

A sacudir esa modorra: * hacia la creación de un programa educativo en servicios de salud globales basado en medicina social

Francis X. Coughlin

Introducción

En la medida en que el mundo se torne más y más interconectado, tanto como ciudadanos globales como de un estado específico, estamos llamados a pensar a escala planetaria. La medicina y la educación de los médicos no puede ser una excepción. Se estima que aproximadamente un cuarto de los estudiantes de medicina han participado en rotaciones internacionales durante su periodo de formación y casi todas las escuelas de medicina cuentan con algún programa para involucrarlos en la salud global.¹ Transversalmente a todas las especialidades, la demanda de entrenamiento en salud global se ha incrementado dramáticamente en la última década.² En respuesta a esta demanda, la salud global está en sus primeras etapas de institucionalizarse como parte del *curriculum* de la educación médica.

Aunque por una parte es alentador observar la cantidad de oportunidades disponibles a nivel internacional para los médicos actuales y futuros han habido críticas importantes respecto a la efectividad de aquellas prácticas no ligadas a un *curriculum* formal en salud global.^{3,4} Los médicos de hoy y de mañana están siendo entrenados para mirar más allá de sintomatologías para comprender las causas mismas de la patología biológica. Desafortunadamente, una creciente tendencia de vistas cortas, basada en procesos biofísicos y conocimiento clínicos le resta importancia a un discurso comprensivo que abarca el papel de la desigualdad, la pobreza y la

injusticia en el empobrecimiento de la salud. Esto es particularmente preocupante en el contexto de la salud global.^{5,6} Existen algunos programas que buscan transmitir ese discurso abarcante* pero la mayoría del trabajo de campo crea una disociación entre el sufrimiento y las causas reales de la desigualdad al no tomar en cuenta el papel de la “violencia estructural”[†] en la creación de las condiciones para los problemas de salud que dichas instancias se plantean mejorar. En el contexto de la salud global, donde desigualdad e injusticia sistémica son el resultado complejo de sistemas internacionales acoplados, esta disociación no permite una análisis social crítico

* Notablemente, “Más allá de las bases biológicas de la enfermedad: sus causas socioeconómicas y la nueva “Medicina social nicaragüense”, cursos ofrecidos por la Universidad de Washington.

† Definida como sigue: “La violencia estructural es una manera de describir arreglos sociales que ponen a segmentos de la población en riesgo ... dichos aumentos son estructurales en la medida en que se ven reforzados por la organización política y económica; son violentos porque atentan contra la gente ... ni la base cultural, ni la voluntad individual son culpables; más bien, herencias históricas (frecuentemente consecuencia de una agenda económica), procesos y fuerzas socioeconómicas conspiran para limitar el campo de acción individual. La violencia estructural afecta a todos a quienes se dificulta el acceso a los frutos del progreso científico y social.” Fuentes: Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. “*Structural violence and clinical medicine*”. *PLoS Medicine*. 2006, 3(10):e449. Farmer P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press; 2001. Farmer P, Bourgois P, Scheper-Hughes N, Fassin D, Green L, Heggenhougen H, et al. *An anthropology of structural violence*. *Current anthropology*, 2004, 45(3):305-25.

Francis X. Coughlin. MD. Emergencias Médicas, Centro Hospitalario Bellevue, Nueva York, N.Y.10016.

e-mail: fxcoughlin@gmail.com

* Del poema de Claribel Alegría: “Visitas nocturnas”

crucial para una transformación verdadera⁷. Como lo expresa Paul Farmer en *Pathologies of Power*:

*Las violaciones a los derechos humanos no son accidentales; no son aleatorios en su distribución o efectos. Las violaciones a los derechos son, mejor dicho, síntomas de patologías del poder más profundas y están íntimamente ligadas a las condiciones sociales que frecuentemente determinan quién sufrirá abusos y quién estará a salvo de daño alguno. Si los asaltos a la dignidad son todo menos aleatorios en su distribución y curso, ¿quiénes salen beneficiados partiendo de la premisa de que éstos son erráticos?*⁸

La materia opcional “Aprendizaje de servicios de salud global y medicina social” de la Universidad de Brown, 2012, consistió en un curso optativo de un mes para analizar dichas “patologías del poder”. Tuvo lugar en Santiago, República Dominicana, y participaron cuatro residentes de medicina interna del Hospital de Rhode Island y tres alumnos de cuarto año de medicina de la Universidad de Brown. El propósito de esta materia optativa fue el de facilitarle experiencia clínica real al grupo en un contexto de recursos limitados, así como la comprensión de los factores sociales, económicos y políticos que han dado lugar a las condiciones existentes y que continúan perpetuando la desigualdad. Siguiendo un modelo de aprendizaje para la provisión de servicios, la estancia clínica fungió como telón de fondo para enmarcar un análisis estructurado acerca de la mala salud en función de su asociación con la pobreza, sus causas, paradigmas del cuidado a la salud y el desarrollo del médico-defensor.

Objetivos del curso

1. Crear un programa de aprendizaje para la provisión de servicios de salud global para estudiantes de medicina y médicos residentes.
2. Comenzar a comprender los factores a nivel nacional e internacional que afectan a las poblaciones y perpetúan una salud precaria.
3. Iniciar un proceso definitorio del papel del médico en el combate a la injusticia social y en la aplicación de la medicina social.
4. Promover la solidaridad entre miembros de todas naciones, razas, profesiones y clases socioeconómicas.

El curso a grandes rasgos

La Universidad de Brown y el Hospital de Rhode Island han sostenido una relación profesional por ocho años con el programa de residentes de medicina interna en el Hospital José María Cabral y Báez, permitiendo estancias clínicas de observación para médicos residentes y estudiantes de medicina. Dicho programa está dirigido por el cuerpo académico del Hospital de Rhode Island así como por un coordinador *in situ*, históricamente, un estudiante de cuarto año de los EUA. Como contraparte a aquellos estadounidenses inscritos en esta materia optativa internacional, médicos residentes y académicos dominicanos viajan al Hospital en Rhode Island cada año para involucrarse en un intercambio parecido. Un periodo de un mes fue elegido para cada intercambio, ajustado a los horarios de estudiantes y médicos residentes locales. El curso de 2012 siguió una estructura organizativa similar a las ediciones previas y el coordinador de tiempo completo (el autor) pasó cinco años antes del periodo en sí, encargándose de la logística operativa.

