépticas) también pueden encogerse, lo cual resulta en una falta de jugos gástricos.
4. Cirrosis biliar primaria: enfermedad hepática que afecta principalmente a mujeres en la edad media de la vida. Si bien la causa de la enfermedad es desconocida, es un trastorno de tipo autoinmune. El nombre de la enfermedad es poco acertado, ya que

⁶⁸ Todas las enfermedades son definidas según la descripción del Dr. Edgar Abarca Rojano, Profesor de Inmunología en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

no todas las personas con este diagnóstico están en etapa de cirrosis, como veremos a continuación. Esta enfermedad se conoce también como colangitis crónica no supurativa. La enfermedad se caracteriza por producir *colestasia*, es decir, disminución de la excreción de la bilis.

5. Colangitis esclerosante primaria: enfermedad inflamatoria progresiva de los conductos biliares de origen autoinmune. La enfermedad se asocia habitualmente a colitis ulcerosa: Hasta un 90% de los pacientes con colangitis esclerosante primaria tienen colitis ulcerosa. Menos frecuentemente puede asociarse a enfermedad de Crohn. Por otro lado, la prevalencia de colangitis esclerosante en pacientes con colitis ulcerosa es de aproximadamente 5%. Es una enfermedad que afecta predominantemente a hombres (sólo un 30% de los afectados son mujeres). Se asimila a otra enfermedad colestásica llamada cirrosis biliar primaria.
6. Colitis ulcerosa: enfermedad crónica caracterizada por la inflamación difusa de la mucosa del colon. Afecta al recto en el 95% de los casos y puede extenderse de forma proximal para afectar a todo el intestino. El síntoma guía característico es la diarrea sanguinolenta con frecuencia acompañada de síntomas de urgencia rectal y tenesmo. El curso clínico se caracteriza por las exacerbaciones y remisiones que pueden ocurrir de forma espontánea o en respuesta al tratamiento o procesos intercurrentes.
7. Diabetes mellitus tipo 1: enfermedad autoinmune crónica en la que se produce la destrucción progresiva y selectiva de las células beta del páncreas (parcial o total), lo que ocasiona un déficit de insulina y como consecuencia un trastorno del metabolismo de los principios inmediatos, principalmente de los hidratos de carbono, pero también de las grasas y las proteínas.

8. Diabetes mellitus tipo 2: es un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por un grado variable de resistencia a la insulina, secreción de insulina reducida e incremento de la producción de glucosa. El resultado final es la hiperglucemia y las complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo. Se suele asociar con obesidad, aumento de la grasa abdominal, HTA, dislipidemia. Su incidencia aumenta con la edad. Hay antecedentes familiares frecuentes. No necesitan insulina para el control de la glucemia, especialmente en la fase inicial, aunque la pueden precisar (con el paso de los años la mayoría de los pacientes). La cetoacidosis es rara y se asocia con enfermedades agudas intercurrentes.
9. Enfermedad celíaca: enfermedad que daña el revestimiento del intestino delgado e impide la absorción de partes de los alimentos que son importantes para permanecer saludables. El daño se debe a una reacción por ingerir gluten, el cual se encuentra en el trigo, la cebada, el centeno y posiblemente la avena.
10. Enfermedad de Crohn: inflamación transmural crónica que puede involucrar cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, principalmente encontrada en el ileon, el ciego, y el colon. En la enfermedad de Crohn, la inflamación, extendiéndose a través de la pared intestinal desde la mucosa hasta la serosa, es característicamente asimétrica y segmentada. granulomas epitelioides pueden ser vistos en algunos pacientes.
11. Enfermedad de Graves: tipo de hipertiroidismo, debido a una actividad excesiva de toda la glándula tiroides. Se la denominó así en honor a Robert Graves, un médico Irlandés, quien fue el primero en describir esta forma de hipertiroidismo, hace aproximadamente 150 años.
12. Miastenia de Lambert-Eaton: es una rara condición autoinmune cuyos síntomas son parecidos a los la miastenia grave. La

enfermedad se debe una anomalía de la liberación de acetilcolina en la sinapsis neuromuscular. Recientes estudios han demostrado que en el síndrome de Lambert-Eaton hay un ataque autoinmune a los canales de calcio operados por voltaje del terminal presináptico, en particular de los canales P/Q. La inactivación del canal de calcio previene la migración de las vesículas sinápticas llenas de acetilcolina hacia la hendidura sináptica y, como consecuencia, la liberación de este neurotransmisor.

