

Salud colectiva. La necesidad de un cambio de paradigma. Entrevista a Hugo Spinelli

Elsa Meinardi
Universidad de Buenos Aires.
emeinardi@gmail.com

Para citar este artículo:

Meinardi, E. (2022). Salud colectiva. La necesidad de un cambio de paradigma. Entrevista a Hugo Spinelli. Revista de Educación en Biología, 25 (2), 72-79.

En esta ocasión, tuvimos el gusto de dialogar con Hugo Spinelli, investigador del campo de la Salud, referente y pionero en la investigación y la formación en Salud Colectiva en Argentina. En esta entrevista, comenzamos por hablar sobre la salud, las implicancias de las diferentes formas de concebirla, las relaciones con las prácticas médicas y, por último, reflexionar sobre la educación en este campo.

Hugo ¿qué es la salud?

La salud es todo. Los médicos poco tenemos que ver con la salud, trabajamos con la enfermedad. ¿Y qué es salud? La salud tiene que ver con la vivienda, el trabajo, el ambiente, la alimentación, los servicios básicos a los que se accede, es decir, con los derechos sociales. Y esa salud es mejor en países que tienen menos desigualdades, lo cual no es sinónimo de países ricos.

Durante el siglo XIX la medicina produjo una gran revolución. Hasta entonces estaba muy poco jerarquizada, no era una disciplina científica, por ejemplo: los barberos hacían cirugías. El gran cambio se produce con el descubrimiento de las bacterias por parte de Pasteur. Ahí comienza lo que se da en llamar la medicina científica.

Todo el adelanto científico resultó altamente funcional al capitalismo. Se empezó a ordenar el hospital. Que pasó de ser un depósito de gente a transformarse, en el siglo XX, en una institución central en una sociedad. Pasó de ser un depósito de pobres, desprestigiado socialmente, a ser un lugar de demanda por las clases dominantes, los cuales además comenzaron a construir sus propios hospitales.

Con la medicina se ha producido una verdadera revolución científica, ideológica, y cultural en menos de un siglo. Se ven pocas cosas, que en menos de 100 años, hayan producido el salto que se produjo en este campo. Así, la medicina pasó a ser un gran disciplinador social.

El médico es el equivalente al brujo de la tribu, maneja la muerte y el dolor. Es un profesional muy atípico, no puede definir que es salud, ya que la definición de la [Organización Mundial de la Salud] es indemostrable.

En 1948, la OMS asume que la salud es el estado de completo bienestar biopsicosocial; algo que es imposible. Esta idea es originada desde un pensamiento de izquierda, progresista. Viene de Henry Sigerist, iniciador de las corrientes de la medicina social en Estados Unidos. Sigerist hace un gran trabajo en relación con la promoción y la prevención de la salud, promoviendo la necesidad de la intervención del Estado en los programas de asistencia médica.

En relación con el presupuesto invertido en el campo de la salud ¿por qué hablas de gasto y no de inversión?

Argentina gasta el 10% del PBI en salud; EEUU gasta el 17%.

El sector privado es viable porque recibe fuertes subsidios indirectos y directos desde el Estado, y la seguridad social. Hay una solidaridad invertida, donde el pobre financia al rico. En muchas prestaciones, psiquiatría, diálisis, discapacidad, geriatría, trasplantes, se ve ese sistema de solidaridad invertida. El PAMI, por ejemplo, es el gran financiador. Si dejara de contratar al sector privado, se caería el sistema privado.

Tenemos un gran gasto con baja efectividad, tenemos fuertes desigualdades sociales que producen disparidades. Tenemos mil muertos de tuberculosis por año pero también tenemos mil personas por año que se mueren por efectos producidos por la atención médica. De ello se habla poco. Ivan Illich, en 1976 en su libro: *Némesis médica: La expropiación de la salud y otros escritos*, tiene muy documentada, en base a revistas científicas médicas, esa situación.