Aquéllos que se inscriben a la materia lo hacen con base en su historia como materia optativa clínica y fueron informados acerca del cambio de enfoque hacia la medicina social con dos meses de antelación. Un paradigma de aprendizaje para la provisión de servicios está definido por el Comité de Vinculación sobre Educación Médica como:

una práctica estructurada que combina el servicio a la comunidad con la preparación y la reflexión. Los estudiantes de medicina involucrados en este tipo de programa proveen un servicio a la comunidad en respuesta a problemáticas identificadas por la propia población y aprenden acerca del contexto en que su servicio se lleva a cabo y de la conexión entre el servicio y sus materias académicas e incluso su papel como ciudadanos y profesionistas.⁹

El coordinador de tiempo completo creó el curso sobre la base de su experiencia de trabajo en otros programas de aprendizaje para la provisión de servicios dentro de los EUA, con apoyo significativo y la guía de facilitadores de un curso estructurado sobre la base de la medicina social en

Uganda, así como la de otros colegas con experiencia en la enseñanza para la provisión de servicios. Todo el contenido del curso: horarios, lecturas y exposiciones, fue centralizada en un sitio web. El curso fue dividido en dos áreas con distinto énfasis: tiempo para práctica clínica por las mañanas y un curso sobre medicina social por las tardes. Todos los participantes hablaban español (aunque esto no fue un requisito para cursar la materia) por lo que ningún traductor fue empleado durante el proceso. Ese fue el idioma utilizado durante todo el proceso clínico, con excepción de las “sesiones Brown” (más al respecto, abajo). Durante el curso en Medicina Social se empleó el idioma inglés.

Formalmente, el tiempo dedicado a la parte clínica fue estrictamente observacional y fue ejercido en el Hospital “José María Cabral y Báez” así como en la Clínica “Santa Lucía. Cabral y Báez” es un hospital público para la enseñanza que funge como centro de referencia terciario para todo el norte del país. Nuestra principal área de atención fueron los pisos de medicina interna, la unidad de cuidados intensivos, la sección de emergencias y la clínica para pacientes externos. Los participantes fueron divididos en equipos de dos personas y rotados de una a otra por las áreas mencionadas, por lo general con una semana en una clínica de atención primaria y tres en el hospital.

El énfasis sobre la atención terciaria se heredó de los objetivos de los cursos realizados previamente y se mantuvo para darle continuidad a la relación entre programas de residencia médica para permitirle a los participantes experiencia en casos clínicos complejos y participar de la educación dominicana como médicos residentes. Durante su estancia en el hospital, los participantes asistían a las sesiones matutinas con los residentes y a sus clases y les hacían compañía durante sus rondas matutinas. Posteriormente, habiendo elegido un paciente de su interés clínico de esa ronda, leían su expediente y le entrevistaban.

Cada equipo se encargaba de presentar su caso clínico al resto de los participantes durante las “rondas Brown”, que tenían lugar dos veces por semana. Se intentó integrar a los estudiantes con los residentes como una forma de enseñanza a partir de grupos pequeños. Cada grupo presentó un

caso focalizado histórico y físico, resultados de pruebas de diagnóstico, planes de tratamiento así como el razonamiento clínico del equipo dominicano. El entendimiento clínico fue enriquecido por un académico de la Universidad Brown, así como por un programa de estudios basado en el aprendizaje por casos de problemas concretos: tuberculosis, malaria, leptospirosis, lepra y envenenamiento con organofosforados. Finalmente el paciente era entrevistado mientras se discutían los resultados presentados por el equipo, sus pruebas clínicas, obstáculos para el cuidado y los efectos de la enfermedad sobre el paciente.

La Clínica “Santa Lucía” es un centro de atención primaria público localizado en las afueras de Santiago, en el barrio de Cienfuegos. El centro fue añadido al programa para aumentar significativamente la experiencia fuera del sector terciario. La clínica se encuentra en un área de la ciudad con muy bajos ingresos, una gran parte de éstos derivados de la recolección de materiales de deshecho de un relleno sanitario ubicado a un costado de la clínica. Equipos de dos participantes eran rotados en la clínica, cada equipo durante una semana. El equipo observó a los dos médicos generales[‡] que atienden una gran variedad de pacientes y problemas clínicos, incluyendo pediatría, medicina interna, obstetricia y ginecología. Adicionalmente, los participantes acompañaron a los promotores de salud a hacer visitas domiciliarias durante la semana a pacientes que no pueden acudir personalmente a la clínica.

El tercer aspecto de la parte clínica del curso involucró trabajar con un grupo de promotores de salud en los pueblos Los Marranitos, Los Dajos y Manobao, localizados a dos horas y media de Santiago, en las montañas de Jarabacoa. Trabajamos con el Café Altagracia, una finca de café orgánico de Vermont y dos organizaciones locales de promotores de salud, la Fundación de Salud y Bienestar (FUSABI) y la Sociedad Comunitaria de Salud de Los Dajos (SOCOSADA). La infraestructura local de salud es inaccesible para gran parte de la población en las pequeñas poblaciones de las montañas por la

[‡] Médicos generales que han terminado sus estudios, pero que no han concluido una residencia clínica.

distancia y los costos involucrados, falta de recursos disponibles. Esencialmente, la infraestructura local para la salud consiste en un pequeño grupo de promotores de salud entrenados, una serie de clínicas de atención primaria y un hospital local comunitario en la localidad de Jarabacoa. Las dos organizaciones locales listadas arriba habían trabajado previamente con los Cuerpos de Paz en 2007 entrenando a un grupo de promotores para proveer atención básica a la salud entre los residentes de sus localidades. Con base en intercambios con líderes locales, sentimos que los participantes podrían ofrecer a los promotores un curso de actualización toda vez que no habían recibido ningún entrenamiento adicional. De manera que planeamos un Día de la Salud para el cual los participantes de la optativa fueron divididos en grupos pequeños y asignados dos temas a preparar, con base en las necesidades percibidas por los líderes locales. Los temas que eligieron los organizadores locales incluían nutrición, higiene, estimación de la presión sanguínea, enfermedades respiratorias comunes, cuidados infantiles básicos, diarrea, diabetes, primeros auxilios y violencia doméstica.