13. Mixedema primario: enfermedad en la cual un defecto en la glándula tiroidea lleva a que se presente una disminución en la producción de la hormona tiroidea.
14. Pénfigo vulgar: es un trastorno autoinmunitario. El sistema inmunitario produce anticuerpos contra proteínas específicas en la piel y membranas mucosas. Estos anticuerpos crean una reacción que hace que las células de la piel se separen. La causa exacta se desconoce. Consiste en la formación de ampollas en la piel y las membranas mucosas
15. Síndrome de Goodpasture: es una rara enfermedad que puede involucrar insuficiencia renal rápidamente progresiva junto con enfermedad pulmonar. Sin embargo, algunas formas de la enfermedad comprometen sólo al pulmón o al riñón y no a ambos.
16. Síndrome de Miller-Fisher: variante del síndrome de Guillain Barré caracterizada por el comienzo agudo de disfunción oculomotora, ataxia y pérdida de los reflejos osteotendinoso con relativa indemnidad de la fuerza en las extremidades y tronco. La ataxia se produce como consecuencia de alteración sensitiva periférica y no por alteración cerebelosa. Puede presentarse debilidad facial y alteración sensitiva. El proceso es mediado por autoanticuerpos contra un componente de la vaina de mielina. La instauración del cuadro suele ser aguda en horas o días. No suele presentarse

afectación respiratoria y cuando lo hace se consideran casos de solapamiento entre Síndrome de Guillain Barré y Miller Fisher.

17. Tiroiditis de Hashimoto: La tiroiditis de Hashimoto es una enfermedad autoinmune, benigna, en la cual el sistema inmune ataca a la glándula tiroides. El 95% de los pacientes con enfermedad de Hashimoto tienen anticuerpos que no reconocen a la glándula como parte del organismo y la atacan. Generando, o no, una alteración en el funcionamiento de la misma que da origen al Hipotiroidismo. O sea a la disminución en la producción de las hormonas tiroideas.

Padecimientos autoinmunes sistémicos: son los padecimientos en el sistema inmunitario ataca de manera generalizada al organismo, debido a que su acción es sobre antígenos no específicos.

1. Artritis reumatoide: La artritis reumatoide es una enfermedad crónica que afecta a varios sistemas del organismo y cuya causa sigue aun sin conocerse. Esta enfermedad incide especialmente en las articulaciones produciendo una inflamación crónica de las mismas, que provoca dolor, rigidez, hinchazón y pérdida de la movilidad del cuerpo.
2. Enfermedad de Devic: desorden en el cual el propio sistema inmune de una persona ataca nervios ópticos y médula espinal. Esto produce una inflamación del nervio óptico (*neuritis óptica*) y la médula espinal (*myelitis*). Aunque la inflamación puede también afectar cerebro, las lesiones son diferentes de éstas observadas en la condición relacionada esclerosis múltiple. Las lesiones de la médula espinal conducen a los grados que varían de debilidad o parálisis en las piernas o los brazos, pérdida de sensación, y/o vejiga y intestino disfunción.

3. Esclerodermia: es una enfermedad del tejido conectivo difuso caracterizada por cambios en la piel, vasos sanguíneos, músculos esqueléticos y órganos internos. También recibe los nombres de esclerosis sistémica progresiva o síndrome de Crest. Se desconoce la causa de la esclerodermia.
4. Esclerosis lateral amiotrófica: es una enfermedad neuromuscular rara que provoca la degeneración progresiva y la pérdida eventual de la función de las células nerviosas, motoneuronas superiores e inferiores que se localizan en el cerebro y en la médula espinal, lo que conduce a la progresiva pérdida y debilidad de los músculos esqueléticos. Estas motoneuronas controlan el movimiento de la musculatura voluntaria.
5. Esclerosis múltiple: también denominada Esclerosis Diseminada o Esclerosis en Placa, caracterizada anatomopatológicamente por la presencia de múltiples lesiones en la sustancia blanca del Sistema Nervioso Central (SNC), cuyo rasgo más importante es la pérdida de mielina que rodea a los axones, con relativa preservación de estos. Estas lesiones o placas aparecen en brotes, y pueden asentar en cualquier localización de la sustancia blanca del encéfalo y médula espinal, dando lugar a una sintomatología muy variable según la localización. La aparición de nuevas lesiones a lo largo del curso de la enfermedad determina su evolución crónica, con exacerbaciones y remisiones características del cuadro clínico.
6. Fibromialgia: se refiere a un grupo de síntomas y trastornos músculoesqueléticos poco entendidos, caracterizados fundamentalmente por dolor persistente, fatiga extrema, rigidez de intensidad variable de los músculos, tendones y tejido blando circundante, y un amplio rango de otros síntomas incluyendo psicológicos, dificultades para dormir, rigidez matutina, dolores de cabeza y problemas con el pensamiento y la memoria, algunas veces