El financiamiento de la salud es un problema a nivel mundial. Si se analizan los países que suelen mencionarse como ejemplo de buena atención, como son los países nórdicos, Inglaterra y otros de Europa, se ve que tienen sistemas públicos de salud. Además, están haciendo un cambio institucional, ya que están migrando desde la figura del hospital como elemento central de los sistemas de salud hacia un modelo en el que este espacio sirve de respaldo a una atención personalizada centrada en el médico de familia, capaz de mirar la integralidad de esas relaciones desde un centro de salud de baja complejidad cercano al lugar de residencia de esas personas que lo consultan y que él conoce, no solo individualmente, sino familiar y socialmente.

Como médico, si atiendo a una persona a la que conozco en ese momento, que refiere un padecimiento y desconozco su familia, su vida afectiva, dónde vive, cómo es la casa, de qué trabaja, es una osadía calificar ese acto como científico. Uno entendería a alguien si lo ve en su medio, conoce su familia, el trabajo, la contaminación que lo rodea. Hoy llegamos al absurdo de que las consultas se hacen por *Wathsapp* sin conocer nada de la persona, ni poder verle ni siquiera la cara.

La medicina social nace en Europa, en la era de las revoluciones, en 1848. Se trata de una forma de intervención política sobre la salud individual.

Estados Unidos adopta un modelo sanitario basado en el hospital, con un fuerte componente tecnológico, y se da cuenta rápidamente de que no se puede hablar de inversión

sino de gasto, porque es incontrolable y sigue intereses que no siempre se orientan en función del bien de la persona que tiene un padecimiento.

La medicina resuelve problemas, sobre todo biológicos, es una gran disciplinadora social, y se puede ganar mucho dinero con ella. Se puede decir que se hizo algo cuando no se lo hizo, ya que el producto es intangible. Adam Smith en *La riqueza de las naciones* dice: "todo producto que surge de un proceso de interpretación no es un elemento productivo". Y qué hacemos en el campo de la salud: producimos atención de personas, guardias, cirugías, actividades que no son tangibles y por lo tanto, se las puede inventar.

¿Las tasas de mortalidad infantil no serían datos que aportarían a dar cuenta de ese producto, del balance gasto/efectividad?

Lo que dicen esos datos es lo mal que lo estamos haciendo. La medicina actúa rápidamente sobre las causas biológicas, en procesos lineales de causa-efecto, las vacunas lo muestran. Esto generó la fantasía de que el desarrollo tecnocientífico nos lleva a un mundo sin enfermedades.

¿Cómo nace la salud colectiva en Latinoamérica?

En Latinoamérica, hay dos corrientes de medicina social: médicos que la plantearon fuertemente, como Ramón Carrillo en Argentina y Josué de Castro en Brasil, por ejemplo. Y otra de origen marxista, en los años 1960-1970. En Brasil, este movimiento fue reformulado como Salud colectiva por dos motivos: porque había dictadura y todo lo que llevaba el término social asustaba, y porque también producía ruido la palabra medicina, dado que había profesionales, como odontólogos o enfermeros, que no se veían incluidos en el término medicina.

La pedagoga María Cecilia Donnangelo¹ propone el término Salud Colectiva que da cuenta de una noción sociológica de que lo colectivo es antagónico a lo individual. Es decir, pone el campo de la salud en la dimensión de los colectivos.

En Argentina tenemos un referente importante, Emilio Coni, que a principios del siglo XX decía: yo no soy médico de personas sino de ciudades (*Memorias de un médico higienista, 1918*). Esa idea colectiva, que ya estaba en Carrillo, con el tiempo se fue perdiendo, de manera que ya no se trata de la persona sino del órgano, y en ese nivel el profesional se encuentra con patologías o las inventa.

Se medicaliza la salud...

Efectivamente, el proceso de explosión de la medicina positivista produce un fuerte elemento de medicalización, de disciplinamiento, como plantea Foucault.

1 Al respecto, puede leerse Carvalheiro, José da Rocha (2014) O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo/organizado por José da Rocha Carvalheiro, Luiza Sterman Heimann, Márcio Derbli. Sao Paulo: Instituto de Saúde.

