

Impacto de la osteoporosis en el desarrollo social

Impact of osteoporosis in the social development

Ana Rosa Jorna Calixto^I; Pedro Luis Véliz Martínez^{II}

^IEspecialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la osteoporosis constituye un problema social, económico y de salud pública con características de epidemia en los países desarrollados, que nos obliga a preparar y difundir programas de promoción de salud y prevención de enfermedades, porque se conocen los factores de riesgo y se dispone de métodos diagnósticos para cuantificar la masa ósea y su pérdida. El estudio de los factores que influyen en la salud es un aspecto importante dentro de un planteamiento sociopolítico que aspire al logro de la estabilidad de las sociedades.

OBJETIVOS: analizar la incidencia de los aspectos socioeconómicos en el desarrollo de la osteoporosis, así como valorar la responsabilidad social de la comunidad científica en el planteamiento de posibles soluciones.

DESARROLLO: los costos del tratamiento de la osteoporosis son cuantiosos y la tendencia es que se incrementen aún más, no obstante, a pesar de que Cuba atraviesa serias dificultades en el orden económico ocasionadas, sobre todo, por el bloqueo económico impuesto por el gobierno de EE. UU., el estado cubano ha mantenido una atención priorizada al sector salud, que incluye el desarrollo de un sistema de atención que cubre a toda la población y que ha hecho posible alcanzar y sostener importantes logros en esta esfera.

CONCLUSIONES: las restricciones impuestas a la adquisición de suministros y tecnologías médicas de procedencia norteamericana para su empleo en Cuba, han causado considerables perjuicios a los servicios de la salud pública. La osteoporosis requiere de acciones con otras entidades fuera del sistema de salud para prevenirla, y de una acción directa sobre los factores de riesgo que la provocan. Los

profesionales de la atención primaria se enfrentan a problemas éticos y legales por la alta demanda de los servicios de salud y sociales de estos pacientes.

Palabras clave: Osteoporosis, ética médica, atención primaria, promoción y prevención.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the osteoporosis is a social, economic and of public health problem characterized by epidemics in developed countries compelling us to prepare and to diffuse programs or health promotion and diseases prevention due to the know risk factors and the availability of diagnostic methods to quantify the bone mass and its loss. The study of the factor influencing in health is an important feature in the sociopolitical planning to achieve the stability of societies.

OBJECTIVES: to analyze the incidence of socioeconomic features in the development of osteoporosis, as well as to assess the social responsibility of scientific community in approach of the potential solutions.

DEVELOPMENT: the costs of the osteoporosis's treatment are substantial trending to increase even more, however, despite the serious Cuban difficulties in the economic order mainly because of the economic blockade imposed by the United States government , the Cuban state has maintained a prioritized care to health field including the development of a care system covering all the population and that make possible to obtain and maintain significant achievements in this sphere.

CONCLUSIONS: the restrictions imposed for purchase of supplies and medical technologies of American origin to use in Cuba, have caused significant damages in the public health services. The osteoporosis requires of actions with other entities out of the health system for its prevention and of a direct action on the risk factors provoking it. The primary care professionals face ethics and legal problems due to the high demand of health and social services for these patients.

Key words: Osteoporosis, medical ethics, primary care, promotion and prevention.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud de la población de los diferentes países constituye una de las mayores preocupaciones, no solo de cada uno de los profesionales de la salud, sino también de los gobiernos de cada país. Su problemática va más allá de los límites nacionales para adquirir una dimensión verdaderamente mundial.