llamados «lagunas mentales», que suelen impedir el funcionamiento rutinario del sujeto. Es un trastorno no contagioso presente en el 3% y el 6% de mujeres jóvenes, comúnmente entre 20 y 50 años de edad.

7. Fiebre reumática: padecimiento inflamatorio que aparece en sujetos susceptibles a tener una respuesta autoinmune cuando se ponen en contacto con el estreptococo beta hemolítico; afecta principalmente las articulaciones, el tejido celular subcutáneo y el corazón. En este último, puede afectar el pericardio (pericarditis), el miocardio (miocarditis), o el endocardio (endocarditis) por lo que en la fase aguda produce una pancarditis que deja secuelas en las válvulas cardíacas (valvulopatía reumática) en la fase crónica .
8. Lupus eritematoso sistémico: trastorno multisistémico crónico, recidivante, inflamatorio y a menudo febril del tejido conectivo, que se caracteriza principalmente por la participación de la piel, articulaciones, riñones, y membranas serosas. Es de etiología desconocida, pero se piensa que representa un fallo de los mecanismos que regulan al sistema autoinmune. La enfermedad se caracteriza por una amplia gama de disfunciones sistémicas, una eritrosedimentación acelerada, y la formación de células LE en la sangre o médula ósea.
9. Síndrome de Guillain-Barré: es una polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda y autoinmune que afecta al sistema nervioso periférico y algunas veces el sistema nervioso central, cuyo inicio se cree ocurre como resultado de un proceso infeccioso agudo, en donde hay un descontrol del sistema inmune. El síndrome de Guillain-Barré está estrechamente relacionado con la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, CIDP por sus siglas en inglés, la cual es considerada la variante crónica del síndrome.

10. Síndrome de Sjögren: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune crónica, de lenta progresión que se caracteriza por la lenta infiltración de leucocitos en las glándulas exocrinas lo que se traduce en una queratoconjuntivitis seca y xerostomía. La enfermedad puede manifestarse aisladamente (síndrome de Sjögren primario) o asociada a otra condición autoinmune inflamatoria (síndrome de Sjögren secundario)
11. Vitíligo: enfermedad cutánea caracterizada por la pérdida de pigmentación (color) en ciertas áreas de piel, que ocasiona parches blancos e irregulares que se sienten como piel normal.

Preguntas Guía:

¿Cuáles son las principales enfermedades autoinmunes que afectan a la población de su país?

¿Qué mecanismos de detección tiene su país para las enfermedades autoinmunes?

¿Cuenta su Estado con Centros o Universidades dedicadas a la investigación biotecnológica?

¿Qué países de su región son líderes en la investigación biotecnológica?

¿Qué mecanismos considera óptimos para el impulso de la investigación biotecnológica?

¿De qué forma podría la OMS ayudar a su país en la integración de centro de investigación inmunológica?

¿Qué propuesta tiene su país para abaratar los costos de la investigación biotecnológica?

Bibliografía:

Aránguez, C., et al. Estudios Jurídico-penales sobre Genética y Biomedicina. Madrid: Dykinson, 2005.

Chaouat, G. The Immunology of the Fetus. Boca Raton: CRC PRESS, 2000.

Halty Carrère, M. Estrategias de desarrollo tecnológico para países en desarrollo. Distrito Federal: Colegio de México, 1996.

Lucas, R. Explícame la bioética. Madrid: Ediciones Palabra, 2006.