Los participantes prepararon sus presentaciones basándose en un libro de texto educativo dominicano creado en 2007 por los voluntarios de los Cuerpos de Paz para los promotores de salud trabajando en pequeños grupos para poder evaluar sus conocimientos, revisar principios básicos y discutir maneras de promover la salud de la comunidad. Para ganar una perspectiva más completa del cuidado a la salud en el campo nos llevaron a visitar el hospital local. Adicionalmente, a hablamos con algunos practicantes de medicina naturista, y para terminar, compartimos las creencias acerca de la salud de los Adventistas del Séptimo Día, que viven y trabajan en las poblaciones circundantes.

El componente de medicina social del curso propició un contexto para una mejor comprensión, por parte de los participantes estadounidenses, de las realidades clínica y cultural que los dominicanos experimentan. A todos les fue requerido leer el libro de Paul Farmer's *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor* antes de su llegada a República Dominicana. Este libro fue elegido

como una introducción a la Medicina Social y para suscita una discusión en torno a los temas centrales al curso. También se les sugirió leer *Why the Cocks Fight: Dominicans, Haitians, and the Struggle for Hispaniola*, New York: Hill and Wang, 1999 de Michele Wucker, como una introducción a la historia y situación contemporánea en la Española. El material en cuanto a medicina social fue una compilación de lecturas, exposiciones, discusiones, películas, visitas de campo, y sesiones de reflexión en grupo, generalmente repartido semanalmente. Dicho material didáctico se distribuyó en las partes siguientes:

A). Introducción a la medicina social y a la República Dominicana

La primera parte del curso se enfocó a la definición de la medicina social como la conceptualización de una miríada de factores sociales que afectan la salud y pueden generar enfermedades en el contexto global contemporáneo. A los participantes se les asignó una lectura sobre los antecedentes históricos de la medicina social con énfasis en figuras y conceptos clave (Apéndice 1). Se les presentó una introducción a la “Teología de la Liberación” y a la “Medicina de la Liberación” y también tuvo lugar una discusión acerca del papel del médico en la medicina social, siguiendo el modelo de “observar, juzgar y actuar” proveniente de la Teología de la Liberación enfatizado en *Pathologies of Power*.

En lugar de una clase dedicada específicamente a la cautivante historia del país, a los participantes se les recomendó leer acerca del tema, especialmente en torno a la dictadura de Rafael Trujillo, historia contemporánea dominicana y las relaciones con Haití. Adicionalmente, visitamos el museo cultural de Santiago, Centro León, que ofrece una síntesis histórica. El grupo participó también de una visita guiada por Santiago que incluyó lugares históricos, así como una explicación en contexto de los mismos, facilitada por el coordinador. Una visita separada fue dedicada a verificar la abundante y evidencia de desigualdad socioeconómica en Santiago. Estas desigualdades conformaron un telón de fondo para una ulterior discusión acerca de las causas estructurales de la pobreza y su

conexión causal con la afluencia económica. Una clase adicional ofreció una perspectiva estructurada sobre sistemas de salud, estadísticas relevantes y obstáculos para la implementación de iniciativas. Hubo dos sesiones de reflexión como parte del curso. La primera fue una conversación sobre los temas que implicaría la justicia social a partir de *Pathologies of Power*. Específicamente, se discutieron las causas de la pobreza y cómo es presentada al público en los EUA, y cómo los malestares se distribuyen a nivel global, utilizando la cita arriba mencionada de Paul Farmer acerca de las violaciones a los derechos humanos, como punto de partida.

Durante la misma sesión, discutimos las primeras impresiones de los participantes sobre la ciudad y del hospital. Esta reflexión fue estructurada con énfasis en las contradicciones entre la abundante opulencia observada lado a lado con la extendida pobreza extrema y cómo esta realidad afectaría las formas de practicar el cuidado a la salud y cuál sería nuestro papel como médicos en la comprensión de las estructuras sociales que facilitan dicha desigualdad. La segunda sesión consistió en un intento de construir cohesión en el interior del grupo mediante la narración de sus historias de vida.

B). Determinantes sociales de salud y pobreza

Mucha de la literatura sobre medicina social distingue entre factores socioeconómicos que afectan la salud y la perpetuación de las enfermedades con causa en la pobreza.¹⁰⁻¹² La pobreza es vista como una causa común de una salud precaria, en la medida en que incide en un amplio número de factores que incluyen acceso a servicios de salud, factores de riesgo ambiental y un contexto laboral poco saludable. Aunque hay numerosas causas para la pobreza el curso se enfocó sobre un análisis de la estructura económica mundial, degradación ambiental y el papel de la inequidad de género en la perpetuación de la misma.

Para proponer una visión general sobre pobreza y salud, comenzamos por ver el documental titulado *End of Poverty*, seguido de una discusión de los principales temas de la película. Esta película fue elegida en por su énfasis sobre los efectos a largo

plazo del colonialismo sobre el sur global, su explicación de la pobreza como consecuencia de la desigualdad y la introducción del concepto de “violencia estructural”. Hubo una clase sobre la historia de la globalización, incluido el papel del mercantilismo, el imperialismo y el neoliberalismo,[§] así como las instituciones económicas contemporáneas como la Organización Mundial de Comercio (OMC) y los efectos de los programas de reajuste estructural sobre la distribución y accesibilidad de recursos. Para comprender mejor la realidad dominicana contemporánea, estudiamos también el papel de las intervenciones militares estadounidenses, la crisis de la deuda durante los años 80, el papel de las políticas del Fondo Monetario Internacional y los efectos de las políticas neoliberales que están siendo implementadas sobre el gasto en salud.¹³⁻¹⁵

Comenzamos la discusión sobre degradación ambiental y su relación con la salud analizando las causas de dicha degradación, incluyendo pobreza, deforestación, calentamiento global, consumismo y guerra. La degradación ambiental fue elegida por su universalidad y por el papel central del ambiente en la manutención de la salud. Discutimos el impacto del calentamiento global sobre poblaciones vulnerables, los efectos nocivos de pesticidas y otros químicos no probados clínicamente, contaminación, sobre-consumo y la devastación ambiental asociada al complejo militar industrial. Para subrayar algunos de los efectos del consumo desenfrenado, se visitó el relleno sanitario de Santiago, bastante cercano a la clínica de atención primaria de Santa Lucía. Uno de los recicladores** activo en su asociación nos habló acerca de los riesgos a la salud implícitos en trabajar en el sitio, así como de sus intentos porque sus derechos como trabajadores sean reconocidos por el gobierno. La visita al relleno sanitario fue elegida como una manera de crear un experimento

§ El neoliberalismo ha sido definido como una teoría política y económica que promueve la liberalización de los mercados, reducción del gasto público en servicios sociales, desregulación y privatización de empresas públicas.

** Para mayores informes y fotografías acerca de la situación de los recicladores en Cienfuegos, se refiere al lector a <http://www.somosbuzos.com/index.php> de Isabelle Carbonell, un magnífico ensayo fotográfico y sitio web acerca de su documental por estrenarse.

estructurado de toma de conciencia. Como puede imaginarse, la comunidad que rodea el basurero, de dónde sus habitantes obtienen sus exiguos ingresos, es una escena de pobreza opresiva, por no decir de las condiciones en las que los recicladores trabajan en el basurero. “Toma de conciencia” es un término atribuido a las feministas en los años 70 cuando usaban pequeñas discusiones en grupo para subrayar la discriminación de género y crear una experiencia compartida entre los participantes. Se define como

una interacción personal cara a cara que parece poder generar nuevas orientaciones psicológicas para los involucrados en el proceso... esta técnica de interacción fue seleccionada porque es consistente con la creencia entre los revolucionarios radicales de que la experiencia compartida debe poder generar acción y teoría política.¹⁶

Esta salida a campo estuvo estructurada de manera que evitara el lugar común de la “pornografía del desastre”^{††} como conceptualización de la pobreza extrema. La participación fue voluntaria y la discusión posterior centrada en observaciones personales, descripción de sentimientos, asociaciones entre opresión social y el trabajo en el relleno sanitario así como entre el sobreconsumo en los EUA y una mala salud internacional como contraparte.

Finalmente, examinamos la inequidad de género como una causa de pobreza. Ésta fue elegida por su universalidad, así como por representar un creciente volumen de trabajo académico apuntando a la “feminización de la pobreza”^{‡‡}, proceso mediante el cual las mujeres soportan gran parte de la carga de pobreza cotidiana y constituyen la mayoría de la población en esta

^{††}Normalmente utilizado para describir la representación de desastres en los medios masivos de comunicación, con un fuerte énfasis en la desesperación de los afectados sin ninguna explicación contextual o histórica de su situación. Para una elaboración más detallada recomiendo “*Our Addiction to Disaster Porn*” de David Sirota (<http://www.creators.com/opinion/david-sirota/our-addiction-to-disaster-porn.html>)

^{‡‡} Utilizado para describir la sobrerepresentación de mujeres y niños entre los pobres en EUA.¹⁷

situación en todo el mundo.¹⁷ Para comenzar definimos y discutimos formalmente la feminización global de la pobreza, junto con un análisis acerca de las causas de dichas discrepancias socioeconómicas. A través de videos, examinamos también la situación de distintos grupos de mujeres alrededor del mundo, desde prostitutas en Cambodia hasta adolescentes en África. Nos enfocamos en las causas de la inequidad de género, su papel en la perpetuación de la pobreza y la salud precaria, así como la violencia de género y cómo es que las mujeres son la más afectadas por la degradación ambiental. Nuestras sesiones de discusión se centraron en la omnipresencia de la discriminación de género, así como en el papel del feminismo en la reformulación del concepto de equidad de género.^{§§}

C). Paradigmas de intervención en salud global

La tercera parte del curso tiene que ver con los fundamentos ideológicos desde los que distintas personas han buscado afrontar la pobreza. A partir de la discusión de Paul Farmer en *Pathologies of Power*, examinamos tres paradigmas importantes utilizados en el análisis de la precariedad respecto a la salud: la caridad, el desarrollo y la justicia social.^{***,8,18} La caridad es posiblemente el paradigma más conocido, con una fuerte presencia en el socorro médico. Nuestra discusión se centra en una crítica a la reemergencia de la caridad por constituir una respuesta injusta a la pobreza en la medida en que invisibiliza las condiciones de inequidad detrás de la necesidad a subsanarse. En segundo lugar, examinamos el paradigma del desarrollo, específicamente a través de la lente de la Metas de Desarrollos para el Milenio de Naciones Unidas.^{†††} Nuestras conversaciones fueron guiadas por la crítica acerca de la capacidad del paradigma desarrollista para encarar las causas

^{§§} Para una discusión más detallada ver “*What Abu Ghraib Taught Me*”, de Barbara Ehrenreich: http://www.alternet.org/story/18740/what_abu_ghraib_taught_me

^{***} La justicia social puede ser definida como la comprensión del papel de la violencia estructural en la creación de la injusticia y en “trabajar con los pobres en su lucha por cambiar su situación.” (Farmer⁸).

^{†††} Para mayores detalles acerca de las Metas del Milenio visite el sitio *web* de Naciones Unidas.

históricas del subdesarrollo, así como la paradoja de utilizar las políticas del propio capital globalizado para aliviar los problemas ligados a la injusticia que el mismo causa.^{19-21†‡‡}

Por último, retomamos el paradigma de la justicia social, el cual no sólo se enfoca a aliviar el sufrimiento, sino en la erradicación de las causas del mismo. Las exposiciones y lecturas subrayaron la necesidad de tener una comprensión politizada de la salud (es decir, de las estructuras económicas globales mencionadas anteriormente) para poder afrontar adecuadamente pobreza y desigualdad. Analizamos el “derecho a la salud”^{§§§} en los términos que lo define la Declaración de los Derechos Humanos (1948, <http://www.un.org/es/documents/udhr/>). Este análisis incluye una discusión de la definición de este derecho, qué derechos pueden ser reclamados por los ciudadanos del mundo y cómo éstos pueden guiar una intervención global sobre la salud. Como aportación a la discusión, visitamos un gran hospital privado, el Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS), para poder examinar el grado de contraste entre el nivel de atención a los pacientes más afluentes de Santiago en comparación a aquel al que tienen acceso los del hospital público “Cabral y Báez.”