La osteoporosis es una de las enfermedades óseas más frecuentes, que se caracteriza por la disminución de la masa ósea y deterioro de la microarquitectura del esqueleto humano, y se ha vuelto una seria amenaza para la salud de las mujeres posmenopáusicas, que las predispone a un riesgo elevado de sufrir fracturas.¹⁻⁵

La prevalencia elevada de la osteoporosis y su estudio como tema prioritario de la salud pública se justifica por las razones siguientes:

- Es un factor de riesgo de fracturas óseas con la consecuente disminución de la calidad de vida, incapacidad laboral, pérdida de la productividad y aumento en los costos de la asistencia médica, lo cual conforma un problema de salud pública.
- Las medidas para prevenir la osteoporosis, especialmente las que tienden a mejorar la calidad de la alimentación e incrementar la actividad física sistemática para disminuir el sedentarismo, así como la eliminación de hábitos tóxicos como el alcohol, el cigarro y el café, coinciden, en gran parte, con las medidas para prevenir otras enfermedades crónicas no transmisibles, que constituyen una de las primeras causas de muerte en Cuba.
- La baja calidad ósea es un indicador útil para la vigilancia de la salud en las mujeres posmenopáusicas, sobre la cual actúan factores de riesgos modificables, cuyas transformaciones conllevan a una mejoría en la calidad de vida de la población femenina.⁶

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es analizar, de manera general, cómo inciden los aspectos socioeconómicos en el desarrollo de la osteoporosis, así como valorar la responsabilidad social de la comunidad científica en el planteamiento de posibles soluciones.

DESARROLLO

Osteoporosis, consecuencias y aspectos socioeconómicos

La osteoporosis y su variedad más frecuente, la osteoporosis posmenopáusica, constituye un verdadero problema social, económico y de salud pública con características de epidemia en los países desarrollados. Todo ello obliga a preparar y difundir programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, sobre todo, porque se conocen los factores de riesgo y se dispone de métodos diagnósticos no invasivos que permiten cuantificar, con bastante exactitud, la masa ósea y su pérdida.⁵

Los costos del tratamiento de la osteoporosis son enormes y la tendencia futura es que se incrementen. En los Estados Unidos de América la incidencia anual de las fracturas osteoporóticas llega a una cifra cercana a 1 200 000 (el 20 % de estos pacientes morirá, y del 80 % de los que sobrevivan, el 50 % será dependiente de internamiento y cuidados continuos). Los costos de la atención a estos pacientes fueron de 6 100 billones de dólares por año en 1985, y ascendieron a 10 000 billones en el año 2000. En Gran Bretaña, el costo de la atención por fractura de cadera llegó a 500 millones de libras esterlinas al año, y en Francia, las fracturas de cadera y de antebrazo costaron 3,5 billones y 455 millones de francos, respectivamente.⁷

A partir de la crisis económica mundial planteada desde 1973 surge un debate en el sistema sanitario basado en el binomio equidad-efectividad ¿Cómo gestionar los recursos económicos para optar por la equidad?

Los países europeos han hecho los sistemas europeos, y han creado sistemas públicos y universales de asistencia sanitaria. La única manera de optimizar económicamente la sanidad es mediante el incremento de la eficiencia, lo que se hace mejor en los sistemas privados y con ánimo de lucro, que en los públicos y altruistas. En un sistema eficiente, la salud tendrá el coste que deba tener, y ese es el que tienen que pagar los ciudadanos, en este caso, como en cualquier otro, siguiendo las relaciones de mercado.⁸

En las instituciones privadas deben cerrarse todos aquellos servicios, por importantes que sean, que no pueden pagar los ciudadanos o para los que no hay demanda suficiente porque no resultan rentables. De ahí que tenga que haber instituciones públicas de beneficencia, que cubran esos servicios para quienes no pueden pagarlos, y que también rescaten a los más pobres, pero solo como procedimiento subsidiario del sistema privado y mercantil, que es el único capaz de dar eficiencia y calidad.⁸

A pesar de que nuestro país atraviesa serias dificultades en el orden económico, ocasionadas, sobre todo, por el cada vez más recio bloqueo económico impuesto por el gobierno de EE. UU., se ha mantenido por parte del estado cubano una atención priorizada a este sector, que incluye el desarrollo de un sistema de atención de salud que cubre a toda la población, que ha hecho posible alcanzar y sostener importantes logros en esta esfera. El principio de equidad en salud, caracterizado por la garantía de la accesibilidad y la gratuidad de los servicios para todos los ciudadanos cubanos, sin distinción alguna, favoreciendo en todo caso a los más desfavorecidos, ha constituido una muestra de la materialización del proyecto de justicia social de la Revolución Cubana.⁹

