

Salud global en movimiento. Una disección de intervenciones en salud en un curso de inmersión a la medicina social

Jackie Aloba, Pamella Aol, Morris Ocitti, Ambrose Katungi, Eddie Kakungulu, Peter Kiiza, Irene Bagala Bakyawa, Julian Atim, Michael Westerhaus, Amy Finnegan

A. Introducción y esquema general del curso

La mayoría de los trabajadores de la salud global está de acuerdo en que cuando se intenta entender a la enfermedad o a la salud poblacional en contextos de bajos recursos, el prestar atención a factores sociales como la pobreza, la inequidad de género y la violencia, es crucial (Anderson et al 2005, Farmer 2005). Sin embargo, las pedagogías en salud tienen a menudo un enfoque que presta poca o ninguna atención al *cómo* y *si* las intervenciones

en salud global abordan estos factores de manera apropiada y adecuada. Se asume de manera acrítica que en cuanto se toman en cuenta los temas que la lente de los determinantes de salud revelan, necesariamente serán implementados proyectos que mejoren las vidas de los pobres. Los orígenes de la medicina social nos invitan a mirar no nada más a los determinantes sociales de la enfermedad, sino también al mecanismo para abordarlos; especialmente a los programas políticos de la reforma social, que están diseñados para mejorar las condiciones de salud (Porter 2006).

Jackie Aloba. Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Gulu, Gulu, Uganda (EM; FM-UG). Correo-e: Halobo2k5@yahoo.com

Pamella Aol. EM; FM-UG.

Correo-e: Hmwapamella@yahoo.com

Morris Ocitti. EM; FM-UG.

Correo-e: Hmorrisocit@yahoo.ca

Ambrose Katungi EM; FM-UG.

Correo-e: Hambrosemuhezik@gmail.com

Eddie Kakungulu. EM; FM-UG.

Correo-e: Hprincekaed@yahoo.com

Peter Kiiza. EM; FM-UG.

Correo-e: Hkiizaptr@yahoo.com

Irene Bagala Bakyawa. EM; FM-UG.

Correo-e: Hbglirene@yahoo.com

Julian Atim. MB, Ch.B. *Uganda Health Marketing Group*, Kampala, Uganda, Movimiento de Salud de los Pueblos. Correo-e: Hatim.julian@gmail.com

Michael Westerhaus. MD, MA *Brigham and Women's Hospital*, División de Equidad en Salud Global, Boston, MA. Correo-e: Hmwesterhaus@partners.org

Amy Finnegan. MALD, MA, *Boston College*, Departamento de Sociología, Boston, MA. Correo-e: Hfinnegaa@bc.edu

En un curso de inmersión a la medicina social llevado a cabo en Gulu, Uganda (titulado “Más allá de la base biológica de la enfermedad: las causas sociales y económicas de la enfermedad”) en el que todos los autores participamos, dedicamos gran parte del mes de su duración, al aprendizaje de *cómo* intentan abordar los trabajadores en salud los determinantes sociales de la enfermedad. Exploramos este tema por medio de discusiones de casos de pacientes, además de enseñanzas clínicas, charlas didácticas realizadas por una gran cantidad de profesores, discusiones en grupo, actividades interactivas, de documentales y de visitas de campo, lo que nos motivó a reflexionar sobre los diferentes modelos de intervención en salud global.

El presente trabajo tiene como finalidad compartir la experiencia de nuestro curso, con énfasis especial en nuestros esfuerzos por promover el análisis crítico de las intervenciones en salud global en contextos de pocos recursos.

Fotografía 1 Participantes del curso de medicina social, 2010



Fotografía: Brian Blank, 2010

Durante enero y febrero de 2010, el curso reunió a 21 estudiantes de medicina de diversas partes del mundo: doce de Uganda, ocho de los EEUU y uno de Holanda (Foto 1). Los estudiantes no-ugandeses se enteraron del curso a través de anuncios en *blogs* sobre salud global, listas de servidores y revistas. Por otro lado, los ugandeses se enteraron por medio de publicidad realizada por el Grupo Estudiantil a Favor de la Equidad en Salud (SEHC, por sus siglas en inglés) de la Universidad Gulu; una organización dedicada a la promoción de la equidad en salud a través de esfuerzos de apoyo. Todos los estudiantes entregaron solicitudes diseñadas para evaluar sus intereses y su experiencia en medicina social, así como su potencial de desarrollo por medio del contenido del curso. Basándose en la evaluación de estas aplicaciones, los instructores del curso seleccionaron a un grupo final con procedencias de clase, género y origen étnico diversos, con amplia experiencia en salud global y medicina social. Todos los participantes se encontraban en los años “clínicos” de su formación (en el tercer o cuarto

año). El curso fue optativo para todos los estudiantes; la mayoría de los no ugandeses obtuvo créditos por su participación, mismos que fueron reconocidos por las escuelas de medicina de origen.

