

Artículo Especial: Reflexiones sobre la Salud Pública y su enseñanza en una Escuela de Medicina

Reflections about Public Health and its teaching at the Medicine Department

Javier Oscar Vilosio* y Sergio Terrasa**

Resumen

Este artículo describe peculiaridades conceptuales de la enseñanza de la Salud Pública a estudiantes de la carrera de medicina. Partiendo de la definición de sus alcances y de las particularidades del proceso de toma de decisiones en materia sanitaria, los autores describen las principales cuestiones vinculadas a la problemática política y social, que constituyen una compleja y densa trama que vincula a la Salud Pública con la política, en sus niveles macro, meso y micro.

Abstract

This paper describes some conceptual peculiarities of teaching Public Health to medical students. Based on the definition of its scope and on the characteristics of the process of decision-making in health, the authors enumerate the main issues related to political and social issues, which constitute a complex and dense network related to Public Health policy in its macro, meso and micro levels.

Palabras clave: salud pública, enseñanza, educación médica de grado. **Key words:** public health, teaching, undergraduate medical education.

Vilosio J. y Terrasa S. Reflexiones sobre la Salud Pública y su enseñanza en una Escuela de Medicina. Evid Act Pract Ambul. 2014;17(3):Jul-Sep. 91-93.

Introducción

Enseñar Salud Pública (SP) a estudiantes de Medicina supone reconocer algunas peculiaridades de orden epistemológico, relevantes para definir los contenidos curriculares y las actitudes que se espera que los estudiantes adquieran durante su paso por la Universidad.

La revisión de al menos algunas de estas particularidades propias de esta disciplina brinda, además, una oportunidad para reflexionar sobre la relevancia de la SP en la formación de nuestros futuros médicos, y sobre su aporte a la construcción de un mejor sistema de salud en Argentina.

¿Qué es la Salud Pública?

Un primer problema es que la expresión Salud Pública evoca diversos significados entre los alumnos y también entre muchos profesionales.

De hecho, en la literatura también se ha planteado el problema de la ambigüedad en su definición. Ya en 1988 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los EEUU planteaba que: "...la salud pública, como una profesión, como una actividad gubernamental y como un compromiso con la sociedad, no está ni definida claramente, ni apoyada adecuadamente, ni comprendida completamente..."¹.

Efectivamente, el concepto ha variado a lo largo de los años, principalmente en relación a los paradigmas médicos y sociales predominantes en cada etapa histórica, al tipo de organización de los servicios salud y, en términos generales, a la calidad de las instituciones políticas y sociales^{2,3,4,5}.

Dice Frenk respecto de la denominación de salud "pública" que "...no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de problemas, sino un nivel específico de análisis, a saber, un nivel poblacional..."⁶.

Sin embargo, en Argentina la expresión "público" suele asociarse con "estatal" antes que con "colectivo", lo que contribuye a una confusión mayor, ya que entre nosotros el acceso a los servicios de salud se considera un bien público a ser garantizado por el Estado, independientemente de la propiedad del mismo.

Aunque, ciertamente, el origen de la SP se relaciona con la asunción por parte del Estado de nuevas responsabilidades frente a la problemática social vinculada con el estado de salud de diversos grupos poblacionales, los ámbitos involucrados en el ejercicio de tales incumbencias se fueron ampliando a lo largo de poco más de dos siglos, desde la implementación y el desarrollo de la "higiene social" o "policía sanitaria".

A lo largo de su evolución fueron ocurriendo las grandes luchas contra las enfermedades infecciosas, la organización y el sostenimiento de los servicios asistenciales, la formación de recursos humanos, la administración de sistemas de servicios preventivos y asistenciales, las transformaciones demográficas, el urbanismo, el medio ambiente, los hábitos de vida, las patologías crónicas no transmisibles, el financiamiento y los problemas de justicia y equidad distributiva, la formulación de políticas, los dilemas bioéticos, la acelerada globalización, etc., lo que fue ampliando y complejizando las responsabilidades, los aportes y las herramientas que la SP comparte con otras disciplinas.