Sin embargo, las restricciones impuestas a la adquisición de suministros y tecnologías médicas de procedencia norteamericana para su empleo en el sistema nacional de salud, las afectaciones a la asistencia médica que ello representa, y el impedimento al acceso a la información científica médica avanzada, han causado considerables perjuicios a los servicios de la salud pública cubana.⁹

Por no poderse adquirir los medicamentos o equipos necesarios, los profesionales de la salud cubanos se han visto imposibilitados, en ocasiones, de salvar una vida humana o calmar un padecimiento, con el consecuente daño físico y psicológico sobre los pacientes, sus familiares y los propios profesionales de la salud.¹⁰ No obstante esta difícil situación, la población cubana no tiene que enfrentar los grandes problemas morales y políticos que sufren poblaciones del llamado tercer mundo, e incluso, sectores marginados de la población de países del primer mundo que, como EE. UU., ocupa el lugar 37 entre los 191 países miembros de la OMS.⁹

La justicia sanitaria en nuestro contexto socioeconómico no puede ser aplicada con desconocimiento de los aspectos económicos vinculados directamente al proceso de la atención de salud, en los diferentes niveles de atención; pero, muy en especial, en el primer nivel de atención, donde coinciden las personas sanas y enfermas, familias, comunidad, y el propio personal sanitario del área de salud.⁹ Cuando una persona, por ejemplo, acude al consultorio médico en busca de atención, corresponde en particular al médico adoptar medidas terapéuticas que suponen un gasto sanitario. Muchos profesionales de la salud se refieren a la economía con cierto aire peyorativo, y alegan que no se puede mezclar una ciencia tan humanista como la medicina con elementos relacionados con dinero, gastos, etcétera.

La economía de la salud, como ciencia, trata de ofrecer el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles, y este es un objetivo ético. Los profesionales de la salud desempeñan una relevante y doble función: lograr que los pacientes reciban una atención calificada humanizada, y, además, ser celosos cuidadores del uso adecuado de los recursos que la sociedad entrega al sector salud para el cumplimiento.⁹

Basado en este debate sobre el binomio equidad-efectividad se ven enfrascados los profesionales de la salud cubana, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia médica, mientras que el sistema sanitario de los países desarrollados o en Latinoamérica, para lograr alcanzar el criterio de justicia, ha obligado al sector

público a intervenir mucho más activamente en la sanidad, y por tanto, a establecer nuevos criterios de articulación de lo público y lo privado.⁹

Responsabilidad social de la ciencia

La salud es una de las preocupaciones más importantes de las sociedades humanas. El cuidado de la salud de las personas se inicia en el núcleo básico de la sociedad, la familia. No obstante, en el caso de la osteoporosis como problema de salud, la comunidad científica es la que mayor responsabilidad adquiere, en tanto es quien se encuentra en mejores condiciones para diagnosticar y proponer posibles políticas a implementar a nivel estatal.¹⁰

La ciencia no puede y no debe ser neutral respecto a diversos fines sociales, debe reservar un espacio para la objetividad, y defender su valor como fin auténtico, guarda siempre un compromiso social. Los colectivos que aceptan o promueven la ciencia pueden y deben preguntarse en referencia a qué valores sociales, a qué prioridades e intereses desarrollarán su actividad.¹⁰ En el mundo moderno, la ciencia y los científicos, están en condiciones de sobrepasar el simple planteamiento de los problemas a partir de sus aportes cognoscitivos, debiendo brindar, además, criterios ideológicos, morales y políticos asociados a su solución.¹¹

Tal como se ha planteado, en la actualidad la osteoporosis ha pasado de ser un problema de salud, visto desde el prisma clínico de las enfermedades tradicionales, para convertirse en una enfermedad de causas, entre otras, socioeconómicas y culturales. Es por ello que si su solución se deshumaniza y se basa solamente en criterios técnicos y científicos, nunca será adecuada.

