[Para quien no sepa qué es la ley de cuidados inversos, nadie mejor que Sergio Minué para haceros una introducción en español: http://gerentedemediado.blogspot.com.es/2012/06/revisitando-la-ley-de-cuidados-inversos.html]

Diapositivas 1 y 2: "[...] Buscad al que no tiene casa, ni salario, ni sanidad, ni ayudas, ni esperanza.".
-Anarquía a pie de calle. Ruymán Rodríguez
"[...] *La pobreza es un abismo. No hay verbo en su vértigo, solo una interminable caída sin tragedia, la nada, el hastío, la incertidumbre de no saber si mañana habrá comida. [N]o hay nada natural en el hambre, solo construcción cultural, poder, imposición, desolación, yunque, revelación de la violencia*."

"*Revista 5M Nº1. Después de la guerra*" (¡**Compradla ya**!). Página 148

Diapositivas 3 y 4: saludos ***anarcomísticos*** a @c_c_Baxter, Raul Calvo Rico, @PerryMeisson, Borja (@limoia)...

Diapositiva 5: quizás algo de calidad no es lo que se publica en el New England Journal of Medicine sino lo que es "esencial" tal como describe la persona que comenta en el Pubmed Commons después de 43 años de su publicación

Diapositiva 6: no solamente médicos detectan estos fenómenos en las ayudas a los más necesitados

Diapositiva 7: "[...] *Medical servicesare not the main determinant of mortality or morbidity;these depend most upon standards of* ***nutrition****, housing, working environment, and education, and the presence or absence of war. The high mortality and morbidity of the South Wales valleys arise mainly from lower standards in most of these variables now and in the recent past, rather thanf rom lower standards of medical care. But that is no excuse for failure to match the greatest need with the highest standards of care*."
+

"[...] *a comprehensive national service, available to all, free at the time of use, non-contributory, and financed from taxation*." (refiriéndose a la Atención Primaria)

+

"[...] *The greatest difference, I think, lies in the transformation in social expectations. In 1914 gross inequality and injustice were regarded as natural by the privileged, irresistible by the unprivileged, and inevitable by nearly everyone. This is no longer true; inequality is now politically dangerous once it is recognised, and its inevitability is believed in only by a minority. Diphtheria became preventable in the early 1930s, yet there were 50,000 cases in England and Wales in 1941 and 2400 ofthem died. I knew one woman who buried four of her children in five weeks during an outbreak of diphtheria in the late 1930s. No systematic national campaign of immunisation was begun until well intothe 1939-45 war years, and, if such a situation is unthinkable today, the difference is political rather than technical*." (expectativas que se tienen del sistema en cada momento histórico. A día de hoy no se piensa en la posible atención del / de la dietista-nutricionista o el / la técnico / a en nutrición)

Diapositiva 8: como el dinero. Podríamos probar un estudio donde en un grupo se les diera la ayuda protocolizada para su caso, y en el otro grupo se le diera el dinero que cuesta esa ayuda. ¿Cuáles tendrían mejor estado de salud? ¿En qué grupo habría menos muertes?

Diapositiva 9: "[...] *The pursuit of the very best for each patient who needs it remains an important force in the progress of care; a young person in renal failure may need a doctor who will fight for dialysis, or a grossly handicapped child one who will find the way to exactly the right department, and steer past the defeatists in the wrong ones. But this pursuit must pay some regard to humane priorities, as it may not if the patient is a purchaser of medical care as a commodity. The idealised, isolated doctor/patient relationship, that ignores the needs of other people and their claims on the doctor's time and other scarce resources, is incomplete and distorts our view of medicine. During the formative period of modern medicine this ideal situation could be realised only among the wealthy, or, in the special conditions of teaching hospitals, among those of the unprivileged with " interesting " diseases.* ***The ambition to practise this ideal medicine under ideal conditions still makes doctors all over the world leave those who need them most, and go to those who need them least****, and it retards the development of national schools of thought and practice in medicine,genuinely based on the local content of medical care*."

