

Contribución actual y potencial de la formación de médicos especialistas en salud pública

Marcelo Alfredo Villalón Calderón^{a,+,*}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: El contexto y crudeza de la pandemia ha relevado la necesidad de la contribución de la salud pública. América Latina, dadas las condiciones de vida y de la atención de salud, resiente sus aportes.

Nociones de salud pública: Se revisan: niveles de complejidad en ciencias de la salud; el modo en que la salud pública trabaja; lo público, lo político y la política; el sector salud (intrasector) y el intersector; rasgos contextuales relevantes para el quehacer de la salud pública y que suman incertidumbre en la región.

La necesidad de fortalecer la formación de salud pública en pregrado y residencias, especialmente en América Latina: Parece vigente la recomendación que hiciera hace 30 años la Federación Mundial de Educación Médica, para la cual convendría fortalecer esfuerzos. La contribución que supone para mejorar el nivel de salud

de personas y comunidades se ilustra con 2 problemáticas significativas en Latinoamérica.

El médico especialista en salud pública y algunos de sus programas de formación: El quehacer del médico especialista en salud pública (MESP), su formación y contexto político-institucional están vinculados entre sí, por lo que la pertinencia resulta clave. Independientemente del país, los programas de formación comparten una insuficiente visibilización que restringe su contribución. La especificidad del MESP parece asociada a la combinación de dosis y proporciones de competencias que resultan en un profesional creíble que motiva a la comunidad médica y moviliza grupos de trabajo.

El Programa de Formación en Salud Pública de la Universidad de Chile: Se revisan estructura, estrategias de aprendizaje, asignatura sello del programa y dimensión evaluativa.

^a Programa de Salud Global, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

ORCID ID:

<https://orcid.org/0000-0001-8962-7341>

Recibido: 4-marzo-2022. Aceptado: 16-mayo-2022.

* Autor para correspondencia: Marcelo Alfredo Villalón Calderón.

Av. Independencia 1027. Santiago, Chile.

Teléfono: +56 2 29786133.

Correo electrónico: mavillal@uchile.cl

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Competencias trabajadas en la formación del médico especialista en salud pública, contribución potencial a la formación de otros especialistas: Se exponen experiencias formativas derivadas de la metacognición, el trabajo con la complejidad y la relación con profesiones y disciplinas no sanitarias.

Palabras clave: Educación médica; salud pública; América Latina.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Current and potential contribution of the training of medical specialists in public health

Abstract

Introduction: The context and harshness of the pandemic has highlighted the need for the contribution of public health. Latin America, given the conditions of life and health care, resents their contributions.

Notions of public health: Reviewed: levels of complexity in health sciences; the way public health works; the public, the political and politics; the health sector (intra-sector) and the intersector; relevant contextual features for the task of public health and that add uncertainty in the region.

The need to strengthen public health training in undergraduate and residency training, especially in Latin America: The recommendation made 30 years ago by

the World Federation for Medical Education seems to be valid, for which efforts should be strengthened. The contribution it makes to improving the level of health of people and communities is illustrated by two significant problems in Latin America.

The medical specialist in public health and some of its training programs: The work of the medical specialist in public health (MESP), their training and political-institutional context are linked to each other, so relevance is key. Regardless of the country, the training programs share an insufficient visibility that restricts their contribution. The specificity of the MESP seems to be associated with the combination of doses and proportions of skills that result in a credible professional who motivates the medical community and mobilizes work groups.

The Public Health Training Program of the University of Chile: Structure, learning strategies, the Program's hallmark subject and evaluative dimension are reviewed.

Competencies worked on in the training of the specialist doctor in public health, potential contribution to the training of other specialists: Training experiences derived from metacognition, work with complexity and the relationship with non-health professions and disciplines are exposed.

Keywords: Medical education; public health; Latin America.

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID se ha convertido en una oportunidad única para experimentar la relevancia y contribución que la salud pública encierra para nuestra vida cotidiana. En América Latina, la interpelación nos resulta especialmente intensa, dado el estándar de las condiciones de vida¹ al que está expuesta nuestra población y que sabemos se asocia al nivel de salud. Esta fragilidad resulta más cercana aún si atendemos los niveles de exigencia a los que han sido sometidos nuestros servicios de salud y sus

equipos, de base sobrepasados, para dar respuesta a las demandas derivadas de la pandemia en todos sus niveles de atención.

