

La difícil coyuntura política, social y económica por la que atraviesa nuestro país genera inquietud en todos los sectores. Los médicos no constituimos una excepción a la regla y por ello en el presente número de la RAC aparecen tres cartas de lectores en las cuales se analizan varios problemas vinculados con nuestra especialidad. Una de ellas, la del Dr. Carlos Bertolasi, seguramente habrá de generar mucha discusión ya que su polémico planteo acerca de la modalidad de los futuros Congresos Argentinos de Cardiología constituye un desafío a la concepción tradicional que ha venido sosteniendo la Sociedad Argentina de Cardiología desde hace muchos años con respecto a la organización de dichos congresos.

Espero que las tres cartas publicadas aquí generen una saludable y enriquecedora polémica. Creo que vivimos años de una difícil transición hacia un nuevo país; por ello se necesitan opiniones lúcidas y sensatas para contribuir, en la medida de las posibilidades de cada uno, a paliar la crisis por la que atravesamos.

**Dr. Raúl Oliveri**

### **Con dolor y en soledad**

Destacar el profundo dolor con que la comunidad cardiológica observa la situación de nuestra sociedad sería una observación obvia y redundante, en este caso sólo repetida como introducción a unas breves reflexiones.

Atribuir orígenes y responsabilidades particulares escapa a mi capacidad y al sentido de estas líneas. En síntesis sólo podría decir que nos hallamos ante un fracaso comunitario, con muy diverso grado de responsabilidad.

Si aceptamos esta premisa habremos dado un paso fundamental para iniciar el largo proceso de necesaria recuperación por dos razones. En primer lugar cada quien reconocerá participación culpable (por acción u omisión) y lo que sería mucho más importante, advertiría que puede contribuir con aportes desde su órbita de pensamiento y laboral. Terminar con "la culpa la tiene el otro" es el necesario primer paso para retomar el camino de la acción

positiva. Al mismo tiempo evita la penosa situación de observar pasivamente un derrumbe, sin sentirse capaz o habilitado para actuar en el rescate.

¿Cómo iniciar la reconstrucción? Creo que en una primera etapa, acercando proyectos. Al igual que la restauración de las catedrales de posguerra, durante un lapso el entorno pareció igual de desolado; mientras tanto, cerebros lúcidos y emprendedores se hallaban diseñando los planos que más tarde posibilitarían esa rápida y fantástica reconstrucción.

En reuniones informales con queridos y distinguidos colegas hemos discutido alternativas que casi siempre terminan agotándose en sí mismas. Va en contra del valioso espíritu emprendedor todo lo que signifique desarmar, reducir, limitar...

Pero nunca me hallé en mayor soledad que cuando propuse suspender el Congreso Argentino de Cardiología, así como hoy lo concebimos.

Antes de continuar debo dejar expresamente a resguardo la opinión de las autoridades de la SAC, pues no fueron por mí consultadas ni participaron en estas conversaciones, por lo que se hallan totalmente ajenas a estas reflexiones. Asimismo este esbozo de propuesta estaría dirigido a los congresos del futuro, ya que el próximo supongo que ya se halla totalmente estructurado y definido.

Volviendo al tema central, debí presuponer que la propuesta de suprimir el Congreso sonaría a blasfemia, y con razón.

¿Con qué derecho interrumpir la marcha ascendente de la SAC? (como siempre he dicho, ejemplo de crecimiento en medio de un entorno decadente; doble mérito y producto de la desinteresada entrega de varias generaciones).

¿Qué mejor prueba para justificar su necesidad que el incesante aumento del número de participantes que ha llegado a la insólita cifra de 7.000? (¡el tercero más importante del mundo!). Aquí nace mi reflexión: ¿somos la tercera "potencia" o nos ubicamos en una burbuja? (muy meritoria pero burbuja al fin).

La propuesta de reformular (hacia abajo) un evento de esta importancia, no deja de ser un hecho aislado (aunque realista) si no se acompaña de "efectos colaterales" positivos.

