

Una mirada de la cardiología argentina en la perspectiva del bicentenario*

Primera parte

Nos acercamos al bicentenario de la Revolución de Mayo. La historia transcurre con sus ritmos propios, y nos enseña que es algo caprichoso pensar los ciclos históricos de acuerdo con el sistema decimal. Como ejemplo, uno de los mayores historiadores contemporáneos ha propuesto al período 1914-1989 para definir al corto siglo XX. (1) Puede resultar, sin embargo, una buena excusa para animarse a abordar una circunstancia particular de nuestro país y lo que implica para la medicina y la cardiología.

La tentación inevitable es contrastarlo con el primer centenario. Resulta difícil penetrar el espíritu de una época, pero algo más fácil referir al imaginario grabado en nuestro recuerdo cultural, para compararlo con nuestra visión colectiva actual. Tomaré esta visión como el disparador de una reflexión que introduzca al debate sobre nuestro papel como ciudadanos desde nuestra posición de médicos cardiólogos.

En 1910, la Argentina era un país rico, gobernado por un régimen oligárquico ilustrado, que en pocas décadas y bajo la dirección de la generación del '80 había modernizado las estructuras productivas. El crecimiento demográfico motivado por la inmigración masiva había cuadruplicado la población y un modelo exitoso de inserción en el mercado mundial había llevado a cuadruplicar también el ingreso *per cápita* desde 1870. (2) La producción había crecido de la mano de la expansión de las tierras explotables en la pampa húmeda, con un modelo agroexportador y un vínculo preferencial con Gran Bretaña, la principal potencia de la época. Expresiones como “la vaca atada” o “tirar manteca al techo” se incorporaron al lenguaje como signos de una Argentina opulenta. En su haber, la escuela laica, gratuita y obligatoria, la apertura inmigratoria, que sumada a la prosperidad y la necesidad de mano de obra atrajo a millones de inmigrantes europeos empobrecidos, el gigantesco crecimiento en infraestructura ferroviaria, eléctrica, universitaria. En pocos años se accedería al voto universal (para los varones, las mujeres esperarían 35 años más) y la penetración de las nuevas clases medias en la estructura de poder del Estado a través del Partido Radical. No estaba falta de páginas negras y de grandes carencias sociales. El relato de Bialek Massé de 1904 (3) ha quedado como un duro testimonio de la situación de los trabajadores en la época. Buenos Aires era conocida como la capital mundial del tráfico de blancas. (4) El mundo se veía atravesado por apasionadas ideologías

(socialismo, anarquismo, liberalismo, nacionalismo) y ante la inminencia de un cambio que llevaría al derrumbe de los viejos imperios y dos guerras mundiales. En la Argentina eran reflejo de esta tensión la movilización de los sectores medios por el sufragio universal y la ebullición obrera, que llevó a la represión sangrienta comandada por el coronel Ramón Falcón en enero de 1909 y reacciones como su asesinato por parte de Simón Radowitzky. Estos pocos detalles retrataban la difícil tarea del “crisol de razas” soñado. (5) Con todas sus complejas contradicciones, la Argentina aparecía como una gran promesa y un nuevo gran país. Tomemos los versos de Rubén Darío (6): “¡Hay en la tierra una Argentina!/ He aquí la región del Dorado,/ he aquí el paraíso terrestre,/ he aquí la ventura esperada.”

La Argentina del bicentenario sin lugar a dudas habita otro imaginario. El mundo posterior a la caída del muro en 1989 luego del siglo más sangriento y vandálico de la historia, con nuestras propias páginas de horror en los '70, se muestra muy distinto. Habitamos un mercado y una cultura mediáticos, hipertecnológicos, altamente globalizados, en una era de telecomunicaciones e intercambio digital. Se ha llegado a imaginar el fin de las ideologías (7) y hasta el fin de la historia, (8) con el triunfo de un modelo económico que podemos identificar con la estructura norteamericana y el entusiasmo neoliberal de los '90, hoy lidiando con una crisis mundial de pronóstico impredecible. El pensador político Zygmunt Bauman en varios libros (9) ha retratado una forma de vida consolidada en las últimas décadas, con adhesiones e identidades fugaces. Desde el punto de vista de las identidades personales, vivimos una modernidad “líquida”. Como contraparte surgen en la búsqueda de certezas diferentes fundamentalismos. La Argentina enfrenta este momento histórico en un progresivo debilitamiento respecto de la potencia regional, Brasil, y no logra madurar una sociedad inclusiva. Un tercio de la población sigue bajo la línea de pobreza y el 14% bajo el nivel de indigencia, a pesar del crecimiento económico de la última década. Casi la mitad de los trabajadores tienen relaciones laborales informales (“en negro”). La visión en los sectores medios es la de carencia de un proyecto histórico de inserción en un mercado mundial complejo y múltiples percepciones de “decadencia”: aumento de la marginalidad (niños y adultos en la calle, cartoneros), de la violencia, corrupción

* Este texto resume una conferencia dictada en el Congreso Argentino de Cardiología en una mesa compartida con los doctores Alberto Agrest y Hernán Doval.

en todos los estamentos de la sociedad, los hijos o nietos de sectores medios que emigran en masa ante cada crisis económico-política. Quedan heridas aún no cicatrizadas de los '70 en una generación de violencia e intolerancia, con centros clandestinos de detención y tortura, secuestros de niños y miles de asesinatos políticos. En el haber, 26 años de democracia, las mejoras de género y de la tolerancia sexual, pero una democracia que aún no ha logrado superar los problemas alimentarios, de trabajo ni de una adecuada asistencia médica para amplios sectores sociales. En nuestra profesión, la sentida ausencia de un sistema armónico de asistencia a la salud y su progresiva atomización acorde a la reforma de los '90. Repetimos una frase típica por lo menos en los sectores medios: "un país sin proyecto".

Recuerdo que en sus últimos años Carlos Bertolasi hablaba con orgullo de la Sociedad de Cardiología y sus logros: estructura sólida, intensa tarea docente, ausencia de corrupción, renovación constante de directivos y muchas otras. En conversaciones personales y escritos, sin embargo, insistía en el fracaso de su generación como clase dirigente. "Recibimos un país razonable en el '50 y lo dejamos destruido en el 2000", nos decía. El mayor reparo que me causó su afirmación era mi dificultad para asumir que los cardiólogos, y más los estructurados en una sociedad científica y con influencia sobre la comunidad médica, podemos ser considerados "clase dirigente".

En esta Carta del Director trataré de repetir el ejercicio de la conferencia del Congreso: asumir que somos parte de la clase dirigente, que podemos tener influencia. Quizás lo que más nos debilita en nuestra posibilidad de éxito comunitario es que, como lo criticamos en la clase dirigente política, tampoco tenemos un proyecto a largo plazo del papel de la medicina y la cardiología. El espíritu será *promover un papel político activo de la comunidad médica en la elaboración de un proyecto comunitario*.

Discutiré en forma breve seis ámbitos de debate o pasos, que se resumen en la Tabla 1, que por supuesto no pretenden ser exhaustivos ni excluyentes.

EL DIÁLOGO MEDICINA-SOCIEDAD Y LA PROFESIÓN MÉDICA

Hace pocos años, un editorial del *British Medical Journal* titulaba: "¿Por qué los médicos son tan infelices?" (10) El sistema inglés tiene una medicina universal e igualitaria, basada en un sistema de salud socializado con fuerte presencia de los médicos generales. La referida "infelicidad" se instala a pesar de que los médicos tienen un buen nivel de ingresos, una carrera estable, jubilación adecuada y reglas de juego claras para su desarrollo profesional; toda similitud con la situación argentina resultaría una deseable o casi utópica coincidencia. El editorialista puntualizaba el conflicto en las visiones diferentes de los pacientes y los médicos sobre la realidad de la medicina contemporánea.

Tabla 1. Ámbitos de debate

- El diálogo medicina-sociedad y la profesión médica
- La asistencia médica como empresa colectiva
- La reafectación médica
- La recuperación de las preguntas de investigación y las estructuras necesarias
- Prevención y políticas asistenciales comunitarias
- La inteligencia colectiva pensando una Argentina para el siglo XXI

Para los pacientes:

La medicina es capaz de hacer cosas fantásticas y resolver gran parte de los problemas de salud, aun con ilusiones de órganos trasplantados o sintéticos. El médico aparece como un ser de gran poder, que sabe lo necesario y puede, utilizando recursos para "mirar por dentro", saber lo que el paciente tiene y cómo resolverlo. Este poder justifica que gane bien y tenga un *status* elevado.

Para los médicos:

La medicina tiene un poder limitado, es peligrosa y el equilibrio entre ayudar y dañar es muy delicado. Tenemos grandes limitaciones en resolver todos los problemas, especialmente los emocionales y sociales. Sabemos lo difícil que es la medicina y los graves problemas no debatidos de la invalidez, el final de la vida y tantos otros. Piensa que mantener silencio frente a estos y otros aspectos hace que los pacientes no se sientan mal y el buen *status* médico no se arriesgue. En la Argentina podríamos traducirlo como: "Con lo que me pagan y la inestabilidad laboral, mejor que me quede callado".

La propuesta de un nuevo contrato:

El editorialista propuso una síntesis de lo que debería ser el acuerdo conceptual entre médicos y sociedad. Asumir que la muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida. Que la medicina tiene escasos poderes, particularmente para resolver problemas emocionales y sociales, y es riesgosa. Que los médicos no saben todo, que necesitan apoyo en su toma de decisiones y soporte psicológico para afrontar la línea de batalla constante con el sufrimiento y la muerte. Que los médicos y los pacientes están juntos en esta tarea, y que el *status* y el honorario de los médicos se deben debatir socialmente.

Hace pocos años se premió un ensayo que demostró que utilizando un sistema coercitivo sobre los médicos aumentaba el nivel de cumplimiento de las pautas basadas en la evidencia. Lamentablemente, los pensadores gerenciales desconocen el abismo entre sus planillas y la relación de los médicos con sus pacientes, que exige un vínculo humano y emocional. Múltiples ensayos han demostrado lo ilusorio de mantener un sistema de buen funcionamiento con médicos ex-

plotados y descontentos. (11) Esto hace surgir todas las patologías de la actividad médica, de acuerdo con el plano de trabajo: ausentismo, *burn out*, sobreexposición, corrupción, desatención. Sólo dos ejemplos: en un ensayo se observó que la adherencia de los pacientes al tratamiento médico estaba relacionada linealmente con la tendencia por parte de los médicos a dedicar tiempo a responder preguntas de los pacientes y a la satisfacción laboral médica. En otro estudio, el número de errores médicos prolifera en residentes deprimidos y sobreexigidos, en situación cercana al *burn out*. (12)

En una revisión reciente del tema en *Lancet*, (13) que revisa un número importante de publicaciones orientadas al bienestar médico y las consecuencias del malestar sobre los sistemas de salud, uno de los aspectos que profundiza es la carencia desde la formación universitaria de un enfoque humano realista de la profesión: la educación médica “inculca la noción de que los mejores doctores tienen pocas necesidades, no cometen errores y nunca están enfermos”. Afortunadamente, existe una respuesta actual activa: en Canadá, Australia y el Reino Unido se desarrollan programas para identificar y tratar a los médicos “disruptivos”. Se han creado organizaciones que tienen como objetivo la prevención del deterioro médico y la promoción de su bienestar. La Canadian Medical Association ha creado incluso el Center for Physician Health and Wellbeing (Centro para la salud y el bienestar médico). (14) Cuando lo he comentado en las charlas, la sonrisa escéptica surge espontánea: es casi imposible de imaginar que alguien en la estructura médica argentina esté pensando en nuestro bienestar. No es del todo cierto, sin embargo, y ejemplos como el proyecto de Error médico de la Academia de Medicina o los proyectos de la Comisión de Bioética de la Sociedad de Cardiología explorando el malestar médico se orientan en ese sentido.

Resumiendo el primer paso entonces:

Los médicos debemos tomar parte de los debates culturales y comunitarios sobre salud y enfermedad, poder y limitaciones de la medicina, vejez y muerte, qué sí y qué no hacer, y el papel de los médicos en la sociedad. La sociedad debe definir los orígenes del malestar médico, qué médicos quiere y cómo los cuida.

LA ASISTENCIA MÉDICA COMO EMPRESA COLECTIVA

No es novedad que la Argentina padece un funcionamiento de sus estructuras de salud costoso, poco eficiente y atravesado por la corrupción en todos sus estamentos, incluidos nosotros los médicos. Coexisten en nuestra sociedad diferentes niveles de coberturas para la población (público: atomizado en municipios, provincias, regiones; sindicales con instituciones propias, privado con dependencia de los sistemas de la seguridad social, privados por sistemas de prepago). Existen muy pocos programas de salud colectiva que atraviesen las estructuras desmembradas,

lo que se acentuó mucho en los '90 con la denominada reforma. Discutir el sistema de salud está muy por encima de la ambición de esta carta, consciente de la complejísima interacción de intereses sectoriales y la ausencia de liderazgo. Es obvio pero vale la pena reiterar que la comunidad médica debe participar activamente en el debate sobre los modelos asistenciales, que va paralelo a la formación médica y su categorización. La posibilidad de influir es a largo plazo y dependerá de la confluencia de múltiples factores políticos entre los cuales una sociedad científica de cardiología será sólo un granito de arena.

Pero existe otra dimensión que es difícil de postergar y en la cual se puede influir fuertemente. Podemos imaginar que en un sistema socializado de atención médica, con información centralizada, la evaluación de las actividades médicas puede brindar herramientas adecuadas de planificación y racionalización de recursos. Nuestro sistema anárquico-liberal-atomizado prácticamente impide conocer los resultados de la práctica médica. Las sociedades científicas y grupos independientes hemos intentado conocer parte de nuestra realidad a través de registros voluntarios, pero sabemos del sesgo que implica la pertenencia a una sociedad científica o sistemas de educación médica como la residencia.

Aun ante la ausencia de una atención centralizada, pueden establecerse parámetros básicos de calidad a ser cumplidos (y controlados). Un ejemplo es el emprendimiento AUGE chileno, (15) que establece para el infarto agudo, por ley y como derecho, que en todo paciente con dolor precordial debe realizarse un electrocardiograma y si tiene elevación del ST debe ser tratado con estrategias de reperfusión.

Hace pocos años, una intervención en uno de los mayores sistemas de cobertura en la Argentina se orientó a erradicar la corrupción, lo que sin duda es más que loable. Sin embargo, al no mejorar los aranceles para la atención, en la práctica se comprometió como cómplice a no auditar las prácticas médicas, que no pueden alcanzar niveles aceptables con pagos miserables. En otras palabras, absoluta falta de compromiso en garantizar un mínimo asistencial digno.

Lo que está en nuestras manos es establecer en los consensos no sólo las evidencias y su grado de solidez, sino un pequeño número de prácticas cuyo incumplimiento priva a los pacientes de las mínimas garantías para la atención de su salud. El derecho frente a un dolor sospechoso a un ECG rápido (que sea leído por alguien entrenado) y la disponibilidad de estrategias de reperfusión, a la disponibilidad de fármacos mínimos para el tratamiento de la hipertensión, o la prevención primaria de alto riesgo (un ejemplo curioso es la falta de estatinas en los sistemas de fármacos del plan Remediar o en los planes de asistencia a diabéticos, a pesar de que existen varias sin patente y a muy bajo costo, y su impacto en la reduc-

ción de mortalidad), o la anticoagulación en fibrilación auricular. Estas mínimas prácticas ineludibles y cuyo incumplimiento implican mala asistencia con su costo de muertes e invalidez podrían ser la guía para una salud pública con vocación rectora, independiente del sistema, con premios y castigos. Por supuesto que esto implica un gran compromiso que va más allá de la sociedad científica, como la confluencia con otras sociedades de la especialidad o afines, los contactos políticos, pero sin duda es un plano que está bajo nuestra responsabilidad como médicos asumiendo el pequeño papel de "clase dirigente".

En resumen de este segundo paso, *como sociedad científica podemos contribuir a establecer niveles de calidad mínimos para la asistencia de las patologías de alta prevalencia (primeras horas del infarto, prevención, resultados quirúrgicos y angioplastia estandarizados), todos aspectos que pueden ser promovidos y auditados. Esto nos llevaría a un papel más activo y a su vez a proveer a sanitaristas y gestores comprometidos de herramientas que faciliten su tarea.*

En otras palabras, la cardiología argentina debe comprometerse con las políticas de salud desde una mirada comunitaria y también corporativa.

(Primera de dos partes)

Carlos D. Tajer

BIBLIOGRAFÍA

1. Hobsbawm, Eric. Historia del Siglo XX. Buenos Aires: Crítica Grijalbo Mondadori. 1998.
2. Cortés Conde, Roberto. El progreso argentino, 1880-1914. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1979.
3. Biale Massé, Juan. Informe sobre el estado de las clases obreras en el interior de la república presentado al Exmo. Sr. Ministro del Interior Joaquín V. González. Buenos Aires: A. Grau; 1904.
4. Guy, Donna. El sexo peligroso. Prostitución legal en Buenos Aires. 1875-1955. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1994.
5. Bayer, Osvaldo. Los anarquistas expropiadores, Simón Radowitzky y otros ensayos. Buenos Aires: Planeta. 1975.
6. Rubén Darío. Canto a la Argentina. <http://www.elaleph.com/libro/Canto-a-la-Argentina-de-Ruben-Dario/943468/>
7. Bell, Daniel. El fin de las ideologías. Editorial Tecnos, Madrid, 1964.
8. Fukuyama, Francis. El fin de la historia y el último hombre. Planeta; 1992.
9. Baumanm, Zygmunt. Modernidad Líquida. Fondo de Cultura Económica; 1999.
10. Smith, R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2001;322:1073-74.
11. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol* 1993;12:93-102.
12. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:488-91.
13. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physicians wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374:1714-21.
14. http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/25541/la_id/1.htm
15. <http://www.supersalud.cl/568/propertyvalue-505.html>