

## Conceptualización de la salud en el siglo XXI y su impacto en la sociedad

---

### Articulación e inclusión en salud en el siglo XXI

---

AA Dra. Pilar Mazzetti Soler

---

Les voy a hablar desde mi experiencia de vida y mi relación con la salud. Ustedes saben que soy neuróloga, casi genetista dentro de poco porque trabajo en neurogenética; parte de mi percepción tiene que ver con el hecho de que me muevo en varios mundos y por ejemplo, voy todos los días desde Chacarilla hasta los Barrios Altos, específicamente al costadito de la Huerta Perdida. Por otro lado, tengo una óptica bastante sesgada de trabajo para el Estado y a pesar de que el Estado es percibido como un desastre, yo sigo creyendo en la organización del Estado y en la trascendencia del Estado para cautelar el bien común y para que pudiera, en algún momento, aglutinar los mejores cerebros de nuestro país, porque manejan el bien común justamente, aunque todavía nos falta mucho para llegar a esto.

Parte de mi óptica tiene que ver con ciertas concepciones de vida, la espiritualidad de uno. No soy miembro de una religión en particular, pero particularmente parte de mi trabajo en salud me ha llevado a trabajar con mucha gente de ciertos grupos religiosos y también eso ha enriquecido un poco mi percepción y está involucrado en algunas de las cosas que voy a mencionar. Además, parte de mi visión tiene que ver con mi experiencia en sí por el despacho en Salud, por el despacho de Interior. Probablemente el de Interior curiosamente más que el de Salud.

Por otro lado, empiezo a entrar en la etapa de la vida en que se acumulan muchísimas experiencias, uno quisiera tener menos experiencias, pero en el medio hay cosas que no se pueden detener. Todos sabemos que la salud

ha pasado por muchas transiciones trascendentes. En primer lugar, la época en que se empezaba a hablar del agua potable, el saneamiento, mejorar las condiciones higiénicas y cómo de pronto todas las ciudades empezaron a cambiar, las poblaciones empezaron a cambiar y empezaron a reducirse una serie de muertes que eran fáciles de reducir simplemente mejorando la calidad del agua, mejorando la nutrición de la gente y demás.

Poco a poco atravesamos lo que se llama transición epidemiológica. No todo el mundo está de acuerdo con eso, pero accedimos a mejores medicamentos, empezó a facilitarse diferentes maneras de acceder al sistema de salud y ello determinó que empezara a disminuirse y a controlar las enfermedades comunicables, aunque al mismo tiempo estaban surgiendo aquellas enfermedades que no eran transmisibles. Y estamos ahora en un momento de cambio de la organización de salud en todas partes y sobre todo en una seria reflexión acerca de las características del financiamiento.

Si nosotros quisiéramos realmente darle cobertura de salud a todo el mundo, lo cual sería un estado muy interesante, significaría también un serio problema presupuestal para cualquier Estado y para cualquier enfoque que se quiera hacer de la salud. Es por ello que en este momento esta reflexión sobre nuestra organización y financiamiento se vuelve muy importante. Se habla en nuestro país mucho, del pago directo de bolsillo, de la segmentación del sistema. Nosotros intentamos llevar una cobertura de salud para todo el mundo, pero miren la paradoja,

en Lima donde está un tercio de la población de nuestro país, hasta el 34% de los ciudadanos peruanos no tienen cobertura de salud, no acreditan para el SIS y por otro lado, no tienen cobertura de otros niveles entonces están “entre dos aguas”.

En realidad, todos los cambios que hemos estado viviendo parten del hecho de que la salud se ha movido a partir de un enfoque de derechos en las últimas décadas y creo que esto ha cambiado todo. En algún momento una persona me mencionaba por qué hablamos pues tanto de derecho en un país donde no tenemos nada, donde son muy pobres. Y yo le decía justamente porque somos muy pobres, porque tenemos poco dinero, porque tenemos pocas posibilidades de decidir es que tenemos que partir de nuestras decisiones de un enfoque de derechos. Luego los años pasaron y nuestro país está poco a poco mejorando y en realidad es desde el enfoque de derechos que miramos hacia la cobertura universal de salud.

Por otro lado, la cobertura universal de salud, esto es por supuesto, como todos se habrán dado cuenta, de la OMS, nos ayuda mucho el pensar en la cobertura universal de salud, a reflexionar en tres aspectos muy importantes. Quién está cubierto y los aspectos vinculados con la equidad. Desde el punto de vista del servicio, qué servicios están cubiertos y los conceptos vinculados a la integralidad de la atención y, por otro lado, los gastos directos, qué gastos van a ser cubiertos. Una forma también de establecer la equidad, de tal manera que todos podamos contribuir unos más, unos menos, con los otros que tienen menos o más en salud y podamos establecer un equilibrio cuando miramos todos juntos hacia la cobertura universal en salud.

Tal vez uno de los aspectos más importantes que ha marcado el fin del siglo pasado y que está marcando el inicio de este siglo son los determinantes sociales. Todos hemos sido conscientes intuitivamente de la trascendencia de los aspectos socioeconómicos, de la trascendencia de los diferentes aspectos culturales, de la trascendencia de todos los microambientes que todos tenemos en nuestro país para abordar la salud, pero no habían sido tan estructurados como lo habían sido a través de este esfuerzo que ha hecho la Organización Mundial de la Salud para conceptualizar estos determinantes sociales y que todos podamos contribuir a este enfoque de tal manera que el individuo se ve inmerso en todos estos factores y verdaderamente se integra el individuo con su sociedad y con su ambiente.

Tal vez por el hecho de que he tenido que estar en el Despacho de Salud y en el Despacho del Interior, los aspectos de financiamiento me interesan muchísimo y he estado reflexionando como ha ido evolucionando el financiamiento y las cosas que me han llamado la atención. Cómo hemos cambiado, de la época que yo era estudiante de medicina y estábamos enfocados en nosotros. Cómo atendía el médico, dónde atendía, a qué hora podía llegar, donde ponía su carro, dónde tenía el papel, etc., etc., entonces, la concepción a partir de uno, el médico. A partir de que tengamos lo necesario para el servicio para atender, a partir de los insumos necesarios. Pero todo eso con el enfoque de derechos ya cambia. Y toda la oferta en realidad termina centrándose en la persona, es decir, qué es lo que la persona quiere, cómo quiere ser atendida, cómo conceptualiza su salud, cómo se integra en su salud al medio ambiente, de tal manera que afortunadamente ahora ya esto se ha cambiado y todo está centrado en la persona.

Desde el punto de vista del financiamiento y cuando nos centramos en la persona, miren ustedes la paradoja. Ideal sería tener 7 a 8 % de nuestro PBI invertido en salud. Pero los países de las Américas estamos en 3.8%, nosotros estamos alrededor de 5% según como saquemos los cálculos, cifras más, cifras menos. Entonces, miren ustedes como todavía, a pesar de que hemos mejorado, todavía nos falta para llegar a un financiamiento de la salud que sea adecuado. Esto nos lleva a que, si nosotros vamos a caminar de 3.8 a 7-8% del PBI para salud, necesitamos pensar que éste camino al éxito está plagado de un cambio de mentalidad. No podemos seguir avanzando en este siglo si no cambiamos de mentalidad. La ineficiencia del Estado es tremenda y se los puedo decir yo con testimonio personal. Por ejemplo, nos van a multar no se con cuantas UIT en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, porque en emergencia no tenemos gineco-obstetricia, traumatología, pediatría, y somos el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas y nosotros no hacemos esas cosas. Entonces, uno le explica al sujeto que nosotros no hacemos eso. Somos un Instituto de Neurología. O sea que nos pidan neurocirujanos, neuro-pediatras. Pero otras cosas no hacemos. No, la norma dice que eso debemos tener. No sé cuántas UITs. Va a ser fabuloso que nos multen, porque por supuesto yo le tiro la multa al IGES, el IGES se la tira al MINSA, el MINSA se la tira al MEF y nunca van a ver el dinero, porque presupuesto para eso no hay.

Pero miren ustedes el absurdo de la ineficiencia. Una persona entrenada con un sueldo pierde su tiempo llegando

hasta Barrios Altos y arriesgándose a que lo asalten para decirnos que debemos tener gineco-obstetricia en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Eso solamente por dar un pequeño ejemplo, imagínense ustedes la ineficiencia cuando nosotros no podemos escoger los insumos que necesitamos de acuerdo a criterios de calidad sino por precio, y terminamos escogiendo lo más barato y se rompe en cinco minutos.

Verdaderamente, la pérdida de presupuesto por ineficiencia es tremenda y esto nos lleva a analizar algunas cosas. Por ejemplo, ¿Si el Estado es ineficiente vamos a proporcionar salud desde dónde?, ¿Desde el Estado, desde los privados, desde ambos? Mi concepción personal es que el Estado tiene la obligación de mejorar, tiene la obligación de considerar que es una empresa cuya ganancia es la calidad de vida de los ciudadanos. De tal manera que, si el Estado no parte de la idea que es una empresa que tiene que proporcionarle al ciudadano un producto que es el bienestar, la salud del ciudadano en una concepción integral, estamos todos perdidos.

En realidad, muchas de las tendencias que hay en la actualidad hacia una privatización de salud o hacia compartir los aspectos público-privados, tiene mucho que ver con que todo el mundo se aprovecha del hecho de que somos ineficientes como Estado. Lógicamente somos ineficientes porque arrastramos una serie de aspectos que en este siglo van a tener que cambiar. De todo nuestro personal, el 54% es mayor de 50 años, ¿dónde está el recambio? A ver pídane a una persona mayor de 50 años que haga 10 guardias al mes.

Hay una serie de cosas que tienen que ver con el recambio generacional en las instituciones y el Estado no tiene recambio generacional, y no hay renovación de cuadros, no hay gente con otra mentalidad que se incorpore al sistema, entonces mis historias son más y yo me siento encima, y nadie que me agarre mis historias porque se va robar mis ideas seguramente. Miren cómo estamos atrapados y tenemos que romper el círculo de ineficiencia propio del Estado.

Ahora, cuando nosotros tenemos intervenciones en base al financiamiento, intervenciones que siguen las etapas de vida de la persona, atenciones integrales que lo acompañen a lo largo de su vida, ésta es la proyección que probablemente está mejor adaptada al hecho de que la persona no tenga lo que necesita. Es decir, que sienta que está con una situación de bienestar.

En el inicio de la vida, es fundamental para no perder las neuronas, fundamental para establecer los mecanismos

que nos permiten vincularnos a la familia y vincularnos a la sociedad en el momento adecuado. Durante el desarrollo temprano poder ser vigilado y que nos proporcionen la atención necesaria.

En San Juan de Lurigancho, Miriam Velarde en el Instituto hizo un trabajo en escuelas primarias estatales, donde hay 18% de trastornos del desarrollo, no de los severos, sino de los que se arreglan con 3-6 meses de terapia. Entonces, miren la trascendencia de que el sistema nervioso de nuestros niños pueda ser adecuadamente vigilado en su desarrollo y se les proporcione los estímulos. Y a lo largo de la vida, la persona que puede acceder a una educación adecuada en los momentos adecuados para desarrollar todas sus habilidades, en el momento en que trabaja, las condiciones adecuadas, el ambiente saludable, búsqueda de prevención, el envejecimiento saludable, de tal manera que podamos tener realmente a lo largo de las etapas de nuestra vida una atención integral.

Ahora, ¿cómo nos estamos moviendo? Nos movemos a anticiparnos a las cosas. Ya el mundo está cambiando y eso solamente de recuperar la salud se está quedando atrás. Recuperar la salud es una parte importante aún, pero más importante debiera ser la prevención y la promoción de la salud, cosa que tenemos bastante olvidada.

Tuve la oportunidad de compartir con los trabajadores del Ministerio de Salud, los 70 años de fundación del Ministerio, y en la parte final he estado pensando, a dónde debe ir el Ministerio de Salud en ese momento. Y lo que les dije fue, nos hemos pasado 70 años recuperando la salud, ya es tiempo de que dediquemos los próximos 70 años a prevenir y promover condiciones de vida saludable. Creo que no hemos avanzado mucho. Estamos abrumados por la situación asistencial.

En ciencias neurológicas nosotros damos tratamiento preventivo para la migraña, pero lo ideal es que tuviéramos el tiempo de decirle al migrañoso o migrañosa crónica, mira, uno tiene migraña crónica, porque la migraña crónica tiene nombre. Mi migraña crónica se llamaba Dr. Cuba. O sea, el estrés que me generaba el Dr. Cuba evidentemente me provocó migraña crónica, y eso también acentuado por el hecho que tenía que hacer muchas guardias porque era residente de primer año. Entonces yo conceptualicé esto y lo entendí; bueno ya di un paso adelante para liberarme de la migraña y ya no tengo migraña ocasional hace tiempo. Las pocas veces que he empezado a recaer, siempre ha tenido nombre. Por ejemplo, una vez al mes es mi migraña habitual, cuando tuve una por semana estaba

en el Ministerio del Interior. Todo tiene una razón de ser, y debemos de tener tiempo para hablar con los pacientes y no lo tenemos. Se los digo porque yo trabajo en consulta en el hospital. No lo tenemos.

El otro aspecto que nos está pasando en los establecimientos de salud es el desarrollo acelerado de la tecnología, y muchas veces no somos capaces de analizar en los establecimientos de salud, si esa tecnología que es lo último realmente significa un beneficio para la atención de nuestros pacientes. Ese es el otro aspecto que tenemos que analizar con respecto a la tecnología maravillosa, pero hay que ver si realmente tiene valor cuando hablamos nosotros de aspectos de salud para la gran mayoría de nuestros pacientes. La tecnología actual está teniendo costos altos, pero las otras más bien van bajando y allí viene la dicotomía de los costos en la tecnología.

Para el Estado, el mantenimiento y la operación son costosos. Tenemos un resonador Tesla 3 maravilloso en el Instituto y para que vean lo que significa, operación. No hay un solo tecnólogo en nuestra institución que puedan operar los equipos. Hemos contratado tecnólogos de otras instituciones, a través de contratos de terceros, para que los operen, y llegamos al punto en el cual el resonador funciona las 24 horas del día. O sea, es una máquina hecha para trabajar las 24 horas del día, no hay que apagarla. Es más no se debe apagar. Y de 12 hasta las 7 de la mañana, no funciona porque no tenemos personal para operar y no tenemos más dinero para contratar más tecnólogos de otro lado o a los mismos que tenemos que pagarles más. O sea, prohibido modificar el presupuesto, entonces una máquina excelente, que podría atender varias personas más, no puede tener capacidad de operación. Las paradojas de la tecnología. Es más, necesitamos otro resonador Tesla 1.5, ahora tenemos que hacer un proyecto de inversión. ¿Saben cuánto demora? 3-4 años, ya estarán en Tesla 7 por lo menos dentro de 3-4 años. Entonces, nuevamente todo el reto tecnológico que estamos teniendo.

Los modelos de gestión están cambiando mucho. Miren ustedes cómo estamos teniendo todo un desarrollo maravilloso del SIS. Ahora sí les advierto que el SIS tiene dos versiones. Mi versión desarrollo maravilloso del SIS, cuando lo podemos gestionar adecuadamente. Cuando entré a la gestión eran 150 mil soles mensuales. Ahora ya estamos en el millón mensual y seguimos creciendo. Y se nos están ocurriendo más cosas para que se nos pague más por nuestro trabajo correctamente. Pero en otras ejecutoras es terrible. Hablé con un congresista

que es médico, dice, doctora usted me está hablando de otro SIS. Porque lógicamente le rebotan todas sus hojas, los médicos tenemos doble moral. En la clínica vemos cuándo le dimos fenitoína al paciente, contamos uno, dos, tres si son 30 días y le damos nuevamente fenitoína. En el hospital le doy fenitoína el lunes, el miércoles, el viernes y si es posible el domingo y el paciente saca, y saca, y saca fenitoína. Entonces miren cómo la doble moral hace que algunos aspectos vinculados con el financiamiento fallen.

Son muy interesantes las interacciones que están ocurriendo ahora para la gestión. Por ejemplo, el poder interactuar con el servicio de salud de la policía, el poder interactuar con el servicio de EsSalud, el poder interactuar con algunas instituciones privadas que están demandando nuestros servicios, está volviéndose muy interesante. Tenemos que estar muy alertas para que nos paguen. Habitualmente al Estado no se le paga y como el Estado es torpe para reclamar su dinero entonces nos quedamos sin dinero. Hasta la fecha nos deben la Caja del Pescador y nos debe EsSalud, una cantidad de dinero de la época de los 80 más o menos. Entonces, las cosas cambian, pero nos falta capacidad operativa y los modelos de gestión se están volviendo muy interesantes hay que empezar a analizar las APP. Yo tengo la impresión de que debemos estudiar mucho más las APP y cuidar mucho mejor el Estado. Pero como el Estado carece de capacidad de supervisión, todo puede pasar allí. Y, por otro lado, hay aspectos vinculados también, y hay que decirlo claramente, con explotación. Ya hemos tenido colegas neurólogos que han ido a trabajar, han renunciado al hospital y han ido a trabajar a la APP y se han regresado corriendo. ¿Por qué? Porque imagínense un neurólogo atendiendo 4 pacientes por hora. A ver, vean ustedes una enfermedad de Alzheimer en 15 minutos. Si ya tiene diagnóstico puede ser. Pero en condiciones normales nosotros los vemos según los protocolos en neurogenética, una familia por hora. En Parkinson, en Alzheimer un paciente cada media hora y todo eso está presupuestado, está protocolizado, aprobado y demás y nos pagan lo necesario para eso.

Otro aspecto fascinante es la atención multidisciplinaria y creo que ese es uno de los grandes retos de la medicina. La integralidad de la persona y poderla abordar desde todos sus ángulos. Proporcionarle todo lo que la persona necesita. Porque muchas veces viene por migraña, pero en realidad lo que necesita es librarse del Dr. Cuba, poner en orden a los policías, y todas esas cosas. Entonces, la integralidad es muy importante y esto hace que la atención multidisciplinaria asuma nuevos retos.

Nosotros tenemos un programa de escucha en el hospital. Nuestro capellán, el padre Pablo tiene un programa de escucha. Yo le he conseguido la oficina, conseguido todo lo que tenía que conseguirle, porque hace una labor fabulosa. Y muchas de las personas que acude al instituto pasan consulta, por así decirlo, con él. Allí estamos por costear eso y hacer que lo asistan bien. ¿Por qué? Porque es un trabajo del padre, quien necesita materiales, entonces, es una alternativa muy interesante.

Y tal vez lo que a mí me resulte más interesante de la evolución de la salud, es la participación de los ciudadanos. La concepción de que ellos son los que dirigen su salud, ellos son los que tienen que organizarse hacia la salud. Lo he visto en lo personal desde genética con las familias que padecen enfermedades raras y cómo hemos generado grupos humanos familiares alrededor del paciente y cómo cada uno de los familiares ha empezado a incorporarse en la atención y luego ha empezado a pensar en su propio dilema frente a la enfermedad genética y ha asumido el hecho de tener que explorar los riesgos y demás. Creo que la concepción de que nosotros los ciudadanos somos responsables de nuestra salud es fundamental.

Uno de los aspectos que me parece claramente definen la articulación y la inclusión en este momento es la encuesta "Mi Mundo" que está haciendo la Organización de las Naciones Unidas. Es una encuesta fascinante donde hay 16 ítems, y uno entra, pone sus asuntos demográficos y marca qué es lo que quiere para que su mundo sea mejor. Uno escoge 6 alternativas de la lista. Esto empezó en el 2014, y hasta la fecha la tendencia estadística es exactamente igual, 66% consideran en primer lugar una buena educación y 54% en segundo lugar una atención de salud. Y se mantiene así, o sea, cada vez se distancia más del resto, se sigue alimentando y es fascinante. Miren ahora lo fascinante, podemos preguntarles a las personas qué quieren para darles una atención adecuada a través de todos estos sistemas.