Vayamos por partes. ¿Qué tal una duración de tres días? Viernes a domingo, en lugar de "seguir hasta el miércoles". Ya en el último Congreso se observó una clara deserción a partir del lunes. Pese al interesante programa, el "lucro cesante" se ha hecho into-

lerable para el colega que más nos interesa (joven y/o "sumergido" en su consultorio, sin práctica hospitalaria).

¿Y la sede? Abandonar el hotel más confortable y lujoso hacia una alternativa mucho más austera. Hasta gozaríamos de la complacencia de la "mitad más uno" si utilizáramos salones de un coqueto estadio de fútbol en la ribera del Riachuelo. El conocido argumento de que "la industria le quitaría apoyo" requeriría un diálogo con quienes seguramente también deben reducir costos.

Si un estadio no satisface, improductivas sedes de muchas dependencias estatales serían alternativas aconsejables, con el valor agregado de hacerlas sentir protagonistas (quedarían impregnadas de la capacidad creativa cardiológica).

¿Reducir el número de invitados de 80-90 a 2? Si bien no faltaría información (hoy disponible al instante), sería la pérdida más dolorosa (aunque transitoria). El contacto personal, "ver y sentir" a tantos queridos maestros siempre estimula y siembra cultura con frutos jugosos años más tarde. ¡Es claro que esos pobres dos o tres invitados deberían "trabajar" de 4 a 6 horas por día! (conozco a muchos que lo harían con gusto). Pero, ¿por qué rechazar una treintena de colegas que "vienen gratis" a través de empresas benefactoras? ¡Nada es gratis, mi amigo! Algún centavo en el costo de un recurso o, lo que sería mucho más grave, algún subliminal mensaje con ingredientes de marketing, es el "retorno" que desde siempre hemos conocido pero disimulado ante el hipócrita lema del "interés superior" de la educación.

Y aún quedan efectos colaterales favorables. Disminuiría el complejo de "pariente pobre y envidioso" que a menudo se escucha en los pasillos. ¡Ah, si pudiéramos aplicar tal técnica, otro gallo cantaría! Mientras el que lo sostiene, a menudo desdeña aquellas "antiguas" de las que dispone, y que si bien no "adornan" el progreso son probadamente útiles.

La relación costo-beneficio aparece como una variable muy trascendente del accionar médico. Así, deberemos asumir sin trauma nuestra realidad. Canadá obtiene resultados similares a los de los Estados Unidos, pero a menor costo. Cada país europeo incorpora el progreso de acuerdo con sus posibilidades y en lugar de lamentos se escuchan propuestas para la mejor estratificación del riesgo y la consiguiente racionalidad del gasto. Incluso deberíamos proponer esquemas propios y más efectivos ante el fracaso en el mundo de la prevención primaria en base a consejos higiénico-dietéticos.

¿Cómo sostener un buen nivel de concurrencia? Al igual que en el arte, la carencia de primeras figuras provoca caída de interés. Se me ocurre alguna idea para salvar este grave y cierto inconveniente (seguramente existen otros).

En primer lugar, la "clase media" cardiológica se halla en excelente condición. Bien formada y con experiencia internacional (gracias a los muchos años en que decretamos vivir en el "primer mundo") se halla en inmejorables condiciones para liderar y transmitir.

¡Manos a la obra! Sugiero comenzar con una participación estelar de los diversos Consejos de la SAC. A todos ellos se les pediría la inmediata puesta en marcha de Consensos actualizados (reiterando experiencias anteriores). Estos tendrían el mismo rigor científico que los previos, pero elaborados para una "economía de guerra".

Además de su efectividad, un recurso sería: clase A si además reduce los riesgos significativamente, clase B si lo hace en forma moderada y reservamos la clase C para los múltiples recursos "tan útiles" que tienen probados beneficios marginales. Todo ello analizado bajo la ecuación costo-beneficio. ¿Sería útil tal Consenso? Obviamente sí. Primero porque incorpora un factor esencial de nuestra realidad actual. Además brinda soporte ético y legal para la práctica cotidiana eliminando el insostenible "de acuerdo al Consenso de tal o cual país" esgrimido cada vez que se quiere presionar con una indicación *borderline*.

Esta es sólo una idea y sólo el comienzo de un intercambio que seguramente podrá generar muchas otras. De manera alguna propongo un cambio "revolucionario" (no es mi estilo). Sugiero este minúsculo aporte como "puntapié inicial" de la necesaria adecuación futura de nuestra práctica médica a la condición actual de nuestra comunidad.

Por supuesto que todo sería transitorio. Mientras muchos de nuestros líderes estarán apagando incendios en los próximos años, es de desear que otros, desde la penumbra, continúen soñando con una estructura similar a la que nosotros soñamos hace años y que tan groseramente fracasamos en su concreción.

Como corolario lograríamos terminar con el papel de observador de culpas ajenas y asumir la cuota de responsabilidad que nos corresponde.

**Dr. Carlos Bertolasi**

### Cardiopatías y sociedad

En la República Argentina la salud es un tema no resuelto pero, paradójicamente, no es necesario contar con más dinero sino con más salud, la cual debe distribuirse también más equitativamente. Los índices tomados de la OMS, del Ministerio de Salud y de la Dirección de Estadística de la Nación nos configuran un perfil de buena cantidad de recursos eco-

nómicos pero de una muy mala performance. La Argentina destina 823 pesos per cápita anuales en salud, ocupando el lugar número 34 entre los países que destinan más dinero para este menester. Sin embargo, por eficiencia se halla en el puesto 75. Esta diferencia entre aporte y eficacia tiene como causas: distribución desigual de los recursos, falta de administración clara, ausencia de un plan nacional de salud. En las condiciones actuales, la salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Es necesario comprender que el mercado no sabe de justicia, sabe de precios, configurando esta falta adecuada de política en Salud un interés negociado. Los recursos han sido intermediados con el solo fin de propender a un desvío de los fondos, los cuales llegan en cuentagotas a los usuarios y a los prestadores. Por lo tanto, a pesar de aquilatarse unos 25.000 millones de pesos anuales para la prestación, hay subutilización de los recursos de salud, lo cual acarrea discapacidad, sufrimiento, injusticia, desigualdad y muerte.

La Argentina destina el 8,4% del PBI a teóricos gastos en salud, el cual es uno de los índices más altos del mundo, pero si no se implementa una distribución equitativa de los recursos dentro de un plan nacional de salud la situación caótica que ostenta nuestro país no va a cambiar. Por ejemplo, Chile, que destina 350 dólares anuales per cápita, tiene una mortalidad infantil del 11 por mil, o sea la mitad de la que ostenta la Argentina, con un 22 por mil. Cuba, con sólo 106 dólares por habitante, posee una mortalidad infantil del 6,4 por mil, algo más baja actualmente que la de Estados Unidos, que invierte 3.000 dólares por habitante. Estas cifras de la Argentina se repiten matemáticamente con cada indicador (mortalidad materna, esperanza de vida, etc.), implicando la necesidad de cambios fundamentales que democratizan a la salud.

En algunas zonas geográficas esta situación se ha agravado en relación con los índices de desempleo, trabajo "en negro", obras sociales insolventes, falta de cumplimiento de éstas. Así, en el conurbano bonaerense, con 8 millones de habitantes, la cantidad de población que acude a los hospitales públicos ha aumentado un 7% en los últimos 6 meses. Actualmente el 44% de los habitantes de dicha zona se atiende en ellos.

En alta complejidad la situación también es grave, por los costos, la tecnología y la capacitación profesional necesarias. Hay más desigualdad, menor prestación y falta de claridad en la administración. El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares no escapa a esto. Hay grave subprestación y una gran franja de excluidos. Si consi-

deramos, por ejemplo, que una tasa lógica de prestación en cirugía cardíaca sería de 800 por millón de habitantes, vemos que las cifras actuales indican menos de 300. Países del Primer Mundo, como Alemania, Estados Unidos, Francia o Suiza, ostentan una tasa por encima de mil por millón, mientras que Uruguay, con un fondo de recursos solidario, tiene 813 prestaciones por millón de habitantes. Por otra parte debemos aclarar que las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de mortalidad en nuestro país, con un 34,5%. Así, sobre una tasa de mortalidad general del 7,7/mil/año, al corazón y a las arterias les corresponde una tasa de 2,7/mil/año. Los lugares subsiguientes se hallan ocupados por los tumores malignos, con una tasa un 40% menor que las enfermedades cardiovasculares, las infecciones respiratorias y los accidentes. De estos datos estadísticos se deduce que del total de muertes, un porcentaje importante corresponde a las prestaciones cardiovasculares faltantes, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico. La gran cantidad de excluidos para esta prestación de alta complejidad no es un problema derivado de la falta de recursos sino proveniente de la ausencia de un principio solidario, de la desorganización administrativa y de la pérdida de los recursos.

