

## COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS

*La mosaïque humaine. Entretiens sur les révolutions de la médecine et le devenir de l'homme. Jean Bernard, Jean Dausset (avec la collaboration de Antoine Hess). Paris: Calmann-Lévy, 2000, 308 pp*

Esta obra reciente conforma un verdadero deleite, en particular para todo hematólogo, oncólogo, inmunólogo, y genetista, y en general para todo investigador en biomedicina, ya que se trata de conversaciones entre dos amigos que son, en rigor, dos destacadas figuras en esas disciplinas. Jean Bernard es padre de la hematología moderna, miembro de la Academia Francesa y fundador del Comité de Ética francés, mientras que Jean Dausset mereció el Premio Nobel de Medicina en 1980 por el descubrimiento del sistema de histocompatibilidad, base del mosaico humano según el cual cada individuo tiene su propia identidad. Ambos se reunieron puntualmente en el curso de varias mañanas para intercambiar ideas acerca de variados temas. Es con humor que destacan la invariable puntualidad con que se iniciaban los encuentros, y que ellos atribuyen a la posesión del gen de la puntualidad, el que, por ejemplo, también tenía Charles de Gaulle, pero del que carecía Mitterand, quien siempre llegaba alrededor de cuarenta minutos tarde. A través de cuatro capítulos, titulados *Las Revoluciones Terapéuticas, Compromisos y Disensos, Genética y Medicina de Predicción, Sabiduría y Porvenir del Hombre*, son comentados una variedad de tópicos relevantes. Y así se extienden desde la década del treinta en que ambos dieron sus primeros pasos como médicos, hasta el presente con los últimos resultados de las investigaciones en áreas tales como reproducción, trasplante de órganos, implicancias del conocimiento del genoma humano, etc., y lo hacen involucrándose en los aspectos éticos y morales de las decisiones a adoptar, para concluir con una fundamentada y a la vez esperanzada concepción del futuro, la que incluye sus distintas ópticas acerca de los misterios inherentes al más allá de la vida. Jean Bernard sostiene que si bien mucho se ha logrado en la comprensión y tratamiento de las enfermedades "graves", poco se ha avanzado en relación a afecciones "moderadas" como el insomnio, la lumbalgia, el reumatismo, etc. y que si él pudiera reiniciar su actividad médica lo haría en función de objetivos tendientes a una mejor calidad de vida en el presente contexto de una tan aumentada longevidad.

Es en torno a la bioética cuando Bernard se expresa con más compromiso y comprensión, fundamentalmen-

te por haber vivido de cerca los nuevos dilemas que ha conllevado el progreso científico, sea en la identificación de la paternidad o en la posibilidad de predecir a largo plazo la aparición de ciertas enfermedades hasta ahora carentes de prevención y tratamiento. Aquí las réplicas de Dausset enriquecen el tema, dada su vinculación con el estudio del genoma humano. A ese respecto, cabe señalar que Dausset dejó de lado la investigación durante seis años, por haberse abocado excluyentemente a la reforma del sistema hospitalario francés, y que para él esos años no fueron perdidos sino todo lo contrario, ya que lo hizo partícipe de un cambio inicialmente resistido por lo revolucionario, y que habría de posibilitar un modelo que sería luego parcialmente adoptado en el resto del mundo. Había que tener coraje para desviar horas de trabajo que hasta entonces habían sido apasionadamente consagradas a la investigación, para destinarlas a la elaboración de reglamentos y a la resolución de problemas administrativos, pero bien valió la pena esa militancia médica, como la define Dausset. En forma similar ha actuado Bernard, ya que en su vida distingue dos etapas de compromiso: la primera, entregada a la investigación en sí, la segunda dedicada a la organización de dicha investigación.

