

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

Segunda parte

En la primera parte de esta carta planteé un encuadre general a la intención de proponer ámbitos de reflexión que nos permitan ejercer nuestro papel como “clase dirigente”, en el sentido de influir en aspectos que pueden ser relevantes sobre la salud, el bienestar médico y la atención cardiovascular:

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

Discutí los primeros dos puntos y en esta segunda parte completaré los cuatro restantes.

LA REALFABETIZACIÓN MÉDICA

En un artículo, Iona Heath (1) planteó diferentes planos de formación médica que provocativamente denominó alfabetización (Tabla 1).

El primero, *alfabetización en medicina*, creo que lo hacemos bien. La SAC es reconocida por la calidad de sus cursos y programas de formación continua. En esto se encuadra la formación en medicina basada en evidencias científicas, los congresos habituales, los cursos.

El segundo, *alfabetización física*, entra en un plano más íntimo. Se trata del conocimiento del propio cuerpo y de la capacidad de percepción empática del cuerpo del otro. Lamento confesar que en este tema he “mejorado” con la edad. Se trata de acumular a nuestro favor todos los padecimientos y “achagues” que nos facilitan la comprensión del otro.

Tabla 1. Niveles de “alfabetización” del médico/a

- Alfabetización en medicina: enseñanza médica continua
- Alfabetización física
 - Ambas combinadas: interpretación de síntomas y signos como raíz del diagnóstico
- Alfabetización emocional
- Alfabetización cultural

De estos dos niveles la autora hace depender la interpretación semiológica para el diagnóstico.

Alfabetización emocional

La capacidad de comprender el motivo del sufrimiento del paciente y su dolor es crucial para ayudarlo a encontrar el camino de la recuperación y la salud. Esta capacidad depende de nuestra experiencia de vida, de nuestra madurez emocional, que se ve muy enriquecida por la experiencia psicoterapéutica personal y sin dudas mejoraría mucho con entrenamientos en narrativa (análisis del discurso del paciente) (2) y herramientas psicoterapéuticas. La formación en este plano es muy limitada y en los ámbitos de trabajo tampoco se generan grupos para la elaboración de técnicas de comunicación y del vínculo con los familiares, los conflictos relacionados con la muerte y la invalidez de los pacientes y un mundo de aspectos olvidados.

Alfabetización cultural

Una de las autoras más reconocidas por sus contribuciones a la medicina basada en evidencias publicó hace unos años “Narrative based medicine”, (3) Medicina basada en la narrativa, una selección de artículos de pacientes, médicos, literatos, que atraviesan la experiencia de la salud-enfermedad y no pueden leerse sin cierta conmoción. La autora afirma que la formación cultural del médico permite incluir la historia particular del sufriente en la historia inclusiva de la experiencia humana y su empeño. El tema no es menor. Por supuesto que no tenemos programas de “formación cultural del médico” y la dimensión del “hombre culto” ha variado profundamente en las últimas décadas de vida digital. (4) No estamos hablando de la eventual utilidad médica de recordar versos de “La divina comedia” o de pronunciar frases en latín, sino de ubicar nuestra práctica en un momento cultural y en una dimensión humana que nuestras lecturas, películas, debates de cualquier tema ayudan a comprender. Es imposible hacer buena medicina sin debatir al menos el concepto de salud que condicionará nuestro juicio acerca de lo que logramos con nuestra práctica médica. La definición de la OMS, “salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar bio-psico-social”, aunque en su intención pretende abarcar la dimensión psicológica y social, lo hace desde un enfoque tan utópico que resulta inútil e impráctica. En broma se ha afirmado que lo que describe no

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

es la salud, sino la poco duradera sensación luego de un orgasmo compartido. En este momento podríamos resumir la complejidad del tema en la confrontación entre dos definiciones de salud-enfermedad: la llamada “naturalista”, con su principal defensor en Boorse, (5) y la “normativista” de Nordenfelt (6) como continuidad del pensamiento de Canguilhem.

Definición de Boorse

Enfermedad: “Tipo de estado interno con impedimento de una capacidad funcional normal, es decir, la reducción de las capacidades por debajo de su funcionalidad típica”. **Salud:** “Funcionalidad normal de los órganos de tal manera que dado un ambiente estadísticamente normal, permite la sobrevivencia y la reproducción”.