Creemos que la actitud ética de plantear el problema debe estar adjunta a su posible solución. Se hace necesario trabajar en un Proyecto Nacional Cooperativo. Este fondo permitirá a toda la población el acceso a estas prácticas, sin menoscabo económico para los grandes contribuyentes: Estado, obras sociales, prepagas, seguros, INSSJP

Las virtudes de este proyecto deben pasar por:

1) Principio de universalidad. Legislar para todos los habitantes sin exclusiones, con posibilidad de acceso a la prestación de los profesionales, equipos médicos e instituciones que ostenten el nivel lógico de capacitación técnica.

2) Permitir la libre elección por parte del paciente, acto de enorme valor humano y jurídico actualmente perdido en la práctica médica.

3) Presentar una distribución equitativa de los recursos en beneficio de toda la población.

4) Contar con prolijidad administrativa que aleje el fantasma de la iniquidad.

La confección de un Proyecto Nacional Cooperativo de esta naturaleza no invalida desconocer la necesidad de que sobre él se aposenten el resto de las prácticas médicas, como también propender a la prevención de las enfermedades. El avanzar rápidamente como proyecto dentro de una democracia poco participativa como la actual debe interpretarse como una consideración estratégica que se deberá oportunamente corregir. Es necesario, ampliarlo buscando que se agreguen todas las prestaciones médicas con

el fin de caminar hacia un plan nacional de salud. Para ello es fundamental la cohesión de los profesionales y hacer participar a la población con el fin de que comprendan la necesidad imperiosa de democratizar el acceso a la salud. Propender a la solución sin exclusiones de la primera causa de muerte en la Argentina debe inferirse como una alternativa no despreciable en el estado actual de nuestra sociedad. Para evitar que el desaliento nos haga partícipes de la tolerancia de los que son médicamente excluidos quizá debamos reflexionar sobre las palabras de Marco Aurelio: *Nadie tiene otra vida que la que pierde* ("Meditaciones").

**Dr. Jorge C. Trainini**

#### Por qué fracasan las campañas antitabaco en la Argentina

En todos los Congresos de Cardiología de la República Argentina se hace hincapié en las campañas tendientes a concientizar a la población sobre los riesgos implícitos en el consumo de tabaco. **Que por cierto existen y son graves.**

Se gastan millones de pesos y denodados esfuerzos.

Pero no en vano la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un *ranking* de 191 países en cuanto a la eficiencia del gasto en Salud Pública, nos colocó en el puesto 75, detrás de países americanos como Cuba, Paraguay, Venezuela y Colombia.

Cuando llega el momento de valorar el éxito, los responsables de las campañas se miran entre sí, sorprendidos por los magros resultados. Se preguntan: ¿Cómo, si empleamos las mismas técnicas que los epidemiólogos de los Estados Unidos, ellos obtienen tanto éxito y nosotros no? Allí **reside** la clave. **Nuestro pueblo no es el de los Estados Unidos.**

Al tomar esos modelos para aplicarlos tal cual se revela la pavorosa indiferencia de nuestros cardiólogos sobre las motivaciones psicológicas de nuestros pacientes. Por cierto que de "dientes para afuera" eso jamás será admitido; sería *démodé*.

Cualquier publicista que quiera imponer un producto estudia cuidadosamente las características psicológicas del pueblo al cual va destinada la campaña. No será la misma en los Estados Unidos, Alemania o la Argentina. El camino para inducir al abandono de un hábito requiere los mismos pasos.