La pandemia fue un gran laboratorio de medicalización, disciplinó, con fundamentos científicos. Pero generó un montón de cuestiones laterales. Lo positivo fue que la pandemia demostró la necesidad y la importancia del sistema público de salud, de la presencia del Estado. Pero a su vez, hubiésemos tenido otra situación si el nivel de trabajo no hubiera estado centrado en el hospital, sino en centros de salud, atendiendo cerca de donde vive el paciente.

Hay problemas muy viejos, como la centralidad del hospital para la atención de cualquier problema de salud. En algunos países de Europa se están creando centros de salud más cerca de la gente, mientras que en los hospitales con alta tecnología se atiende solo los problemas complejos. Un 80% de las consultas que se atienden son hechos banales, que no necesitan tecnología. ¿Qué necesitan? contención, escucha, diálogo.

El trabajador de la salud es atípico, hace cosas con la palabra, eso es mágico, no hay ningún trabajador fuera del ámbito de la salud que haga esto. Es un trabajo intangible, un trabajador de tipo artesanal, con una institución de referencia como el hospital, hecha a imagen y semejanza de la fábrica, que representa lo industrial. Allí hay una contradicción entre lo artesanal y lo industrial.

Lo que el país necesita son decenas de miles de pequeños talleres de artesanos que produzcan procesos relacionales. Claro, eso no reproduce capital, el hospital sí. Por eso se llega a una situación en la que el complejo médico industrial inventa pacientes, inventa medicamentos, y eso es muy difícil de cambiar.

Tenemos que entender la complejidad de las organizaciones vinculadas al campo de la salud, de las formas organizacionales y del proceso relacional que se da con quienes consultan.

Por ejemplo, sabemos que el primer nivel de atención de la salud no son los centros de salud sino la familia y dentro de esta, la mujer. Es la mujer la que decide si se consulta o no al médico. Es un campo de mucha complejidad pero el médico no sospecha esto. Y se gastan fortunas en medicamentos.

En tu tesis doctoral planteas el tema de la violencia como un problema de salud...

Respecto de las violencias y las adicciones, los médicos no tenemos conocimientos para encararlas. Ello representa una inconsistencia en la racionalidad médica, porque como médicos no tenemos elementos científicos para abordar los principales problemas de salud de la sociedad.

En mi tesis doctoral en Campinas en el año 1998, *La violencia una pandemia ignorada: ¿una inconsistencia en la racionalidad médico-científica?*, planteo que el problema de la violencia ha sido tradicionalmente abordado desde el ámbito sanitario a través de un enfoque "biologizante" y reduccionista, que resulta insuficiente para comprender su naturaleza eminentemente socio-cultural.

También las vinculaste con gobiernos autoritarios, que apoyan el gatillo fácil...

En EE.UU. tienen serios problemas con el tema de las armas; pero si ves el currículum de la formación de un estudiante de medicina de cualquier país esos temas no son parte de su formación.

Ante los principales problemas de salud como las violencias y adicciones, ves que el médico no tiene nada para hacer, porque no sabe, ya que no es parte de su formación de grado

Pensar en la disminución del riesgo, ¿no sería como sacarse la careta?, es decir, asumir que las situaciones se van a dar, y dado que son inevitables ¿podemos hacer algo para atenuarlas?

Sí, pero eso no lo decide la medicina. Sería importante que nos pongamos a discutir los problemas que tenemos. Ante un cáncer, pongámonos a pensar si no se trata de algún contaminante, pongamos a la gente a discutir qué estamos comiendo, qué contaminantes tiene la tierra, qué calidad de aire estamos respirando. Saquémosle la venda de los ojos a la gente, para que se pregunten ¿por qué me enfermo? Esas preguntas que quedan desplazadas por la mágica figura de la medicina, que juega a lo sumo un papel reparador, casi como un taller mecánico. Es sencillo entenderlo, y muy complejo cambiarlo. La medicina funciona como un obturador del pensamiento en el sentido de que no me deja ver por qué me enfermo. Sería bueno pensarlo y discutirlo socialmente, ya que gastamos el 10% del PBI, y fácilmente el 2 o 3% de eso es plata mal gastada. ¿Qué podríamos hacer con ese 2-3 %? podríamos sacar a la gente de la exclusión social.