Es de destacar que en gran parte el interés del libro deriva de la fluidez con que se desarrolla el diálogo y de la amenidad con que se detallan antecedentes históricos y episodios anecdóticos que hicieron a la formación de ambos investigadores. Es que ambos supieron ser receptivos a los variados aspectos de la existencia que les cupo en suerte, y así en sus años de médicos jóvenes se hicieron tiempo para involucrarse con el mundo literario y también el político, a más del conocimiento filosófico que exhiben y que explica que ahora deploran que la presente educación tiende a una indeseable uniformidad. Destacan la necesidad de mantener en lo posible a la lengua francesa en las publicaciones, aun cuando reconozcan los beneficios de recurrir al inglés como idioma biomédico universal. También abogan acerca de la revalorización del médico generalista como orientador del paciente, sin que ello signifique un desmedro de la especialización; a ese respecto, sostienen que una

conciencia profesional respetuosa de las leyes es la mejor bioética individual, y que al evaluar la aptitud para el ejercicio de la medicina, deben continuar teniéndose en cuenta cualidades tales como compasión y solidaridad., a más de la idoneidad y la eficiencia. Así es que al concluir este

libro uno siente que ha participado de un intercambio de ideas, recuerdos y creencias mantenido por dos autoridades científicas que no han dejado de ser esencialmente médicos comprometidos con el enfermo para, en primer término, aliviar su padecimiento. **CDP**

*Infections and Inequalities. The Modern Plagues. Paul Farmer.  
Berkeley: University of California Press, 1999; 375 pp*

Este es el testimonio de un médico y antropólogo, formado en Harvard –actualmente dirige el Programa de Enfermedades Infecciosas y Cambio Social de su Escuela de Medicina– sobre su experiencia en dos países de América latina. Esos países son Haití y Perú, los de mayores incidencias de tuberculosis (TB) en el continente (Haití, además, presenta la más alta incidencia de SIDA). Su experiencia la realizó en gran parte en la ONG *Partners in Health* (Socios en Salud) en esos dos países, entre 1983 y cerca de 1999.

El libro se divide en 10 capítulos. En todos ellos se enfatiza la evidente relación entre pobreza y enfermedades infecciosas, tanto en el tercer mundo como en Nueva York (en este mundo globalizado!). Farmer logra amenizar su tratado, mediante buenas citas, al inicio de cada capítulo, y numerosas anécdotas, que ilustran sobre la inequidad.

Esa relación causa-efecto entre pobreza y enfermedades infecciosas está descrita con precisión. Pero, ¿cuáles son las estrategias para lograr en este marco el control de esas infecciones re-emergentes, prevenibles y curables, como la TB? Se ensayan algunas respuestas:

*Greater access to effective medical services is but a necessary first step in stanching these epidemics* (El mayor acceso a servicios médicos efectivos no es más que un primer escalón, necesario para parar el flujo de estas epidemias, p. 17), y un toque de pesimismo ¿o aceptación? al final del libro:

*The poor, we're told, will always be with us. If this is so, then infectious diseases will be, too - the plagues that the rich, in vain, attempt to keep at bay* (Los pobres, se nos ha dicho, estarán siempre con nosotros. Si es así, entonces las enfermedades infecciosas serán también las plagas que los ricos, en vano, tratan de mantener a distancia). Esto no impide un llamado a la acción:

*We have before us an awesome responsibility - to prevent social inequalities from being embodied as adverse health outcomes. We have the technology.* (Tenemos ante nosotros una obligatoria responsabilidad: impedir que las desigualdades sociales tomen la forma de efectos adversos para la salud. Y contamos con la tecnología).

Son muy valiosos la narración y el análisis, en el Capítulo 4, de la discusión que tuvo lugar a inicios de los 80, sobre el origen de la infección HIV en Haití. Allí algunos –con prejuicios y falta de rigor científico– atribuían la infección a los exóticos ritos autóctonos, o a una conexión africana, mientras que las evidencias epidemiológicas mostraban la clara vinculación entre los primeros casos de SIDA y los contactos homosexuales comerciales con norteamericanos.

