

EDUCANDO A LOS FUTUROS PROFESIONALES DE LA SALUD: UN RETO PARA LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS EN AMÉRICA LATINA

J. Jaime Miranda^{1,2,3,a}, Alicia Ely Yamin^{1,4,5,b}

RESUMEN

La salud ha permanecido en la práctica, en gran medida, en el ámbito de los médicos y profesionales de la salud, quienes han examinado la salud y los problemas de salud prácticamente con un enfoque biomédico basado en la presencia o ausencia de enfermedad. Esta división separa la salud del contexto social —relaciones sociales y de poder— en el que las personas viven. Los autores sostienen, a partir de las graves desigualdades e inequidades existentes en el estado de salud dentro y entre los países en los inicios del siglo XXI, que la salud no puede seguir siendo simplemente un concepto biomédico, sino que debe ampliarse para incorporar los conocimientos de otras disciplinas y, en particular, la de los derechos humanos. Nunca ha sido más importante para los futuros proveedores la necesidad de ser educados en un paradigma más amplio de la salud. No podemos decir que estamos formando "buenos" médicos —o buenos enfermeros y enfermeras, obstetras o técnicos— hasta que se use un modelo de educación médica que considere no sólo los factores biológicos, sino también los factores que determinan la situación social y consideren a la salud como un derecho humano fundamental.

Palabras clave: Educación médica; Derechos humanos; Salud pública; Equidad en salud (fuente: DeCS BIREME).

EDUCATING FUTURE HEALTH PROFESSIONALS: A CHALLENGE FOR HEALTH AND HUMAN RIGHTS IN LATIN AMERICA

ABSTRACT

In practice, health has largely remained the domain of medical and health professionals who have examined health and ill-health in biomedical terms of the presence or absence of disease. Such dichotomization divorces health from the social context—the social and power relations—in which a person lives. We argue that the gross inequalities and inequities in health status within and among countries at the beginning of the Twenty-first Century make it clear that health cannot remain simply a biomedical concept, but must be expanded to incorporate the insights of other disciplines, and in particular those of human rights. Never has it been more crucial for future providers to be educated in a broader paradigm of health. We cannot claim that we are training "good doctors"—or good nurses, midwives or technicians—until we are using a model of medical education that considers not just biological factors but also those factors that determine social status and regards health as a fundamental human right.

Key words: Education, medical; Human rights; Public health; Equity in health (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Hace poco más de sesenta años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) expuso su ahora "clásica" definición de la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades" ⁽¹⁾. La definición de la OMS pone de manifiesto que la salud no puede separarse del contexto social —relaciones sociales y de poder— en la cual viven las personas. A pesar de esta definición explícita, la práctica de salud ha permanecido en gran medida en el ámbito de los médicos y profesionales de la salud quienes, tradicionalmente, han examinado la salud y los problemas de salud precisamente con un enfoque biomédico basado en la presencia o ausencia de enfermedad. Aquí hacemos una revisión de otros enfoques para la comprensión de la salud, que han destacado en América Latina y en otros lugares, así como la promisoría vinculación reciente de los campos de la salud y los derechos humanos. Los autores sostienen, a partir

de las graves desigualdades e inequidades existentes en el estado de salud dentro y entre los países en los inicios del siglo XXI, que la salud no puede seguir siendo simplemente un concepto biomédico, sino que debe ampliarse para incorporar los conocimientos de otras disciplinas y, en particular, la de los derechos humanos.

Dado que la forma en que pensamos y entendemos la salud determina lo que hacemos sobre los problemas de salud, la educación de los futuros médicos es un elemento fundamental en la difusión de un paradigma de salud basado en los principios de los derechos humanos. En la práctica, esto significa, entre otras cosas, la reformulación curricular y de los programas educativos para los futuros profesionales de la salud, de tal manera que al mismo tiempo promueva los derechos de los pacientes y sitúa la atención médica dentro de un marco más amplio de justicia social.

¹ EDHUCASALUD, Asociación Civil para la Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud, Lima, Perú.

² Department of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom.

³ Facultad de Medicina y Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁴ Joseph H. Flom Fellow on Global Health and Human Rights, Harvard Law School, Boston, MA, USA.

⁵ Department of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA.

^a Médico epidemiólogo; ^b Abogada, magíster en salud pública.

ANTES Y MÁS ALLÁ DE LA BIOMEDICINA: OTROS ENFOQUES A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

Históricamente, la salud en América Latina ha sido concebida básicamente en términos morales. Por ejemplo, después de los tiempos coloniales, la atención hospitalaria se prestó casi exclusivamente a través de un sistema privado de sociedades de beneficencia ⁽²⁾. Estas beneficencias eran en su gran mayoría católicas y las enfermedades a menudo se entendían como castigo por el pecado, decaimiento moral o defectos del carácter. Aunque estas beneficencias atendían en gran medida a los pobres y oprimidos, este modelo de salud no permitía ningún análisis de los factores sociales que producen problemas de salud o enfermedad. Fue sólo en el período posterior a la era oligárquica, en fecha tan reciente como los años 1950 y 60 en el Perú, por ejemplo, que el Estado asumió el papel de proveedor de servicios de salud y construyó hospitales públicos ⁽²⁾. El asumir estas responsabilidades hacia la salud por parte del Estado generalmente estuvo acompañado de la construcción de sistemas de seguridad social en la región. El concepto de la asistencia sanitaria como un derecho –más no la salud como un derecho– fue aceptado de manera muy limitada, usualmente vinculado al empleo formal. Sin embargo, en muchos aspectos, el concepto de la atención de salud como beneficencia permaneció arraigado. Los médicos llegaron a ser vistos como los agentes de un estado benefactor y paternalista en lugar de sociedades de ayuda individual ⁽³⁾.

Al mismo tiempo, como dan testimonio la creación de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el campo de la salud pública ocupa cada vez un papel más importante a lo largo del siglo XX en América Latina y en todo el mundo. A través de la epidemiología, el principal instrumento de la salud pública, la salud pasó a ser entendido no simplemente como una pregunta clínica, sino más bien una pregunta o cuestionamiento de la distribución de la enfermedad dentro y entre diferentes poblaciones. A pesar de las útiles herramientas del análisis epidemiológico que usan los encargados de formular políticas en salud, la salud pública tradicional por sí sola no puede proporcionar todas las explicaciones o soluciones requeridas por los enormes problemas de salud que enfrentan los países de América Latina y del mundo ^(4, 5). Una razón fundamental es que la epidemiología convencional se centra en los factores de riesgo individual y trata a la pobreza como un factor contextual de fondo que puede ser controlado o ajustado en cualquier investigación. Citando a Aaron Antonovsky, descrito en un artículo de Nancy Krieger, *la salud pública convencional pregunta en sus estudios acerca del por qué algunas personas nadan bien y otras se ahogan cuando son arrojadas en un río; desplaza y no considera el estudio de quién o quiénes son los que empujan o tiran a esos sujetos hacia la corriente y, qué más podría haber en el agua. El hacer las últimas preguntas nos lleva, necesariamente, a otras escuelas de pensamiento* ⁽⁶⁾. En otras palabras, siempre que las desigualdades estructurales no sean consideradas y permanezcan olvidadas, la salud pública no podrá hacer frente a los problemas más fundamentales de las desigualdades y de la salud que afectan a América Latina y gran parte del resto del mundo ⁽⁷⁻¹⁰⁾. Preocupaciones similares han sido observadas con respecto a los sesgos en el diseño de estudios epidemiológicos en relación con los ingresos ^(11,12) y la raza ⁽¹³⁻¹⁵⁾ como determinantes de la salud.

Aunque los campos de la epidemiología ecosocial y social son relativamente nuevas ⁽⁶⁾, algunos grupos de América Latina desde hace tiempo han producido datos sobre las relaciones entre los factores sociales y los problemas de salud ^(4,5,16,17).

Una revisión de los trabajos sobre la medicina social por parte de grupos en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador y México indica que "la medicina social de América Latina se ha convertido en un campo de trabajo productivo, cuyas conclusiones son pertinentes en todo el mundo" ⁽⁴⁾. Ninguna región del mundo tiene mayores desigualdades en la distribución de la riqueza entre ricos y pobres, con todas sus consecuencias en la distribución de la salud y los problemas de salud, ni tiene una mayor presencia de la Iglesia Católica, con todas sus consecuencias para la salud reproductiva de las mujeres en particular ⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Estas características de contexto sociopolítico latinoamericano, sin duda, han aumentado la urgencia de encontrar nuevos enfoques para definir y abordar la salud. Sin embargo, a excepción de la experiencia de Cuba y del breve predominio de la medicina social en Chile, bajo el presidente –y médico– Salvador Allende, este campo no ha hecho avances generalizados en la filosofía y práctica de los futuros profesionales de la medicina.

Algunos sostienen que los diferentes enfoques existentes para la salud están todos contemplados bajo el paraguas de un concepto amplio y multidisciplinario de la salud pública en sí; sin embargo, otros sostienen que la salud pública se ha visto enriquecida por los conocimientos producidos en otras disciplinas ⁽²¹⁾. En cualquier caso, es incuestionablemente cierto que, por ejemplo, los estudios antropológicos nos han ayudado a entender la salud como un producto del contexto en el que vive la gente. Las herramientas antropológicas han resaltado la construcción cultural del significado de la salud, así como la manera en que las condiciones de pobreza pueden determinar el curso y la amenaza que representan ciertas enfermedades, tales como la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ⁽⁸⁾. El impacto de los estudios antropológicos sobre la TB-MDR basados en la experiencia peruana, han sido tan poderosos que la OMS ha cambiado sus directrices, de una política que desestimó el tratamiento para las personas con TB-MDR en los países pobres por ser demasiado cara, a otra que reconoció la necesidad de dicho tratamiento debido a los grandes peligros y costos que plantean permitir que la TB-MDR no se trate en este contexto ⁽⁸⁾. No es necesario decir que estos cambios en las políticas han resultado en un impacto importante en la medicina en el Perú, desde el cuidado del paciente hasta la salud pública. Sin embargo, la antropología sola sesga el análisis de la *responsabilidad* social –y del Estado– en la salud.

Por su parte, el análisis económico de los problemas de salud, que estaba en aumento en la década de los setenta, sigue siendo un tema frecuente en la literatura médica ⁽²²⁾. Resulta implícita de la discusión previa sobre la TB-MDR, que los análisis económicos –que en general buscan determinar un rango de situaciones, si una propuesta, política o intervención será costo-efectiva– forman parte de otros modos de argumentación sobre la contención de daños y mejoramiento del estado de salud. En la región de América Latina, los análisis económicos de la salud desempeñaron un papel importante en la primera generación de reformas del sector en la década de 1980, y siguen proporcionando el impulso para la reforma de los procesos, a menudo desorganizados, que han marcado la región ⁽²³⁾. La salud es, desde este punto de vista, no un fin en sí mismo sino un medio hacia el desarrollo económico. "Eficiencia, equidad y calidad" han sido los lemas de la reforma de la atención sanitaria en la región, donde la eficiencia ha significado la recuperación de costos mediante los pagos por parte de los usuarios y otros mecanismos; la equidad se

reduce a "la orientación" a las regiones pobres; y la calidad de la atención resulta más dirigida hacia el marketing social que a las nociones de derechos y recursos para resarcir violaciones de estos derechos⁽³⁾. Tanto los proveedores de atención médica y los usuarios, en esta visión, son fundamentales para los objetivos principales de la reforma macroeconómica⁽²⁴⁾.

La contribución de la economía a los problemas de salud recibió la atención mundial en los últimos años después de la publicación de un informe preparado por la *Comisión on Macroeconomics and Health* (CMS)⁽²⁵⁾, encargado por la OMS y preparado por las principales figuras internacionales en el campo. El informe de la CMS concluyó que con el fin de proporcionar bienes y servicios médicos a los 2,5 millones de personas que actualmente no tienen acceso a estos, se requerirá una inversión anual de \$ 163 mil millones de dólares en el 2007. También sostiene que la pobreza no sólo produce problemas de salud, sino que la enfermedad produce la pobreza, sobre todo porque el deterioro de la salud en los primeros años de vida afecta a la productividad futura. En este informe, se estimó que la magnitud de inversión propuesta no sólo podría ahorrar ocho millones de vidas por año a finales de la década, además que los ahorros en las tasas de morbilidad y mortalidad equivaldrían a un beneficio económico de \$ 186 mil millones al año. El llamado de la CMS a prestar atención a las graves desigualdades entre el llamado primer mundo y tercer mundo exponiendo propuestas concretas debe ser aplaudido. Sin embargo, la conceptualización económica de la salud limitaba las prescripciones de la CMS para el futuro.

En contraste con las premisas de la perspectiva económica de la salud, el creciente campo de la "salud y los derechos humanos" da por sentado que la promoción y protección de la salud están estrechamente vinculados a la promoción y protección de los derechos humanos y la dignidad⁽²⁶⁾. El Programa Venezolano de Educación y Acción en Derechos Humanos (PROVEA) ha argumentado, en relación con el concepto de salud basado en la definición de la OMS, que "el cumplimiento de la salud supone un compromiso político social basado en justicia (y) que debe considerarse un elemento fundamental del progreso social, no sólo del progreso económico, dentro de un concepto de desarrollo que propone que objetivo la mejora continua la calidad de vida y la dignidad de la población"⁽²⁷⁾. Bajo este punto de vista, la salud está construida, así como todos los derechos lo están, a través de las relaciones sociales. Como todas las relaciones sociales son también relaciones de poder, las desigualdades arraigadas en el poder también se reflejan en graves disparidades en el estado de salud. Por el contrario, el cambio de esas desigualdades en materia de salud requieren un cambio de lo que Paul Farmer ha denominado las "patologías del poder"⁽²⁸⁾ que afectan a muchos países de la región y del mundo.

Aunque sigue siendo un campo relativamente nuevo pero con muchas propuestas competentes, Stephen Marks ha afirmado que la "salud con una perspectiva de derechos humanos" comprende algunas características de sinergia identificables, tales como: (i) la profesión médica está comprometida con el tratamiento de los pacientes dentro de un marco ético y el uso de las normas de los derechos humanos permite orientar a los médicos acerca de determinados aspectos del tratamiento de los pacientes; (ii) la importancia de la epidemiología en el reconocimiento de la necesidad de trabajar a nivel poblacional y no sólo realizar acciones en los agentes patógenos individuales así como el rol crítico de la epidemiología social

discutida anteriormente, (iii) la definición del derecho a la salud como "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" que tiene implicancias políticas en la determinación de prioridades en materia de salud, y (iv) la noción de que los Estados tienen obligaciones jurídicas específicas para respetar, proteger, promover y cumplir el derecho a la salud⁽²⁹⁾. Este nuevo vínculo entre la salud y los derechos humanos ha recibido mayor atención en los últimos años, ya sea en libros^(30,31), capítulos de libros⁽³²⁾, o en las revistas líderes a nivel mundial, tales como el *Journal of the American Medical Association*^(33,34), *British Medical Journal*⁽³⁵⁾, *The Lancet*⁽³⁶⁻³⁸⁾, *American Journal of Public Health*^(39,40), y *The New England Journal of Medicine*⁽⁴¹⁾, algunos de los cuales incluso han dedicado secciones regulares al tema de la salud y la los derechos humanos. Por otra parte, *Health and Human Rights*, es una revista especializada dedicada a esta temática que se inició en marcha en 1994⁽⁴²⁾ y ha sido relanzada este año con un énfasis particular en la salud como derecho humano vista como un marco a través del cual mejorar la salud de los pobres⁽⁴³⁾.

En un tiempo extraordinariamente corto, "la salud y los derechos humanos" ha comenzado a desempeñar un papel importante - al menos a nivel de discurso- en la región de América Latina, y en el Perú en particular. En el pasado, los "derechos humanos" fueron del dominio de los abogados y la "salud" fue competencia de médicos. Cada vez más, estas áreas no resultan mutuamente excluyentes, sino, por el contrario, constituyen un punto de apoyo mutuo y de colaboración interinstitucional entre las organizaciones no gubernamentales (ONG), así como otras instituciones interesadas en la difusión de esta perspectiva en la salud. Por ejemplo, los derechos de la mujer han sido líderes en la vinculación de la salud reproductiva y los derechos en la región⁽⁴⁴⁾. En el 2001, uno de los autores del presente artículo redactó un libro que contiene un análisis detallado del derecho a la salud en el marco del derecho internacional. Este libro reúne una serie de indicadores que pueden ser utilizados por distintos grupos para hacer un monitoreo y vigilancia del derecho a la salud, así como también un análisis del desempeño peruano en relación a los indicadores seleccionados⁽⁴⁵⁾. También en 2001, un grupo de estudiantes de medicina, psicología, derecho y otras áreas, organizó y celebró la primera conferencia regional latinoamericana sobre la salud y los derechos humanos, titulada "Salud y Derechos Humanos: Encontrando los lazos", que atrajo a más de un centenar de participantes de toda la región y comenzó un diálogo sobre estos temas entre los estudiantes de ciencias de la salud⁽⁴⁶⁾. El éxito de este evento se repitió en el 2006 con la conferencia de seguimiento "Exclusión y derecho a la salud: la función de los profesionales de la salud"⁽⁴⁷⁾.

Además de las ventajas mencionadas anteriormente, el marco de la salud y los derechos humanos es el único modelo de salud en el que la función de los profesionales de la salud es claramente reconceptualizada y situada en una mayor lucha por la democracia y la justicia social⁽⁴⁸⁾. No son ni los agentes paternalistas de un Estado que realiza acciones de beneficencia ni los recursos humanos de un modelo económico. Un marco de los derechos humanos posiciona implícitamente a la profesión médica como un reflejo de la sociedad en general y destaca y enfatiza la importancia de reconfigurar su rol y actitud en esta sociedad. El Comité que vigila la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, por sus siglas en inglés) ha declarado que una obligación mínima (es decir, que no depende de los recursos) de los Estados firmantes sobre el derecho a la salud,

es la educación para el personal de salud sobre la salud y los derechos humanos ^(5,49).

DESAFÍOS PARA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS: LA NECESIDAD DE UN CAMBIO CURRICULAR

La mayor dificultad que se enfrenta en la institucionalización de la perspectiva de la "salud y los derechos humanos" entre los proveedores, no es que este en competencia con los otros enfoques de la salud, como se discutió anteriormente y, de hecho, la generación de debates públicos sobre el concepto de la salud sería saludable. Por el contrario, a pesar de la importancia de los diferentes paradigmas de la salud para las políticas y programas, como se señaló anteriormente, con pocas excepciones, la educación médica y de otros profesionales de salud en la región de América Latina en general no se ocupa de otras temas relevantes aparte del modelo biomédico.

Si esperamos hacer cambios estructurales a largo plazo en la forma en que está organizada y efectivizada la atención de salud en un país como el Perú, que es tan profundamente marcado por las desigualdades así como por su diversidad cultural, es absolutamente vital que la próxima generación de profesionales de la salud comprendan y apliquen la definición más amplia de la salud propuesta por la OMS y más específicamente establecidos en el ICESCR. Las competencias técnicas -o incluso de gestión- no son suficientes para "hacer un buen médico." Una perspectiva que sitúe la salud en el contexto sociopolítico es crucial para cualquier área en la que estos futuros profesionales trabajen, que van desde la práctica clínica a la investigación para las políticas de salud y la salud pública. Por supuesto, existen numerosos retos a la institucionalización de un paradigma de los derechos humanos en materia de salud, muchos de los cuales son normativos y programáticos ⁽³⁹⁾. Sin embargo, un eje fundamental del cambio debe ser la educación de los profesionales dedicados a la salud.

Esto, por supuesto, no es un asunto sencillo. En general, la educación en ciencias de la salud constituye un desafío constante en la región, como en otras partes del mundo. Los profesores están mal pagados y los recursos son escasos, el material didáctico debe ser actualizado continuamente para reflejar las nuevas ideas con respecto a los tratamientos y los estándares de atención. En algunos casos, a los estudiantes se les permite tener algunas materias electivas debido a la necesidad de cubrir el programa básico de estudios y están perpetuamente abrumados tan pronto como comienzan las rotaciones clínicas, si no desde el comienzo de la escuela de medicina.

En una serie de artículos sobre la educación médica ⁽⁵⁰⁻⁵²⁾ publicada en *The Lancet*, se propusieron y analizaron varias alternativas al estándar de la educación médica. Quizá el diagnóstico y prescripción más sucinta es proporcionada por R. Jones et al.: *El papel cambiante de la medicina en la sociedad y las expectativas crecientes que los pacientes tienen de sus médicos, significa que el contenido y el resultado del currículo médico también tienen que cambiar ... una evolución continua, es necesaria una alta calidad del sistema de educación médica para asegurar la continuación de la entrega de una medicina de alta calidad* ⁽⁵⁰⁾.

Sin embargo, el concepto de "medicina de alta calidad" debe ser ampliado para considerar aquellos problemas mundiales ⁽⁵³⁻⁵⁵⁾, como la desigualdad de acceso a la atención de salud ⁽⁸⁾, los asuntos de interculturalidad entre pacientes y médicos ^(56,57) y modelos de atención de salud ⁽²⁴⁾, la distribución de los proveedores de servicios de salud y los incentivos que se ofrecen para brindar atención en zonas subdesarrolladas, los efectos de las reformas del sector salud -incluida la privatización y la orientación- sobre los derechos de los usuarios del sistema de salud, así como un análisis más contextualizado de los vínculos entre los factores sociales y la salud ⁽⁵⁸⁾. Adicionalmente, todos estos debates deben centrarse en la noción del derecho a la salud como un requisito fundamental para en el disfrute de otros derechos humanos.

Por ejemplo, en el Perú el 47,2% de la población vive en zonas rurales y periurbanas y en 16 de los 24 departamentos las zonas rurales y periurbanas constituyen un mayor porcentaje que la población de habitantes de zonas urbanas ⁽⁵⁹⁾. Las disparidades en los índices de salud entre las zonas urbanas y rurales (la Encuesta Demográfica y de Salud -ENDES- no se desagregan por zonas periurbanas) son alarmantes. Según la ENDES del 2000, la mortalidad infantil en las zonas urbanas se estimó en 28 por 1000 nacidos vivos en las zonas urbanas y 60 en las zonas rurales ⁽⁵⁹⁾. En el área urbana de Lima Metropolitana la mortalidad infantil fue de 17, mientras que en la provincia andina de Huancavelica fue 84 por 1000 nacidos vivos ⁽⁵⁹⁾.

Las diferencias en la mortalidad materna y en menores de cinco años son aún mayores. Por ejemplo, en las zonas urbanas la mortalidad de menores de cinco años era de 39 por 1000 nacidos vivos mientras que en las zonas rurales era de 85 por 1000 nacidos vivos. Lima Metropolitana tuvo una tasa de 23 en comparación con los departamentos andinos de Huánuco y Huancavelica, con tasas de 108 por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente. Una conspiración de factores producen estas enormes desigualdades en los índices de salud, entre ellos: la falta de acceso a los servicios médicos, falta de educación, falta de condiciones de vida adecuadas, falta de agua potable y saneamiento básico, falta de seguridad alimentaria, etc. En suma, si de acuerdo con lo propuesto por el sociólogo Norbert Elías quien indica que una mayor igualdad de poder en una sociedad lleva a lo que se denomina una "democratización funcional", las estadísticas peruanas sugieren un *Apartheid* funcional ⁽⁶⁰⁾.

Un problema central en la implementación del derecho a la salud y la mejora de la calidad de la atención médica recibida por estos grupos poblacionales desfavorecidos es que las escuelas de medicina se encuentran en gran medida en la ciudad de Lima y forman a los profesionales con prácticas en centros hospitalarios urbanos de atención especializada. Los médicos formados en esas instalaciones están mal equipados para manejar bien las técnicas o cuestiones culturales que subyacen en todos los derechos humanos de sus pacientes. Por ejemplo, un graduado de una escuela de medicina de Lima podría no saber cómo realizar la evacuación manual de la placenta y la eliminación de los productos retenidos cuando se enfrenten a una emergencia obstétrica. Es aún más improbable que un médico capacitado en la capital hable el Quechua, el idioma hablado por la mayoría de los residentes indígenas de la sierra andina, o haya tenido alguna exposición con sus creencias o prácticas culturales, lo que facilitaría la más básica interacción y comunicación.

En forma repetida, grupos focales, talleres y estudios académicos han revelado que los residentes rurales se sienten maltratados por el personal de salud asignado a los centros y puestos de salud en sus localidades y que los establecimientos de salud carecen de la capacidad para resolver sus problemas de salud⁽⁶¹⁻⁶³⁾. Incluso, las instituciones internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo, reconocen que debe haber siempre incentivos a los recursos humanos que se encuentra en las zonas rurales^(a). A pesar de esto, el eslabón perdido ha sido siempre la educación médica y de otros profesionales de salud. Los planes de estudios y la formación deben ser rediseñados para que los profesionales de la salud dejen de ser simplemente el reflejo de la desigualdad y el racismo de la sociedad en general.

(a) Por ejemplo, el Programa Salud Básica Para Todos, que fue financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, su principal objetivo fue la colocación de personal médico en las zonas rurales para promover la atención primaria.

En una sociedad democrática, el personal de salud puede y debe desempeñar un papel fundamental en la detección, atención, documentación y sistematización de casos de abuso contra los derechos humanos que afectan la salud, así como también en la defensa y promoción de dichos derechos, empezando por el propio derecho a una atención en salud. La educación en derechos humanos para el personal de salud no puede concebirse como una tarea aislada. La tendencia a proporcionar cursos sobre salud y derechos humanos en las escuelas de salud pública en los países del norte, sin duda tiene valor, pero están limitados en la cantidad de cambio sistémico que puedan producir. Además, sabemos por experiencia que la adición de un curso electivo a la ya excesiva carga del currículo médico no promoverá un cambio estructural. En cambio, deberían integrarse los conceptos y principios de los derechos humanos y el análisis de casos, en los cursos básicos que los estudiantes de medicina están obligados a llevar.

Por ejemplo, es fácil imaginar cómo una clase de pediatría podría ser mejorada a través del análisis de las condiciones de vida de muchos niños con asma en la ciudad de Lima. La discusión podría girar en torno a si la responsabilidad del médico en un ataque agudo de asma finaliza con la medicación. ¿Cuáles son las implicancias para la salud de estos niños que regresan a vivir en casas infestadas con cucarachas, otros insectos y polvo, que se conocen como factores desencadenantes del asma y cuáles son las otras opciones? Del mismo modo, una clase de obstetricia podría ser enriquecida por la discusión de las enormes desigualdades entre los países desarrollados y en desarrollo y entre las zonas urbanas y rurales en el Perú, en términos de mortalidad materna. Dado que las principales complicaciones obstétricas son impredecibles y no prevenibles⁽⁶⁴⁾, la discusión podría girar alrededor de la función de los médicos en la prestación de atención obstétrica esencial para las poblaciones dispersas y aisladas, en términos de conocimientos técnicos, capacidad de gestión y con el respeto de los derechos humanos de sus pacientes⁽⁶⁵⁾.

Sin embargo, las discusiones sobre derechos humanos no pueden ser puntos de vista interesantes lanzados al aire. En primer lugar, los indicadores o aspectos de derechos humanos deben estar vinculados a los requerimientos para la licenciatura y el empleo (como por ejemplo, con respecto a la capacidad de hablar Quechua u otra lengua indígena). En segundo lugar, sin tener que reducir a los derechos humanos a una recitación

repetitiva de las normas internacionales, el debate debe dejar claro que los derechos humanos son un cuerpo de leyes, así como un marco moral y, a su vez que las luchas por el derecho a la salud es una parte integral de las grandes dificultades para construir democracias auténticas y sostenibles en la región. En resumen, la legislación sobre derechos humanos debe ser relevante para las vicisitudes diarias que enfrentan los médicos en un país como el Perú.

Como la educación en salud y derechos humanos para el personal de salud forma parte de las obligaciones básicas de los Estados en el marco del ICESCR⁽⁴⁹⁾, una de las prioridades de los ministerios de salud en la región debe ser la formación de comités multidisciplinarios de educación en derechos humanos para los proveedores de salud, que estaría a cargo de diseñar e implementar un plan y llevar a cabo una evaluación basal de la educación médica para identificar las necesidades locales. Con el fin de establecer prioridades y diseñar un plan coherente para introducir los derechos humanos en todos los niveles de la formación médica y la educación para la salud, esta evaluación basal debería incluir una revisión de los programas y planes de estudio, la investigación para determinar la interpretación y el conocimiento del derecho a la salud en la población y entre los grupos clave; y un análisis contextualizado de la economía y las condiciones socioculturales relacionadas con el derecho a la salud. Aunque la implementación completa de los cambios en la formación médica exige un compromiso e inversión a largo plazo, estos son esenciales si el sector salud desea dejar de ser un reflejo de la discriminación y la desigualdad del conjunto de la sociedad y en su lugar convertirse en un catalizador para la producción de una mayor democracia y derechos humanos.

CONCLUSIONES

Es evidente que detrás de las estadísticas y *rankings*, hay millones de personas que se limitan a vivir agobiados innecesariamente por la miseria y el sufrimiento y condenados a una muerte prematura, mientras que los médicos y estudiantes continúan siendo educados, durante muchos años, siguiendo parámetros que ignoran la presencia de esas poblaciones. Más de sesenta años después de que la OMS definió la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social", esta definición parece más utópica que nunca. Sin embargo, nunca ha sido más importante para los futuros profesionales a ser educados en un paradigma que tome a la salud en el concepto más amplio. No podemos decir que estamos formando "buenos médicos" -o buenos enfermeros y enfermeras, obstetras o técnicos- hasta que se use un modelo de educación médica que considere no sólo los factores biológicos, sino también los factores que determinan la situación social y consideren a la salud como un derecho humano fundamental.

AGRADECIMIENTOS

JJM es financiado por un *Wellcome Trust Research Training Fellowship* (GR074833MA). AEY es apoyada a través de la *Joseph H. Flom Fellowship on Global Health and Human Rights* de la *Harvard Law School*. AEY es Editor Ejecutivo de la sección *Critical Concepts* de la revista *Health and Human Rights* y JJM es miembro del Editorial Board de *Health and Human Rights*. Las reflexiones presentadas en este documento son el producto de diversos intercambios con colegas, amigos y compañeros de estudio y trabajo a través de los años. A todos ellos, muchas gracias por su paciencia y apoyo. El borrador inicial de este documento fue escrito en 2001, cuando JJM culminaba su

formación médica y AEY vivía en el Perú. Los mensajes centrales de este documento aún son relevantes ocho años más tarde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **World Health Organization.** Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1946.
2. **Arroyo J.** Reformas hospitalarias en el siglo XX. Sociedades de beneficencia, hospitales públicos y redes de servicios. In: Arroyo J, editor. La reforma silenciosa. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1999.
3. **de Currea-Lugo V.** La encrucijada del derecho a la salud en América Latina. In: Yamin AE, editor. Los derechos económicos, sociales y culturales: Del invento a la herramienta. Ciudad de México, México: Plaza y Valdes; 2006. p. 215-34.
4. **Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S.** Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health.* 2001; 91(10): 1592-601.
5. **Laurell AC.** Social analysis of collective health in Latin America. *Soc Sci Med.* 1989; 28(11): 1183-91.
6. **Krieger N.** Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001; 30(4): 668-77.
7. **Heggenhougen HK.** The epidemiology of functional apartheid and human rights abuses. *Soc Sci Med.* 1995; 40(3): 281-84.
8. **Farmer P.** Infections and inequalities: the modern plagues. Berkeley: University of California Press; 1999.
9. **Farmer P.** Pathologies of power: rethinking health and human rights. *Am J Public Health.* 1999; 89(10): 1486-96.
10. **Farmer P.** Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerg Infect Dis* 1996; 2(4): 259-69.
11. **Leon DA, Walt G, Gilson L.** Recent advances: International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ.* 2001; 322: 591-94.
12. **Marmot M.** Inequalities in health. *N Engl J Med.* 2001; 345(2): 134-36.
13. **Schwartz RS.** Racial profiling in medical research. *N Engl J Med.* 2001; 344(18): 1392-93.
14. **Epstein AM, Ayanian JZ.** Racial disparities in medical care. *N Engl J Med.* 2001; 344(19): 1471-73.
15. **Pan American Health Organization.** Equity in health: from an ethnic perspective. Washington DC: PAHO; 2001.
16. **Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S.** Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet.* 2001; 358: 315-23.
17. **Breilh J.** Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. *Int J Epidemiol.* 2008; 37(4): 745-50.
18. **Miranda JJ, Yamin AE.** ¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú desde la perspectiva de la ética médica, calidad de atención y derechos humanos. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(1): 7-15.
19. **Cáceres C, Cueto M, Palomino N.** Policies around sexual and reproductive health and rights in Peru: Conflict, biases and silence. *Global Public Health.* 2008; 3(Suppl 2): 39-57.
20. **Miranda JJ, Yamin AE.** Reproductive health without rights in Peru. *Lancet.* 2004; 363: 68-69.
21. **Krieger N.** Questioning epidemiology: objectivity, advocacy, and socially responsible science. *Am J Public Health.* 1999; 89(8): 1151-53.
22. **Meltzer MI.** Introduction to health economics for physicians. *Lancet.* 2001; 358: 993-98.
23. **Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H.** Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Soc Sci Med.* 2001; 52(8): 1243-53.
24. **Neill KG.** Dancing with the devil: Health, human rights, and the export of US models of managed care to developing countries. *Cult Surv Q.* 2000; 24(4): 61-63.
25. **World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health.** Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva: WHO; 2001.
26. **Mann JM, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg HV.** Health and human rights. *Health Hum Rights.* 1994; 1(1): 6-24.
27. **PROVEA.** La salud como derecho. Marco nacional e internacional de protección al derecho humano a la salud. Caracas: PROVEA; 1998.
28. **Farmer P.** Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley, CA: University of California Press; 2005.
29. **Marks S.** The new partnership of health and human rights 2001 [updated 2001; cited 2002 February 5th]; Available from: http://www.cceia.org/resources/publications/dialogue/2_06/articles/650.html.
30. **British Medical Association.** The medical profession and human rights: Handbook for a changing agenda. London: Zed Books; 2001.
31. **British Medical Association.** Medicine betrayed: The participation of doctors in human rights abuses. London: Zed Books; 1992.
32. **Gruskin S, Tarantola D.** Health and human rights. In: Detels R MJ, Beaglehole R, Tanaka H, editors. The Oxford Textbook of Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2001.
33. **Flanagin A.** Human rights in the biomedical literature: the social responsibility of medical journals. *JAMA.* 2000; 284(5): 618-19.
34. **[Not author listed].** Health and human rights: a call to action on the 50th anniversary of the Universal Declaration of Human Rights. The Writing Group for the Consortium for Health and Human Rights. *JAMA.* 1998; 280(5): 462-64, 9-70.
35. **Mann JM.** Health and human rights. *BMJ.* 1996; 312: 924-25.
36. **Kandela P.** Medical journals and human rights. *Lancet.* 1998; 352(Suppl 2): S117-11.
37. **Welsh J, van Es A.** Health and human rights. An international minefield. *Lancet.* 1998; 352 (Suppl 4): SIV14.
38. **Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D.** History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet* 2007; 370: 449-55.
39. **Easley CE, Marks SP, Morgan RE Jr.** The challenge and place of international human rights in public health. *Am J Public Health.* 2001; 91(12): 1922-25.
40. **Rodriguez-Garcia R, Akhter MN.** Human rights: the foundation of public health practice. *Am J Public Health.* 2000; 90(5): 693-94.
41. **Annas GJ.** Human rights and health--the Universal Declaration of Human Rights at 50. *N Engl J Med* 1998; 339(24): 1778-81.
42. **Mann JM.** A new journal: a new beginning. *Health Hum Rights.* 1994; 1(1): e1. Available at: <http://www.hsph.harvard.edu/xbcenter/V1Nmanneditorial.htm>.
43. **Farmer P.** Challenging orthodoxies: The road ahead for health and human rights. *Health Hum Rights.* 2008; 10(1): e33. Available at: <http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/viewArticle/33>
44. **Tamayo G.** Nada Personal: Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998. Lima: CLADEM; 1999.
45. **Yamin A.** Vigilancia social del derecho a la salud: conjurando inequidades. Lima: Centro de Asesoría Laboral del Perú, CEDAL; 2000.
46. **EDHUCASALUD.** Memorias del Primer Taller Latinoamericano Permanente "Derechos Humanos y Salud: Encontrando los Lazos". Lima: EDHUCASALUD; 2001.
47. **EDHUCASALUD.** Exclusión y derecho a la salud: La función de los profesionales de la salud. Lima: EDHUCASALUD; 2007.
48. **Miranda JJ, Yamin AE.** Frameworks for understanding dilemmas of health care in a globalized world: A case study of reproductive health policies in Peru. *Polit Ethics Rev.* 2005; 1(2): 177-87.

49. **Committee on Economic, Social and Cultural Rights.** The Right to the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health. E/C.12/2000/4. General Comment No. 14; 2000. Geneva: United Nations; 2000.
50. **Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D.** Changing face of medical curricula. *Lancet*. 2001; 357: 699-703.
51. **Stephenson A, Higgs R, Sugarman J.** Teaching professional development in medical schools. *Lancet*. 2001; 357: 867-70.
52. **Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R.** Assessment of clinical competence. *Lancet*. 2001; 357: 945-49.
53. **Bateman C, Baker T, Hoornenborg E, Ericsson U.** Bringing global issues to medical teaching. *Lancet*. 2001; 358: 1539-42.
54. **The Lancet.** Educating doctors for world health. *Lancet*. 2001; 358: 1471.
55. **Yudkin JS, Bayley O, Elnour S, Willott C, Miranda JJ.** Introducing medical students to global health issues: a Bachelor of Science degree in international health. *Lancet*. 2003; 362: 822-24.
56. **Miranda JJ.** Culturally appropriate birth services within health facilities. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56(3): 161a.
57. **Edwards R, Piachaud J, Rowson M, Miranda J.** Understanding global health issues: are international medical electives the answer? *Med Educ*. 2004; 38(7): 688-90.
58. **Miranda JJ, Farmer P.** Social exclusion must be considered in global terms. *BMJ*. 2001; 323: 1370.
59. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima: INEI; 2000.
60. **Elias N.** El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1987.
61. **Salud Sin Límites Perú.** Madre nativa - Experiencias acerca de la salud materna en las comunidades ashaninkas y nomatsiguengas. Lima: Salud Sin Límites Perú; 2008.
62. **Anderson J.** Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Lima: Movimiento Manuela Ramos; 2001.
63. **Yon C.** Hablan las Mujeres Andinas. Preferencias Reproductivas y Anticoncepción. Lima: Movimiento Manuela Ramos; 2000.
64. **Campbell OM, Graham WJ.** Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006; 368: 1284-99.
65. **Maine D, Wardlaw T, Ward V, McCarthy J, Birnbaum A, Akalin M, et al.** Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. Geneva: WHO/UNICEF/UNFPA; 1997.

Correspondencia:

J. Jaime Miranda jaime.miranda@edhucasalud.org,
jaime.miranda@lshtm.ac.uk
 Alicia E Yamin: ayamin@law.harvard.edu

Suscríbete en forma electrónica y gratuita a los contenidos de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, ingresa a www.ins.gob.pe, selecciona el icono de la revista y envíanos tus datos.