En el curso participaron instructores de medio tiempo y de tiempo completo. El profesorado y los organizadores de tiempo completo incluyeron a: Julian Atim, un médico de Ugandan con una maestría en Salud Pública de Harvard; a Michael Westerhaus, un médico residente estadounidense, activo en el campo de la equidad en salud global en el *Brigham and Women's Hospital*; y a Amy Finnegan, una estudiante del doctorado en sociología de la Universidad de Boston, con experiencia en movimientos sociales y en medicina social. Además de los instructores de tiempo completo, también participaron profesores de medio tiempo de diversos campos: profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Gulu, gente involucrada en organizaciones no gubernamentales (ONGs) que implementan la

medicina social y la salud global y líderes de cuerpos e instituciones gubernamentales.

Primera fotografía

Por medio de los métodos pedagógicos antes mencionados, el curso fusionó la enseñanza de la medicina social y clínica, con el fin de proveer una inmersión única en la salud global dentro de un contexto africano. Nosotros hacemos uso de la educación crítica como una herramienta para preparar a los estudiantes a desempeñarse como practicantes de la medicina social. El curso fue diseñado con los siguientes objetivos:

1. Proporcionar a estudiantes de medicina una experiencia estructurada de inmersión a la salud global, con supervisión y enseñanza dedicadas a las áreas de la medicina clínica y social.
2. Estudiar los temas relacionados a la salud global en contextos de pocos recursos, enfatizando los contextos locales y globales.
3. Fomentar el análisis crítico de las intervenciones en salud global en contextos de pocos recursos.
4. Facilitar el desarrollo de un enfoque clínico a la enfermedad, utilizando un modelo biosocial, a través de supervisión y enseñanza estructuradas.
5. Aumentar el entendimiento y el conjunto de habilidades asociados al papel del médico como defensor de la equidad en salud.
6. Promover la solidaridad y la asociación internacionales en la generación de soluciones a los retos en salud global que enfrentan las sociedades del mundo.
7. Durante el curso, estos objetivos fueron logrados a través de métodos pedagógicos que tuvieron como objetivo la *concientización* o “elevación de la conciencia” de los involucrados (Freire 1970:101).

Aunque siempre se intentó vincular a las enfermedades clínicas con los temas de medicina social, las mañanas se dedicaron a la medicina clínica y las tardes al involucramiento explícito con los temas sociales (Foto 2).

Típicamente, las mañanas empezaron con visitas a las salas hospitalarias y con discusiones de caso sobre temas como malaria, tuberculosis, tétanos, desnutrición, VIH/SIDA, salud mental,

esquistosomiasis, infecciones respiratorias agudas, sarampión y enfermedades reumáticas y cardíacas.

Fotografía 2

Presentación en clase y discusión sobre el tema “Guerra y Salud” por Julian Atim



Fotografía: Brian Blank, 2010

El programa de estudios de las tardes, estuvo dividido en las siguientes cinco unidades:

Parte 1 – Determinantes de la salud más allá de la biología: causas sociales y económicas de la enfermedad.

Parte 2 – Intervenciones en salud global: los paradigmas de beneficencia, humanitarismo y cambio estructural.

Parte 3 – La justicia social en intervenciones en salud: modelos de atención a la salud basados en la comunidad.

Parte 4 – Los derechos a la salud y los derechos humanos: el trabajador en salud como su defensor.

Parte 5 – Las herramientas para una aplicación efectiva de la experiencia en salud global: la redacción, la fotografía, la investigación y el involucramiento político.

El contenido del curso y las metodologías tuvieron como objetivo común proveer a los estudiantes de un ambiente dinámico, desafiante e interactivo para enfrentar los contextos locales y globales de las causas de la enfermedad, más allá de la biología. Además de proveer familiaridad con un conjunto principal de temas de medicina tropical clínica y de medicina social necesario para la *comprensión* de los determinantes sociales de la enfermedad en contextos de pocos recursos. El diseño del curso también buscó introducir a los estudiantes al *cómo enfrentar* tales problemas de salud a través del cuestionamiento de varios modelos de intervención en salud global. Después de revisar la estructura analítica utilizada en nuestra clase para la conceptualización de las intervenciones, este trabajo resaltaré los modos en que las experiencias en las aulas, las visitas de campo y los documentales nos dieron la oportunidad de examinar crítica y detalladamente a las intervenciones en salud global a través de la lente de la medicina social.

B. Un marco analítico para las intervenciones en salud global

Las intervenciones en salud global, hoy en día, cobran formas diversas: movilizan a los actores en contextos locales y mundiales e implican componentes complejos de financiamiento, de programación y de logística. La forma y la lógica de estas intervenciones dependen de cómo se definen las raíces de la enfermedad. Por ejemplo, la conceptualización de la malaria en niños como resultado del fracaso del uso apropiado de mosquiteros por los cuidadores, resulta en intervenciones educativas destinadas a la corrección del comportamiento problemático. Por otro lado, la conceptualización del mismo problema como resultado de pobreza y de desigualdades económicas y de género tiene como resultado intervenciones políticas y sociales que promueven la equidad socioeconómica y de género. Siendo resultado de visiones del mundo y de valores particulares, así como de la formación educativa de los individuos y de las organizaciones involucrados, las intervenciones siempre tienen posiciones políticas y morales que dan forma a las soluciones ofrecidas (Stewart et al. 2010; Feierman et al. 2010).