Desde esta mirada, es objetiva y estadística y desde el punto de vista de los valores, resulta neutral.

Definición de Nordenfelt

Salud: “Es la aptitud-capacidad de lograr los objetivos que son necesarios y en conjunto suficientes para una mínima felicidad. Implica necesariamente valores”.

Si enfocamos al paciente desde la mirada de Nordenfelt, la tarea médica de recuperar la salud adquiere una dimensión muy diferente, condicionada por nuestros valores culturales.

La dimensión filosófica de salud-enfermedad es, entonces, absolutamente relevante a los aspectos prácticos de nuestra profesión.

En este tercer paso, entonces, una de nuestras tareas a largo plazo es el desarrollo de grupos de trabajo médicos para autoeducación, que contemplen la medicina desde la narrativa, la formación en conceptos psicológicos y análisis del discurso, la “psicocardiología”, y la generación de todo ámbito de reflexión sobre casos individuales y resultados de nuestras intervenciones desde otra mirada. Un aspecto crucial de esta práctica es la inclusión de diferentes generaciones médicas, dado que en la actual circunstancia histórico-cultural el aprendizaje entre médicos jóvenes y veteranos es mutuo y no puede pretenderse vertical. En las palabras de Margaret Mead, (7) estamos en una cultura prefigurativa, donde los viejos aprenden de los jóvenes tanto como los jóvenes de los viejos.

LA RECUPERACIÓN DE LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y LAS ESTRUCTURAS NECESARIAS

Probablemente el lector esté ya cansado de las críticas a la investigación basada en los intereses de la industria farmacéutica y orientada a los mercados de alto consumo, y la poca relevancia de la investigación independiente, la hegemonía de los estudios importados y enlatados. Estas afirmaciones son “políticamente correctas”, pero habitualmente quedan limitadas por la falta del debate sobre cómo superar esta situación.

Trataré de presentarlo desde un ángulo un poco diferente, con la intención de llegar a propuestas concretas para la discusión.

Una primera dimensión es indagar en las preguntas de investigación orientadas a nuestros problemas concretos. Es bastante claro que el drama de la hipertensión arterial en la Argentina no radica en perfeccionar fármacos metabólicamente neutros, sino en vencer los obstáculos que llevan a que una buena parte de la población no reciba el tratamiento. Este tipo de investigación, de carácter médico-cultural, podría adquirir gran relevancia. En este sentido se inscribe también la exploración de la *polypill*, e igualmente podría tener validez para la medicina en general.

Una segunda dimensión es reconocer las limitaciones actuales en la producción científica en cardiología en la Argentina. Dentro del debate de la incorporación de la *Revista Argentina de Cardiología* al *Index Medicus*, una de las mayores limitaciones, a mi juicio, es la escasa producción de nivel internacional de nuestra cardiología. En los últimos años ha ocurrido un cambio notable en la inversión en investigación en la Argentina: se ha creado el ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, bajo la dirección de Lino Barañao, un brillante investigador en ciencias biológicas. Se ha repatriado a un gran número de investigadores y armado mejores laboratorios, se está construyendo el polo científico, ha aumentado el número de becas de doctorado. Su actuación ha merecido reconocimiento de parte de importantes publicaciones internacionales, que reconocen un giro en la política argentina en este sentido. (8) En contraste con otras sociedades científicas, la SAC no otorga becas de investigación ni ha contribuido a generar la carrera de investigación clínica. Nuestra mirada de décadas atrás sobre investigación independiente, la del médico que con una idea, sin fondos y como hobby paraasistencial emprende un protocolo sencillo y original, es pretender una investigación del siglo XIX o la primera mitad del XX en el XXI. El camino hoy es distinto y claro: luego de la carrera se requiere progresar a un doctorado (PhD en la jerga anglosajona) y trabajar en laboratorios de investigación que reciben financiamiento de múltiples orígenes (CONICET, becas internacionales, *fund-raising*) y que habitualmente, contra lo que se cree, son abundantes y están disponibles.

Sobre la base de la producción científica reflejada en publicaciones se concursa por nuevos fondos. Este sistema es por supuesto criticable en muchos aspectos, pero nuestro estadio en cardiología es tan limitado que conviene comenzar a caminar antes de pretender cualquier cambio de estructura.

El ejemplo español en ese sentido es notable. En una publicación reciente, (9) Ginés Sanz y Valentín Fuster presentaron el nuevo Instituto de Investigaciones Cardiovasculares. En el artículo se resume la historia reciente de la investigación en cardiología a partir de la década de los sesenta. En ese momento,

España era poco apta para la investigación y en pocas décadas ha podido, con un conjunto de fenómenos relacionados con la democracia y la integración a la Comunidad Europea, avanzar para incrementar el número de centros e investigadores. Este nuevo Instituto implica una apuesta ambiciosa, con 300 investigadores activos y cinco áreas de desarrollo, incluida la medicina translacional. Su financiamiento proviene del Estado en un 60% y de diferentes aportes privados (bancos, empresas) en un 40%, con exclusión de la industria farmacéutica, y está garantizado por diez años. Esto no debe ser visto como un hecho aislado o circunstancial, sino como la resultante de décadas de producción incrementada de investigación, como se ha observado también en Italia. El debate abierto para nuestra comunidad es cómo crear una nueva camada de jóvenes investigadores y nuevas estructuras adecuadas para su desarrollo, que compitan con los atractivos sueldos de la industria y las CRO desgastando su creatividad en actividades gerenciales y que ayuden a desarrollar patentes locales. Ejemplos como los proyectos de Fundación Campomar, la Fundación Salles o Biosidus deben ser estudiados con detalle. En los últimos años se han debatido nuevas leyes para reglamentar la investigación clínica, como el ejemplo de Córdoba que ha adquirido un funcionamiento ejemplar y el de la Provincia de Buenos Aires, aún en una etapa conflictiva. Se encuentra en el Congreso un nuevo proyecto que puede reglamentar la investigación a nivel nacional, y no participar en su debate es un verdadero sacrilegio. Escuchamos, por ejemplo, que las autoridades afirman que las personas en momentos difíciles de su salud como el infarto no podrán dar consentimiento para investigaciones, cuando la humanidad en su conjunto ha debatido el tema y como respuesta ha incluido centenares de miles de pacientes en este contexto, lo que permitió que se lograra uno de los más grandes avances en la reducción de la mortalidad de la historia de la medicina (aspirina, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, clopidogrel, trombolíticos, angioplastia primaria).

Resumiendo este cuarto paso, *se trata de generar un debate comunitario sobre las prioridades de investigación, y cómo mejorar la producción cardiológica básica y clínica integrando la cardiología a las estructuras orgánicas de investigación, fomentando másters, doctorados, carreras de investigación reconocidas por el CONICET en los diferentes ámbitos de desempeño. Idealmente, nuevos institutos de investigación básica y clínica.* Lo peor que podemos hacer es quejarnos de la falta de aportes a la investigación clínica cuando lo real es que no generamos suficientes proyectos sólidos que merezcan ese financiamiento.

PREVENCIÓN Y POLÍTICAS ASISTENCIALES COMUNITARIAS

Vivimos en una sociedad medicalizada y con un discurso hegemónico orientado a la detección y la correc-

ción de riesgos. La conciencia de los diferentes factores que influyen en la mayor o menor precocidad de enfermedades que nos llevarán a la invalidez y la muerte le otorgan a la medicina una palabra autorizada para opinar sobre lo que debemos comer, ejercitar, dormir. Asimismo, prolifera la cultura del chequeo, con resultados por lo menos cuestionables. (10) El desafío en este plano es, a mi juicio, acometer contra las barreras que impiden el conocimiento y la práctica de la prevención en sectores socioculturales diferentes. En un extremo, segmentos con niveles bajos de ingresos y otras prioridades que pueden no jerarquizar o conocer siquiera la doctrina de la prevención de riesgo cardiovascular. En el otro, segmentos con un nivel mayor de ingresos y conocimiento del problema, pero que no abordan estrategias por múltiples barreras emocionales o culturales. Nuestra responsabilidad aquí es inmensa. ¿Quién puede opinar sobre riesgo cardiovascular y medidas de prevención mejor que los cardiólogos o los epidemiólogos especializados?