Uno de los temas fundamentales del libro se refiere a "Perú y la TB". El lector interesado puede completar la información leyendo otros artículos publicados por Farmer y colaboradores y las agudas polémicas que les siguieron (*Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2: 869-76; 1999; 3: 365-7; 1999; 643-5, 843-5; 2000; 3: 843-5 y 2000; 4: 387-9).

Hasta 1990 la situación de la TB en Perú era caótica, la calidad del diagnóstico era muy pobre, casi siempre sin confirmación bacteriológica. Los médicos, tanto por falta de información como por las restricciones parciales de medicamentos, aplicaban diferentes "esquemas" de tratamiento sin controlar su cumplimiento. Como consecuencia, continuaba creciendo la TB, y también el porcentaje de casos con TB resistente a los fármacos. A partir de 1990, el nuevo Programa Nacional de Control de la TB comienza a aplicar las estrategias recomendadas por OMS: tratamiento estándar, gratuito y directamente observado (DOTS) para todos los casos infecciosos (bacilíferos), y búsqueda de casos mediante microscopia de esputo a todos los sintomáticos respiratorios que acuden a los servicios de salud. Después de un aumento en el número de casos, debido a la mejor detección, la TB comienza a disminuir. Se da prioridad –porque los recursos son limitados– al tratamiento (DOTS) de los casos nuevos infecciosos con el esquema estándar, a fin de curarlos y cortar la cadena de transmisión. Sin embargo, se han heredado casos debidos a cepas ya resistentes y multiresistentes (MR) que no curan con el esquema estándar, y que infectan con bacilos MR a sus contactos. (*Ministerio de Salud, Tuberculosis en el Perú, Lima, 1998*).

Sobre un total cercano a 67 000 casos de TB, se estima que unos 2900 presentarían MR (*Becerra MC et al,*

*Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 387-94). El Programa adquiere un stock de medicamentos para el tratamiento de la TB-MR. Teniendo en cuenta el altísimo costo de estos medicamentos de segunda línea, y el riesgo de continuar fabricando nuevas resistencias si fueran incorrectamente empleados, ellos son entregados al médico responsable sólo cuando el diagnóstico de TB-MR es confirmado por pruebas de laboratorio y se garantiza el tratamiento por DOTS.

El enfoque de Farmer sobre la TB en Perú parece dar prioridad al problema de la TB-MR (Cap. 1 y 10). Tal vez esto se relacione con su primer contacto con la realidad peruana, en una barriada de Lima Norte en donde documentó cientos de casos de TB-MR, con la enfermedad y muerte de un colega por TB-MR, y con el desencuentro surgido entre esos médicos venidos del primer mundo, decididos a trabajar contra la pobreza y la enfermedad en el tercer mundo, y las autoridades del Programa Nacional.

El costo de las drogas para un tratamiento de la TB-MR es por lo menos 300 veces mayor que el esquema estándar, con el que se curan los casos nuevos y sensibles (*WHO/TB/99.260*). Por lo tanto, con los fondos con

que actualmente se tratan y curan con 95% de efectividad, unos 67 000 casos de TB en Perú, se podría tratar unos 223 pacientes MR (con una efectividad estimada en 60-70%). Si se debe elegir; ¿cuál es la decisión correcta? Como Farmer mismo afirma: (p. 282) si viviéramos en una utopía, simplemente practicar buena medicina sería suficiente. Habría fondos y medicamentos para tratar a todos los casos de TB. Pero no vivimos en una utopía.

