



Revista argentina de cardiología

ISSN: 1850-3748

Sociedad Argentina de Cardiología

Doval, Hernán C.
Determinantes sociales de la salud. ¿Los médicos deberían implicarse?
Revista argentina de cardiología, vol. 87, núm. 1, 2019, pp. 81-82
Sociedad Argentina de Cardiología

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305360344016>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

LUZEM redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Determinantes sociales de la salud. ¿Los médicos deberían implicarse?

Social Determinants of Health. Should Doctors Get Involved?

“La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala.”

RUDOLPH VIRCHOW (1848)

INTRODUCCIÓN

Pensemos en un médico que está ejerciendo en un centro de atención primaria de una de las tantas “villas miserias” de la capital o el conurbano, lo vemos sobrepasado por la cantidad de pacientes que tiene que atender y además se lo siente abrumado no sólo por el número sino fundamentalmente por no poder resolver los problemas determinantes –muchos de ellos sociales– que los trajeron a la consulta vinculados con la alimentación, vivienda, desempleo y otros. Conoce que esta situación se repetirá a pesar de la atención médica; lo sabe, lo frustra y le produce desgaste (conocido con su término en inglés *burnout* desde hace 44 años).

“El clínico que acuñó el término “*burnout*” (desgaste) no fue un médico de atención primaria enterrado bajo el papeleo, ni un médico de emergencia acosado por una pesada historia clínica electrónica. Fue Herbert Freudenberg, un psicólogo que trabajaba en 1974 en una clínica gratuita. Discutiendo los factores de riesgo para el desgaste (*burnout*), escribió acerca de las características del personal sanitario (ejemplo, “ese individuo que tiene necesidad de dar”) y de la monotonía de la tarea una vez que se transforma en rutina. También señaló a los trabajadores en escenarios específicos –“aquellos de nosotros que trabajamos en clínicas gratuitas, comunidades terapéuticas, centros de intervención de crisis, clínicas de mujeres, centro gay, casas de tránsito”– estableciendo una conexión entre desgaste (*burnout*) y la experiencia de atención de pacientes marginados.” (1)

Lo mismo les sucede a cardiólogos que actúan en el sistema público o de obras sociales, cuando sus pacientes y él mismo se encuentran sometidos a un papeleo burocrático intencional para conseguir prestaciones imprescindibles, que se demoran innecesariamente.

Esta fuente fundamental del desgaste (*burnout*) del personal de atención de salud en todos sus niveles, se ha dejado de lado en los últimos tiempos.

Los clínicos, aislados en sus consultorios, se sienten impotentes y sin poder para enfrentar los problemas de pobreza y opresión que sufren sus pacientes, que es una receta para la desilusión porque sólo pueden resolver el malestar actual inmediato, relegando el origen subyacente de sus problemas.

Porque “Si la impotencia individual es el quid de esta fuente de desgaste (*burnout*), entonces organizarnos hacia una acción colectiva sería parte de la solución. Cada uno de nosotros puede defender a nuestro paciente sin hogar para que sea puesto en la lista de espera de una vivienda pública. ¿Pero que podría suceder si todos los doctores organizados junto a sus pacientes sin hogar demandan que se les brinden más viviendas?

Organizar es tanto estratégico como terapéutico — es estratégico porque nuestra labor colectiva y nuestra voz son mayores que la suma de sus partes; es terapéutico en el sentido que el activista Lee Grace enunciaba: “Construir comunidad es al colectivo como la práctica espiritual es al individuo”. Cuando nos reconocemos a nosotros mismos no como actores individuales cada uno aislado en un consultorio, sino como un colectivo reunido en una causa común, comenzamos a sentirnos menos solos... Más allá de si debemos o deberíamos hacerlo por nuestros pacientes, la defensa colectiva de manejar los determinantes sociales dañinos de la salud puede mantener a flote la moral de los médicos y así ser un acto de auto-cuidado; organizarse hacia una acción colectiva significa mirar tanto por nuestros pacientes como por nosotros mismos.” (1)

Como el estudiante de cuarto año Leo Eisenstein finaliza: “Los estudiantes de medicina son entrenados para pensar desde el punto de la ventaja de la acción individual y se encuentran atascados allí: “¿Qué puedo yo hacer?” Comienza como una pregunta ambiciosa, sería, pero es a menudo despojo del pesimismo de uno. Si las escuelas de medicina y los programas de residencia son serios acerca del desgaste (*burnout*), tienen que enseñarnos acerca de la acción colectiva –enseñarnos a preguntarnos, “¿Que podemos nosotros hacer? Para pelear por el desgaste (*burnout*), nunca deberíamos preocuparnos a solas de los determinantes sociales de la salud que enfrentan los pacientes. Para luchar contra el desgaste, organiza.” (1)

OPCIONES MORALES

“En el pasado, una exploración de las opciones morales podría haber terminado con estos dos niveles: honestidad personal y apropiada organización ciudadana. Pero los tiempos han cambiado y las apuestas son más altas...

Por ejemplo, las drogas de las que dependen los pacientes están experimentando incrementos de precios que no pueden resistir al escrutinio de la brújula del interés del público o el ámbito moral. Nuevos biológi-

cos de innegable valor están colocados en niveles de precio que son como una extorsión - *son* una extorsión, sosteniendo como rehenes a los pacientes. Viejas, preparaciones invalorable, como insulina, epinefrina, 17-hidroxiprogesterona, colchicina, y otros, están siendo capturadas y patentadas bajo escapatorias legales, y entonces los precios cuestan más de 10 veces, 30 veces, 100 veces que los niveles acostumbrados que tenían antes.” (2)

Por lo cual el médico estadounidense DM Berwick en el artículo recién citado “Elecciones morales para un médico de hoy” piensa cuáles son los problemas de salud en su país y afirma: “Tomando años de vida y el propio respeto de millones de jóvenes (con individuos negros aprisionados a una tasa de más de cinco veces que los blancos), dejándolos sin opciones, sin libertad, o sin esperanza de crecer, si eso no es un problema de salud, ¿entonces qué es?”

Segundo el daño hecho a nuestro planeta por desatender y negar los hechos de la ciencia también es gravoso. Si envenenamos el aire, secamos los ríos, anegamos las ciudades –las nuestras propias, y aquellas de la gente más pobre de la tierra, y creando un tsunami de gente desplazada mas grande del que el mundo alguna vez ha conocido, si eso no es un problema de salud, ¿entonces qué es?

Los sanadores no pueden negar que dejando a los refugiados no queridos en nuestras puertas, a los niños sin alimentos, o a las familias sin viviendas, o a la atención médica básica no cubierta, o descansando en el conflicto, más bien que en la compasión, son problemas de salud. Así es la guerra. Así es la ignorancia. Así es la ausencia de esperanza. Así es el culpar al que no tiene la culpa.”

Y Berwick conmociona nuestra conciencia cuando expresa lo siguiente: “El trabajo de un médico como sanador no puede parar en la puerta de un consultorio, en el umbral de un quirófano, o en la puerta de entrada de un hospital...”

El silencio de los profesionales en enfrentar la injusticia social está equivocado.

... Tratar de evitar la refriega política por medio del silencio es imposible, porque el silencio es ahora político. Es uno u otro, comprometerse o contribuir al daño. No hay una tercera opción. (2)

Ante esto surge la pregunta de Gruen y colaboradores (3), acerca de: cuáles son los roles públicos y las obligaciones profesionales de los “Ciudadanos –Médicos”. Se responden que durante siglos los médicos han estado involucrados y comprometidos en la resolución de problemas de salud en la comunidad. Sin embargo, estos roles públicos se han vuelto menos familiares para los médicos de hoy, dado que su destreza se basa en los rápidos y marcados avances de la biotecnología, y ya no les resulta familiar abordar la prevención en la comunidad y aceptar responsabilidad por fuera de su escenario de práctica habitual.

“...Pero todos los médicos tienen una responsabilidad primaria ética y profesional por la salud de los miembros de la comunidad que ellos sirven...”

El médico es un “testigo” público y observa cómo los determinantes socio-económicos de la salud comprometen la atención de sus propios pacientes.

“Los médicos y el público probablemente acuerdan que la destreza y pericia del médico incluye no solo los aspectos biológicos de la enfermedad sino también sus relaciones sociales, medioambientales, y económicas...”

“..., aunque la acción individual es loable, la acción colectiva es un marcador de profesionalismo. Los grupos médicos han sido agentes de cambio particularmente efectivos en temas institucionales, problemas de la comunidad local, acción legislativa, y en otros muchos temas, tales como derechos civiles y humanos, la prevención de la guerra nuclear, y la prohibición de las minas terrestres...”

