

Estrategias de salud: del oficio médico a la medicina social*

*Health Strategies: From Medical Profession to Social Medicine**

UN POCO DE HISTORIA

Si bien voy a tratar de desarrollar las nuevas “*estrategias de salud*”, que transcurren del pasaje “*del oficio médico*”, que aún se tiene que mejorar, “*a la medicina social*”, las ideas vienen de algo, de alguien de algún lado, y hablando específicamente, se necesita conocer el contexto en que nací y me desarrollé porque, como decía un filósofo-político y economista del siglo XIX, “*La esencia del hombre son sus relaciones sociales*”, o como diría un proverbio senegalés “*Si quieres saber a dónde vas, date vuelta y mira de dónde vienes*”.

En mi adolescencia, el medio más común de transporte era el tranvía eléctrico, (1) no existían los semáforos y todavía en la intersección de Independencia y Pasco, donde vivía, había una garita con un policía que en muy contadas ocasiones dirigía el tránsito. Las casas permanecían con las puertas abiertas para que los vecinos pudieran entrar cuando quisieran, y la gente sacaba sus sillas y se sentaba frente a sus casas durante la noche, para poder charlar con los vecinos que pasaban por la calle.

De los *medios de comunicación* actuales solo existía la radio a válvula y había que esperar unos minutos para comenzar a escucharla, porque necesitaba “calentar” las válvulas del circuito. Era una cultura auditiva la que nos estimulaba la imaginación: los rugidos de los motores de la Maserati de Fangio doblando la curva frente al puesto de José Elías Sojit, o las representaciones, también solamente auditivas, de las obras teatrales clásicas, difundidas por Radio Nacional en “Las dos carátulas”. La televisión recién apareció en 1951, cuando ya tenía 10 años. Al filo de los sesenta disfrutamos de la primera radio a transistores japonesa, la famosa SPICA (ST-600) con estuche de cuero, que permitió a los jóvenes escuchar radio en la calle, porque su pequeño tamaño permitió el gesto generalizado de apoyar, sostenido por la mano, el parlante sobre la oreja... a pesar de que venía con un audífono monoaural que nadie utilizaba.

Alrededor de los 15 años concurría a la Casa del Pueblo y adquirí un libro encuadernado del primer tomo de “El Capital” de Carlos Marx, traducido por Juan B. Justo, con las hojas chamuscadas por el incendio intencional de la biblioteca, e hice el esfuerzo de intentar leerlo. Casi al mismo tiempo, un compañero del secundario me alcanzó un libro de su abuelo, era la novela de Jack London “El talón de hierro”, de quien

solo conocía los libros sobre perros-lobos del Klondike; su lectura me produjo una tremenda impresión por los argumentos demoleedores de ese obrero llamado Everhard y la distopía de la visión de la lucha de clases a muerte en la llamada “Comuna de Chicago”, con la descripción de una oligarquía que el personaje llamaba el “talón de hierro”. El libro publicado en 1907 preanunciaba, antes de la Primera Guerra Mundial, el desarrollo del fascismo que desencadenaría la segunda.

El 27 de junio de 1958, con aún 16 años, asistí por primera y única vez al palco de la Cámara de Diputados para presenciar la derogación de la nefasta “ley de residencia” 4144. La ley permitía que durante el estado de sitio se pudiera expulsar, sin ningún juicio previo y discrecionalmente, a los obreros anarquistas y socialistas más conscientes y activos que molestaban a las clases conservadoras. La ley 4144 fue concebida e impulsada por Miguel Cané en 1902, el autor de la novela autobiográfica *Juvenilia*, y utilizada en el primer centenario patrio de 1910 para desarticular al movimiento trabajador que preparaba un contradesfile frente a los numerosos invitados extranjeros. Ese día, el bloque de la UCRI presidido por Gómez Machado aprobó la ley 14.445 de abolición de la ley de residencia.

En la segunda parte de ese año se produjo el enfrentamiento de ideas de los estudiantes secundarios y universitarios por la llamada ley Domingorena, Estaba el grupo de los “libres”, identificados con una cinta verde, que apoyaba que las universidades privadas dieran títulos habilitantes sin examen final en la universidad pública y el grupo de los “laicos” que se identificaban con una cinta violeta, que se oponían.

Los colegios secundarios hervían de discusiones públicas, con multiplicidad de exordios y panfletos mimeografiados. Los “libres” realizan una manifestación masiva el 15 de septiembre frente al Congreso, con alrededor de 60.000 personas. Cuatro días después, la respuesta fue una manifestación más impresionante de los “laicos” que reúne cerca de 300.000 personas, entre los que me encontraba pero lejos del palco oficial, a la altura de la Plaza Lorea, después de la tarea ardua de vencer a mi madre.

Podría definirme como un *sesentista*; durante la primera mitad de esa década hice mi formación médica en la UBA, en la segunda mitad realicé mi residencia de clínica médica en el CEMIC con la dirección del inolvidable Norberto Quirno. En los últimos años de los sesenta ya estaba instalado a tiempo completo y comen-

zando el desarrollo de la nueva Unidad Coronaria del Hospital Italiano de Buenos Aires (la segunda del país luego de la del Hospital Argerich), bajo la conducción de su constructor, el Dr. Raúl Oliveri.

De médico clínico, mi deseo inicial, pasé a interesarme por el nuevo campo del desarrollo de la medicina intensiva cardíaca. Luego de la disminución inicial de la muerte del IAM por arritmias en la nueva Unidad Coronaria, debido a la aparición del cardiodesfibrilador diseñado por Lown, comenzamos a investigar cómo se podría diagnosticar precozmente y cuantificar la falla hemodinámica, para buscar medidas que disminuyeran la muerte residual debido a la insuficiencia de la bomba cardíaca.

Ya se conocía que en ausencia de hipertensión pulmonar la presión diastólica de la arteria pulmonar era igual a la "presión en cuña o enclavada pulmonar", que representa la presión capilar pulmonar (PCP). A su vez, en el Hospital Saint Thomas de Londres habían desarrollado un modelo experimental de catéter "flotante" de pequeño calibre, con termistor para medir el volumen minuto cardíaco, que el flujo llevaba hasta la arteria pulmonar. Adquirimos un aparato y los catéteres "flotantes", pero su colocación era sumamente dificultosa y era aún peor en condiciones de bajo volumen minuto cardíaco. Así que desarrollamos, con la imprescindible ayuda técnica de mi padre, un molde para darle una doble curva a la parte terminal de un catéter K-31 colocándolo en agua caliente y luego introduciendo un alambre de cobre en su interior que salía por el extremo distal fabricando un anillo externo que funcionaba como un catéter-electrodo y permitía su introducción por el control de electrocardiograma intracavitario, hasta que finalmente el catéter quedaba sostenido laxamente en una de las ramas de la arteria pulmonar. Publicamos en la RAC la colocación fácil en el primero o segundo intento. (2)

Con la aparición de los catéteres diseñados por Swan y Ganz, con un balón inflable distal que permitía medir la PCP y el agregado posterior de un termistor para medir el volumen minuto cardíaco por termodilución, se pudieron construir curvas de la función de bomba del ventrículo izquierdo, con dos o más puntos de trabajo cardíaco contra presiones de llenado, disminuyendo el retorno venoso con la colocación de manguitos en las extremidades para disminuir la PCP, o aumentándolo con expansiones de volumen. Los resultados se presentaron en el VII Congreso Mundial de Cardiología realizado en el Hotel Sheraton de Buenos Aires en septiembre de 1974.