Pathack, S. Immunology: Essential and Fundamental. Science Publisher: Enfield, 2005.

Riera, J. Historia, Medicina y Sociedad. Madrid: Ediciones Pirámide, 1985.

Shoenfeld, Y., et al. Enfermedades Autoinmunes el Enemigo Interior. Málaga: Asociación Giennense de Lupus, 2005.

Hemerografía:

Eisen, H. "Immunology: An Introduction to Molecular and Cellular Principles of the Immune Responses". The Science of Immunology. CCXLVII (2009): 89-156.

Conferencias, Cartas y Correos Electronicos:

Rodríguez Belmonte, L. "*Diagnostico Clínico en Inmunología*". Centro Médico Nacional S. XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, 2009.

Abarca Rojano, E. "*Curso Teórico de Inmunología Médica*". Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, Distrito Federal, 2009.

Tópico C: "Revisión de los métodos de tratamiento para pacientes psiquiátricos, implementación de una terapéutica humana y eficaz"

"Clasificar a los pensamientos, sentimientos y comportamientos como enfermedades es un error lógico y semántico."

Thomas Szasz.

- Objetivo I: Lograr el cumplimiento internacional de los Acuerdos Internacionales.
- Objetivo II: Esclarecer los métodos de tratamiento en los países Africanos, del Medio Oriente, del Sureste Asiático y América Latina.
- Objetivo III: Promover un único protocolo de tratamiento a los pacientes psiquiátricos.
- Objetivo IV: Promover la Capacitación del personal médico en el área psiquiátrica, en materia de derechos humanos.
- Objetivo V: Promover la toma de sanciones legales dentro de los Estados para las Instituciones violadoras de los derechos humanos.

Un paciente psiquiátrico se define como un individuo con alteraciones en la química cerebral, que repercuten de manera directa en su carácter, conducta y desenvolvimiento social⁶⁹. En algunas ocasiones esas repercusiones son sumamente agresivas y tienden a aislar al paciente ya sea por la introspección

⁶⁹ Vallejo, J. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*.

o la violencia⁷⁰. Sin embargo la reclusión mental no constituye motivo suficiente para el encarcelamiento social y médico⁷¹, y mucho menos para la violación de los derechos humanos de los pacientes.⁷²

Históricamente los pacientes mentalmente afectados han sido discriminados y profundamente afectados en su integridad humana⁷³, debido principalmente al reto de implementar terapéuticas efectivas⁷⁴. Sin embargo también es un hecho histórico que los pacientes psiquiátricos han sufrido una innumerable lista de violaciones a sus derechos como seres humanos⁷⁵.

"*En la medicina se combinan el arte de curar y la ciencia*", según palabras del divulgador de la ciencia Carl Sagan⁷⁶. Donde mejor se refleja la dinámica de esta combinación es en la psiquiatría, la rama de la medicina especializada en el cuidado y la protección de aquellos que padecen a causa de enfermedades o minusvalías mentales⁷⁷. Aun existiendo diferencias culturales, sociales y nacionales, es imprescindible y necesario el desarrollo de una conducta ética universal⁷⁸.

Como profesionales de la medicina, los psiquiatras deben ser conscientes de las implicaciones éticas que se derivan del ejercicio de su profesión y de las exigencias éticas específicas de la especialidad de psiquiatría. Como miembros de la sociedad, los psiquiatras deben luchar por un tratamiento justo y

⁷⁰ Benedetto, S. *La Liberación de los Pacientes Psiquiátricos: De la Rehabilitación Psicosocial a la Ciudadanía Posible.*

⁷¹ Döring, M. *Psiquiatría, Política y Derechos Humanos.*

⁷² Organización Mundial de la Salud. *Manual de Recursos de la OMS sobre salud Mental, Derechos Humanos y Legislación.*

⁷³ Ackerknecht, H. *Breve Historia de la Psiquiatría.*

⁷⁴ Yudofsky, S., et al. *Tratado de Psiquiatría Clínica.*

⁷⁵ Ídem 70.

⁷⁶ Sagan, C. *El Mundo y Sus Demonios: La Ciencia como una Luz en la Oscuridad.*

⁷⁷ Ídem 74.