“...Debido a que los pacientes y los médicos son probablemente beneficiados, los roles públicos no deben ser considerados en oposición a la atención del paciente individual, y no significa aquiescencia a las demandas de ejecutivos y burocratas. Los roles públicos son un ejemplo que la profesión se hace cargo de su dominio –promoviendo la salud de sus pacientes a pesar de los efectos adversos que las fuerzas sociales más amplias, incluyendo los cambios en la política de salud y social, pueda tener sobre la atención del paciente.” (3)

¿QUÉ PIENSAN LOS MÉDICOS?

El mismo grupo de Gruen y colaboradores realizaron en los EE UU una encuesta sobre la práctica de las actitudes de los médicos y sobre el grado de participación en roles públicos, definidos como la participación comunitaria, involucramiento político, y la defensa colectiva. (4)

Fue una encuesta por correo completada entre noviembre de 2003 y junio de 2004 por 1662 médicos estadounidenses dedicados a la atención directa de pacientes, seleccionados en forma aleatoria de los registros de especialidades de atención primaria (médicos de familia, medicina interna, pediatría) y de otras tres especialidades (anestesiología, cirugía general, cardiología).

Sorprendentemente, aunque solo sea una declaración, el resultado mostró que la abrumadora mayoría, (90%) calificó como importantes la participación comunitaria, el involucramiento político y la defensa colectiva, y más aún la mayoría calificó a la participación en la comunidad y a la defensa colectiva como muy importantes.

Sin embargo, cuando se cuantificaron los problemas por su grado de importancia, los más próximos al paciente, como la obesidad y la nutrición insuficiente, así como la inmunización, el abuso de sustancias y la seguridad vial fueron calificados como muy importantes por más médicos y mayores que los problemas de acceso a la atención (alrededor de la mitad), menor consideración aun se le dio al analfabetismo o la a polución del aire y al desempleo con solo el 26%.

Llama la atención que, en términos de las acciones realizadas, 2 de cada 3 encuestados dijeron haber participado al menos en 1 de los 3 tipos de actividades públicas en los 3 años precedentes.

Combinando los 3 ítem de medición de roles públicos (participación comunitaria, involucramiento político, y defensa colectiva) con una escala de 4 puntos (1-nada importante, 2-no muy importante, 3-algo importante, 4-muy importante), el puntaje total iría de mínimo de 3 puntos a un máximo de 12 puntos. Se consideró al médico con “*espíritu cívico*” (civismo) si tenía 10 o más puntos.

En un análisis de regresión logística el civismo se relacionó de forma independiente con mayor antigüedad de la profesión, el sexo femenino, las razas o etnias que se consideraban poco representadas y con la graduación en escuelas de medicina no estadounidenses o no canadienses.

En su actividad en roles públicos la mitad de los médicos de EE. UU. (54.2%) afirmaron contribuir con la *comunidad local* (y sus organizaciones, y más de 1 de cada 4 encuestados se calificaron *políticamente activos* (25.6%) y manifestaron *alentar a las sociedades profesionales* (24.3%).

Concluyen en su artículo: “Los roles públicos son entidades definibles que tienen un amplio apoyo entre los médicos. La mentalidad cívica está asociada, principalmente, con factores socio-demográficos, pero la acción cívica está asociada a factores definidos como especializados y basados en la práctica.” (4)

CONCLUSIONES

“10 años después de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS): la injusticia está aún matando en gran escala”. Así reza el título de un comentario en *Lancet* de un miembro de la UNICEF y de la Comisión. (5)

Kumanan Rasanathan, autor de este comentario, escribe: “...aunque un número de países se comprometieron activamente con las ideas de la CDSS y dieron consideración política a los determinantes sociales, un renacimiento de las políticas de austeridad dañó la salud y la equidad en salud con estancamiento de la expectativa de vida y ensanchamiento de la brecha de mortalidad en algunos países...”

Y escépticamente Rasanathan manifiesta “El financiamiento de las investigaciones sobre los determinantes sociales, aún en los países que generaron los estudios seminales, sigue siendo lamentable. Parece difícil argumentar que la comunicación de la CDSS tuvo mucho impacto en la agenda del desarrollo global...”