Ya hay alrededor de 3 millones de personas que han respondido a la encuesta a nivel mundial y algunas cosas llamativas, ¿Quién se preocupa más por la salud? Un poco más de hombres de 16-30 años y aquí sí tenemos un problema que los de salud debemos abordar. La gran mayoría tienen instrucción secundaria en adelante. Entonces, necesitamos que justamente la población que está más en riesgo tenga más información sobre la trascendencia de salud, aprenda sobre su cuidado integral de salud y sobre la trascendencia de su relación con la sociedad y con el ambiente para cuidar su salud. Porque, por ejemplo, sea secundaria en adelante quiere decir que

las otras personas están en riesgo. Y también aquí lo vemos en la parte de ingresos, más se preocupan por su salud las personas de ingresos medios. Esto es un fenómeno que refleja claramente cómo ahora podemos nosotros incluir a muchas personas y podemos articular toda esta información para que podamos lograr y se enseñe planes, proyectos todo lo de salud, en base a lo que las personas realmente desean y que nos demos cuenta por estas respuestas dónde estamos fallando y donde quiénes no estamos llegando. Estos retos realmente para este siglo son fabulosos.

Algunas reflexiones. Estamos en un proceso de cambio en la comunicación. Tenemos que adaptarnos a los cambios comunicacionales. Las personas ahora no leen. Muchos de nosotros, todavía tenemos especial vinculación directa con las páginas de nuestros libros. Pero eso está cambiando. Y ahora la gente accede a la comunicación de otras maneras. Y el grupo de investigación de David ha sacado unos folletos con definiciones muy prácticos, y eso hace que podamos llegar a las personas de otras maneras. No es que sea malo ni bueno, es diferente. Y lo que más nos cuesta a los seres humanos es aceptar lo diferente.

Entonces, tenemos que adaptarnos a los cambios y empezar a enviarles Whats App a los pacientes y empezar a enviarles recordatorios a través de sus correos. Por darles una idea, nosotros hemos puesto información en la parte de atrás de la estampa de Cristo Pobre, porque en Barrios Altos quién va a botar la estampa del Cristo Pobre. Entonces, hay que buscar otras formas de llegar a las personas y que realmente tengamos la opción de poder llegar a ellas a través de todos los medios de comunicación fabulosos que existen en este momento.

El otro aspecto tiene que ver con la formación de nuestro recurso humano. Mucho de los trabajadores de salud, por ejemplo, se incomodan cuando la familia ingresa con el celular y nos empieza a grabar. Claro todos pensamos en los problemas médico-legales, pero piensen ustedes en la otra parte. O sea, mi familiar está en Timbaktu, yo estoy llevando a mi mamá a consulta y mi familiar está en Timbaktu pero está allí, y con el celular me ha pasado, hacer consulta con el celular conectado y con el otro familiar allí, hablando también, y en realidad es una posibilidad de comunicación tremenda, fabulosa.

Nosotros somos los que tenemos que cambiar nuestra concepción y tenemos que prepararnos para esto. Igualmente, el recurso humano debe tener en este

momento mucha más flexibilidad. Si nosotros pensáramos en la falta de recurso humano, vamos a ser los médicos los que vamos a dar todas las atenciones. Eso va a tener que cambiar, y no nos estamos preparando para eso. Porque la evolución del mundo no la para nadie, mucho menos nosotros los médicos. Por consiguiente, tenemos que cambiar nuestra formación, de tal manera que nos adaptemos a las necesidades de las personas y de la sociedad.

Igualmente, los cambios de tecnología. Es muy importante difundir algunos aspectos de la tecnología. En el Instituto hicimos una encuesta para ver el pedido de resonancia y descubrimos que siendo nosotros 79 neurólogos y 13 neurocirujanos, el 80% no sabía pedir una resonancia. Es decir, marcábamos resonancia magnética nuclear cerebral o de columna, punto. Entonces, con nuestros radiólogos hemos hecho un esquema nuevo y ahora marcamos para qué necesitamos. Hay paquetes para enfermedad degenerativa y para que el neurólogo y neurocirujano aprenda dice todas las secuencias que hay que pedir. Está marcadito y entre paréntesis las secuencias. Ahora ponen resonancia con T1 más T2 más difusión más perfusión más no sé qué. Entonces, hemos ido aprendiendo de tal manera que estos cambios rápidos no nos lleven de encuentro.

Otro aspecto importante es la gestión del conocimiento, que no entendemos colegas. ¿Qué nos pasa a nosotros en neurogenética? El paciente con una enfermedad rara, han agotado todas las posibilidades, le toman una muestra y hacen secuenciamiento de nueva generación. Y sale una lista de cosas que nadie sabe cómo interpretar. Algunas veces sale una mutación en una estructura funcional. Usted tiene una mutación en este gen que produce tal cosa y coincide con la patología. Porque muchos de nosotros aquí tenemos mutaciones, no necesariamente clínicamente significativas y a veces nos pasa que hay una de esas y no sabemos qué decirle al paciente. La información que tenemos ahora es tanta, que muchas cosas que no sabemos y tenemos que abordar a nuestros pacientes en forma distinta, para que ellos también se den cuenta que hay cosas que desconocemos. Y hay que ser honesto en saber que no sabemos todavía cómo interpretar.

La medicina personalizada, es también otro reto fabuloso. A mí me pasó en Francia, años atrás cuando recién empezaba en la neurogenética, que llegó un sujeto se sentó, me saludó y me dijo, sabe qué, yo tengo una mutación Charcot Mary Tud, yo soy del tipo 1. Yo lo miré y me dije, para qué vendrá este señor entonces, si ya sabe

su mutación y todo. Es que yo quiero saber si estoy en el tipo 1A o 1B. O sea, cuál de los tipos de mutación había dicho que quería saber.

Entonces, miren en ese ejemplo antediluviano del 90, ya estaba empezando este asunto en el cual todos nosotros estamos yendo a una búsqueda de información para nuestra salud muy directa. Ya yo quiero saber si puedo metabolizar rápido o lento. Por ejemplo, la warfarina. De repente me conviene invertir en otro tipo de productos. Ya yo quiero saber si soy una persona que porta el alelo 4 homocigoto y tengo 4-5 veces más riesgo de Alzheimer. Para hablar solo de la genética que yo manejo, no de todos los otros aspectos que hemos hablado de medicina personalizada.

En la vorágine de la salud; en la saturación de la salud, tenemos el tremendo problema de la deshumanización. Cuando uno ve un paciente cada 15 minutos, uno mira la pantalla y al paciente no o sea, uno lo mira cuando le da la mano, si le da la mano y uno lo mira cuando le da la receta, o uno pone la receta en el escritorio para hacerlo más rápido. Entonces, estamos pasando por un momento sumamente difícil, y nosotros mismos somos los médicos y el personal de salud en general.

Entonces, eso está generando el estrés que se vive en salud, la tremenda demanda que se vive en salud está generando que todos nos rodeemos de una cápsula de cisticerco, para tratar de sobrevivir a todo eso y tenemos que encontrar técnicas para luchar contra eso que es muy difícil. Mi personal, cuando tiene que levantarse a las 4.30 de la mañana para cocinar y después que ha cocinado y haya arreglado todo, toma su micro una hora para llegar temprano al hospital, trabaja todo el día y sale espantado de que lo asalten afuera y llega a su casa a las 7-8 pm. Entonces, tenemos todo un problema de abordar toda esta deshumanización de la medicina, que tiene que ver con la saturación que tiene que ver en otros lugares con el exceso de tecnología que ya mecaniza la atención y perdemos los otros aspectos.

Los problemas que nos rodean, el cambio climático. Miren ustedes en los últimos dos años, todos los bichos raros que hemos tenido. El Zika, el chikungunya, y no sé cuántas cosas más y cambia cada una a la velocidad del rayo y estamos teniendo nosotros que adaptarnos. En el instituto, el año pasado empezamos a revisar zika, para tratar de estar preparados para todo esto. Entonces, muy importante, todos los cambios que están sucediendo, y que las instituciones nos mantengamos muy alertas, los que

trabajamos en salud también porque está cambiando todo y todo está empezando a suceder tan rápido que ya nos deja indefensos frente al cambio y desarticula el sistema.

La sociedad: La sociedad también está cambiando, las definiciones de diferentes tipos, el género, la composición de la familia van cambiando notablemente. Hay cosas que no van a parar, se podrán atrasar. Entonces, tenemos todos que asumir una posición, tenemos que empezar a flexibilizar nuestra mente y adaptarnos a los cambios sociales que están sucediendo y adaptarnos a la tremenda diversidad cultural. Ya no hablamos de la diversidad cultural del Perú. A ver, cuántas personas musulmanas han migrado últimamente. Los matrimonios, por ejemplo, entre diferentes grupos son ya sumamente frecuentes y generan tensión social, porque no es exactamente lo mismo que una pareja que ha tenido más o menos ciertas experiencias en común con uno, que una pareja que viene de otro grupo social totalmente diferente. Entonces, también la diversidad cultural, cuando hablamos de salud, hay concepciones de la salud distintas y hay pacientes que no tienen la misma idea de lo que es salud que nosotros, y empezamos a colisionar.

Por último, los dilemas éticos. Los problemas de identidad, los problemas de decisión que tenemos ahora. En este momento, por ejemplo, la anticoncepción oral de emergencia (AOE) que se está repartiendo en todas las instituciones,

Si llega a ciencias neurológicas hemos puesto en emergencia y hemos hecho un pequeño manual para los neurólogos para que sepan cómo administrarla y les hemos puesto una lista de sitios donde tienen que derivar a la persona. Porque la idea es por supuesto que los tres millones de personas que compraron AOE, debieron ir a planificación familiar y no hubieran sido tres millones sino mucho menos. Entonces, qué hace uno de los neurólogos de la institución de guardia, si la niña de 12 años, que legalmente no puede consentir y que lógicamente viene solita, viene a solicitar anticoncepción oral, porque estuvo con su enamorado y no tomó ninguna precaución. Miren ustedes el dilema que tenemos, le damos la medicación o no se la damos. ¿Qué riesgo corremos si se la damos?, ¿Qué riesgo corre ella si no se la damos? Así tenemos una serie de problemas aquí. ¿Quién toma la decisión?, la toma la niña, la niña tiene que venir con su familiar, la toma

su familiar, ¿quién toma la decisión? ¿Quién decide en un paciente decorticado, descerebrado, con daño cerebral catastrófico?, sobre su fin de vida, las condiciones de su fin de vida. ¿Qué hacemos cuando la mitad de los hijos dice métalo a la UCI y la otra mitad dice, no de ninguna manera, la UCI no, déjenlo en la habitación?

Entonces, estamos enfrentado ya a una serie de dilemas éticos también muy rápidos. Hace poco salió un caso que me llamó mucho la atención desde el punto de vista de la genética. Una persona tomó el semen de su pareja que había fallecido dos o tres años atrás y se embarazó. ¿Habrá dejado ese caballero herencia en algún lugar?, porque esos niños, cuando se repartió la herencia no existían. Y esos otros familiares que ahora tiene no saben absolutamente nada de su existencia, ¿y la persona que murió, autorizó que se utilice el semen para tener hijos post mortem? Son los dilemas que estamos teniendo.

Hacemos un diagnóstico de Huntington en un feto, para que luego nazca el niño y las estadísticas han demostrado que cuando los padres saben que el niño va a tener Huntington se demoran más en llevarlo a salud y gastan menos en su atención. Entonces, miren ustedes las paradojas que estamos teniendo ahora que enfrentar.

Y llegando a la parte propiamente genética, ¿qué quieren ustedes para sus hijos?. Hijos genios, de dos metros de altura, etc.,etc., O sea, la gennobleza, para el que lo puede pagar. Una nobleza genética, con las mejores características así, check list, y los mejores genes. O vamos a apostarle por la modificación genética para tratamiento o por lo menos para aliviar las manifestaciones. Entonces, miren los dilemas éticos que estamos teniendo que enfrentar, y por si acaso, ya los tenemos en el Perú, como habrán visto en algunas noticias que han salido en el periódico, sobre asuntos de identidad y demás, ligado a la genética. Entonces, ¿Qué es lo que estamos teniendo alrededor de la salud en nuestra patria si buscamos una salud que esté bien articulada y una salud que sea inclusiva? Esta salud es la que me parece debiera estar centrada en un concepto mucho más grande y trascendente, que no es solamente que no me enferme, que no es solamente me lleve bien con mi medio y que me sienta bien, sino que además tiene que estar vinculada con el desarrollo de la persona como tal, en armonía con todo lo que le rodea.