El estudio PRESEA, recientemente presentado, resalta la importante prevalencia de pacientes que después del IAM, pasado el impacto psicológico de

la catástrofe, retoman el hábito de fumar: alrededor de un tercio. En el último Congreso Argentino de Cardiología se comentó un estudio estadounidense que puso de manifiesto que en todo nuevo conflicto bélico su población aumenta notoriamente el consumo de tabaco. Esto sirve de orientación sobre la conducta humana ante las crisis, incluso en un pueblo que tiene tantos motivos de gratificación y de los que carece el nuestro. Además, no debemos olvidar que en la cultura norteamericana es muy habitual canalizar la ansiedad hacia la actividad oral que significa mascar chicle; en nuestro país no.

Pensemos: ¿Qué significa el fumar para el ciudadano argentino? ¿Qué función social cumple aquí?

Es fundamental no olvidar que el hábito se adquiere en la adolescencia. A esa edad tan insegura, el cigarrillo implica inconscientemente, una forma de adultez, de seguridad, de alardeo ante el sexo opuesto de la madurez adquirida.

Es inútil explicarle a un adolescente o a un adulto joven los riesgos del tabaco. Hay tanta potencia de vida que la enfermedad o la muerte se menosprecian. Lo que pueda pasar en la adultez lo ven tan lejano y tan abstracto que no pesa.

El desprecio por el riesgo lo vemos cotidianamente en incontables jóvenes motociclistas que pululan protegiendo su codo con el casco.

Con el tiempo aparece la adicción al tabaco y se refuerza el factor psicológico de apoyo.

El cigarrillo ya se convirtió en el compañero de desengaños y penas. Es el único amigo que no traiciona (lo hace, sí, subliminalmente con el daño endotelial, pero eso no se ve hasta que llega la crisis).

Es el camarada del hombre desamparado aunque esté en la multitud, en la oficina o en rueda de amigos. **Es el sostén en la frustración. Y la frustración es uno de los más peligrosos factores de riesgo cardiovascular.**

**No olvidemos que nuestro pueblo es uno de los más frustrados del mundo.** No es que sea todavía el más miserable, a pesar del esfuerzo en ese sentido de nuestros gobernantes civiles o de uniforme y de los ministros de economía entrenados en Chicago. Hay pueblos en Africa, Asia y América que están peor aun que nosotros. **Pero siempre lo estuvieron. jamás pudieron esperar otra cosa.**

No es el caso de la Argentina. Cuando terminó la Segunda Guerra Mundial, nuestro país era el más rico del mundo en reservas de oro en relación con su población. Además éramos los acreedores de las potencias triunfantes, no los deudores como lo somos ahora.

Los científicos futurólogos vaticinaban que dos países estaban preparados para un vertiginoso crecimiento: Canadá y la Argentina.

Conozco Canadá; conozco muy bien la Argentina. Por ello sostengo que nuestro pueblo es el más

frustrado del mundo. El cigarrillo es un apoyo inconsciente para él.

Ello conspira poderosamente para que las campañas le hagan abandonar el hábito, **mientras no cambien las condiciones sociales.**

Pero no todo está perdido en este aspecto; existe una manera eficaz de influir. **El mecanismo es cortar al tabaco el camino hacia el adolescente. Eso sólo se conseguirá si podemos influir en los cerebros infantiles inculcándoles el riesgo que conlleva el hábito de fumar.**

Para ello las campañas deberían desarrollarse intensivamente en las escuelas primarias año tras año.

Estas opiniones pueden parecer intempestivas, pero están respaldadas por una larga y constante

labor. De mis 50 años como cardiólogo, 23 de ellos fui jefe de Unidad Coronaria (inauguré la del Pabellón Inchauspe y la del Durand). Pero, paralelamente, tuve la fortuna de que ese visionario pionero que fue el Dr. Isaac Luchina me eligiera, en el Inchauspe, en 1955, para ser el cardiólogo que integrara el primer grupo hospitalario en el mundo que se formara para estudiar durante años la psicología del paciente coronario, con la característica de ser coordinado por psicoanalistas pero con la presencia constante del cardiólogo asistente.

Desde entonces, hasta hoy, jamás abandoné el tema y el método de estudio.

**Dr. Alfredo H. Cecchi**