



SER MÉDICO

En países con pocos recursos[☆]

In countries with few resources

El principio colectivo afirma que... ninguna sociedad puede legítimamente llamarse civilizada si a un enfermo se le niega atención por falta de medios.

Aneurin Bevan (padre del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido)

Mom comes home in two days. She's is weak and white and walks slowly. She says, The doctor told me to keep warm, have plenty of rest and nourishing food, meat and eggs three times a week. God help us, those doctors don't have a notion of not having¹Cut and Paste the Footnote Outside The Floats[1]Mamá volverá a casa en dos días. Está débil y blanca y anda despacio. Dice: El doctor me ha dicho que me mantenga caliente, que descance mucho y que tome alimentos nutritivos, carne y huevos tres veces por semana. ¡Que Dios nos ayude, estos médicos no tienen idea de lo que es no tener!.

Angela's ashes. Frank McCourt

Introducción

He discutido ya en otras publicaciones mi trabajo en lugares muy alejados (Haití, Bolivia, Uganda, Malí, Etiopía, R. Dominicana, Djibuti) de donde me formé (España y Estados Unidos)^{3,4}. Al llegar a ellos mi asombro fue notable y mi sentido de inadecuación, absoluto. Aquí me limitaré a exponer

☆ A propósito del título de este escrito. En lugar de países en desarrollo creo que es más apropiado hablar de países pobres o de pocos recursos. ¿Por qué? La primera razón es porque muchos de estos países no se están desarrollando, ni social ni económicamente; algunos se han estancado y otros están sufriendo un retroceso. La segunda razón, y la más importante, es porque aunque estemos en un país «en vías de desarrollo» (habría que analizar lo que se entiende por desarrollo)^{1,2}, muchos de sus grupos de población no notan sus efectos beneficiosos y, a veces, lo que es peor, los notan pero sufriendo solamente los negativos. Es, en general, de estos grupos de donde provienen la mayoría de nuestros enfermos.

ciertos aspectos de mi trabajo y espero que estos escritos sirvan al futuro trabajador de la salud para ejercer su profesión en estas latitudes, en un entorno siempre difícil y muy diferente al de la práctica clínica occidental habitual, pero, a veces, extraordinariamente gratificante.

Dos enfermos

Una muchacha de 18 años acude al hospital de un país en el Cuerno de África gravemente enferma. Después de detectar que está infectada por el VIH la interrogo acerca de su historia familiar. Vive a varias horas de distancia en un pedregal. Fue obligada a casarse con un primo de mayor edad que ya murió y su único medio de sustento es un rebaño de cabras y unos pocos camellos. Tiene una hija de varios meses con diarrea desde hace semanas. Le ruego que nos la traiga y al cabo de pocos días su abuelo se presenta en mi despacho con la niña. La ingresamos en el servicio de Pediatría y como sospechaba se confirmó que también estaba infectada por el VIH. Pasan los días y el abuelo corretea sin descanso de un servicio a otro para cuidar a su hija y nieta. Al cabo de un tiempo el abuelo y la pequeña han desaparecido del hospital. Cuando al volver después de unos días le pregunto que qué ha ocurrido, me explica que tuvo que ir a vigilar el rebaño y devolvió a la pequeña al cuidado de otros familiares porque es incapaz, él solo, de atender a las dos enfermas a la vez y prefiere atender a su hija. La niña falleció unas semanas más tarde.

En un país del Caribe, una madre entra en mi consulta llevando en brazos a una niña de ocho años. Es obvio que sufre raquitismo. Después de darle una receta de calcio y vitamina D (que obtendrá en la farmacia del mismo hospital) le doy una cita para que venga dos meses más tarde. Pasan las semanas y un día la encuentro en las proximidades del hospital. Ha construido un pequeño refugio donde se cobijan —madre e hija—, esperando el día de la visita médica. Me explica que no puede pagar el transporte de ida y vuelta a su hogar y prefiere esperar en las cercanías hasta el día en que yo la vea.



Figura 1 El autor junto con unos niños en un centro nutricional del Hospital Albert Schweitzer en Deschapelles, Haití.



Figura 2 El autor en l'Escale, centro de tuberculosis del mismo hospital junto con una enferma y la enfermera.

Ejercicio profesional

Nuestros pacientes

El médico se verá enfrentado a diario con unas dolencias que le serán más o menos familiares. La mayoría son de índole infecciosa o parasitaria pero muchas otras «no tropicales» también son frecuentes (carencias nutricionales, trauma y quemaduras, tumores, diabetes, hipertensión, etc.)^{5,6}. Con frecuencia el primer contacto con el sistema de salud tiene lugar cuando la enfermedad se encuentra en fases muy avan-

zadas, lo que puede ser una causa de desánimo al limitar nuestra intervención de forma importante. (**figs. 1 y 2**)

Nuestros medios diagnósticos son escasos y, en general, los terapéuticos también. Es mejor olvidar lo que ocurre allende nuestras fronteras². Creo que la mejor fórmula es comportarse como el violinista Itzhak Perlman que al rompersele una cuerda del violín durante un concierto no lo

² Un conocido mío afectado de una enfermedad hematológica está recibiendo un tratamiento que cuesta 6.000 euros mensuales.

interrumpió, se encaró al público y dijo: *A veces el deber del artista es descubrir cuánta música puede uno hacer con lo que ha quedado y continuó tocando. Nuestro violín estará casi siempre averiado y es mejor aprender a manejarlo, no desafinar demasiado, y obtener la mejor música posible. Estará lejos de ser el mejor instrumento porque, a diferencia de lo que sucede en el mundo occidental, sin ser especialistas de nada tenemos que hacer de todo: además de tocar el violín seremos el hombre orquesta y, por tanto, sabemos que lo que hacemos, alguien en otro lugar lo podría hacer mejor. Mas la perfección es enemigo de lo bueno y deberemos poner en práctica, recordando a Goethe, que el que quiere realizar grandes cosas debe aprender a ponerse límites; los límites no tardarán en sernos impuestos*⁷.

Existe el peligro de adoptar un protagonismo que, a la corta, nos facilita el trabajo. A la larga, sin embargo, ello ocasionará graves perjuicios porque un día, antes o después, sin duda marcharemos y dejaremos nuestro puesto en manos locales. El saber delegar y la formación continua del personal local son aspectos esenciales de nuestra labor.

Nuestros colegas

Otro motivo de sorpresa es la actitud profesional de muchos de nuestros colegas. Antes de manifestar nuestro desaliento y enfado hay que tener en cuenta el contexto –tan distinto al nuestro– en el que se han educado y practican su profesión. Las sociedades en que nos movemos están fuertemente jerarquizadas y los grupos sociales tienen muy poca o nula movilidad. Los trabajadores sanitarios con estudios universitarios pertenecen, en general, a las clases altas y urbanas, y tienden a identificarse poco con los problemas de nuestros pacientes que provienen de los grupos con escasos recursos, rurales y marginados. La supervisión y la evaluación de nuestro quehacer suelen ser infrecuentes o nulas, y las reclamaciones o requerimientos de responsabilidades algo, prácticamente, desconocido. Si a todo ello añadimos que las demandas laborales son excesivas, los sueldos irrisorios y los medios insuficientes, comprenderemos que su actitud ante el enfermo diste mucho de ser la más adecuada; las relaciones son cortas y bruscas, y con un marcado tinte paternalista, cuando no altivo. Es mejor no hacer una crítica precipitada que acabará enfrentándonos al personal local. Los cambios de comportamiento, cuando son necesarios, se obtienen más fácilmente con el diálogo y el ejemplo.

Ante esta situación la mayoría de nuestros colegas aspira a emigrar hacia horizontes más prometedores. Ello provoca una insuficiencia crónica de profesionales motivados y cualificados, de la que los países occidentales son en parte culpables y se benefician^{8,9}.

Entorno

La dolencia de nuestros enfermos viene determinada por un factor fundamental: la pobreza. Al igual que Virchow en el siglo XIX¹⁰, nosotros nos encaramos con el último anillo de una larga cadena que condiciona la salud de nuestros ciudadanos, y que difícilmente podremos enderezar. El paciente nos reclama la solución de un problema que está determinado por unos factores que escapan casi totalmente a nuestro control. Tener presente esta larga cadena causal es impor-

tante para poder actuar –en la medida en que podamos– no tan sólo sobre el último anillo (suministrando antibióticos, extirpando un tumor...) sino también sobre los demás eslabones patogénicos.

Un aspecto que no podemos ignorar, y es motivo de frustración intensa (y a veces de problemas más graves) es la corrupción imperante en estas latitudes. Es fácil enojarse ante situaciones escandalosas (robo de medicamentos, de alimentos, etc.) y debemos intentar poner límite a estas prácticas. Antes de buscar culpables, no debemos olvidar que esta llaga crónica, ni es exclusiva de estas sociedades ni es desconocida entre los ricos¹¹. No debería sorprendernos demasiado que sea más espectacular cuando los controles y las garantías son, a menudo, inexistentes.