⁷⁸ Bastide, R. *Sociología de las Enfermedades Mentales.*

equitativo de los enfermos mentales, en aras de una justicia social igual para todos⁷⁹.

Los psiquiatras deben, en todo momento, tener en cuenta las fronteras de la relación psiquiatra-paciente y guiarse principalmente por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad⁸⁰. Debido a esta necesidad histórica la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) aprobó el 25 de agosto de 1996 las directrices relativas a las normas éticas que deben regir los tratamientos psiquiátricos en todo el mundo, en el documento conocido como la Declaración de Madrid⁸¹.

La Declaración de Madrid es la sucesora, lógica de la Declaración de Helsinki 1974, La declaración de Helsinki II de 1984, la Declaración Psiquiátrica de Hawái de 1977, y su actualización de Viena en 1983, en la que se aborda el uso de las carbamazepinas⁸². Sin embargo ningún documento internacional aborda la terapéutica psiquiátrica tan humanamente como el Código de Núremberg.

Los pacientes psiquiátricos más propensos a la violación de sus derechos humanos son aquellos que son incapaces de tomar decisiones, y requieren de una tutoría legal. Debido a esto la AMP ha propuesto el sistema de Consentimiento Informado, en el que se declara que para que un individuo sea sometido a tratamiento se requiere de la autorización de su tutor legal, en caso de que este no esté capacitado para hacerlo⁸³.

La controversia en la actualidad gira en torno a que muchos gobiernos e instituciones aun no aplican las directrices de los instrumentos internacionales. Debido a ello la OMS, ha emprendido una campaña para estimular la creación de directrices clínicas de acción⁸⁴. Teniendo como objetivo lograr la unificación de los tratamientos psiquiátricos, promoviendo siempre una terapéutica eficaz, basada en principios universales de humanidad.

⁷⁹ *Ibidem*.

⁸⁰ *Ídem* 69.

⁸¹ *Ídem* 72.

⁸² Sanchez, J. *El Consentimiento Informado y Psiquiatría una Guía Práctica*.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ *Ídem* 72.

Bajo esta perspectiva la misión de los delegados consistirá en plantear los principios humanos que deben regir el tratamiento de los pacientes mentalmente afectados, además de identificar que terapias, físicas y farmacológicas son adecuadas, y cuáles no lo son. Además deben emitir propuestas para que la implementación de estas acciones sea posible en todos los estados miembros de la Organización.

Preguntas Guía:

¿Cómo se identifica a un paciente psiquiátrico de un paciente psicológico?

¿Cuáles son las formas de tratamiento psiquiátrico reconocidas por la OMS y la AMP?

¿Qué Estados no reconocen los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos?

¿Cuáles son las formas de maltrato contra los pacientes psiquiátricos?

¿Cómo ha implementado su país las recomendaciones de la OMS y la AMP?

¿Su país es signatario de los documentos internacionales mencionados en este artículo?

¿Cómo se implementarían de manera adecuada las terapéuticas humanamente correctas en los Estados Miembros de la OMS?

¿Qué terapéuticas farmacológicas son reprobatorias?

¿Qué terapéuticas físicas son reprobatorias?

Bibliografía:

Vallejo, J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Masson, 2003.

Benedetto, S. La Liberación de los Pacientes Psiquiátricos: De la Rehabilitación Psicosocial a la Ciudadanía Posible. Distrito Federal: Pax, 2002.

Döring, M. Psiquiatría, Política y Derechos Humanos. Buenos Aires: Plaza y Jánes, 1987.

Organización Mundial de la Salud. Manual de Recursos de la OMS sobre salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.

Ackerknecht, H. Breve Historia de la Psiquiatría. Valencia: Universidad de Valencia, 1993.

Yudofsky, S., et al. Tratado de Psiquiatría Clínica. Madrid: Elsevier, 2004.

Sagan, C. El Mundo y Sus Demonios: La Ciencia como una Luz en la Oscuridad. Distrito Federal: Planeta, 2005.

Bastide, R. Sociología de las Enfermedades Mentales. Distrito Federal: Siglo XXI, 1998.

Sanchez, J. El Consentimiento Informado y Psiquiatría una Guía Práctica. Madrid: Díaz de Santos, 2003.

ann14_bb04@hotmail.com