En el sector de la salud, aunque crece su desarrollo tecnológico, se incrementan los costos, la ineficiencia deja insatisfechos a los usuarios, y la accesibilidad a los servicios de salud tanto cuantitativa como cualitativa depende del presupuesto, financiamiento y los costos, por lo que es necesario que los gobiernos den la posibilidad de contar con recursos de salud de forma real que puedan garantizar programas sanitarios que respondan a la situación de salud de la población en cada uno de los países, priorizar a los grupos sociales más vulnerables, y que intervengan precozmente en la detección y control de las diferentes enfermedades.¹²

Somos del criterio de que las investigaciones científicas relacionadas con la osteoporosis deben ser más abarcadoras, no deben centrarse solamente en el monitoreo de la prevalencia de la enfermedad, sino también en su distribución social. Las propuestas de intervención no deben limitarse al cambio de los sistemas de salud o elementos particulares de los hábitos nutricionales, sino además a la transformación de otros factores como los económicos, sociales, políticos y educacionales.

La recopilación de información de datos relacionados con la osteoporosis, así como sus análisis de forma sistemática, contribuyen a la planificación y ejecución de programas y políticas de salud pública que apunten a mejorar la situación económica y educacional, y al mismo tiempo, cambiar los hábitos de vida, tareas indispensables para la prevención y el control de esta enfermedad.

Asumiendo nuestra responsabilidad como ciudadanos, revalorizando socialmente la salud, y promoviendo un equilibrio entre los intereses macroeconómicos y los resultados deseables, debemos encontrar y promover paradigmas, que, en el contexto de las reformas a ejecutar por los estados, favorezcan a los grandes

grupos poblacionales. La tendencia al aumento de la prevalencia de la osteoporosis a nivel global obliga a tomar iniciativas, y a extremar los esfuerzos en el desarrollo de campañas encaminadas a frenar este incremento progresivo y prevenir su aparición.

Quizás el punto de discusión en el desarrollo de propuestas de solución está concentrado en la asignación a nivel estatal de recursos entre el área curativa y la de prevención y promoción. En la actualidad, la gran mayoría de los países, continúan centrándose en el área del tratamiento de la enfermedad y la restitución de la calidad de vida, en tanto son vías que retribuyen económicamente a los estados donde la salud no es de acceso público gratuito.¹³ Consideramos que cualquier iniciativa que pretenda solucionar de forma objetiva esta problemática, debe estar concentrada en beneficiar a la mayoría de la población, reducir las desigualdades sociales, mejorar la calidad de vida y elaborar políticas alimentarias que sean sostenibles financieramente para las grandes masas.

Mientras la mayor parte de los países del Tercer Mundo han renunciado al protagonismo en el campo científico, Cuba insiste en desarrollar una base científica y tecnológica endógena. El problema de la relación ciencia-tecnología-desarrollo es para nuestro país un tema fundamental. Dentro de ese ambicioso propósito la responsabilidad social de la intelectualidad científico técnica es esencial.¹⁰

Después del triunfo revolucionario, el país ha tenido como objetivo el desarrollo de la ciencia y la tecnología con la estrategia de utilizarlo como vía para producir un significativo desarrollo social. Con relación a sus recursos económicos, el país ha hecho un esfuerzo extraordinario en ciencia y tecnología, lo cual expresa una voluntad política muy definida. Cuba sigue apostando al desarrollo científico y tecnológico como vehículo del desarrollo social. La ambición por satisfacer las necesidades humanas básicas y la necesidad de articular de modo beneficioso su economía con la economía internacional, son los móviles del desarrollo científico y tecnológico cubano que descansa en un esfuerzo educacional sostenido por más de 40 años.

La educación dirigida a la población en general, puede ayudar en forma importante en la prevención de osteoporosis y de fracturas osteoporóticas, al lograr cambios desde edades tempranas de la vida en los estilos de vida, y modificar factores de riesgo ambientales comunes a múltiples enfermedades crónicas causantes de un aumento desenfrenado de la morbilidad por esta causa, con la consecuente elevación de los gastos de la salud pública en los diferentes países.