Previamente, el 20 de junio de 1973, aunque ya hacía tiempo que era un marxista convencido, me convocaron para ir como cardiólogo a recibir, con una ambulancia del Hospital Argerich, al general Juan Domingo Perón que regresaba a la Argentina definitivamente e iba a dirigir un discurso desde el último puente, 3 km antes del aeropuerto de Ezeiza, a una manifestación de alrededor de 3 millones de personas sobre la autopista. Como es conocido, no me encontré con Perón, sino en medio de un intenso tiroteo entre

las fuerzas de seguridad del puente, dirigidos por el coronel Osinde, y las columnas de Montoneros que llegaron por detrás, en lo que se dio en llamar la "masacre de Ezeiza".

Cuando ocurre el golpe de Estado de la dictadura genocida de Videla-Viola, el 24 de marzo de 1976, yo apoyaba la línea política del PCR (Partido Comunista Revolucionario) y acepté inmediatamente, sin necesidad de pensarlo, formar parte de una célula clandestina de médicos. Todos los líderes se quedaron en el país y desde los socavones mantuvimos la línea insurreccional de masas, contraria al "foquismo" guerrillero, la distribución del periódico *Nueva Hora* y participamos de acciones como rechazar una guerra con Chile por el Beagle, junto a la posición de la Iglesia.

Como dijo el Papa Francisco, el PCR fue el único partido que se opuso activamente al golpe. Dos días antes del golpe se publica en *Nueva Hora* (3) la última carta de René Salamanca, el secretario general del SMATA Córdoba, donde rotundamente expresa: "*Yo no digo que Isabel no se equivoque, yo no digo que su política sea la mejor para enfrentar a los imperialismos. Pero digo, sí, que resiste, forcejea y trata de no entregarse y que, en ese sentido, cuando los que quieren derrocarla son, como en 1955, los enemigos de la patria, su caída será un retroceso y un avance de las superpotencias en su afán de conquista.*" Y agrega acertadamente: "*La vida nos enseña que, así como no hay imperialismo 'bueno', tampoco puede haber golpismo 'bueno'. El golpe, sea prorruso o proyanqui, tiene un solo camino para la Argentina: superexplotación popular, dictadura terrorista, entrega de la riqueza nacional y más hambre para los sectores populares.*" Finalizaba: "*Yo propongo que los mecánicos, como en tantas otras ocasiones seamos la columna vertebral, los caudillos y el término unificador de la clase obrera y el pueblo de Córdoba contra el imperialismo, y concretamente ahora, contra el golpe de Estado amenazante.*"

En ese período, aunque el desarrollo de la fisiopatología de la falla de bomba nos permitió un mejor manejo de la fase aguda, nos encontramos que si bien la respuesta a vasodilatadores potentes como el prazosín incrementaba el volumen minuto cardíaco y disminuía las presiones de llenado, en el seguimiento a largo plazo no se podía predecir si evolucionaría favorablemente. Comenzamos a reconocer la necesidad de probar pragmáticamente las medidas terapéuticas con ensayos clínicos controlados a largo plazo. La publicación en 1986 de Jay Cohn y colaboradores del *V-HeFT I* demostró que la potente droga prazosín no disminuía la mortalidad con respecto al placebo, quizás por un mecanismo de taquifilaxia. (4) En el mismo año aparece el GISSI I de estreptoquinasa *versus* control en el infarto agudo de miocardio (IAM), que además de demostrar la disminución de la mortalidad, también disminuía la aparición de falla de bomba grave por disminución del tamaño del IAM; la prevención de la falla de bomba era superior al tratamiento de su fisiopatología una vez instaurada.

Conociendo que la mitad de las muertes de los pacientes con insuficiencia cardíaca se debía a falla de bomba pero también que la otra mitad se moría de muerte súbita por arritmia ventricular letal, y reconociendo que en la Argentina desde hacía muchos años se utilizaba un potente antiarrítmico, la amiodarona, se nos ocurrió la provocativa idea de probar esa droga, no estudiada en ensayos clínicos, en dosis bajas para impedir sus efectos colaterales, en pacientes con insuficiencia cardíaca grave ambulatoria, en un ensayo clínico aleatorizado grande, controlado y abierto (sin placebo porque no lo teníamos).

Formamos un grupo de investigadores clínicos con médicos cardiólogos que se especializaban en insuficiencia cardíaca, que llamamos GESICA (Grupo de Estudio de la Sobrevida en la Insuficiencia Cardíaca en Argentina) y publicamos el ensayo clínico GESICA en la revista inglesa *The Lancet* en 1994, (5) demostrando que disminuía significativamente la muerte un 28% comparado con el grupo control. Pero sorprendentemente, la tendencia en la reducción fue similar tanto en la muerte súbita como en la muerte por insuficiencia cardíaca progresiva. La disminución de la mortalidad y la disminución de internación por insuficiencia cardíaca estaban presentes en todos los subgrupos examinados y también era independiente de la presencia o no de taquicardia ventricular no sostenida en el Holter de inclusión.

En el análisis *post-hoc* de subgrupos, publicamos en *Circulation* (6) que la taquicardia ventricular no sostenida en un Holter de pacientes con insuficiencia cardíaca grave era un marcador independiente de mortalidad.

Pero aún más importante fue la publicación (7) *post-hoc* que demostró que en el cuartil de mayor de frecuencia cardíaca inicial, mayor era la reducción significativa de la mortalidad, sugiriendo que el efecto de la amiodarona, por lo menos en parte, se debía a una acción frenadora del sistema simpático.

Esta última suposición se confirmó en los diferentes ensayos clínicos aleatorizados a betabloqueantes, con la disminución de la mortalidad, tanto por el mecanismo de la falla de bomba como de la muerte súbita. Posteriormente, en los ensayos controlados con los cardiodesfibriladores implantables también se disminuyó la mortalidad total al disminuir la muerte súbita como prevención primaria en pacientes con deterioro grave de la función ventricular izquierda (fracción de eyección < 35%).

El grupo de investigadores independientes del GESICA se constituyó en fundación y prosiguió realizando estudios sin interés para los laboratorios farmacéuticos, pero de sumo interés para los pacientes, como la intervención telefónica de una enfermera para el seguimiento de pautas y tratamiento óptimo en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, donde se disminuía el punto final de mortalidad o internación por insuficiencia cardíaca en un 28%, que se mantuvo en el seguimiento alejado luego de suspendida la in-

tervención. (8) La primera causa de internación de los pacientes de PAMI se debe a insuficiencia cardíaca; a pesar de que ofrecimos a la obra social el conocimiento, la experiencia y el asesoramiento libre de todo interés comercial, no pudimos implementar el programa, que hubiera ahorrado sufrimientos a esa población de mayor edad y mucho dinero a la obra social.

En los últimos años probamos la hipótesis de que los ácidos grasos omega-3 del aceite de pescado permitirían prevenir la recurrencia de la fibrilación auricular sintomática. (9) Aunque la experiencia fue negativa, con esa y otras publicaciones realizamos un metaanálisis que nos permitió cancelar definitivamente esa vía de investigación.

MORTALIDAD INFANTIL, MORTALIDAD GENERAL Y MODOS DE PREVENIRLAS

En “*estrategias de salud*” comencemos analizando lo que se considera el mayor logro del siglo xx, la reducción de la mortalidad en los menores de 5 años en el mundo. En el año 2000 hubo 10 millones de muertos de los 130 millones de nacidos vivos y se dice que hubiera habido 30 millones de muertes, 3 veces más que la real, si la tasa de mortalidad de Europa occidental fuera la de 1900. Pero se oculta que si la tasa de mortalidad del resto del mundo fuera la de Europa occidental del año 2000, la mortalidad sería cercana a 1 millón de decesos. O sea, en nuestro mundo actual hay una mortalidad 10 veces mayor debido a las desigualdades en los países de ingresos bajos y medios comparados con los de ingresos altos. Los niños se mueren según su situación de clase, como sucedió en la trágica cubierta del Titanic.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la mortalidad infantil no es uniforme, aumenta continuamente su peaje desde la más baja en el Norte (Comuna 14 de Palermo) hasta la más alta en el Sur (Comuna 4 de Barracas, La Boca, Nueva Pompeya, Parque Patricios) en 2,2 veces. A su vez, el ingreso de familia *per cápita* disminuye inversamente 2 veces y esto explicaría la mitad del aumento de la mortalidad ($r^2 = 0,49$).

Nuestro grupo analizó la tasa estandarizada de muerte en menores de 75 años (prematura) y los quintiles de deprivación (% de necesidades básicas insatisfechas, el 1.º es el menor y el 5.º, el mayor) en los 213 distritos en que está dividido el país desde el año 2000 al 2011. (10) Si bien hubo una disminución de la mortalidad, esta fue más notoria en el quintil 1, aumentando la dispersión de la desigualdad en la mortalidad casi un 50% entre la mortalidad del quintil menor y el mayor. Por lo tanto, aumentó francamente la desigualdad de la mortalidad por la situación económica en la Argentina.

¿Qué pasó en los indicadores de la Encuesta Nacional de Hogares de la CABA entre 2003 y 2014 (12 años)? Las familias propietarias de su vivienda disminuyeron sostenidamente de 2 de cada 3 (64,4%) hasta acercarse a 1 de cada 2 (54,7%), 1 de cada 10 familias dejó de ser propietaria de su vivienda. Esto ocurrió a pesar

de que el nivel de educación terciaria también creció sostenidamente de 1 de cada 4 habitantes (24,9%) a 1 de cada 3 (34,3%) y la atención en el sistema público de salud disminuyó gradualmente del 24,8% en 2003 al 17,8% en 2014. Desde 2008, con la gestión del ingeniero Mauricio Macri, no se observó ningún cambio en esas tendencias.

¿Cómo se pueden prevenir las muertes prematuras? La población, aleccionada por los medios y aconsejada por los médicos, cree que el *screening* de personas asintomáticas, para detectar la enfermedad en su estadio temprano, salva vidas. Pero en realidad la revisión de todos los estudios de prevención en un metaanálisis de seis enfermedades mayores y 11 pruebas evaluadas rigurosamente –aneurisma de la aorta abdominal: por ultrasonido (n = 86.449); cáncer de mama: por mamografía (ensayos buenos, n = 292.153; ensayos regulares, n = 306.937), autoexamen (n = 387.536); cáncer colorrectal: por sangre oculta (n = 328.642), sigmoidoscopia flexible (n = no dado); cáncer de pulmón: por radiografía de tórax (n = 81.303), por radiografía más citología (n = 20.427), por TAC (n = 10.675); cáncer de ovario: por CA-125 (n = 90.492); cáncer de próstata: por PSA (n = 342.342)– demostró que si bien el aneurisma de la aorta abdominal por ultrasonido, el cáncer de mama por la mamografía y el cáncer colorrectal por sangre oculta y por sigmoidoscopia flexible disminuyen algo la muerte específica debida a la enfermedad (respectivamente, la muerte por rotura de la aorta, por cáncer de mama o por cáncer colorrectal), ninguna de las seis enfermedades tiene una disminución significativa de la muerte por cualquier causa. (11) O sea, a pesar del inmenso costo invertido en las últimas tecnologías, no se puede disminuir la mortalidad total; la conclusión decepcionante pero real es que el *screening* no salva vidas.

Entonces, ¿qué debemos hacer para prevenir las enfermedades por las cuales se mueren las personas del mundo actual?

Tenemos que admitir que en nuestro mundo las personas se mueren por el resultado de los productos que existen en el mercado, fabricados por las grandes corporaciones mundiales dominantes. Cuando se busca disminuir la mortalidad debida al cigarrillo, todos los estudios médicos se dedican a tratar y modificar la conducta del huésped,... pero casi no existen estudios que propongan regular a las corporaciones que producen el agente letal. Jahiel propone definir una nueva categoría de “enfermedades de las corporaciones” como “*Enfermedades de los consumidores, trabajadores, o residentes de la comunidad que han sido expuestos en el lugar del mercado, sitio de trabajo, o comunidad, respectivamente, a agentes de enfermedad que son parte de los productos o procesos de la actividad de las corporaciones.*” (12) Si utilizamos la misma cadena epidemiológica de la salud clásica, *agente* → *vector* → *medio* → *huésped*, para caracterizar a la salud pública en la nueva era de las corporaciones, por ejemplo, al hábito de fumar, podemos considerar que el “cigarrillo”

es el *agente* causal adictivo y tóxico (por la nicotina y el alquitrán), pero el *vector* son las grandes corporaciones industriales de las *Big Tobacco* que van en busca de la ganancia, el *medio* son las poblaciones receptoras, en este momento los adolescentes, las mujeres y sobre todo los países en desarrollo y el *huésped* final es el consumidor de cigarrillos que se vuelve adicto a un tóxico mortal. Para eliminar una epidemia biológica como el Chagas es necesaria una campaña para erradicar su vector, la vinchuca; de la misma manera, en una epidemia industrial también es necesaria una campaña para regular hasta eliminar su vector, las compañías *Big Tobacco* que producen el agente adictivo y tóxico.

Si los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, que corresponden a los dos tercios de la mortalidad actual, responden a un “*estilo de vida*”, hablaríamos y trataríamos comportamientos individuales y culparíamos a la víctima; por ejemplo, el que fuma no tiene voluntad de dejar el hábito (cuando sabemos que es un adicto), dejando invisible y por lo tanto absolviendo de responsabilidades al gobierno, a la industria y a la estructura actual de la sociedad.

Para evitar que la metáfora del “estilo de vida” nos haga pensar en la responsabilidad individual, en realidad deberíamos cambiar la expresión metafórica y hablar de “*modo de vida*”, la categoría sociológica que *refleja en forma sistemática las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales que son las formas características, estables y repetidas de la vida cotidiana de las personas y las colectividades.*

El concepto de “*modo de vida*” se apoya en el conocido concepto de “*modo de producción*”, definido muy claramente por Marx en el prólogo a la Contribución a la Crítica de la Economía Política de 1859. En él manifiesta: “*La totalidad de esas relaciones de producción constituye la estructura económica de la sociedad, la base real sobre la cual se alza un edificio jurídico y político y a la cual corresponden determinadas formas de conciencia social.*” Y prosigue con lo que tiene importancia para definir lo que llamamos modo de vida. “*El modo de producción de la vida material determina el proceso social, político e intelectual de la vida en general. No es la conciencia de los hombres lo que determina su ser, sino que, por el contrario, es su existencia social lo que determina su conciencia.*” (13)

Un epidemiólogo como Geoffrey Rose, ya en la década de los ochenta afirmaba: “*Tiene poco sentido esperar que los individuos se comporten diferente de sus pares; es más apropiado buscar un cambio general en las normas de conducta y en las circunstancias que facilitan su adopción.*” Y proseguía diciendo para la inmensa mayoría de las enfermedades: “*La naturaleza se nos presenta como un proceso o continuo, no una dicotomía.*”

Esto lo llevó a uno de los axiomas fundamentales de la medicina preventiva: “*Un gran número de gente expuesta a un pequeño riesgo puede generar muchos más casos que un pequeño número expuesto a un riesgo alto.*”

Por lo tanto, es necesario mejorar nuestra comprensión de cómo las grandes corporaciones industriales

(*Big Tobacco, Big Booze y Big Food*) contribuyen a la carga de enfermedad, de dos formas, directamente por medio de la promoción de productos que dañan la salud e indirectamente por medio de la influencia sobre las políticas públicas. Gilmore y colaboradores afirman: “El concepto de una epidemia industrial –una epidemia que emerge de la comercialización de productos que potencialmente dañan la salud– se presta a este propósito.” (14) Y prosiguen: “Por cierto, la responsabilidad fiduciaria de todas las grandes corporaciones requiere de todas ellas maximizar las ganancias independientemente de las consecuencias para la salud, la sociedad y el medio ambiente y de esa manera oponerse a las políticas que puedan reducir sus ganancias. Hay, por lo tanto, límites significativos a la compatibilidad de los intereses de la industria con la salud pública. Las compañías de alimentos, por ejemplo, tienen dos opciones estratégicas básicas para facilitar los ingresos de los accionistas: persuadir a los consumidores que coman más o incrementar los márgenes de ganancias. Como mucha de la ganancia más alta viene de los alimentos procesados comparados con los frescos, la promoción de los últimos, aconsejando a la gente que coma menos o coma más saludablemente, contradice el modelo central de negocios de muchas compañías de alimentos.” (14)

Para introducirnos en el tema, debemos conocer que las enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer y enfermedad respiratoria) causan más del 60% (35 millones) de todas las muertes en el mundo global, y más del 80% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios. Solamente por enfermedad cardiovascular y diabetes mueren el 32%, 19 millones; pero la inmensa mayoría, 15 millones, fallecen en los países subdesarrollados. Y lo que es aún peor, a la misma edad, la muerte es incluso un 54% más alta en hombres y un 86% más alta en mujeres que la de países de ingresos altos. O sea que este es nuestro problema y no el de los países ricos.

Ya que ejemplificamos con el tabaco, sigamos un poco más. Cerca de 1.300 millones de personas fuman, aproximadamente el 20% de la población mundial, pero el 80% de los fumadores se encuentran en los países de ingresos bajos y medios. En solo Rusia, Indonesia y China se encuentran 1 de cada 2 fumadores del mundo; la prevalencia de tabaco en los hombres es de aproximadamente el 60%. Solamente en China se encuentran 1 de cada 3 fumadores.

Los medios propalan que estamos venciendo al flagelo del cigarrillo, pero la proyección indica que habrá más de 1.000 millones de muertos debido al hábito de fumar al finalizar el siglo XXI. En cambio, en todo el siglo XX murieron 100 millones de personas. Los medios aliados de las grandes compañías ocultan que tendríamos 10 veces más muertes en el nuevo siglo.

Para prevenir una proporción sustancial de los 450 millones de muertes por el tabaco antes de 2050 se requiere la cesación del adulto, con los que los gobiernos y Estados de todo el mundo están muy poco comprometidos, ya que reducir el porcentaje de los

adolescentes que comienzan a fumar si bien reduciría muchas muertes, el efecto principal sobre la mortalidad solo se vería desde el 2050 en adelante.

Hace pocos días los diarios comentaron que “Alemania celebró los 70 años del fin del nazismo y de su liberación”. Debemos recordar que en la contienda de la Segunda Guerra Mundial, durante 1942 a 1945 murieron aproximadamente 24 millones de soviéticos, y 70 años después, durante 2011 a 2015 murieron... 24 millones de fumadores.

Es como si cada día se estrellaran y fallecieran 17.000 fumadores en 40 Boeings 747; en la Argentina representaría un Boeing 747 cada 4 días.

Los que continúan fumando con respecto a los que nunca fumaron aumentan al doble la mortalidad, 1 de cada 2 muertes se debe al tabaco y su expectativa de vida se acorta más de 10 años. (15)

Con la producción de cigarrillos podemos realizar una “cadena del desahucio”. Se sabe que 1 tonelada de tabaco produce 1 millón de cigarrillos y estos, 1 muerte debido a su causa; a su vez, 1 millón de millones de cigarrillos (o sea 1 billón) produce un millón de muertes; la producción actual de 6 millones de millones de cigarrillos (6 billones por año) produce 6 millones de muertes (Figura 1).

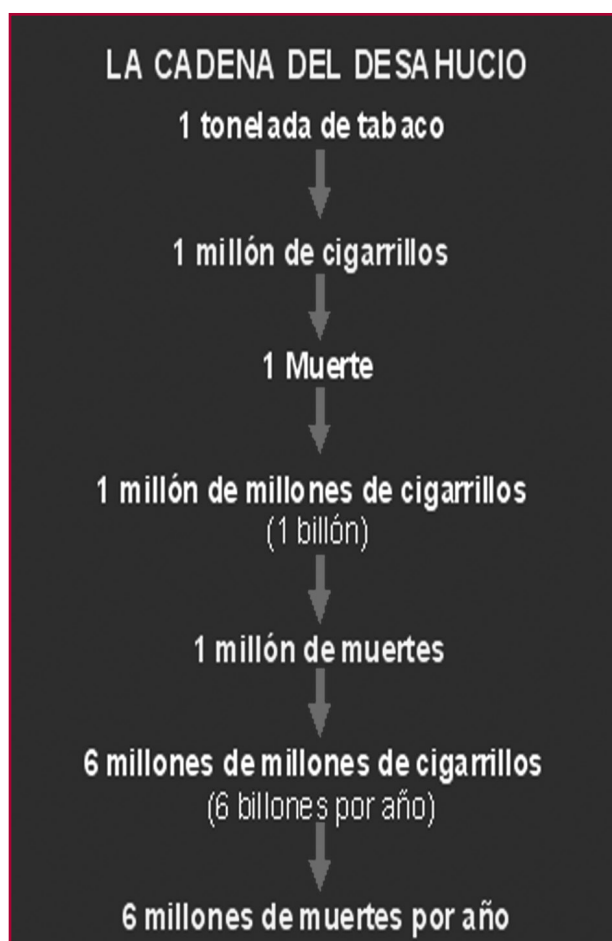


Fig. 1. Cadena del desahucio.

Las ganancias de las grandes compañías tabacaleras fueron de 50.000 millones de dólares en 2012; ganan casi 10.000 dólares por cada muerte que producen.