P.D.O. Davies (*Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 843-4) refiriéndose a los argumentos de Farmer sobre la necesidad de tratar a la TB-MR, no importa cuán pobre sea el lugar donde ella aparezca, se pregunta *¿y quién paga la factura?* En Gran Bretaña se busca un sistema de financiamiento nacional centralizado para estos casos. En la Argentina, los medicamentos para la TB-MR se adquieren con fondos públicos especiales en la ciudad de Buenos Aires y en algunas provincias. Tal vez, como afirma Davies, sólo la decisión conjunta de los gobiernos nacionales de los países más ricos, podrá ser efectiva para abastecer de medicamentos para la TB-MR a todos los países necesitados, pero... ¿cuán grande deberá ser el impacto de la enfermedad sobre las conciencias nacionales para que esta decisión se tome? **INK**

*Cardiología. Principios e práctica. Iran Castro (ed) Michel Batlouni, Enio Cantarelli, José Antonio Franchini Ramires, Rafael Leite Luna, Gilson Soares Feitosa (co-ed). Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999, 1277 pp (CD complementario)*

El Dr. Iran Castro, uno de los mejores exponentes de la cardiología sudamericana y profesor de la Facultad de Medicina de Porto Alegre, es el principal responsable de esta obra en portugués que condensa el pensamiento de los líderes más importantes de la Sociedad Brasileira de Cardiología.

El análisis de las enfermedades cardiovasculares desde sus aspectos básicos, epidemiológicos, fisiopatológicos, terapéuticos y preventivos, es exhaustivo. En sus 106 capítulos recorre la cardiología con conceptos precisos, esquemas y gráficos muy ilustrativos y con una coherencia de pensamiento llamativa a pesar de los 116 autores. Todos ellos de excelente nivel, incluyendo varios presidentes de la Sociedad Brasileira de Cardiología.

Sin embargo, se nota la mano del editor y la gran influencia de la escuela de cardiología de Porto Alegre, que tan excelentes exponentes ha brindado a la medicina brasileira. Es un libro donde estudiantes e iniciados en cardiología, saciarán todas sus dudas, pero también es una obra de consulta para cardiólogos expertos.

La edición viene acompañada de un CD que amplía sus alcances y la hace aún más atractiva. Es interesante la visión sobre la enfermedad de Chagas y sus características epidemiológicas tal como lo describen sus autores, probablemente con una realidad regional algo diferente a la que observamos en nuestro país. **JAMM**

*Enfermedades cardiovasculares y contracepción con hormonas esteroides. Informe de un Grupo Científico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe Técnico 877, Ginebra: OMS, 1998, 100 pp*

El presente informe recoge las conclusiones de un grupo de expertos convocados para examinar la relación entre el empleo de hormonas esteroides como contraceptivos y el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Evaluaron los datos obtenidos en estudios caso-control y de cohortes sobre el infarto agudo de miocardio, los accidentes isquémicos y hemorrágicos y el tromboembolismo venoso. También correlacionaron la patología cardiovascular con el metabolismo de las lipoproteínas, la insulina, la coagulación y la fibrinólisis, los productos del endotelio vascular y el sistema renina-

angiotensina-aldosterona. Luego de un exhaustivo análisis de los trabajos seleccionados, cada capítulo formula conclusiones claras, de utilidad para el clínico. En el capítulo 9, "Cómo elegir en conocimiento de causa" se diferencian las recomendaciones para países desarrollados y en desarrollo. Este informe concluye recomendando líneas de investigación sobre los puntos oscuros.

Como todos los informes de la OMS, este libro es claro, bien redactado y con una presentación agradable que invita a la lectura.

**DAM**

*La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la Salud Pública. Manuel Peña, Jorge Bacallao (eds) Washington: Oficina Panamericana de la Salud (OPS), 2000, 132 pp*

El libro abarca un panorama actualizado de la prevalencia del exceso de peso y obesidad en los países en desarrollo que componen la Región de las Américas (América latina y el Caribe), desde un punto de vista sanitario, con las características propias de cada país, en el proceso mundial de transición nutricional, relacionado con los procesos de transición demográfica y epidemiológica, con una diferencia adicional, sumados a los factores de riesgo tradicionales de los países desarrollados, que son: la persistencia o el aumento de las desigualdades e inequidades en salud.

La obesidad es una pandemia actual por las siguientes razones: a) porque es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la nutrición (enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, algunos cánceres, osteoartritis y osteoporosis), b) las medidas preventivas para evitar la obesidad (calidad de la alimentación y actividad física) son iguales que para las enfermedades nutricionales y c) la obesidad es una enfermedad de fácil diagnóstico.