El conocimiento de las investigaciones costo-beneficio en osteoporosis permitirá que las autoridades de salud refuercen algunos planes en el área, entre los que se encuentran los planes de educación para médicos generales y para profesionales de la salud en general.^{14,15} Para el diagnóstico precoz de la pérdida de masa ósea es necesario que los gobiernos faciliten el acceso a la medición de densidad ósea en aquellos individuos en riesgo, así como considerar medidas generales como el enriquecimiento de alimentos de uso masivo con calcio y/o vitamina D.

Determinantes sociales de la salud

La determinación social de la salud se deriva de las formas sociales de producción, distribución y consumo, donde el estado tiene una función esencial. Son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales.¹⁶

Los factores de riesgo están indisolublemente ligados a los procesos y estructuras sociales injustos que lo condicionan y que están determinados por el sistema capitalista, por tanto, la acción política tiene que estar dirigida al cuestionamiento y al desarrollo de acciones estratégicas y prácticas encaminadas a modificar las condiciones que generan la inequidad en salud.

"Los problemas de salud difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del *sector salud*".¹⁶ Si analizamos que "la salud aparece como un producto social en la cual sus actores y las acciones, trascienden significativamente las fronteras del denominado *sector salud*, por lo que se requiere de una respuesta social organizada, sin la cual el enfoque no sería sistémico y por tanto, el nivel de sinergia que se podría alcanzar sería muy bajo",¹⁷ se puede entender perfectamente que la osteoporosis es un ejemplo de estas enfermedades, que requiere de las acciones conjuntas con otras entidades, fuera del sistema de salud, para prevenirlas y modificar estilos de vida que impidan la aparición de los factores de riesgo que la provocan. Ejemplo de ello tenemos la ingestión de calcio desde edades tempranas, lo cual garantiza un aporte adecuado de este mineral a través de la alimentación.¹⁸

Por otro lado, debemos analizar el papel social en el cuidado de la salud de la familia, la cual se cuida sobre sus propios integrantes a través de hábitos y tradiciones, y es considerada como el primer eslabón en el cuidado de la salud. Además, debemos mencionar el papel de la comunidad a través de los líderes comunitarios, los cuales influyen positiva o negativamente en los hábitos tóxicos, como la ingestión de alcohol y cigarro, además del consumo excesivo del café, factores que influyen en el desarrollo de una mala calidad ósea.¹⁹

Si realizamos adecuadas acciones de promoción de salud organizando la atención de la salud localmente, basada en los problemas de la salud, y que el principio básico de su organización no es jerárquico piramidal, sino de redes locales que incluye a los hospitales y otras organizaciones integradas en estrategias únicas de intervención sobre los problemas de salud, fundamentando la atención mediante la ingeniería de procesos para los sistemas y servicios de salud, los indicadores de salud de la población serían mejores basados en la intersectorialidad de los sistemas.¹⁹

Bioética y ética médica en la atención a la salud

El carácter socialista de nuestra medicina constituye la base material sobre lo que se sustenta la moral y la ética de los trabajadores de la medicina cubana. Esta engendra principios éticos radicalmente opuestos a la ética médica burguesa.²⁰ Confundir los valores más importantes de la profesión médica, como son la vida y la salud, con los únicos que el médico ha de tener en cuenta, y por tanto, con los que tiene que triunfar sobre todos los demás a cualquier precio, es volver a las andadas, seguir defendiendo bajo rostro nuevo las ideas de siempre, que eran, precisamente, aquellas que se trataban de superar.²¹

La conducta del médico en su relación con el paciente y sus familiares debe estar basada en los principios éticos. El médico debe enseñarle al paciente y familiares las estrategias necesarias para cambiar su conducta en su salud, en función de los valores que elija libremente, puesto que esto constituye una individualidad, por la que la labor del médico es persuasiva.²² Una buena relación médico-paciente en un individuo con una enfermedad crónica no trasmisible, como lo es la osteoporosis, permitirá vivir al paciente con sus problemas de salud, y el médico debe propiciar y orientar su participación activa, teniendo en cuenta sus criterios, practicando así un principio de la moral que es la autonomía.

El médico de la atención primaria le enseñará al paciente con osteoporosis con o sin sus complicaciones cómo percibir adecuadamente su enfermedad, la cual puede provocarle determinadas limitaciones, pero tiene que aprender a vivir con ellas, y de esta forma, mejorará su bienestar y su calidad de vida, y no lo harán sentirse inferior o inútil. Además, el médico debe ser capaz de evaluar cómo el paciente valora las condiciones sociales que lo rodean para evitar crisis que puedan complicar su enfermedad o aparecer su más temible complicación, las fracturas osteoporóticas.

Las modernas tecnologías aplicadas para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis y otro grupo de enfermedades crónicas suelen prolongar los cuidados al final de la vida, lo cual implica una mala calidad de vida para el paciente y para la familia, y crean conflictos éticos que incluyen al personal médico y paramédico.²³ Debemos propiciar que solo se realicen en cada paciente los estudios complementarios indispensables para llegar al diagnóstico correcto, y eliminar cualquier tendencia a realizar indicaciones que se aparten de este objetivo y provoquen molestias y peligros innecesarios a los enfermos.²⁰

Los profesionales vinculados a la atención de los pacientes con osteoporosis y sus complicaciones más frecuentes, las fracturas, deben conocer y manejar los temas en materia de ética social y legal, así como mantenerse actualizados, por la alta frecuencia con que se presentan problemas en este grupo poblacional. Al mismo tiempo, estos pacientes utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud y los servicios sociales, por presentar mayor fragilidad, comorbilidad y discapacidad. Pero, ¿estamos realmente preparados los profesionales de la APS en estos aspectos éticos y legales para atender a estos pacientes? Esto debe ser un punto de reflexión en los profesionales de la salud cubana, si sabemos la tendencia actual al envejecimiento de la población y el papel rector de la atención primaria de salud.

Ejemplo de ello lo tenemos al analizar los dilemas de los medicamentos en falta, específicos para determinadas enfermedades, entre ellas, la osteoporosis. No han sido pocas las ocasiones en que los profesionales de la salud cubanos se ven enfrentados a situaciones morales verdaderamente difíciles, a pesar del espíritu de la justicia revolucionaria y la voluntad política de la dirección del país para comprar, a través de terceros países, medicamentos nuevos para salvar vidas humanas o para mejorar la calidad de vida del individuo. De ahí, la importancia de incorporar al farmacéutico en el equipo multidisciplinario de salud, y establecer relaciones de trabajo en beneficio del paciente, asumiendo la responsabilidad moral que les corresponde en su ejercicio profesional.⁹

Además, el médico debe indicar los medicamentos básicos y esenciales que existan en el país, para evitar así dificultades e inquietudes en la población con la prescripción de marcas o productos similares no disponibles.²⁰ El médico de la atención primaria de salud, no solo debe conocer la prevalencia y la incidencia de las enfermedades de su comunidad, sino las del policlínico, municipio y provincia a los que pertenece, y, por supuesto, del país, para poder establecer las comparaciones correspondientes. Si conocemos la prevalencia de la osteoporosis en nuestra comunidad, policlínico, municipio y provincia, podremos hacer bien no solo en la prevención de las complicaciones de esta enfermedad, sino también en las acciones de promoción de salud. De esta forma cumplimos con nuestra primera responsabilidad moral: *para hacer bien, hace falta saber hacer; y, para saber hacer, hace falta estar bien informado. Pero solo con saber hacer no basta, es preciso hacer.* De manera que el Médico de Familia deberá dar atención preferente a las personas de su comunidad comprendidas en los programas priorizados, en los que se incluye el Programa de Atención a Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Atención Integral a la Familia.

¿Cuál es la nueva dimensión ética de la relación médico-paciente y del acto médico ante las transformaciones sociales y los logros de la biomedicina? Existen violaciones de la ética profesional individual e institucional de las cuales se habla mucho, pero poco se dice cómo disminuirlas. Un ejemplo que está relacionado con la osteoporosis es la poca información a la población sobre los factores de riesgo relacionados con la enfermedad y cómo prevenirla. Es necesario explicarle al paciente su estado actual de salud, las causas de su enfermedad, e informarle de las medidas de diagnóstico y tratamiento a las que ha de ser sometido. Similar relación debemos tener con la familia para lograr la máxima cooperación y apoyo posibles.

En esta relación médico-paciente-familia debemos mantener una serie de principios ético-médicos que impedirán, en ocasiones, que aparezcan nuevos síntomas o empeoren algunos, y dedicar todos nuestros esfuerzos a la prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de salud.²³ La responsabilidad de la salud no sólo recae en los profesionales que dirigen en el *sector salud*. Como parte de la intersectorialidad todos los líderes sociales y políticos de la comunidad están, por igual, responsabilizados moralmente en la solución de los problemas de salud de la población que los eligió como tales, y para ello es preciso que, como primer paso, colaboren con los profesionales del sector en el diagnóstico de salud de esa población, para luego, desde su esfera de acción, trazar la estrategia correspondiente para contribuir a su solución.²⁴

Al ser la osteoporosis una enfermedad multifactorial, ¿puede el médico solo tratar al paciente? Por supuesto que no, se necesita de un equipo de atención de salud multidisciplinario que le brinde adecuadas recomendaciones para enfrentar la enfermedad, y de esta forma, mejorar su calidad de vida. El propósito principal de la investigación médica en la osteoporosis es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, comprender la etiología y patogenia de la enfermedad, e incluso, tener presente que los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación, para que sean más eficaces, efectivos, accesibles y de calidad. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en la Declaración de Helsinki.²⁵

En su ejercicio profesional el médico jerarquiza 2 principios básicos: no hacer daño y el de beneficencia. Si se acepta que el concepto de beneficencia abarca los actos de prevención de daños, de modificación de condiciones dañinas y de búsqueda de positivo bienestar,²⁶ ¿qué papel debe jugar el médico de la atención primaria en su comunidad frente al control de la osteoporosis? Tenemos que tener presente estos principios cuando realicemos estas acciones en la comunidad de promoción de hábitos y estilos de vida saludables para prevenir esta enfermedad y sus complicaciones, si sabemos que:

- La osteoporosis constituye un problema social, económico y de salud pública con características de epidemia en los países desarrollados, latinoamericanos, incluyendo Cuba.
- El principio de equidad en salud ha constituido una muestra de la materialización del proyecto de justicia social de la Revolución Cubana.
- Las restricciones impuestas en la adquisición de suministros y tecnologías médicas de procedencia norteamericana para su empleo en salud, han causado considerables perjuicios a los servicios de la salud pública cubana.
- Las investigaciones científicas relacionadas con la osteoporosis están centradas en

la prevalencia de la enfermedad, no en su distribución social.

- La osteoporosis es una enfermedad que requiere de acciones conjuntas con otras entidades fuera del sistema de salud con el objetivo de su prevención y su acción directa sobre los factores de riesgo que la provocan.
- Una buena relación médico-paciente permitirá vivir al paciente con sus problemas de salud, y el médico le propiciará y orientará su participación activa, teniendo en cuenta sus criterios, reflejándose así en el principio de autonomía.
- Los profesionales de la APS se enfrentan a problemas éticos y legales por la alta demanda de los servicios de salud y los servicios sociales de estos pacientes.
- Existe poca información a la población sobre los factores de riesgos relacionados con la osteoporosis y su prevención.
- La responsabilidad de la salud no solo recae en los profesionales que dirigen en el sector salud, sino también en los líderes de otros sectores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdivia CG, Szot JM. Epidemiología de la osteoporosis. Boletín de osteoporosis. 1999;28:1-2.
2. Sociedad Chilena de Reumatología-Sociedad Chilena de Osteología y Metabolismo Mineral. Guías de diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis. 2006. p. 24.
3. Danckers PL. Salud ósea y menopausia. Rev Med Clin Condes. 2009;20(1):67-73.
4. Lugones BM. Osteoporosis en la menopausia. Prevención y estrategias terapéuticas actuales. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(3):199-204.
5. Yabur JA. Epidemiología, importancia social y costo de la osteoporosis. Arch venez farmacol ter. 1989;8(2):130-5.
6. Blanco Anesto J, de las Cajigas A, Jorna AR. Influencia del estilo de vida y los hábitos nutricionales sobre la calidad de masa ósea en mujeres postmenopáusicas. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2005;11(2):80-8.
7. Varela ER. Evaluación del polimorfismo del gen VDR como factor de predisposición genética a la osteoporosis y su relación con otros factores de riesgo [tesis para optar por el título de Licenciada en Bioquímica]. MINSAP-La Habana; 2003.
8. García D. Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto? Rev Esp Salud Pública. 2006;80:457-67.
9. Amaro MC. Ética en la atención primaria de salud. Capítulo 5. En: Álvarez Sintés R. Medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 28-49.
10. Núñez Jover J. Rigor, objetividad y responsabilidad social: la ciencia en el encuentro entre ética y epistemología. Capítulo 4. En: La ciencia y la tecnología como procesos sociales. Lo que la educación científica no debería olvidar. Disponible en: <http://www.oei.es/salactsi/nunez05.htm> Consultado: 22 de febrero de 2010.

11. García Galló G. Filosofía, ciencia e ideología, cómo la Filosofía se hace ciencia con el Marxismo. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1980. p. 35.
12. Toledo CG. Determinantes del estado de salud. En: Reyes SM, Sánchez SL, Del Puerto QC, Trujillo MM, Moreno CC, Cruz AA. En: Fundamentos de la salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 330-2.
13. Villalba RD. Paradigmas de salud en las sociedades del próximo milenio. I Congreso Virtual de Cardiología. 1999. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/cvirtual/cvirtesp/cientesp/enesp/enc5406c/cvillalb.html> Consultado: 22 de noviembre de 2009.
14. Eastell R, Reid DM, Compston J, Cooper C, Fogelman I, Francis P, et al. A uk consensus group on management of glucocorticoidinduced osteoporosis: an update. J Intern Med. 1998;244:271-92.
15. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. Recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis: 2001 update. Arthritis Rheum. 2001;44:1496-503.
16. Capote R. Sistemas locales de salud: organización, regionalización, principios generales en Paganini y Capote (Ed). Los sistemas locales de salud. Washington: Publicación científica OPS/OMS; 1992. No. 519. p. 129.
17. Castell Florit-Serrate P. La intersectorialidad. Su beneficio social en la salud y bienestar de la población cubana. En: Folletos Gerenciales. Publicaciones Periódicas. La Habana: Centro Coordinador de Estudios de Dirección. Ministerio de Educación Superior; 2002. p. 4.
18. Hernández TM. Recomendaciones nutricionales para el ser humano: actualización. Rev Cubana Invest Biomed. 2004;23(4):266-92.
19. Capote Mir R, Granados Toraño R. La salud pública en el siglo XXI: tendencias y escenarios. Tegucigalpa: Rossany Aucedá F-OPS; 1996. p. 15-8.
20. MINSAP. Principios de la ética médica. La Habana: Editora Política; 1983. p. 6.
21. Couso Seoane C, Zamora Anglada M, Puro Iglesias I, Del Pino Boytel IA. La bioética y los problemas del adulto mayor. MEDISAN. 1998;2(3):30-5.
22. Rodríguez Arce MA. Relación médico paciente. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 64-9.
23. Pérez SR, García SJ. Bioética en el adulto mayor. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/bioetica_en_el_adulto_mayor.pdf Consultado: 23 de marzo de 2010.
24. Ocampo MJ. Bioética y ética médica: Un análisis indispensable. Rev Fac Med UNAM. 2007;50(1):21-4.
25. Finlandia: Asociación Médica Mundial. Principios de la ética para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp Consultado: 23 de marzo de 2010.

26. Amaro MC. Problemas éticos y bioéticos en enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 27.

Recibido: 26 de abril de 2010.

Aprobado: 26 de mayo de 2010.

Ana Rosa Jorna Calixto. Calle 25 no. 804 entre B y C, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. Correos electrónicos: fveljorn@infomed.sld.cu; urgrav@infomed.sld.cu