...Sin embargo, la relación de la cobertura universal de salud (CUS) con el esfuerzo de los determinantes sociales y la mejoría de la equidad no están claros. Los principios de la CDSS sobre la importancia de ir más allá del sector salud están ausentes de muchas discusiones de la CUS.” (5)

Unos años antes había manifestado que: “los servicios de salud que no manejan conscientemente los determinantes sociales exacerbaban la inequidad en salud. Si una atención primaria de la salud revitalizada es el enfoque clave para organizar a la sociedad a minimizar las inequidades de salud, la acción sobre los determinantes sociales tiene que ser una estrategia constituyente mayor.”

Esta estrategia es reafirmada por la 8th Conferencia Global sobre la Promoción de la Salud de la Declaración de Helsinki, Finlandia (2013), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia.

“Nosotros, los participantes de esta conferencia

Afirmamos nuestro compromiso con la equidad en salud y reconocemos que el disfrute del estándar de salud más alto alcanzable es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, económica o condición social. Reconocemos que los gobiernos tienen responsabilidad por la salud de su gente y que la equidad en salud es una expresión de justicia social. Conocemos que la buena salud facilita la calidad de vida, incrementa la capacidad de aprender, refuerza las familias y las comunidades y mejora la productividad de la fuerza de trabajo. De igual modo, las acciones propuestas para promover la equidad contribuyen significativamente a la salud, reducción de la pobreza, inclusión social y seguridad...”

Y dicha Conferencia finaliza con esta afirmación: “... Las políticas diseñadas para permitir a la gente llevar vidas saludables enfrentan la oposición de muchas partes. A menudo son desafiadas por los intereses de fuerzas económicas poderosas, que resisten la regulación. Los intereses de los negocios y el poder del mercado pueden afectar la habilidad de los gobiernos y los sistemas de salud de promover y proteger la salud y responder a las necesidades de salud. *Salud en Todas las Políticas* es una respuesta práctica a estos desafíos” (7)

Si estamos convencidos de que los determinantes sociales contribuyen a la mitad de la mortalidad prematura, y que con las conductas de hábitos no saludables se llega al 80%, y solamente el 20% depende de la atención directa de la salud, como reveló una encuesta de todos los condados de EE UU (8), deberíamos contestar la pregunta del título ¿los médicos deberían implicarse?

El médico que alguna vez pensó que su sola acción individual era suficiente y que hasta en ocasiones llegó a sentirse considerado un héroe, ahora, muchas veces, siente que no tiene ningún poder. Eventualmente un médico se encontrará con pacientes cuyos problemas de salud tienen un nudo de pobreza y marginalización que lleva más de una generación, y aun aquellos médicos más expertos y astutos se encuentran superados e impotentes para solucionar los problemas de salud de sus pacientes.

Y la pregunta no es si debiéramos implicarnos, por cierto, ya estamos implicados. Porque somos “testigos

públicos” de las circunstancias de vida de nuestros pacientes y, lo queramos o no, nuestras acciones van a influir en ellos siempre, tanto cuando son positivas como cuando son negativas.

En esa situación, juntarse con otros y organizarse en grupos colectivos, permite a los médicos construir solidaridad con sus pacientes y con ellos mismos, y les permite llevar a cabo acciones para enfrentar circunstancias que antes parecían abrumadoras, imposibles de abordar estando solos.

Hernán C. Doval

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Eisenstein L. To fight burnout, organize. *N Engl J Med* 2018;379:509-11. <http://doi.org/gd24xh>
2. Berwick DM. Moral choices for today's physician. *JAMA* 2017;318:2081-2.
3. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician - Citizens - Public roles and professional obligations. *JAMA* 2004;291:94-8. <http://doi.org/cgkd4j>
4. Gruen RL, Campbell EC, Blumenthal D. Public roles of US physicians. Community participation, political involvement, and collective advisory. *JAMA* 2006;296:2467-75. <http://doi.org/cgcj7b>
5. Rasanathan K. 10 years after the Commission on Social Determinants of Health: social injustice is still killing on a grand scale. *Lancet* 2018, online September 21.
6. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health* 2011;65:656-60. <http://doi.org/fjv9mq>
7. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finlandia, 10-14 June 2013. The Helsinki Statement on Health in All Policies. World Health Organization and Ministry of Social Affairs and Health, Finland. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp>.
8. Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB. Relationships between factors and health. *Am J Prev Med* 2016;50:129-35.