¿Se gasta más en salud que en educación?

No es solo gasto del Estado, es gasto de la seguridad social y del bolsillo de cada persona. Y sumado es una fortuna lo que se gasta. Hay países que gastan la mitad y tienen mejores indicadores que nosotros. En los años 60 en *Wall Street* se hablaba del dólar médico; el gran negocio era invertir en las empresas médicas. El complejo médico industrial, denunciado en los años 80, refiere a ese problema.

Como bien lo dice Peter Conrad², la industria farmacéutica es un crimen organizado. Marcia Angell, editora en jefe del *New England Journal of Medicine*, una de las revistas más prestigiosas de la medicina, escribe un libro sobre el tema: *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*³. Muestra cómo los laboratorios adulteran, "coimean" y presionan y luego las publicaciones científicas traen esos productos como evidencias científicas a seguir como patrón de seriedad. Eso es colonialismo. Ambas publicaciones muestran que la mafia de los medicamentos es muy poderosa.

2 Medicalization and social control. Se puede leer en <https://www.jstor.org/stable/2083452> Annu. Rev. Sociol. 1992. 18:209 -32

3 Se puede descargar de <https://redbioetica.com.ar/la-verdad-la-industria-farmaceutica/>

En los años 70, con el informe Lalonde, se empieza a hablar del corrimiento del gasto del estado en salud...

Lalonde lo que hace en cierta manera es, con las cuestiones del autocuidado, responsabilizar a las víctimas. Yo sé que no tengo que comer grasas saturadas, que no tengo que fumar, ¿pero puedo hacerlo?, ¿tengo el suficiente dinero? ¿La suficiente calidad de vida? *La salud persecutoria*⁴ es un libro de Luis Castiel donde problematiza esto que señalo.

En relación con la educación, cuando preguntamos a docentes y estudiantes ¿qué es la salud? frecuentemente remiten a las viejas definiciones de la OMS, también reproducidas en los medios de comunicación. Esa concepción no se revisa. Se asocia la salud con los estilos de vida...

Si se revisa, producís una revolución. Imagínate que la gente fuera consciente de lo que estamos señalando ¿Qué pasaría?

Desde la educación en salud, eso es lo que queremos lograr. Si se miran los libros de educación para la salud de hace 20-30 años hasta ahora, y los currículos de la escuela y de la formación docente, se ve que están centrados en enfatizar la importancia del cambio de conductas

Eso lo define muy bien la escuela de sociología de Chicago: la culpabilización de la víctima. La educación para la salud ha sido un fracaso en el sentido de pensar que la gente toma decisiones desde la racionalidad. Y en ello, hay que señalar a Parsons como el gran ideólogo que desde el funcionalismo llevó adelante estas ideas.

Se ve claramente el vínculo entre lo que planteas y lo que, desde la educación en salud, proponemos que: la salud no depende de la medicina, que es un hecho individual y social, que hay una insoslayable responsabilidad del estado, como derecho, y que no se puede educar para cambiar la conducta. Los docentes se sienten desilusionados cuando perciben que no logran cambiar la conducta de sus estudiantes. Te pregunto tu opinión acerca de las diferencias entre determinantes sociales, propuestos por la OMS, y determinación social de la salud.

Determinantes sociales es un concepto falso, fragmenta lo social. Por otro lado, Cecilia Minayo⁵ cuestiona la idea de determinación en discusión con Jaime Breilh⁶. Si hay determinación ¿qué queda por hacer? Y ella se plantea la acción.

4 <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/2>

5 Minayo M C S. (2021) Determinação social, não! Por quê? Cad. Saúde Pública 37(12).

6 Breilh j. (2021) La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la "experticia" a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. Cad. Saúde Pública 37(12) www.scielo.org/article/csp/2021.v37n12/e00237621/

Va en la dirección de lo que propones en tu libro Sentirjugarhacer-pensar⁷

La determinación es importante para describir. Pero los educadores tendrían que ver cómo cambiar el paradigma con la acción, trabajando con los estudiantes. Debemos pasar del enseñar al aprender. Enseñamos mucho pero se aprende poco. Y solo se aprende cuando se hace. Enseñar no es transferir conocimientos, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción, señala Paulo Freire.

Volviendo a esta idea de que en educación todavía impera la idea de que la educación para la salud debe procurar cambiar hábitos y conductas...

Veamos si esta idea funciona en nuestras relaciones personales, si nos sirve con nuestras parejas, con nuestros hijos. Evidentemente no. Lo relacional es mucho más complejo. Como nos dice Menéndez⁸, los campos de la salud y de la educación son relacionales. Esto implica un cambio epistemológico muy fuerte y a eso hay que apostar.

Hay mucha producción académica en estos temas, sobre todo en Latinoamérica, en los últimos 20-30 años. Sin embargo, en la escuela y en la formación docente se siguen manejando modelos que hoy en día están siendo revisados y cuestionados en la academia. ¿Cómo llevar esto a la escuela, a la formación de ciudadanías?

Hay que revisar la matriz epistémica, pasar de lo racional a lo relacional. Trabajamos con los modelos del *homo sapiens* y del *homo faber*, que son los modelos de la fábrica, e ignoramos la importancia del *homo ludens*. Cuando le preguntas a un trabajador de la salud o de la educación, si cuando trabaja juega, usa máscaras, tiene distintos personajes, se ríe con picardía, sabe que lo hace, pero no sabe porqué lo hace. Sin embargo, puesto a pensar se ubica como un *homo sapiens* que hace cosas para que el otro haga. Pero no funciona así lo social.

Los próximos años uds. también deberían poder pensar en la educación de otros niveles de escolarización porque es la manera de llegar a la gente

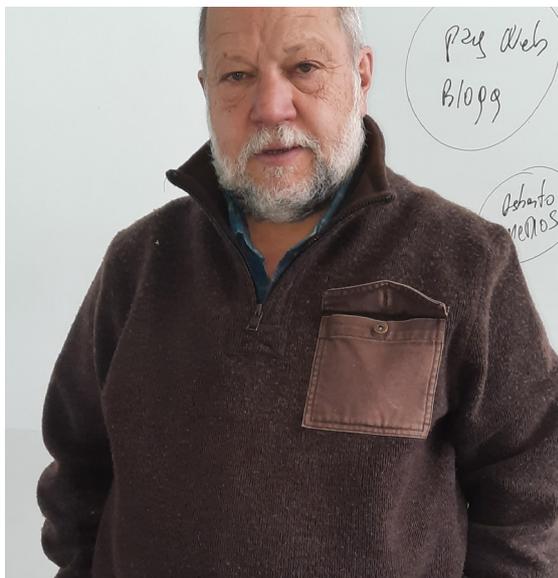
Un campo en el que se gastan 40 mil millones de dólares por año en salud es un campo muy complejo, hay muchos intereses creados, es un problema a nivel mundial. Los políticos tendrán que discutirlo, los trabajadores de la salud y de la educación lo trabajarán en sus micropolíticas del consultorio o de las aulas.

7 Spinelli, H. (2022) Sentirjugarhacerpensar. La acción en el campo de la salud. Disponible en <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/25>

8 Menéndez E. (2009) De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.

Para eso van a estar las generaciones siguientes, para producir el cambio...

Esperemos que sí.



Hugo Spinelli. Médico Diplomado en Salud Pública (UBA). Doctorado en Salud Colectiva en Campinas, Brasil, en 1998. Actualmente es director del Instituto de Salud Colectiva (ISCo) de la Universidad Nacional de Lanús, en el que funcionan la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, las Especializaciones en Gestión en Salud y en Epidemiología, y el Doctorado en Salud Colectiva. Dirige la colección de libros Salud Colectiva, editado por Lugar Editorial, la Revista Salud Colectiva y la colección de libros digitales de acceso libre Cuadernos del ISCo, disponibles en <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog>