

Prevención en el marco de la nueva salud pública: Consideraciones bioéticas

Prevention under the new public health: bioethical considerations

Dr. Miguel Kottow¹

Resumen

Cambios históricos de orden demográfico y epidemiológico han producido importantes giros en la Salud Pública y en las políticas públicas sanitarias. Una de las más radicales transiciones ha sido el paso de la tradicional Salud Pública a una "nueva salud pública". Las medidas preventivas colectivas que fueran eficaces para controlar la incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas, dejó de ser efectiva frente a la creciente presencia de afecciones degenerativas de causas complejas, desconocidas y de difícil control. Coincide este giro epidemiológico con una tendencia global de reducir las funciones sociales del Estado y trasladar los cuidados de salud y la prevención de enfermedades al ámbito clínico, desarrollando una Medicina Preventiva que medicaliza a los individuos haciéndolos responsables de llevar una vida saludable y convertirse en "pacientes sanos" que han internalizado los factores de riesgo como predisposiciones individuales y no como amenazas externas. En la medida que la prevención sanitaria se traslada al ámbito de la medicina privada, se produce un nuevo factor de inequidad que desconoce la imposibilidad de amplios sectores poblacionales de modificar su forma de vida. El recogimiento de las tareas de prevención sanitaria por parte del Estado significa una desprotección más al ciudadano cuyos resguardos sociales se reducen progresivamente.

Palabras clave: Nueva salud pública, precaución, prevención, riesgo

Abstract

Historical transitions in demography and epidemiology have caused important changes in public health policies and programs. One of the most radical transitions has been the move from traditional sanitary strategies to the so-called "new public health". Well established preventive measures to avoid contagion and spread of infectious diseases were unable to cope with the complex and for the most part little known causes of increasingly prevalent degenerative diseases. At about the same time "Preventive Medicine" was developed as an adjunct to clinical practice, reducing the emphasis of public health care policies and placing the efforts of health care and preventive measures in the realm of the clinical encounter. Physicians were encouraged to provide in depth exploration of the human body, seeking statistical deviations, predispositions and pre-clinical conditions, which allowed the configuration of the "healthy patient" who was educated and encouraged to take up self-caring life styles and habits, as well as preventive medication.

Risk factors are being internalized, health threats are no longer due to environmental pollution or defective social conditions. Rather, it is the individual who is unable to cope because he harbors physiological or genetic anomalies that prevent adequate adaptation to unhealthy externalities. As public health is bereft of its preventive functions, adequate health becomes a matter of individual solvency and initiative, thus deepening the gap between the affluent and the majority who lack the means to acquire health insurance, improve their life-styles or schedule regular controls and extensive lab work-ups.

Key words: New public health, precaution, prevention, risk.

Recibido el 20 de enero de 2011. Aceptado el 03 de marzo de 2011

1 Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile. Correspondencia a: mkottow@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de Chile establece “El derecho a la protección de la salud (Nº 9, Art. 19), una fórmula lo suficientemente imprecisa como para albergar reformas de salud (2004) y proyectos de nuevas reformas (2010). En un clima de compromisos solo parcialmente cumplidos, no asumidos y en riesgo de ser reducidos, es imperioso que el mundo académico y la ciudadanía se aboquen a la deliberación y búsqueda de participación en políticas públicas de tan profundos impactos en salud pública y atención médica. En el inicio de esta reflexión ha de situarse el reconocimiento del cambio de sentido que la salud pública experimenta desde el último tercio del siglo pasado, por cuanto este giro lleva a ingentes modificaciones en las políticas que diseñan la relación público/privado en todo lo concerniente a salud. Estos cambios inciden en la agenda de derechos y deberes ciudadanos, como también en la protección de las tareas sociales y protectoras del Estado, debiendo ser deliberados en una democracia participativa desde la legitimación inspirada en una ponderación ética de fondo, coincidiendo con lo propuesto desde Aristóteles hasta Habermas, en el sentido que legalidad y política han de ser precedidas por una legitimación sensible a los valores éticos involucrados (1).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La salud pública ha sido influida de modo crucial por la transición epidemiológica que redujo la prevalencia de enfermedades infecciosas, dando paso a la hegemonía de afecciones crónicas, degenerativas, causadas en buena medida por efecto del quehacer humano, y resistentes a tratamiento médico. De ningún modo se trata de una sustitución, ya que las enfermedades infecto-contagiosas siguen predominando en las regiones más pobres, y reaparecen con renovado vigor por la presencia de microorganismos resistentes a los antibióticos, a lo cual se agrega la emergencia de infecciones nuevas como VIH/SIDA, Hanta, Ébola, Así y todo, la salud pública reconoce la necesidad de elaborar nuevos conceptos etiopatogénicos y discurrir políticas sanitarias alternativas o complementarias a las tradicionales. Coinciden estos cambios con el nacimiento de la bioética que, tras enfocar durante treinta años los aspectos clínicos de la medicina, toma

conciencia desde hace 2-3 lustros, de la necesidad de incorporar en su reflexión a la nueva salud pública y los desafíos que con ella afloran.

LA NUEVA SALUD PÚBLICA

En varios de sus escritos recalca H. Sigerist que higiene, salud pública y “medicina en general”, reflejan la civilización de su época y “son determinadas, en un amplio grado, por las condiciones culturales de su tiempo” (1). Tal observación se confirma ampliamente en el desplazamiento de la salud pública a su versión contemporánea, que no habría ocurrido si el siglo XX no hubiese llevado al extremo los afanes individualistas de la modernidad, exacerbados por el desmoronamiento del socialismo como propuesta política, y la ascendencia de la globalización empeñada en universalizar las leyes del mercado y reducir la injerencia social del Estado.

Las tradicionales medidas preventivas –cuarentena, aislamiento, vigilancia de contactos y seguimiento de vías de contagio– se han mostrado insuficientes, siendo complementadas por nuevos conceptos y estrategias de prevención cuyas consecuencias bioéticas rastrea el presente texto (2). Características salientes de la nueva salud pública son: la confianza en el progreso liderado por la expansión de la tecnociencia y el énfasis en una medicina basada en evidencia; el reemplazo de la *causa vera* por la multicausalidad etiopatogénica entendida como red (3), caja negra o cajas chinas (4), la emergencia de una “*epidemiología de la exposición*” que suplanta a la tradicional *epidemiología de la constitución*, y es referida a “*las condiciones de susceptibilidad individual, determinantes del comportamiento epidémico de las enfermedades*, y que remata en la actualmente predominante *epidemiología del riesgo* con un acendrado énfasis tecnocientífico enfocado sobre la susceptibilidad individual (6, cursivas originales). El riesgo deja de referirse a la probabilidad de eventos externos patogénicos, para denunciar las debilidades del individuo en resistir las agresiones que lo rodean, enfatizando así la responsabilidad ciudadana en la autogestión de protección de salud y prevención de enfermedad. La medicina molecular es un factor importante en la personalización de salud y enfermedad, apuntando a la conformación genética

para explicar predisposiciones mórbidas y sugerir la administración individual de los factores epigenéticos que pudiesen facilitar la manifestación clínica de enfermedad.

Todos los factores mencionados inciden en nuevos conceptos sobre salud pública, tanto en la referente a investigación epidemiológica, como en cuanto a políticas públicas de salud. En este complejo panorama, la función protectora de la salud sufre profundas modificaciones al alterarse el concepto tradicional de prevención, creando interrogantes bioéticas frente a la exacerbación de tensiones y controversias ya existentes.

REDISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

En tiempos de peste, las epidemias se suponían causadas por condiciones atmosféricas y locales formando una "constitución epidémica" que Sydenham resumía en el concepto de "miasmas"; un segundo factor de diseminación era el contagio. Los factores constitutivos se fueron consolidando en un concepto de "determinantes sociales", potenciado por los ecólogos en una idea global de "riesgo ambiental". El medio ambiente natural envenenado por la expansión civilizatoria y el entorno social viciado por desigualdades, constituyen una intrincada maraña de causas patogénicas difíciles de dilucidar por la ciencia, de abordarse por la prevención pública, y de ser reconocida por lo individuos. La dimensión global de esta intrincada y compleja red de causalidades es excesiva para ser abordada por un Estado débil, una tecnocracia más interesada en expandir que en proteger, y la incidencia de intereses económicos inmersos en una filosofía pragmática donde el lucro justifica los efectos negativos.

En este ambiente, y con el desarrollo de la epidemiología de exposición a riesgos, la salud pública enfrenta dos opciones:

a) Regular centralmente las actividades que constituyen factores de riesgo para la salud y para el medio ambiente a objeto de prevenir sus efectos nocivos. La idea de desarrollar políticas públicas que obligasen a la gran empresa a expandir con las debidas medidas precautorias para evitar daños a

las personas y al entorno natural, desencadenó las protestas de quienes solo aceptan la injerencia del Estado en situaciones de "riesgos de enfermedades comunicables y, por cierto, de polución, pero solo en la medida que existiese un vínculo directo con peligros o sustancias particulares [debidamente identificadas]" (7). Abstenerse, en suma, de intervenir en el funcionamiento del "mercado competitivo", salvo en casos muy calificados, siendo preferible "la creación de propiedad privada e intercambio voluntario, [según el] clásico modelo que otorga a los individuos los recursos que le permitan tomar medidas para asegurar y procurar su propia salud" (8).

b) Desarrollar un nuevo concepto preventivista de corte individual, alternativa apoyada, aunque por motivos diversos, tanto por conservadores como por innovadores, ambos imbuidos de una filosofía política de corte [neo]liberal. La propuesta preventivista se inserta en la nueva salud pública que, por su parte, tergiversa la paradoja preventiva según la cual "una medida preventiva que trae mucho beneficio a la población ofrece poco a cada participante individual" (9), para enfatizar que la prevención efectiva debe anclarse en las personas que de este modo "pueden expresar su eticidad y cumplir sus responsabilidades y obligaciones como 'buenos ciudadanos' (10). Petersen y Lupton resumen su crítica señalando que "los discursos salud y ambiente de la nueva salud pública son, por ende, predominantemente privatizados, individualizados y enfocados sobre la conducta del individuo y su vida cotidiana, más que al alivio de riesgos mediante activismo político y el desafío a los intereses constituidos." (11).

Mientras se termina de preparar el presente artículo, aparece anunciado un texto cuyos primeros párrafos, enfocados en el sistema de salud de EE.UU., es ilustrativo: "Argumento en este libro que los profesionales de la salud con frecuencia deben recurrir a la abogacía para aumentar las probabilidades de que los consumidores recibirán servicios de calidad, así como servicios preventivos, protección de sus derechos éticos, acceso a servicios, servicios culturalmente competentes, atención a temas de tensión (stress) y salud mental, y vínculos a servicios comunitarios." (12)

MEDICINA PREVENTIVA Y EL “PARADIGMA PREVENTIVISTA”

“Sir William Osler llamó al siglo XIX, el siglo de la medicina preventiva. No cabe duda que es en este campo donde la medicina moderna alcanzó sus mayores logros” (13). La salud pública preventiva aludida era considerada como una parte fundamental de la Higiene y, por ende, de la Salud Pública. Histórica y conceptualmente, la Higiene fue una política pública del Estado, apoyada por el beneplácito del liberalismo al afirmar la autonomía y autoresponsabilidad de las clases pudientes, y de un socialismo gratificado por la preocupación de disciplinar y educar a los más desposeídos para evitar que fuesen focos de enfermedad

Terminada la Primera Guerra Mundial, pareció prudente dejar las políticas higienistas en manos del Estado mas, ante el temor de una socialización de la medicina, se desgrana la prevención y es entregada a una nueva disciplina, la “Medicina Preventiva”. Inicialmente situada entre la Salud Pública y la Medicina Clínica, termina la Medicina Preventiva por adosarse a la clínica, marcando el inicio del “paradigma preventivista”, denominación bajo la cual el epidemiólogo brasileño Sergio Arauco, reseña el profundo cambio en la estrategia de evitación de riesgos a la salud y prevención de enfermedad que se produce en el quehacer médico a partir de mediados del siglo pasado (14).

Las dos herramientas de la Medicina Preventiva son la sofisticación técnica en aras de diagnósticos finos y precoces, cuyo significado patológico es incierto, y la promoción de estilos de vida y comportamientos considerados saludables. La obstinación diagnóstica captura a las personas en planes de control periódico y comprensivo, en tanto la promoción esgrime argumentos éticos para condenar las conductas de riesgo y celebrar a quien obedece las sugerencias dietéticas, de ejercicio corporal, de respetar los ritmos circadianos.

La Medicina Preventiva “no es una medicina estatal y socializada, sino una práctica médica privada organizada de tal manera que sea de máximo [provecho] para el profesional y para el público servido por él y por el Estado” (15). La nueva caracterización del encuentro clínico, que inserta las recomendaciones

y prácticas de carácter preventivo en el seno de la relación interpersonal de médicos y pacientes, requería una reforma curricular, creando una asignatura que definiese “las nuevas responsabilidades del medico frente a la salud y la prevención”, y la creación de Departamentos de Medicina Preventiva, “o sea, la cultura higienista es incorporada a la profesión medica definiendo el “carácter *universal* de los médicos al atribuirles la responsabilidad social frente a las familias y la comunidad.” (16 cursivas originales).

De ninguna manera se menosprecia la importancia de la prevención y su preeminencia en el fomento y resguardo de la salud, así como su rol en reducir los impactos de la enfermedad. Solo que, acuciado por el temor a la injerencia del Estado, se incorpora lo preventivo a las tareas del médico clínico que ha de cuidar y educar a sus consultantes, quienes son reclutados e inscritos como “pacientes sanos”, acuciosamente explorados y precautoriamente tratados. De este modo, una disciplina nacida al amparo de la medicina liberal norteamericana termina por ser también implantada en sociedades con un sentido más estatal de la Salud Pública, y fructificar, lenta pero decididamente, en sistemas médicos adscritos al mercado sanitario, donde ganan terreno a despecho de su original misión social y su inadecuación para sociedades con grandes disparidades socioeconómicas.

La evolución de la Medicina Preventiva diverge según los compromisos sociales de las diversas naciones. Los países latinoamericanos vieron prontamente la necesidad de no perder el aspecto colectivo de la prevención, creando Departamentos de Medicina Preventiva y Medicina Social o elaborando proyectos de Medicina Comunitaria (17), aceptando la tendencia de integrar la enseñanza y la perspectiva propia de la medicina preventiva con las clínicas. Esta integración tuvo rasgos muy propios, alejados del individualismo preconizado por la Medicina Preventiva de corte liberal, buscando una vinculación interdisciplinaria con las ciencias sociales que ampliase la formación humanista del médico y lo hiciera sensible y proactivo en el servicio público, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, el interés por la investigación pertinente (18, 19, 20), mas todos estos esfuerzos fueron tímidos e intermitentes. Una de las escasas visiones integrales que se plasmaron fue el concepto

de campo de salud conteniendo disposición genética, comportamiento individual y estilo de vida, servicios médicos, y circunstancias ambientales, fue desarrollado por el Informe Lalonde en Canadá (21).

Es difícil evaluar la actual vigencia de una medicina preventiva de alcance social. Hay algunos indicadores nacionales indirectos que sugieren el retroceso de los programas preventivos a nivel público, tales como las falencias en la Atención Primaria y la atención integral de salud (22), o la falta de un análisis acabado de las coberturas logradas con el EMP [Examen Médico Preventivo] instaurado en la reforma de salud de 2005 (23). Algunas luces arroja el hecho que el gasto de bolsillo en salud vaya en aumento gravando fuertemente los presupuestos de la población más pobre, lo que implica un encarecimiento de los servicios médicos, y la desprotección preventiva –que supuestamente es ahorrrativa en gastos de medicina– que sufren sobre todo quienes debieran estar amparados por políticas sanitarias públicas (24).

Alcances bioéticos del paradigma preventivista

Al caracterizar a la Medicina Preventiva como centrada *"en la apreciación de la historia natural del ser humano y la historia natural de la enfermedad"* (25 cursivas originales), el tema salud queda ontológicamente marcado como un evento biológico, olvidando que el objetivo central de toda medicina no es observar pasivamente la evolución natural de la enfermedad sino interferir curativa o paliativamente en ella. Los intentos científicos de estudiar el curso natural de la sífilis, al extremo de negar a los probandos las terapias existentes, es uno de los mayores escándalos de la ética en investigación con seres humanos (26). Los estudios clínicos randomizados y con grupos control que reciben placebos, es otro ejemplo de la insensibilidad al negar tratamiento a enfermos so pretexto de ser científicamente metódico en la observación de enfermedades (27).

Aun reconociendo la influencia de factores socioeconómicos y la consiguiente multicausalidad de enfermedades sobre todo crónicas, la Medicina Preventiva las reduce a una única "red de causalidades" donde lo social queda desdibujado, despoltizado,

carente de ponderación de sus diversas facetas y componentes, de este modo convertido en un mito sólidamente determinado e inmodificable, al cual se le torna la espalda para concentrar todos los esfuerzos preventivos en los individuos.

Los factores socioeconómicos se consideran difícilmente modificables, tendiendo a desatenderlos para no "politizar" el discurso. Por ello, en vez de hablar de factores sociales o condicionantes, se prefiere el término "determinantes", lo cual le otorga un carácter inamovible e inmodificable. Los riesgos del desmedro socioeconómico y de vivir en medio de ambientes tóxicos e inseguros, sufriendo los impactos negativos de vidas inmersas en una tecnología desenfadada, son considerados como situaciones de hecho. Es el individuo quien acumula predisposiciones y susceptibilidades que lo convierten en portador de riesgos más que víctima de externalidades nocivas. Aun cuando se sienta sano, el individuo es medicalizado a convertirse en paciente que se "chequea" regularmente, sometiéndose a todo orden de diagnósticos precoces y pruebas de provocación –test de esfuerzo–. Su perfil biológico no le es propio, puesto que es insertado en series estadísticas que determinan normalidad promedio, desviaciones alarmantes o estados mórbidos pre-clínicos.

El objetivo de la Medicina Preventiva es capturar a las personas antes de que enfermen –prevenir antes que curar–, convirtiéndolas en anómalos estadísticos marcados por probabilidades, muchas veces inciertas y lejanas, de desarrollar una enfermedad. El arsenal preventivo es diseñado por el médico pero la responsabilidad de aplicarlo es del presunto paciente: modificar sus hábitos, llevar un estilo de vida saludable, ingerir fármacos "normalizadores" que no rara vez producen efectos secundarios indeseables y severos. El hallazgo de una predisposición mórbida o estado pre-clínico oculto rara vez deja de encontrarse, ya que en último recursos se escrudiña la composición genética en busca de alguna disposición recesiva.

Por lo tanto, lo que en su inicio parecía una prevención primaria, se convierte en el ámbito clínico en prevención secundaria –detectando enfermedad en ciernes que ha de ser yugulada–, o terciaria –hay un desorden fisiopatológico cuyos estragos deben ser limitados–. Basta recordar las amputaciones preventivas de ambas

mamas que mujeres jóvenes BRCA1 o BRCA2 solicitaron o aceptaron, para reconocer los excesos posibles de la Medicina Preventiva.

No es función de la bioética analizar la solvencia científica de todo lo que la prevención sugiere, ni comentar los errores que en nombre de ella son cometidos, pero sí llamar a la cautela contra la manipulación de conductas y formas de vida cuando sus efectos son muy insuficientemente conocidos. La medicalización y mercantilización de muchas medidas y programas preventivos se desentiende de las disparidades de acceso a servicios costosos, y al hecho que la mayoría de las personas carecen de posibilidades existenciales de modificar sus estilos de vida. Insuficientemente evaluado, pero sin duda de marcada influencia social, es la promoción mercantil –magia publicitaria (28)– que realizan los productores de alcohol, tabaco y otros hábitos que la epidemiología ha demostrado ser nocivos.

El paradigma preventivista produce un conflicto ético fundamental: allí donde tiene las competencias y los conocimientos para proponer una prevención efectiva, no hay excusa para reducir o postergar la implantación de medidas públicas y universales en beneficio de toda la población. Llámese medicina social o medicina integral, la prevención de enfermedades es un bien común de protección que el Estado ha de garantizar a despecho de los avatares del mercado, puesto que la “única estrategia con un potencial de significativamente incrementar la proporción poblacional en niveles bajos de riesgo, es la aplicación colectiva de prevención primaria.” (29)

“Entre 1985 y 1995 la mortalidad por cáncer cervicouterino bajó 51.6% y 12.5% en las mujeres con 12 años o más de educación versus aquellas con menos de 8 años, respectivamente.” (30), a pesar de la existencia de un programa nacional de prevención basado en un examen trienal de Papanicolau existente desde hace 20 años (30), pero al cual un 30% de las mujeres en Chile no accede (32).. [“E]n el año 2002 fallecieron cerca de 2.1 millones de niños por enfermedades prevenibles con vacunas incorporadas en los programas [de inmunización] (33). Todos estos indicadores señalan que las protecciones preventivas no están uniformemente distribuidas en las poblaciones nacionales, lo cual constituye una preocupación sanitaria y ética, pero

también se estima como inconveniente porque afecta el “interés del país de ser una nación exportadora y un polo de atracción turístico...” (34).

La tendencia mundial a reducir las tareas sociales del Estado, privatizar los servicios médicos y fomentar la autoresponsabilidad y el autocuidado en materias de salud, está propiciando una medicina preventiva más integrada con la clínica que con la Salud Pública. Siendo la prevención una actividad eminentemente colectiva y universal, es de temer que las tendencias de la nueva salud pública signifiquen una mayor disparidad en acceso a medicina, una desprotección sanitaria de los más pobres y, a la larga, una mayor susceptibilidad a enfermedades endémicas y a brotes epidémicos.

En Enero de 2011 se publicó la 2ª Encuesta Nacional de Salud, que muestra un “aumento en consumo de alcohol, sobrepeso, diabetes, sedentarismo y depresión”, detectando un leve descenso en la prevalencia de hipertensión arterial, pero que alberga el hecho que el “nivel educacional bajo tiene el triple de incidencia (sic) que el alto” –51.1% y 16.7% respectivamente– (El Mercurio 14-01-11). La noticia se acompaña de comentarios del Ministro de Salud, por un lado proyectando un empeoramiento de la salud en Chile para el año 2020, por el otro señalando, según cita indirecta, que “no podía dejar exenta de culpa a la población, pues se trata de decisiones personales”. Casi explícita la falta de compromiso en una política de Salud Pública robusta y democrática.

CONCLUSIÓN

En un texto de la “London School of Hygiene and Tropical Medicine se lee una cita de Beaglehole & Bonita (1998): “Idealmente, es el sector de salud pública más que el sector de cuidados médicos, el que ha de ser responsable por el nivel de salud poblacional, y de informar y monitorear todas las iniciativas políticas de gobierno que afectan el estado de salud de la población.” (35). “Una concentración en el individuo, sin una comprensión de los más amplios aspectos socioeconómicos y culturales que enmarcan sus vidas, probablemente genere intervenciones ineficaces –intervenciones que fracasan en proveer las condiciones que permitan a las personas ser sanas.” (36).

Al menos un segmento del mundo académico insiste en que la prevención en salud ha de ser materia de una Salud Pública adecuadamente apoyada por políticas y recursos del Estado. Esta propuesta tiene tanto mayor validez en sociedades con grandes disparidades económicas, que son también las primeras víctimas de la globalización económica y de la hegemonía del mercado.

Entre el paradigma preventivista y la Medicina Preventiva y Social existen no solo discrepancias, mas también amplias áreas de convergencia. Ambos enfoques reconocen las ventajas de medidas preventivas eficaces por sobre los esfuerzos de la medicina terapéutica. Concuerdan, asimismo, en la multicausalidad de los procesos mórbidos, la influencia negativas de factores ambientales tanto naturales como sociales, y la necesidad de cooperación de los individuos cuya autonomía tiene entre otras tareas la de impulsar a la integración social y a la participación activa en programas sanitarios. En un diagnóstico certero y oportuno, la Sociedad Médica de Santiago, a través de un Comité *ad hoc* abocado al estudio de la interacción de Medicina Interna y Salud Pública determinó la necesidad de un trabajo conjunto, de carácter inmediato para la clínica y de programación a largo plazo de las políticas sanitarias (37).

Desde la ética resulta inquietante que el mundo de los privilegiados crea cumplido su compromiso social con acoger en sus redes a quienes tengan la capacidad económica de pagar su ingreso, mientras la mayoría sufre deterioros, desprotecciones y marginaciones. Es éste un efecto colateral que es insuficientemente considerado en aquellas reformas de salud que tienden a robustecer el área de la medicina privada, así como en las contingencias que asfixian presupuestos fiscales obligándolos a destinar sus escasos recursos a las necesidades de atención médica terapéutica, en desmedro de programas de prevención, educación y promoción.

REFERENCIAS

1. Holland S. *Public health ethics*. Cambridge UK, Polity, 2007
2. Molina G. (ed). *Historia y sociología de la medicina*. Henry Sigerist. Santiago, Editorial Universidad Bolivariana 2008.
3. Boylan M. (ed). *International public health policy and ethics*. Dordrecht, Springer 2008.
4. Krieger N. *Epidemiology and the web of causations: has anyone seen the spider?* *Soc Sci Med*. 1994;39:889-903
5. Susser M, Susser E. *Choosing a future for epidemiology: I. eras and paradigms*. *Am J Public Health* 1996;86:674-677.
6. Ayres JRCM. *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. Buenos Aires, Lugar Editorial 2005.
7. Epstein RA. *Let the shoemaker stick to his last: A defense of the "Old" Public Health*. *Persp. In Biology and Medicine* 2003; 46 Supp: S138-S159, p. 141.
8. *Ibid*, p. 157)
9. Rose G. *Sick individuals and sick populations*. *Int. J Epidemiology* 1985;14:32-38.
10. Petersen A, Lupton D. *The new public health: Health and self in the age of risk*. 1996; London, Sage, p. 65.
11. *Ibid*, p. 101.
12. Jansson BS. *Improving health care through advocacy: A guide for the health and helping professions*. Hoboken NJ, John Wiley & Sons, Inc. 2011.
13. Ver Ref. 2, p.37.
14. Arauco S. *O dilema preventivista*. 2003. São Paulo, Editora UNESP y Río de Janeiro, Editora FIOCRUZ.
15. Tobrey 1942, citado en Arauco 2003, p. 120

16. Ver Ref. 14, p. 131.
17. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina. Programa de enseñanza de medicina de la comunidad. Documento base. Rio de Janeiro, Doc. DE/MC-4 Mimeogr. 1973.
18. Arredondo A, Orozco E, Mora G. Salud y ciencias sociales: aportes teórico-metodológicos para la investigación y la enseñanza en salud pública. *Cuad Med Soc* 2007; 74-87.
19. Jadresic A. La reforma de 1968 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Cuad Med Soc* 2008;48:192-203.
20. Carvajal Y. La experiencia de medicina preventiva integrada a la clínica. Hospital San Francisco de Borja 1963-1973). *Cuad Med Soc* 2009;101-108.
21. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. 1974, Ottawa, Government of Canada.
22. Montoya C, Ipinza M. Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la atención primaria de salud, *Cuad Med Soc (Chile)* 2009;49 (1): 16-25
23. Peña V. Examen Médico Preventivo (EMP). Coberturas y descripción de factores asociados a u aplicación en la población usuaria del Sistema Público de Salud para la Región Metropolitana. *Cuad Med Soc* 2009; 49: 163-170.
24. Cid C. La persistencia del gasto de bolsillo de los hogares en salud:1997-2007. *Cuad Med Soc* 2009;49:44-48.
25. COLORADO SPRING Conference. Preventive Medicine in Medical Schools. *J Med Education* 1953;28, Pt. 2:11-26.
26. Brody BA. *The ethics of biomedical research*. New York Oxford, Oxford University Press 1998.
27. Kottow M. El uso de placebos en estudios clínicos y comunitarios: consideraciones éticas. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2009;49:94-100.
28. Sánchez-Bustos S. Tabacalismo y tabacaleras en Chile. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2005; 45:172-174.
29. Pomerleau J, McKee M. *Issues in public health*. Maidenhead, Open University Press 2005 p.115.
30. Solis MT et al. Factores de riesgo de alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres chilenas: Un estudio de casos y controles. *Rev Med Chile* 2010;138:175-180.
31. O’Ryan M, Valenzuela MT. Virus papiloma y cáncer cérvico-uterino. *Rev Med Chile* 2008;136:1367-1370.
32. Abarca KV et al. Declaración del Comité Consultivo de Inmunizaciones de la Sociedad Chilena de Infectología respecto a la vacuna antiviral papiloma humano. Septiembre 2008. *Rev Med Chile* 2008;136:1485-1492.
33. Valenzuela MT. Importancia de las vacunas contra los virus de la hepatitis A y B en Chile. *Rev Med Chile* 2009;137:844-851.
34. *Ibid.* p. 850.
35. Ver Ref. 29, p. 13.
36. Hurtig AK, Porter JD, Ogden JA. Tuberculosis control and directly observed therapy from the public health/ human rights perspective. *Int J Tuberc Lung Disease* 1999;3:553-560.
37. Ver Ref. 32.