



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Mónica Serena Perner

Abordaje de la diabetes entre los años 1980 y 2010: transformaciones
y medicalización del cotidiano

Tesis presentada para la obtención del título de Especialización en Epidemiología

Director de la tesis

Laura Recorder

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la
Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library
"Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Perner, Mónica Serena. (2011). Abordaje de la diabetes entre los años 1980 y 2010:
transformaciones y medicalización del cotidiano [en Línea]. Universidad Nacional de
Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/TFI/EsEpi/029492_Perner.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

Especialización en Epidemiología

1ª cohorte (2008-2009)

Trabajo Final Integrador para la obtención del título de Especialista

TÍTULO

Abordaje de la Diabetes entre los años 1980 y 2010.

Transformaciones y medicalización del cotidiano.

AUTORA

Mónica Serena Perner

ORIENTADORA

Dra. Laura Recoder

Fecha de entrega: 30/03/2011

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

Especialización en Epidemiología
1ª cohorte (2008-2009)

Trabajo Final Integrador para la obtención del título de
Especialista

TÍTULO

Abordaje de la Diabetes entre los años 1980 y 2010.
Transformaciones y medicalización del cotidiano.

AUTORA

Mónica Serena Perner

ORIENTADORA

Dra. Laura Recoder

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Eduardo Menéndez

Dra. Anahi Sy

Dra. Carolina Remorini

FECHA DE APROBACIÓN

12/08/2011

CALIFICACIÓN

8 (ocho)

Resumen:

El objetivo de este trabajo fue describir y analizar los cambios en la definición de la Diabetes como enfermedad y las relaciones con las modificaciones de su abordaje terapéutico. Se desagregaron las diferentes clasificaciones, los valores considerados normales para definir una persona como diabética, las recomendaciones de rastreo, la causalidad y el tratamiento, analizándose críticamente los cambios y modificaciones encontradas con el auxilio de categorías como medicalización, riesgo y estilos de vida. El análisis se realizó sobre los artículos, guías y consensos publicados por Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) entre los años 1980 y 2010. Como resultado del análisis hemos podido observar el creciente proceso de medicalización de la vida cotidiana inscriptos en el abordaje terapéutico de la diabetes, visibles a través de los cambios sucedidos en los últimos 30 años.

Palabras claves: Diabetes; medicalización; riesgo; estilos de vida.

Abstract:

The aim of this study was to describe and analyze changes in the definition of Diabetes as a disease and the relationships with modifications in therapeutic approach. Different classifications were displayed, normal values to define a person as diabetic, screening recommendations, causation and treatment, critically analyzing the changes and modifications discovered with the aid of categories such as medicalization, risk and lifestyles. The analysis was conducted on articles guidelines and consensus published by the Argentinian Diabetes Society (SAD) and the Latin American Diabetes Association (ALAD) between 1980 and 2010. As a result we have been able to observe the increasing process of medicalization of daily life, registered in the therapeutic approach of Diabetes, visible through the changes that have occurred over the last 30 years.

Key words: Diabetes; medicalization; risk; lifestyle.

ÍNDICE

1- Introducción.....	3
2- Sobre la epidemiología y “los consensos médicos”.....	4
Medicina basada en la evidencia.....	5
3- Algunas definiciones conceptuales.....	7
a- Medicalización.....	9
b- Mercantilización de la salud.....	10
c- De “condiciones” a “estilos de vida”, devenidos en “factores de riesgo”.....	11
4 Consideraciones metodológicas.....	13
a- Artículos analizados de la Sociedad Argentina de Diabetes.....	14
b- Artículos analizados de la Asociación Latinoamericana de Diabetes.....	15
5 Sobre las clasificaciones de la Diabetes y sus valores considerados normales: reconstruyendo un poco su historia.....	17
a- Clasificaciones.....	18
b- Antes de “Diabetes”: ¿otras categorías?	20
c- Valores diagnósticos considerados “normales” y “anormales”	23
6 Tratamiento individualizado y “cambios terapéuticos en el estilo de vida” como responsabilidad individual.....	26
a- Rastreo en sujetos de “alto riesgo”	26
b- Causalidad.....	30
c- Tratamiento	32
(i) Tratamiento no farmacológico: “cambios terapéuticos en el estilo de vida”	32
(ii) Tratamiento con fármacos.....	33
7 Reflexiones finales.....	40
a- Medicalización e investigación científica: varios cambios en 30 años.....	41
b- Medicalización y dependencia profesional y técnica.....	42
c- Formación profesional, prácticas de atención cotidianas y medicalización: comentarios autorreferenciales.....	43
8 Bibliografía utilizada.....	45
9 Anexos.....	49
a. Anexo 1: Listado de revistas de la SAD y la ALAD.....	49
b. Anexo 2: ¿Hacia el olvido? La rosiglitazona.....	50

1- INTRODUCCIÓN

La Diabetes es considerada una enfermedad crónico-degenerativa, que se caracteriza por un aumento crónico del azúcar en la sangre (hiperglucemia). Como consecuencia se generan lesiones y falla de diversos órganos del cuerpo, especialmente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.

Mundialmente, su prevalencia¹ se encuentra en aumento, con una velocidad variable, pero consistentemente mayor en los países periféricos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha previsto que los aproximadamente 180 millones diabéticos que existen en el mundo se duplicarán en el año 2030. En los países centrales la prevalencia actual de Diabetes superaría el 7% de la población adulta (Ministerio de Salud, 2008). En América Latina la prevalencia de Diabetes aumentó en los últimos años y oscila entre el 4 y el 16%. A su vez, aproximadamente un 30 a un 50% de los que padecen este problema de salud desconocen su enfermedad (ALAD, 2006).

En nuestro país, según la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2005, en base al auto reporte en los mayores de 18 años, se registró una prevalencia nacional de hiperglucemia y/o Diabetes de 11.9% entre los encuestados que refirieron haberse efectuado control de la glucemia y del 8.5% en el total de la población encuestada. Sin embargo, este porcentaje tiene enormes variaciones regionales. Según esta misma encuesta solamente el 52% recibía tratamiento (Ministerio de Salud, 2006).

Según estudios nacionales, se ubica a la Diabetes como quinta causa de muerte en las mujeres entre 45 a 64 años y como cuarta y sexta causa respectivamente, en mujeres y hombres mayores de 65 años (Ministerio de Salud, 2006).

Como consecuencia, este tipo de problemas adquieren suma importancia para el sistema de salud dada su elevada prevalencia, su tendencia creciente, los importantes costos directos e indirectos que produce y las graves consecuencias que pueden comprometer la sobrevivencia y la calidad de vida de la población (Ministerio de Salud, 2006).

En esa dirección, varios han sido los cambios que se han producido en los últimos 30 años en el abordaje y el tratamiento de la Diabetes; por un lado, han descendido a lo largo del tiempo los valores considerados normales (lo que repercute en mayores diagnósticos de la enfermedad) y por el otro, se ha avanzado en su medicalización.

Así, el objetivo de este trabajo fue describir y analizar los cambios en la definición de la Diabetes como enfermedad y en su tratamiento, a partir de las guías y los consensos

¹ Prevalencia es el número de personas afectadas por determinado problema de salud presentes en la población en un momento especificado, dividido por el número de personas en la población en ese momento.

publicados por la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) entre el año 1980, donde surge la primera clasificación a nivel mundial y el año 2010; para reflexionar sobre las modalidades de abordaje de este problema de salud en nuestro país.

Específicamente nos preguntamos la relación existente entre los cambios que se fueron proponiendo desde estas dos sociedades científicas, una argentina y otra latinoamericana y la medicalización de la Diabetes como problema de salud a lo largo de los últimos 30 años.

Para ello primero será descrito el paradigma de la “Epidemiología de riesgo” y de “Medicina Basada en la Evidencia” con el objetivo de enmarcarnos en el paradigma epidemiológico dominante en la actualidad. Luego serán definidos los conceptos principales utilizados para el análisis de las revistas de la SAD y la ALAD: “medicalización”, “mercantilización”, “estilos de vida” y “riesgo”. Posteriormente se precisará la metodología utilizada para realizar el análisis.

A continuación se analizarán algunas dimensiones del abordaje de la Diabetes; en primer lugar las sucesivas clasificaciones propuestas y los valores considerados normales para cada etapa de este problema de salud. Luego, será analizado el concepto de riesgo, las distintas causas planteadas para este problema de salud y algunas estrategias de tratamiento. Finalmente serán expuestas algunas reflexiones de la relación entre la medicalización y los cambios científicos, la dependencia profesional y las prácticas de atención.

2- SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA Y LOS “CONSENSOS MÉDICOS”

A partir del descubrimiento del bacilo de la Tuberculosis por parte de Koch en la década de 1880, comenzó a ser dominante un nuevo paradigma epidemiológico denominado “Teoría del Germen”, que dio lugar a la “era de las enfermedades infecciosas” según la cual cada enfermedad tenía una causa única y específica, en este caso un microorganismo. Las medidas de acción que se generaron a través de este paradigma fueron el combate de las enfermedades a través de la interrupción de la transmisión con vacunación de la población y aislamiento de los infectados, ya sea a través de cuarentena o en los hospitales para problemas infecciosos (Urquía, 2006).

A partir de la segunda mitad del siglo XX comenzó a cobrar fuerza un nuevo paradigma epidemiológico: la “Epidemiología de las Enfermedades Crónicas” también conocida como “Epidemiología de Riesgo” o “Epidemiología multifactorial”. Según este

paradigma, se busca establecer medidas de riesgo a nivel individual sobre las poblaciones; se relaciona exposiciones a factores de riesgo con la producción de enfermedades. Las medidas de intervención que se desprenden buscan controlar estos factores de riesgo a través de la modificación de los estilos de vida (dieta, ejercicios, etc.) de los agentes o del ambiente (exposición al humo de cigarrillo, contaminación, etc.) (Urquía, 2006).

Actualmente la epidemiología de riesgo es la teoría dominante, no obstante desde la década del '80 es cuestionada, principalmente por su dificultad para explicar y promover intervenciones eficaces sobre complejos problemas de salud, como las enfermedades cardiovasculares, el alcoholismo o la violencia (Urquía, 2006).

El paso de la epidemiología de las enfermedades infecciosas a la *epidemiología de riesgo* fue debido a la influencia de diferentes factores relacionados entre sí. Uno de ellos es que, en los últimos años, se han producido cambios en la estructura de las causas de morbilidad y mortalidad de la población, donde las principales causas de muerte pasaron a ser enfermedades no atribuibles a gérmenes, como las enfermedades denominadas crónico-degenerativas. Sumado a esto, progresivamente se desplazó el financiamiento hacia la investigación de estas últimas (Urquía, 2006).

En varios países de Europa Occidental, América del Norte y algunos de Asia como Japón, se comenzó a observar un envejecimiento en sus poblaciones. Esto marcó un perfil epidemiológico con una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas sobre las infecto-contagiosas, contrariamente a lo que sucedía hasta mediados del siglo XX (Krompotic, 2008). Se podría considerar que otro factor influyente se debe a que las enfermedades no contagiosas más importantes aparecen a una edad avanzada y son poco comunes en una población joven (Mc Keown, 1994). Como consecuencia, existe un mayor número de personas con enfermedades crónico-degenerativas (Krompotic, 2008).

La situación en Argentina no escapa a esta tendencia. En nuestra población también tenemos una pirámide poblacional con una tendencia al envejecimiento, aunque no tan pronunciada como en estos países centrales, aunque en nuestro país persisten, o resurgen, enfermedades como el dengue y la tuberculosis, las cuales coexisten con enfermedades como la Diabetes (Krompotic, 2008).

Medicina Basada en la Evidencia

En el marco de la epidemiología de riesgo, surge el concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Esta comenzó con el movimiento de la epidemiología clínica anglosajona, en la universidad de McMaster, en Canadá, en la década de 1980. Castiel dice que “la MBE consiste en disminuir las incertezas en el proceso clínico (diagnóstico /

terapéutico / pronóstico), a través de la consulta continua de información producida (y validada)” (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005:103).

Esta información surge del producto de investigaciones científicas la cual es transmitida a los profesionales de la salud mediante “guías de práctica clínica”, publicadas por distintas sociedades científicas. Estas son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los médicos a decidir sobre la atención sanitaria más apropiada en circunstancias clínicas concretas. Para el desarrollo de estas guías se utilizan tres métodos: la opinión de expertos, los métodos de consenso y los métodos basados en la evidencia (González de Dios, 2001).

En esta línea de trabajo se inscriben los consensos y artículos encontrados en las revistas de la ALAD, donde explícitamente se menciona que fueron elaborados según la metodología de MBE. De esta manera, a cada recomendación de estas guías le es asignado un nivel de evidencia según el estudio epidemiológico sobre la base de su diseño, su metodología y el análisis de sus resultados. Como consecuencia, se clasifica a los estudios desde el “nivel 1”, que corresponde a recomendaciones que surgen de ensayos clínicos controlados y metaanálisis²; hasta el “nivel 4”, el cual corresponde a resultados que surgen de estudios de cohortes o de casos y controles y “otros” donde se incluye series de casos, opiniones de expertos, etc. Luego son asignados “grados de recomendación” a estos niveles, desde AA hasta D, donde la primera corresponde a una “evidencia óptima para recomendarla”, con al menos una recomendación nivel 1, y la D con “evidencia insuficiente o no existente” (ALAD, 2000).

Así, ya no basta con la experiencia clínica, sino que es obligatorio tener evidencia científica para tomar decisiones clínicas acertadas. Se desdibuja con este abordaje el valor de la experiencia y los expertos, ya que son priorizados los estudios experimentales aleatorizados y los metaanálisis.

Detrás de esta MBE, al igual que lo que hoy conocemos como biomedicina, están las ideas positivistas, fundamentos filosóficos que comenzaron en la primera mitad del siglo XX. Esta determina que todos los hechos deben ser probados, que la construcción de la ciencia se debe fundamentar en los hechos observables (Ortega Calvo, 2002).

