



PROGRAMA

**Miércoles 7 de mayo de 2014
18:00 horas**

Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

IN MEMORIAM DEL DR. SANTIAGO GENOVÉS TARAZAGA
Coordinador: Dr. Guillermo Soberón

Introducción

Dr. Guillermo Soberón

Santiago Genovés: Colaborador y funcionario
Dra. Mari Carmen Serra Puche*

Santiago Genovés: mi amigo
Dr. Rubén Lisker

Santiago Genovés, mi padre
Dr. Diego Genovés*

Miércoles 7 de mayo de 2014



19:00 horas

Presentación del trabajo de ingreso:
Comparación entre vigilancia, radioterapia adyuvante y radioterapia de salvamento después de prostatectomía radical en pacientes con cáncer de próstata en estudio pT3 o mayor y/o márgenes positivos
Francisco Tomás Rodríguez Covarrubias

Comentario oficial: Guillermo Feria Bernal

SIMPOSIO:
MEDICINA PALIATIVA: RETOS Y AVANCES

Introducción
Juan Ramón de la Fuente Ramírez

La perspectiva de los Institutos Nacionales de Salud
Armando Mansilla Olivares

Que recursos humanos se requieren
Enrique Graue Wiechers

El manejo del dolor con la ciencia y la técnica disponibles
Ricardo Plancarte Sánchez

El marco jurídico deseable
Lorena Goslinga Ramírez *

Discusión

*Por invitación



Inicia el *In Memoriam* a Santiago Genovés Tarazaga en punto de las 18:00 hrs, comentando el Presidente de la ANM Dr. Enrique Ruelas que el Dr. Santiago ingresó a la corporación el 5 de noviembre de 1969; da la palabra al Dr. Guillermo Soberón quien además de agradecer a la mesa directiva lo hace por tener el honor de fungir como coordinador en dicho acto para dar reconocimiento a un miembro ilustre de nuestra corporación, cuyo fallecimiento fue el 5 de septiembre del 2013. Comenta que él conoció al Dr. Santiago desde los años 60s en la que era la Academia de la Investigación Científica, hoy Academia Mexicana de Ciencias. Señala que el Dr. Genovés era poseedor de lo que se llama “don de gentes”, buen conversador y con una amplia cultura, lo que hizo que tuviera buena química y su relación amistosa durara muchos años. El Dr. Genovés enriqueció las filas de la antropología física, obtuvo la licenciatura correspondiente en la Escuela Nacional de Antropología e Historia y obtuvo el doctorado en Ciencias Antropológicas en la Universidad de Cambridge en Inglaterra. Adquirió notoriedad por las travesías transoceánicas que realizó acompañando a Tor Hayerdahl a bordo de las balsas de papiro Ra I y Ra II, la balsa Acalli con un grupo multidisciplinario de científicos para explorar el efecto del aislamiento sobre actitudes agresivas y violentas. Hace remembranza de una vivencia cuando el Dr. Santiago le habló por teléfono desde la balsa Acalli comentándole que el recorrido fue exitoso con observaciones interesantes, y que quiso dar a conocer al mundo de sus logros a través del jefe nato de la UNAM que es la institución donde labora y a la que se debe. Le conmovió el telefonema que pudo replicar varias veces y aquí se detiene para escuchar a los siguientes ponentes.

La Dra Mari Carmen Serra Puche comenta sobre “*Santiago Genovés: colaborador y funcionario*” inicia agradeciendo la invitación y habla con emoción pues tiene una relación académica y familiar. Siempre respetó al Dr. Genovés pero sobre todo su audacia y valentía. Fue investigador de varias instituciones internacionales y cuya obra pertenece a la literatura básica en temas como la violencia, el comportamiento, la estructura corporal del hombre y su evolución todo ello relacionado al comportamiento humano. Genovés trató de ser médico y a la mitad de la carrera la abandonó y eligió la antropología física. Su obra está en el marco de la antropología mundial, así como las adscripciones a numerosas instituciones por todo el mundo que le abrieron espacios para encuentros mundiales. Él llegó a aportar culturalmente a la nación, fue un mexicano español. Estudia el bachillerato en México y antropología en la UNAM, doctorado en Cambridge, regresa a México y trabaja como jefe de bodega y laboratorio de antropología física en el museo nacional. Queda a su resguardo los restos del “Hombre de Tepexpan” y Santiago, después de una serie de estudios concluye que no se trata de un hombre sino de una mujer joven y no tan alta como muchos idealmente hubieran deseado. Genovés contribuye a la creación del doctorado en antropología de la UNAM así como a la hoy Academia Mexicana de



Ciencias. Fue el paleoantropólogo de más renombre en Latinoamérica. Y gana, en dicha academia el premio de investigación por establecer los parámetros válidos para la reconstrucción de la estatura en mesoamericanos, hoy utilizado por latinos y extranjeros, entre otras contribuciones. Fue editor de revistas antropológicas mundiales de renombre y participa en la selección de 20 trabajos que deben estar en el YearBook. Los estudios de biología humana y antropología los encauza hacia el comportamiento de los individuos bajo circunstancias diversas. En búsqueda de respuestas en torno a la violencia humana realiza varios experimentos que lo hicieron famoso. Realiza travesías en el océano donde enfrenta a sus pasajeros a la soledad, aislamiento y peligros del mar que los conduce a actitudes violentas. Recibe el premio internacional de la paz. Santiago se adelantó al tiempo y era frecuente que comentara que “el hombre sí ataca, en la guerra y en la paz, por envidia, por dinero, por raza, por moda, por tontería por nada....”. En una ocasión le preguntan ¿Qué ha hecho en su vida? Y el contestó que ni los 18 libros publicados ni las 200 publicaciones en revistas de ciencias, ni las investigaciones del comportamiento humano (describiendo todas ellas), ni tirarse de volador, ni el dibujo animado ni las dos balsas, ni ser editor.....que su contribución son las 105 páginas de un libro “el mar, los peces y yo”. La que habla termina con otras palabras que están referidas en el libro del Dr. Santiago Genovés. Resume las principales acciones y características del Dr. Santiago y comenta que él trascendió. Y en su manual para una liberación masculina comentó que su primera cláusula sería “El hombre que no puede llorar libremente jamás será verdaderamente libre”.

Continúa el Dr. Lisker comentando la parte de: “*Santiago Genovés: mi amigo*”. Lo conoció en 1962 en un congreso en México, mencionando que fue un congreso “raro” para un científico como él, donde presentó sus resultados hematológicos en la población indígena mexicana, lo que hizo que al Dr. Santiago le interesara mucho por ser parte de la antropología física, desde entonces lo invitó varias veces, hasta el siguiente congreso en Madrid. Así comenzó su amistad hasta que se fue a vivir a Cuernavaca, donde el Dr. Lisker considera que fue el retiro de sus actividades profesionales. El Dr. Genovés al principio era un antropólogo convencional y cuando cambió el rumbo realizó muchas cosas, fue de los pocos pasajeros de la balsa Kontiki, y refiere también los viajes para conocer las interrelaciones humanas bajo circunstancias poco usuales. Antes lo hizo de volador de Papantla, pasajero de un vuelo sujeto de un secuestro y no cabe duda que estuviera relacionado con la aventura. Platicaba de forma amena, decía cosas interesantes, realizó varias actividades en pro de la paz mundial. Comenta varias de las publicaciones que hizo. Normalmente se veían en Valle de Bravo y en un frontón que frecuentaba un grupo de amigos que alquilaban en la colonia del valle, que era un excelente jugador.



A continuación el Dr. Diego Genovés hijo del Dr. Santiago comenta y agradece por el *In memoriam*. Menciona que cuando era niño recuerda como su padre iba contento a las sesiones de la academia y que era un gusto doble, pues por un lado era la parte social que lo unía con sus amigos, y por otro el evento científico por el estímulo intelectual que le representaba. Menciona a varios amigos de su padre, desde cuando llegó como refugiado a México con el Dr. Puche, y que probablemente la admiración que su padre tenía por el Dr. Puche fue lo que le inclinó a la medicina inicialmente pero posteriormente su pregunta de ¿quiénes somos? ¿de dónde venimos? fue lo que probablemente le hizo cambiar y ser antropólogo. Recuerda también los estudios que hizo su padre, comentando que uno de sus vecinos de dormitorio, durante el doctorado, fue el Dr. Francis Crick, que por esos años andaba haciendo investigación sobre la estructura en doble hélice del DNA. Cree que por conocer a Crick y ver la repercusión que su investigación tenía en la ciencia, que de los acicates que impulsó a su padre en su interminable búsqueda del conocimiento a través de la investigación científica. El Dr. Diego Genovés descubrió los conocimientos de medicina de su padre, durante el primer años de la carrera de odontología que desarrollo. Siempre que había un tema médico en la familia, acudía a los amigos de la academia y siempre respondían a esos llamados. Recuerda también a los doctores que apoyaron a la familia, a la enfermedad terminal de su madre y finalmente la de su padre. Todos tienen un mismo punto de partida, la academia y sus amigos. Varios de los textos que veía, leía eran muchas veces el punto de su investigación. Le gustaba la poesía, flamenco, medicina, antropología pero sobre todo la amistad. Sabedor que brindaba indestructibles lazos que duran para siempre. Termina su plática leyendo un pasaje que le gustaba mucho a su padre. Le llena de infinito orgullo que la ANM le brinde este homenaje y sabe que donde su padre éste, seguramente estará lleno de orgullo y muy feliz.

El Dr. Soberón pasa la palabra al Dr. Enrique Ruelas quien comenta que el Dr. Santiago Genovés fue un gran académico y se le entrega a su Hijo Diego Genovés una medalla conmemorativa *In memoriam*. El Dr. Gual señala que conoció a Santiago tanto en la academia de ciencias como la de medicina, y hace un reconocimiento sobre todo el saber que un Mexicano como Santiago está en placas que reconocen su valor en dos países muy lejanos de México. El Dr. Enrique Ruelas da por concluido el *In Memoriam* y agradece a los participantes.

Posteriormente da inicio la sesión académica en punto de las 19:00 hrs. con la presentación del video de Protección Civil. El Dr. Enrique Ruelas da la palabra al Dr. Francisco Tomás Rodríguez Covarrubias para que presente su trabajo de ingreso titulado: “*Comparación entre vigilancia, radioterapia adyuvante y radioterapia de*



salvamento después de prostatectomía radical en pacientes con cáncer de próstata en estudio pT3 o mayor y/o márgenes positivos". El Dr Francisco Tomás inicia agradeciendo a la ANM, comenta que la prostatectomía es el tratamiento inicial indicado en estos pacientes, y algunos de ellos pueden tener otro tratamiento adicional como radioterapia adyuvante y la radioterapia de salvamento señalando un poco sobre las indicaciones de la misma. El objetivo de su estudio es describir la evolución oncológica de un grupo de pacientes con CaP tratados inicialmente con PR; estimar los factores de riesgo para progresión y comparar el papel de la vigilancia y la RT postoperatoria, ya sea adyuvante o de salvamento. Es un estudio retrospectivo de la base de datos de 390 pacientes con CaP operados de PR. Los dividieron en tres grupos: grupo 1 fueron vigilados, el grupo dos recibieron radioterapia (RT) inmediata y el grupo tres con RTs a la recaída. Se analizó la supervivencia. Se incluyeron 156 pacientes con edad promedio de 63 años; el 54% tuvo márgenes positivos, el 25% en pT3 y 28% ambas características. Describe los resultados en cuando a variables sociodemográficas e histopatológicas mostrando que el número de muertes fue similar en los tres grupos y la supervivencia a mediano y largo plazo fue similar en los tres grupos. Para el grupo 1 fue de 100 y 89% de 5 y 10 años de supervivencia respectivamente, para el grupo dos de 95 y 80% y para el grupo 3 de 94 y 94% respectivamente. En estudios prospectivos se han mostrado que la RT es superior a la vigilancia pero en su estudio no se encontró. Esto puede implicar sobretratamiento en un número considerable de casos. Comenta sobre las limitaciones del estudio y concluye que la RT de salvamento es equivalente a la adyuvante en este grupo de pacientes y que puede ser una estrategias adecuada en pacientes tratados inicialmente de manera quirúrgica.

El comentario oficial al trabajo de ingreso lo realiza el Dr. Guillermo Feria Bernal, quien apoyado con material audiovisual comenta que la sobrevida de cáncer, en el estudio de Covarrubias tiene sobrevida con la terapia de salvamento. Hace referencia a varios estudios internacionales, presentando algunos de ellos y los cuales se encuentran en espera para conocer los resultados. El 20% se encuentra de sobrevida libre de progresión bioquímica a favor de Rta. El grupo alemán muestra que la sobrevida a 10 años con terapia inmediata es de 56% y tardía de 35%. Y muestra también que no todos los pacientes deben tener radioterapia de forma inmediata. Otro grupo reporta que la Rt de salvamento de 151 pacientes solo 10 fallecieron debido al cáncer de Próstata y concluyen que los pacientes con bajos niveles de APE podrían estar siendo sobre- tratados. Presenta otro grupo con un análisis de interpretación y concordancia de los patólogos observando del 84% con la calificación de Gleason fue del 47% y con el estadio Pt mayor de 75%. Felicita al Dr. Rodriguez por su ingreso.



A continuación comienza el simposio de: *“Medicina paliativa, retos y avances”* Cuyo coordinador es el Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez quien JRF, quien agradece el espacio para tratar un tema relevante como es la medicina paliativa, señala los avances importantes y enfatiza que es diferente de la medicina curativa tradicional, pues la medicina paliativa trata de darle buena calidad de vida a los enfermos en fase terminal y va adquiriendo relevancia ya que conforme aumenta la esperanza de vida, las enfermedades crónicas, el número de personas que requieren estos servicios aumentan de forma preocupante. Menciona a los participantes de la sesión quienes han trabajado en diversas perspectivas en el tema. Comenta que durante la mañana en la Facultad de Medicina se comentaba lo complejo del tema y la poca disponibilidad de opioides y que en general no se sabe cómo usarlos o se está lleno de prejuicios para prescribirlos. Menciona que todos tenemos derecho a una muerte digna y sin dolor y da la palabra al siguiente ponente.

El Dr. Armando Mansilla Olivares presenta el tema *“La perspectiva de los Institutos Nacionales de Salud”* haciendo reflexiones sobre lo importante del dolor así como la ausencia de sensación emocional. Los cuidados paliativos están enmarcados en una área que no es exclusiva del médico. Hace hincapié que los cuidados están dirigidos desde el RN hasta el adulto en edad avanzada. Que abarca a todas las enfermedades progresivas; en consecuencia desde el diagnóstico hasta la muerte provoca una serie de circunstancias tanto al paciente como a la familia; por lo que debe haber equipos multidisciplinarios, médicos, psicólogos, tanatólogos, nutriólogos, personas enfocadas a la espiritualidad etc. Se ha enfatizado que los cuidados paliativos podrían ser la dignificación del sector salud, que se hace difícil por utilizar el matiz filosófico y cuantificarlo como se ha dicho que es del 80%. El hablar de dignidad, los hace pensar en un valor inherente al ser humano. Enfatiza que desde los institutos nacionales de salud, aún cuando no se contempla un departamento de clínica de dolor o cuidados paliativos, pero por la importancia de ellos, ha habido varios esfuerzos. Menciona al INCAN que estableció el departamento de clínica del dolor, mencionando lo que se ha logrado en dicho departamento y los servicios que presta. Menciona también que en la UNAM ya está incluida la materia de cuidados paliativos y habla sobre la red onco paliativa donde se encuentran ubicados, los trabajos publicados, presentados etc. En el INCAN se da un apoyo muy sustantivo de cuidados paliativos a sus pacientes. El INNN tiene un departamento de tanatología. El INNSZ fundan también la primera clínica del dolor y señala el desarrollo y evolución de dicha clínica. En 1993 nace el área de clínica de cuidados paliativos aún cuando sigue llamándose clínica del dolor. El INCa crea también una unidad y comenta sobre el servicio e infraestructura que tiene. Enfatiza que hay más institutos que están desarrollando sus clínicas de cuidados paliativos como lo es también el INP. En todos los ejemplos que menciona, indica cuando iniciaron, lo que hacen, su misión, infraestructura, participantes y como



se encuentran en la actualidad. Finaliza diciendo que bajo la rectoría de la SSA y acceso a los cuidados paliativos que lo necesiten, existe un grupo interdisciplinario donde participan varias instituciones, este grupo dará un plan de posicionamiento posterior al congreso de Octubre del presente año.