Aquí Julian Tudor Hart habla de la creación mitómana de la medicina en sus tiempos dándole un halo de trato supremo en la relación exclusiva médico-paciente (sin tipificar el contexto) y otras situaciones ideales como "enfermedades interesantes" las cuales eran muy buscadas por los especialistas y por muchos médicos generales (hay opiniones a favor y en contra):

http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=1600

https://www.researchgate.net/publication/5870816_GPs_with_special_interests_Unanswered_questions

http://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2009/May/200905spurling.pdf

creando todo ello una falsa ilusión de la profesión y alimentando una ambición condenada a la frustación de los estudiantes de medicina para practicar esta "[...] *profesión ideal bajo condiciones ideales*".

Juan Gérvas y Mercedes Pérez-Fernández (entre muchas otras personas) son fieles defensores de que los médicos de cabecera sean el filtro de entrada de las personas que son atendidas por el sistema nacional de salud:

http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/04/filtro-brasil-2005.pdf

y derivar al especialista solo los casos difíciles para que así esos mantengan su "*pureza de raza*". Si va cualquiera mediante pago por acceso al ser tratado por alguien con conocimiento muy bueno pero muy específico si no tiene esa enfermedad en cuestión puede caer en el sobretratamiento:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_21_N_2.pdf

("*mejor acertar inespecíficamente que fallar de forma precisa*". Aparte, la longitudinalidad da la opción de contínuo seguimiento y si el "*esperar y ver*" ya no descarta; siempre se está a tiempo de derivar) y al satarse el "*guardián*" de la atención sanitaria iniciar así la cascada terapéutica:

http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/el-efecto-cascada-implicaciones-clinicas-epidemiologicas-y-eticas.pdf

(siempre importante la prevención cuaternaria).

Aquí podemos sacar 2 reflexiones en el ámbito actual de la nutrición:

- Pensar si el / la dietista-nutricionista o el / la técnico / a estando en el sistema nacional de salud tendría que ser una entidad donde cualquier persona pudiese acceder libremente, que

dependiese de la derivación del médico de cabecera, que trabajase al mismo nivel que éste de forma multidisciplinar junto con más profesionales de la salud (enfermeros / as, fisioterapeutas, psicólogos / as, trabajadores / as sociales...) u opciones mixtas (u otras opciones). ¿Nos afecta esa idealización a nuestro campo? Se ha analizado el estigma hacia la persona obesa de profesional sanitario y de los mismos investigadores de muchos estudios en personas obesas y hay debates sobre si alguien obeso / a puede estar en funciones políticas promotoras de la salud, si tendrían que pagar más a modo de impuesto añadido las personas que tienen obesidad si ha sido por pura glotonería y ausencia de ejercicio físico a lo largo de los años... ¿Tenemos "intereses especiales"?

http://loquedicelacienciaparadelgazar.blogspot.com.es/search?q=estigma

¿Habría más intereses (de todo tipo) o menos en estas opciones de trabajo comparado con la consulta privada? ¿Podrían ser estas opciones más éticas pero menos efectivas por el hecho de que "*se trabajaría gratis*"(en el sistema nacional de salud)?

- Hacer autocrítica e intentar cartografiar nuestro ámbito de actuación: ¿están los "intereses" (no los que describe Tudor Hart referido a "*poco frecuentes*", sino los preferidos de alguien o una entidad para su beneficio) de los sectores empresariales (biomédicos, industria alimentaria, farmacéuticas, tiendas de productos y tratamientos "naturales", de suplementos de todo tipo para todo y para cualquier persona...) que poseen ramificaciones en la alimentación de las personas guiándonos hacia un modelo que cumple la ley de cuidados inversos? Dietas para redicir el K.O. lesterol (para entender este juego de palabras hablen con Alba Velázquez), consultorías nutriconales para entender qué tiene y qué no tiene que comer alguien basado en un test genético que se hizo (algunas empresas ya van con los servicios en tándem), charlas organizadas en gimnasios; gente que entrena para ultramaratones; en empresas como Google para hacer recomendaciones dietéticas adaptadas a sus numerosas horas en la oficina... ¿realmente esa gente tiene necesidad de nuestros servicios o entre todos cooptamos la ilusión de nuestros requerimientos al igual que un nuevo teléfono inteligente te crea necesidades y se hace creer a un gestor empresarial que necesita coaching y mindfullness sí o sí para sus trabajadores? ¿Son los que no podrían pagar o asistirían tarde y con los niños haciendo jaleo buscando quizás una mirada de desaprobación de la organización y asistentes allí presentes los que más nos necesitan? ¿Tienen forma de llegar a nosotros? ¿Aunque fuese así, los que más nos necesitan lo que más necesitan es un plan nutricional u otros servicios básicos para una vida digna?

Diapositiva 10: "[...] *In areas with most sickness and death, general practitioners have more work, larger lists, less hospital support, and inherit more clinically ineffective traditions of consultation, than in the healthiest areas; and hospital doctors shoulder heavier case-loads with less staff and equipment, more obsolete buildings, and suffer recurrent crises in the availability of beds and replacement staff. These trends can be summed up as the inverse care law:* ***that the availability of good medical care tends to vary inversely with the need of the population served***."

"[...] *If the N.H.S. had continued to adhere to its original principles, with construction of health centres a first priority in industrial areas, all financed from taxation rather than direct flat-rate contribution, free at the time of use, and fully inclusive of all personal healthservices, including family planning, the operation of the inverse care law would have been modified much more than it has been*.".

Para Julian Tudor Hart, los principios del sistema nacional de salud (su N.H.S.) son:

- Asistencia en zonas industriales (donde hay más gente trabajando en puestos que desgastan más que otros)

- Financiada por impuestos
- Gratis en el momento de ésta
- Totalmente inclusiva respecto al personal del servicio (facilidades para conciliación familiar)

Si los profesionales en el ámbito de la nutrición los cumplen, es por casualidad (primer punto y cuarto) y dependiendo de la empresa / contratante que necesite nuestros servicios. ¿Tendríamos que tender a ir a los puntos que se definieron para la N.H.S.? ¿Otros? ¿Quizás no existen directrices universales en nutrición y tendríamos que ser más flexibles en este tema? ¿Hay algo enraizado en este sistema en el cual estamos que evitaría una y otra vez que pudiéramos cumplir estos puntos y si algún día llegáramos a tenerlos todos incluso no tendríamos repercusión por cómo está estructurado el sistema que en principio nos intenta reducir los elementos que nos dañan / enferman (o aumentan la posibilidad de que suceda)?
https://www.ted.com/talks/rebecca_onie_what_if_our_healthcare_system_kept_us_healthy

Diapositiva 11: el acceso a un sistema básico de salud parece un derecho explícito del ser humano esté

Diapositivas 12 y 13: o no la persona en una situación extrema de su vida (aunque en el segundo caso es cuando más necesita tener acceso a ese derecho).
Diapositiva 14: cuando analizamos la cuestión de la investigación en nutrición, su evaluación, su disponibilidad y su puesta en práctica por (no siempre) dietistas-nutricionistas y técnicos / as; podemos observar varias cosas:

- La investigación para evaluar la información nutricional abarca desde la parte **biológica** hasta la **ética** (pasando por el ámbito social, antropológico, económico, gerencial y político entre muchos otros). Usualmente se peca de reduccionismo en equipos de trabajo tocando un solo tema o tratando una aproximación sin contextualizarla ni entrelazarla entre la miríada de factores que define qué consumimos, cómo, de qué forma, cuándo y dónde (o qué no). http://juanrevenga.com/2015/08/ninguno-de-los-factores-que-intervienen-en-la-obesidad-infantil-esta-bajo-el-control-del-nino/

http://juanrevenga.com/2015/01/piensa-en-los-factores-que-condicionan-la-obesidad-apuesto-que-te-dejas-los-mas-importantes/

Diapositiva 15:se ha planteado que un sistema mixto (análisis cuantitativo y **análisis cualitativo**) podría tener una mejor aproximación en la investigación nutricional, y más en los casos con más necesidades para entender cómo podemos ayudarles sin hacerlo de forma inoperativa en su situación.

Diapositiva 16: la evaluación de programas nutricionales (prevención primaria, intervención cuando la enfermedad ya se ha desarrollado o prevención cuaternaria) tiene que quedar clara antes de que se ejecuten y

Diapositiva 17: facilitar el análisis a posteriori tanto por el mismo equipo si lo desea como para otros investigadores independientes http://retractionwatch.com/2016/02/03/six-barriers-to-correcting-the-scientific-record-qa-with-david-allison-and-andrew-brown/ .

Diapositivas 18 y 19: que el mismo equipo sea "*juez y parte*" se ha visto en otros campos que crea sesgos por implicación ("*a una persona le costará mucho entender algo si su sueldo depende de ello*").

Diapositivas [20-22]: hay casos que cumplen la máxima de Julian Tudo Hart (a *más exposición a las fuerzas del mercado, menos atención médica disponible para las personas que más la necesitan*) muy poco tratados (que yo sepa en España) y también de calidad desconocida por ausencia de seguimiento y análisis de homogeneidad (o falta de)
http://www.nytimes.com/2016/03/15/health/eating-disorders-anorexia-bulimia-treatment-centers.html

Diapositiva 23: referente a la disponibilidad de los datos, no es obligatorio publicarlos independientemente del resultado final (favoreciendo o no al patrocinador si existe conflicto de interés).

Diapositivas 24 y 25: el acceso es inherentemente injusto y clasista (hay que pagar **35€** para obtener un estudio sobre **inequidades sociales en nutrición**).

Diapositiva 26: se destina más a tratar (cuando la enfermedad ya ha aparecido; frente a la prevención primaria que la intenta evitar) y la aproximación es individual (frente a la población)

Diapositiva 27: sobre obtener los datos duros, Peter C. Gøtzsche animaba al activismo sanitario (cuando el escándalo del caso Tamiflu) en forma de boicot a la empresa distribuidora del fármaco (Roche) hasta que liberara todos los datos para poder analizarlos

Diapositiva 28: también pedía lo mismo para Abbott, AbbVie y InterMune. Otras ramas del ámbito de la salud van proponiendo cosas para la gente más necesitada http://rasgolatente.es/sintecho-psicologia-social-recomendaciones/

Diapositivas 29 y 30: la puesta en práctica tendría que ser la mejor **sabiendo que el espectro que cubre la intervención nutricional tiene que estar cooptada por otras medidas** (tanto por profesionales de la salud que ayudan a no perder calidad en diferentes aspectos biopsicosociales como por medidas políticas, legales...)

Diapositiva 31:
http://loquedicelacienciaparadelgazar.blogspot.com.es/2015/04/infografia-politicas-de-los-gobiernos.html ¿Tasar o no tasar **SOLAMENTE**?
https://comocuandocomo.wordpress.com/2016/04/03/tasar-o-no-tasar-esa-es-la-cuestion/
http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/05/funcionan-los-impuestos-sobre-los.html

Diapositivas 32 y 33: "[...] *Because the causes of* ***chronic undernutrition*** *are more* ***social*** *and* ***political*** *than nutritional*...".
"[...] Porque las causas de infranutrición / malnutrición crónica son más sociales y políticas que nutricionales...".

http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/FoodindustryandCOI_BarnoyaNestle.pdf
Barnoya J, Nestle M. The food industry and conflicts of interest in nutrition research: A Latin American perspective. J Public Health Policy. 2015 Oct 29. doi: 10.1057/jphp.2015.37

Diapositiva 34: ni denunciar bien ésto sabemos (artículo retractado **por no declarar conflictos de interés**):
http://www.palgrave-journals.com/jphp/journal/v37/n1/full/jphp201545a.html

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26658288

Diapositivas [35-39]: referido a ello, ¿si estuviéramos en el sistema nacional de salud, la combinación del empleo público con la práctica laboral privada sería legítima desde el punto de vista ético? En el sesgo de género hay investigadores que opinan que quizás los intentos para "*estar menos sesgados*" fracasarán irremediablemente porque el sistema los fomenta y alimenta desde su base https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2016/03/15/why-we-should-give-up-trying-to-make-people-less-sexist/ (¿lo mismo en este conflicto público-privado? ¿Prohibir la coexistencia? **Javier Padilla; Marta Carmona y Usama Bilal** dieron su opinión en una respuesta rápida a un artículo publicado en el British Medical Journal http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6452/rr/671577)

Diapositivas 40 y 41: (gracias a **Jeanne Lenzer** por facilitarme el artículo completo en formato PDF) una editorial del British Medical Journal http://www.bmj.com/content/337/bmj.a930 a raíz de una alud de mensajes comerciales con cierto halo científico que desprestigiaban el rigor de la investigación realizó una lista de 100 nombres de investigadores científicos sin conflictos de interés. Irónicamente, esos mismos podrían haber aconsejado muy bien a los que proponían (en el artículo siguiente) cribar a los menores de 8 años de dislipidemias para intentar divisar un nuevo mercado. ¿Tendríamos que hacer igual en nutrición?

Diapositivas 42 y 43: Si nos molestan las enfermedades metabólicas por ingesta excesiva (entre otras cosas) en países desarrollados (los que más tienen) junto a que los más necesitados tengan menos acceso a comida (¿ley de nutrición inversa?) conviviendo a la vez con la paradoja de la obesidad en los sectores más pobres, y creemos que nuestra profesión y el trabajo que hacemos sí podría tener un impacto positivo ante estas personas, ¿por qué sectores con afán lucrativo intentan capturar su ámbito de actuación? http://oscarpicazo.es/2016/03/11/de-fronteras-difusas-corporativismo-y-salud-publica/ ¿Puede ser que sus intenciones no sean altruistas pero la nutrición sin intereses de capitalización sobredimensionados sí tendría que ser una parte importante en ciertos casos de inequidad social? ¿Puede ser que la nutrición no sea inherentemente solo una herramienta lucrativa y de intervención tardía a gente que ya tiene sus necesidades básicas cubiertas pero que en la situación actual solo tenga interés en ciertos sectores a ser usada así; reforzando la ley de cuidados inversos? ¿Puede ser que a la larga no tenga sentido abordar el apartado nutricional de manera exclusiva y aislada / parcelada (causando un nulo descenso en la mortalidad total) y por eso necesitamos crear lazos asistenciales para darnos más sentido a nosotros mismos a nivel de coste-efectividad?

Diapositivas 44 y 45: esto nos lleva a hablar de los conflictos de interés, los cuales

Diapositiva 46: pueden ir con intereses secundarios y sin aviso previo.

Diapositiva 47: ¿se puede aceptar cualquier donación / finnanciación?
http://www.smh.com.au/business/consumer-affairs/cocacola-has-spent-17-million-funding-australian-health-groups-over-five-years-20160310-gnffbx.html
http://transparency.coca-colajourney.com.au/search?noCache=true

Diapositivas 48 y 49: Peter C. Gøtzsche alzó la voz en contra de estas dos opciones con falta de rigor científico y con una ética implícita bastante cuestionable. En una editorial al British Medical Journal pregunta por qué se aceptan donaciones de artilugios que "[...] *no tienen un efecto positivo en los resultados clínicos*". En la otra sentencia que no se debería aceptar dinero de empresas (en este caso farmacéuticas) que han participado en el crimen organizado. ¿En nutrición tendríamos que aplicar algún criterio? ¿Dicotómico (sí / no) o categórico?

Diapositivas 50 y 51: en una revista científica que trata sobre conflictos de interés, en la mitad del artículo tiene un anuncio de un producto alimentario

Diapositivas [52-56]: James Austin tiene bastantes publicaciones sobre éxitos y fracasos de relaciones público-privadas respecto a la nutrición. La mayoría de sus artículos están disponibles aunque para algunos / as quizás les incomoda la época de su publicación. Les dejo esta opción a su alcance

Diapositivas [57-59] (¿Alguien conoce al autor / la autora de la imagen de la diapositiva 58?): ¿Hay solución sin educación? ¿Hacemos más falta en las instituciones educativas? ¿O la prevención sería más efectiva desde varias dianas? ¿Se necesita enseñar algo más que contar calorías (origen alimentos, trato de la "*materia prima*"...?
http://midietacojea.com/2016/03/17/donuts-y-mr-wonderful-obesidad-buenrollera/

Diapositiva 60: quizás cojeamos del mismo pie que la "*mala medicina*"

Diapositiva 61: y el código postal http://medicocritico.blogspot.com.es/2013/03/formandonos-en-salud-comunitaria.html mantiene irremediablemente algunas leyes las cuales vale la pena intentar hasta el último aliento reducir su acción global, así que

Diapositiva 62: a ver qué nos inventamos (entre todos) :)