² Metaanálisis: es el proceso de combinar los resultados de diversos estudios relacionados con el propósito de llegar a una conclusión. El método que se utiliza para esto es la combinación estadística de los resultados de investigaciones, donde se analiza y compara descriptivamente ensayos clínicos individuales, los relaciona sistemáticamente, cuantifica la gran diversidad de resultados y plantea conclusiones cuantitativas y cualitativas. Una de las utilidades de este tipo de estudios es que la gran mayoría de los ensayos clínicos que se publican tienen un tamaño muestral muy pequeño para dar respuestas definitivas a la gran cantidad de interrogantes que tienen los clínicos; al combinarlos, los metaanálisis, permiten llegar a conclusiones más confiables.

En este sentido, la MBE permanece eminentemente vinculada a la razón científicista, como plantea David Castiel:

...se basa en la idea de objetividad, reduce el universo de lo observable a lo cuantificable, y establece que la validez de conocimiento depende de una noción de 'rigor' fundada en la lógica matemática, descalificando cualidades (no cuantificables) que dan sentido a la práctica; decide lo que es relevante y se permite descuidar lo que no consigue o no se dispone a abordar, considerándolo irrelevante (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005:120).

No se pretende con esto adoptar una postura anticientífica, ya que algunos avances han sido y son capaces de proporcionar mejores condiciones de salud en los sujetos que tienen acceso a estos beneficios. A su vez desde la ciencia se han podido dar respuestas técnicas y tecnológicas a muchos problemas de salud. No obstante, problemas cruciales como la pobreza, la miseria, el hambre y la violencia continúan desafiándonos (Souza Minayo, 2009). Y muchos de los sujetos que padecen problemas de salud como la Diabetes, viven en condiciones de pobreza, de hambre y de violencia, las cuales determinan y condicionan no solo su aparición sino también su evolución y tratamiento.

3- ALGUNAS DEFINICIONES CONCEPTUALES

La biomedicina se instituye inicialmente entre fines del siglo XVIII y principios del XIX en algunos países de Europa. Ya en la segunda mitad del siglo XIX, alcanza también a los Estados Unidos. Enmarcado en la revolución industrial, junto a la constitución de la clase obrera, de las ciudades industriales y la expansión colonial en el continente americano. Es en este momento cuando el Estado en algunos países capitalistas, comenzó a hacerse cargo sistemáticamente de algunas acciones asistenciales sanitarias y sobre el medio ambiente. Este proceso se dio tanto en los países capitalistas centrales como muchos latinoamericanos (Menéndez, 2005).

El modelo médico instituido desde el siglo XIX, es en parte producto del desarrollo científico y de la consolidación de los Estados nacionales, pero es también sostenido por los distintos conjuntos sociales que se enferman y demandan atención médica. Cada uno de estos conjuntos sociales se caracteriza por formas diferenciales de enfermar y morir, y demandan respuestas a sus problemas de salud.

E. Menéndez desarrolla en este marco el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH), como:

...el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1990:83).

E. Menéndez lo plantea como “modelo”, con un alto nivel de abstracción. Es decir, como un “instrumento metodológico, como una construcción propuesta a través de determinados rasgos considerados estructurales, cuyo valor es básicamente heurístico” (Menéndez, 1990:84).

Algunos de los principales rasgos estructurales de este modelo son: el biologismo, la concepción teórica positivista, el individualismo, la ahistoricidad, la a-sociabilidad, la salud-enfermedad como mercancía, la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud, la profesionalización formalizada. Todos estos rasgos son dinámicos, cada uno de los mismos se modifica según el contexto, así como también las relaciones entre los mismos. Algunos tienen mayor preponderancia que otros, en función de las condiciones económico-políticas, sociales y técnicas dominantes.

Para Menéndez el rasgo estructural dominante es el biologismo, el mismo: “garantiza no solo la científicidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto a otros factores explicativos (...) lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo causal” (Menéndez, 1990:96).

Es la parte constitutiva de la práctica médica. Es cierto como plantea Menéndez, que en los años sesenta y setenta hubo “intentos por enfatizar en lo social, pero dejándolo en un lugar marginal, yuxtapuesto y/o episódico” (Menéndez, 1990:96).

El saber médico, al reducir su mirada de la enfermedad a su dimensión biológica, excluye la red de relaciones sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad de los sujetos. Se tiende a biologizar todo padecimiento, excluyendo las causales y consecuencias sociales de los mismos.

A su vez, Menéndez plantea que la expansión del MMH se caracteriza por el desarrollo de la concentración monopólica de la atención de la salud; por el desarrollo del proceso de profesionalización; por una organización industrial de la atención médica; por un proceso de eficacia centrado en los medicamentos; y por una ampliación de la

medicalización y la demanda de las prácticas de este modelo por cada vez mayores sectores de la población.

a- Medicalización

El MMH, según Menéndez, posee una serie de funciones. Las principales funciones son la curativa-preventiva y la de mantenimiento. Mediante las mismas se constituyen la mayoría de las actividades, es mediante estas funciones que se identifica a la práctica médica.

Un segundo grupo de funciones son la normalización, el control, la medicalización y la legitimación. Las mismas operan a través de la curación o la prevención. Son parte intrínseca del trabajo médico. El análisis de las mismas para Menéndez: “ha conducido a proponer a la medicina como un aparato no solo ideológico sino político de Estado” (...) “así, el control se integra a la legitimación, y donde la formación de conductas exige el invento de nuevas categorías nosológicas” (Menéndez, 1990:106).

El proceso de medicalización, se ha expresado por medio de la expansión en la cobertura médica a cada vez más áreas del comportamiento. Se convierte así, a ciertos problemas en enfermedades. Menéndez plantea que:

...el proceso de medicalización tiene que ver con la creciente complejidad de la vida cotidiana y por el desarrollo de la profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional a través de legitimar y normar las desviaciones (...) conducen a legitimar desde el Estado a la práctica médica como la única habilitada para operar sobre el proceso de salud-enfermedad (Menéndez, 1990:107).

Foucault trae otro punto de vista a este análisis, con el fenómeno de la “medicalización indefinida”. Con este hace referencia al momento cuando la “medicina comenzó a funcionar fuera de su campo tradicional definido por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar” (Foucault, 2003:75). La medicina contemporánea responde a otro motivo que no es la demanda del enfermo, se impone al individuo enfermo o no, como acto de autoridad. Existe una política sistemática y obligatoria de “screening” de localización de enfermedades, o peor aún, para problemas de salud (Foucault, 2003).

De un modo más general se puede afirmar que la salud se convirtió en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud -saneamiento del agua, condiciones de vivienda - es hoy un campo de intervención médica. Hoy la medicina está dotada de un

poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo.

Más adelante, analiza Foucault como ya desde el siglo XVIII la medicina y la salud fueron presentadas como problema económico, y dice que “fueron problemas económicos los que motivaron el comienzo de la organización de la medicina” (Foucault, 2003:80). Lo que se exigía a la medicina era el efecto de dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su reproducción. Se recurrió a la medicina como a un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna (Foucault, 2003).

b- Mercantilización de la salud

Otra de las características de este modelo planteado por Menéndez y que creemos, se refuerzan con los planteos más generales de Foucault, fuertemente vinculado a los procesos de medicalización, es la mercantilización del consumo médico. El mismo deja en evidencia en toda su desnudez los objetivos económicos de los diferentes sectores implicados en el desarrollo de la biomedicina, que se pone de manifiesto con la creciente aplicación de criterios empresariales a las formas de atención y prevención de la salud. Supone que tanto en términos directos como indirectos las instituciones médicas están determinadas por el mercado (Menéndez, 1990). Este mercantilismo es parte de un desarrollo capitalista, “considera todo bien, incluidas la salud y la enfermedad, como valor de cambio” (Menéndez, 2005:13).

En este sentido, la medicina entronca directamente con la economía, “no simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo, sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros” (Foucault, 2003:81). La salud en la medida en que se convirtió en un objeto de consumo, un producto que puede ser fabricado por unos laboratorios farmacéuticos, y consumidos por otros - los enfermos posibles y reales - adquirió importancia económica y se introdujo al mercado (Foucault, 2003).

Así, el cuerpo humano se vio doblemente englobado por el mercado: en primer lugar en tanto cuerpo asalariado, cuando el hombre vende su fuerza de trabajo, y en segundo lugar por intermedio de la salud. Por consiguiente el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico, puesto que es susceptible a las enfermedades y a la salud (Foucault, 2003).

Contrariamente a lo que cabría esperar, la introducción del cuerpo humano y de la salud en el sistema de consumo y mercado no elevó de una manera correlativa y proporcional el nivel de salud (Foucault, 2003).

c- De “condiciones” a “estilos de vida”, devenidos en “factores de riesgo”

E. Menéndez analiza como el concepto “condiciones de vida” se constituyó y desarrolló originalmente fuera de la biomedicina a partir de corrientes teóricas como el marxismo y el comprensivismo weberiano (Menéndez, 1998). Era un concepto que intentaba articular la estructura social y los sujetos con determinado estilo ejercitado en la vida cotidiana personal y colectiva. De esta manera Marx lo vincula al modo de producción y a las condiciones generales de la producción (Marx, 2004).

El mismo fue propuesto como un concepto holístico, y posteriormente desde el sector salud se lo redujo a la conducta de riesgo personal (Menéndez, 2009). Se eliminó de esta manera parte de su capacidad explicativa, dejando de lado las condiciones materiales e ideológicas (Menéndez, 1990). El estilo de cada sujeto es su vida, y no un riesgo específico, y dentro de su vida están estas condiciones de reproducción, las condiciones de trabajo y las condiciones materiales de existencia de cada ser humano.

Menéndez comenta que es cierto que una parte de la población puede llegar a reducir su riesgo específico, pero se reduce la capacidad de elección solo al comportamiento individual. Por otro lado, se circunscribe estilos de vida a determinados padecimientos y no a otros como el acceso a agua potable, que es igualmente determinante. Sin tener en cuenta que a determinados grupos poblacionales, los más vulnerables, les es mucho más difícil, debido a condiciones estructurales de orden económico y cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección. Es cierto que se han producido algunos descensos, como por ejemplo en el consumo de alcohol y de tabaco, pero dichos descensos se dieron en determinados sectores sociales, básicamente en los sectores sociales medios y altos, y en aquellos sectores que presentan mejores niveles educativos en términos formales (Menéndez, 2009).

Los conceptos de “estilos de vida” y de “riesgo” lentamente se han aplicado al estudio de las enfermedades crónico-degenerativas, como la Diabetes, dejando de lado las enfermedades infectocontagiosas y los problemas nutricionales. Por lo cual, el estilo de vida se aplica a los problemas de obesidad pero no a problemas como el hambre (Menéndez, 2009). Está claro que las condiciones estructurales de vida de los sujetos repercuten en los modos de enfermar, curar, y de la manera de morir de la población (Menéndez, 2005).

El concepto de riesgo posibilita seleccionar algunos factores (denominados de riesgo) que permiten generar intervenciones o por lo menos recomendaciones a través de acciones puntuales y específicas. Desde la década del '50 se conduce a pensar en los padecimientos en términos de factores de riesgo, lo cual se ha convertido en la línea dominante de pensar de las explicaciones e intervenciones epidemiológicas. En este

sentido, la epidemiología de riesgo se constituyó como hegemónica, donde desapareció cada vez más la preocupación por la causalidad para reemplazarla por la construcción de indicadores y de grupos de riesgo a través de los cuales distinguir aspectos específicos que posibiliten intervenir en términos de prevención, pero ya no referidos a los aspectos causales, sino en gran medida referidos a los modos de vida (Menéndez, 2009).

Es así que nos parece importante diferenciar entre lo que entendemos por *causa* y por *factor de riesgo*. Para Silva Ayçaguer:

...cualquier factor, condición o característica cuya supresión elimina la posibilidad de que se produzca el efecto, es una causa. (...) Hay elementos, que sin ser necesarios, son propiciatorios del efecto se trata de los llamados factores de riesgo. (...) Se trata de factores susceptibles a ser modificados que, sin ser causas propiamente, pueden favorecer que el agente causal actúe (Silva Ayçaguer, 2005:311).

En este sentido, el concepto de riesgo para la epidemiología está relacionado con la “probabilidad de ocurrencia de algún evento” (Almeida Filho, 2008:89). Puede referirse, por lo tanto, a algo positivo, como la cura o recuperación, o a algún elemento negativo de peligro o daño (Almeida Filho, 2008).

Castiel explica esto claramente:

...los promotores de la salud actuales serían los sacerdotes de la salud anticipatoria, que apelan mediante referencia obsesiva a los factores de riesgo, algo que conlleva a constantes escrudiñamientos de las condiciones de salud por medio de tests para detectarlos y de prescripciones comportamentales para controlarlos (Castiel y Alvarez Dardet, 2007:464).

La prevención de los riesgos para la salud se ha tornado indiscriminada, vinculada con aspectos socioculturales relativos al individualismo y al control de las personas. Castiel plantea que: “es un efecto secundario de la promoción de la salud, llamado ‘salud persecutoria’. Como si el camino responsable para una buena salud dependiera esencialmente de acciones responsables individuales” (Castiel y Alvarez Dardet, 2007:464). Es cierto que la promoción de la salud actual enfatiza ciertas prácticas individuales y apolíticas de búsqueda de la salud, sin cambios en el nivel de responsabilidad de las empresas, de instituciones y en las relaciones políticas y económicas entre países (Castiel y Alvarez Dardet, 2007).

4- CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

En el presente trabajo se analizaron las “guías sobre diagnóstico y tratamiento de la Diabetes” y artículos relacionados con los criterios y las clasificaciones sobre Diabetes, publicados por la revista de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) y de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Ambas son sociedades científicas y, como tales, son asociaciones de especialistas (en este caso de Diabetes) que tienen como uno de sus objetivos exponer los resultados de investigaciones y difundirlo por medio de publicaciones y congresos.

