

Equidad en la atención de la salud

Una tarea pendiente

Hernán C. Doval

“Todo hombre tiene derecho a ganarse la existencia por medio del trabajo si está capacitado físicamente, y por medio de la asistencia si no puede trabajar”

Bernard diputado de la Asamblea Francesa, 13/06/1793

Es muy estimulante hacer un comentario editorial a uno de los pocos artículos que se refieren a los problemas del incremento de la mortalidad y las enfermedades que producen la ausencia de “equidad” en la atención médica.

Daniel F. Masevicius y colaboradores en el artículo “Morbimortalidad y costos en pacientes con y sin cobertura social que esperan la colocación de marcapasos definitivos”, encuentran que los pacientes sin cobertura social tienen 18,5 días más de internación que los que sí la tienen, debido a un retardo entre la solicitud y la llegada al hospital del marcapasos. Este retraso, a su vez, es la causa durante la internación del surgimiento de numerosas complicaciones en el grupo sin cobertura social, 21 en 23 pacientes (91%) y aún una muerte (40% infecciones como sepsis endovascular, neumonía intrahospitalaria e infecciones urinarias, 40% shock con utilización de inotrópicos y asistencia respiratoria mecánica, 10% de insuficiencia renal aguda y 10% de convulsiones y Stoke-Adams), comparado contra una sola infección urinaria en el grupo que tenía cobertura social (12%).

Cuando se toma en cuenta el período de pacientes incluidos, que transcurre entre agosto de 2000 y junio de 2003, estamos hablando del período de la mayor debacle de las condiciones socioeconómicas de la población argentina, que se correlacionó con un colapso de su sistema sanitario, expresado en la comprobación que en el año 2003, por primera vez en muchos años aumentó la tasa de mortalidad infantil de 16,6 a 16,8 por mil. Una cifra que es el triple de la de Cuba y el doble de la de Chile, y esto equivale a la muerte de un bebé cada 45 minutos o lo que es lo mismo 11.703 al año, siendo la mayoría de las muertes fácilmente evitables.

Aunque no se diga en el diseño del trabajo, esta encuesta parece haber sido una revisión retrospectiva, donde con sólo 31 pacientes se llega a conclusiones muy nítidas debido a las enormes diferencias halladas entre los pacientes con y sin cobertura social. Si se hubiera estimado cuál sería la variación (IC 95%) de una complicación del 50% de la población para 31 pacientes, la estimación promedio de la muestra podría haber estado entre 32% a 68%. La diferencia de complicaciones es tan grosera (91% versus 12%), que la prueba de Fisher da muy significativa ($p < 0,001$) con un RR (Riesgo Relativo) de padecer complicaciones en los pacientes sin cobertura de 7,3 (IC 95% 1,2 – 45,9)

si el riesgo hubiera aumentado marcadamente 3 veces (RR 3,0) la diferencia no hubiera sido significativa. Podemos concluir que para que esta pequeña encuesta sea tan significativamente demostrativa, esto se debe a la escandalosa diferencia entre el tiempo de estadía y las complicaciones intrahospitalarias entre los pacientes con y sin cobertura del mismo hospital.

Debido al retardo y las complicaciones, los pacientes con cobertura estatal tienen un costo promedio de por lo menos \$4.000 pesos más por paciente. La implementación de un “Banco de Marcapasos” renovable aproximadamente uno por mes por la incidencia hospitalaria, ahorraría aproximadamente unos \$90.000 por año en este hospital, con la disminución marcada del sufrimiento de los pacientes por morbilidad y aun muerte, obteniendo, como mínimo, la libre disposición de una cama más durante todo el año.

De acuerdo a economistas como J. Galbraith¹ ha existido un marcado resurgimiento en la desigualdad del mundo global desde comienzos de la década de 1980. Sin reparar en sus orígenes, la desigualdad social y económica que se refleja en la epidemiología con gran disparidad en los resultados de la salud, dentro de los países y entre los países, son en este momento el mayor desafío para la medicina asistencial. Si la “salud”, como siempre se invocó desde la revolución francesa de 1789, va a constituirse como un “derecho humano”, estas disparidades tan profundas deben ser vistas como el desafío principal para la educación médica, el cuidado médico, la salud comunitaria y aún la investigación médica.