Conclusión

No será de extrañar que nuestra práctica médica, si tenemos en cuenta la poca prioridad dada a la salud por muchos gobiernos (es frecuente dedicar menos del 5% del presupuesto³) y su falta de transparencia, el imperio de la ley del más fuerte, un sector privado poco reglamentado, y la falta de recursos de nuestros pacientes, vaya tomando un matiz político cuyo trayecto es delicado y conflictivo, lo cual no debe ser excusa para la inacción. El trabajo en estrecha colaboración con el personal local es, por esta razón, esencial, y el único que será garantía de alcanzar algún éxito permanente.

Finalmente, hay que saber que hay voces cada día más altas que se alzan en dichos países y que cuestionan, e incluso rechazan, cualquier intervención «de ayuda» extranjera^{13,14}. Nuestras acciones pueden ser causa de efectos inesperados y nada beneficiosos^{15,16}. Debemos ser extraordinariamente vigilantes de nuestro quehacer, y siguiendo a Weber no considerar únicamente nuestras «buenas intenciones», sino tener también muy en cuenta sus consecuencias.

Creo que para todos aquellos con un espíritu abierto y hábitos no demasiado sedentarios, la práctica profesional en los países de pocos recursos es extraordinariamente enriquecedora (me refiero aquí no a los grandes proyectos de investigación o gubernamentales, sino al trabajo clínico en contacto permanente con la población local).

Madame de Chatelet, en tiempos de Voltaire, afirmaba que no era posible que hubiéramos nacido para ser desdichados¹⁷. Nuestro trabajo nos pondrá en contacto permanente con un sinfín de personas desdichadas. El conseguir que puedan dejar de serlo en un futuro no muy lejano es el horizonte común al que debemos contribuir todos.

Bibliografía

1. Tucker N. The myth of development: a critique of a Eurocentric discourse. En: Munick R, O'Hearn D, editors. *Critical development theory*. Londres: Zed; 1999. p. 1–26.

³ Un estudio del Fondo Monetario Internacional en 18 países determinó que su gasto sanitario equivalía al 0,4% del PIB y el gasto militar al 2,8%¹².

2. Schwartz W. The menace of development. *The Guardian*, 3 julio 1988.
3. Ollé Goig JE. Médico en los trópicos. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:472–7.
4. Ollé Goig JE. Sofía se cayó de la bicicleta y yo me tomaré pronto un descanso. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:794–7.
5. Jones SB. Cancer in the developing world: a call to action. *BMJ*. 1999;319:505–8.
6. Mbanya JC, Motala AA, Sobngwi E, Assah FK, Enoru ST. Diabetes in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2010;375:2254–66.
7. Ollé Goig JE. Ffí e Ismael: ¿vivir hasta cuándo? *Med Clín (Barc)*. 2010;134:323–5.
8. Southall D, Cham M, Sey O. Health workers lost to international bodies in poor countries. *Lancet*. 2010;376:498–9.
9. Editorial. Poaching nurses from the developing world. *Lancet*. 2006;367:1791.
10. Eisenberg L. Rudolf Kart Virchow, where are you now that we need you? *Am J Med*. 1984;77:524–32.
11. Mayer AJ. Le cancer de la corruption. *Le Monde*, 27 septiembre 2010.
12. Unger JP, Paepe PD, Ghibert P, Soors W, Green A. Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle-income countries. *Inter J Integrated Care*. 2006;6:1–10.
13. Cooksey B. Aid: 10 excellent reasons to resist temptation. *The East African*, 10-16 marzo 2003.
14. Moyo D. Dead aid. Why aid is not working and how there is another way for Africa. Londres: Penguin Books; 2009.
15. Tahir H, Iqbal Z. Do doctors who volunteer their services in disaster overseas do more harm than good? *BMJ*. 2006;332:244.
16. Ollé Goig JE. Boane, Odet y Antony con final etíope. *Riesgos y servidumbres de nuestra intervención. Med Clín (Barc)*. 1999;112:74–6.
17. Citado en: Gustavo Martín Garzo. El portero enamorado. *El País*, 9 septiembre 2010.

J.E. Ollé Goig

Asociación Catalana para el Control de la Tuberculosis en
el Tercer Mundo (ACTMON), Barcelona, España
Correo electrónico: olleuganda@yahoo.com.