†‡‡ Para una descripción más detallada de cómo funciona el discurso desarrollista sin perspectiva histórica en no disminuir e incluso aumentar la pobreza, ver “*The Anti-Politics Machine: ‘Development’ and Bureaucratic Power in Lesotho*” de James Ferguson: www.colorado.edu/geography/class_homepages/geog_3682_f08/Articles/Ferguson%20-%20The%20Anti%20Politics%20Machine.pdf

§§§ El Artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU enuncia: “Todo mundo tiene derecho a un estándar de vida adecuado a una buena salud y al bienestar de sí y su familia, incluyendo: comida, ropa, casa, atención médica y los servicios sociales necesarios así como el derecho a seguridad en el evento de quedar desempleado, por enfermedad, incapacidad, enviudamiento, vejez u otra razón que le impidan ganar su sustento por circunstancias más allá de su control. La maternidad y la niñez tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos dentro o fuera del matrimonio, deben gozar de la misma protección social.” Esta declaración es frecuentemente presentada como el “derecho a la salud”.

Las sesiones de reflexión en torno a los paradigmas de cuidado a la salud estuvieron centrados en un análisis de la violencia estructural y su relación a la salud. Primeramente leímos la historia de Acephie y los efectos de la represa Peligro sobre sí y sobre su familia, acusada en el libro de Paul Farmer.⁸ Luego nos planteamos la respuesta a su padecimiento de VIH en términos de caridad (ofreciendo tratamiento), desarrollo (construir infraestructura utilizando enfoques de mercado) y justicia social (a través del lente de la pobreza, la cual, en su caso, fue resultado de un traslado forzoso debido a un proyecto puesto en marcha bajo premisas del desarrollo dentro de la lógica del mercado, causa última de su padecimiento), con el análisis de Paul Farmer como trasfondo. De manera similar, nuestras reflexiones en torno al HOMS partieron de la moralidad de un sistema médico en donde la mayoría de la población no puede acceder a los niveles de servicio con los que cuenta un hospital privado. Este análisis fue complementado por una reflexión personal sobre la diferencia entre el HOMS, el Cabral y Báez y Santa Lucía, así como las diferencias internacionales entre centros de salud.

D). Intervenciones desde la justicia social y el desarrollo del médico defensor

La cuarta parte de la materia optativa se estructuró con el objetivo de dar a los participantes un nivel básico de comprensiones en relación a intervenciones pasadas o en curso basadas en el modelo de justicia social, incluyendo las de organizaciones internacionales como *Partners in Health* y *Médecins Sans Frontières* así como organizaciones locales tipo Horizontes de Salud y FUSABI. El énfasis principal era el de analizar la capacidad de los distintos grupos para implementar un paradigma de justicia social en un marco de recursos limitados y la necesidad de sostenibilidad, tomando en cuenta también sus conflictos con las estructuras de poder existentes. Adicionalmente, un fuerte énfasis fue puesto en la reemergencia del papel del médico como defensor. Nuestra discusión se centra en el intento de propiciar la toma de conciencia en los médicos respecto a su papel como defensores con sentido social de los derechos de sus pacientes y su papel

como ciudadanos de un mundo complejo. Examinamos grupos de médicos activistas como:

The People's Health Movement, Physicians for Social Responsibility, Doctors for Global Health, Médecins Sans Frontières, y más recientemente Occupy Healthcare Movement.

Impacto

El impacto de la materia optativa fue medido mediante cuestionarios antes y después de la misma. Un cuestionario en línea fue requerido a los participantes un mes antes de su participación e inmediatamente después de su conclusión; el último fue integrado con otras preguntas de opinión hechas al término del curso, por lo demás, los cuestionarios eran idénticos (Apéndice 2). Un cuestionario de evaluación para la materia optativa también fue enviado, procurando críticas específicas de los participantes respecto a aspectos específicos del curso: logística, tiempos clínicos, visitas a campo, clases y sesiones de discusión.

En general, hubo un incremento en el nivel de soltura en la definición de conceptos en la segunda parte del cuestionario pero pocas diferencias en lo demás. Tal vez una manera más sustancial de medir el impacto de esta materia optativa estuviera en los propios comentarios que los participantes ofrecieron al respecto. Al preguntárseles cómo ha afectado el curso de esta materia a su punto de vista, algunas de las respuestas fueron:

Ha reforzado mi convicción para servir a los enfermos e indigentes.

Esta optativa ha reforzado y sustanciado mi visión del mundo de maneras por las que estoy muy agradecido. Los postulados de la Medicina Social son centrales a mi motivación para volverme un médico pero siempre los había sentido lejanos durante el curso de mi miope formación escolar.

Otra pregunta fue: “¿Qué preguntas te han surgido a partir de haber cursado esta optativa?” Algunas de las respuestas:

¿Cómo podemos dirigirnos a la resolución de las causas reales de las enfermedades a nivel práctico?

Antes que nada, me lleva a preguntarme por la mejor manera de formar parte de la lucha global para dar fin a la desigualdad de ingresos y cómo se relaciona esta participación con mi capacidad de proporcionar cuidados médicos.

¿Cuál es la manera más efectiva en la que los médicos pueden involucrarse en el desarrollo de políticas? ¿Cómo puedo tomar decisiones efectivas como consumidor consciente?

Finalmente, a los participantes se les preguntó: “¿Haber cursado esta materia ha cambiado sus planes futuros en relación al ejercicio de la medicina de alguna manera?” Sigue una muestra del tipo de respuestas:

Me gustaría seguir trabajando con pacientes en un contexto global.

Ha propiciado una toma de conciencia más completa pero no ha cambiado mis planes profesionales.

Ha fortalecido mi convicción de trabajar con grupos poco privilegiados.

En el cuestionario de evaluación del curso, un participante anotó:

No es lo que esperaba al inscribirme, no obstante, me expuso a nuevas ideas en torno a la pobreza y el cuidado a la salud.

Es de notar que uno de los participantes inició un proyecto educativo con los promotores de salud de Jarabacoa meses después de haber cursado la materia. En última instancia, como suele suceder con muchas herramientas educativas, puede no ser posible hacer una evaluación completa y exhaustiva del impacto a largo plazo pero debe poder verse reflejada en las interacciones cotidianas y en las decisiones de los participantes comprometidos.

Evaluación del curso

Como se mencionó, el curso tuvo amplios y ambiciosos objetivos. Como con todo, hubo limitaciones logísticas que habría que trabajar para futuros cursos en medicina social. La materia optativa de 2102 marcó la primera vez que un curso de esta naturaleza constituyó parte del

currículum.**** Se incluyó sobre la base del interés personal y la experiencia del coordinador de tiempo completo, aunque heredó ciertas limitaciones de su estructuración en años previos. Una de éstas fue la locación de la mayor parte de la práctica clínica en un centro de atención terciaria, así como el favorecimiento de los intereses profesionales individuales reflejado en la elección de clínicas especializadas de acuerdo al interés personal. Aunque un centro de atención terciaria ofrece una amplia variedad de casos complejos, no representa adecuadamente el estado de salud de una población. En la opinión de autor, fue un aspecto importante del curso y se debe mantener hasta cierto punto, pero en cursos futuros se podría procurar un mayor énfasis en la atención primaria como una forma de mantener contacto con las comunidades y tener una comprensión más completa acerca de los factores sociales que impactan su salud.

Previamente, este había sido un curso flexible basado en la práctica clínica. Como los participantes no se inscribían explícitamente en un curso de medicina social, se perdió la oportunidad de algunas experiencias debido a falta de participación puesto que todas las actividades clínicas eran obligatorias pero no así las relacionadas con la medicina social, dado que eran actividades adicionales sólo integradas una vez que los participantes habían sido inscritos. Había muy distintos niveles de interés en los temas relacionados con la medicina social, acusados principalmente en las lecturas previamente efectuadas y en el nivel de participación en las discusiones, con muy distintas capacidades de comprensión al respecto de los temas abarcados. Aunque un marco general fue presentado como material de clase, una sola sesión fue claramente insuficiente para dar cabida a temas complejos como el de las estructuras económicas globales. Mucho del contenido se presentó a nivel general en función de dichas discrepancias.

Esta materia optativa también se pudo beneficiar de un análisis más adecuado a los sistemas de violencia específicamente dominicanos, como el turismo sexual, el turismo popular y las relaciones

**** Al final se decidió volver a un énfasis sobre la práctica clínica en rotaciones futuras.

con Haití. Es muy probable que si todos los participantes se hubieran inscrito concienzudamente a un curso en medicina social, la participación hubiera sido más constante, independientemente del nivel de interés o conocimiento previo. También en relación al voluntariado como base operativa, se hubiera favorecido la cohesión del grupo con viajes en los fines de semana fuera de Santiago.

En la forma en que ocurrió, la mayoría de los participantes habían planeado ya viajes por separado con base en la información facilitada por participantes previos respecto a la flexibilidad de los horarios del curso durante el fin de semana. De haber incrementado la cohesión interna, los individuos se hubieran involucrado más activamente en un auto-análisis crítico, lo cual es fundamental para una transformación con base en la justicia social. Una consecuencia de no tener una población auto-seleccionada fue que las discusiones fueron frecuentemente diversas y estimulantes en la medida en que varios participantes tenían muy distintos puntos de vista en relación con los privilegios, la justicia social y la salud global.

Otra falta significativa en el curso fue la forma en que se planteó la construcción de la solidaridad. Las actividades y la socialización con los residentes dominicanos y la existencia de un programa de intercambio académico bilateral fueron las acciones eje en la creación de una relación entre los participantes de cada país. El trabajo con los promotores de salud en Jarabacoa y la visita al relleno sanitario cercano a la clínica de atención primaria fueron intentos de promover la solidaridad con las poblaciones locales oprimidas. Se intentó también medir la existencia de tales sentimientos de solidaridad en la encuesta posterior al fin del curso (Apéndice 3), con algunas de ellas evidenciando algún incremento o solidificación de sentimientos empáticos respecto a estas poblaciones desfavorecidas y en desventaja. Es de notarse que en el cuestionario mencionado, una participante apuntó respecto al trabajo con los promotores de salud que realmente:

disfruté conocer a esas increíbles mujeres y sentirme solidaria con ellas y con lo que llevaban a cabo.

El curso se hubiera beneficiado mucho de la inclusión de participantes locales, tanto residentes como estudiantes y miembros de la comunidad en general en el diseño y la implementación del aspecto médico-social del curso. Esto no se llevó a cabo en razón a las dificultades potenciales previstas en torno al idioma y por falta de personal que coordinar, así como el tiempo para preparar este elemento. La creación de la solidaridad fue también limitada por haber alojado a todos los participantes en una sola casa en un barrio opulento de Santiago. Estos arreglos fueron también heredados de logísticas previas, consideraciones en torno a la seguridad y no contar con quién pudiera coordinar las estancias con familias locales; como contraparte, dicho arreglo pudiera haber disminuido la cohesión interna del grupo por el hecho de no vivir juntos, mientras que, paralelamente, habría abonado al impacto de la experiencia por permitir conocer desde la perspectiva de vivir y trabajar en las comunidades más afectadas. Los viajes en grupo mencionados primero podrían haber creado eficientemente la cohesión interna necesaria.

La última debilidad significativa del curso se encuentra en el proceso de evaluación del mismo. Con una muestra tan pequeña, una encuesta numérica no puede dar resultados rigurosos. Adicionalmente, buscar medir cuantitativamente las opiniones personales así como la comprensión de procesos complejos y los sentimientos de solidaridad invariablemente fracasará en cuanto a producir datos útiles. Las estrategias de grupos focalizados, entrevistas personales y/o reflexiones personales serían una mejor fuente potencial de información útil en determinar el éxito de la materia. Las evaluaciones de seguimiento, tal vez después de 6 meses o un año pudieran posiblemente medir los efectos a largo plazo. Finalmente, el éxito de esta materia optativa se incrementaría si se enfatizara más la discusión y/o la integración de un proyecto de grupo a su regreso a los EUA.

Conclusión

Este curso se elabora fundamentalmente sobre dos ideales: la verdad y la solidaridad. Como se cita en la introducción, Paul Farmer nos implora no caer en la trampa de que todo lo malo del mundo se

debe a una serie de accidentes desafortunados. Tenemos que comenzar a entender que el mundo entero está intrincadamente conectado y que existen grandes “patologías del poder” que determinan en amplia medida quién sufre y quién se beneficia.²² Esta es una verdad que la mayoría de los profesionales de la salud tienen que aprender, puesto que los afectados lo saben mucho más íntimamente.

Mientras nos enfrentamos a grandes problemáticas globales, como el cambio climático o las guerras por los recursos, tenemos que asumir la verdad de que todo está interconectado con el resto. No porque queramos ayudar a otros, sino porque nuestra propia supervivencia depende de la de los demás y cualquier injusticia en cualquier lado del mundo es una injusticia en todos los lados. En palabras de Lila Watson,

Si vienes a ayudarme pierdes tu tiempo, pero si vienes porque tu libertad está indisolublemente ligada a la mía, entonces trabajemos juntos.

Ojalá sigamos luchando por la paz y la justicia, en solidaridad con aquéllos que luchan por un mundo más justo.

Agradecimientos

El aspecto de medicina social de esta materia fue muy influenciada por el trabajo del médico Michael Westerhaus y sus colegas en relación con su diseño para Uganda, llamada “Más allá de las causas biológicas de la enfermedad.”^{†††} Además, agradezco a Michael Aguilar por su ayuda y experiencia en estructurar esta materia; gracias también a Alicia Danze, la defensora comunitaria del Café Altigracia en 2011-2012 por toda su ayuda para organizar la práctica de salud rural en los alrededores de Jarabacoa.

Referencias

1. Drain PK, Primack A, Hunt DD, Fawzi WW, Holmes KK, Gardner P. Global health in medical education: a call for more training and opportunities. *Academic Medicine*. 2007;82:226-30.

††† Para más información, consulte en <http://www.socmedglobal.org/index.html>

2. Kerry VB, Ndung'u T, Walensky RP, Lee PT, Kayanja VFIB, Bangsberg DR. Managing the demand for global health education. *PLoS medicine*. 2011;8:e1001118.
3. Edwards R, Piachaud J, Rowson M, Miranda J. Understanding global health issues: are international medical electives the answer? *Medical Education*. 2004;38:688-90.
4. Hartman E. Educating for global citizenship through service-learning: a theoretical account and curricular evaluation [dissertation]: University of Pittsburgh; 2009.
5. Benatar SR. Moral imagination: The missing component in global health. *PLoS Medicine*. 2005;2:e400.
6. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365:1099-104.
7. Hanson L. Global citizenship, global health, and the internationalization of curriculum, a study of transformative potential. *Journal of Studies in International Education*. 2010;14:70-88.
8. Farmer P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press; 2003.
9. Liaison Committee on Medical Education. Accreditation Standards. 2011 [cited 2014 Aug 13] Disponible en: <http://www.lcme.org/publications.htm-standards-section>.
10. Waitzkin H. One and a half centuries of forgetting and rediscovering: Virchow's lasting contributions to social medicine. *Social Medicine*. 2006;1:5-10.
11. Porter D. How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading? *PLoS Medicine*. 2006;3:e399.
12. Anderson M, Smith L, Sidel VW. What is social medicine? *Monthly Review*. 2005;56:27-34.
13. Grimmett R. Instances of use of United States Armed Forces abroad, 1798-2009. 2010 [cited 2014 Aug 13]. Disponible en: <http://www.fas.org/sgp/crs/natsec/RL32170.pdf>.
14. Haggerty R. Dominican Republic. 1989 [cited 2014 Aug 13]. Disponible en: <http://countrystudies.us/dominican-republic/>.
15. Abre los Ojos. The cost of reform. 2004. Disponible en: http://escueladeformacion.org/escuela_eng/abre_eng/ope-nnov04.htm.
16. Sowards SK, Renegar VR. The rhetorical functions of consciousness-raising in third wave feminism. *communication studies*. 2004;55:535-52.
17. Hinze SW, Aliberti D. The feminization of poverty: a global perspective. En: Ritzer G, Ryan M, editors. *The concise encyclopedia of sociology*. Oxford, UK: Blackwell Publishing; 2010.
18. Alogo J, Aol P, Ocitti M, Katungi A, Kakungulu E, Kiiza P, et al. Global health on the move-- dissecting health interventions through a social medicine immersion course. *Social Medicine*. 2011;6:189-97.
19. Zizek S. First as tragedy, then as farce. 2010 [cited 2014 Aug 13] Disponible en: <http://comment.rsablogs.org.uk/2010/07/29/rsa-animate-tragedy-farce/>.
20. Wade RH. Is globalization reducing poverty and inequality? *World Development*. 2004;32:567-89.
21. Eichelberger E. Globalization leads to struggle for food that imperils Filipino poor. 2011 [cited 2014 Aug 13]. Disponible en: http://www.alternet.org/story/153211/the_violence_of_the_free_market_globalization_leads_to_struggle_for_food_that_imperils_filipino_poor?page=1.
22. Benatar S, Daar AS, Singer PA. Global health ethics: the rationale for mutual caring. *International Affairs*. 2003;79:107-38.



Medicina Social
Salud Para Todos

Apéndice 1

Muestra del programa

(los resaltados en negritas fueron sesiones añadidas para el curso de medicina social)

Dom	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Arrival	7-9a: sign-out and conference 9-11a: hospital tour 12:30-3:30p: walking tour of city 6-7p: group dinner 7-8:30p: Introduction and reflection #1	7:30-12p: Internal medicine floors 1-3p: Brown Rounds 3:30-5:30p: Introduction to Social Medicine 6-8:30p: Dinner and Reflection #2	7:30-12p: Internal medicine floors 1-3p: Centro León tour 3:30-5:30p: Overview of Jarabacoa visit	7:30-12p: Internal medicine floors 1-3p: Brown Rounds 3:30-5:30p: Introduction to DR healthcare system 6-8:30p: Dinner and reflection #3	7:30-12p: Internal medicine floors/ Grand rounds 1-3p: Globalization, Inequality, Poverty, and Poor Health
	Working with health promoters in Jarabacoa (all day)	Working with health promoters in Jarabacoa (all day)	Return from Jarabacoa 3:30-5:30p: Reflections on Jarabacoa 6-9p: Dinner and End of Poverty	7:30-11a: Internal medicine floors 11-12:30p: Environmental degradation and Social injustice 1-3p: Brown Rounds 6-8p: dinner and reflection on End of Poverty	7:30-11a: Internal medicine floors/ Grand rounds 11-1p: Gender Inequality, Poverty and Poor Health
	7:30-12p: Emergency dept. 1-3p: Cienfuegos visit 6:30-8:30p: Dinner and reflection on Cienfuegos visit	7:30-11a: Emergency dept. 11-12:30p: Paradigms of Global Health Intervention 1-3p: Brown Rounds 7-9p: social event with residents	7:30-11a: Emergency dept. 11-12:30p: Health and Human Rights 1-3p: Brown Rounds 6:30-9p: dinner and reflection #6	7:30-12p: Emergency dept. 1-3p: HOMS visit 6:30-8:30p: dinner and reflection on HOMS visit	7:30-12p: Emergency dept./ Grand rounds
	7:30-12p: Santa Lucia Clinic	7:30-12p: Santa Lucia Clinic 1-3p: Brown Rounds 3:30-5:30p: Social justice in health interventions	7:30-12p: Santa Lucia Clinic 6-8:30p: dinner and closing reflections	7:30-12p: Santa Lucia Clinic 1-3p: Brown Rounds 6p: Farewell dinner	Rotation end date

Apéndice 2
Bibliografía del curso

<p>Pre-Elective Reading</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor</i> by Paul Farmer 2) <i>Why the Cocks Fight: Dominicans, Haitians, and the Struggle for Hispaniola</i> by Michele Wucker
<p>Introduction to Social Medicine</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) “What is Social Medicine” by Matthew Anderson, Lanny Smith, and Victor Sidel
<p>Introduction to Dominican Healthcare System</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) “Fend for yourself: Systemic failure in the Dominican Republic” by Gerard LaFordia, Ruth Levine, et al. 2) “Health Systems Profile: Dominican Republic” by PAHO, p 7-17.
<p>Globalization, Inequality, Poverty, and Poor Health</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) “A Primer on Neoliberalism” by Anup Shah 2) “Globalization Leads to Struggle for Food that Imperils Filipino Poor” by Erika Eichelberger
<p>Environmental Degradation and Social Injustice</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) “Causes and health consequences of environmental degradation and social justice” by Martin Donohoe 2) “Blogs from the Dominican Republic June-August 2007” by Isabelle Carbonell 3) “The Magic Mountain: Trickle-down economics in a Philippine garbage dump” by Matthew Power
<p>Gender Inequality, Poverty, and Poor Health</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) “Notes on the rights of a poor woman in a poor country” by Tarek Meguid 2) “Women in Poverty: A New Global Underclass” by Mayra Buvinic
<p>Paradigms of Global Health Intervention</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) “Humanitarianism- Moving Beyond Medical Rescue to Poverty Reduction, Sustainable Development and Justice?” Presentation at the 13th Berlin Humanitarian Congress, Oct. 28th, 2011 by David McCoy
<p>Health and Human Rights</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) “Occupy Wall Street Doctors: MDs for Social Justice Join Protest in Liberty Square” by Erika Eichelberger

Appendix 3
Encuesta Pre/Post Encuesta Electiva

<p>1. Introductory Questions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name (only on pre-elective survey) • Age (only on pre-elective survey) • Please rate Spanish speaking ability (1-not comfortable at all, 5- fluent) • Undergraduate degree? • What will be your medical specialty? • What does the term “social medicine” mean to you? • Apart from hospital responsibilities, are you involved in working with the underserved? If so, in what way? • Have you been involved in global health experiences in the past? If so, in what role? • Are you involved in any type of social advocacy? If so, what kind? • Will working with the underserved in the U.S. be a conscious career choice? • Do you plan on making global health a part of your career? • If yes, what percentage of your career are you estimating will be involved in global health or working with the underserved? • Please rate your level of comfort with your current knowledge of global health practice. (1- very little knowledge, 5- global health expert) • What has motivated you to partake in a global health elective?
<p>2. How comfortable do you feel in describing the following (1- not familiar with term, 5- very comfortable):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Globalization • Poverty • Structural adjustment programs • Neo-liberalism • IMF • WTO • World Bank • Social medicine • Social justice • Liberation theology • Preferential option for the poor
<p>3. To what extent do you feel the above terms affect health? (1- not familiar with term, 5- very much)</p>
<p>4. To what extent do you feel the above terms <i>adversely</i> affect health? (1- not familiar with term, 5- very much)</p>
<p>5. Opinions on knowledge of general national and international conditions: (1-no knowledge, 5- very knowledgeable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “How would you rate your knowledge of U.S. history, politics, economics, and social conditions?” • “How would you rate your knowledge of global history, politics, economics, and social conditions?” • “Please rate your level of comfort with your current knowledge of global health practice.”
<p>6. Opinion based statements: (1- not at all, 5- very much)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “To what extent do you agree with the following statement: ‘Health is a human right.’?” • “To what extent do physicians have a responsibility to advocate against social aspects that create poor health in their patients?” • “To what extent do you believe that the US is a ‘fair and just’ society?” • “To what extent do you believe that the global society is a ‘fair and just’ system?” • “To what extent do you see yourself as a physician advocate?”
<p>7. Post-elective opinion questions (only on post-elective survey):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Has this elective altered your view of the world? If so, in what way? • Has this elective changed your future medical path in any way? If so, how? • What questions has this elective raised for you? • In line with the theme of the physician as the “natural attorney of the poor”, what do you foresee your next steps to be?