Los países pobres de Asia, África y América Latina están afligidos por el “drenaje de cerebros”, que migran de las áreas rurales a las ciudades y de éstas a los países industrializados desarrollados. Hace una década, había más psiquiatras haitianos en la ciudad de Montreal en Canadá que en toda Haití.² En la mayoría de nuestros países, los profesionales mejor formados y quizás los culturalmente más competentes, emigran y dedican gran parte de su vida de trabajo a tratar los pacientes de los países “ricos”, privando de su dedicación a los países “pobres” que fueron los que realizaron la inversión económica en su formación.

La creciente desigualdad global está en el corazón de esta cruel ironía. La Medicina está desarrollando cada vez más las “evidencias” para su práctica específica, pero no aplica es

mismos conceptos para elaborar un “plan de salud en equidad”, padecemos de una ausencia de acceso al cuidado médico y a la salud pública basado en que es un “derecho humano”. Los bienes que derrama la Medicina y la Salud Pública son aún de miras estrechas, limitado a pocos beneficiarios, y no hemos desarrollado una estrategia convincente para tener un alcance global e igualitario.

Como fenómeno biológico, la causa de la enfermedad pertenece al reino de la naturaleza, pero en el hombre la enfermedad está penetrada por otras dimensiones; en ninguna parte existe el hombre y la naturaleza en su estado de pureza, sino que siempre está mediatizado y modificado por la actividad social y económica y el medio cultural que esa actividad crea.

Quizás debamos volver a recordar a Rudolph Virchow, el médico más famoso y reconocido de la mitad del siglo XIX, cuando el 1º de mayo de 1848, en una carta a su padre trata de explicar su principio fundamental: “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.” Por sus acciones, es claro que Virchow practicaba lo que predicaba. El 18 de marzo, el pueblo de Berlín inició la revuelta y levantó barricadas. Entre los defensores de la barricada que bloqueó el paso entre la calle Friedrich y la calle Tauben estaba Rudolph Virchow. No había transcurrido 4 meses cuando el 10 de julio de 1848 apareció el primer número de la revista semanal *Die Medisinsche Reform* (La Reforma Médica), publi-

cada por Virchow y R. Leubuscher. En el desafío editorial programático con que se inició el periódico, Virchow señalaba que el cambio del mosquito por la pluma no alteraba en absoluto su posición fundamental. Decía:

La “reforma médica” inicia su existencia en una época en que el derrocamiento de nuestras instituciones políticas aún no se ha completado, pero cuando desde todos lados aparecen planes y se dan los pasos hacia una nueva estructura política. ¿Qué otra tarea podría ser más natural que la participación en la limpieza de la ruina de lo viejo y la construcción de nuevas instituciones? Las graves y poderosas tormentas políticas que rugen actualmente sobre la porción pensante de Europa, sacudiendo los fundamentos de todos los elementos del Estado, son indicadoras de cambios radicales en las concepciones predominantes de la vida. En esta situación la medicina no puede permanecer incólume; tampoco se pueden seguir posponiendo reformas radicales en este campo.³

Como consecuencia de sus principios democráticos Virchow llegó a una conclusión que parece mantener su vigencia para nuestra realidad, y que quizás deberíamos volver a proclamar como profesionales comprometidos por la salud de nuestros pacientes.

... Por lo tanto no es suficiente que el Estado garantice las necesidades básicas para la existencia y que asista a todo aquel cuyo trabajo no le baste para solventar esas necesidades; el Estado debe hacer más, debe asistir a cada uno de tal manera que tenga las condiciones necesarias para una existencia en condiciones de salud.”

BIBLIOGRAFÍA

1. Galbraith J. A perfect crime: global inequality. *Daedalus* 2002; Winter: 11-26.
2. Farmer PE, Furin JJ, Katz JT. *Lancet* 2004;363:1832.
3. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. *Siglo Veintiuno XXI* 1985.