Cómo parar esta sangría, ya se sabe; por las experiencias de Francia y Sudáfrica, que triplicando el precio de venta al público en una década (con aumentos reales de 7% por año), se disminuye a la mitad el consumo de cigarrillos. Duplicando solamente el precio del cigarrillo, al triplicar los impuestos específicos al tabaco, se reduciría a un tercio su consumo. (15)

¿Se podría reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles con una política activa del Estado? Si se fijaran como objetivos que fumara < 5% de la población, que en la dieta la sal fuera < 5 g (< 2 g de sodio) y se reorientara el consumo fijando impuestos a la comida basura y las bebidas azucaradas y se subsidiaran las frutas y verduras (con un resultado neutro para el Estado debido al entrecruzamiento), se incentivara la actividad física con vías especiales para locomoción y se combatiera el alcoholismo subiendo los impuestos a las bebidas, el costo de esas intervenciones, incluido también el costo de las drogas para las personas de riesgo alto de enfermedad cardiovascular, para países como China, India y Rusia iría de 1,72 a 4,08 dólares por persona por año. (16)

En la Argentina se producen aproximadamente 300.000 muertes por año, casi 2 de cada 3 se deben a enfermedades no transmisibles (cerca de 200.000), el 32% del total se deben a enfermedades cardiovasculares y el 3% a diabetes; el 22% a tumores y el 7% a causas externas. (17)

Si se cumpliera este programa, se estima que la mortalidad mundial de 35 millones de enfermedades crónicas se reduciría a 10,8 millones, un 31,2% de la actual (una reducción del 61,8%). En la Argentina, de casi 200.000 muertes se reduciría a 63.000.

Pero estas son solamente estimaciones, deberíamos hacernos la pregunta: ¿Existe evidencia de una caída rápida de la enfermedad cardiovascular después de cambios bruscos del “modo de vida” de las poblaciones?

UNA EXPERIENCIA REAL

Una tremenda experiencia sucedió recientemente en Cuba, durante los años que se llamaron “Período Especial”. Estando sometida al embargo de los Estados Unidos desde 1960, luego de la implosión de la Unión Soviética en 1989, a los cubanos se les agregó la pérdida del intercambio comercial (80%) y el petróleo a bajo precio de su aliado soviético. En ese momento no podían hacer que circularan los colectivos y tenían que caminar largas distancias para llegar al trabajo. Entonces Cuba compró un millón de bicicletas a China y se las facilitó a la población para que se movilizara. El “Período Especial” fue una situación casi experimental de lo que le pasa a una población sometida a esas condiciones extremas.

En ese período, que empezó en 1989, el ingreso previo de casi 2.900 kilocalorías del cubano promedio se

redujo en forma brusca 1.000 kcal (un 36% del ingreso calórico). Se vieron obligados a comer menos alimentos y a hacer actividades; los físicamente activos pasaron del 30% al 70%. (18)

¿Qué pasó con el cigarrillo? La cantidad de fumadores siguió siendo la misma, pero como los cigarrillos eran artículos de lujo, se redujo a la mitad la cantidad de cigarrillos fumados.

Afortunadamente, la actitud de fumar menos cigarrillos después de que Cuba se recuperó se mantuvo. Y el hecho de que tuvieran bicicletas hizo que, después de que se recuperaron, mantuviera actividad física el 55% de la población. O sea que a los cubanos les quedaron algunas cosas buenas de esa época desgraciada, que duró hasta 1995.

¿Qué pasó con el peso promedio de la población? Se redujo 5,5 kg (1,5 U del IMC) y por consiguiente la obesidad bajó a la mitad, del 14% al 7,2%. ¿Y qué pasó con las enfermedades? Fue un experimento espectacular, la mortalidad por diabetes cayó un 50% en 5 años, ¡50%!

Las enfermedades coronarias cayeron un 37%; estamos hablando de muertes por enfermedad coronaria.

¿Y con los cánceres? No pasó nada, se mantuvo igual. La mortalidad por cualquier causa había caído un 18%, fundamentalmente por la caída de la enfermedad coronaria.

Después de estos cambios relevantes, ¿se puede imaginar qué les pasó a los cubanos cuando se recuperaron del “período especial”? Hace poco apareció una publicación internacional del mismo grupo (19) que mostraba lo que sucedió después.

El peso corporal volvió a recuperarse progresivamente, luego de la caída brusca del período especial, aumentando 9,5 kg en promedio y rebotando por encima del peso inicial, por lo cual la prevalencia de diabetes se aceleró y siguió proporcionalmente al aumento del peso. La incidencia de diabetes que había caído bruscamente volvió a incrementarse a los valores previos.

¿Qué pasó con la mortalidad por diabetes? Del pico de la caída del 51% comenzó a aumentar 3,3% por año, y en el año 2010 se había incrementado el 49%.

La enfermedad coronaria que cayó un 35%, 6,5% por año, volvió a estabilizarse en una muy pequeña caída anual parecida al 0,5%/año del período previo.

Cuba es un experimento sin igual con respecto a las variaciones del peso, que disminuye bruscamente y luego rebota en un corto período. Esto produce una disminución de la mortalidad por diabetes y por enfermedad coronaria y luego se vuelve a incrementar. ¿Por qué decimos que fue el peso? Porque la cantidad de cigarrillos que fuman los cubanos actualmente es la misma que la del período especial (< 50% de los cigarrillos previos) y si bien la cantidad de ejercicio es algo menor, realizan mucha más actividad física que antes.

En situaciones en las que las condiciones estructurales de vida cambian en un corto período, 5 años, esos cambios son seguidos de cerca por los cambios en la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Entonces, viendo lo que sucedió en este experimento natural, ¿podríamos reducir en forma buscada y consciente las enfermedades no transmisibles? ¿Podría haber una política activa del Estado y de los profesionales de la salud que impulsaran planificadamente estos cambios?

Para cumplir nuestra función médica con cada uno de los pacientes que tenemos cara a cara, además de conocer el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de su enfermedad específica y tener una relación empática y de apoyo, necesitamos conocer y modificar las variables de su entorno más inmediato, la colectividad en que viven y las políticas sociales y de salud del Estado, que son el entorno que muchas veces determina sus posibilidades de vida y desarrollo.

COMIENZO DE LA MEDICINA SOCIAL EN EL MUNDO Y EN LA ARGENTINA

Cumplir la función médica actual implicaría la creación de una “medicina social”. Rudolph Virchow, a mediados del siglo XIX, expresaba de manera simple e impactante esta preocupación por las relaciones de la medicina con los problemas sociales: “*La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala.*”

Virchow llevó a la práctica sus convicciones. Por una carta dirigida a su padre, que debía estar muy preocupado porque desconocía dónde se encontraba en el momento de la revolución en Berlín, sabemos que este médico de 27 años que era *privatdozent* del Hospital de la Caridad ese mayo de 1848 estaba en la barricada que bloqueó el paso entre las calles Friedrich y Tauben y le escribió al padre: “*A menudo me he engañado con la gente, pero todavía no con la época. Como resultado ahora tengo la ventaja de ya no ser una persona parcial, sino completa, y mi credo médico coincide con mi credo político y social.*”

También simultáneamente crea un periódico que llamó “La Reforma Médica” y en sus páginas se decía que el Estado es el responsable de la salud de la población de Prusia y tenía la obligación de brindarle atención, con médicos que serían funcionarios del Estado, para que todo el mundo tuviera la posibilidad de tener asistencia médica. Además, el Estado tendría que realizar los cambios estructurales necesarios para impedir las epidemias, como el sistema de cloacas de Berlín que impulsó personalmente.