La obesidad en la pobreza es un problema emergente en la Región de las Américas; lo demuestra así la década de 1980, que fue adversa para el crecimiento económico (inequidad entre los grupos sociales que contribuyeron al aumento de la pobreza y sus formas extremas). Las transformaciones sociales, económicas y demográficas coinciden con modificaciones en los patrones alimentarios y de la actividad física en la región. Una característica de la transición epidemiológica es el aumento de la expectativa de vida y la reducción de la tasa global de la prevalencia de la desnutrición energético-proteica. Sin embargo, el déficit de peso en niños menores de 5 años es una de las manifestaciones más

reconocibles de la pobreza, en conjunto con un déficit en la talla para la edad. Esto es debido a una nutrición insuficiente más episodios infecciosos prolongados y a un medio ambiente desfavorable; es la manifestación antropométrica más común de la deficiencia nutricional de la región. Las deficiencias de micronutrientes (hierro, yodo, vitamina A) comunes en estas regiones, traen efectos sobre la capacidad física e intelectual en los niños y sobre la alta incidencia de enfermedades infecciosas. En algunos países de América latina (Chile, Brasil, Perú) las últimas 2 décadas muestran una coexistencia de malnutrición y obesidad en el mismo escenario representado por la existencia de un aumento en la prevalencia de exceso de peso determinado por el Índice de Masa Corporal (BMI) y un déficit en la talla de los niños.

La asociación de la obesidad y las condiciones socioeconómicas en algunos de los países de la Región de las Américas presentan semejanzas a países desarrollados y en otros una relación inversa. Las características del obeso pobre y el obeso rico de los países desarrollados y los países en desarrollo presentan factores de diferente naturaleza: a) factores genéticos adaptativos (genotipo de ahorro), b) factores alimentarios como el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares refinados en detrimento del consumo de frutas y verduras, c) factores socioculturales: agresividad e inseguridad del ambiente en cordones periféricos urbanos que impiden la actividad física, d) aculturación a distancia: los más pobres sufren de situaciones carenciales (déficit de micronutrientes) y obesidad o exceso de grasa corporal y e) factores de género: las mujeres pobres tienen más obesidad que los hombres y una imagen subvalorizada de su cuerpo.

Para que los pobres varíen la selección de alimentos y consuman menos hidratos de carbono y grasas y coman más frutas y verduras, pescados y queso, se deben modificar las condiciones de acceso real a estos últimos productos. La integración a las pautas del comensalismo: los consejos de los mensajes de educación alimentaria no pueden cumplirse si no mejora la posibilidad de acceder a una alimentación armónica y balanceada: conocen los alimentos que deben comer pero no pueden.

Las pautas de consumo y actividad por género se caracterizan porque pese a que todos los individuos que pertenecen a niveles de ingresos bajos consumen hidratos de carbono, grasas y azúcares refinados, la obesidad de los pobres se ve más en las mujeres. Los hombres pobres trabajan en actividades de mano de

obra de nivel alto en esfuerzo físico y habitualmente toman 3 comidas diarias; las mujeres en general comen 4 veces por día pero comen hidratos de carbono, mate dulce y pan en la cena; por autoexclusión, primero alimentan al hombre adulto que trabaja fuera del hogar, después a los niños y ellas quedan postergadas. De este modo la obesidad y la desnutrición se encuentra en estas mujeres trabajadoras domésticas y pobres.

Estos conceptos son analizados en esta publicación científica a través de cuatro secciones: 1) obesidad y condicionamientos económicos, socioculturales y ambientales, 2) la transición epidemiológica en países seleccionados, 3) aspectos metodológicos para el estudio de la obesidad desde una perspectiva de salud pública, 4) factores en la vida intrauterina y la adolescencia ligados a la obesidad del adulto.

**JS-MCR**