

GUERRA DE TRINCHERAS

La pobre accesibilidad a los servicios, especialmente de la gente que no tiene recursos, se ha convertido en uno de los varios talones de Aquiles de los sistemas de salud.

Por esa *Ley de cuidados inversos* descrita por Tudor Hart que dice que *el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida*, las guardias y los servicios de atención de consultas espontáneas de hospitales, clínicas y centros de atención privados están colapsados por varios tipos de poblaciones (1):

- Los que “ante cualquier duda consultan a su médico”; es decir, los que no toleran un moco, una gotita de sangre por la nariz o la panza un poco hinchada después de una comida pantagruélica.
- Viudas aburridas que hacen de la consulta médica su agenda principal y antes de tomar el té con sus amigas, pasan por la prepaga a amortizar su cuota mensual porque se les secó la piel, el vientre o la boca.
- Ancianos que rondan los 90, dementes, desnutridos y escarados, que en posición fetal y con la boca cadavéricamente abierta “yacen” en un camastro, no pocas veces atados de pies y manos para evitar caídas.
- Pacientes con cánceres, terminales desde hace varios meses, a quienes los oncólogos aseguran que el último anticuerpo monoclonal les va a alargar la vida y les va a brindar calidad de vida.
- Los “otros”, los que realmente se beneficiarán de una atención rápida y eficaz. Estos “otros” son, por ejemplo, los niños con bronquiolitis o diarreas, los cuadros agudos que necesitan una operación, los traumas, las infecciones bacterianas, los que sufren infartos y accidentes vasculares cerebrales, etcétera.

Si el hospital tiene fama de bueno, como es el hospital en que trabajo, rápidamente se ve desbordado.

La “no regionalización de la atención de la salud” hace que quien tenga una prepaga u obra social con abundancia de prestadores puede ir al centro que prefiera y no a uno que por la cercanía con su domicilio le corresponda, como debería ser, si todos los centros tuvieran un determinado grado de calificación.

En los hospitales públicos, ocurre lo mismo, cuando tie-



Dr. Carlos García.

nen cierto prestigio: la gente, lógica y justificadamente, prefiere atravesar el mapa metropolitano para ser atendidos en “el mejor”.

A la vez, por el principio de que “no hay niveles de atención”, uno puede ir por un resfrío a un hospital de alta complejidad.

Sí, por un resfrío a una entidad que debería estar reservada para casos graves y con solución, o al menos que requieran activas intervenciones para salvar o mejorar su vida o paliar su sufrimiento. O sea, los casos “agudos”, por lo cual se llaman “hospitales de agudos”.

Es decir, no para la viuda con gases y piel seca, no para el anciano que hace tres años es “terminal”, no para el paciente que tiene un cáncer y que sólo se beneficiará de los cuidados paliativos, ya que en nuestro país, uno de los más “avanzados” del mundo en materia de legislación (que no se cumple), como les gusta vociferar a los periodistas y pseudocientíficos que llenan los medios, la eutanasia está prohibida por ley, como también el aborto está prohibido por ley, por ese mandato cristiano que impide meterse con la “creación Divina”.

Así, los jóvenes médicos, no pocos en plena formación, deberán enfrentar día y noche a esas masas sufrientes y beligerantes.

Y digo jóvenes porque ningún médico grande y experto en nuestro país accederá, por el dinero que pagan, a estar media hora en el frente de batalla de esa guerra de trincheras en que se convirtió la atención de la salud moderna.

En ese frente combatirán airadamente:

- El hipocondríaco y el neurótico que esperan que el médico les explique el origen de los latidos del corazón que se les aceleraron en el teatro.

- La anciana con el vientre seco, cuyos gritos se oirán y sus ecos retumbarán por el hospital y el barrio. Sin ninguna originalidad dirá: “Esto es peor que un hospital público”; “con lo que pago por mes es una vergüenza tener que esperar dos horas por un resfrío”; “a la hora de cobrarnos no tienen problemas pero el día en que uno tiene un problema, es tratado como una vaca”, etcétera.
- Los bien vestidos y peleados entre sí, hijos, nueras y nietos del noventoso que, si por él hubiera sido, se habría querido morir hace cinco años, familiares que tienen la “mala praxis” en la punta de la lengua, y contactos de iPhone llenos de ministros, abogados y periodistas que “si se llegan a enterar cierran este quiosco”.
- Los mismos beligerantes, para los pacientes con cánceres.
- Los “agudos”, que, sin duda, necesitan el recurso y se beneficiarían ampliamente de él.

A pocos kilómetros, cuando no a pocas cuadras, como ocurre en nuestro mosaico urbano y feudal del siglo XXI en que los barrios pudientes están rodeados de proveedores informales, el acceso a servicios más elementales, no sólo de salud, sino sanitarios, techo y abrigo, es inaccesible o muy poco accesible (2).

El niño con bronquiolitis, la joven con el aborto provocado, o el señor con el accidente cerebrovascular serán atendidos, tarde, pero serán atendidos. A anciano no se llega cuando se es pobre, porque los pobres viven mucho menos.

Quienes luchan por la vida sana, por el agua mineral sin sodio, el aceite sin colesterol, la densitometría, el calcio, el reiqui, el hierro de las lentejas, el poder de las semillas de chíá, las dos vacunas para la neumonía, la mamogra-

fía, la vacuna para la gripe, aclarando *que sea la francesa y no la de Taiwán*, el antifatulento y el hilo dental, tienen una expectativa de vida mucho mayor a la media de la población.

El ser humano cada vez vive más tiempo en el mundo; en la Argentina también (3).

El hombre quiere ser eterno, no se anima a morir. Los que tienen recursos pelean por vivir hasta más allá de los cien años, si es posible.

No pocas veces lo logran, ignorando que en la mayoría de los casos esa forzada prolongación de la vida es a expensas de un dramático deterioro en la calidad de vida y de una obscena utilización de recursos que de ser destinados a los desesperados, serían muchísimo más efectivos (4,5).

En temas de salud, la inequidad es la madre de todas las tragedias; todos los indicadores de salud empeoran cuando la brecha entre los pocos que más tienen y los muchos que tienen poquísimo es mayor (6–9).

En nuestro país, esa inequidad es muy grande.

Pero tranquilos, *todos somos iguales ante la ley y ante Dios*.

Conformémonos entonces con que *“es más fácil que un camello pase por el ojo de una aguja que el que un rico entre en el reino de Dios”*.

Dr. Carlos García

Médico especialista en medicina familiar
Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Italiano de Buenos Aires
carlos.garcia@hospitalitaliano.org.ar
Autor del blog mimedicodcabecera.blogspot.com.ar

Referencias bibliográficas

1. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* [Internet]. 1971 Mar 27 [cited 2015 May 30];1(7696):405–12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4100731>
2. INFOBAE. Tres millones de personas viven en villas de emergencia. *Infobae* [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.infobae.com/sociedad/2016/11/02/tres-millones-de-argentinos-viven-en-villas-de-emergencia/>
3. Maller M. La esperanza de vida de los argentinos aumentó 10 meses en cinco años. *Clarín* [Internet]. 2017 May 19. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/esperanza-vida-argentinos-aumento-10-meses-anos_0_BkmCfdigW.html
4. Mackenbach JP, Looman CW. Life expectancy and national income in Europe, 1900–2008: an update of Preston’s analysis. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2013 Aug [cited 2017 Sep 17];42(4):1100–10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23920140>
5. Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, et al. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001–2014. *JAMA* [Internet]. 2016 Apr 26 [cited 2017 Sep 17];315(16):1750. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27063997>
6. Macinko JA, Shi L, Starfield B, Wulu JT. Income Inequality and Health: A Critical Review of the Literature. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2003 Dec 18 [cited 2017 Sep 17];60(4):407–52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14677219>
7. Starfield B, Gérvas J, Mangin D. Clinical Care and Health Disparities. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2012 Apr 21 [cited 2017 Sep 17];33(1):89–106. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22224892>
8. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* [Internet]. 1999 Apr [cited 2017 Sep 17];48(4):275–84. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10229252>
9. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health* [Internet]. 2011 Apr 20 [cited 2017 Sep 17];10(1):15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21507245>