Vamos a hablar de la tradición de la “medicina social en la Argentina” recordando lo que decía Ramón Carrillo: “*Es evidente que actualmente no puede haber Medicina sin Medicina Social* –esto lo decía a mediados del año 1948– *y que no puede haber Medicina Social sin una política social del Estado.*” Tenía bien claro cuál era el problema: no puede haber medicina sin que esta fuera una medicina social, pero, a su vez, para que exista una medicina social tiene que haber una política social del Estado.

Veamos cómo entendía Carrillo la medicina. Para simplificar acuñó tres términos con los cuales calificar

a la medicina. Lo que llamara “*Arquimedicina*”, algo así como la primera medicina, o sea, el *microcosmos* del binomio *enfermo-médico*, que es nuestra conocida “medicina asistencial”. Es la que sitúa al enfermo y al médico como Robinsones en una isla, aislados de su contexto social.

La llamada “medicina sanitaria”, que es aquella en la que entre el enfermo y el médico aparecía el Estado (trinomio), que definió como “*Paleomedicina*”, medicina vieja, y la situaba en el *mesocosmos*. O sea, era de un contexto mayor, pero no abarcaba toda la estructura que producía la enfermedad.

Y por último, llamaba “medicina social” cuando al enfermo, al médico y al Estado se les asociaba la comunidad. A esto lo llama la “*Neomedicina*”, la nueva medicina, que con este tetranomio tenía la visión desde el *macrocosmos* hasta el *microcosmos*, pasando por el *mesocosmos*.

Afirmaba rotundamente: “*¿De qué sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo, si simultáneamente se producen centenares de casos de enfermos por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas -que a veces son cuevas- o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente a sus necesidades?*”

Ya que hablamos de vivienda, analicemos el problema de la vivienda en la ciudad de Buenos Aires. Ya Frederick Engels en la segunda parte del siglo XIX afirmaba: “*Lo que hoy se entiende por penuria de la vivienda es la particular agravación de las malas condiciones de habitación de los obreros a consecuencia de la afluencia repentina de la población hacia las grandes ciudades; es una subida formidable de los alquileres, una mayor aglomeración de inquilinos en cada casa y, para algunos, la imposibilidad total de encontrar albergue. Y esta penuria de la vivienda da tanto que hablar porque no afecta solamente a la clase obrera, sino igualmente a la pequeña burguesía.*” (20)

Un fenómeno similar ocurrió en la Argentina, bien ilustrado por el clásico trabajo “*Buenos Aires Del centro a los barrios 1870-1910*”, donde el norteamericano James Scobie describe el crecimiento de la ciudad y la migración de los sectores populares del centro a la periferia a la vuelta del siglo XX. (21)

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en común con otras grandes ciudades de la Argentina, tiene una profunda crisis habitacional, con individuos sin viviendas cuyo domicilio es su *situación de calle* (alrededor de 3.000 personas –aproximadamente 2.200 durmiendo en *paradores* y 800 en la *calle*–), o viviendo en *villas miseria* o *hacinados* en habitaciones precarias (alrededor de 132.570 hogares, 11,5% de los hogares de la CABA).

La solución propuesta es construir “nuevas viviendas” llamadas “*sociales*” –imposibles de financiar por un sistema privado– porque necesitan la ayuda del Estado. En una ciudad colapsada en la infraestructura de sus servicios públicos de electricidad, gas, agua y desagües pluviales, ¿no hay otra solución más inme-

diata? Por cierto, todos conocemos casas desocupadas habitables que no están en oferta. ¿Podría haber casas actualmente deshabitadas en la CABA, que puestas en oferta de alguna manera solucionarían este problema acuciante en poco tiempo?

¿Cómo saberlo? Recurriendo al “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010”, cuyos datos definitivos se publicaron en el año 2012, (22) los casi 3 millones de habitantes (exactamente 2.890.151 personas) de la CABA se deberían repartir entre 1.425.840 de viviendas censadas; pero sorprendentemente, 340.975 se encuentran deshabitadas. O sea, 23,9% es el abultado porcentaje de viviendas vacías *¡1 de cada 4 viviendas está desocupada!* En el impresionante 40% de viviendas vacías en la Comuna 1 de la zona centro (Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Monserrat y Constitución) mucho tendrán que ver los departamentos que son oficinas. Pero seis distritos residenciales tradicionales tienen más del 20% de viviendas deshabitadas, como Recoleta (Comuna 2) con 34,7%, Palermo (Comuna 14) 29,5%, Núñez, Belgrano y Colegiales (Comuna 13) 24,6%, Balvanera y San Cristóbal (Comuna 3) 25,7%, Caballito (Comuna 6) 21,9%, Almagro y Boedo (Comuna 5) 21,0%. Cinco comunas más tienen entre 18% y 20% y solamente 3 comunas menos de 18%, incluyendo los barrios del sur como La Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya (Comuna 4) que tienen 16%.

En la Tabla 1 podemos observar que de 1.150.134 hogares de la CABA, el 11,5% (132.570 hogares) están en situación de déficit habitacional, por no tener vivienda, vivir en viviendas irrecuperables, o mejorables o en condiciones de hacinamiento con tres o más personas en cada cuarto, con un ligero predominio de los hogares sin vivienda, o que viven en casas irrecuperables (6,3%, n = 71.919) con respecto a los que habitan en viviendas precarias pero potencialmente recuperables (5,3%, n = 60.651).

Por lo que llegamos a la conclusión de que si los hogares –que se pueden considerar que viven en condiciones deficitarias– rondan la cifra de 130.000 a

140.000 y el número de viviendas vacías de la CABA es de aproximadamente 340.000, podemos decir que las viviendas desocupadas que se podrían ofertar superan 2,5 veces el déficit; por lo tanto, sí se podría solucionar con relativa rapidez el problema de la vivienda de la ciudad de Buenos Aires.

¿No se perjudica también a terceros cuando una vivienda construida para ser habitada no se usa y, por lo tanto, determina las oportunidades de desarrollo del ciclo vital y aun la posibilidad de la vida de otros, por la ausencia de viviendas saludables y servicios sanitarios imprescindibles? Porque, como la “Comisión de los determinantes sociales de la salud” de la OMS declara: “... mucho de la alta carga de enfermedades que lleva a una aterrante pérdida prematura de vidas surge debido a las condiciones inmediatas y estructurales en las cuales la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece.” (24)

¿No es más justo, económico y viable para la sociedad que el Estado regule el mercado de la vivienda y también del suelo de la ciudad de Buenos Aires, con medidas de tasas progresivas que podrían llegar hasta la expropiación, para evitar la “retención especulativa”, en una ciudad en la que lo único que se propone hasta ahora es financiar, ejecutar y agregar nuevos edificios, cuando se mantienen “ociosas” una cuarta parte de sus viviendas?

Volviendo a nuestro Ramón Carrillo, él sí tenía una idea clara de que la “salud” dependía de las condiciones de vida y de trabajo, de la preocupación preventiva del Estado y de las condiciones de asistencia de la salud.

Por eso entendía que las medidas tomadas para mejorarla deberían ser integrales, se debería diseñar un “Plan de Salud” que comprendiera tanto las medidas asistenciales como las preventivas y también las sociales.

Pensaba que un “Programa de Atención Médica” debía estar integrado en un “Plan de Salud”, previa adaptación a las condiciones particulares del país y de la sociedad. En solo 8 años (1946-1954), Ramón Carrillo realizó una obra ciclópea. Construyó 230 establecimientos sanitarios de Internación, 50 Institutos Especializados de Salud y 3.000 Centros de Salud, llamados “dispensarios” (hoy centros de APS). Además, creó EMESTA (*Especialidades Medicinales del ESTAdo*), la primera fábrica nacional de medicamentos.