Sin embargo, esta presunción puede ser cuestionada. En primera instancia, no resulta claro que los cardiólogos nos enfermemos menos del corazón o a edades más tardías que el habitante promedio del mismo sector económico social. Nuestro conocimiento de la importancia del ejercicio no se traduce necesariamente en encontrar el tiempo y el hábito de practicarlo y lo mismo con la dieta sana o cualquier otro factor.

Asimismo, el conocimiento del peligro de las drogas y su prohibición no hace más que incrementar su uso. En un editorial sobre el consenso de prevención primaria y secundaria de la FAC, Gianni Tognoni (11) cuestionaba que las guías internacionales pudieran extrapolarse a nuestro país. Su lectura mostraba un nivel de profundidad similar al de las sociedades americanas de cardiología, basados en las mismas evidencias, pero con una carencia absoluta de referencias a su instrumentación y efectividad locales en un contexto sociocultural diferente. No alcanza con enunciar factores y dictaminar conductas. Desde un plano de mayor racionalidad, en la Argentina se han efectuado intervenciones comunitarias con un nivel alto de calidad e impacto poblacional. Como ejemplo, el programa de intervención en la comunidad de Rauch dirigido por los Dres. Salazar y Carbajales ha mostrado cómo con una política educativa y terapéutica se puede modificar la presión arterial de una población (Figura 1). (12) Lograron una reducción significativa de la presión sistólica y diastólica de 5,49 y 6,86 mm Hg, respectivamente. Proyectando de acuerdo con estudios epidemiológicos y ensayos terapéuticos, esta reducción puede disminuir el 14% la mortalidad por ACV, el 9% la debida a enfermedad coronaria y el 7% la mortalidad general.

No se trata de invocar conductas sanas, sino de actuar sobre los diferentes agentes que participan. Así, es mucho más barato y eficaz crear programas de ejer-

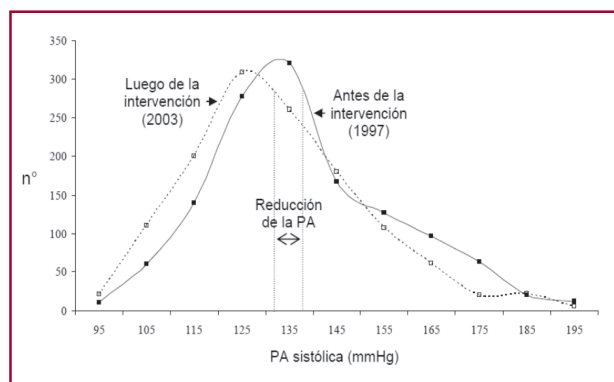


Fig. 1. Puede verse el desplazamiento hacia la izquierda de la curva de distribución de las PAS, que refleja el efecto de los cambios saludables en el estilo de vida luego de 6 años de observación. El descenso de la frecuencia de los valores más altos de la PAS (por encima de 155 mm Hg) obedece al efecto de los antihipertensivos. (12)

cicio en las escuelas que promover el deporte en adultos. Las horas de ejercicio semanales, contra lo que se piensa, son un rasgo de diferenciación social: los adolescentes de sectores carecientes ejercitan 2 horas semanales contra 20 en una encuesta sobre escuelas de sectores de niveles altos de ingreso, combinando horas de deportes en escuelas de doble escolaridad y campos deportivos y en los *countries* de fin de semana. Si pretendemos realmente modificar algo, como comunidad cardiológica deberemos ejercer *lobby* o la mayor influencia posible sobre las autoridades, promoviendo intervenciones sociales (preparación de alimentos, educacionales, alimentarias, ejercicio) y médicas comunitarias con fármacos con evaluaciones reales de costo-efectividad.

El desafío en este plano es *formar en el contexto de las sociedades científicas o en proyectos cooperativos profesionales entrenados y conocedores profundos de políticas de prevención para ser aplicadas en contextos asistenciales y culturales diferentes*. Y sobre la base de este conocimiento maduro, ejercer la influencia necesaria en los medios y las autoridades. Las políticas deben ser medidas en sus resultados y corregidas para su mayor efectividad.

LA INTELIGENCIA COLECTIVA PENSANDO UNA ARGENTINA PARA EL SIGLO XXI

Es frecuente la referencia a la capacidad individual de los argentinos (triunfan en el exterior) y sus dificultades para la tarea colectiva. Pero así como no estamos “condenados al éxito”, tampoco tenemos una maldición bíblica que se proyecte a la séptima generación o, aún peor, a setenta veces siete. Pedro Cossio, (13) en una carta pública referida a la ausencia del Estado, hace una crónica de un emprendimiento co-

lectivo comunitario que con muy poco ha logrado organizar áreas de trabajo productivo, conseguido mejoras en la provisión de agua y servicios cloacales e incluso una sala de atención médica. La respuesta comunitaria a la crisis de 2001-2002, con un aumento explosivo de la desocupación y la marginación social, dio lugar a diferentes creaciones colectivas y redes de solidaridad que permitieron sobrellevar un momento muy difícil con un costo de violencia y destrucción menor. Uno de los ideólogos de la inteligencia colectiva en la era de revolución digital que vivimos, Pierre Levy, nos invita a reflexionar sobre cómo recuperar en forma útil los conocimientos de todos; en otras palabras, cómo evitar el desperdicio de capacidades en un sistema fragmentado. (14) Una de las estrategias es construir un árbol de conocimiento, es decir, un relevamiento de los niveles de entrenamiento y formación de los cardiólogos y sus desarrollos personales, en la búsqueda de una integración mayor. Otros planos de participación colectiva se facilitan por las nuevas redes digitales, que hoy permiten en forma incipiente la participación de pacientes y familiares en el relato de sus experiencias y particular mirada de la práctica médica. Cualquiera que sea la forma o estructura político-societaria, de lo que se trata es de elaborar una voz unificada de la cardiología argentina que contribuya a cambiar la medicina argentina en la medida de su posibilidad de poder e influencia, que no son pequeños, y un poco quizás la sociedad argentina.

Este último y sexto paso consiste en *integrar en la cooperación a toda la cardiología argentina en un modelo que permita el funcionamiento de la inteligencia colectiva*. Generar así los ámbitos requeridos y comenzar un debate real sobre los problemas con la intención de desarrollar proyectos a largo plazo. Esto nos llevará a ser parte de un debate nacional para un proyecto que hoy parece invisible pero que no puede tardar en surgir.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Con la excusa de una conferencia en el Congreso SAC me permití explorar algunos caminos con el único objetivo de activar el debate hacia una cardiología (medicina) un poco mejor. Me afecta profundamente percibir el desánimo y el pesimismo frente a un país desorientado y una clase dirigente mediocre. Un país sin proyectos a largo plazo. Entender que somos también clase dirigente en lo nuestro, que podemos adquirir mayor poder e influencia si actuamos como comunidad inteligente y sabemos pensar a largo plazo, nos aporta un marco de superación. En esto dependemos sólo de nosotros mismos. Si se repasa cada uno de los seis ámbitos del debate propuesto (Tabla 2), surge con claridad que todos están, por lo menos potencialmente, en nuestras manos.

Tabla 2. Síntesis de los ámbitos de debate propuestos**Paso 1****El diálogo medicina-sociedad y la profesión médica**

Participar de los debates culturales y comunitarios sobre salud y enfermedad, poder y limitaciones de la medicina, vejez y muerte, qué sí y qué no hacer y nuestro papel en la sociedad. Como parte de este debate analizar los orígenes del malestar médico y definir comunitariamente qué médicos queremos y cómo los cuidamos.

Paso 2**La asistencia médica como empresa colectiva**

Contribuir como sociedad científica a establecer niveles de calidad mínimos para la asistencia de las patologías de alta prevalencia (primeras horas del infarto, prevención, resultados quirúrgicos y angioplastia estandarizados), todos aspectos que pueden ser promovidos y auditados. La cardiología argentina debe comprometerse con las políticas de salud desde una mirada comunitaria y también corporativa.

Paso 3**La realfabetización médica**

Desarrollar grupos de trabajo médicos para autoeducación, que contemplen la medicina desde la narrativa, la formación en conceptos psicológicos y análisis del discurso, la "psicocardiología", y la generación de todo ámbito de reflexión sobre casos individuales y resultados de nuestras intervenciones desde otra mirada.

Paso 4**La recuperación de las preguntas de investigación y las estructuras necesarias**

Generar un debate comunitario sobre las prioridades de investigación y cómo mejorar la producción cardiológica básica y clínica integrando la cardiología a las estructuras orgánicas de investigación, fomentando másters, doctorados, carreras de investigación e institutos reconocidos por el CONICET en los diferentes ámbitos de desempeño.

Paso 5**Prevención y políticas asistenciales comunitarias**

Formar en el contexto de las sociedades científicas o en proyectos cooperativos profesionales entrenados y conocedores profundos de políticas de prevención para ser aplicadas en contextos asistenciales y culturales diferentes. Y sobre la base de este conocimiento maduro, ejercer la influencia necesaria en los medios y en las autoridades.

Paso 6**La inteligencia colectiva pensando una Argentina para el siglo XXI**

Integrar el árbol de conocimiento de toda la cardiología argentina en un modelo que permita el funcionamiento de la inteligencia colectiva. Generar así los ámbitos requeridos y comenzar un debate real sobre los problemas con la intención de desarrollar proyectos a largo plazo y ser parte de un debate nacional para un proyecto que hoy parece invisible pero que no puede tardar en surgir.

No hacerlo y seguir con las quejas esperando que otros sectores de la clase dirigente, con menos conocimientos y compromiso en estos temas que nosotros, los resuelvan, es por lo menos inoperante. Cabe resaltar, como comentario final, que estas propuestas no son altruistas ni mesiánicas: parten de reconocer que estamos mal y que sólo mejoraremos como actores. Una parte de nuestro bienestar y salud personal está comprometida con estos proyectos necesarios.

Carlos D. Tajer

BIBLIOGRAFÍA

1. Heath I. "A fragment of the explanation": the use and abuse of words. *Med Humanities* 2001;27:64-9.
2. Svenaeus F. Hermeneutics of clinical practice: the question of textuality. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2000;21:171-89.
3. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998.
4. Tajer C. Las palabras de la medicina clínica. *Rev Argent Cardiol* 2009;77:143-50.
5. Schramme T. A qualified defence of a naturalist theory of health. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2007;10:11-7.
6. Nordenfelt L. Quality of Life, Health and Happiness. USA: Ed Avebury; 1993.
7. Mead M. *Cultura y compromiso*. Ed Gedisa; 1997.
8. Dalton R. Argentina: The come back. Argentina's government has pledged to reverse a decades-long scientific brain drain. *Nature* 2008;456:441-2.
9. Sanz G, Fuster V. Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares: una nueva etapa. *Rev Esp Cardiol* 2008;61:1-5.
10. Tajer C. Prevención de riesgos y riesgos de la prevención. *Rev Argent Cardiol* 2009;77:242-9.
11. Tognoni G. En la búsqueda de una identidad colectiva de investigación. *Rev Fed Arg Cardiol* 2008;37:273-5.
12. Salazar MR, Carbajal HA, Aizpurúa M, et al. Decrease of blood pressure by community-based strategies. *Medicina (B Aires)* 2005; 65(6):507-12.
13. Cossio P. La salud en ausencia del Estado. <http://www.periodismodeverdad.com.ar/2009/08/27/la-salud-en-ausencia-del-estado-por-el-dr-pedro-cossio/>
14. Levy P. Inteligencia colectiva: para una antropología del ciberespacio. Puede bajarse completo en español del sitio de la OPS-OMS. <http://inteligenciacolectiva.bvssalud.org>

FE DE ERRATAS

En el editorial "Células embrionarias para regeneración miocárdica", publicado en *Rev Argent Cardiol* 2009;77(6):451-2, referencia 10, donde dice "Semino CE. Can we build artificial stem cell compartments? *J Biomed Biotechnol* 2003;2003:164-9." debe decir "Semino CE. Can we build artificial stem cell compartments? *J Biomed Biotechnol* 2003;3:164-9."

En el artículo "Ilustración" de la *Rev Argent Cardiol* 2009;77(6), han sido omitidos los títulos de las obras.

Los mismos son: Figura 1 "La Tropicilla", Figura 2 "Pastando", Figura 3 "Zona portuaria"