Esto obligó a la conformación de equipos trans-disciplinarios que exigen conocimientos, aptitudes y actitudes diferentes y variadas. El componente sustantivo de la definición, y a la vez su aspecto distintivo respecto del conjunto de materias "duras" de la currícula, es el enfoque poblacional.

Su peculiar punto de vista impone que el objeto de estudio de la SP sea una abstracción: conjuntos innominados de personas definidos a partir de herramientas epidemiológicas, estadísticas y evaluaciones cualitativas, insertos en contextos históricos y sociales definidos también con herramientas similares.

Las decisiones sanitarias

Al igual que en la medicina, las decisiones en materia de SP son tomadas en contextos de incertidumbre, pero basadas en la calidad de una información que, en forma característica, es recogida, agregada y resumida en distintos niveles de organizaciones sanitarias o sociales.

La SP se enraiza desde sus orígenes con la utilización sistemática de datos para fundamentar sus decisiones ya que los fenómenos colectivos no podían ser reconocidos ni enfrentados sin algún nivel de información agregada y comparada, aún antes del desarrollo del pensamiento científico.

* Profesor Adjunto, Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires. javier.vilosio@hospitalitaliano.org.ar

** Profesor Titular, Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. sergio.terrasa@hospitalitaliano.org.ar



De manera que la SP incorporó rápidamente a su ámbito la extensión conceptual y metodológica de la medicina basada en la evidencia.

Pero la complejidad de las relaciones causales en SP plantea dificultades adicionales, ya que existe controversia para identificar los tipos de evidencia de mejor calidad en relación con estudios poblacionales y sistemas complejos, como son los sistemas de salud. Por otro lado, en las intervenciones típicas de la SP, las cadenas causales son muy influenciadas por factores que pueden ejercer efectos diferentes en diferentes grupos poblacionales, cuyas características pueden operar como “modificadores de efecto”⁷.

Como sostiene Huicho y col., en escenarios donde la influencia del contexto (y la coyuntura, agregamos nosotros) es tan relevante, estos factores “...tienen una influencia decisiva, la cadena de causalidad es más compleja que en el terreno clínico de los pacientes individuales y los ensayos aleatorios no permiten responder a la pregunta sobre la eficacia o la efectividad de una intervención y menos aún, sobre los mecanismos a través de los que funciona o no...”⁸.

El desarrollo de metodologías y modelos para la investigación cuali-cuantitativa de fenómenos socio-sanitarios requiere la activa incorporación del concepto de transdisciplina, del pensamiento no lineal y del enfoque de modelos complejos, que ganen espacio en las propuestas de investigación sanitaria^{9,10}. Al mismo tiempo, y particularmente en el marco de nuestra cultura política e institucional, y dada la característica fragmentación de la organización y el financiamiento de nuestros servicios de salud, la toma de decisiones en SP no puede desvincularse del proceso de toma de decisiones políticas, en general.

Las tensiones que definen, por ejemplo, los procesos de construcción de la agenda política, la priorización de los problemas, la sustentabilidad de los programas, la evaluación de los resultados y la transparencia en la gestión, difícilmente pueden resolverse mejor en el ámbito de la SP que en otras áreas de las políticas públicas. Esto vincula estrechamente a la SP con los campos de la filosofía política y la gestión.

En analogía con el campo de la política, es posible distinguir al menos tres niveles de significado o expresión de la SP: 1) un nivel constitucional (de los valores fundamentales referidos a la vida, el bienestar y la salud poblacional), 2) un nivel de formulación de programas y políticas, 3) un nivel en el que la salud pública se constituye meramente como herramienta operativa de la lucha entre facciones por la conservación del poder.

Tal como en la política, es útil diferenciar estos tres posibles enfoques, pero es imprescindible conocer que en la práctica, unos y otros se conectan en una trama relacional compleja.

El campo de la Salud Pública, escenario de la complejidad

Como en pocas materias de la currícula de la educación médica, en SP se evidencia una tensión: “el doble filo de la relación entre la teoría y la praxis”¹¹.

Desde su nacimiento formal, la SP ha operado en los bordes difusos que separan (o más bien unen) lo médico y lo social, lo que resulta un ámbito con muchos matices y algunos conflictos. El concepto de “campo”, tomado de la sociología de P. Bourdieu para referirse al complejo juego de relaciones entre los protagonistas del sector salud, ha sido propuesto entre nosotros por Hugo Spinelli, en el contexto de su cuestionamiento a la simplificación que supone el uso de la expresión “sistema de salud”.

En este sentido, el término campo intenta dar cuenta de la complejidad en la interacción entre los intereses económicos, sociales, culturales y simbólicos¹².

Esas interacciones se dan en el contexto de un sector, cuya complejidad el autor define a partir de “...la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción –macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, (...); las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de los profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas.” (Spinelli, op.cit.).

Spinelli también hace mención al conjunto cada vez más diverso de herramientas: las que proveen la estadística y la epidemiología, las propias de las ciencias sociales (estudios cuanti y cualitativos típicos de la economía, la antropología y la sociología), y las que vienen de disciplinas como la administración y/o la comunicación social.

Desde Alma-Ata (1978)¹³, la Organización Mundial de la Salud formalizó un conjunto de definiciones que vinculan explícitamente la salud de las comunidades con la responsabilidad de los gobiernos, es decir con la política, a través de la implementación de medidas destinadas a paliar la desigualdad dentro y entre los países, a favorecer el desarrollo económico y social, a promover y proteger la salud de sus habitantes, y a garantizar el derecho de los individuos y los pueblos a saber y participar. En resumen, la obligación de los gobiernos de cuidar la salud de su población a través de medidas sanitarias y sociales.

La atención primaria de la salud, que reconoce su origen conceptual en ese documento es descrita como: “...un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades.”

De tal manera, los problemas que aborda la SP integran un continuo de complejidad, que abarcan desde cuestiones estrictamente sanitarias (locales), pasando por debates de la política, la macroeconomía y la ética y sus consecuencias sociales, y llegando a los fenómenos de escala planetaria que hoy agrupamos bajo la denominación Salud Global.

Mencionaremos finalmente el concepto de biopolítica, que involucra de lleno, aunque no exclusivamente, a la Salud Pública como función del Estado, aunque en términos más críticos.

La noción del papel de la Medicina como herramienta de control de las conductas sociales reconoce múltiples antecedentes históricos. Foucault define que “...el cuerpo es una entidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica”¹⁴.

A la problemática del poder político vinculado al control de las poblaciones, aspecto central de la concepción biopolítica, se suman contemporáneamente los debates propios de la prevención cuaternaria en términos de la tensión entre las necesidades y presiones propias del mercado (de medicamentos y tecnología de alto costo), la calidad de la producción científica y su difusión, y las capacidades regulatorias y de control de la sociedad civil y el Estado. Todos estos problemas implican diversos niveles de involucramiento de la SP.

¹ Como ejemplo, en una directa referencia a la situación política internacional del momento, se expresa en el documento suscripto que: “...una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico, asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.”



El problema pedagógico

En el transcurso de su carrera de Medicina los estudiantes reciben numerosos y diversos estímulos que los orientan en una más o menos explícita y progresiva definición del médico que se espera que sean.

No es esperable que la vocación por el sanitarismo como especialización surja precozmente entre ellos, pero sí que adquieran o desarrollen interés por el enfoque de la SP y de sus herramientas, por los conflictos que esta enfrenta, por las dimensiones y los determinantes sociales del complejo salud-enfermedad; y que por otro lado, comiencen a familiarizarse con la estructura y el funcionamiento de la organización sanitaria de nuestro país.

Entre nosotros, Ricci invita a los docentes de cualquier área de la Medicina, a lo que denomina una reflexión epistemológica¹⁵ basada en:

1. La reconsideración de la noción de verdad y su relación con el sujeto cognoscente.
2. La valoración del recorrido histórico de la propia disciplina.
3. El reconocimiento de los paradigmas en la ciencia.
4. El reconocimiento de la complejidad como modo de acercarse a la comprensión de la realidad.
5. El reconocimiento de los límites de la ciencia.
6. La promoción de la apertura al reconocimiento del 'otro' como individuo.

Consideramos que el modelo propuesto aporta una fundamentación para el desarrollo de la enseñanza de la SP, y en este sentido, constituye también una oportunidad para abordar el problema de la tensión entre la práctica clínica y el enfoque poblacional que se genera a poco de transitar los dominios de la SP.

Esa tensión, que puede definirse como el problema de tomar decisiones trasladando valoraciones de base poblacional a un caso individual o viceversa, puede ser discutida con los estudiantes en el marco de la dimensión política de la SP (en los términos antes expresados) y en el del reconocimiento de la problemática epistemológica reseñada.

Conclusión

Consideramos que la reflexión sobre el sentido histórico de los orígenes y las transformaciones de la SP como disciplina, sobre sus paradigmas, sobre los límites del conocimiento científico, sobre el contexto de incertidumbre en el que clínicos y sanitaristas tomamos nuestras decisiones y sobre la compleja vinculación entre las subjetividades y los valores vigentes, definen un marco posible para la discusión sobre los problemas centrales de esta disciplina con los alumnos de medicina.

Recibido el 04/08/2014 y aceptado el 14/08/2014.

Referencias

1. Institute of Medicine. The Future of Public Health. Washington. National Academy Press, 1988.
2. Tobar F. Breve historia de la prestación del Servicio de Salud en la Argentina, en obra colectiva Responsabilidad Profesional de los Médicos. Coordinador: Oscar Ernesto Garay. Edit. La Ley. Provincia de Buenos Aires. 2002. Pág.1288/1301.
3. Arce H. Evolución del pensamiento sanitario durante el Siglo XX (en línea). Disponible en URL: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria10.pdf> (último acceso el 15/3/14).
4. Escudero JC. Corrientes de pensamiento en la Salud Pública Argentina (en línea). Mimeo 1985. Disponible en URL: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a29.pdf> (último acceso 9/3/14).
5. Sigerist H. Hitos en la Historia de la Salud Pública, Siglo Veintiuno Editores, México, 1981.
6. Frenk J. La nueva salud pública, en: La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate. Public. Científica N° 540. Washington DC: OPS, 1992.
7. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials. Am J Public Health. 2004 March;94(3):400-405.
8. Huicho L, Carreazo NY, Gonzales C. La Medicina Basada en la Evidencia: ¿mejoró la medicina que practicamos y enseñamos? An. Fac. Med. 2013;74(3).
9. Betancourt JA. Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2013;34(5):359-63.
10. Jara Navarro MI. La investigación en salud pública: una reflexión epistemológica desde las ciencias de la complejidad. Rev. gerenc. políticas salud 2009;8(16):32-56.
11. Guyot V. Epistemología y prácticas del conocimiento. Ciencia, Docencia y Tecnología N° 30, Año XVI, mayo de 2005.
12. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010;6(3).
13. PAHO. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
14. Conferencia El nacimiento de la medicina social – Revista centroamericana de Ciencias de la Salud (1977); conferencia en la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, octubre de 1974. Dits et Écrits, II, p. 210.
15. Ricci, RT. (2014) Ciencia, Docencia y Medicina (en línea). Intramed, Puntos de vista. Disponible en URL: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=83091> (último acceso 9/3/14).