Revolucionó la capacidad instalada sanitaria; cuando comenzó en 1946, existían 66.300 camas hospitalarias de internación, cuando se fue en 1954 había 134.000 camas, más del doble. Fue nuestro primer ministro de salud y quizás el último digno de ese cargo.

Tabla 1. Situación habitacional en la CABA (elaboración propia con datos de cita 23)

Hogares	Definiciones	Número	%
Total	Todos los hogares CABA	1.150.134	100
Sin déficit	Viviendas habitables con departamentos y casas buenas	1.017.564	88,5
Con déficit	Viviendas irrecuperables o mejorables o hacinados	132.570	11,5
Cuantitativo	Hogares sin vivienda, que la comparten o casa irrecuperable	71.919	6,3
Cualitativo	Vive en vivienda mejorable, o hacinamiento (≥ 3 personas/cuarto)	60.651	5,3

SITUACIÓN ACTUAL Y ESBOZO DE ALGUNAS SOLUCIONES

¿Cómo estamos ahora? La Argentina tiene un gasto en salud de 658 dólares *per cápita*; de ellos dedica el 28% (U\$S 186) a medicamentos. Es el más alto de América Latina, solo comparable al de Uruguay (U\$S 653); en

Chile (U\$S 336), Costa Rica (U\$S 273), Brasil (U\$S 267) y Venezuela (U\$S 233) es de menos de la mitad.

El gasto del Sistema Público de Salud es aproximadamente un quinto del total (21,5%), la Seguridad Social (Obras Sociales) aporta menos de un tercio (30,3%) y el bolsillo de la gente soporta casi la mitad (48,2%) de la totalidad del gasto en salud. (25)

El 10,20% del PBI se dedica a salud, el Estado aporta el 2,19%, la Seguridad Social el 3,09% y la gente pone casi la mitad (4,92%). Y está concentrado en las personas de ingresos altos (11,2%) y baja a la mitad en las de ingresos medios (4,5%) y bajos (5,3%). (26)

Quién pone el dinero para financiar la salud tiene importancia en la mejora de los índices de mortalidad; parece existir una mortalidad diferencial según donde se realiza el incremento de los gastos de salud en los datos longitudinales de 153 países. Si se aumenta un 10% el gasto público de salud *per cápita*, la mortalidad en los menores de 5 años disminuye un 7,9‰ y la mortalidad en adultos cae 1,3‰. Pero si el incremento del 10% es en el gasto del Seguro Voluntario Privado de Salud, no se observa ningún efecto en la mortalidad en los menores de 5 años y tampoco en la mortalidad en adultos. Y si la suba del 10% en salud es del bolsillo de la gente, la mortalidad de mujeres adultas aumenta 11,6‰. (27) En un estudio reciente se analiza el efecto de la cobertura financiera de la salud en 89 países de ingresos bajos o medios durante el período 1995-2011. (28)

Una pregunta inicial es si el ingreso por impuestos está positivamente asociado con el gasto público en salud. En un corte transversal de los 89 países en el año 2009 existe una alta correlación directa ($r = 0,91$; $p < 0,0001$) y el 83% ($r^2 = 0,83$) del aumento del gasto en dinero en salud pública (*per cápita* y a precio constante) se asocia con la variación en el aumento en los ingresos por impuestos (*per cápita* y a precio constante).

Luego se preguntan qué efecto tiene el aumento de 100 dólares *per cápita* entre 1995 y 2011 en forma aislada por impuestos o en el PBI (la teoría liberal del derrame) en el gasto público o privado en salud. En el aumento del impuesto, casi un 10% (9,86%) se dedica a gasto en salud pública y nada al privado; en cambio, un aumento similar (U\$S 100) en el PBI produce un aumento muy pequeño (alrededor del 2%) similar en la salud pública y privada.

La siguiente pregunta que se plantea es si es indiferente que el aumento se deba a impuestos progresivos directos (ingresos, rentas y ganancia del capital) o a impuestos regresivos indirectos al consumo (bienes y servicios). Solamente el aumento de 100 dólares en impuestos por renta y ganancia incrementa casi el 17% (U\$S 16,71) el gasto en salud pública, no así los impuestos a bienes y servicios u otros impuestos que no aumentan el gasto y tienen tendencia a reducirlo.

Ante la pregunta ¿cómo cada 100 dólares de incremento en impuestos o PBI afecta los procesos de atención y cobertura de salud?, claramente se muestra que el ingreso por impuestos aumenta la cobertura prenatal (6,7%), la atención del recién nacido (5,25%)

y la cobertura de salud (11,35%), pero el aumento del PBI no tiene ningún efecto en estos parámetros.

A su vez, el aumento en impuestos indirectos (regresivos) por bienes y servicios aumenta significativamente la mortalidad neonatal (0,10‰), posnatal (0,17‰) y de los menores de 5 años (0,43‰).

Podemos concluir de este análisis que el incremento por impuestos aumenta el gasto público en salud y no el privado, cuando son impuestos a la renta y a la ganancia del capital.

Que el aumento aislado proporcional en el ingreso por el PBI no aumenta el gasto público en salud y sí en pequeña medida el privado.

A su vez, el aumento del ingreso por impuestos a la renta y a la ganancia del capital incrementa la cobertura prenatal, la atención del recién nacido y la cobertura de salud. Con respecto a la mortalidad, el aumento regresivo en el ingreso por impuestos a los bienes y servicios incrementa la mortalidad neonatal, posnatal y en los menores de 5 años (28) y de las mujeres adultas. Por el contrario, el incremento del 10% del gasto público en salud (*per cápita*) disminuye la mortalidad en los menores de 5 años y en adultos.

Volvamos entonces a la cobertura médica en la ciudad de Buenos Aires. Si bien globalmente solo el 17,8% tiene solamente el sistema público, 44,4% el sistema de obras sociales y el 37,9% el sistema de seguro privado voluntario (prepagas), según la última encuesta anual de hogares de la CABA de 2014, el Sur, el Centro y el Norte de la ciudad de Buenos Aires tienen coberturas muy disímiles y conformarían tres ciudades dentro de una misma ciudad.

En el Norte la inmensa mayoría tiene prepagas (60,3%), un tercio seguro social (35,6%) y es casi inexistente la cobertura única por el sistema público (4,1%) para una población de ingresos altos y medios-altos. A la inversa, en el Sur, un tercio (31,2%) solo tiene el sistema público, casi la mitad obras sociales (48,4%) y solamente un quinto (20,3%) sistema de prepagas para una población de ingresos medios y bajos. El Centro tiene una cobertura similar al promedio de la ciudad. Finalizando, podríamos decir que un “Plan de Salud” para la CABA como quería Ramón Carrillo debe tener además de las mejores medidas asistenciales, la acción preventiva del gobierno de la ciudad y por último la participación social de la comunidad.

Si bien la ciudad cubre a todos sus habitantes, aunque con profundas deficiencias, la internación hospitalaria y la emergencia, en lo estrictamente asistencial debería diseñar un “Programa de Atención Médica Ambulatoria” de excelencia para la cobertura universal de los 3 millones de habitantes de la CABA. Creando grupos de “atención médica ambulatoria” que cubriera la atención primaria de la salud y las especialidades prevalentes.

El costo total anual no llegaría a los 1.500 millones de pesos, cubiertos con los impuestos directos de la ciudad, costaría \$41 por cada uno de los 3 millones de habitantes por mes (\$124 millones/mes). Una *cápita*

de 1.200 habitantes estaría cubierta por un grupo asistencial de 1 médico generalista, de familia o pediatra (2.500 con un ingreso de \$30.000 mensual), 1 enfermera asistencial para controlar las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, etc.) (2.500 con un ingreso de \$15.000 mensual), 2 agentes de salud comunitarios, formados de la población sin trabajo, que irían periódicamente a la casa o en la consulta para educar y controlar las medidas preventivas (5.000 con un ingreso de \$7.500 mensual), 1 médico coordinador cada 10 médicos de atención primaria (250 con un ingreso de \$30.000 mensual) y 1 especialista cada 20 médicos de atención primaria (125 con un ingreso de \$30.000 mensual).

El médico de atención primaria trabajaría 48 horas semanales. La atención directa a los pacientes, coordinando la atención de la enfermera asistencial y de los dos trabajadores de salud de la comunidad, la haría 6 horas por día 4 días de la semana. El día libre asistencial de 6 horas lo haría realizando la consulta cara a cara con los especialistas y sus pacientes, lo que permitiría la mejor educación médica, que es la educación en servicio. Le quedarían 10 horas semanales (2 horas cada día) para la interconexión directa con los coordinadores, que cumplirían la función de actualización, estandarización de normas, control de la calidad e investigación de la asistencia.

Esto haría a la satisfacción de los pacientes que siempre tendrían a quien consultar (el agente de salud, la enfermera o el médico), evitaría que concurrieran a las guardias, si no es por una emergencia, y las subsecuentes medicaciones errantes por médicos "anónimos" que no conocen al paciente.

También produciría satisfacción en los agentes del sistema, que podrían trabajar e interactuar en un medio asistencial único, evitando los trabajos múltiples e insulsos para conseguir un ingreso que les permita subsistir. Cumpliendo el objetivo de sentirse útiles en su profesión, con la posibilidad de mantener su actualización y realizar trabajos de investigación clínica y comunitaria para contestar preguntas de interés para los pacientes.

Solo de esa manera los profesionales de la salud sentirán que están utilizando al máximo su capacidad para aquellos que lo necesitan. Haciendo realidad el futuro de una colectividad solidaria, con la contundente frase inolvidable que escribió Marx "... la sociedad podrá escribir en su bandera: de cada cual según su capacidad a cada cual según su necesidad". (29)

Dr. Hernán C. Doval^{MTSAC}

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Werckenthien CG. El Tranvía en Buenos Aires. 1.ª ed. Buenos Aires: Turísticas; 2007.
2. Doval H, Bazino O, Oliveri R. Un nuevo catéter para la medición de las presiones pulmonares. *Rev Argent Cardiol* 1975;43:310-4.3. Salamanca R. A los compañeros mecánicos. *Nueva Hora* 16 al 22 de marzo 1976.4. Cohn JN, Archibald DG, Ziesche S, Franciosa JA, Harston WE, Tristani FE, et al. Effect of vasodilator therapy on mortality in chronic congestive heart failure: results of a Veterans Administration Cooperative Study. *N Engl J Med* 1986;314:1547-52. <http://doi.org/c8469r>
5. Doval HC, Nul DR, Grancelli HO, Perrone SV, Bortman GR, Curiel R. Randomised trial of low-dose amiodarone in severe congestive heart failure. *Lancet* 1994;344:493-8. <http://doi.org/b2s5v96>
6. Doval HC, Nul DR, Grancelli HO, Perrone SV, Varini SD, Soifer S, et al. Non-sustained ventricular tachycardia in severe heart failure. *Circulation* 1996;94:3198-2003. <http://doi.org/56n>
7. Nul DR, Doval HC, Grancelli HO, Perrone SV, Varini SD, Soifer S, et al. Heart rate is a marker of amiodarone mortality reduction in severe heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:1199-205. <http://doi.org/d75752>
8. GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ* 2005;331:425-9. <http://doi.org/fbqt4c>
9. Macchia A, Grancelli H, Varini S, Nul D, Laffaye N, Mariani J, et al. Omega-3 fatty acids for the prevention of recurrent symptomatic atrial fibrillation. Results of FORWARD trial. *J Am Coll Cardiol* 2013;61:463-9. <http://doi.org/kxq>
10. Macchia A, Mariani J, Doval HC, Tognoni G. Socio economic differences, inequalities and avoidable deaths in Argentina: A country-wide, longitudinal (2000-2011) epidemiological profile (enviado a publicación).
11. Saquib N, Saquib J, Ioannidis JPA. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. *Int J Epidemiol* 2015:1-14. <http://doi.org/56p>
12. Jahiel RI. Corporation-induced diseases, upstream epidemiologic surveillance, and urban health. *Journal of Urban Health* 2008;85:517-31. <http://doi.org/cdr5vt>
13. Marx K. Prólogo a la Contribución a la Crítica de la Economía Política (1859). En: Introducción general a la Crítica de la Economía Política/1857. Cuadernos de Pasado y Presente; 1987.
14. Gilmore AB, Savell E, Collin J. Public health, corporation and the new responsibility deal: promoting partnership with vectors of disease? *J Public Health* 2011;33:2-4. <http://doi.org/c7pvkk>
15. Jha P, Phil D, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med* 2014;370:60-8. <http://doi.org/4mk>
16. Capewell S, O'Flaherty M. Rapid mortality falls after risk-factor changes in populations. *Lancet* 2011;378(9793):752-3. <http://doi.org/bb4hgm>
17. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina / 2011. OPS, CEPAL, PNUD, 16/11/2011.
18. Franco M, Orduñez P, Caballero B, Tapia Granados JA, Lazo M, Bernal JL, et al. Impact of energy intake, physical activity, and population-wide weight loss on cardiovascular disease and diabetes mortality in Cuba, 1980-2005. *Am J Epidemiol* 2007;166:1374-80. <http://doi.org/bjzg25>
19. Franco M, Bilal U, Orduñez P, Benet M, Morejón A, Caballero B, et al. Population-wide weight loss and regain in relation to diabetes burden and cardiovascular mortality in Cuba 1980-2010: repeated cross sectional surveys and ecological comparison of secular trends. *BMJ* 2013;346:f1515.
20. Engels F. La guerra de campesinos en Alemania y El problema de la vivienda. Buenos Aires: Editorial Claridad; 1971.
21. Scobie J. Buenos Aires. Del centro a los barrios 1870 - 1910. Buenos Aires: Solar Ediciones; 1986.
22. http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/censo_datdef/cuadros_viviendas.php
23. Centro de Investigación de Política Urbana y Vivienda (CIPUV de la Universidad Torcuato Di Tella.
24. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372:1661-9. <http://doi.org/d7krt8>
25. Fuente Key Market sobre datos del Banco Mundial.

26. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina / 2011. OPS, CEPAL, PNUD, 16/11/2011.
27. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress toward universal health coverage improve population health? *Lancet* 2012;380:917-23. <http://doi.org/jbw>
28. Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D. Financing universal health coverage- effects of alternative tax structure on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *The Lancet online* 15 mayo 2015.
29. Marx C. Crítica del Programa de Gotha. Editorial Anteo; 1972.