Fueron revisadas todas las publicaciones de ambas sociedades científicas a las cuales se tuvo acceso desde el año en el que aparece la primera publicación de la SAD, en 1967, hasta la actualidad. De estas revistas, solamente se incluyeron los artículos que plantearon consensos o guías en lo que respecta a la clasificación, el diagnóstico y/o el tratamiento. Se eligieron los artículos con normas generales de abordaje. Así se trabajó en dos líneas de análisis diacrónicas, una que permitió la reconstrucción cronológica de los cambios en el abordaje terapéutico de la Diabetes; y otra que a través de la tabulación del material en tres ejes (clasificaciones, causas y tratamientos) se procuró comprender algunos de los sentidos, los significados y las relaciones entre los contenidos de los cambios producidos.

En este sentido, se analizó como fue cambiando la terminología y las categorías utilizadas para definir la Diabetes y las diferentes clasificaciones de este problema de salud a lo largo del tiempo, en sus distintas etapas y a lo largo de las distintas propuestas de clasificaciones de la Diabetes. De cada una de las categorías fueron analizados también los sucesivos valores de laboratorio considerados normales.

Otro de los puntos analizados fue con respecto a las causas de la Diabetes. En este sentido, se analizó tanto cuando se hablaba en términos etiológicos directamente como cuando se hace referencia a los “factores de riesgo” para padecerla.

Con respecto al tratamiento, se analizaron los distintos pilares del mismo, ya sea lo denominado en el último tiempo como “cambios terapéuticos en el estilo de vida”, como el tratamiento con fármacos. Se consideró en qué momento del diagnóstico se fue incorporando cada uno de ellos.

Es importante aclarar que no fue fácil el acceso a los artículos publicados por las revistas de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD).

La búsqueda de este material fue realizada en diferentes bibliotecas de la Ciudad de Buenos Aires: Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Asociación Médica Argentina y Sociedad Argentina de Diabetes. Esta última fue la más completa y se pudo acceder al formato papel de gran parte de las colecciones, ya sea de esta sociedad científica, como de otras sobre esta temática. Pero el acceso allí solamente es posible si uno es socia/o o mediante la autorización de una/o de ellos.

Esta búsqueda también fue realizada en internet y, tanto para acceder a los artículos completos de la SAD, como a los de la ALAD, era necesario ser socia/o de la misma (es con clave de acceso). Salvo unos pocos artículos completos “libres”, para la mayoría de ellos solamente se pudieron obtener los resúmenes.

Fueron revisadas todas las publicaciones a las cuales se tuvo acceso, tanto en formato papel como digitales. Como consecuencia de la búsqueda realizada, fueron encontrados tres artículos en la revista de la ALAD y cinco en las de la SAD (ver anexo 1).

a- Artículos analizados de la Sociedad Argentina de Diabetes

Los cinco artículos que fueron analizados de la SAD se han publicado siempre con posterioridad a cambios propuestos desde organismos o sociedades científicas internacionales: National Diabetes Data Group (NDDG), American Diabetes Association (ADA)³ u Organización Mundial de la Salud (OMS). Lo que publican son dichas propuestas y los debates sobre recomendaciones. Resulta interesante que siempre son planteadas como discusiones y no como recomendaciones cerradas o indicaciones.

De los cinco artículos encontrados en las revistas de la SAD, el primero aparece en el año 1982, titulado “Clasificación de la diabetes”. El mismo fue escrito con las propuestas surgidas de dos reuniones de expertos en el tema: una del NDDG con diabetólogos de Estados Unidos y Europa en Abril de 1978 y otra de la OMS en 1979. Ambos organismos revisaron las categorías, los criterios diagnósticos y la terminología de la Diabetes (SAD, 1982).

Luego, hasta que en 1997 y 1998 son publicados informes sobre los nuevos criterios diagnósticos propuestos, en las revistas de la SAD, no fueron encontrados otros artículos sobre guías o consensos.

De esta manera, en el año 1997 fueron publicados dos artículos en la misma revista. El primero de ellos titulado “Diagnóstico de Diabetes Mellitus: ¿Necesitamos nuevos criterios?” y el segundo “Informe del comité de expertos para el diagnóstico y

³ En determinados momentos fueron incorporados en las fuentes utilizadas en este trabajo, los análisis de algunas recomendaciones de la ADA, sociedad científica de Estados Unidos. Esto fue debido a las implicancias que parecería tener en las decisiones a nivel mundial sobre los cambios propuestos por este organismo en el abordaje de la Diabetes. En general dichos análisis son en base a referencias en las revistas analizadas de la SAD y la ALAD.

clasificación de Diabetes Mellitus”. En ellos se plantean los nuevos criterios diagnósticos propuestos (SAD, 1997a; 1997b).

En 1998 fue publicado como informe preliminar un artículo titulado “Definición, diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones. Parte 1: Diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus. Informe preliminar de un comité de consulta de la OMS”. En el mismo se plantean las conclusiones de una nueva consulta realizada por la OMS (SAD, 1998).

Finalmente el último artículo encontrado en estas revistas fue en el año 2007, titulado “Consenso sobre criterio diagnóstico de la glucemia alterada en ayunas”. En el mismo se analizan los fundamentos sobre los cuales se basó la ADA para bajar el valor de corte de la glucemia alterada en ayunas (GAA) y se plantean las recomendaciones propuestas por la SAD (SAD, 2007).

b- Artículos analizados de la Asociación Latinoamericana de Diabetes

En las revistas de la ALAD fueron publicados tres guías o consensos. El primero de ellos en 1998, el segundo en el 2000 y el tercero en el año 2006. Los tres artículos tienen la misma forma sistemática de presentar las recomendaciones, se encuentran organizados por capítulos, con una introducción en la cual se explica las razones de dicha publicación y la metodología utilizada para realizar dichos consensos.

El primer artículo encontrado fue publicado en 1998, titulado: “Consenso sobre la prevención, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID)”. Para realizarlo fue seleccionado un grupo de expertos en el tema, con el objetivo de normatizar en América Latina las medidas de prevención, diagnóstico, control y tratamiento del paciente con DMNID. Para ello fueron incorporadas experiencias de normas aplicadas en cada uno de los países latinoamericanos con experiencia en este tema (ALAD, 1998).

Luego de la introducción, fueron descriptas algunas estrategias de prevención de la Diabetes, tanto a nivel individual como a nivel poblacional (para acciones de prevención primaria). A continuación, se plantean los criterios diagnósticos y los parámetros de control clínico y metabólico de este problema de salud.

El siguiente consenso de la ALAD encontrado fue publicado en el año 2000 y denominado “Guías ALAD para el diagnóstico y manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con medicina basada en evidencia”. Se plantea que dicha actualización fue necesaria debido a los resultados de algunos estudios claves (como el UKPDS⁴) y al desarrollo de nuevos

⁴ UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study): estudio prospectivo realizado en Reino Unido con 4075 pacientes con Diabetes tipo 2 recién diagnosticada seguidos durante un promedio de 10 años.

fármacos para la Diabetes. En este marco, la ALAD convocó nuevamente a un grupo de consenso para elaborar esta nueva guía. Para la misma utilizó la metodología de Medicina Basada en la Evidencia, y se plantea el proceso metodológico llevado adelante para elaborar esta guía (ALAD, 2000).

La tercera y última guía encontrada fue publicada en el año 2006 y titulada “Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2”. La principal razón por la cual la ALAD asumió la tarea de convocar de nuevo a una reunión de consenso para actualizar las recomendaciones publicadas en el 2000, estuvo relacionada al manejo farmacológico de la diabetes. La justificación de esto es que las metas para el control de algunos parámetros clínicos⁵: “se han tornado cada vez más estrictas a la luz de algunos estudios que evidencian este beneficio”, plantean que se están “proponiendo alternativas para alcanzar las metas más rápido y de manera más efectiva mediante estrategias más agresivas como el uso anticipado de antidiabéticos orales y de insulino terapia basal (ALAD, 2006:4).

Aclara que las actualizaciones en esta guía se han realizado básicamente en lo que respecta al tratamiento farmacológico, a los criterios diagnósticos, al manejo de las dislipidemias y de la presión arterial; no fueron revisados los capítulos pertinentes al manejo de las complicaciones, de los estilos de vida ni respecto a la educación. Finaliza la introducción con la explicación de que la ALAD se ha mantenido en sintonía con los cambios que afrontan otras Organizaciones Internacionales de Diabetes con el objetivo de poder ofrecer a equipos de atención diabetológica recomendaciones de práctica clínica actualizadas (ALAD, 2006).

Tanto el artículo publicado en el 2000 como el del 2006 conservan la misma estructura. En el primer capítulo se describe brevemente la epidemiología de la diabetes tipo 2 en América Latina. Luego hay una serie de capítulos donde se propone la clasificación, la definición y el diagnóstico de la diabetes.

Con respecto al tratamiento de la Diabetes hay varios capítulos sobre este tema en los tres artículos analizados de la ALAD. Uno de estos capítulos plantea recomendaciones sobre el tratamiento, tanto no farmacológico o “cambios terapéuticos en el estilo de vida” como el tratamiento con fármacos.

En los tres artículos analizados hay un capítulo sobre cada una de las complicaciones agudas (hiperglucemia e hipoglucemia) y crónicas de la diabetes (oftalmológicas, neurológicas, renales y pie diabético).

Finalmente, en los consensos publicados en el 2000 y 2006 se dedican capítulos especiales a otros problemas asociados a la Diabetes, como la hipertensión arterial, las

⁵ La glucemia, la tensión arterial, los lípidos y el peso corporal.

dislipemias y la enfermedad coronaria. Se aborda el diagnóstico y tratamiento y/o manejo de cada uno de estos problemas.

Los tres artículos de la ALAD poseen al final las referencias bibliográficas. Pero, salvo algunas recomendaciones con respecto al tratamiento farmacológico, donde se coloca el estudio de donde surge, en el resto no se cita la fuente, solamente se colocan al final del consenso todas las referencias bibliográficas por orden alfabético.

Como consecuencia, los textos analizados de la SAD están centrados en las explicaciones en torno a los cambios que surgen sobre las nuevas clasificaciones y valores para su diagnóstico. Por lo tanto, para analizar estas categorías, se utilizó principalmente la sociedad científica argentina.

Para analizar la causalidad y el concepto de “riesgo” se consideraron ambas sociedades científicas, ya que cada una aporta otra mirada para su análisis.

En cambio, para analizar el tratamiento de este problema de salud se utilizaron principalmente las revistas de la ALAD, ya que el mismo fue abordado con mayor profundidad en dichas publicaciones, y en los textos elegidos de la SAD se incluyen solamente algunos párrafos con generalidades del mismo.

5- SOBRE LAS CLASIFICACIONES DE LA DIABETES Y SUS VALORES CONSIDERADOS NORMALES: RECONSTRUYENDO UN POCO SU

A lo largo del tiempo, los conceptos tienden a ser modificados inevitablemente a través de su uso por quienes los emplean en función de sus objetivos. En este sentido la Diabetes, como tantos otros problemas de salud, se transforma, ya sea en sus clasificaciones, en las maneras de nombrarla o en los modos de diagnosticarla.

Si analizamos históricamente como se construyó este problema de salud, podemos ver la evolución en el marco de los debates epidemiológicos. No es menor que los cambios que se han propuesto van de la mano de las discusiones en torno a la epidemiología de riesgo, del cambio en el perfil de mortalidad de la población y también de las inversiones crecientes de la industria farmacéutica.

Estas recomendaciones utilizan en gran medida la Medicina Basada en la Evidencia, donde, como fue analizado previamente, cada decisión clínica debe estar sustentada por evidencia científica.

Así, retomando recomendaciones internacionales, varias fueron las modificaciones planteadas por las sociedades científicas analizadas. Para abordarlo vamos a realizar un breve recorrido donde serán analizadas principalmente tres grandes dimensiones. En

primer lugar, las sucesivas clasificaciones propuestas para categorizar a los sujetos como diabéticos. Luego, como se ha modificado a lo largo del tiempo las categorías previas a la Diabetes. Finalmente, cuáles fueron los distintos valores considerados “normales” para clasificar a los sujetos con este problema de salud.

a- Clasificaciones

En base a lo encontrado en los artículos analizados de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), la misma hace referencia a que hubo propuestas de numerosas nomenclaturas y de criterios diagnósticos, pero ninguna clasificación tuvo aceptación generalizada hasta que se publicó el sistema de clasificación de National Diabetes Data Group de Estados Unidos (NDDG) en 1979. Donde, tanto este organismo como la OMS, confeccionaron: “nuevos criterios diagnósticos y un nuevo sistema de clasificación para la Diabetes Mellitus”, de esta manera, “se puso fin a una situación caótica en la que variaba la nomenclatura y había enormes variaciones en los criterios diagnósticos” (SAD, 1998:212).

En el consenso publicado por la SAD en el año 1982 se hace referencia a cierta clasificación que existía previa a la publicada ese año:

...prediabetes, diabetes química y diabetes clínica, eran estados evolutivos, los cuales representaban meras etapas. Estos conceptos de evolutividad hoy están en crisis. Hoy hay consenso que conviene separar dos entidades nosológicas principales incluidas como diabetes en las antiguas clasificaciones, “diabetes mellitus” y una segunda entidad, la “tolerancia a la glucosa disminuida” (SAD, 1982:4).

En base a esto, en el consenso publicado en el año 1982 se propone esta nueva clasificación, la cual sería la primera que surge a nivel mundial y se clasifica a los sujetos en dos grupos con subcategorías:

- (1) Categorías clínicas:
 - i. Diabetes Mellitus
Diabetes mellitus insulino dependiente (DMID). Tipo I.
Diabetes mellitus no Insulino dependiente (DMNID). Tipo II
 - ii. Tolerancia a la glucosa disminuida
 - iii. Diabetes Gestacional
- (2) Categorías de riesgo estadístico
 - i. Tolerancia a la glucosa previamente normal
 - ii. Potencial anomalía a la tolerancia a la glucosa (SAD, 1982:5).