En el uso de la palabra, se presenta el tema “*Que recursos humanos se requieren*” por el Dr. Enrique Graue Wiechers quien señala que la materia de cuidados de paliativos está en la FM desde 2010, haciendo al médico general más “paliativista”. Presenta el derecho a la protección de la salud en la ley general de salud donde se habla de calidad de la vida humana y el disfrute de servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. Presenta estadísticas de las causas de mortalidad, enfatizando que muchas de ellas requerirán cuidados paliativos como son las enfermedades crónicas y neoplásicas que equivalen a la cuarta parte. Hace estimaciones y proyecciones de acuerdo a lo que se espera de la pirámide poblacional mostrando que se duplicarán estos padecimientos para el 2030 y triplicarán para el 2050 principalmente en la población mayor de 60 años, concluyendo que más de la mitad requerirán cuidados paliativos terminales. Se pregunta si estamos preparados para ello?: respondiendo que habrá 250 médicos paliativistas y describe como será el egreso académico de los mismos en diferentes universidades. Comenta cuantos existen actualmente que son 45 equipos de atención domiciliaria, 10 unidades de cuidados paliativos de tercer nivel en los institutos nacionales y en toda la república. Hace la comparación de cómo está México con relación al resto del mundo donde estamos clasificados como “isolated provision (algo incipiente)”. Actualmente para ser paliativista es necesario pasar una primera y segunda especialidad y que esto indica que estamos rebasados. Por lo que se necesita formar médicos generales con conocimientos y competencias en cuidados paliativos y propiciar su contratación. Piensa que se puede lograr con el médico general, o una maestría o una especialidad de ingreso directo. Hoy día es que tenga los conocimientos y competencias mínimos. Comenta que una posible solución inmediata es durante el servicio social al tener un grupo de estos médicos o crear un diplomado y describe como serían ellos y que este podría ser el camino para una maestría y a más largo plazo una especialidad. Concluye la urgencia de formar estos médicos paliativistas.

Continúa el Dr. Ricardo Plancarte Sánchez con el tema “*El manejo del dolor con la ciencia y la técnica disponibles*” quien además de agradecer a la ANM comenta que los cuidados paliativos nacen de políticas mundiales relacionadas con el cáncer. Muestra un estudio donde demostró la gran importancia de los pacientes que ingresan con dolor al INCAN. Explica que a partir de 1983 se funda la clínica del dolor, en 1988 se dio la primera dosis de morfina en México, se formalizada la clínica el 6 de julio de 1990. A partir de esta fecha comienza a aparecer en los congresos el concepto de



medicina paliativa. De 1994 a 2000 se consolida el acceso a fármacos. Presenta los recursos escalonados de los fármacos para llegar a los opioides potentes con adyuvantes. Presenta un modelo integrativo de Clínicas paliativas así como el que utiliza el INCAN, y la escalera de opciones terapéuticas en dolor crónico. Muestra varias transparencias sobre estudios múltiples que han evidenciado que el recurso farmacológico es la piedra angular del dolor, sobre los sistemas trans-dérmicos, formulaciones, resistencia al abuso, los fármacos registrados en el país que puedan tener uso legal. Señala cuando se constituye la sociedad americana de médicos intervencionistas y paliativistas, como el movimiento creció hasta llegar a la academia nacional de ciencias en Nueva York donde se ubica muy bien el quehacer en el campo de la inhibición del dolor (2008). Del tratamiento intervencionista nace un gran desarrollo del paciente oncológico y no excluye otras opciones como la quimioterapia, radioterapia etc. Comenta varios avances en el dolor óseo presentando diferentes fotos que demuestran ejemplos sobre la experiencia en el INCAN. Lo nuevo en este campo es la aplicación de femoroplastía como nueva opción en metástasis femorales, que evidencia como este método evita la fractura en el paciente canceroso y presenta casos clínicos con diferentes fotos. También muestra otros métodos combinados alternativos describiéndolos con diferentes fotos. Concluye que existen diversas opciones farmacológicas e intervencionistas altamente efectivas, que pueden realizarse en forma ambulatoria, la alta efectividad para alivio del dolor en manos capacitadas, la tasa de complicaciones mínimas y rehabilitación rápida, que se ha vivido una experiencia que nos motiva a buscar y mejorar las condiciones actuales en este campo, aún cuando falta por hacer y termina con un mensaje de Galeno que dice *“De todos los que tomen este remedio serán curados, excepto los que mueran. De este modo es efectivo para todos excepto los incurables”*.

La última ponente es la Maestra Lorena Goslinga Ramírez quien presenta el tema *“El marco jurídico deseable”*. Inicia agradeciendo y pidiendo una disculpa por la ausencia del magistrado Cosío. Presenta el marco jurídico vigente y comenta que los cuidados paliativos están mencionados en el artículo 4 de la Constitución Política, también en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la LGS en materia de prestación de servicios de atención médica. Menciona detalladamente lo que dice el marco legal en cada uno de ellos. Señala que en el título octavo Bis de la LGS se indica que los enfermos en situación terminal son aquellas personas que tienen una enfermedad incurable e irreversible, con un pronóstico de vida inferior a 6 meses. Menciona el concepto legal de que además de la definición de los sujetos que son titulares de los derechos que se establecen en el título sujeto a análisis, también se incluye una definición legal de qué se entiende por “cuidados paliativos”. Se establece que éstos comprenden “el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de



aspectos psicológicos, sociales y espirituales”. Habla sobre los derechos del paciente terminal incluyen recibir información clara y oportuna sobre sus opciones de tratamiento. La solicitud de medicamentos para mitigar el dolor, incluyendo analgésicos del grupo de los opioides; negarse a recibir tratamientos que considere extraordinarios; reanudar el tratamiento curativo; optar por recibir los cuidados paliativos en su domicilio. Las obligaciones del SNS son el prestar la atención debida; proporcionar orientación y seguimiento a las personas que opten por recibir los cuidados en su domicilio; fomentar la creación de áreas especializadas; garantizar la capacitación de su personal. Y las obligaciones de los médicos son; informar al paciente para que pueda tomar decisiones libremente respecto de su tratamiento; respetar las decisiones del enfermo; solicitar una segunda opinión cuando su diagnóstico sea una enfermedad terminal; evitar incurrir en obstinación terapéutica y medidas extraordinarias. En el reglamento de la LGS del 1 de noviembre del 2013 establece en su capítulo VIII Bis las disposiciones para la prestación de servicios de cuidados paliativos como el tratamiento personalizado diseñado por el médico tratante, en compañía de un equipo multidisciplinario conformado por: enfermera, fisioterapeuta; trabajador social; anestesiólogo; nutriólogo, y demás profesionales que requiera el caso particular, en el entendido de que no se pueden proporcionar los cuidados si no se cuenta con este plan; además, se dispone se deberá contar con el abasto suficiente de fármacos e insumos para el manejo del dolor. La pregunta ahora es que pasará con los que tiene pronóstico de vida mayor de 6 meses?. Sus derechos no están definidos con claridad en la ley, ni en el reglamento. No obstante lo anterior, el “tratamiento integral del dolor” forma parte del derecho a la protección de la salud, según se desprende de una interpretación maximizadora del mismo, a la luz del texto constitucional y de los compromisos adquiridos por el estado mexicano en el ámbito internacional. Propone entonces que: se requiere complementar el sistema normativo a fin de que se den las condiciones para que todas las personas que necesiten un tratamiento integral del dolor puedan materializar su derecho a la protección de la salud en este ámbito, existiendo un primer paso cuando en 2008 se publicó en el D.O.F. un Proyecto de NOM que nunca entró en vigor. Muchas de las disposiciones del proyecto ahora forman parte de la LGS o del Reglamento; sin embargo, existen algunos lineamientos para la atención domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria que deberían rescatarse en uno nuevo proyecto, incluyendo como ejemplo la regulación del manejo de los medicamentos que son proporcionados a los pacientes que reciban la atención en los domicilios, así como el préstamo de equipo médico para tales efectos; la determinación de un sistema uniforme para la detección de necesidades y su efectiva satisfacción a nivel nacional. Comenta que desde su perspectiva, para maximizar el derecho humano a la protección de la salud por lo que hace a los cuidados paliativos, las autoridades competentes deberían llevar a cabo una revisión integral de la normatividad vigente en la que se tome en cuenta, entre otros elementos,



el contenido de las disposiciones internacionales en la materia. Se refiere también a la Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y guías de la OMS y enfatiza en la declaración de Montreal que menciona que todas las personas tienen el derecho humano a acceder al tratamiento del dolor sin discriminación; el obtener información acerca de las formas en que se puede tratar, y recibir asesoría y tratamiento de profesionales de la salud adecuadamente capacitados. Concluye que con base en lo anterior, es posible arribar a las siguientes conclusiones finales: Que existen todavía varias tareas pendientes en materia de cuidados paliativos, que involucran a distintas autoridades del país. Por un lado, se requiere impulsar la discusión y expedición de la NOM, para completar el marco jurídico que ampara a los derechos de los pacientes en situación terminal, así como contar con protocolos y guías de práctica clínica adecuados en la materia. Pero también sería deseable rediseñar el marco jurídico a partir de una interpretación maximizadora que permita garantizar el efectivo acceso a este tipo de cuidados a todas las personas que los requieran, sin limitarlos a los pacientes en situación terminal o a aquellos que ya no estén siendo sujetos a un tratamiento curativo. Termina diciendo que mientras dichas tareas no se concreten difícilmente podremos considerar que contamos con un marco jurídico óptimo.

Se abre la sesión de preguntas, discusión y comentarios comenzando el Dr. De la Fuente mencionando que desde los 70s cuando era residente comenzó su interés sobre la calidad de vida de los enfermos terminales. Renació porque considera que no existen adecuados cuidados paliativos y que existe una sobre-regulación por ejemplo para los opioides. El Dr. Alejandro Mohar comenta sobre la formación de recursos humanos que ojalá y se haga en ese nivel y como regular lo que harán en cada nivel de formación por el tipo de paciente que requiere un paliativo. Pregunta que sucede en el tratamiento intra-domiciliario. El Dr. Enrique Graue responde que efectivamente se deben dividir por competencias a los recursos que se formen. El Dr. De la Fuente señala que si van con un opiáceo a una atención intra-domiciliaria y si por alguna razón es detenido por la policía se pueden ir a la cárcel por narcotráfico. Comenta anécdotas sobre la sobre-regulación. El Dr. Plancarte señala sobre el tratamiento intra-domiciliario y que es la mejor inversión para dignificación. La maestra Lorena Goslinga comenta que una posible solución es la desregulación desde la COFEPRIS. La Dra. Zoila señala que es muy factible el tratamiento intra-domiciliario y que se puede buscar una propuesta como un plan metropolitano. Dr. Leobardo Ruiz señala que es un problema de salud pública y que se ofrezca a domicilio en primer nivel de atención y que se hagan articulaciones de esfuerzos. El maestro Ferdinand Recio señala que no existe una comunicación entre las instituciones y muchas ya realizan atención domiciliaria como en el DF que debe existir un presupuesto sobre todo para contar con los medicamentos. La Dra. Elsa Sarti comenta sobre el costo beneficio de los



cuidados paliativos, donde seguramente se deberá medir en los costos indirectos lo que cuesta “la esperanza” pues estos pacientes y su familia tienden a gastar en muchos productos y consultas de charlatanería. El Dr. Ruelas comenta y sugiere que se considere a la ANM como un actor más para un documento de postura y sumar esfuerzos a lo que se está haciendo y que actualmente está participando en el impulso para mejorar la calidad de la atención médica en el país y que hace falta un indicador que la ANM puede promover como el de dolor evitable. Finalmente agradece a los ponentes por su participación así como al coordinador de este simposio y se da por concluida la sesión a las 20:54 hrs.

Atentamente:

Dra. Elsa Sarti.
Secretaria Adjunta de la ANM.

“La muerte es una vida vivida. La vida es una muerte que viene.” Jorge Luis Borges. (1899-1986)
Escritor argentino