La presente comunicación se aboca a un aspecto particular de la sensibilización que la pandemia ha representado: reconsiderar la relevancia que tienen la teoría y práctica de la salud pública para la formación médica en general y para las especialidades^{2,3}. Enmarcada en la temática de formación de médicos especialistas en salud pública (MESP), con énfasis en Latinoamérica, desarrollamos reflexiones especí-

ficas sobre la formación del MESP, su contribución actual y cómo esta contribución puede proyectarse para fortalecer el sentido compartido de quienes trabajan por la salud de las personas y comunidades en consideración del contexto regional con sus fortalezas y espacios de mejora.

Para hacerlo, se revisan algunas nociones de salud pública y se emplea una de ellas, paradigmática, en forma de casos; se pasa revista al proceso formativo y quehacer del MESP, se reseñan y comparan algunos de sus programas de formación, profundizando en un Programa en contexto latinoamericano, para concluir con consideraciones del quehacer de la salud pública y su formación que parecen valiosas para otras especialidades.

NOCIONES DE SALUD PÚBLICA, LO PÚBLICO Y LO “POLÍTICO” (PREMISAS)

En las ciencias de la salud podemos distinguir 3 niveles de complejidad: básico, clínico y poblacional. Tales niveles se corresponden con el estudio molecular-celular-sistemas, del individuo y de poblaciones. Así, la salud pública (salud poblacional o salud colectiva) se ocupa de la salud de las poblaciones, desde sus aspectos diagnósticos hasta la gestión del diseño, implementación y evaluación de las respuestas a sus problemáticas.

Para materializar sus objetivos, la salud pública articula esfuerzos de monitoreo del nivel de salud de la población a cargo, para lo cual distingue la condición de sano, en riesgo, enfermo (agudo y crónico), en rehabilitación y fallecido, estudia condicionantes biológicos y socioecológicos, incluyendo la forma que adopta la atención de salud, para acercarse a comprender los mecanismos causales y formular hipótesis explicativas. De este modo establece, ante las necesidades diagnosticadas, las bases para dar respuestas mediante planes, programas y políticas de salud.

Los esfuerzos descritos los trabaja desde el sector salud (intrasector), pero también con otros sectores. Esto es, dado que el origen de buena parte de los problemas sanitarios y su abordaje eficaz requiere la participación conjunta de criterios de personas e instituciones con saberes del intrasector y de otros distintos pero complementarios a salud (intersector). Por ejemplo, para formular una respuesta que abor-

de las lesiones y muertes que se concentran en una zona de carretera (antecedentes sistematizados con registros de salud, fuerzas policiales y legales, entre otros), resulta imprescindible colaborar con obras públicas en busca del mejor diseño de caminos que tenga en cuenta los riesgos asociados a accidentes de tránsito que pueden ser prevenidos o mitigados.

Así, el mundo de la salud pública comparte con el mundo clínico el propósito de mejorar el nivel de salud de las personas y poblaciones. Pero, dado que se ocupa del nivel poblacional, a diferencia del escenario clínico, su contribución la realiza, de una parte, con base en el contexto del cual emerge el proceso de salud-enfermedad específico (de ahí la “compulsividad” por precisar denominadores poblacionales válidos) y; de otra parte, participa de los procesos de toma de decisión propios del mundo público, donde opera “lo político” (otra cosa es la política partidista). Esto es, el establecimiento mediante una dinámica de poder, en la que es esperable la tensión entre distintas visiones, concepciones, creencias y valores, respecto de lo que se considera el mejor modo de vivir juntos.

En la actualidad, el contexto de lo público, y por tanto de lo político, donde se toman las decisiones de qué norma se aprueba o cuánto financiamiento se asigna y que afectan a todos los niveles (establecimiento de salud, municipio, sector salud, intersector, nacional e internacional) parece tener al menos 2 rasgos en el mundo entero y también en América Latina. Y ambos son relevantes para la efectividad de la salud poblacional.

El primero se relaciona con la complejidad y exigencias derivadas de la sostenibilidad. Se trata de una cuestión exacerbada en nuestra región por la conjunción de la alta conflictividad en lo social y lo ambiental, intersección que ha sido advertida como de riesgo potencial alto⁴ de fractura en la convivencia de una sociedad, lo que puede derivar en la disminución de la estabilidad institucional de nuestros países.

Junto con la tensión socioambiental, el segundo rasgo se asocia a la dinámica tradicional de poder. El sentido y ejercicio del poder y la autoridad, constitutivo de los procesos de toma de decisión en lo *político*, se encuentra hoy fuertemente desafiado. Esto vuelve cada vez más disfuncional las iniciati-

vas públicas, lo que restringe la efectividad de los esfuerzos también en el ámbito de la salud. Ambos elementos elevan la ya habitual incertidumbre con la que se acostumbra a vivir en América Latina, región en evolución temprana de sus procesos sociales, a veces cambiantes y radicales.

LA NECESIDAD DE FORTALECER LA FORMACIÓN DE SALUD PÚBLICA EN PREGRADO Y RESIDENCIAS, ESPECIALMENTE EN AMÉRICA LATINA

Como se ha constatado crudamente en la pandemia, parece haber consenso en que la recomendación nº 6 que la Federación Mundial de Educación Médica formulara hace 30 años “complementar la instrucción sobre el manejo del paciente con énfasis en la promoción y prevención de la enfermedad”⁵, aunque con cierto avance, tiene aún un camino por recorrer para alcanzar el objetivo que motiva la recomendación.

Las aproximaciones predominantes en salud en la actualidad soslayan las dimensiones socioecológicas² y parece lejano el que nociones como la *historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención*, donde se aloja conceptual y prácticamente la recomendación antes citada, se vuelvan un pilar formativo robusto que permee el quehacer en torno a la salud de personas y comunidades³.

En una reflexión que en 2015 publicó la Academia Nacional de Medicina de México⁶, Borrell analiza la formación de médicos especialistas en América Latina e identifica ámbitos de los que dicha formación se enriquecería y que están relacionados con el acervo de la salud pública. Para hacerlo, luego de estudiar 14 países de la región, recurre a 2 dimensiones analíticas: la política (o institucional) y la propiamente educativa. Se trata de dimensiones involucradas, por ejemplo, en la definición de estándares de regulación de la calidad en la formación. Además, formula propuestas que suponen una masa crítica densa para ser llevadas adelante, requisito que hasta ese momento parece todavía insuficiente.

A continuación, con el fin de ilustrar la contribución actual y potencial que la formación en salud pública podría representar, se ofrecen 2 problemáticas de salud relevantes en América Latina. Son 2 ejemplos de la aplicación del marco teórico-práctico

de la salud pública mediante la noción de *historia natural y niveles de prevención*.

Caso 1: ¿Cómo quisiéramos que sea el futuro de las niñas, niños y adolescentes (NNA) de América Latina de hoy?

Diagnóstico

América Latina muestra indicadores de riesgo y daño de los más preocupantes del mundo en el ámbito del consumo de sustancias^{7,8}. La edad de inicio es precoz, las magnitudes de frecuencia son altas con tendencias crecientes, se asemejan cada vez más entre varones y mujeres (con mayor daño en ellas, dada su mayor vulnerabilidad). Los daños son directos (individuales) e indirectos (a terceros), de corto (intoxicaciones, traumas, abuso sexual) y largo plazo (infertilidad, enfermedades crónicas, cáncer, trastornos de salud mental, menor rendimiento cognitivo) y repercuten significativamente en la carga de enfermedad y capital humano país.

Manejo

El objetivo del manejo es custodiar el lóbulo frontal aún en desarrollo; allí radica la base neurológica de las funciones ejecutivas y toma de decisión. La meta es retrasar el inicio del consumo, ojalá hasta los 18 años, idealmente 21 años. La estrategia se basa en el estándar de oro: el involucramiento parental⁹, parte de la estrategia de “prevención ambiental o estructural”¹⁰⁻¹⁴. Consiste en que los adultos significativos acompañen, en una dinámica de red colaborativa, el uso adecuado del tiempo de los NNA para que lo destinen a actividades estructuradas y supervisadas, luego del espacio escolar, como talleres deportivos, artísticos, entre otros. El llamado es a que los adultos, de quienes depende disponibilizar iniciativas y monitorear la asistencia a las mismas, propicien y acompañen de manera regular hasta que se constituyan en patrones conductuales saludables y de autocuidado, minimizando los patrones de riesgo.

Resultados esperados

a) *Población general*. Futuras generaciones con libertad neurológica constituida, expresan (si así lo deciden) su potencial reproductivo y físico, cognitivo, afectivo, social y espiritual, para así renovar

demográficamente América Latina y disminuir la carga país y del ya sobrecargado sistema de salud. b) *Formación*. La posibilidad de exponerse más ampliamente al sentido, la mejoría de la salud, en instancias formativas más allá del hospital¹⁵.

Caso 2: ¿Cómo mejorar la atención de salud elevando la seguridad de los pacientes, y de paso, cautelando nuestra salud como médicos?

Diagnóstico

1:1.000 versus 1:1.000.000 son las probabilidades de morir en pabellón o en un vuelo de línea comercial^{16,17}. Mil veces mayor es el riesgo de fallecer durante una cirugía con anestesia general, comparado con un vuelo en avión. Las repercusiones afectan a pacientes y sus familias, pero también al prestigio, confiabilidad y legitimidad de la atención de salud. Mina las confianzas de la relación médico-paciente, del equipo de salud, eleva las exigencias por nuevas prestaciones (muchas sin efecto beneficioso demostrado), eleva los costos vinculados a tecnología y seguros de mal praxis, entre muchos efectos. Dado que la cultura del sector salud es de mejora continua y existe disposición a estudiar el propio error, la investigación ha sido posible en este ámbito, identificando causas asociadas a la cultura de la toma de decisión, abriendo la posibilidad de aprender el pabellón quirúrgico a partir de la cabina del avión.

Manejo

Dos ámbitos a trabajar son claves para optimizar la toma de decisión y minimizar el error: la dinámica de autoridad y la comunicación. Dos hallazgos críticos: i) ante la afirmación “los miembros junior del equipo no deben discutir las decisiones tomadas por los miembros senior”, 23% de los cirujanos adhieren, contra un 2% de los pilotos de avión¹⁸, ii) la apreciación de que “el trabajo colaborativo en el pabellón es elevado” es refrendada por un 62% de los cirujanos, pero sólo por un 41% de los anestesiistas¹⁸.

Por tanto, para hacerse cargo de estas brechas silenciosas que afectan la adecuada toma de decisión, se busca formar *equipos* (no sólo grupos de trabajo) y reforzar verbalmente de modo continuo los procesos de trabajo. Estas son las bases de la implementación

de la lista de chequeo en el pabellón quirúrgico, un instrumento útil pero de compleja implementación, como lo demuestra el hecho que en Francia se ha vuelto obligatorio para la acreditación recién en el 2010¹⁸.

Resultados esperados

a) *Población general*. La disminución de eventos que afectan la seguridad del paciente repercutirá directamente en resultados sanitarios, lo que robustecerá dinámicas deseables para la atención de salud, servicio cuya calidad y satisfacción depende de las relaciones personales. Además, promoverá decisiones más reflexivas y favorecerá la una buena práctica de toma de decisión compartida paciente-médico¹⁹. b) *Formación*. Se responderá a 2 de sus focos actuales de preocupación, la seguridad del paciente y la salud de los médicos²⁰.

EL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA Y ALGUNOS DE SUS PROGRAMAS DE FORMACIÓN

El proceso por el que los residentes en salud pública se forman está estrechamente vinculado al quehacer del médico especialista en salud pública, al conjunto de la fuerza laboral de la salud y al contexto general (ciudad, país, región) en que la salud pública “ocurre”. Así, las relaciones entre la formación de residentes, el desempeño cotidiano de quienes trabajan en sus tareas y el escenario en que éstas se desarrollan están imbricadas, de modo que la forma, intensidad y coherencia en que estos componentes y el *medio de cultivo* de la salud pública se articulan, condiciona el nivel de logro del propósito compartido: mejorar (incluye mantener) el nivel de salud de personas y comunidades.

La pertinencia del proceso de formación del MESP requiere de una adecuada comprensión diagnóstica del nivel de salud de una población determinada, lo que considera conocer acerca de la población sana, en riesgo, enferma y fallecida. Además, supone acercarse a establecer las causas por las que en esa determinada población se observa esa específica configuración del nivel de salud; esto es, la “fisiopatología” de la salud poblacional. Finalmente, “situarse”, respecto del escenario institucional y contexto sociocultural de la población de la que se trate.

Sólo entonces es posible proponer una respuesta que tenga posibilidades de impactar significativamente. El análogo es claro: a nivel clínico resulta imprescindible precisar antecedentes que permitan formular la(s) hipótesis diagnósticas, incluyendo su historia “médica”, pero también aspectos biográficos, de condiciones de vida y laborales, para entonces proponer un plan terapéutico que movilice medidas generales, farmacológicas y otras que consideren intervenciones de distinta complejidad adecuadas a la realidad específica de la persona (y su entorno) que presenta su necesidad de salud.

Como diversas son las realidades entre países, diversas son las aproximaciones y programas de formación de MESP. Existen básicamente 2 aproximaciones, una desde la salud pública y otra de la medicina preventiva/comunitaria/social. Reflejan 2 posiciones que, si bien ambas contributivas, tienen énfasis distintos y hasta contradictorios. La primera es concebida desde lo público-político e incluye la medicina y la atención de salud; la segunda se entiende de manera inversa, una rama nacida de la medicina²¹. Independientemente del marco de referencia de origen, ambos están llamados a servir de puentes entre 2 mundos que se requieren y pueden beneficiarse entre sí.

Pese a las diversas formas en que se configuran los programas de formación de especialistas en salud pública en el mundo y América Latina, las dificultades de visibilización son compartidas. Estas se dan al interior del sector salud, con faltas de reconocimiento entre pares expresadas, entre otros, en falta de equivalencia con unidades clínicas (número de profesores, tiempos e importancia en la asignación de espacios de trabajo, salarios); pero también en el intersector, con restricciones al momento de exponerse con empleadores, conseguir puestos de trabajo estables y establecer mecanismos institucionales que legitimen su valor intrínseco de manera semejante al de otras formaciones de igual complejidad. Reflejo de esta baja visibilización es también la escasez de publicaciones específicas acerca de esta formación, en el mundo y en nuestra región en especial.

A modo de ejemplo, la especialidad en salud pública en México muestra una distancia de 30 veces entre demanda y oferta, la tercera mayor luego de radiooncología (45 veces) y medicina legal (38)⁸. Pero

las restricciones se verifican también en países como Japón donde, pese a la escasez manifiesta, hasta el 2016 la especialidad no era reconocida formalmente por la agencia regulatoria nacional; en Italia, que trabaja en armonizar su programa con requisitos europeos, para lo cual debe asumir la nueva realidad epidemiológica y disminuir la formación en el campo de la microbiología; Francia con cupos vacantes pese a su alta demanda; Canadá, Estados Unidos y Reino Unido comparten la misma preocupación²².

Una consideración última de esta sección. Si bien muchas de las competencias del MESP son comunes a otros trabajadores del sector, su especificidad parece estar dada por la combinación de dosis y proporciones de competencias que resulta en un conjunto difícil de encontrar en otros trabajadores de la salud pública. Esta combinación haría más probable que en la práctica ejerzan como expertos con alta credibilidad, logren motivar a la comunidad médica, consigan cooperación y compromiso en tiempos de necesidad, potenciando a los grupos de trabajo.

EL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

El Programa de Formación en Salud Pública de la Universidad de Chile es un programa colaborativo coordinado desde su Escuela de Salud Pública, que entiende al MESP como en un médico actor político administrativo. Su funcionamiento actual es resultado de forjar una buena relación con el entorno institucional de unidades locales, regionales y nacionales del sector salud. Durante 3 años de formación, médicos con al menos 3 años de experiencia laboral, desarrollan un mix de actividades teórico-prácticas en torno a las dimensiones técnica y relacional. Las estrategias formativas centrales son la metacognición y la mentoría, con actividades de tipo lectivo, seminarios, unidades de investigación aplicada, entre otras. Las actividades lectivas se asientan en cursos comunes con los programas de Magíster en Salud Pública y Magíster en Bioestadística dictados en la misma Escuela. Dado el nivel de recursos académicos específicos y, según fue refrendado por proceso de acreditación 2018²³, el cupo es de 3 estudiantes por año (en régimen habitual, 9 estudiantes en total). El Comité del Programa, compuesto por 3 académicos médicos especialistas en salud pública (uno

de la máxima jerarquía académica), 2 con jornadas parciales y uno con jornada completa (el coordinador académico), desarrolla un modelo de gestión que recoge el legado y decide de manera colegiada.

De manera incremental en complejidad (temática y organizacional) recorren 9 rotaciones; las 8 primeras de 3 meses, mientras que la última es de 6 meses. El primer año (rotaciones 1 a 3), completamente intra Escuela (*intramural*), les expone a trabajar con los programas disciplinarios de epidemiología, gestión y política, para terminar con una rotación de transición (r3) preparatoria a las del segundo y tercer año, todas *extramurales*. El año 2, los residentes rotan por la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (r4, una red de atención de salud con población a cargo), la dirección de un Establecimiento de Salud de atención compleja (r5) y concluyen con la rotación por la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, SEREMI (r6, autoridad sanitaria regional). Finalmente, el tercer año participan de las rotaciones por el Ministerio de Salud (r7) y el Fondo Nacional de Salud, FONASA (r8, Agencia Nacional de Financiamiento en Salud). Completan su formación con una rotación de 6 meses “electiva” que considera los intereses futuros del residente.

Dado el carácter colaborativo del programa, con las fortalezas derivadas de la convivencia con estudiantes multiprofesionales de otros programas académicos, se busca asegurar el sello formativo mediante una asignatura distintiva, Sistema de Salud Chileno, que considera 18 meses de trabajo en torno a 5 rotaciones (3 a 8) que tiene como propósito:

Contribuir a formar líderes íntegros capaces de articular personal e institucionalmente problemas de salud pública relevantes y pertinentes en contexto del mundo real con sus tensiones ambientales, sociales y de gobernanza. Considera el diagnóstico, análisis y gestión de soluciones reconociendo en el centro de su quehacer el valor de los procesos de toma de decisión alineados con mejorar el nivel de salud de la población, propósito de la salud pública.

Los hitos evaluativos, enmarcados en la lógica formativa, consideran exámenes anuales y un examen final de graduación. Las otras instancias evaluativas del proceso formativo resultan de sus trabajos de investigación aplicada durante sus ro-

taciones, que surgen de una priorización acordada entre las necesidades institucionales, los intereses del estudiante y la modulación de la complejidad y carga de trabajo a cargo del profesor encargado. Además, los residentes suelen avanzar sustantivamente o graduarse como Magister en Salud Pública durante los 3 años del Programa. De manera creciente, se consolida una red de graduados que permite un seguimiento de sus trayectorias y mantener un vínculo con el programa.

COMPETENCIAS TRABAJADAS EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA, CONTRIBUCIÓN POTENCIAL A LA FORMACIÓN DE OTROS ESPECIALISTAS

Porque persisten aún brechas para que los trabajadores de la salud pública, entre ellos los médicos especialistas, sean reconocidos como socios únicos y críticos para proteger y mejorar la salud de la población²⁴, parece necesario un marco que nos ampare de manera más amplia y funcional. Tal vez, catalizados por la pandemia, se avance en recoger la sugerencia de emplear un nuevo paradigma para la educación médica y la atención de salud, que considere bases de la salud pública y medicina preventiva²⁵.

En América Latina se ha vuelto evidente la interdependencia de las comunidades profesionales que trabajamos para la mejoría en la salud de personas y comunidades, para lo que requerimos sistemas de salud y seguridad social más robustos. Podemos establecer relaciones y alianzas entre las comunidades médicas clínicas y de salud pública para mejorar sustantivamente el abordaje de problemas de salud acuciantes en magnitud y tendencia crecientes que parecen no encontrar respuestas suficientemente efectivas hasta ahora.

Las experiencias formativas que pueden ser una contribución potencial para otras especialidades médicas se relacionan con la posibilidad que los MESP tienen de:

- a) Reflexionar críticamente en torno a la toma de decisión, valor distintivo de las organizaciones altamente confiables²⁶.
- b) Ejercitar, a diferencia de la prioridad de la acción rápida predominante hoy, un proceso reflexivo

mediante “debate contradictorio”, lo que abre espacio a recoger experiencias y desarrollar buenas prácticas asociadas a la cultura de la fiabilidad¹⁸.

- c) Dado que los MESP *tienen que* relacionarse con personas e instituciones que cultivan matrices disciplinarias distintas de la médico-sanitaria para alcanzar objetivos a un nivel satisfactorio, se exponen a exigencias en el ámbito relacional que les forja de un bagaje valioso. Una destreza asociada es la identificación de la necesidad de mejor comunicarnos, por ejemplo, mediante el control semántico.
- d) Trabajando con equipos multiprofesionales y multidisciplinarios, deben conceptualizar y traducir concretamente para involucrar a otros, aprendiendo a transitar entre distintos niveles de abstracción.
- e) Dado su contacto cotidiano con lo público, están *obligados* a poner atención en el modo de ejercer su autoridad (*el poder médico*) y transitar a un modo de desplegar el liderazgo, imprescindible de trabajar en el ámbito formativo²⁷, pero conscientes que dejar de ejercer la autoridad adecuadamente es tan nocivo como hacerlo autoritariamente²⁸.
- f) Deben practicar el diálogo en función de mantener relaciones de mediano y largo plazo (el horizonte temporal en que trabaja la salud pública), a diferencia de la negociación que representa una herramienta para situaciones límite más bien inmediatas. Pero sin perder identidad.
- g) En sus procesos decisionales trabajan formalmente los *valores* a la base de lo político; se exponen y ejercitan en una particular forma de abordar la tensión ética, propia del choque entre el *ethos* sanitario y el legal²⁹.

ACLARACIONES

Actual coordinador académico del Programa de Formación de Especialistas en Salud Pública de la Universidad de Chile.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

FINANCIAMIENTO

Sin financiamiento específico.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. Terris M. La epidemiología y liderazgo en salud pública. XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, Taxco, México, del 15 al 20 de noviembre de 1987. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32637/8358.pdf?sequence=1>
2. Rao R, Hawkins M, Ulrich T, Gatlin G, Mabry G, Mishra C. The Evolving Role of Public Health in Medical Education. *Front public Heal.* 2020 Jun 26;8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.uchile.idm.oclc.org/32714890/>
3. Maeshiro R, Carney JK. Public Health Is Essential: COVID-19's Learnable Moment for Medical Education. *Acad Med.* 2020;1799-801. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32452839/>
4. World Economic Forum, Marsh McLennan, SK Group, & Zurich Insurance Group. The Global Risks Report 2021 16th Edition (p. 97). World Economic Forum. 2021. Disponible en: <https://www.weforum.org/reports/the-global-risks-report-2021>
5. World Federation For Medical Education. The Edinburgh Declaration. Disponible en: <https://wfme.org/download/the-edinburgh-declaration/>
6. Dolci G, Santacruz J, Lavallo C. La formación de médicos especialistas en México [Internet]. Participación educativa. 2011. 103-113 p. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L30_ANM_Medicos_especialistas.pdf
7. Monteiro GM. Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario? *Adicciones.* 2013;25(2):99-105. ISSN 0214-4840. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/56>
8. Villalón C Marcelo, Cuellar Carol. Proposing a data mining scaffolding for preventing harmful alcohol consumption in Chilean adolescents. *Rev. méd. Chile.* 2013. May;141(5):644-651. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000500013&lng=en
9. Gacett Gasetet P, Villalón Calderón M, Salazar Acevedo JE, Poblete Achondo C. Involucramiento parental mediante el juego en colegio semirural en Chile: contribuyendo al desarrollo de niñas, niños y adolescentes. *Revista Internacional de Apoyo a la inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad* 2021;7(2):74-81. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/6361>
10. Burkhart G, Tomczyk S, Koning I, Brotherhood A. Environmental Prevention: Why Do We Need It Now and How to Advance It? *J Prev.* 2022 Apr;43(2):149-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35258809>
11. EMCDDA. Drug prevention: exploring a systems perspective. 2019. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/drug-prevention-exploring-systems-perspective_en
12. Kristjansson AL, Mann MJ, Sigfusson J, Thorisdottir IE,

- Allegrante JP, Sigfusdottir ID. Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promot Pract.* 2020;21(1):62-9. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.uchile.idm.oclc.org/31162978/>
13. Kristjansson AL, Mann MJ, Sigfusson J, Thorisdottir IE, Allegrante JP, Sigfusdottir ID. Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promot Pract.* 2020 Jan 1;21(1):70-9. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.uchile.idm.oclc.org/31162979/>
 14. Kristjansson AL, James JE, Allegrante JP, Sigfusdottir ID, Helgason AR. Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Prev Med (Baltim).* 2010 Aug;51(2):168-71. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.uchile.idm.oclc.org/20478332/>
 15. Kaufman A, Mennin S, Waterman R, Duban S, Hansbarger C, Silverblatt H, et al. The New Mexico experiment: educational innovation and institutional change. *Acad Med [Internet]*. 1989 [cited 2022 May 13];64(6):285-94. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.uchile.idm.oclc.org/2719785/>
 16. *Journal de chirurgie viscérale. J Chir VISCÉRALE. Vol CXVII.* Disponible en: <https://www.em-consulte.com/article/225079/adoption-en-france-dune-check-list-de-securite-au->
 17. Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med.* 2005 May 3;142(9):756-64. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.uchile.idm.oclc.org/15867408/>
 18. Morel Ch. *Les décisions absurdes: Sociologie des erreurs radicales et persistantes.* Paris, Gallimard, 2004, 379 p.
 19. Stiggelbout AM, Van Der Weijden T, De Wit MPT, Frosch D, Légaré F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ.* 2012 Feb 4;344(7842). Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.uchile.idm.oclc.org/22286508/>
 20. Hays R. Including health promotion and illness prevention in medical education: a progress report. *Med Educ.* 2018 Jan 1;52(1):68-77. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.uchile.idm.oclc.org/28905431/>
 21. Terris M. The distinction between public health and community/social/preventive medicine. *J Public Health Policy.* 1985 Dec;6(4):435-9. PMID: 4093498. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4093498/>
 22. Peik SM, Mohan KM, Baba T, Donadel M, Labruto A, Loh LC. Comparison of public health and preventive medicine physician specialty training in six countries: Identifying challenges and opportunities. *Med Teach.* 2016 Nov;38(11):1146-1151. doi: 10.3109/0142159X.2016.1170784. Epub 2016 Apr 19. PMID: 27093229. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27093229/>
 23. Programa de Formación de Especialistas en Salud Pública. Universidad de Chile. Disponible en: <https://www.uchile.cl/postgrados/10001/salud-publica>
 24. The Unique contribution of Public Health Physicians to the public health workforce. Final Report. Australasian Faculty of Public Health Medicine of the Royal Australasian College of Physicians. 2010. Disponible en: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/about/afphm/afphm-unique-contribution-of-public-health-physicians-to-the-public-health-workforce-report.pdf>
 25. Levy BS, Wegman DH. Commentary: public health and preventive medicine: proposing a transformed context for medical education and medical care. *Acad Med.* 2012 Jul;87(7):837-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22735558/>
 26. Sutcliffe KM. High reliability organizations (HROs). *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology.* 2011;2:133-144 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689611000334>
 27. Sánchez Mendiola M. Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo? *Investigación Educ. Méd [Internet]*. 2015 Jun [citado 2022 Mayo 14];4(14):99-107. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572015000200008&lng=es.
 28. Araujo K. *Autoridad.* Editorial Universidad De Santiago De Chile, 2021. ISBN: 9789563034844
 29. Werlinger F, Díaz M, Catalán A, Villalón M. Moral distress, Health Care Systems and the teaching of health care personnel. *Rev. méd. Chile.* 2015;143(2):268-269. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200017&lng=en.