En el segundo grupo, de “categorías de riesgo estadístico”, según la SAD se agrupa: “a una categoría que tiene ese riesgo en forma potencial por incluir a individuos que por razones étnicas, genéticas, obstétricas o inmunitarias pueden eventualmente alterar su metabolismo glucídico” (SAD, 1982:6).

Luego de la década del ´80, un comité de expertos propuso dos formas principales de Diabetes Mellitus y las llamadas DMID o Tipo 1 y DMNID o Tipo 2. En 1985, un nuevo informe del grupo de estudio definió que los términos Tipo 1 y Tipo 2 se omitieran, quedando las clases DMID y DMNID; e introdujeron una nueva clase, denominada “Diabetes Mellitus relacionada con la malnutrición” (DMRM). Tanto en el informe de 1980 como en el de 1985 se incluyeron otras formas de diabetes, como “Otros Tipos”: “Tolerancia a la Glucosa Alterada” (TGA) y “Diabetes Mellitus Gestacional” (DMG)⁶. Según la SAD, “la clasificación de 1985 fue de amplia aceptación y se usa internacionalmente” (SAD, 1998:216).

La siguiente modificación en las clasificaciones fue realizada 10 años después, en 1995, donde, bajo el auspicio de la American Diabetes Association (ADA), se estableció un comité internacional de trabajo con la finalidad de “analizar la literatura científica disponible desde 1979” (SAD, 1997b:96) y decidir la necesidad de establecer cambios justificados en la clasificación y diagnóstico de la diabetes. Estos cambios fueron difundidos con informes y recomendaciones preliminares (SAD, 1997b).

La nueva clasificación propuesta que surgió de dichas recomendaciones fue:

- 1) Diabetes Tipo 1
 - i) Inmunomediada
 - ii) Idiopática
- 2) Diabetes tipo 2
- 3) Otros tipos específicos de Diabetes⁷
- 4) Diabetes Mellitus Gestacional (SAD, 1997b:100).

Aclaran que con dicha clasificación “se eliminan las denominaciones Diabetes Mellitus insulino dependiente y no insulino dependiente y sus siglas DMID y DMNID” (SAD, 1997b:99). Esto es en parte debido a que los pacientes con cualquier forma de Diabetes pueden necesitar insulina en alguna etapa de la enfermedad, “el empleo de insulina, por si misma no clasifica al paciente” (SAD, 1997b:99).

⁶ No fue encontrado ningún artículo publicado en la década del ´80, solamente referencias a dicha clasificación en consensos posteriores, de los años 1997 y 1998.

⁷ Donde se incluyen: defectos genéticos, enfermedades del páncreas exócrino, endocrinopatías, inducida por tóxicos, infecciones y síndromes genéticos (para cada uno se despliegan causas específicas).

Por otro lado “en la actualidad se considera de particular importancia reemplazar el sistema que basaba la clasificación de la diabetes en el tipo de tratamiento farmacológico empleado para su control, por otro sustentado, en lo posible, en la etiología de la enfermedad” (SAD, 1997b:96).

Aclaran que esta clasificación de tipo etiológico resulta mejor en la comprensión sobre las causas de la Diabetes Mellitus (SAD, 1998). Por otro lado, la recomendación de emplear numeración arábica en lugar de numeración romana se basa en que en la numeración románica el símbolo II puede confundirse fácilmente con el número 11 (SAD, 1997b).

b- Antes de “Diabetes”: ¿otras categorías?

En el primer consenso de la SAD analizado, publicado en 1982, hacen referencia a la creación de “una nueva entidad, diferente de la Diabetes Mellitus” (SAD, 1982:7), denominada “Tolerancia a la glucosa disminuida” (TGD) o “Tolerancia a la glucosa alterada” (TGA), creada por el Diabetes Data Group. Según la SAD, se incluye en esta categoría a los pacientes que presentan “cifras de glucosa en plasma en la franja entre los valores normales de la prueba y los correspondientes a la Diabetes Mellitus” (SAD, 1982:7). Aclaran que en este grupo: “sí bien en algunos casos puede ser un estado evolutivo hacia Diabetes Mellitus, en otros puede normalizarse la curva y, frecuentemente, la curva se mantiene sin modificar, por tiempo indefinido” (SAD, 1982:7).

La clasificación difundida en el año 1979 incluía a la categoría Intolerancia a la glucosa. La misma hace referencia cuando los niveles de la glucosa plasmática durante la PTOG se hallan por encima del valor normal, pero por debajo de lo definido como diabetes (SAD, 1997b).

En el año 1997 la ADA y posteriormente, en 1999, la OMS con el objeto de identificar a personas con mayor riesgo de desarrollar Diabetes, introdujeron una nueva categoría: glucemia alterada en ayunas (GAA), definida por valores de glucemia en ayunas entre 110-126 mg/dl (SAD, 2007b).

Esta categoría de TGA, más que una clase, como en la clasificación previa, es categorizada como un estadio en el desarrollo natural de los trastornos del metabolismo de hidratos de carbono. Según la SAD las personas con GAA “tienen un riesgo aumentado de progresar hacia la diabetes y enfermedad macrovascular” (SAD, 1998:219). Aclaran que tanto la GAA como el TGA no son entidades clínicas en sí mismas, sino más bien categorías de riesgo para Diabetes y/o enfermedad cardiovascular futuras, que el mismo serviría como indicador o marcador de riesgo aumentado (SAD, 1998).

Se explicita que “TGA se reclasificó como un estadio de la regulación de la glucosa alterada, porque se lo puede observar en cualquier trastorno hiperglucémico y en sí no es diabetes” (SAD, 1998:218).

Posteriormente, en el 2003 la ADA recomendó descender el valor umbral para el diagnóstico de GAA a 100 mg/dl, con el objetivo de “aumentar la sensibilidad y optimizar el valor predictivo” (SAD, 2007:96). Se aclara que la aceptación de este criterio no fue universal y varias sociedades relacionadas con la Diabetes manifestaron su disidencia.

La SAD plantea que “dadas las implicancias de esta recomendación, la SAD convocó a un grupo de expertos para analizar la evidencia disponible y, en función de esto, emitir una opinión al respecto” (SAD, 2007:102).

Con respecto a los valores diagnósticos para esta categoría, la SAD plantea que:

...no es conveniente en este momento disminuir el umbral de diagnóstico de la glucemia en ayunas. El consenso de la SAD recomienda mantener el valor de corte original de GAA (110 mg/dl) en personas sin factores de riesgo para Diabetes y sugerir el valor de 100 mg/dl para personas con factores de riesgo (SAD, 2007:103).

Aclaran que esto se dispone hasta tanto se disponga de mayor evidencia para modificarlo y promover estudios destinados a establecer su relevancia utilizando parámetros clínicos bien definidos. Lo cual incluiría la aplicación de estrategias de prevención de diabetes y de enfermedades cardiovasculares “basadas primordialmente en cambios de estilos de vida y no en el uso de drogas” (SAD, 2007:103).

Concluye en el mismo consenso con respecto a una de las categorías previa a la diabetes que:

...el término prediabetes no debe utilizarse; es preferible su reemplazo por el de glucemia en ayunas alterada, ya que, si bien el desarrollo de diabetes se mantiene durante largo tiempo y hasta se ha descrito que un grupo presenta valores normales en determinaciones subsiguientes (SAD, 2007:102).

La ALAD también plantea el debate en torno a estos cambios en las denominaciones, y en el año 2006 hacen referencia a que:

...el término prediabetes se ha revivido para catalogar a las personas que no reúnen los criterios para el diagnóstico de diabetes pero cuyos resultados no son normales en las pruebas diagnósticas. Estas personas tienen un riesgo alto de desarrollar diabetes y también se encuentran en un riesgo mayor de tener un

evento cardiovascular cuando se las compara con personas que tienen la glucemia normal. Algunos expertos en este tema prefieren el término disglucemia o inclusive el más descriptivo de alteración de la regulación de la glucosa (ALAD, 2006:12).

Con respecto a los valores considerados normales para la categoría GAA, la ALAD plantea lo que proponen otras asociaciones como la ADA, donde los nuevos criterios diagnósticos para diagnosticarla son entre 100-125mg/dl (ALAD, 2006). En este caso, se aclara en el texto analizado que estos criterios son los recomendados por esa sociedad científica, pero no se explicita lo propuesto por la ALAD, si adopta estos criterios diagnósticos o mantiene los previos.

Si analizamos las sucesivas clasificaciones propuestas durante el período analizado, vemos que hubo tres propuestas en estos últimos 30 años. La primera de ellas parecería existir antes de la década del '80 y estaba vinculada las sucesivas etapas de este problema de salud: “prediabetes, diabetes química y diabetes clínica” (SAD, 1982:4).

La siguiente clasificación, que, según estos consensos es la primera que tiene aceptación generalizada, introducida en 1979 y 1980 por el NDDG y la OMS, clasifica a los sujetos en función del tratamiento farmacológico, si los sujetos necesitan o no insulina: “Diabetes Mellitus insulino dependientes” y “Diabetes Mellitus no insulino dependientes”.

Luego, en el año 1997 tanto la OMS como la ADA, realizan una nueva propuesta, y se clasifica a los sujetos con Diabetes tipo 1 en dos subtipos: la inmunomediada -resultante de la destrucción autoinmune- y la idiopática -cuando la etiología es desconocida-. También el subgrupo “otros tipos específicos” se encuentra dividida en función de las distintas causas, como por ejemplo “inducida por tóxicos o agentes químicos” donde se incluyen como tóxicos la pentamidina, el ácido nicotínico, la hormona tiroidea, entre otros. De esta manera, en este último subtipo se plantea una causa para cada tipo específico de diabetes. Vemos que esta clasificación se realiza de acuerdo a la etiología, lo cual es aclarado por la SAD: “se considera de particular importancia reemplazar el sistema que basaba la clasificación de la diabetes en el tipo de tratamiento farmacológico empleado para su control, por otro sustentado, en lo posible, en la etiología de la enfermedad” (SAD, 1997b:96).

Esta clasificación es la que sigue vigente hasta la actualidad.

Por otro lado, podemos observar que fueron creados nuevos conceptos para clasificar a los sujetos con “cifras de glucosa en plasma en la franja entre los valores normales de la prueba y los correspondientes a la Diabetes Mellitus” (SAD, 1982:7). Los

mismos se dieron como “factores de riesgo para el desarrollo de una futura Diabetes y de enfermedad cardiovascular” (SAD, 1997b:107). Son planteados múltiples nombres dependiendo del momento históricos o de la sociedad científica citada: “Prediabetes”, “Tolerancia a la Glucosa Alterada” o “Disminuida”, “Glucemia Alterada en Ayunas”, “Intolerancia a la Glucosa”, “Disglucemia”, “Alteración de la Regulación de la Glucosa”. Todos ellos hacen referencia a dos situaciones, una a la glucemia en ayunas y otra a la prueba de tolerancia, cuando no llegan a ser “anormales” pero tampoco se consideran “normales”.

Por lo tanto, podemos ver que las sucesivas clasificaciones van de la mano de los debates y las propuestas de abordaje de la salud - enfermedad, de las posibles causas únicas o múltiples de los problemas de salud y la propuesta del diagnóstico precoz y la detección de factores de riesgos. Como fue descrito previamente, del debate en el marco del actual paradigma epidemiológico dominante: “epidemiología de riesgo” o “multifactorial”.

c- Valores diagnósticos considerados “normales” y “anormales”

Durante el primer cuarto del siglo XX, los sellos distintivos para el diagnóstico de la Diabetes eran sus síntomas clásicos y la presencia de sustancias reductoras en la orina. Con el advenimiento de la medición de glucosa en sangre, la hiperglucemia en ayunas se transformó en la condición sine qua non para el diagnóstico (SAD, 1997a).

En la década del `20 se introdujo la Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) como herramienta investigativa y más tarde se adoptó como método diagnóstico. A partir de la década de ´50 y ´60 del siglo pasado, el énfasis puesto en el diagnóstico precoz de la enfermedad, llevó a la adopción de esta prueba como método diagnóstico (SAD, 1997a).

En 1982 se plantea que la Diabetes Mellitus se puede diagnosticar por tres procedimientos:

- a) Por sintomatología clínica de diabetes con evidente hiperglucemia en ayunas
- b) Por glucosa en plasma ayunas superior a 140 mg/dl determinada en no menos de dos oportunidades sucesivas
- c) Cuando en una PTOG exista, a las 2 horas una glucosa en plasma superior a 200 mg/dl y otra de igual o superior valor entre 0 y 120 minutos (SAD, 1982:6).

En 1997 se plantea que los nuevos criterios diagnósticos se han modificado a partir de los anteriormente recomendados por el NDDG. Hay tres maneras de diagnosticar la Diabetes, cada una de ellos debe ser confirmada en un día subsiguiente”:⁸

- a) Síntomas de Diabetes más valores de una glucemia plasmática obtenida al azar \geq a 200 mg/dl.
- b) Glucemia en ayunas $>$ 126 mg/dl
- c) Glucemia \geq 200 mg/dl 2hs después de una PTOG (SAD, 1997b:108).

Para la SAD, “el cambio más importante, en relación a las recomendaciones previas de la OMS, es la disminución del valor diagnóstico de la glucemia en ayunas a 126 mg/dl, siendo el valor anteriormente considerado \geq a 140 mg/dl” (SAD, 1998:215).

El nuevo criterio en ayunas se eligió para representar un valor que en muchas personas tiene casi la misma significación diagnóstica que el de la concentración a las 2hs de la PTOG, que no fue modificado. Dicha equivalencia se estableció en base a varios estudios poblacionales. Otra de las razones está basada en que con estos valores de glucemia distintos estudios han mostrado un aumento en el riesgo de padecer enfermedad microvascular y macrovascular (SAD, 1997).

Este segundo punto considerado fue sobre los valores considerados normales para diagnosticar y definir a los sujetos como diabéticos. Si analizamos su evolución histórica podemos ver como los mismos han descendido progresivamente a lo largo del tiempo. La glucemia en ayunas considerada normal en el año 1982 era de 140 mg/dl, y en 1997 este valor descendió a 126mg/dl.

Otro de los parámetros que se modificó fueron los valores considerados normales para las categorías previas a la Diabetes, particularmente de la GAA. En 1997, cuando nació este concepto, el valor considerado normal era entre 110-126 mg/dl, y en el año 2003 la ADA recomendó descender el valor inferior a 100 mg/dl. Este valor está actualmente está en debate, ya que por lo analizado, no hay acuerdo desde la SAD con estas recomendaciones internacionales y plantea descenderlo solamente para los sujetos con factores de riesgo y mantenerlo en con el valor previo (110 mg/dl) para los sujetos que no los tienen.

Como veíamos no hay acuerdo con respecto a las categorías previas de la Diabetes. Esto no solo lo vemos en la manera de nombrarla, sino que la ADA plantea comenzar con

⁸ Aclaran algunos conceptos:

- Síntomas clásicos: pliuria, polidipsia y pérdida de peso sin motivo aparente.
- Al azar: En cualquier momento del día sin considerar el tiempo transcurrido desde la última ingesta.
- Ayuno: Ausencia de ingesta calórica durante por lo menos 8 hs
- PTOG: Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa.

fármacos en los sujetos con alto riesgo y estas categorías clínicas, hecho no acordado por la SAD analizada en este trabajo. También esta diferencia la vemos en el valor considerado normal para la categoría de GAA. Como consecuencia, hay una gran divergencia a nivel mundial y también local en función de la sociedad científica que se utilice como guía.

Esto genera que los profesionales de un país como el nuestro, donde no hay una uniformidad en las guías elegidas por los profesionales de la salud, si se utilizan las guías locales la glucemia en ayunas normal será con un valor menor a 110 mg/dl como normal; en cambio, si se sigue la ADA este valor será de 100 mg/dl. Como consecuencia un sujeto será o no será diabético o “prediabético” según el profesional al que acuda a atenderse, habiéndose atendido en el mismo país, en la misma ciudad.

En este sentido, son analizadas las consecuencias sobre los sujetos que son diagnosticados de diabetes en uno de los artículos de la SAD, donde se plantea que:

...la elección de un valor de corte depende de los costos económicos, sociales, psicológicos y médicos que supone hacer un diagnóstico en alguien que presenta riesgo sustancial de padecer los síntomas o las complicaciones asociadas a la Diabetes, o no hacer el diagnóstico en alguien que sí los presenta (SAD, 1997a:91).

También analizan que “los posibles efectos adversos comprenden el daño psicológico y económico provocado por el diagnóstico y por un tratamiento que no tuviera beneficios médicos” (SAD, 1997a:90).

Sin embargo cualquier punto de corte que divida en dos inevitablemente va a enmascarar información con respecto a lo crítico de la enfermedad. Esto se debe a que el diagnóstico de la Diabetes no se basa en la presencia de una anormalidad fisiológica discreta, sino de un valor elegido de manera imperfecta en una variable continua como la glucemia (SAD, 1997a).

Es cierto que el concepto de normalidad “no es estático y pacífico, sino un concepto dinámico y polémico” (Canguilhem, 1978:187). A su vez, al ser una variable continua se establece una dicotomía artificial, y un sujeto que determinado día tiene la glucemia considerada “normal” otro día puede no serlo. Lo que dejamos de lado es que detrás de esto hay un sujeto, con un diagnóstico realizado y una enfermedad con un nombre que, por el momento, no tiene cura. Supone la designación (“imperfecta”) de una “anormalidad” en un sujeto. La asignación unilateral de una enfermedad que tendrá indefectiblemente consecuencias en la vida de la persona señalada como diabética o prediabética.

Por otro lado, esto está vinculado a la medicalización de este problema de salud, ya que en el trasfondo están las potenciales ganancias de la industria farmacéutica: comenzar antes del diagnóstico definitivo de Diabetes con un tratamiento farmacológico trae como consecuencia un aumento en la cantidad de sujetos consumidores de medicamentos.

6- TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO Y “CAMBIOS TERAPÉUTICOS EN EL ESTILO DE VIDA” COMO RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

Podemos desarrollar el abordaje del tratamiento de la Diabetes en los artículos analizados de ambas sociedades científicas, sobre distintos ejes. En primer lugar, será analizado el concepto de “riesgo” y de “rastreo”⁹. Luego serán analizadas las causas planteadas para este problema de salud. Finalmente serán consideradas las distintas estrategias de tratamiento, tanto del denominado “no farmacológico” o “cambios terapéuticos en el estilo de vida” como del “farmacológico”.

a- Rastreo en sujetos de “alto riesgo”

Con respecto al rastreo de este problema de salud en la población general, aparece por primera vez en el artículo publicado por la SAD en el año 1997. Plantean que:

...la detección precoz y consecuentemente el tratamiento precoz, pueden reducir la pesada carga de la diabetes tipo 2 y sus complicaciones. Para incrementar la relación costo - efectividad de esta estrategia, el diagnóstico debería intentarse en sujetos de alto riesgo y no en personas sanas y sin antecedentes (SAD 1997b:115-116).

Los criterios sugeridos para este rastreo en el año 1997 por la SAD fueron:

Criterios diagnósticos de diabetes en sujetos asintomáticos sin diagnóstico:

- I. Debe considerarse la detección de diabetes en todos los individuos de 45 años o más y si son normales, debe repetirse con intervalos de 3 años.
- II. La detección debe considerarse en personas más jóvenes o implementarse con mayor frecuencia en:
 - a. Obesos
 - b. Con un pariente de primer grado diabético.

⁹ Rastreo (también denominado screening): estrategia aplicada sobre la población para detectar una enfermedad en individuos sin signos ni síntomas. El objetivo es identificar de manera temprana, con el objetivo de intervenir precozmente sobre los individuos detectados.

- c. Pertenecientes a una población étnica de alto riesgo (afroamericanos, hispanos, nativos americanos)
- d. Con antecedentes de partos con peso del recién nacido > 9 libras o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional.
- e. Hipertensos ($\geq 140/90$ mm Hg).
- f. Con nivel de HDL ≤ 35 mg/dl y/o triglicéridos ≥ 250 mg/dl.
- g. Con TGA o GAA en evaluaciones previas (SAD, 1997b:115-116).

Con respecto a la Diabetes Tipo 1, plantean que las pruebas de detección de autoanticuerpos pueden identificar sujetos de alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 1, pero no se les puede ofrecer ninguna intervención médica de eficacia probada para prevenir o retrasar la manifestación clínica de la enfermedad. Por estas razones, en este momento la SAD no recomienda a nivel clínico la búsqueda de autoanticuerpos relacionados con la diabetes tipo 1, a excepción de estudios de investigación (SAD, 1997b).

En la publicación de la ALAD del año 1998 se plantea un listado de individuos de alto riesgo, el cual incluye a:

- a. Mayores de 40 años
- b. Obesos
- c. Antecedentes de Diabetes de primer grado
- d. Mujeres con antecedente de hijos macrosómicos (>4kg) y/o antecedentes obstétricos patológicos
- e. Menores de 50 años con enfermedad coronaria
- f. Dislipémicos¹⁰
- g. Miembros de grupos étnicos con elevada prevalencia de DMNID
- h. Pacientes con Hipertensión Arterial (ALAD, 1998:10).

En el consenso del 2000 de la misma sociedad científica, se plantea otro listado de sujetos en los cuales realizar el rastreo:

Cada 3 años a los mayores de 45 años y una vez al año en las personas que tengan uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- a. Índice de masa corporal (IMC) mayor de 27 kg/m^2 o menor si hay obesidad abdominal
- b. Familiares diabéticos en primer grado de consanguinidad
- c. Procedencia rural y urbanización reciente
- d. Antecedentes obstétricos de DMG y/o hijos macrosómicos (peso al nacer > 4kg)
- e. Menor de 50 años con enfermedad coronaria
- f. Hipertenso con otro factor de riesgo asociado
- g. Triglicéridos > 150 mg/dl con HDL < 35 mg/dl
- h. Alteración previa de la glucosa (ALAD, 2000:122).

¹⁰ Dislipémicos: cualquier alteración en alguno de los subtipos de colesterol en sangre.

En el consenso publicado en el 2006 las indicaciones para realizar el rastreo son las mismas que en el del 2000, y se agrega una indicación de los sujetos con “diagnóstico de Síndrome Metabólico”¹¹. El diagnóstico de este síndrome se hace cuando hay:

Obesidad abdominal y dos o más componentes adicionales:

- a. Triglicéridos altos (>150 mg/dl o en tratamiento)
- b. HDL bajo (<40 mg/dl en hombres o <50 mg/dl en mujeres)
- c. Presión arterial alta (>130/85 mmHg en tratamiento)
- d. Alteración en la regulación de glucemia (>100 mg/dl en ayunas / >140 mg/dl en PTOG / Diabetes) (ALAD, 2006:12).

En el 2006, en las propuestas de la ALAD se agrega el Síndrome Metabólico como otro grupo sobre el cual realizar rastreo de Diabetes. Pero si vemos los parámetros que lo componen, ya con el hecho de tener uno solo de ellos, según el listado de la ALAD existe indicación de realizar rastreo, por lo que parecería redundante.

Como en lo expuesto, podemos ver que el concepto de riesgo es abordado en distintas oportunidades. Por un lado, cuando se enumera sobre cuales sujetos se recomienda realizar el “rastreo” de este problema de salud. Luego vamos a ver que se vuelve a hablar de riesgo cuando se plantean los “cambios terapéuticos en el estilo de vida” (CTEV) en lugar de su anterior denominación: “tratamiento no farmacológico”. Donde estos estilos de vida son percibidos como un “riesgo” para el individuo, por lo tanto se supone que debe modificarlos.

De esta manera, según lo publicado por la SAD, el rastreo “debería intentarse en sujetos de alto riesgo y no en personas sanas y sin antecedentes” (SAD, 1997b:116). Lo preocupante de esto es que cuando se enumera los grupos sobre los cuales realizarlo, se incluye a poblaciones étnicas, y se aclara que estas comprenden los afroamericanos, los hispanos y los nativos americanos. También se incluye a otros grupos, como en las mujeres con antecedentes de hijos nacidos con determinado peso y a los sujetos mayores de 45 años. De esto surgen varios interrogantes. Por un lado, parecería expresar que las poblaciones étnicas no son personas sanas o el hecho de pertenecer a ellas es valorado como un antecedente de riesgo. A su vez, resulta preocupante la utilización de indicadores “étnicos” para referirse a una población de “alto riesgo”.

En este sentido, Menéndez plantea que “la antropología coloca la explicación de la mayor incidencia de mortalidad en grupos indígenas americanos en factores de riesgo de

¹¹ El Síndrome Metabólico no se trata de una única enfermedad sino de una asociación de problemas de salud que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial en un mismo individuo, causados por la combinación de factores genéticos y ambientales asociados al estilo de vida en los que la resistencia a la insulina se considera el componente patogénico fundamental. La presencia de síndrome metabólico se relaciona con un incremento significativo de riesgo de diabetes, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, con disminución en la supervivencia, en particular, por el incremento unas 5 veces en la mortalidad cardiovascular (Rodríguez Porto, 2002).

tipo cultural o económico-político, un segmento de la biomedicina norteamericana tiende a colocarla en factores biorraciales” (Menéndez, 2001:34).

El eje de este proceso no reside en las explicaciones teóricas o en las elaboraciones científicas formuladas explícitamente, sino en cómo son usadas y hacia dónde son orientadas (Menéndez, 2001).

Este autor luego plantea que:

...el problema surge cuando lo que prima es la carencia de reflexión sobre el potencial deslizamiento de las concepciones etnocientíficas, etnicistas, étnicas hacia representaciones y prácticas racistas” (Menéndez, 2001:20). Agrega que “no todo etnicismo o particularismo concluye en racismo, ni equivale a que lo étnico corresponda a una base biológica unívoca y constante; lo que interesa subrayar es la apelación al racismo o a la diferencia étnico-racista, que potencialmente implica el deslizamiento hacia la afirmación radical de determinadas diferencias culturales (Menéndez, 2001:24).

Esto sucede en otro sentido con los recién nacidos con más de 9 libras¹² o si incluimos a todos los sujetos mayores de 45 años. Si bien hay estudios que mostrarían la asociación entre antecedentes de hijos con determinado peso al nacer y mayor desarrollo de diabetes, así como una asociación donde a mayor edad se ha visto mayor riesgo de desarrollar Diabetes; esto no permite definir a estos grupos como “personas no sanas”. Definir a una persona como “no sana” implica asignarle una definición de enfermedad aún cuando no haya un diagnóstico que permita desde el punto de vista biomédico hacerlo.

Es cierto que la búsqueda de los factores de riesgo para un problema de la salud no es en sí mismo un esfuerzo censurable ni mucho menos, lo impugnable es cuando esta búsqueda es desarrollada sin una verdadera y genuina reflexión (Silva Ayçaguer, 2005).

Como fue analizado previamente, el enfoque que subyace al concepto de riesgo gira en torno al “riesgo individual”, a la responsabilidad de cada sujeto, y se dejan de lado sus condiciones y contextos de vida. No se enfatiza en la búsqueda de aspectos socio-económicos que estimulan determinadas conductas denominadas “de riesgo”.

En el mismo sentido, se traslada el riesgo evaluado a nivel poblacional a cada caso en particular. Esta es una de las limitaciones de la epidemiología clínica, ya que la mayoría de las investigaciones son realizadas en grandes poblaciones y en lo cotidiano es trasladado a cada paciente individual (Castiel y Alvarez Dardet, 2007).

¹² Es llamativo que no se coloca el peso en kilogramos en una revista argentina, siendo la medida utilizada en nuestro país, sino en libras, la cual es empleada en otros países donde tiene origen esta guía.

Si tenemos en cuenta, como fue analizado al comienzo de este trabajo, que una gran proporción de la población que es diabética no ha consultado a los servicios de salud, y que casi la mitad de la población tiene realizado el diagnóstico pero, por distintas causas, no realiza tratamiento; no solamente deberíamos abocarnos a tratar a tiempo a los pacientes con Diabetes, sino que sería más eficiente tomar medidas para toda esta población en “riesgo” de padecerla para tomar medidas de prevención más globales. Así, probablemente el impacto sería mayor.

b- Causalidad

El debate en torno a la causalidad de los problemas de salud no escapa a la Diabetes. Podemos observar su trayectoria histórica revisando lo publicado en estas revistas, y reconstruir así una parte de la historia de la Diabetes.

En el año 1982 se comienzan a plantear algunos interrogantes en torno a la etiología de la Diabetes, si la misma es debida a la autoinmunidad, a causas genéticas, ambientales o virales (SAD, 1982). Son planteadas causas diferenciales según el subtipo de Diabetes. Así, como para la Diabetes tipo I el origen es planteado como unicausal, hacia una u otra causa, se plantea a la Diabetes tipo II como “un síndrome heterogéneo de variable etiología” (SAD, 1982:6). Le adjudican el origen a un: “déficit relativo de insulina y una particular susceptibilidad genética a la que se agregan factores ambientales, especialmente la obesidad” (SAD, 1982:7).

Ya en 1997 la SAD plantea que existen diversos procesos patogénicos involucrados en el desarrollo de la Diabetes, los cuales van desde la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas hasta anormalidades que producen la resistencia a la acción de la insulina (SAD, 1997b:97).

En la categoría Diabetes Tipo 1, la causa es una deficiencia absoluta de la secreción de insulina: “donde se pueden identificar frecuentemente por evidencias serológicas de un proceso patológico autoinmune que acontece en los islotes pancreáticos y por la presencia de marcadores genéticos” (SAD, 1997b:97).

En la otra categoría, Diabetes tipo 2, con una mayor prevalencia¹³, la causa es la combinación de la resistencia a la acción de la insulina y la inadecuada respuesta compensatoria de su secreción. Se plantea que “probablemente existan causas múltiples y diferente” (SAD, 1997b:102).

Luego, en 1998, con respecto a la Diabetes tipo 2, expresan que se desconocen las etiologías específicas de esta forma de Diabetes. Agregan que: “la mayoría de los

¹³ El 90% de los pacientes con Diabetes son tipo 2 y el 10% son tipo 1 (Rubinstein, 2006).

pacientes con esta forma de Diabetes son obesos, y la obesidad en sí misma causa o agrava la insulinoresistencia” (SAD, 1998:223).

En el consenso publicado por la ALAD en el mismo año, proponen distintas medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socio-ambientales que, “unidas a los factores genéticos, constituyen causas desencadenantes de la Diabetes” (ALAD, 1998.8).

En la guía publicada en el año 2000 por esta misma sociedad científica se plantea que: “en la Diabetes Tipo 1 las células beta se destruyen, lo que conduce a deficiencia absoluta de insulina (...). La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune, pero existen casos de DM1 de origen idiopático” (ALAD, 2000:119).

Con respecto a la causalidad de este problema de salud, vemos como en la primera clasificación analizada, publicada en el año 1982, se presentan distintas causas según los subtipos de diabetes. Con respecto a la Diabetes tipo 1, ésta tiene una causa única, en cambio, para la Diabetes tipo 2 no se especifica claramente alguna etiología de la misma, pero si se plantean factores de riesgo asociados estadísticamente a este problema de salud: factores genéticos, ambientales, socio-ambientales, obesidad, entre otros. Se aclara que no se conocen las causas específicas en este tipo de Diabetes.

Esto también lo podemos ver en la última clasificación propuesta en el año 1997, como fue descrito previamente. Según esta clasificación, se especifican “múltiples causas desencadenantes” para la Diabetes tipo 2, en cambio para los otros subtipos de diabetes la causa planteada es siempre única¹⁴.

Esto se relaciona con el hecho de que para las enfermedades infecciosas es en general posible llegar al conocimiento de algún agente patogénico vivo asociado a la enfermedad. En contraposición, en la mayoría de las enfermedades no infecciosas es imposible afirmar claramente su asociación a un agente causal. El término riesgo es usado, en este sentido, para indicar la probabilidad de enfermedad y no la certeza de ocurrencia en todos los casos. Como consecuencia se habla no de una, sino de múltiples causas (Almeida Filho, 2008).

Por otro lado, vemos que el análisis de las causas de la diabetes está centrado en factores biológicos, especialmente genéticos, los cuales no posibilitan interpretar demasiado las modificaciones que operan en el cambio del perfil epidemiológico. El enfoque biologizado atraviesa tanto la búsqueda de las causas de este problema de salud,

¹⁴ Como fue analizado previamente en el subgrupo de Diabetes “otros tipos” en la clasificación propuesta por la SAD en el año 1997 (SAD, 1997b).

como el enfoque de su tratamiento. Tanto los factores sociales como los económicos son escasamente abordados en estos consensos; cuando se plantean se hace en función de las consecuencias sobre cada uno de los sujetos a los cuales se les diagnostica Diabetes y nunca como parte del origen causal de la misma.

Lo que subyace es lo analizado anteriormente, donde se entrecruzan los conceptos de agente causal y de factor de riesgo. Esto lo vemos cuando se plantea que los sujetos con obesidad tienen mayor riesgo de desarrollar Diabetes y a su vez, luego se plantea que la obesidad causa insulinoresistencia.

c- Tratamiento

En los artículos de la ALAD hay varios capítulos en lo que respecta al tratamiento de la diabetes, donde son planteados dos ejes. Primero son planteadas las “medidas no farmacológicas” o “cambios terapéuticos en el estilo de vida”, con propuestas sobre educación, tanto de los pacientes con Diabetes como de sus familiares, con un plan de alimentación, propuestas sobre actividad física y hábitos saludables. En segundo lugar se plantea el tratamiento farmacológico, el cual está organizado según determinadas características clínicas de los sujetos.

(i) Tratamiento no farmacológico: “cambios terapéuticos en el estilo de vida”

Con respecto a las estrategias de educación, para la ALAD, es un instrumento de extrema importancia y se debe otorgar tanto a la persona con diabetes como a sus familiares. Se sugiere un “plan de educación”, donde se justifica el mismo en que: “la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que compromete todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece. Por consiguiente, el proceso educativo es parte fundamental del tratamiento del paciente diabético” (ALAD, 2000:128).

Este “plan de educación” es planteado con el objetivo de promover las acciones para educar a las personas con Diabetes, a través de un “Programa de Educación en Diabetes no insulino dependiente en Latinoamérica” (ALAD, 1998:12). Son sugeridas medidas para fomentarla (capacitación de educadores, definición del equipo para desarrollarlo y adjudicación presupuestaria) y los ejes que debería abarcar este plan (características de este problema de salud, sus complicaciones y las pautas preventivas) (ALAD, 1998).

La ALAD plantea que los medios masivos de comunicación desempeñan un papel muy importante en el proceso educativo a la comunidad. Por otro lado, también hace referencia a que tanto los conocimientos básicos sobre la diabetes, como aspectos

relacionados con la patología, aquellos referentes a la prevención y a la educación en diabetes, deben ser incorporados a los currículos de la facultad de medicina y de ciencias de la salud (ALAD, 2000).

Luego plantean que se debe adjudicar presupuesto a la educación de los pacientes con diabetes dentro de los programas oficiales del control y tratamiento de enfermedades crónicas. Al mismo tiempo “se debe buscar los aportes de la industria farmacéutica para este fin” (ALAD, 2000:128).

Con respecto al plan de alimentación, el mismo es planteado por la ALAD como “el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes” (ALAD, 2006:21). Se aclaran algunas características de esta alimentación recomendada:

- i. Debe ser personalizada y adaptada a las condiciones de vida del paciente
- ii. Debe ser fraccionada
- iii. Se indica un consumo de sal en cantidad moderada (y se especifica la cantidad)
- iv. No se recomienda el uso habitual de bebidas alcohólicas.
- v. Se recomienda el consumo de alimentos ricos en fibra soluble (ALAD, 2006).

Con respecto a la actividad física se plantean determinadas metas que se deberían cumplir, con caminatas con cierta intensidad y una frecuencia creciente (ALAD, 2006).

Con respecto a los denominados hábitos saludables, hacen referencia únicamente al tabaquismo, y aclaran que “es indispensable que toda persona con diabetes evite o suprima el hábito de fumar” (ALAD, 2006:23).

Con respecto al tratamiento no farmacológico y en particular a la reducción de peso, plantean que estos siguen siendo la herramienta integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de la DM2, incluyendo la hiperglucemia, la resistencia a la insulina, la hipertrigliceridemia y la hipertensión arterial. El mismo comprende los tres aspectos básicos analizados: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables (ALAD, 2000).

(ii) Tratamiento con fármacos

Luego es abordado el tratamiento farmacológico. En el consenso publicado en 1998 recomiendan:

...en los pacientes con peso cercano al normal, se establecerá un plan de alimenticio durante tres meses con controles periódicos antes del eventual agregado de fármacos. (...) De no alcanzarse un adecuado control metabólico a pesar de la reducción de peso, se iniciará una biguanida y/o inhibidores de la alfa-reductasa (...) Al DMNID obeso que llega a la consulta con pérdida acelerada de peso y/o aumento significativo de la glucemia, pero clínicamente estable se le debe indicar un plan alimentario adecuado y sulfonilureas (ALAD, 1998:17)¹⁵.

En el consenso publicado en el año 2000 dicen que:

...el tratamiento farmacológico está indicado en todo paciente con DM2 que no haya logrado alcanzar las metas de control metabólico que se habían acordado después de un mínimo de tres meses con un adecuado tratamiento no farmacológico. Para considerar que el mismo ha sido adecuado, la persona debe haber logrado modificaciones en el régimen alimentario, reducción de al menos un 5% del peso corporal, incremento de la actividad física programada y adquisición de conocimientos básicos sobre la enfermedad que lo motiven a participar activamente de su manejo. Se entiende que algunos pacientes requieren el tratamiento farmacológico desde el comienzo por encontrarse clínicamente inestables o con un grado de descompensación tal que hace prever poca respuesta al tratamiento no farmacológico en forma exclusiva (ALAD, 2000:133).

Se hace una descripción de los diferentes fármacos disponibles y se aclara que “el tratamiento farmacológico puede iniciarse desde el comienzo a juicio médico” (ALAD, 2000:136).

En el año 2006 se plantea que:

...se debe iniciar tratamiento con antidiabéticos en toda persona que no se haya alcanzado las metas de un buen control glucémico con los cambios terapéuticos en el estilo de vida (CTEV). En los casos en los que las condiciones clínicas permitan anticipar que esto va a ocurrir, se debe considerar el tratamiento farmacológico desde el momento del diagnóstico de la diabetes al tiempo de los CTEV. (...) Es el caso de personas con glucemias en ayunas mayor a 240mg/dl y/o HbA1c mayor de 8.5%, en

¹⁵ Biguanidas, inhibidores de la alfa-reductasa y sulfonilureas son distintos grupos de fármacos hipoglucemiantes orales para el tratamiento de la Diabetes.

particular cuando han perdido peso asociado a síntomas de hiperglucemia (ALAD, 2006:24-25).

En el momento de justificar dicha recomendación, plantea los cambios recientemente propuestos por la ADA y la EASD¹⁶, donde dichas sociedades científicas:

...publicaron un algoritmo para el manejo de la DM2 donde se propone que se inicie metformina¹⁷ al tiempo de los CTEV en todos los pacientes con DM2 por considerar que el manejo no farmacológico termina por ser insuficiente antes del primer año (ALAD, 2006:24).

A su vez para dicha justificación son citados otros estudios, como el UKPDS, según el cual:

...se obtuvo mejor resultado con relación al control glucémico y a los desenlaces microvasculares en todos los grupos que iniciaron tratamiento farmacológico al poco tiempo del diagnóstico de la diabetes al compararlos con el grupo control que se trató de manejar solamente con dieta (ALAD, 2006:24).

Si retomamos la metodología utilizada para realizar estos consensos, recordamos que la misma es con “grados de recomendación”. De esta manera, podemos ver que la mayoría de las recomendaciones con respecto al tratamiento no farmacológico (tanto alimentación, como actividad física y hábitos saludables) son con “evidencia tipo D”. Hay solamente dos de ellas que son “tipo A” y son sobre las modificaciones en la alimentación ante una “hipercolesterolemia” o una “hipertrigliceridemia”¹⁸. Recordemos que “tipo A” para la Medicina Basada en la Evidencia quiere decir que “hay buena evidencia para recomendarla” y “tipo D” implica que la “evidencia es insuficiente o no existente”.

En cambio, con respecto al tratamiento con fármacos, las recomendaciones generales, que fueron las analizadas previamente, son “tipos A”. En cambio las recomendaciones que plantean cuando iniciar tratamiento con fármacos son “tipo D”. En el tratamiento farmacológico, luego de cada “recomendación” se agrega una justificación de la misma, donde se cita el estudio de donde surge y su explicación¹⁹.

¹⁶ EASD: European Association for the Study of Diabetes (Asociación Europea para el estudio de la Diabetes)

¹⁷ Metformina: medicamento antidiabético de posología oral.

¹⁸ Hipercolesterolemia: aumento del colesterol en sangre / Hipertrigliceridemia: aumento de los triglicéridos en sangre (ambos son subtipos de grasas). Ambas planteadas como “comorbilidades” en este consenso (ALAD, 2006).

¹⁹ No fue analizado en este trabajo cada uno de los fármacos para la Diabetes, las características de cada uno de ellos (efectos adversos ni dosis) ni cuándo elegir cada uno o cuándo realizar tratamiento combinado. En estos casos las recomendaciones son con distintos niveles de evidencia y nos parece que escapa al objetivo planteado al comienzo de este trabajo.

Si analizamos el abordaje de los “cambios terapéuticos en el estilo de vida”, vemos que la educación se plantea a nivel poblacional y en conjunto con otros actores: medios de comunicación, autoridades sanitarias, entre otros. En cambio, todas las recomendaciones sobre alimentación, actividad física o “hábitos saludables” (referido específicamente al tabaquismo) son a nivel individual.

Con respecto al tratamiento farmacológico, en muchas de las recomendaciones propuestas resulta difícil sacar conclusiones, ya que en primer lugar se indica un “algoritmo” de cuando comenzar con fármacos según determinadas características y luego agrega que “el tratamiento farmacológico puede iniciarse desde el comienzo a juicio médico” (ALAD, 2000:136).

Se plantean “cambios terapéuticos en el estilo de vida” de los sujetos con diabetes sin tener en cuenta, como fue expuesto previamente, que el estilo de cada sujeto es su vida misma y no un “estilo”, y que dentro de su vida están las condiciones de reproducción, las condiciones de trabajo y las condiciones materiales de existencia de cada ser humano. Para muchos “lo terapéutico” sería mejorar el acceso a una alimentación saludable y a otras condiciones laborales.

Debemos tener en cuenta que el riesgo colocado exclusivamente en el sujeto supone explícita e implícitamente que dicho sujeto es un ser “libre”, con capacidad y posibilidad de elegir si “fuma” o “no fuma”, si come “saludable” o “no saludable” (Menéndez, 2009). Es real que existen determinados grupos sociales en los cuales los márgenes de elección son prácticamente inexistentes. Como plantean Castiel y A. Dardet: “muchas personas no eligen el estilo de vida que llevan. En realidad no hay opciones disponibles, sino solo estrategias posibles de supervivencia” (Castiel y Alvarez Dardet Díaz, 2010:100).

Con el incremento de la situación de pobreza y extrema pobreza en la mayoría de los países de América Latina es difícil definir quiénes tienen la posibilidad de elegir los alimentos que va a consumir. La realidad marca que la “elección” radica en si puede o no comer alguna cosa, de esta manera la población selecciona, pero no puede elegir (Menéndez, 2009). Parecería no evidente en que alimentarse adecuadamente o no, si bien es una elección individual, está tan fuertemente condicionado por circunstancias económicas, publicitarias y sociales que no siempre constituyen una elección individual (Silva Ayçaguer, 2005).

Resulta interesante si recordamos lo planteado por la ALAD en su introducción al último consenso analizado, donde las metas para el control de algunos parámetros clínicos: “se han tornado cada vez más estrictas a la luz de algunos estudios que

evidencian este beneficio”, y se están “proponiendo alternativas para alcanzar las metas más rápido y de manera más efectiva mediante estrategias más agresivas como el uso anticipado de antidiabéticos orales y de insulino terapia basal (ALAD, 2006:4).

Muchas veces en la práctica cotidiana es mucho más sencillo prescribir o recibir un fármaco, a realizar o indicar “cambios en los estilos de vida”, ya sea por el menor tiempo que demanda en la consulta médica indicarlo (sin llegar a saber si se comprende), como del tiempo que necesita cada sujeto para cumplirlo.

Como analizábamos previamente, se ha producido un incremento de la esperanza de vida en prácticamente todas las sociedades, pero especialmente en las capitalistas centrales. A su vez hay un aumento incesante de sujetos que padecen distintas afecciones crónicas, entre ellas diabetes. Así, se normaliza en ellos el uso de medicamentos y tratamientos, se normaliza la medicalización como integrante de los saberes cotidianos (Menéndez, 2001).

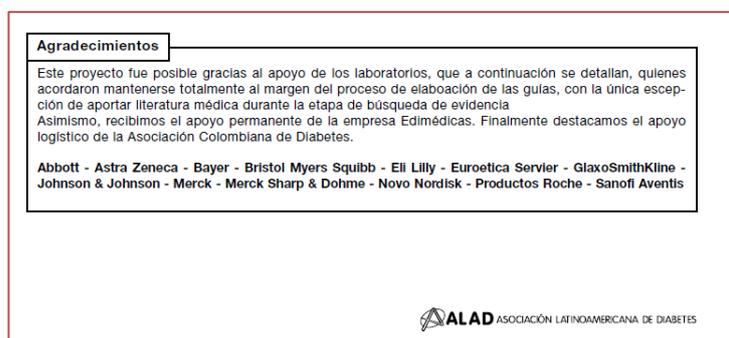
No es casual que en cada una de estas publicaciones, tanto de los artículos analizados como a lo largo de cada una de las revistas, haya publicidades de laboratorios farmacéuticos sobre medicamentos o productos para el “control” de la Diabetes (ver Figura 1). Sumado a esto, en la publicación analizada de la SAD del año 1998, se agradece al final el aporte financiero recibido por algunos laboratorios, como Bayer, Novo Nordisk (SAD, 1998:227). Esto también se encontró en uno de los artículos publicados por la ALAD, esta vez al comienzo del mismo (ver Figura 2).

Figura N° 1: Publicidades de medicamentos publicados en la revista de la SAD

The image displays two side-by-side advertisements for diabetes medications. The left advertisement is for Euglucon, featuring the headline "Euglucon es la clave del éxito en la terapia hipoglucemiante" and a list of benefits such as "Euglucon moviliza la secreción retardada de insulina" and "Euglucon tiene una acción sinérgica con la glucosa". It includes an anatomical illustration of the pancreas and is distributed by Boehringer Argentina S.A. The right advertisement is for minodiab (GLIPIZIDA), with the headline "El antidiabético peroral que permite obtener el máximo efecto terapéutico justo en el momento en que el organismo más lo precisa: durante el pico hiperglucémico post-prandial inmediato." It lists benefits like "acción normoglucemiante de tipo fisiológico" and "ningún riesgo de crisis hipoglucémicas secundarias". The advertisement also includes an administration schedule: "ESQUEMA DE ADMINISTRACION: Dosis media" with "1 comprimido antes del almuerzo" and "1 comprimido antes de la cena". It also lists presentation options: "PRESENTACION: Frascos de 30 y 90 comprimidos de 2,5 mg" and "Frascos de 30 y 90 comprimidos de 5 mg". The manufacturer is identified as MONTEDISON FARMACEUTIC S.R.L. LINEAS FARMITALIA - CARLO ERBA.

Fuente: SAD, 1982.

Figura N° 2: Agradecimientos a laboratorios farmacéuticos publicados en una de las revistas de la ALAD.



Fuente: ALAD, 2006:3.

Según lo expuesto, la ALAD plantea que los laboratorios solamente se limitaron a “aportar literatura médica durante la etapa de búsqueda de evidencias” (ALAD, 2006:3). Esto lo analiza Doval, quien plantea que dado que la realización de estas guías:

...habitualmente está limitada a los datos publicados disponibles, existen múltiples factores que pueden llevarnos a conclusiones sesgadas. Entre estos sesgos cabe mencionar qué estudios se seleccionan para enviar, cuáles se admiten para publicar, la presencia de publicaciones duplicadas difíciles de detectar y la determinación de la manera en que se comunican los resultados (Doval, 2007:499).

En el mismo sentido, en uno de los artículos de la ALAD se agrega, luego de plantear el rol del estado en la educación de los sujetos con diabetes, que “al mismo tiempo se debe buscar los aportes de la industria farmacéutica para este fin” (ALAD, 2000:128).

Debemos tener en cuenta que los intereses de la industria farmacéutica no son diferentes a los buscados por cualquier otra empresa privada. Básicamente, generar la mayor ganancia posible. Por lo tanto, si se invierte en investigación científica, no es extraño pensar que el objetivo es lucrar con sus resultados. El problema está en que el fin de lucro altera la investigación científica y subvierte su esencia (Laurell, 2010). Cuando está implicada la ganancia surgen el financiamiento interesado y los conflictos de interés que afectan, en última instancia los que deberían ser los favorecidos por estos avances en la ciencia: la población, y en particular los que mayores dificultades tienen para acceder a una salud digna.

Doval analiza como:

...cada vez más la investigación clínica que se publica está diseñada, apoyada y financiada por las compañías que manufacturan las drogas, por lo cual podría surgir la pregunta de si, además de que ya disponen del poder de decidir que se va a investigar solo lo que sea rentable para las empresas, también existe la posibilidad de sesgos en la comunicación, la publicación y la interpretación de los hallazgos clínicos (Doval, 2007:498).

La eficacia centrada en los medicamentos es una de las características que sustenta el tratamiento de este y de muchos otros problemas de salud. Como fue analizado anteriormente, la medicalización de los problemas de salud no solamente implica la prescripción de medicamentos como parte fundamental del accionar de los trabajadores de la salud, sino como una demanda desde los diferentes sectores de la población de las prácticas de este modelo. La medicalización de este, como de tantos otros problemas de salud está directamente relacionada con la creciente farmacodependencia de los conjuntos sociales (Menéndez, 1990).

7- REFLEXIONES FINALES

Hemos analizado algunas dimensiones del abordaje de la Diabetes según lo publicado por dos sociedades científicas, una argentina y otra latinoamericana. En el primer apartado hemos descripto las sucesivas clasificaciones propuestas y los valores considerados normales para cada etapa definida. Luego, analizamos el concepto de riesgo y las distintas causas planteadas para este problema de salud. Finalmente expusimos algunas de las estrategias de tratamiento, tanto los “cambios terapéuticos en el estilo de vida” como el “tratamiento farmacológico”.

Por un lado, llama la atención que ante determinados cambios en las denominaciones de algunas categorías o en los valores considerados normales propuestos en los últimos 5 años, no haya acuerdo entre las distintas sociedades científicas. Esto se vio particularmente con las últimas modificaciones recomendadas por la ADA, donde esta sociedad científica propone la vuelta al término “prediabetes” para la GAA y el descenso del valor considerado normal. Por otro lado, se propone desde esta sociedad científica que para algunos grupos de “alto riesgo”, se comience en el momento del diagnóstico de esta prediabetes con tratamiento farmacológico (metformina) (ADA 2008)²⁰.

Si recordamos cuando definimos los estadios previos a la Diabetes, fue planteado según los artículos analizados de la SAD, que las personas con GAA “tienen un riesgo aumentado de progresar hacia la diabetes y enfermedad macrovascular” (SAD, 1998:219). Por otro lado esta misma sociedad científica aclara que si bien “en algunos casos pueden ser un estado evolutivo hacia la Diabetes Mellitus, en otros puede normalizarse la curva y, frecuentemente, la curva se mantiene sin modificar, por tiempo indefinido” (SAD, 1982:7). A su vez, definimos riesgo al comienzo de este trabajo, como “la probabilidad de ocurrencia de algún un evento” (Almeida Filho, 2008:89). De esta manera, vemos que estos estadios son planteados como riesgos y, como tales, no siempre acontecen.

Como consecuencia, con estos cambios se profundiza la medicalización de este problema de salud, ya que se propone medicar a los sujetos por pertenecer a grupos de “alto riesgo” y aún no pertenecen a la categoría Diabetes Mellitus, en los cuales los valores podrían normalizarse. Entonces nos encontramos con una nueva situación, donde debemos incluir dentro de los efectos adversos de cada uno de los tratamientos, los del diagnóstico y tratamiento de problemas que probablemente nunca ocurrirían (Castiel y Álvarez Dardet, 2007).

²⁰ En cambio, la OMS continúa utilizando los criterios diagnósticos que se habían consensuado previamente (VANITA, 2008).

D. Castiely A. Dardet plantean que:

...hay sectores de las ciencias de la salud que empezaron a colaborar con más fuerza con estrategias corporativas de la industria farmacéutica para hacer la ocurrencia de la enfermedad un espacio más amigable tanto al crear nuevas enfermedades y mediante la noción del riesgo, medicalizando también el futuro (Castiel y Álvarez Dardet, 2007:462).

Continúan en el mismo texto D. Castiel y A. Dardet, planteando que la noción de riesgo se relaciona a la “sensación de gran inseguridad de nuestra época la cual parece generar una búsqueda de previsibilidad en relación con lo que puedan ocurrirnos” (Castiel y Álvarez Dardet, 2010:462). Por esto mismo necesitamos, tanto desde nuestro rol de profesionales de la salud, como desde el lugar de usuarios del mismo, respuestas mas claras para cada uno de los problemas que se nos presentan. Estamos atravesados por la idea de que “la ‘verdad’ solamente puede ser obtenida mediante búsqueda casi paroxística de las llamadas ‘evidencias’” (Castiel y Álvarez Dardet, 2010:462).

a- Medicalización e investigación científica: Varios cambios en 30 años.

Según lo analizado, llama la atención que para una problemática como la Diabetes, conocida hace cientos de años, en los últimos treinta tantos hayan sido los cambios y debates, en los valores considerados como normales, en las maneras de nombrarla o en los momentos de comenzar a tratarla. Aunque esto no es específico de la Diabetes, sino, como lo analiza Silva Ayçaguer, toda la investigación científica experimenta modificaciones cada día más aceleradamente. Las mismas abarcan desde los clásicos artículos científicos, hasta notas de prensa y publicidades de productos médicos. Tanto la velocidad con que se suceden los reemplazos tecnológicos en el mundo actual, como el monto de información disponible crece irrefrenablemente. A su vez los profesionales de la salud nos enfrentamos a un incremento de las oportunidades para informarnos, aunque esto también nos produzca un notable aturdimiento (Silva Ayçaguer, 2009).

E. Menéndez analiza estos cambios en relación a como últimamente los tiempos de obsolescencia de las guías y de los trabajos publicados se reducen cada vez más. Así también disminuye el tiempo y el número de pruebas a las que debe ser sometido un nuevo producto químico, para favorecer su lanzamiento al mercado con la mayor rapidez posible (ver anexo 2). Esto ayuda también a sostener el olvido sistemático respecto de las consecuencias negativas generadas por los mismos en la población (Menéndez, 1998).

Los resultados de las investigaciones se autonomizan respecto del saber médico y “bajan” al médico como instrumentos que solamente aplica. Así lo analiza E. Menéndez,

donde se ha llevado: “no solo al desarrollo de una medicina regida por criterios de productividad, sino por el reemplazo de la actitud clínica por la actitud farmacológica, que depositan en la prescripción de fármacos su principal objetivo y su mayor identificación técnico/profesional” (Menéndez, 2005:26).

En este sentido, veíamos que en el último consenso analizado de la ALAD no fueron modificados los capítulos sobre el abordaje de las medidas no farmacológicas. Esto se dio debido a que, según la ALAD, se proponen alternativas para alcanzar las metas más rápido y más efectivamente mediante estrategias más agresivas: el uso de fármacos de manera anticipada. No solo allí no son nombradas estrategias que no sean respecto a la utilización de fármacos, sino que en el consenso publicado en el 2006 solamente se actualiza el tratamiento con fármacos y no el resto de las estrategias.

b- Medicalización y dependencia profesional y técnica

Es cierto que muchos de estos cambios se han propuesto desde países del hemisferio norte, ya que la mayoría de las recomendaciones en el abordaje de la Diabetes surgen de estudios realizados en poblaciones de aquellas latitudes. Por lo tanto, la dependencia económica de un país como el nuestro, halla su correlato en la dependencia técnica y profesional. Este es uno de los aspectos en los cuales se observa con mayor transparencia las diferenciaciones entre los países centrales y periféricos, así como las relaciones de dependencia de los segundos respecto a los primeros. Este proceso puede ser percibido con mayor claridad en la investigación biomédica, la cual estuvo y está concentrada en unos pocos países del hemisferio norte.

Entonces, en un país como el nuestro, donde la investigación local en el área de la salud es muy escasa, sostenemos los tratamientos de muchos de los problemas más prevalentes sobre la base de la “evidencia” de estudios realizados en otras poblaciones, con claras diferencias en las condiciones sociales, culturales, económicas y educativas.

Que el 80% de los fármacos sean comprados por el 20% de la población mundial y en consecuencia, los saberes biomedicalizados se desarrollen fundamentalmente en la sociedad occidental, en los sectores medios y altos de los países periféricos, son hechos que no niegan el proceso de permanente de expansión de la biomedicina y de los fármacos (Menéndez, 2001).

c- Formación profesional, prácticas de atención cotidianas y medicalización: comentarios autorreferenciales.

Otro aspecto en el sostenimiento irreflexivo de estos tratamientos es en nuestra formación, la de los profesionales de la salud. De esta manera, lo que habría que tener en cuenta es cuántos de los que accedemos a estos consensos nos cruzamos con estos debates, cuántos realizamos una lectura crítica de los estudios científicos que sustentan estas guías.

Parte de esto se inicia en la formación médica de grado, donde están generalmente ausentes los contenidos socio-antropológicos, y los estudiantes ven a estos conceptos como una pérdida de tiempo. Hay un gran contraste entre el discurso académico y la orientación de las prácticas de salud. Mientras desde el primero se apela a la importancia de los factores sociales, a la significación del sujeto, a la calidad de la relación médico paciente, a tomar en cuenta el punto de vista y el contexto del paciente, las prácticas sanitarias están cada vez más centradas en las tecnologías biomédicas (Menéndez, 2009).

Lo biológico no solo constituye una identificación sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos (Menéndez, 1990).

El eje del abordaje de los distintos problemas de salud que se enseña y aprende en las carreras de grado está centrado en las medidas farmacológicas, por lo tanto individualizadas. Como consecuencia, esto deviene en determinadas prácticas de salud, centrada en la práctica asistencial, donde los factores socioeconómicos muchas veces no son reconocidos por los profesionales de la salud, o donde el problema se encuentra en el lugar en el cual los mismos son colocados. Lo determinante en este abordaje es la enfermedad biológica y no la situación concreta del sujeto y su enfermedad en el proceso productivo. El saber médico reduce la enfermedad a signos y diagnósticos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas (Menéndez, 2005).

Por otro lado, la remuneración que obtenemos la mayoría de los médicos, por importante que sea en algunos subsectores de la salud o para algunas especialidades, no es representativa de los enormes beneficios económicos derivados de la atención/tratamiento de la enfermedad y/o de la salud. Los que obtienen la mayor rentabilidad de la salud son las empresas farmacéuticas. En efecto, la industria farmacéutica está sostenida por la financiación colectiva de la salud y la enfermedad, por mediación de las instituciones del seguro social que obtienen fondos de las personas que

obligatoriamente deben protegerse contra las enfermedades (Foucault, 2003), del estado y de los pagos privados (de “bolsillo”) que las personas realizan en busca de atención y cuidados.

A su vez, se crea en la población la necesidad de demandar un profesional cada vez más especializado, y en consecuencia cada vez más fragmentado. Ya no estamos en manos de un médico general o un clínico, sino en manos de un cardiólogo especialista en hipertensión arterial o de un nutricionista especializado en Diabetes. Este desarrollo de especialidades y de sub-especialidades se ha profundizado. No está determinada por la demanda de la población ni por el proceso de investigación médica, sino por el proceso de profesionalización de la medicina y por la mercantilización de la salud (Menéndez, 2005).

8- BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- Almeida Filho N & Roquayrol MZ 2008. *Introducción a la epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- American Diabetes Association 2008. *Standards of Medical Care in Diabetes - 2008*, Diabetes Care. American Diabetes Association, vol. 31, Suplemento no.1, pp. 12-54, Estados Unidos. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S12.full.pdf+html
- Asociación Latinoamericana de Diabetes 1998. *Consenso sobre prevención, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente*. Asociación Latinoamericana de Diabetes, Suplemento no.1, pp. 6-42.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes 2000. *Guías ALAD 2000 para el diagnóstico y manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con medicina basada en la evidencia*. Asociación Latinoamericana de Diabetes, Edición Extraordinaria - Suplemento no.1, pp. 104-167.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes 2006. *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2*. Asociación Latinoamericana de Diabetes, pp. 1-77. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.aladlatinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
- Canguilhem G 1978. *Lo normal y lo patológico*. Editorial Siglo XXI, México.
- Castiel D & Vasconcellos-Silva PR 2005. *Precariedades del exceso. Información y comunicación en Salud Colectiva*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Castiel D & Alvarez Dardet C 2007. 'La salud persecutoria'. *Rev Saude Publica*, vol. 41, no. 3, pp. 461-466. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/6212.pdf>
- Castiel D & Alvarez Dardet Díaz C 2010. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Costantini A 2009. 'Vigilancia epidemiológica de las nuevas drogas antidiabéticas'. *Sociedad Argentina de Diabetes*, vol. 43, no. 1, pp. 33.
- Cruz RU & Letelier LM 2009. 'Análisis crítico de un artículo: La rosiglitazona aumenta los eventos cardiovasculares a largo plazo'. *Revista médica de Chile*, no. 137, pp. 986-989. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n7/art19.pdf>
- Doval H 2007. '¿Es fiable lo que leemos en las revistas médicas? Resultados diferentes según el patrocinio de los ensayos clínicos'. *[Carta del Director], Revista*

Argentina de Cardiología, vol. 75, no. 6, pp. 498-502. [citado 28 marzo 2011].
Disponibile en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v75n6/v75n6a18.pdf>

- Foucault M 2003. *La vida de los hombres infames*. Ed. Altamira, La Plata.
- González de Dios J 2001. 'De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en medicina'. *Anales Españoles de Pediatría*, vol. 55, no. 5, pp. 433-434.
- Krompotic C 2008. *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Laurell AC 2010. 'Investigación científica con fines de lucro'. *Revista Sin Permiso*, España. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=3367>
- Marx C 2004. *Manifiesto del Partido Comunista*. Ed. Longseller, Buenos Aires.
- Mc Keown T 1994. *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Ed. Crítica (Serie Los Hombres), Barcelona.
- Menéndez E 1990. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, México.
- Menéndez E 1998. 'Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes'. *Estudios sociológicos XVI*, vol.46, pp. 37-67, 199.
- Menéndez E 2001. 'Biologización y racismo de la vida cotidiana'. *Alteridades*, vol. 11, no. 21, pp. 5-39. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/747/74702102.pdf>
- Menéndez E 2005, 'El modelo médico y la salud de los trabajadores', *Revista Salud Colectiva*, vol. 1, no. 1, pp. 9-32. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/publicacion1/pdf/2.El%20Modelo%20Medico%20y%20la%20Salud%20de%20los%20Trabajadores.pdf>
- Menéndez E 2009. *De sujetos, saberes y estructuras*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud 2008. *Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Tipo 2 para el primer nivel de atención*. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Buenos Aires. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/DIABETES_MELLITUS_1_NIVEL%5B1%5D.pdf
- Ministerio de Salud 2006. *Primera encuesta Nacional de factores de riesgo*. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Buenos Aires. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/resultados_completos.asp

- Ortega Calvo, M 2002. 'Medicina basada en la evidencia: Una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria'. *Revista española de salud pública*, vol. 76, no. 2, pp. 115-120. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/170/17076205.pdf>
- Rodríguez Porto AL, Sánchez León M & Martínez Valdez L 2002. 'Síndrome Metabólico'. *Revista cubana de endocrinología*, vol. 13, no. 3, pp. 238-252. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol13_3_02/end08302.pdf
- Rubinstein A & Terrasa S 2006. *Medicina familiar y práctica ambulatoria*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Silva Ayçaguer LC 2005, 'Una ceremonia Estadística para identificar factores de riesgo', *Salud Colectiva*, vol. 1, no. 3, pp. 309-322. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/publicacion3/pdf/4.Una%20Ceremonia%20Estadistica%20para%20Identificar%20Factores%20de%20Riesgo.pdf>
- Silva Ayçaguer LC 2009, 'Sobre la comunicación científico-sanitaria en la sociedad del conocimiento' *Salud Colectiva [Editorial]*, vol. 5, no.2, pp. 149-154. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/publicacion14/pdf/1.pdf>
- Sociedad Argentina de Diabetes 1982. *Clasificación de la diabetes*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 16, no. 3, pp. 3-20, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Diabetes 1997a. *Diagnóstico de Diabetes Mellitus: ¿Necesitamos nuevos criterios?*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 31, no. 3, pp. 83-95, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Diabetes 1997b. *Informe del comité de expertos para el diagnóstico y clasificación de Diabetes Mellitus*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 31, no. 3, pp. 96-121, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Diabetes 1998. *Definición, diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus y de sus complicaciones. Parte 1: Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Informe Preliminar de un comité de consulta de la OMS*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 32, no. 5, pp. 211-232, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Diabetes 2007. *Consenso sobre criterio diagnóstico de la glucemia alterada en ayunas*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 41, no 3, pp. 95-106, Buenos Aires.
- Souza Minayo MC 2009. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

- Urquía M 2006. *Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología*. Ediciones de la UNLa, Buenos Aires.
- Vanita R 2008. 'Approach to the patient with Prediabetes'. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 93, no. 9, pp. 3259-2356. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://jcem.endojournals.org/cgi/reprint/93/9/3259.pdf>

9- ANEXOS

a- Anexo 1:

Listado de revistas de la ALAD y la SAD

- Asociación Latinoamericana de Diabetes 1998. *Consenso sobre prevención, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente*. Asociación Latinoamericana de Diabetes, Suplemento no.1, pp. 6-42.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes 2000. *Guías ALAD 2000 para el diagnóstico y manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con medicina basada en la evidencia*. Asociación Latinoamericana de Diabetes, Edición Extraordinaria - Suplemento no.1, pp. 104-167.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes 2006. *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2*. Asociación Latinoamericana de Diabetes, pp. 1-77. [citado 28 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.aladlatinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
- Sociedad Argentina de Diabetes 1982. *Clasificación de la diabetes*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 16, no. 3, pp. 3-20, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Diabetes 1997^a. *Diagnóstico de Diabetes Mellitus: ¿Necesitamos nuevos criterios?*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 31, no. 3, pp. 83-95, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Diabetes 1997^b. *Informe del comité de expertos para el diagnóstico y clasificación de Diabetes Mellitus*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 31, no. 3, pp. 96-121, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Diabetes 1998. *Definición, diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus y de sus complicaciones. Parte 1: Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. Informe Preliminar de un comité de consulta de la OMS*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 32, no. 5, pp. 211-232, Buenos Aires.
- Sociedad Argentina de Diabetes 2007. *Consenso sobre criterio diagnóstico de la glucemia alterada en ayunas*. Sociedad Argentina de Diabetes, vol. 41, no 3, pp. 95-106, Buenos Aires.

Anexo 2:

¿Hacia el olvido? La Rosiglitazona

En la actualidad contamos con nuevos fármacos ya disponibles o a punto de salir al mercado, destinados a lograr un mayor control de la Diabetes por medio de novedosos mecanismos de acción. Los mismos ya fueron estudiados en sus fases preclínicas y clínicas, pero su verdadero perfil de seguridad no termina de establecerse sino hasta que se encuentra en el mercado (Costantini, 2009).

Esto ocurrió con la rosiglitazona, fármaco para el tratamiento de la Diabetes, el cual fue introducido y retirado del mercado en muy poco tiempo. Fue aprobado en 1999 por la FDA (Food and Drug Administration) y en ese momento no se informaron efectos adversos graves. Por el contrario, se comunicaron algunos beneficios sobre los factores de riesgo cardiovasculares (Cruz y Letelier, 2009).

En el año 2007 se descubrió que este medicamento estaba asociado al incremento en cerca de 50 % de ataques cardíacos. La empresa que lo comercializaba lo sabía, pero no lo había advertido en la caja. Este hecho llevó al Senado de Estados Unidos a formar un comité de investigación cuyos resultados, presentados en febrero de 2010, confirman este hecho y se determinará si se retira del mercado (Laurell, 2010).

De esta manera, se presenta como la salvación para un problema de creciente prevalencia como la Diabetes, para disminuir su morbi-mortalidad y termina por generar la muerte; no por la propia enfermedad, sino por su tratamiento.