Con el fin de estudiar rigurosamente a las intervenciones en salud global como parte del programa de estudios de medicina social, es útil contextualizar tales análisis en un marco más amplio. Basándose en las enseñanzas de la teología de la liberación (Pixley y Boff 1989; Gutierrez 1973), el médico-antropólogo Paul Farmer (1995) identificó tres categorías de respuesta a las cargas de la enfermedad importantes halladas entre los pobres: ***beneficencia, desarrollo y justicia social***. Aunque ofrecen una respuesta concreta a necesidades humanitarias urgentes, las intervenciones basadas en la *beneficencia* típicamente “presuponen que aquéllos que tienen y los que no siempre existirán” y consiste en una “beneficencia falsa” porque las causas subyacentes de la inequidad no son abordadas (Farmer 1995).

Por otro lado, las intervenciones de *desarrollo* buscan el progreso por medio de la implementación de programas destinados al logro de una serie de metas (a menudo laudables) que son evaluadas por medio de indicadores socioeconómicos. Sin embargo, aquéllos con el poder y “con las riendas” determinan típicamente las metas específicas; el desarrollo es considerado un “proceso natural” que depende del cambio en el conocimiento, de las actitudes y de las prácticas de los pobres (Farmer 1995). En cambio, los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los ricos y de los poderosos son rara vez confrontados o examinados. Por último, las intervenciones basadas en los principios de *justicia social* operan generalmente desde el entendimiento de que “el mundo está seriamente viciado” y que “las condiciones en la que los pobres se hallan no nada más son inaceptables, sino que resultan de una violencia estructural producida por la humanidad” (Farmer 1995).

Por lo tanto, tales intervenciones operan típicamente para cambiar políticas opresivas y trabajan a favor de la redistribución de recursos.

Los modelos de justicia social pueden flaquear a causa de planes de acción poco o mal pensados, de las trampas inmovilizantes de la romantización y de la fuerte resistencia ejercida por aquéllos en el poder (la Tabla 1 presenta un resumen más integral de estos varios modelos).

Tabla 1
Modelos de intervenciones de salud global

| Modelo de intervención | Beneficios | Críticas | Ejemplos |
|------------------------|---|--|--|
| Beneficencia | <ul style="list-style-type: none"> • Atiende necesidades urgentes de sobrevivencia • Se hace uso de equipo médico y de medicamentos sobrantes • Los donantes ven más allá de sí mismos | <ul style="list-style-type: none"> • Supuesto implícito de que la pobreza y la inequidad siempre existirán • Poco reconocimiento de las causas profundas del sufrimiento • Generosidad falsa | <ul style="list-style-type: none"> • Programas de apoyo a niños para cubrir las cuotas escolares y de salud • Respuestas humanitarias a la guerra y a desastres naturales • Programas de donación de equipo médico |
| Desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> • Progreso hacia ciertos indicadores socioeconómicos • Centrados en soluciones y en marcos a más largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Ubica a la pobreza y a la inequidad como un problema inherente de los pobres • Muy poca crítica y/o acciones para cambiar las estructuras sociales y económicas que perpetúan el sufrimiento. • Asume la necesidad de un progreso lineal basado en conceptos occidentales de modernización. • Enfocado en tendencias generales de salud, lo que esconde las diferencias entre clases dentro de países | <ul style="list-style-type: none"> • Programas educativos en salud e higiene • La privatización del sector salud para fomentar que las fuerzas del mercado den forma a la provisión de salud • El abordaje de problemas a través de encuestas de conocimiento, actitud y práctica (KAP, por sus siglas en inglés) |
| Justicia social | <ul style="list-style-type: none"> • Intenta atender las causas subyacentes de la pobreza • Hace un análisis profundo de contextos locales y globales y de sus vínculos históricos y sociales con el fin de entender los resultados en salud. • Respeto igualitario a favor de la dignidad de todos los individuos | <ul style="list-style-type: none"> • Plan de acción vago y acciones pragmáticas inadecuadas • Excesivamente romantizado • Insostenible debido a objetivos poco realistas | <ul style="list-style-type: none"> • Los esfuerzos para preservar/mejorar el acceso a los medicamentos genéricos • Movimientos sociales a favor de equidad en salud, tal como el Movimiento por la Salud de los Pueblos (2000) • Investigación de Acción Participativa (Cornwall y Jewkes 1995) |

Fuente: elaboración propia, 2011, basad en Farmer, 1995; Pixley y Boff, 1989; Gutiérrez, 1973.

En la segunda semana del curso utilizamos esta estructura paradigmática como base para un análisis crítico de las intervenciones en salud; especialmente, para las observadas en las visitas de campo, aunque también para las que conocimos a través de la lectura y discusión en clase. Después de familiarizarnos con una intervención específica, dedicamos tiempo en clase para analizar tales esfuerzos de manera colectiva, utilizando el modelo de Farmer para dar marco a la discusión. Es importante notar que la mayoría de las intervenciones integran a menudo aspectos de

todos los modelos. Es muy poco común que una intervención se limite a un solo modelo. Sin embargo, la intervención está guiada por una lógica dominante basada en un modelo. Además, las diferencias entre estos modelos pueden ser hechas explícitas a través de un examen riguroso de la lógica que motiva a las intervenciones, y no a través de la identificación de sus acciones concretas, ya que acciones similares (tales como la distribución de medicamentos a los pobres) puede ser resultado de diferentes modelos. La lógica empleada tiene, no obstante, un impacto profundo

en la comprensión del problema, quién o qué es visto como la causa raíz del problema y el modo en que esta acción concreta es finalmente lograda. En el caso de la distribución de medicamentos, el modelo empleado implica una diferencia entre la provisión de medicamentos caducos que no han sido utilizados provenientes de hospitales de los EEUU a los pobres (*beneficencia*) versus el trabajar a favor del aseguramiento de un suministro seguro, sustentable y de bajo costo de medicamentos genéricos para los pobres (*justicia social*).

Dentro de este marco analítico, la pedagogía de nuestro curso enfatiza la importancia del entrenamiento de médicos para que funjan como defensores de sus pacientes y los apoyen para que éstos se conviertan en agentes de su propia salud. Además, en la reflexión sobre intervenciones en salud, el curso insiste en que los estudiantes cuestionen y analicen las intervenciones por medio de un examen crítico de su propio papel. Tales preguntas incluyen: ¿Cuál es mi motivación personal para trabajar como médico? ¿Cómo puedo trabajar de manera más efectiva como defensor del paciente en esta intervención particular? ¿Cuáles son las consecuencias potenciales no-deliberadas de mi participación como defensor? ¿Provee esta intervención la oportunidad de que el paciente actúe como agente de su propia salud? ¿Cómo podría mi participación crear espacio u obligar al paciente a trabajar como agente de su propia salud? y, por último ¿Ayuda esta intervención a que el paciente sólo sobreviva en el fondo de un sistema opresivo o le da herramientas para reorganizar a los sistemas en unos que promuevan la redistribución de recursos, de poder y de salud de manera más equitativa?

A través de la reflexión y la conversación sobre estos temas, el curso intenta trasladar la teoría de la concientización en consideraciones prácticas y en habilidades para que los estudiantes distingan su papel como futuros defensores.

C. El análisis de intervenciones en salud global a través del lente de la medicina social

Haciendo uso de la pedagogía de “plantear un problema” (Freire 1970) para promover el análisis crítico y el diálogo, se integraron a nuestro curso tres tipos de abordaje al trabajo de intervención en

salud global: expositores invitados y discusiones, visitas de campo y documentales. Con la finalidad de ilustrar nuestro modelo innovador de enseñanza de manera tangible, a continuación describimos un ejemplo de estas actividades e incorporamos las reflexiones de algunos estudiantes.

Expositores invitados y discusiones en clase

Con el fin de que los estudiantes tuvieran la oportunidad de conocer una diversidad de practicantes involucrados en intervenciones en salud global, se invitó a una serie de expositores de varias organizaciones para que facilitaran la discusión en clase. Entre éstos, hubo participantes del *Human Rights Focus* (HURIFO, www.hurifo.org/ 15 de diciembre, 2011), una organización de base de Uganda que utiliza mecanismos legales para proteger los derechos humanos en el norte del país; un funcionario de salud pública involucrado en el diseño y en la implementación de programas de salud en el distrito de Amuru; y un representante, tanto del Movimiento de Salud de los Pueblos (MSP, una red mundial de organizaciones de apoyo, <http://www.phmovement.org/> 15 de diciembre, 2011), como de *Partners in Health* (PIH, www.pih.org/ 15 de diciembre, 2011), una ONG internacional que trabaja en la provisión de atención médica basada en la comunidad.

En todos los casos se pidió que los estudiantes hicieran uso de los marcos arriba presentados para analizar cada intervención. Durante la visita de HURIFO, Patrick¹, un trabajador comunitario de la organización, condujo una discusión abierta sobre su trabajo a favor de la protección a los derechos humanos (llevadas a cabo por medio de campañas sobre temas de género, crímenes de guerra, buena gobernabilidad, apoyo legal a víctimas de abusos contra los derechos humanos y capacitación de individuos de la comunidad como promotores de derechos humanos). A través de un diálogo interactivo, los estudiantes conocieron los modos concretos en que HURIFO trabaja en el logro de su objetivo principal: “... crear un ambiente que permita la protección, el mejoramiento y la promoción de los derechos humanos en Uganda, en

¹ Los nombres han sido modificados para garantizar la confidencialidad de las personas.

particular, y en el mundo, en general...” (HURIFO 2011). Patrick también expuso la filosofía de financiamiento de la organización, que busca asegurar que las fuentes sean lo más imparciales posibles, por ejemplo, la organización rechaza fondos de USAID debido a un conflicto potencial de intereses.

En la reflexión, los estudiantes estuvieron generalmente de acuerdo en que HURIFO representa el modelo de justicia social. Subrayaron que la organización toma en cuenta las realidades locales de la guerra reciente, cambia directamente las estructuras y las acciones gubernamentales y trabaja a favor del respeto igualitario de todos los individuos. Los estudiantes sintieron también que HURIFO puede evitar las trampas de la justicia social: es decir, la retórica sin acción. Una estudiante de Uganda dijo:

Estos tratados [de derechos humanos] necesitan ser implementados a través de la creación de conciencia y de empoderamiento para que la gente demande sus derechos cuando éstos no sean respetados. Los gobiernos también tienen un papel importante en el respeto, en la protección y en el cumplimiento de los derechos de sus ciudadanos por medio de la provisión de paz, de seguridad y de legislaciones fuertes que las promuevan. Ya que a falta de armonía entre los ciudadanos y sin seguridad nacional, la salud pública puede ser puesta en peligro y se puede dificultar la prevención o el control de las enfermedades transmisibles; por ejemplo en caso de guerra y de desplazamiento de poblaciones.

El compromiso de HURIFO con el cambio social motivó a esta estudiante a tomar acción en su propia vida:

Una lección muy importante que aprendí en este curso es que no tengo que primero acabar la escuela de medicina, ser médico o volverme rica para poder ayudar a mi comunidad; todo lo que necesito son habilidades como defensora y un grupo organizado como el de los Estudiantes a Favor de la Equidad en la

Atención a la Salud (SEHC², por sus siglas en inglés). Así puedo ahorrar tiempo para el trabajo de defensa a través de pláticas sobre los derechos sociales que afectan la salud: como el derecho a la paz y a la seguridad, para evitar enfermedades transmisibles que pueden expandirse fácilmente en campos de refugiados, el derecho a buenos caminos para reducir los accidentes de tráfico y promover el mejoramiento al acceso a las unidades de salud, el derecho a agua potable y segura para prevenir enfermedades contraídas por agua contaminada...

La participación de un funcionario de salud pública de Amuru brindó a los estudiantes la oportunidad de interactuar con un agente gubernamental profundamente involucrado en los esfuerzos para implementar servicios de atención sanitaria en circunstancias extremadamente difíciles. Primero, proporcionó una visión general del distrito de Amuru, un área rural con solo un médico por cada 50,000 personas, una cobertura de letrinas del 60%, una tasa de pobreza del 68% y un índice de mortalidad infantil de 172 por cada 1000 por nacimientos vivos (Amuru District 2008). Después compartió las oportunidades y frustraciones vividas en el trabajo de mejoramiento de la provisión de atención en salud en Amuru en vistas de la escasez extrema de personal, la falta de instalaciones y del apoyo inadecuado del gobierno central, así como el delicado equilibrio en el trabajo con ONGs que operan motivadas por intereses propios.

La respuesta de los estudiantes a la presentación del funcionario en salud pública provocó reacciones diversas. Algunos se mostraron interesados en conocer a un individuo trabajando dentro del sector salud a favor de un cambio social auténtico. Por otro lado, reflejando percepciones comunes que los locales tienen de su propio gobierno, algunos sintieron que su discurso era simple retórica. Un estudiante ugandés dijo:

² SEHC es un grupo nacional de estudiantes de medicina trabajando a favor de la defensa de la salud. Muchos de los participantes ugandeses estaba afiliados a la delegación de la Universidad de Gulu.

comprometidas con la construcción de sistemas de

Fotografía 3

Interacción con pacientes del *Bobi Health Center* como parte de la visita al NUMAT



Fotografía: Brian Blank, 2010.

El Ministerio de Salud, un cuerpo gubernamental que tiene como tareas principales la formulación de políticas, el aseguramiento de la calidad de servicios, la realización de investigación, el monitoreo y la evaluación del desempeño general del sector salud, ha trabajado sin descanso en la exposición de políticas e intervenciones de salud, pero la implementación sigue siendo extraña... el funcionario deja claro que los recursos están disponibles pero en su discusión no hubo sugerencias para abordar los retos socioeconómicos que han afectado al sector salud.

En general, los estudiantes sintieron que el trabajo en salud del gobierno de Uganda no puede ser ubicado en un solo modelo; vieron al trabajo del sector público simultáneamente involucrado en la beneficencia, en el desarrollo y en la justicia social.

Por último, un representante tanto del MSP como del PIH visitó la clase. Durante dos días, presentó el MSP a los estudiantes, una red mundial de base constituida por individuos y organizaciones

salud equitativos y la superación de las fuerzas desestabilizantes de la globalización económica (Declaración para la Salud de los Pueblos 2000). También expuso el modelo basado en la comunidad utilizado por MSP en el trabajo contra VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria y a favor de atención primaria en lugares como Haití, Ruanda y Lesotho (*Partners in Health* 2006). El modelo del MSP depende fuertemente de trabajadores comunitarios en salud que realizan visitas a domicilio y juegan un papel central en la provisión de atención en salud en contextos de bajos recursos. Una estudiante de Uganda respondió emocionada:

La gente que es enviada como trabajadora de salud global debería obtener por lo menos un entrenamiento básico sobre la cultura con la que van a trabajar y cómo interactuar con ella. De no ser así, el modo en que nos vestimos, actuamos e interactuamos con la comunidad tiene un gran impacto en la aceptabilidad y el apoyo del proyecto. La clave para que el proyecto tenga éxito es involucrar a la comunidad desde el principio y

asegurar su participación en cada paso del proyecto.

Los estudiantes generalmente mostraron entusiasmo a favor de esfuerzos basados en la comunidad y de la sensibilidad cultural como componentes esenciales de la efectividad en la provisión de atención sanitaria. Para ellos, el MSP y el enfoque de PIH representaron modelos de justicia social con algunos elementos de beneficencia y desarrollo.

Las visitas de campo

Las visitas de campo constituyeron un componente esencial del curso, dieron la oportunidad a los estudiantes de ir más allá de una evaluación teórica y descriptiva de las intervenciones y tener una experiencia más práctica, de observación y participativa. Los sitios particulares fueron elegidos en función de las diferencias percibidas en la filosofía y la lógica que motiva sus actividades. Éstos fueron: *The AIDS Support Organization* (TASO), una organización de base trabajando en todo país que ofrece servicios de prevención y de tratamiento contra el SIDA; el *Northern Uganda Malaria, AIDS, and TB (NUMAT) Project* (el proyecto del Norte de Uganda contra la Malaria, el Sida y la Tuberculosis), un proyecto de cinco años de edad financiado con fondos de los EEUU trabajando en contra de la alta prevalencia de estas enfermedades en las comunidades (ver la imagen 3); y un centro de salud periférico de Amuru, basado en la comunidad y administrado por un gran hospital de una misión católica sin fines de lucro.

Durante las tres visitas, los estudiantes participaron en actividades clínicas y de vinculación, como fue comentado por un estudiante:

Nuestro curso implicó el ir a centros de salud para interactuar con los trabajadores y con la población atendida. También interactuamos con el personal de salud de diferentes ONGs involucradas en el desarrollo y la sustentabilidad de estos centros. Las sesiones fueron llevadas a cabo para proveer servicios de salud e información, incluyendo educación en salud, vinculación con la Escuela y el tratamiento de pacientes. Por último, también se hizo uso de las

interacciones para promover un acercamiento social entre los proveedores de servicios y los beneficiarios por medio de partidos de fútbol, de baile y de canciones, lo que fue al mismo tiempo divertido y educativo.

Después de las visitas de campo, se llevaron a cabo discusiones en grupo con el fin de promover el análisis crítico de cada intervención, las discusiones estuvieron basadas en las experiencias vividas durante las visitas. Los estudiantes encontraron aspectos de beneficencia, desarrollo y justicia social en cada modelo y tuvieron dificultades en la determinación del modelo predominante; a excepción de NUMAT, en donde creyeron ver claramente representado al modelo de desarrollo. Aunque la mayoría de las intervenciones analizadas promovía el principio de justicia social y acceso igualitario a los servicios de salud, ninguna abordaba las causas estructurales de la pobreza; por ende, los estudiantes sugirieron que la mayoría de las intervenciones visitadas representa en gran parte al modelo de desarrollo. Las visitas de campo fueron consideradas un aspecto fundamental de la pedagogía del curso, ya que ofrecieron la oportunidad de llevar la teoría aprendida en clase y aplicarla a las realidades locales. En tal proceso, descubrieron que en la implementación de las intervenciones al mundo real, éstas son complejas, dinámicas y difíciles de categorizar y, a veces, contradictorias.

Documentales

Por último, se hizo uso de documentales para complementar las preguntas establecidas en las discusiones y en las visitas de campo. Los documentales incluidos en el curso fueron: *Uganda Rising, War Dance, A Closer Walk, Invisible Children, This Magnificent African Cake, State of Denial* y otros, cortos, describiendo al PIH y a los Médicos sin Fronteras (MSF; www.msf.org.au/, 15 de diciembre, 2011). Este medio les pareció a los estudiantes una forma entretenida y agradable de profundizar su comprensión sobre las diversas intervenciones en salud mundial; tal como es expuesto por un estudiante ugandés:

Este constituyó un contexto muy bueno que nos dio la oportunidad de ver el

modo en que diferentes intervenciones son aplicadas en diversas comunidades, utilizando diferentes aproximaciones en contextos de recursos limitados y el modo en que se controla de manera integral la mortalidad y morbilidad de la carga de la enfermedad, que son estimuladas por causas sociales. A final de cada documental, los estudiantes y facilitadores discutieron los documentales y opinaron sobre lo visto y los posibles modos en que las lecciones aprendidas podrían ser aplicadas en los contextos de los países propios.

Las discusiones estuvieron centradas en el contenido de los documentales, el estilo de representación utilizado por los realizadores y la aplicación de los modelos de intervención. Por ejemplo, *State of Denial*, se centra en los esfuerzos de la Campaña de Acción de Tratamiento (*Treatment Action Campaign/ TAC*) en Sudáfrica para mejorar el acceso a antiretrovirales. Para los estudiantes, TAC provee un ejemplo de una organización de justicia social, ya que utiliza una comprensión histórica del contexto local y mundial para demandar un cambio estructural en el acceso a medicamentos. Por otro lado, un documental de *National Geographic* se centró en el trabajo de los MSF y el un profesional de la salud europeo viajando para realizar diagnósticos y otorgar tratamiento a la gente de un área remota de la República Democrática del Congo, misma que denominó “la tierra de los muertos vivientes”; una actividad paradigmática del modelo de beneficencia (*National Geographic* 2003).

Además de ofrecer una exposición a modelos de intervención, los estudiantes sintieron que los documentales les otorgaron una sensación de vinculación con otros grupos trabajando a favor de la equidad en salud. Un par de estudiantes ugandeses dijeron:

Ayuda otorgar a los estudiantes varias habilidades como defensores y modos en los que estas habilidades pueden ser utilizadas en los contextos propios para

abordar los problemas que afectan a nuestras comunidades.

Los modelos de intervención usados por algunas organizaciones como MSP o MSF pueden ser aplicados en nuestras propias comunidades ya que los problemas son similares. ... esto nos motiva e inspira como defensores para trabajar más intensamente y nos hace ver que el cambio es posible, aunque haya elementos en contra, hace ver que lo que perseguimos es lo correcto, tal como se ve en las campañas de TAC en Sudáfrica... nos ayuda a identificar y a vincularnos con otros defensores de distintos países que comparten la misma visión de lucha a favor del respeto de los derechos humanos de las comunidades marginadas, de los pobres y de los sin voz, que han de ser respetados por todos los accionistas del mundo.

Los documentales sobre los esfuerzos de colectivos realizados en el mundo entero, dieron a los estudiantes una sensación de confianza y de solidaridad para asumir los retos en salud de sus propias comunidades.

D. El impacto de la participación en el curso en los estudiantes

Con la finalidad de evaluar el impacto general del curso, al final se aplicó un cuestionario escrito de manera confidencial a los estudiantes. La mayoría de los participantes reportó un mejoramiento en el nivel de conocimiento y experiencia en salud global y en medicina social. En particular, el 83% de los estudiantes de Uganda dijo haber aumentado de niveles de conocimiento mínimo a niveles moderados/avanzados, por otro lado, el 63% de los estudiantes internacionales señaló haber mejorado su nivel de conocimiento. La mayoría de los alumnos también reportó tener mayor familiaridad con los modelos de justicia social y de provisión de servicios de salud.

Las respuestas cualitativas de los estudiantes en los cuestionarios indican que el curso fue una experiencia transformadora y rica en aprendizaje. Cuando se les pidió que identificaran puntos

centrales de aprendizaje, los estudiantes comentaron lo siguiente:

El trabajo con la comunidad requiere un compromiso de por vida y la participación de la comunidad en cada paso del programa.

El curso me ha inspirado para exigir a los funcionarios electos de los EEUU que realicen cambios a favor de los derechos humanos en nuestro país y en el extranjero.

Aprendí sobre todas la política detrás de la pobreza; las cosas que causan pobreza y los factores que permiten que ésta continúe.

Aprendí que aunque el combate en contra de los factores que contribuyen a la pobreza y a las inequidades en salud es difícil, es posible.

Estos y otros comentarios revelaron que el curso otorgó a los estudiantes las herramientas para identificar y confrontar los obstáculos en la provisión de servicios de salud de alta calidad para todos.

El impacto de curso también puede ser visto a través del comportamiento de los estudiantes después del curso. Al finalizarlo, los estudiantes desarrollaron de manera independiente grupos de trabajo para enfrentar el agotamiento de medicamentos anti-retrovirales en Uganda, la provisión médica inadecuada en los centros de salud y el mal suplemento de alimentos en contra de la desnutrición en áreas rurales. Además, el grupo inició una lista de correos electrónicos para promover la comunicación de proyectos y otras noticias sobre medicina social. Unos meses después de terminado curso, un grupo de participantes atendió la capacitación del MSP en Kisumu, Kenya, sobre activismo en salud. Otro grupo de estudiantes escribió un artículo sobre el curso en la revista de medicina de la Universidad de Gulu (Lubega, Kiiza y Westerhaus 2010). Por último, dos estudiantes de medicina estadounidenses regresaron a Gulu a terminar sus rotaciones y continuar el trabajo en los proyectos iniciados durante el curso.

Conclusión

La reunión de un grupo diverso de estudiantes de medicina de diferentes partes del mundo para estudiar medicina social bajo tutela de un conjunto variado de maestros creó una fuerte plataforma

para analizar intervenciones en salud global aplicadas en contextos de pocos recursos. Los participantes del curso examinaron críticamente estas intervenciones como resultado de la “conciencia” creada por los diversos métodos de enseñanza utilizados: como las experiencias en aula, las visitas de campo y los documentales. Las visitas de campo les brindaron a los estudiantes la oportunidad de trasladar la teoría aprendida en el aula a la realidad, mientras que los documentales les ofrecieron una mirada más amplia de intervenciones en salud global a nivel mundial. La yuxtaposición de los modelos locales y extranjeros de intervención ayudó a los estudiantes a ver que aunque los modelos de intervención existen, la transferencia de intervenciones entre localidades distintas requiere de sensibilidad cultural, del empoderamiento de la población objetivo y de su participación en el diseño de intervenciones.

Como futuros expertos en salud global es urgente que los estudiantes de medicina estudien los vínculos irrefutables entre la medicina social y la clínica. El estudio de estos vínculos se logra de manera óptima durante los estudios, cuando se adquieren las bases del conocimiento y las habilidades se desarrollan. Por medio de este curso, los estudiantes apreciaron que el tratamiento de un paciente nunca termina con el abordaje de las causas biológicas de la enfermedad sino que debe incluir una respuesta a los factores sociales, políticos, culturales y económicos que ponen al paciente en riesgo de enfermarse. Tal reconocimiento ayuda a los futuros médicos a ver que los resultados pobres en salud no nada más son producto de un comportamiento poco sano sin que responden a factores externos, a menudo de naturaleza política y económica, ayudándoles así a recomendar soluciones que tomen en cuenta al conjunto de estos factores.

Del mismo modo, los que implementan intervenciones en salud global deben considerar los motivos, los resultados buscados y las potenciales consecuencias no deseadas de una intervención particular y al mismo tiempo buscar la comprensión del contexto mundial y local y sus vínculos para, de ese modo, satisfacer las necesidades en salud de las comunidades de la mejor manera posible. Sin este análisis, los resultados de las intervenciones en salud global

serán poco útiles o hasta desastrosos. En cambio, con éste los individuos y los colectivos (como los estudiantes que participaron en el curso de medicina social en el norte de Uganda) podrán encabezar un cambio social que se traduzca en mejor salud y equidad para todos. Amuru District. Amuru District Development Plan 2008/09 – 2010/11. 2008. Amuru District Local Council.

Referencias

Anderson, Matthew R., Lanny Smith, and Victor Sidel. 2005. "What is Social Medicine?" *Monthly Review* 56 (8). Available at <http://monthlyreview.org/0105anderson.htm#2> (accessed July 5, 2010).

Cornwall, Andrea and Jewkes, Rachel. 1995. "What is Participatory Research?" *Social Science and Medicine* 41(12):1667-1676.

Human Rights Focus. 2011. "HURIFO's goals and objectives." Available at: http://www.hurifo.org/about_us.html (accessed March 11, 2011).

Farmer, Paul. 1995. "Medicine and Social Justice." *America* 173(2): 13-17.

Farmer, Paul. 2005. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press

Feierman, Steven, Kleinman, Arthur, Stewart, Kearsley, Farmer, Paul, and Das, Veena. 2010. "Anthropology, knowledge-flows, and global health." *Global Public Health* 5(2): 122-128.

Freire, Paulo. 1970. *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum Publishing Company

Gutiérrez, Gustavo. 1973. *A Theology of Liberation: History, Politics, and Salvation*. Maryknoll, New York: Orbis Books.

Lubega, Judith Naiga, Kiiza, Kweyunga Peter, Westerhaus, Michael. 2010. "Social Medicine 2010: Studying the Social Determinants of Health." *Gulu University Medical Journal* 5: 24-26.

National Geographic. 2003. *Doctors Without Borders: Life in the Field*. "The Conflict."

Partners in Health. 2006. *PIH Guide to Community-Based Treatment of HIV in Resource-Poor Settings*. Boston: Partners in Health.

Peoples' Health Movement. 2000. "People's Charter for Health." Available at: www.phmovement.org.

Pixley, George W. and Boff, Clodovis. 1989. *The Bible, the Church, and the Poor*. Maryknoll, NY: Orbis Books.

Porter, Dorothy. 2006. "How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading?" *PLOS Medicine* Vol 3 (10): 1667-1672.

Stewart, Kearsley A., Keusch, Gerald T., and Kleinman, Arthur. 2010. "Values and moral experience in global health: Bridging the local and the global." *Global Public Health* 5(2): 115-121.

Recibido: 15 de julio de 2011.

Aprobado: 18 de agosto de 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos