

LA SOSTENIBILIDAD Y EFECTIVIDAD DE LOS VOLUNTARIOS VIAJES  
MEDICINALES A LATINOAMÉRICA

Department of Romance Studies

Professor Dian Fox

Professor James Mandrell

Sabrina Libretti

Experiential Research Seminar in Literary and Cultural Studies

April 17, 2015

## ÍNDICE

I) Introducción a la tesis.....	3
II) Situación en Honduras hoy en día.....	3
i) Derecho a la Salud.....	4
ii) Estadísticas y perfil de salud.....	5
III) Introducción a Global Brigades, los programas y la misión.....	9
i) Mi experiencia con Global Brigades.....	10
IV) La sostenibilidad: ¿Cómo logra su declaración? .....	13
V) Problemas más comunes en la clínica: factores de riesgo y los estilos de vida.....	16
VI) Los efectos negativos y no planeados.....	24
VII) Las publicaciones sobre las misiones o falta de ella.....	35
i) ¿Cómo puede evaluar una misión de medicina? .....	36
VIII) Sugerencias para el mejoramiento del plan de sostenibilidad.....	59
IX) Conclusiones.....	60
X) Bibliografía.....	62

Los voluntarios viajes medicinales son una forma común y popular de proporcionar servicios a las poblaciones marginadas del mundo afectadas por los gobiernos corruptos, la pobreza y la falta del acceso a la atención médica. La salud mundial nos informe sobre un problema del desarrollo, es una medida de la desigualdad global, y amenaza a la seguridad internacional (Harman 12). Hay innumerables organizaciones que envían voluntarios de los Estados Unidos a Honduras y Global Brigades es sólo una de éstas. Estas agencias están conscientes de la necesidad de difundir el conocimiento de la salud y los tratamientos de las enfermedades de una manera segura y sostenible. Sin duda, estos grupos de voluntarios ayudan el estatus de la salud de los pobres en un período breve de tiempo que se quedan en los países extranjeros, pero el apoyo temporal introduce la cuestión más grande, ¿qué pasa con los pacientes después de los viajes? El término “medical voluntourism” describe estas situaciones exactamente, porque aparte de los efectos beneficiosos después de que la estancia de miembros de un programa haya terminado, las visitas medicinales también traen unos efectos negativos no planeados. La tesis de este ensayo es que si hay una falta de comprensión, experiencia y respeto a estas culturas por parte de los estudiantes y doctores que vayan a Latinoamérica en los viajes medicinales, puedan producir efectos dañinos. Estos resultados que puedan incluir la apropiación de las culturas extranjeras de estas misiones, una aumentación de la dependencia en la atención médica de afuera y el paternalismo médico, de ahí surge la cuestión de la ética de estos viajes.

Primero, es necesario confrontar la situación en Honduras hoy en día y cómo contribuye al estatus de salud de las personas allá. Honduras es un país en América Central conocido por el índice de criminalidad, la pobreza y la falta de recursos financieros que traen muchas dificultades a la gente allí con respecto al estado de salud. Esta región está compuesta de gente económicamente de las clases baja y mediana baja. Está situada en la región que tiene las

disparidades más altas del mundo con respecto a los ingresos (Bliss 1). Honduras es designado un ‘país prioritario’ según el plan estratégico en los años 2003-07 de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, como uno de las cuatro naciones más pobres y altamente endeudadas de la región de las Américas. Significa que “la situación sanitaria resulta inadmisibles a los Estados Miembros de Organización Panamericana de la Salud,” y “las instituciones y la infraestructura sanitarias son extremadamente débiles” (Organización Panamericana de la Salud). Esta Organización empezó después de la Segunda Guerra Mundial como parte de La Organización Mundial de la Salud en 1948, cuyo enfoque es la cooperación de la salud entre Norteamérica y Sudamérica (Bliss 2). Las Naciones Unidas desarrollaron un “derecho a la salud,” o “the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health” (Potts 4). Sin embargo, como discute Ruger, un derecho a la salud que es definido en términos demasiados amplios falta el contenido claro y es menos probable que tenga un efecto significativo (122). El análisis tradicional de la salud, muchos veces ha enfocado en los medios a la salud. Por ejemplo, en vez de un enfoque en el derecho a la salud en los países en desarrollo como en los desarrollados, hay preocupación sobre como financiar y organizar el seguro médico, la organización y prestación de servicios medicinales, la disponibilidad de médicos y la calidad de la atención médica y como proveer, distribuir y regular productos farmacéuticos (Ruger 121). Además, el derecho a la salud es el fundamento e inspiración para la legislación nueva, pero que veremos que es casi imposible en un país en que el gobierno no tiene suficientes recursos para ayudar a la gente.

Honduras, el país geográficamente pequeño de Latinoamérica, recibe la mayoría de los grupos de ayudantes medicinales. Para entender mejor la situación con respecto a la salud y la intervención extranjera, debemos comparar las estadísticas demográficas con las de los Estados

Unidos, el país de donde vienen muchos de los voluntarios. Según los datos del Banco Mundial publicados en 2013, 8,098,000 personas viven en Honduras (El Banco Mundial “Honduras Data”), en comparación con las 316,100,000 en los Estados Unidos (El Banco Mundial “United States Data”). La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara en sus informes del año 2012 que casi 18 por ciento de los gastos totales en los EE.UU. se componen de las costas de la salud; por persona, son casi \$9,000 (dólares estadounidenses) empleados en la asistencia médica. Por otra parte, los gastos de Honduras por la salud son 8.6 por ciento de los totales, que cuestan solamente \$354 por cápita (La Organización Mundial de la Salud “Honduras Statistics”). ¿Hay un cuerpo que posee toda la responsabilidad para la salud de una persona? El gobierno, el individuo y el mercado comparten la responsabilidad para mantener la salud (Harman 1). Desafortunadamente, el gobierno de Honduras es conocido por la corrupción y no tiene los recursos que dar a los ciudadanos para tomar las precauciones que pertenezcan a la salud. El compromiso sociopolítico determina los métodos de control (controlar o erradicar una enfermedad), basado en el interés del público, el dinero y la voluntad política (Harman 4). Sin embargo, el alto nivel de crimen y de los abusos de los derechos humanos en el país impiden la atención médica y contribuyen a los resultados negativos para la salud. En general, el derecho y el acceso a la atención médica en la mayoría de los países en América Latina reflejan la estratificación y iniquidad de las sociedades (Lloyd-Sherlock 8).

Una de las discrepancias más sorprendentes de los datos es el índice de mortalidad de los niños menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos. En Honduras veintitrés personas morirán antes de cumplir los cinco años (La Organización Mundial de la Salud “Honduras: Health Profile”) y en los EE.UU., es solamente siete personas (La Organización Mundial de la Salud “United States of America: Health Profile”). El promedio de la región norteamericana es

de 15 niños de cada 1.000. Los números de la región norteamericana y de Honduras han estado disminuyendo y en los EE.UU. son consistentes. Estos descubrimientos tienen sentido en Honduras por causa de la malnutrición de los niños, el estatus de la educación en el país, el papel de y la falta de poder de las mujeres, la inhabilidad de pagar por los servicios de un doctor y finalmente, las barreras al acceso a la atención médica, para nombrar unos pocos. También, en Honduras el índice de mortalidad de personas entre los años 15 y 60 en una población de 1.000 personas es 176 hombres y 122 mujeres quienes morirán, mientras 130 hombres y 77 mujeres en una población de 1.000 personas entre los años 15 y 60 morirán en los EE.UU. según los perfiles de salud de cada país publicados por La Organización Mundial de la Salud.

Un gran problema es la falta de profesionales de salud para servir a la población grande. Hay solamente 3.7 doctores para cada 10,000 personas según las estadísticas más recientes de La Organización Mundial de la Salud (2005) y en 2012, se registró que hay 24.2 doctores para cada diez mil personas en los Estados Unidos (La Organización Mundial de la Salud "Density per 1,000: Data by Country"). Sin la habilidad de los pacientes de recibir los exámenes de rutina, las enfermedades manifiestan sin tratamiento. Los factores de riesgo que son más frecuentes en los Estados Unidos en los adultos son altos niveles de azúcar en la sangre (12.6 por ciento de hombres y 9.1 por ciento de mujeres mayores de 20 años de edad) y la obesidad (30.2 por ciento de hombres y 32.2 de mujeres) (La Organización Mundial de la Salud "United States of America: Health Profile"). Los porcentajes de los EE.UU., con respecto a la obesidad, son más altas del promedio de la región de las Américas. En esta región en general, 23.5 por ciento de hombres y 29.7 de mujeres son obesos. En Honduras, los porcentajes con respecto a la obesidad son menos (12.9 por ciento de hombres y 26.3 por ciento de mujeres) del promedio de la región. Por otra parte, más predominantes en Honduras son los casos de altos niveles de presión arterial

(hipertensión; 30.8 por ciento de los hombres y 25.1 por ciento de las mujeres), más arriba de los porcentajes medios (26.3 por ciento de hombres y 19.7 por ciento de mujeres) y más arriba de las estadísticas de los EE.UU. (17 por ciento de hombres y 14.2 por ciento de mujeres) (La Organización Mundial de la Salud “Honduras: Health Profile”). Los números reflejan una dieta rica en los carbohidratos, las grasas y el sodio y en Honduras es más difícil controlar estas enfermedades crónicas sin un suministro continuo de medicamentos. Las cuatro enfermedades no transmisibles y de largo plazo más prevalentes en el mundo son la enfermedad cardiovascular, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer. Generalmente son vistos como problemas de los países desarrollados, pero han empezado a aparecer con más frecuencia en los países como Honduras, que como otros países en Latinoamérica está en el mundo ‘desarrollando.’ El cáncer es la segunda causa principal de muerte en las Américas (Bliss 17). El uso de tabaco, que está asociado con estas determinaciones, es una causa principal de muerte evitable en la región porque contribuye a la enfermedad del corazón y el cáncer (Bliss 18). El dato es que las enfermedades no transmisibles son una ocurrencia común hoy en día por causa de la urbanización, la importación de mercancías pocas saludables y la falta de acceso a la atención médica. En la región de las Américas, 78.4 por ciento de la población vive en las regiones urbanas. Venezuela, Argentina y Chile tienen los índices más altos con respecto a la urbanización (Bliss 13).

Por causa de la proximidad cercana, los Estados Unidos tienen un interés nacional en la salud de Latinoamérica, que tiene que ver con sus relaciones de migración y el comercio sobre las fronteras (Bliss 1). Las dos entidades trabajan con sus gobiernos, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones para beneficiar la salud de las personas. A la vanguardia de los problemas medicinales, en general, las enfermedades crónicas no transmisibles se

convierten más frecuentes que las enfermedades transmisibles debido al aumento de saneamiento. Honduras está sufriendo de una doble carga de morbilidad, que significa que sus habitantes se enfrentan a los retos de los dos tipos de las enfermedades a la misma vez. La prevención es la mejor solución en todos los casos porque evita las complicaciones por causa de las enfermedades crónicas en adición a los costos altos. Las barreras del mejoramiento de la salud también incluyen la violencia, la desigualdad social y la discriminación del género, de la raza y del sexo, los determinantes sociales de la salud de las cuales normalmente no pensamos en sus contribuciones negativas a la salud (Bliss 12). En general, la salud es importante para la capacidad de individuos para poderse vivir vidas más productivas y libres de riesgo, sufrimiento y dolor; la economía del estado depende en la producción y el mano de obra de trabajadores saludables (Harman 1). Sin embargo, la corrupción del gobierno contribuye a la pobreza, que previene la capacidad de reformar las condiciones de vida en sus hogares y sus trabajos. En una encuesta del país dado por El Banco Mundial en 2013, casi 85 por ciento de los encuestados deciden que la educación es donde necesita ocurrir la mayoría del desarrollo en el país, mientras “nutrición” (7%), “agua y sanitación” (8%) y “la gestión financiera pública” (16%), son menos de interés en comparación con la lucha contra la corrupción (48%), la creación de puestos de trabajo / empleo (39%) y el crimen y la violencia (38%) (El Banco Mundial “Honduras: The World Bank Country Survey FY 2013”).

En América Central, hay el Sistema de Integración Centroamericano (SICA) que tiene Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), cuyos miembros incluyen Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala. La Reunión del Sector Salud (RESSCAD), ha traído los ministros de la salud a esta región de América y la Republica Dominicana para las reuniones desde 1956 (Bliss 8). La atención de emergencia es el enfoque

del sistema del mantenimiento de la salud en Honduras, aunque el Ministerio de Salud ofrece la atención médica universal. Esta situación produce largos períodos de espera. Los hospitales públicos aceptan a los pacientes gratuitamente, pero con atención médica racionada, mientras que la gente adinerada usa el sistema privado que les da atención inmediatamente (Doman et. al. 67).

Idealmente, el gobierno de Honduras debe resolver los problemas más frecuentes y preocupantes para que no sean asuntos que organizaciones como Global Brigades (GB) necesitan arreglar. Global Brigades, Inc., la corporación que conocemos hoy, fue formada en 2007 sin ánimo de lucro y sin implicaciones religiosas o políticas, con solamente un viaje a Honduras para traer atención médica. En el mismo año, se formó el programa de negocios, para aumentar el ingreso de una familia y el programa de agua, para prevenir las enfermedades llevados por la corriente. En el año después, otras necesidades se abordaron incluyendo la salud pública y las microfinanzas que den la atención a la infraestructura en el hogar y la sanitación (la falta de que causa de muchos problemas de la salud) y establecieron préstamos pequeños, cuentas bancarias y la educación financiera, respectivamente. También en aquel año, empezaron tres programas nuevos. El programa del medio ambiente intentó a minimizar la amenaza de la deforestación y controlar la gestión de residuos, el programa de la arquitectura tuvo proyectos de construcción a fin de ayudar a las empresas a crecer, y el programa de la ley educó sobre los derechos de la tierra. En 2009, la organización expandió a Canadá y al Reino Unido y empezó de incluir el programa de odontología (los dientes causan muchas enfermedades) y después, vio la expansión europea a Irlanda, Austria, Suiza y Alemania el próximo año. Los estudios en África ayudaba a GB encontrar un país que necesitaba el más ayuda de los voluntarios; Ghana fue elegido para ser la ubicación en África. Al mismo tiempo, Panamá empezó de recibir atención médica y dental.

En total, hay 325 universidades que tienen una división de GB (Leggett 52). Fue decidido en 2011 que no habría la creación de programas nuevos, solamente un foco en la sostenibilidad de cada programa fuera de los viajes breves. Cada comunidad que reciba la asistencia de GB, no necesariamente recibe la ayuda en todas las especialidades diferentes. Por ejemplo, algunas comunidades rurales en Honduras son los enfoques de la arquitectura, los negocios y el medio ambiente, mientras otras tienen los programas de agua, medicina y microfinanzas. Muchas combinaciones existen en más de ochenta comunidades en Honduras.

Brandeis University, similar a otras universidades en Norteamérica y Europa, tiene un club de voluntarios agrupados bajo el nombre de Global Brigades. Los líderes del club en la universidad iban estudiantes en su último año y organizaron nuestro viaje con las personas de Global Brigades. Los estudiantes viajan a Honduras cada año para ayudar en las áreas de medicina, la odontología, la salud pública y las microfinanzas, aunque Global Brigades mundial ha establecido programas de la arquitectura, los negocios, el medio ambiente, los derechos humanos y el agua (nueve en total). Los estudiantes de Brandeis viajan solamente una vez cada año, y un grupo de otra universidad viene para continuar nuestro progreso. También, hay tres lugares más, en adición a Honduras, donde GB envía a los estudiantes: Ghana, Nicaragua y Panamá. La compañía transnacional empezó en el año 2003, con el primer grupo que viajó a Honduras, estudiantes de Marquette University and los doctores que los acompañaron. Duffy Casey, una persona importante en la historia de GB, también fundó otra organización, Global Medical Relief, “to provide quality, sustainable, medical care to rural communities in developing countries” (Global Brigades, Inc. “History”). Para decidir dónde deben ayudar los voluntarios, más de cincuenta comunidades rurales fueron encuestadas en 2004 y en el año siguiente, el enfoque se cambió a la educación. En 2006, Global Medical Relief Inc. (note que fue un

programa temporal de asistencia) empezó a operar bajo dos nombres: Global Brigades y la otra, The Medical Brigade Department of Sociedad Amigos de los Niños.

Fui con la sección de Brandeis University Global Brigades en el febrero del año 2014 y también en el abril del año 2015. En mi segundo viaje, quería dar entrevistas a los empleados de Global Brigades y los doctores que ayudan en las brigadas para obtener sus opiniones sobre la sostenibilidad de la organización, los impactos negativos que posiblemente traigan los voluntarios; he cambiado cuyos nombres para proteger las identidades. En Honduras, pudimos ver un patrón en los problemas de salud de las personas que recibimos en la clínica que incluyeron síntomas de enfermedades respiratorias, de diabetes, de trombosis venosa y los parásitos del sistema digestivo. Aunque estas condiciones son prevenibles, los hondureños que ayudamos no tienen suficiente dinero para pagar un viaje a la ciudad para ver un doctor, ordenar medicamentos ni mantener todas sus prescripciones. La falta del acceso a la asistencia médica crea un agobio, especialmente en las aldeas remotas (Pearson et. al. 1). La distancia previene la transportación fácil a la ciudad y muchas veces, no hay suficiente tiempo para examinar a los pacientes y se les aconseja volver otro día. La presencia de caminos pavimentados, un sistema de transportación pública y cambios a la infraestructura ayudarían a reducir la carga de buscar la ayuda médica.

Aquí, podemos ver la conexión importante entre los programas diferentes que tiene GB y que uno de estos no puede tener el efecto máximo sin los otros programas; la organización lo llama este concepto un “modelo holístico” en el sentido que los programas abordan todas las áreas de la salud y el bienestar. Por ejemplo, sería inútil viajar a Honduras para tratar a los pacientes en la clínica si no hubiera un cambio en la infraestructura en los hogares, porque la

causa de las enfermedades no sería arreglada y los problemas continuarían. El modelo holístico tiene que ver con la parte de la misión sobre la sostenibilidad que examinaremos.

También, es importante incluir los miembros de la comunidad en el tratamiento porque pueden comunicar con los pacientes durante el largo período de espera antes de ver al doctor; estos trabajadores tienen la experiencia con los nombres de los pueblos, los pacientes y sus edades. En mi experiencia con Global Brigades, vi a estas personas en la estación del dentista, por ejemplo, esterilizando los instrumentos y en las consultaciones, dirigiendo a los pacientes a la estación siguiente. Los “Guardianes de Salud,” el nombre dado por la organización, son líderes comunitarios empoderados que supervisan la salud de los pacientes en la ausencia de GB. Forman una parte de la sostenibilidad prometida porque tienen la responsabilidad de dar la atención a los pacientes de la clínica después de terminar las misiones. Su presencia en las comunidades es para prevenir unas complicaciones medicinales que de otro modo requerirían la ayuda de una fuente externa. Además de proporcionar tratamiento básico para las enfermedades de menor importancia, estos trabajadores tienen el conocimiento y la habilidad de cómo vigilar a los niños con respeto a la nutrición y el desarrollo adecuado, administrar la medicación a los pacientes que sufren de las enfermedades crónicas y remitir los casos complicados a un nivel superior de atención (Global Brigades, Inc. “Community Health Workers”). Este papel sin duda es importante al desarrollo del programa en Honduras, pero puede ser más completo si hay información publicada sobre las experiencias de estas personas. Parece como si estas personas facultadas todavía no tienen una voz. Yo quería ver más sobre el éxito y las dificultades en la vida de una guardián de salud. ¿Son voluntarios o se les paga para su ayuda? Otra pregunta existe: ¿Cuáles son sus intenciones para ayudar en el programa? Encontré en una entrevista con

el coordinador de la brigada de medicina que estas personas dedican su tiempo voluntariamente, por el beneficio de la comunidad (Francisco Entrevista Personal).

La idea que los hondureños ayudan a los miembros de su comunidad promueve el fortalecimiento individual y el sentido del poder de los pacientes sobre su salud, sin la presencia de los doctores; esa es una de las metas de Global Brigades, que dice en la declaración de su misión el propósito “To empower volunteers and under-resourced communities to resolve global health and economic disparities and inspire all involved to collaboratively work towards an equal world” (Global Brigades, Inc. “Vision & Mission”). El modelo del desarrollo tiene un enfoque holístico y sin duda, la idea de sostenibilidad. Dice GB, en su sitio de Internet, “We are often asked: ‘How can a one-week brigade with just university students be sustainable?’ Our answer: In and of itself, it is certainly not” (Global Brigades, Inc. “Our Model”). Los esfuerzos de los voluntarios son una continuación de los esfuerzos de otros estudiantes y los trabajadores de la comunidad mantienen nuestro trabajo después de terminar una semana en el país.

Recibí muchas variaciones en las definiciones de ‘la sostenibilidad,’ pero tienen temas similares de reducir la dependencia. Para Kelly, una estudiante que viajó a Honduras con el club de Brandeis, respondió:

In terms of medical brigades, sustainability presents more of a challenge due to the continual need to replenish medication supplies and provide the expertise of physicians. Returning to each community every 4-6 months provides some level of sustainability. However, sustainability for the medical program mostly stems from the training of community health workers (Entrevista Personal).

Claire dijo “Ideally, GB achieves sustainability when all of the programs are 'successfully' implemented in the community. In terms of medical brigades, follow up care does not usually

happen--the only time this happens is for a patient referral case” (Entrevista Personal). En contraste, según la opinión de Amanda:

Sustainability is mostly achieved with programs other than Medical Brigades. Medical brigades are very unsustainable. The most sustainable aspect of medical brigades is our Community Health Workers program, which teaches community volunteers how to provide basic medical care. This can somewhat bridge the medical care disparity; but medical brigades alone (IE the part that students participate in) are not sustainable (Entrevista Personal).

En una entrevista, José, un traductor para las brigadas, me informó que “En general, el hecho es que trabaja [Global Brigades] con un modelo holístico. No solo van y dan las cosas en la comunidad, sino que también empoderen a la gente, las personas para que ellos puedan sostenerse cuando las brigadas no están allí;” logra la sostenibilidad cuando “no depende en alguien o algo más” (Entrevista Personal). Además:

Si una brigada iba sola para regalar las cosas todo quisiera regalar y no es bueno porque las personas a veces no aprecian cuando ellos no les cuesta. Entonces, por ejemplo como algunos proyectos que tienen Global Brigades, de agua, de salud pública, de arquitectura, de microfinanzas, hay muchos proyectos en que comunidad tiene que aportar cierta parte. Ellos son parte de lo que están haciendo y se sienten los dueños de lo que hacen (Entrevista Personal).

Otro traductor en el programa que se llama Miguel definió la sostenibilidad usando el modelo holístico, “to teach people with what they have, not just having the organization get to the village and then say ‘Here, have this.’ and then leave. That’s not what we want. We want people to understand what we’re doing so that after the brigade leaves, they can continue doing it

themselves” (Entrevista Personal). Según Doctora Nilda, la sostenibilidad significa “dejar de recibir ayuda. Las personas que están recibiendo la ayuda aprenda hacer autosuficiente, dejar de depender tanto de que alguien te ayuda” (Entrevista Personal). Doctora Nilda fue la farmacéutica en la brigada que está encargada de que medicamentos entregue correctamente al paciente. Según Doctor Carlos, la sostenibilidad significa “auto-mantenerse, por mucho tiempo, y económicamente” (Entrevista Personal). Su historia es interesante porque había trabajado en La Sociedad Amigos de Los Niños que mencioné antes de su trabajo con Global Brigades. Finalmente el coordinador dijo que “every program has their exit program. For instance, with the medical program brigade, we don’t just bring, bring, bring, medical and dental [care] into the communities. We are also training community health volunteers, that way whenever we exit a community, people know how to take care of other people” (Entrevista Personal).

En adición a los trabajadores de la salud de la comunidad, otro ejemplo de los esfuerzos por la sostenibilidad de GB es el programa de derivación de pacientes (“Medical and Dental Brigades Webinar”). En estos casos especiales, los enfermos que necesiten más ayuda de lo que los doctores y voluntarios en la clínica pueden ofrecer, son transportados a la ciudad para recibir la atención médica en el mantenimiento de su salud. La manera de pagar por esos servicios son de las donaciones de las personas que apoyan Global Brigades. Francisco piensa que el programa de derivación no contribuya a la sostenibilidad porque depende en las donaciones de la comunidad internacional (Entrevista Personal). Los voluntarios pueden recibir las actualizaciones de cualquier persona en el programa de la derivación porque los tratamientos son pagados por las donaciones. Por otra parte, la información sobre los paciente en la clínica que no necesitan más atención médica no es accesible a los voluntarios. Como dijo Amanda, un adjunto del Programa de Salud Global de GB en Honduras “Students cannot really reach out to us to see

how patients are doing unless said patient is part of the referral program. Otherwise, the number of patients that we see in a given season is far too large to go out and seek out individual patients to do follow up with our current model” (Amanda Entrevista Personal).

Según Wallace, que ofrece su opinión personal en un edición de *Journal of Global Health Perspectives*, la mejor manera de hacer esto es para incluir la justicia social. “A social justice orientation would allow organizations and volunteers to see beyond the clinic to understand and act upon broader issues such as the political and economic concerns that underlie inadequate healthcare and lead to dependency on external support” (5). Además, la atención médica preventiva, a través de la educación y las consultas con los médicos, es una visión fundamental de la organización, en adición al tratamiento directo para las enfermedades que los pacientes tienen el día que nos ven. La mayoría de los entrevistados dijeron que el aspecto de la misión más importante es el modelo holístico.

Según una investigación de Babamoto y sus colegas, hay una necesidad para “culturally tailored outreach and education programs” para supervisar el mantenimiento de la salud de las personas que no recibirán un fuente estable de la atención médica (121). Este dato importante tiene que ver con el entendimiento de la cultura que yo pienso que faltan los grupos extranjeros medicinales a Latinoamérica. La cultura tiene que ver con la idea si un país tiene el recursos para sostener las metas de una misión después del fin. Se requiere un mínimo de dos visitas de GB cada año a una comunidad para asegurar el acceso consistente a la salud (Global Brigades, Inc. “Medical Brigades”). En el estudio de Babamoto y sus colegas, los trabajadores de la salud fueron pagados, pero tienen requisitos de educación (un mínimo de un diploma de escuela secundaria o GED) (115). Otra parte de la fuerza del trabajo es los doctores. Los médicos hondureños “are an invaluable asset to have on the ground to identify patients who may benefit

from the mission, make arrangements for the patients to be seen by the surgical team, and provide continuity of care for the patients once the mission has been completed” (Doman et. al. 70). Si un paciente a la brigada necesitan atención médica especial, los doctores lo evaluarán y lo referirán al hospital más cercano para ser evaluado allá también.

En adición a los doctores de los EE.UU. que viajan a Latinoamérica, para tener un médico que tiene la experiencia en Honduras, elimina las barreras de la lengua y de la cultura. Una conclusión de las investigaciones de Doman y su equipo medical es que “A multidisciplinary and multination concerted effort is required for a successful humanitarian medical mission” (73). Es decir, la habilidad de cambiar el futuro de salud de los hondureños viene de la comunicación y la colaboración entre los pacientes, los doctores, los voluntarios y los guardianes de salud. Un problema con los profesionales en Latinoamérica es que con recursos limitados financieros para apoyar su trabajo en la área de medicina, estas personas salen para buscar oportunidades de trabajo en lugares más lucrativos donde sus servicios están de la demanda (‘fuga de cerebros’). En el proceso, están dejando sistemas locales de salud vulnerables y marginados (Bliss 20).

Los problemas más comunes que vemos en la clínica pertenecen a los problemas con la respiración, los problemas gastrointestinales, enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes y problemas cardiacos, y la epilepsia. Además, como el Doctor Carlos dijo, “Los problemas tienen que ver con la parte de la higiene. Vemos la higiene del agua, la higiene personal. Después, vemos los problemas de la piel, infecciones, los piojos. Los niños viven en las casas que no tienen pisos de cemento” (Entrevista Personal). En este momento, las condiciones en la casa promueven el crecimiento de la enfermedad y hay que ser un cambio en la gestión de residuos que resulta en la dolencia por causa de la sanitación. Las enfermedades en Honduras,

como en muchas de las poblaciones pobres, son diferentes de los países desarrollados por causa de las condiciones de vida. Doctora Nilda dijo que “todos los problemas son mayormente causadas por la desnutrición o la malnutrición, la falta del acceso a la correcta alimentación, mucho exponerse al sol y que las personas caminan demasiado para ir a la escuela o para ir a sus labranzas” (Entrevista Personal). Los problemas respiratorios vienen de la falta de un sistema de ventilación y de los pisos en las casas que son construidas de la tierra, no del cemento. Hay parásitos y bacterias que viven en el suelo, pasando por las manos de los habitantes (que no tienen agua corriente en sus domicilios para lavarlas) y pasan los protozoos en sus sistemas de digestión cuando coman la comida sin la higiene personal. También hay casos de malaria y la enfermedad Chagas en Honduras, por causa de los protozoos. La transmisión de estas enfermedades es por causa del medio ambiente, fuera del control de la gente. “Rainfall and temperatures are high, there are suitable vector-breeding habitats and much of the area is remote and inaccessible” (Prothero 358). Además, el autor nota el rol de “inter-country movements” entre Belice y Honduras en que las condiciones ambientales favorecen la transmisión de estas enfermedades. Bliss añade a esta discusión que uno o más enfermedades infecciosas aparecerá con el crecimiento demográfico, la extensión de los pueblos en zonas remotas, las prácticas agrícolas no sostenibles, y el cambio climático (2). Vemos en la clínica la correlación entre el aislamiento de las ciudades que se enfrentan los pueblos remotos y la aparición común de los protozoos.

Los voluntarios que viajan a Honduras necesitan recibir unas pocas vacunas para evitar las dolencias prevenibles antes de que puedan ir. En adición a las inyecciones comunes en los EE.UU. (Hepatitis A, B, sarampión, polio, varicela, tétanos, etc.), necesitan recibir una vacuna para la fiebre tifoidea que no es raro en esta área de Latinoamérica y vacunas recomendadas son

para la fiebre amarilla, la malaria y la rabia, enfermedades no muy comunes en Norteamérica. Otras preocupaciones de muchos voluntarios a Honduras son el estado de la violencia y su seguridad en el país, el obstáculo lingüístico y el vuelo transnacional tan largo. Para las dos primeras ansiedades, hay la policía hondureña, los militares y los traductores. Todas estos individuos se quedan en el recinto con nosotros y viajan a la clínica cada día. Otros hondureños con que trabajamos, los trabajadores de salud de la comunidad, forman un puente entre los pacientes que conocen a ellos personalmente y nuestro equipo de estudiantes, doctores y los representativos de GB.

En un estudio que evalúa tres comunidades rurales distintas de Honduras que reciben ayuda de la organización sin ánimo de lucro Honduras Outreach Medical Brigada Relief Effort (HOMBRE), fue descubierto que hay muchas limitaciones en el acceso a atención médica y hay diferencias entre los tres lugares aunque son debajo de la misma autoridad local de salud por causa de las distancias remotas (Pearson et. al. 1). Sin una intervención, estas personas están atrapadas por la causa de la geografía, el precio y el acceso a la transportación. La población rural de Honduras que no tiene ni el agua sanitaria ni el saneamiento, carece el acceso a los doctores en la ciudad, por las barreras de distancia y el precio (Pearson et. al. 1). Organizaciones como Global Brigades ven este conflicto y por eso, quieren suministrar voluntarios en las áreas más remotas que necesitan ayuda no dado a ellos por su propio gobierno. Los estudiantes, doctores y médico residentes de Virginia Commonwealth University viajaron a Honduras con el programe de HOMBRE (Whitney et al. 4). La misión combina aspectos de la medicina y la salud publica, que usualmente son separados de Global Brigades.

El tratamiento típico de una enfermedad se basa en el modelo médico, que trata las síntomas de una persona con drogas o intervenciones después de la enfermedad ha empezado.

Típicamente, este modelo biomédico culpan al paciente por las enfermedades, por causa de las malas decisiones, en vez de reconocer que las desigualdades de la sociedad contribuyen a los resultados negativos de la salud (Harman 5). Por otro lado, el modelo de la salud pública cree que las intervenciones deben ser preventivas para evitar la manifestación de una enfermedad. Las intervenciones globales pueden ser verticales o horizontales. El primero enfoque en una enfermedad o un tema de salud mientras la meta del último es cambiar la infraestructura y trabajar con los sistemas mundiales de salud (Harman 4). Tradicionalmente, el enfoque biomédico apoya estos tipos de intervenciones para ayudar a la salud mundial, pero crea una forma de “‘medical imperialism’ wherein the western biomedical model is applied regardless of cultural experience and local responses to illness” (4). Además, la equidad vertical significa que individuos con necesidades diferentes recibirán cantidades diferente y servicios de niveles diferentes para lograr una solución similar en el fin. La equidad horizontal requiere la igualdad de tratamiento para las personas que tienen las mismas necesidades (Ruger 142). Es importante dar un tratamiento personalizado para el mejoramiento de la salud de un paciente para evitar una generalización.

La misión del programa HOMBRE utilizó la proyección para detecta el comienzo de la diabetes y la obesidad para que prepare por el futuro del paciente. Es la verdad que los pueblos aislados por las montañas, como La Hicaca, no tienen el acceso a la transportación, un hospital o un doctor; tienen bajos niveles de obesidad, pero las enfermedades comunicables son más comunes. También es cierto que la falta del acceso a los alimentos procesados ayuda los bajos niveles de la obesidad. Sin embargo, los lugares más desarrollados y cerca de la ciudad, como Coyoles, tienen altos niveles de obesidad por causa de la comida poco saludable (Whitney et al. 4). Con estas observaciones podemos deducir que Coyoles idealmente beneficiaría de un

programa sobre la importancia del ejercicio y la nutrición en la vida cotidiana y los peligros de ser obeso, como las complicaciones con el corazón, de respirar y el hígado graso. Por otra parte, un pueblo aislado como La Hicaca debe recibir información sobre la necesidad del higiene y el saneamiento para prevenir las enfermedades infecciosas y también educación sobre las comidas saludables con los recursos limitados que tienen allá. Whitney y sus colegas dicen que las comunidades de La Hicaca y Coyoles beneficiarían del uso de los trabajadores de la salud de la comunidad por causa de sus lugares aislados (5). Donde hay la tecnología, los investigadores sugieren el uso del radio para transmitir la educación de la salud. Este es un método que tenía éxito con respecto al cáncer cervical en Honduras (5). Hacen una declaración muy importante que ofrece la sugerencia que “future Honduran medical brigades be aware of nuances in health pressures, resulting from differences in urbanization, as they attempt to deliver health services across geographically proximal communities” (6). Estoy de acuerdo con esta sugerencia y es algo que quiero ver en la preparación de los voluntarios estudiantiles y doctores extranjeros antes de viajan a Latinoamérica para proveer su versión de atención médica.

Según la investigación de Babamoto y sus colegas, una intervención en una comunidad hispánico en los Estados Unidos (Los Ángeles) que usa un trabajador de la salud de la comunidad tiene más éxito de una visita a la clínica en la ciudad. Con la presencia de estos trabajadores, la salud de los pacientes nota más mejora con respecto al estatus de salud, los hábitos de la dieta, la actividad física y la adherencia a los medicamentos (113). En los Estados Unidos, el grupo latinoamericano tiene los altos niveles de riesgo de desarrollar la diabetes (45.4% de los barones y 52.2% de hembras) por causa de los estilos de vida. Los representantes de la comunidad o ‘promotores de salud’ conectan los pacientes al sistema de atención médica donde viven (Babamoto et al. 114). Aunque este descubrimiento viene de un estudio en los

EE.UU., es aplicable a personas de otros países en Latinoamérica si siguen el mismo entretenimiento de estos trabajadores. Sé que los recursos son un problema. Los EE.UU. tiene la tecnología y acceso al tratamiento, pero la presencia de una figura médica sin la preocupación constante y la dependencia de un médico, ayuda de mantener bajo control el estatus de salud del pueblo. Los investigadores describen los trabajadores en estos términos: “The primary goal of the CHW program, Amigos en Salud (Friends in Health), was to implement a culturally acceptable intervention composed of diabetes education and monitoring services that incorporated individual participant preferences using trained laypeople” (115). Podemos ver que la creación de un plan de salud sostenible en un pueblo aislado sin recursos debe incluir estos trabajadores para que mantenga el respeto para la cultura; una intervención de profesionales extranjeros pueden tener esta falta de respeto para la cultura de los pacientes. Es más fácil para un doctor de un país desarrollado menosprecia el estilo de vida de una persona que vive en el campo sin acceso a las intervenciones de la salud. Un aspecto interesante de la intervención de Babamoto y sus colegas es que los trabajadores de la salud son bilingües, y tiene diabetes o tiene una familia que tiene diabetes (115). Es importante porque los pacientes pueden relacionar con los trabajadores en otra nivel de entendimiento, de un perspectiva médica a una perspectiva más íntima y personal. Además, se hizo posible la atención personal por la baja proporción de personal a los pacientes: un miembro del personal para supervisar treinta y cinco pacientes (115). Cuando se disminuye la presión del tiempo, se hace posible la atención más personalizada. Sería interesante aprender más sobre el programa de Global Brigades de los guardianes de la salud, que vamos a discutir más tarde en este tesis.

Los resultados del estudio del Babamoto y sus colegas dice que en el grupo que recibe la atención médica de un proveedor experimentaron un aumento en las admisiones a los servicios

de urgencias (13% a 28%, seis meses después del comienzo del estudio) (118). La admisión emergencia no es ideal porque cuesta más de las intervenciones de prevención. En general, en comparación a la relación costo-rendimiento, la prevención tiene más sentido que el tratamiento médico. Las personas en las regiones rurales no tienen el lujo de ir al departamento de emergencia porque viven demasiado lejos y sería en estado crítico o morir antes de llegar al hospital. Otro descubrimiento del estudio es que el número de personas que declaran una aumentación en el consumo de frutas y vegetales mejoró en los casos con los trabajadores de salud pero no en los casos del grupo que recibió atención médica del proveedor típica (118). Los éxitos en el primer grupo también incluye una disminución en el consumo de comidas llenas de grasa (29% a 16%) y un aumento de la actividad física, tres veces o más cada semana (28% a 63%) (118). Sin embargo, no había un cambio significativo con respecto al Índice de Masa Corporal, un factor de riesgo que lleva a la diabetes, enfermedades del corazón y derrame cerebral.

En 2000 y 2001 hay un programa llamado PROMESA (Proyecto para el Mejoramiento de la Salud) que envía voluntarios periódicamente para evaluar los índices de malnutrición en los niños y trae doctores, dentistas, traductores y voluntarios. Sus misiones, como GB, proporcionan la atención médica y la odontología, pero en una región específica, el Yeguaré, donde 65.000 personas viven (Oken et. al. 2003). Su propósito en los viajes es para determinar si el uso de voluntarios pueden evaluar el crecimiento de los niños y ayudarles para salvarles de la malnutrición. Tomaron las medidas y se analizaron las tendencias de crecimiento de los niños entre 2 y 11 años de edad, pero el programa no tuvo borrador claro de tratar las enfermedades. Pienso que este grupo es un ejemplo interesante de un viaje medicinal a Honduras, porque a diferencia de GB, no menciona la sostenibilidad, carecen de referencias de pacientes y se centra

en un solo aspecto de la salud (nutrición) en la misma área geográfica cada vez con el fin de formular observaciones sobre el progreso de los mismos pacientes. Sin embargo, este nivel de atención a los mismos individuos es una característica que creo GB necesita adoptar con el fin de evaluar los éxitos de sus visitas. Los investigadores de PROMESA descubren que la mayoría de los niños en Honduras son de bajo peso, demasiados cortos y por siguiente, sus índices de la masa del cuerpo son demasiado bajos para que puedan ser considerados saludables (Oken 205).

Por otra parte, GB enfoque en el tratamiento de las enfermedades el día de estamos allá y en comparación a PROMESA, no es una visión holística porque solamente cura las síntomas y no ve toda la persona y todos los factores que contribuyen a la salud y bienestar de una persona. Una de las preocupaciones de Oken y su equipo medical es que las visitas individuales episódicas solamente pueden ofrecer mejoramiento mínimo en la salud de la población atendida (208). Ésa es una de mis observaciones también y estoy de acuerdo con sus sentimientos que “We suggest that by limiting our visits to a geographically localized region, and by becoming integrated with local public health and rural development systems, our efforts will create more lasting impact on the people of rural Honduras” (208).

La ayuda que los voluntarios dan debe ser incluida en la infraestructura del sistema de salud nacional. Como dicen Dickson y Dickson, los métodos utilizados durante cualquier visita de los voluntarios deben apoyar los planes nacionales de salud, directamente o indirectamente (867). Martiniuk y sus colegas añaden a esta discusión algunas reacciones de los miembros de la comunidad local que se sienten que las misiones medicinales “demonstrated the outside world recognized their plight” y tienen una sensación de la solidaridad cuando vinieron los extranjeros a las comunidades para proveer la atención médica. Martiniuk y sus colegas encontraron un participante que dice, “They [the patients] all replied that having a physician come, even for

short periods of time, was extremely helpful to the community, as it put a human face on their problems and gave them hope that ongoing assistance would follow” (4). Sin embargo, esta promesa de la atención médica continuada puede ser peligrosa porque promueve el concepto de la dependencia.

Las respuestas que yo recibí sobre posibles impactos negativos que tienen las brigadas fueron muchas variadas. Por ejemplo, de la perspectiva del Francisco, un coordinador del programa, dijo en respuesta a las preguntas “Is it possible that there are negative or unforeseen impacts the brigades have as well? (¿Es posible que también hay impactos negativos o inesperados que tienen las brigadas?)” y “What negative, if any, do los volunteers on the brigades have? (¿Cuáles son algunos ejemplos de los impactos negativos que tienen los voluntarios?)” dijo, “To be honest, I visit communities pre-brigade and post-brigades, and I haven’t heard any negative issues or concerns from the communities. Most of them are very, very positive and people are very happy with what we do. If any, which I haven’t heard any negative impacts, I would say 99% are positive, if any, 1% negative” (Entrevista Personal). Mariela un ginecólogo dijo, “Yo pienso que debería profundizar más [las Charlas] porque aquí no solo es dar y dar y darle a las personas sino que enseñarle a ellos también la prevención porque si no le enseñamos la prevención, vamos estar en la misma situación” (Entrevista Personal). El Doctor Carlos tuvo una opinión muy similar que aborda el tema de dependencia cuando dijo:

No sé si podía decir que es un impacto negativo, pero acostumbran las personas a las medicinas gratis. Todas las otras cosas [los otros programas] involucran las personas, en la parte de agua, en la parte de salud pública, en la parte de arquitectura. Las personas están involucradas físicamente y psicológicamente. La gente está comprometida aunque

no sea económicamente, está comprometida a que van a ayudar. En el lado de la medicina, toda la gente va a recibir que le den, que le den, que le den. Hay cosas que uno no puede ayudar. Por ejemplo, como médico no puedo mandar un antibiótico a la gente que no lo necesita. La gente un poco displicente en este sentido, no siente mucha responsabilidad. La gente recibe, recibe, recibe y no nos da algo en cambio. No tiene que ver con el dinero, sino tal vez más responsabilidad con lo que recibe (Entrevista Personal).

Continuando con las opiniones de los doctores, Doctora Nilda dijo “Nosotros estamos, creo que, acostumbrados a que hagan las cosas por nosotros. Todavía no terminamos de comprender que si no cambiamos no hace algo por nosotros. Nadie lo puede corregir.” Además, “cualquier impacto negativo que puede existir, queda desechado con valor del positivo que deja” (Entrevista Personal). Pienso que estas opiniones son muy similares porque los médicos han escuchado todas las mismas quejas de los pacientes, y reconocen las intenciones de los pacientes de recibir la medicación una y otra vez. Dijo Amanda, en respuesta a la misma pregunta:

For me, the biggest negative impact that brigades have on communities is a dependency on foreign volunteer aid. There exists [here] a culture that I like to crudely call the “white people give you stuff” culture. After a long legacy of missions and volunteer trips, community members are used to foreigners coming and giving them everything from medication to clothing to houses. As much as I value giving students the opportunity to see a different part of the world, I feel that having foreign volunteers is damaging in that community members continue to see that foreign volunteers equals benefits for them. I would rather if we could just use funds to have Honduran doctors and community volunteers alone run brigades (Entrevista Personal).

Miguel, el traductor, dijo que las brigadas absolutamente tienen impactos negativos. Su opinión hace eco la perspectiva de Amanda porque dijo:

If you're coming in and you're asking for medications, just say so. 'Hey, you know what. I don't have this disease. I'm fine. All I need is medication to stock up my first-aid kit,' and we are going to do that; there's no problem. But some come into consultation and start coming up with these diseases out of nowhere, and we already did the research and know what diseases run in their village. They think we're just rich, stupid people giving away medications, but that's not the case (Entrevista Personal).

Claire, un adjunto del Programa de Salud Global de GB en Honduras piensa que los impactos positivos son mayores de los impactos negativos:

I would like to believe that we do more good than harm. Do we create some form of dependency? Yes, absolutely. But at the same time, do we provide something that would otherwise be inaccessible? Yes. We also bring community members good conversation from a different world, which is something that does not happen very often (Entrevista Personal).

Interesantemente, uno de los objetos finales de GB es reducir la dependencia de las personas del tercer mundo en los voluntarios y misiones del primer mundo y darles el poder sobre su propia salud. En este sentido, las organizaciones como Global Brigades esperan que los pacientes tomarán la iniciativa con respeto a su salud. En su relato en primera persona, dentista Kevin Hardwick recuerda, "When I left, the community was no better off and was still dependent on the next foreign volunteer to staff that clinic" (865). Las comunidades locales que reciben la atención médica de voluntarios extranjeros ya sea porque forman una dependencia porque no tienen el recursos para seguir el tratamiento que fue introducido. Por ejemplo, en respuesta a la

pregunta “¿Por qué es tan difícil de corregir los problemas de la salud que vemos en la clínica?” Miguel dijo que después de terminaron los medicamentos, no hay nada que pueden hacer los pacientes, en comparación al programa de arquitectura en que Global Brigades les enseña como construir las casas y los miembros de la comunidad usan el mismo proceso para construir otras casas (Entrevista Personal). Después de terminaron una brigada, las personas regresan al mismo estilo de vida en lo que comen y donde trabajan. La economía también afecta porque las personas no pueden cambiar.

¿Es que quien está responsabilidad de esto? el estado hondureño. El estado no tiene por la causa que sea. Hay millones de causas por la cual el estado no tiene la posibilidad de arreglar. Es extremadamente limitado. Nunca hay medicamentos. El estado no tiene la capacidad económica ni política (Entrevista Personal).

Es interesante escuchar a la perspectiva de un médico hondureño sobre los problemas con el gobierno del país porque pienso que valida las acusaciones de que el estado no funciona bien y no tiene los recursos para sus ciudadanos. En la encuesta llamada “Honduras: The World Bank Country Survey FY 2013,” El Banco Mundial pregunta a la gente de Honduras, “In addition to the regular relations with the national government as its main interlocutor, which TWO of the following groups should the World Bank collaborate with more in your country to ensure better development results there?” la mayoría (47% ) de los respondientes piensan que el gobierno local debe colaborar con El Banco Mundial; la segunda respuesta más popular fue Organizaciones basadas en la Comunidad (33%).

Otra razón que es difícil de corregir estos problemas es el nivel de educación de los pacientes. Como dijo Doctora Mariela:

Pienso que es por la educación de los pacientes. La misma ignorancia muchas veces los conlleva a ellos a no pueden tener una prevención. Y el otro es lastimosamente, aquí en honduras, la educación es bien pobre y no tenemos un gobierno que se preocupe tanto por la educación de las personas porque si ellos tuvieron educación, pudieron prevenir la mayoría de estas enfermedades (Entrevista Personal).

Hay que haber más métodos de prevención, en una manera económica con respeto al uso de los fondos y ético con respeto a la autonomía del paciente. Ha sido ampliamente documentado que las comunidades separadas y aisladas por barreras geográficas son víctimas del sistema de atención de la salud, en comparación con los destinos más cerca de las grandes ciudades. Las personas que viven afuera de la ciudad típicamente tienen orígenes indígenas, otro grupo que experimenta la discriminación del tratamiento de las enfermedades, en adición a las mujeres y las personas que están estigmatizadas por sus orientaciones sexuales (Bliss 13). También hay una discrepancia entre los pueblos rurales diferentes, que motiva a los individuos de viajar al pueblo más cercano donde sirve Global Brigades. Aún en los casos en que los pacientes vean a un médico, todavía no pueden tener acceso a las citas de seguimiento, análisis de laboratorio, ni las pruebas recomendadas por un profesional de la salud (Pearson et. al. 5). Pearson y sus colegas tienen una esperanza para el futuro en que la tecnología servirá un papel más grande en la atención médica que incluyen “telemedicine” y llamadas telefónicas automatizadas para que los pacientes se adherirán a sus medicamentos y a las órdenes del médico. En el estudio de Babamoto, et. al., los trabajadores de salud de la comunidad comunicaron a los pacientes telefónicamente. Sin embargo, no es una realidad en las partes rurales en Honduras y por eso, la comunicación sería de carne y hueso.

Sin duda, la permanencia de un programa continuado después del fin de las misiones es esencial para mantener la salud, pero en las manos de los hondureños y no con una dependencia en los doctores y voluntarios de otros países. Una característica distinta para los programas de Global Brigades es la inclusión de “Charla,” una clase breve de educación sobre la salud personal. La idea es que los voluntarios y los trabajadores locales de salud enseñan a los hondureños que visitan la clínica en muchos grupos pequeños cada día. La sección para los adultos enfoca en la información sobre las relaciones sexuales seguras para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, sobre la higiene de los dientes y la importancia de lavarse las manos y cubrir la boca cuando tosen, para prevenir muchas enfermedades (“Medical and Dental Brigades Webinar”). En la sección con los niños, les dan un tratamiento de fluoruro para el mantenimiento de los dientes, demostramos cómo cepillarse los dientes y cómo lavarse las manos. Un problema aquí es que solamente un estudiante en el grupo de Charla necesita hablar español que causa muchas dificultades en la comunicación. Los críticos de las misiones médicas tienen preocupaciones adicionales sobre los programas de medicina. “There are serious concerns about their sustainability, financial transparency, ethical standards, and appropriateness in meeting the real needs of our neighbours,” que hace eco los pensamientos que tengo (Martiniuk y Negin 1). Es importante buscar información sobre el plan que tiene la organización para el futuro, después de que el programa haya terminado. Sería más útil para difundir su plan antes de viajar los voluntarios, que también incluiría el impacto conocido que tengan en la vida de los pacientes. Además, es la verdad que “Medical voluntourism groups, who provide early opportunities for volunteers to gain clinical know-how, tend to also support volunteers’ enthusiasm for an early exposure to medicine” sin pensar en las consecuencias (Wallace 2). Esta idea es peligrosa en el sentido de que, según Wallace, “Currently, there are no formal guidelines

for pre-medical volunteer abroad initiatives” (5). Además, según Wallace, “Unskilled volunteers involved in local education risk propagating incorrect public health information” (5). Es imperativo que un trabajador de salud del pueblo, quien es calificado, está presente en estas clases para comunicar a los estudiantes los nombres y las edades de los pacientes y clarificar los detalles si una persona no entiende una lección. Pienso que esta sección del viaje médico es necesario para la sostenibilidad porque la esperanza es que los individuos tomarán control de su salud sin las intervenciones de los voluntarios. Sin embargo, encontré que a los doctores le gusta ayudar a los estudiantes con esta experiencia. “Si puede interactuar un estudiante con el médico, y incluso de hecho a nosotros nos encanta cuando los estudiantes nos hacen preguntas, nosotros podemos enseñar a los estudiantes. Realmente, para nosotros es más bien que el estudiante aprenda” (Mariela Entrevista Personal). Como dijo Miguel:

If a student wants to learn, he will. I’ve had brigades where the student just comes in, sits down and watches the doctors do everything, doesn’t ask any questions at all. And they’re supposed to ask questions, because that’s what we the translators are here for. If you do not have any questions, personally, it tells me you do not want to be here. You’re just here because you needed extra points for any sort of class.”

Este idea tiene que ver con las intenciones de los estudiantes de participar en las brigadas. Las intenciones de los médicos y los voluntarios también están en cuestión. Para entrar en una experiencia con Global Brigades, no hay una ninguna prueba para asegurar de que los voluntarios quieren ir por las razones apropiadas. “Some have accused health workers of categorising brief missions as work travel expenses to gain a tax write-off. Then there is the CV factor - some medical students see time working in developing countries as a ‘right of passage’ for admission into residency” (Martiniuk y Negin 1). Si las personas que viajen no poseen

motivos altruistas, la visión de la atención más beneficiosa sea distorsionada. Maki y sus colegas muestran una conclusión crucial a mi argumento que dice:

Many mission participants work in short-term medical missions for altruistic reasons. These good intentions directed towards disadvantaged populations can lead to the misconception that in resource-poor environments any healthcare is good healthcare, regardless of the quality of services. This misperception could also contribute towards a biased positive evaluation (6).

El arreglo de la clínica tiene más de un cuarto para las consultas medicas, con el objetivo de ser más comprehensiva. El programa de GB combina las misiones de medicina y odontología para una estrategia más holística ("Medical and Dental Brigades Webinar"). Muchas de las enfermedades vienen de los problemas de los dientes como caries e infecciones. En una de las estaciones que organizan los voluntarios, hay un dentista que hace los procedimientos dentales necesarios en unos poquitos minutos. Las metas son para ver todas las personas que se inscriben para una visita y proporcionarles con extracciones, empastes y limpiezas y promover la atención preventiva. Otras estaciones incluyen la farmacia (los voluntarios traen todas las medicinas de los EE.UU. para distribuir), las consultaciones con los doctores después del triage (la tasación de la información de los pacientes dirigida por los estudiantes), la ginecología y la ingresa de los datos en las computadoras. En sus propias palabras, Global Brigades dice en su sitio del web que, "Volunteers shadow local and foreign health professionals as they provide pro-bono consultations and medications to patients in rural communities. Volunteers assist with in-take, triage, medication packing, and health education" (Global Brigades, Inc. "Medical Brigades"). El objetivo es que si les proporcionan cepillos de dientes, pasta de dientes, champús y jabones, que serán capaces de cuidarse a sí mismos, pero ¿qué sucede cuando estos suministros se agotan y no

pueden viajar y comprar nuevos? Los pacientes tienen que esperar para el próximo viaje. Según

Doctora Mariela:

Para ellos [los pacientes] es muy importante la brigada. Hay pacientes que esperan estas brigadas cada tres meses, cada seis meses, para sus enfermedades crónicas, para sus medicamentos, no es para nosotros no entender que el país tercermundista, comunidades pobres, gentes sin recursos económicos. Para ellos la oportunidad que se le da tanto para sus dientes, sus medicamentos, para ellos es un beneficio (Entrevista Personal).

La información que traemos a los pacientes puede parecer básica para otras personas, pero para algunas personas, los detalles de la salud no fueron comunicados en la escuela ni son realísticos de seguir según el estilo de vida. Esto no quiere decir que nadie sabe hábitos saludables. Para tener más entendimiento, es importante saber las discrepancias en el nivel de educación, el plan de estudios enseñado en las escuelas de América Latina y una cultura que pone una mayor importancia en el trabajo duro y en la familia en lugar de la educación y las carreras profesionales. Otro entendimiento de la cultura que los voluntarios necesiten poseer es la diferencia en la estructura de la familia. No es infrecuente conocer a una chica menos de dieciséis con un niño. No debemos estigmatizar a las decisiones de la gente de diferentes crianzas. Algunas mujeres amamantan a sus hijos en público y no debemos pensar en esto como extraño cuando estemos allá; tenemos que aceptar y respetar las prácticas que son normales en otras culturas; después de todo, somos los extranjeros a su país de origen. Típicamente en la clínica, los estudiantes y doctores extranjeros a Honduras miran y estigmatizan una cultura diferente: la edad de las madres adolescentes y/o las madres que amamantan a sus bebés en público, los pacientes que no cubren sus bocas cuando tosen y los pacientes que tienen piojos. Es fácil de criticar el estilo de vida de estas personas que incluye una falta de bañar y consumir

alimentos saludables, pero para los voluntarios, es necesario que entiendan que la falta de recursos previene asegurar una vida con menos enfermedades.

Por ser un período tan corto, no hay suficiente tiempo para establecer las relaciones con los pacientes y tratar de aprender y apreciar la cultura extranjera. Pienso que una de las partes más problemáticas de los viajes voluntarios es la barrera de lengua y la inhabilidad de comunicar con los hondureños. Según Claire, “The language barrier is definitely a barrier but I don't feel that it prevents the best care possible. Our community members have gotten good care from foreign doctors and I believe good medical care goes beyond language” (Entrevista Personal). Se contrasta con las opiniones de Amanda y Kelly, quienes creen, respectivamente:

The language barrier definitely prevents the best care possible. Even with translators, things are often lost in translation or simplified for the benefit of foreign doctors. Sometimes ailments do not translate well or can translate to more than one thing, so the feeling of the language is lost. Also, since translation takes time, it may prevent doctors from asking as many questions as they normally would and this also affects the quality of care provided (Entrevista Personal).

The language barrier definitely changes the dynamic of the doctor patient interaction. Translators commonly play an active role in the interaction, providing a cultural context for the patient's description of their illness. Therefore, the patient's words are not always translated word for word to the healthcare professional, opening up the possibility for misunderstanding. However, from the perspective of local doctors, the biggest frustration is the length of the consultations when translation is necessary. While quality is more important than quantity, the process of translating does reduce the number of patients that can be seen (Entrevista Personal).

Además, los otros entrevistados dijeron que sí, existe una barrera de lengua pero no previene la mejor atención médica. Doctora Mariela piensa que es “tal vez difícil un poco de interactuar, de comunicar pero no tiene que ser un problema con el idioma” (Entrevista Personal). Francisco cree que sería útil que todos pueden comunicar, pero el lenguaje corporal y las sonrisas forman una conexión entre las personas aunque no hablan el mismo idioma. Añadió que tenemos traductores que pueden ayudar con esta barrera de lengua. Miguel piensa que muchas de las personas en las comunidades no saben cómo hablar el español correctamente:

Here in Honduras we have something called *caliche*, which is a special kind of Spanish spoken in rural areas, sometimes in the cities, and that’s where the translators come into place. In other countries, you’re going to hear different words that mean different things, for example people would say ‘cerebro’ when referring to their necks and we all know cerebro means brain, so we understand that they have a headache. Canilla, means your knees, etc. (Entrevista Personal).

Sin embargo él no piensa que la barrera del idioma impide la atención médica. “Me as a translator, I not only translate for the students, I also explain to them what the word means” (Entrevista Personal). José, el otro traductor en las brigadas, recordó que había visto que “a veces es un poco frustrante para ustedes cuando no pueden comunicarse con las personas, cuando no pueden expresarse a ellos” pero es su rol como traductor para facilitar en la estación de triage (Entrevista Personal). Vemos más tarde en este tesis las medidas de cómo evaluar la calidad de una intervención médica, pero primero, discutiremos más sobre los requisitos de GB.

Saber hablar español no es un requisito para ir en el viaje y los voluntarios reciben información básica, por ejemplo los nombres de algunas enfermedades y como se dice ‘¿Puedo tomarle su presión arterial?’ antes de salir de los EE.UU. También, en la preparación para el

viaje hay una falta del entendimiento de las enfermedades que no aparecen frecuentemente en los Estados Unidos pero que son muy comunes en países más pobres, por ejemplo los parásitos, la enfermedad de Chagas, malaria, Dengue y cólera, para los que no existen una vacuna. En Honduras, los casos de Dengue, una enfermedad transmisible, están aumentando al lado de la aumentación global de las enfermedades no transmisibles (Bliss 1). Puede reconocer más mejor la orientación de la justicia social de estos pre-médica esfuerzos de ‘voluntourism’ si las organizaciones que envían los voluntarios mejoran y amplían su entrenamiento previa a la salida (Wallace 5).

Por otra parte, se han producido artículos recientes dedicados a analizar la estructura y la eficacia de los viajes como la con que me ofrecí voluntariamente. “There is a paucity of literature evaluating health care access and detailing the role of medical missions in Honduras” (Pearson et. al. 5). No puedo encontrar publicaciones escritas por los pacientes o traducidas por los traductores, ni de los trabajadores locales de la salud, y concluyo que probablemente no existen. Además, yo me di cuenta en mi marcha de investigaciones que no hay recursos sobre el análisis de las misiones medicinales escritos en español y me parece que es un descubrimiento raro. ¿Dónde están las investigaciones de las personas de los países hispanohablantes? ¿Son disponibles al público?

Los proveedores de salud y los pacientes se beneficiarían de las medidas de control de calidad en que la definición de la palabra ‘calidad’ según el Instituto de Medicina es “the degree to which services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge” (Maki et al. 2). Sin embargo, existe poco acuerdo sobre el significado del acceso igual y la calidad para el desarrollo del sistema de salud (Oliver y Mossialos 656). Además, la igualdad del acceso no garantiza

resultados iguales entre los beneficiarios. No garantiza el derecho a estar sano, la tarea imposible de resultados iguales de salud, o la cantidad misma de la atención de médica de la salud a todas las personas (Ruger 140). Vemos el derecho a la salud como una afirmación ética, en que todos los individuos, especialmente los más ricos, para redistribuir una parte de sus recursos para satisfacer las necesidades de la salud de los demás, los que no pueden pagar para la atención médica (Ruger 123).

Por parte de los profesionales de la salud, pueden limitar las intervenciones ineficientes e inútiles y en el lado de los pacientes los planes del tratamiento deben ser individualizados. Adicionalmente, la atención médica debe estar centrada en el paciente y poseer características de la seguridad, eficacia, puntualidad, eficiencia y equidad, las seis características esbozadas por el Instituto de Medicina al definir la palabra ‘calidad.’ Aunque la mayoría de personas no distingue la eficacia y la eficiencia, hay una diferencia entre las dos. La eficacia o efectividad, relacionada con la medicina, se refiere a la habilidad de proveer servicios medicinales basados en el conocimiento científico a las personas que puedan beneficiarse de estos y determinando el éxito de la ayuda para lograr su meta. Por otro lado, la “eficiencia” apunta a evitar los desperdicios, que incluyan los residuos de los equipos, los suministros, el tiempo, las ideas y la energía (Instituto de Medicina).

En el estudio, Maki y sus colegas llevaron a cabo veinte entrevistas en cada uno de seis programas con directores del programa, el personal y los recipientes para contestar la pregunta, “What are the most important factors in evaluating the quality of STMMs\*?” (2). Los resultados citan seis factores principales y treinta elementos pequeños que contribuyen a la evaluación. Los

---

\* STMM significa Short-Term Medical Mission (Maki et al. 2).

factores tienen paralelos a la manera en planear una misión de Global Brigades. Por ejemplo, uno de los segmentos más importantes, sostenibilidad, “a measure of the long-term focus of the mission, including fostering independence through building local capacity,” forma un pilar de GB. Otros elementos más importantes en evaluar la calidad de las misiones de medicina incluyen la educación, el costo, el impacto, la eficiencia y la preparación, que hace eco las preocupaciones que tengo con respecto a la efectividad de las misiones. Detallando cada de estas contribuciones, empezamos con el costo, que es “a measure of the awareness of the total financial expenditure of the mission” así como una evaluación precisa del costo por paciente (Maki et al. 3). Vemos la importancia en la productividad cuando analizamos la eficiencia y una minimización del desperdicio del tiempo y recursos. Es importante interpretar el impacto que tiene el viaje en los ojos de los médicos y profesionales de la salud y también los pacientes. En la relación con la preparación, las personas que dedican su tiempo para estas misiones deben funcionar como un equipo efectivo. Los autores definen la educación en este caso como “a measure of the resources directed to providing responsible and accurate education, mentorship and training to recipients and local health care workers (3). Algo que no menciona esta publicación de Maki y sus colegas con respecto a la preparación y educación es la información que los voluntarios reciben antes de participar. ¿Cómo preparadas son estas personas para confrontar las enfermedades de que usualmente no están acostumbradas? ¿Hablan la lengua de los pacientes? Como dice Wallace, “Depending on the level of pre-departure and on-the-ground training provided, even volunteers’ provision of culturally sensitive health education can be problematic” (5). En el caso de Global Brigades específicamente, ¿Todos saben como tomar la presión arterial, el peso, la altura o la temperatura? ¿Saben como escribir las síntomas en una manera que el doctor puede entender? Más importante, ¿Son preparados para el ambiente acelerado en la clínica y el estrés que quizás

se sentirán? En respuesta a la pregunta “What can be changed to ensure that volunteers are fully aware of the health disparities before they travel to Honduras?,” Amanda dice:

We do all that we can to make information available to presidents [of the university club] and students beforehand. We also strive to teach curricula on brigades (to the extent possible) and are currently revamping our programs to be easier for coordinators and students alike. However, it is ultimately up to the presidents [of the university club] to execute this. Unless we make it a requirement to possess certain knowledge - such as taking a class - it is really up to the students to take charge of the information we make available to them (Entrevista Personal).

En una investigación sobre la calidad y cantidad de las misiones médicas a los países de bajos ingresos y de ingresos medios, el propósito era encontrar más información en las publicaciones sobre la participación de profesionales medicinales y los impactos posibles en estas poblaciones durante 1985 hasta 2009. Los países con ingresos más altos que envían la mayoría de los voluntarios estudiantiles y médicos son los Estados Unidos, Canadá, Australia, y el Reino Unido, países con ingresos más altos (Martiniuk et al. 2). Estos voluntarios son los sujetos en la preocupación de Wallace: “it is possible for pre-medical volunteers to see medical voluntourism trips as an opportunity to perform medical techniques that they would never be permitted to undertake in their home-developed country” (2). El destino más popular para esta atención médica de los EE.UU. es Honduras; para Canadá el lugar más popular es Somalia, Australia a Papúa Nueva Guinea y el Reino Unido a Sri Lanka, Perú, Ghana, Tanzania, y Uganda (Martiniuk et al. 3). Muchas veces en las misiones, el tratamiento es quirúrgico, pero en los viajes de Global Brigades, solamente hay este tipo de intervención en la estación dental o en los casos cuando un individuo necesita atención médica crítica para una condición más grave.

Martiniuk y sus coautores sugieren en el resumen de sus investigaciones, “With the large number of missions conducted worldwide, efforts to ensure efficacy, harmonisation with existing government programming and transparency are needed” (1). Es una realidad que con la aumentación en el número de misiones medicinales, hay una mayor necesidad para más información publicada con respeto a las responsabilidades personales de los voluntarios y también los estándares éticos del tratamiento medicinal.

Una parte del estudio de Martiniuk es que las seleccionó las publicaciones en inglés. Entonces, la faltan las publicaciones en las lenguas de los países destinatarios, por ejemplo, un artículo escrito en español para describir una experiencia de medicina que tuvo lugar en un país de Latinoamérica donde el español es el idioma principal. Limita su estudio que la información venga de las perspectivas de profesionales en medicina que viajan de los países con ingresos más altos porque es sobre las poblaciones marginadas que más probable nunca leerán la publicación; no hay perspectivas de la personas de países con ingresos bajos sobre su experiencia o pensamientos sobre las misiones médicas.

Hay un descubrimiento interesante en la investigación de Martiniuk sobre las publicaciones de artículos sobre misiones médicas: la intención de escribirlas. La mayoría de los artículos (78%) describen los viajes medicinales en vez de analizar su trabajo y efectos. “Existing articles are mainly descriptive in nature. Very few discussed the ethics, policies, standards or evaluations of short-term medical missions” (3). Sin embargo, es cierto que algunas publicaciones contienen información sobre las debilidades de las misiones y ofrecen una crítica de las prácticas. Algunas de las opiniones críticas mencionan la falta de sostenibilidad en una misión de breve periodo de tiempo y el sentimiento de los doctores que tienen un impacto

limitado (4). Whitney y sus colegas afirman que, “While helpful, periodic health brigades cannot fully address the fundamental needs of resource poor populations” (5).

La organización llamada ‘Foundation for Sustainable Development’ tiene el propósito de enviar los estudiantes a seis lugares en el mundo en desarrollo (Nicaragua, Argentina, Bolivia, Uganda, Kenia y India) para proporcionar programas en las áreas de tecnología, la equidad de los géneros, los derechos humanos, la microfinanza, la sostenibilidad del medio ambiente, los negocios, la salud y la educación y el desarrollo de la juventud. La Universidad de Nueva York tiene un club que envía los estudiantes para ayudar voluntariamente. Como Global Brigades, pienso que traería las mismas cuestiones de la ética, sostenibilidad, barrera del idioma, la dependencia y los impactos negativos. Su misión dice que la organización “envisions a world where all people have the opportunity and capacity to direct economic, social, and environmental resources toward sustainable outcomes that improve lives and communities” (“Vision & Mission”). Pregunté a uno de mis amigos que fue en uno de los viajes que hicieron los voluntarios, y ellos establecieron una farmacia permanente y sostenible en una comunidad, controlada por los trabajadores de la salud de la comunidad. FSD y GB son dos de la organización que dedican su tiempo a la ayuda mundial.

Aunque los voluntarios viajes medicinales son bien establecidos para la función de proporcionar la atención médica, falta la evaluación estandarizada para juzgar el éxito de las misiones, la seguridad, el control de la calidad y el impacto que tienen (Maki et al. 1). La escasez del análisis trae la inhabilidad de mejorar estos viajes si no están cumpliendo con las necesidades de salud del paciente. Davis dice, “Despite the widespread prevalence of short-term missions and the millions of dollars dedicated each year to providing care with these brigades, standardized outcomes assessment is virtually nonexistent” (Davis et al. 1). En un estudio con el propósito de

poner en marcha un instrumento para evaluar las misiones, los autores ofrecen una herramienta que diría los aspectos fuertes y débiles y el desempeño comparado con los de otras misiones medicales. Una determinación de sus investigaciones es las áreas que necesitan ser mejoradas. “Of the six major measures of quality, missions performed best in Cost (mean score 86%), and Impact (84%). The poorest performance was in Education (64%). Efficiency, Sustainability, and Preparedness showed mean scores of 76%, 77%, and 73%, respectively” (Maki et al. 1). Sin embargo, en cada caso el tamaño, la duración, el presupuesto y los detalles de las misiones son diferentes. Los autores escriben que “lack of sustainability can challenge the good intentions of missions” y mientras Global Brigades entiende este problema, otras organizaciones no tienen en cuenta el aspecto de la sostenibilidad y continuación de servicios cuando crean un plan médico.

En la definición de la sostenibilidad en la investigación de Maki y sus colegas, mencionan ‘independencia’ como un foco de la misión “through building local capacity” (3). Una parte de esta investigación que es interesante y necesaria es el uso de encuestas oralmente en inglés y español para que los pacientes pueden hablar en su lengua nativa en la presencia de un traductor. Todas las preguntas tienen respuestas en una escala, en que el número uno corresponde al ‘completamente en desacuerdo’ y cinco corresponde a ‘completamente de acuerdo’ para que los investigadores pueden añadir todos los números y generar un porcentaje de puntos posibles. El área de enfoque (el costo, la preparación, etc.) que recibe la calificación más baja es el factor que necesita más atención y corrección (Maki et al. 4). Las organizaciones que fueron utilizadas como encuestas experimentales tienen brigadas en Honduras, Ecuador, Brasil, Zimbabue y Namibia, países seleccionados para el estudio porque recibieron misiones por más de cinco años, al menos de cinco misiones cada año, permitieron la encuesta de los pacientes y el personal durante el viaje y proporcionaron comentarios con respeto a las encuestas (Maki et al. 4).

En analizar las respuestas, los autores descubren que los pacientes dicen que el tiempo de esperar para ver un doctor era entre treinta minutos y cuatro horas, que es cierto en el caso de la brigada en que yo participé. Una estadística muy sorprendente es que sólo veinte por ciento del personal médico involucrado con las misiones consideró que el nivel de atención de seguimiento fue suficiente para evaluar el impacto de la misión, que significa que la mayoría de estas brigadas no alcanzan el nivel de atención médica después de la misión que los pacientes necesitan para mantener su salud. Un descubrimiento positivo es que ochenta por ciento de los viajes medicinales dicen que en términos de la sostenibilidad, colaboran con el sistema local de salud para continuar el trabajo que empiezan durante el tiempo allá.

Los investigadores se enfocan en los tres mayores sitios del web que atraen voluntarios: International Healthcare Opportunities Clearinghouse, Diversion Magazine and Missionfinder.org, que juntos producen 543 organizaciones dedicadas a enviar viajes medicinales que en total llevan a cabo aproximadamente 6,000 misiones medicinales corto plazo cada año (Maki et al. 2). La fundación sugerida de una manera sistemática para evaluar las misiones médicas puede ayudar a las organizaciones para rendir cuentas de sus acciones. Por ejemplo:

“Without proper evaluation standards, issues of patient safety, quality control, and impact assessment are easily overlooked since STMMs are often locally organized and privately funded without restrictions. This can lead to disastrous results, such as two patient deaths after cleft-lip and palate repair, a result that would lead a malpractice suit in most Western countries” (Maki et al. 2).

Además, la discusión sobre la ética de la práctica del ‘medical voluntourism’ viene de la perspectiva de la ética definida por el Occidente (Wallace 4).

Aunque este argumento quizás no tiene que ver con el trabajo de Global Brigades con relación a la cirugía, es la verdad que las organizaciones deben ser controladas por un instrumento de evaluación que diría si los pacientes se sienten que la ayuda que recibieran podría ser mejor. Una conclusión sorprendente del estudio de Maki y sus colegas es que cuarenta por ciento de las misiones no tienen un sistema para recoger información sobre la morbilidad y la mortalidad (5). Si los planeadores de las misiones no tienen en cuenta estas medidas, ¿cómo pueden cambiar sus intervenciones para ofrece la atención médica más personalizada? Encontré que en términos de Global Brigades, los planeadores del programa usan las opiniones de los estudiantes según lo que ven en la clínica que puede funcionar mejor. Por ejemplo, Charla era una de las sugerencias de los estudiantes. También, la organización recibe comentarios de la comunidad cuando regresan. Además, sesenta por ciento de las brigadas que juntan estas estadísticas las revisan formalmente y reúnen con el gobierno local para un informe formal. En la categoría de la sostenibilidad, ochenta por ciento de los respondientes contestan que trabajan con el sistema de atención de salud local. Más sorprendentemente, cien por ciento de las misiones tienen un sistema para referir los pacientes a otro proveedor de salud si necesitan más atención medica (5). Pensaría que no tienen suficientes recursos para incluir este aspecto en sus viajes pero no es el caso.

“Paucity of follow-up data, poor relations with the local health care system, and lack of sustainability can challenge the good intentions of missions” (Maki et al. 7). Además, hasta la fecha, ninguna herramienta de evaluación estandarizada ha sido desarrollado para evaluar la calidad de las misiones médicas de periodo breve (7). Estoy de acuerdo con la necesidad de implementar una evaluación estandarizada para una multiplicidad de razones. Si las misiones no logran sus prometidos, deben cambiar sus planes. Por ejemplo, en las áreas de sostenibilidad,

pienso que necesitan colaborar con los gobiernos y sistemas de la atención médica. El nivel de corrupción en Honduras es bien conocido y previene las condiciones óptimas de la salud. No hay una sola autoridad que puede arreglar los viajes medicinales para satisfacer mejor las necesidades de salud de los pacientes, porque “no authoritative international body currently oversees STMMs” (Maki et al. 6). Una limitación de la herramienta de la evaluación de las brigadas es que depende en las respuestas honestas de los directores de sus misiones. “This is a source of potential bias towards positive evaluations, since mission directors are often invested both professionally and personally in the success of their missions” escriben los investigadores (6). Algo importante sobre las limitaciones de las evaluaciones viene del papel de los estudiantes voluntarios; “many mission participants are intimately connected to their mission groups, either through religious affiliations, schools or places of employment. This sense of camaraderie may make it difficult for them to objectively evaluate the mission” (6). Quiero buscar en las respuestas de los voluntarios estudiantes si hay este prejuicio.

Según Davis, et al. (1) los errores en la planificación y ejecución de las misiones son efectos de la falta de análisis rentable que debilitan el éxito. Con respecto a las misiones de neurocirugía, no había estudios para determinar la rentabilidad de este tipo de atención médica porque estas misiones tienen trabajos más complejos en una región subdesarrollada (2). Otro problema con los estudios de las misiones de corto plazo es que no publica información sobre las complicaciones o los resultados en general de los pacientes después del periodo de hospitalizado. Las evaluaciones deben ser 1) publicadas y 2) generalizables a los viajes en el futuro.

Davis y sus colegas evalúan la rentabilidad de una misión de neurocirugía pediátrica a Guatemala, llamada Project Shunt, para contribuir a la discusión sobre la evaluación de una misión. Empezaron con la colección de datos demográficos del paciente, comorbilidades,

características intra-operatorias, complicaciones postoperatorias, duración de la estancia y todos los costos (2). Una parte importante de este estudio es que las preguntas fueron dadas en la lengua nativa de los pacientes. Es un aspecto que yo considero muy importante en las evaluaciones para que no tergiversen las respuestas o confunda los pacientes. Usaron las guías publicadas por La Organización Mundial de la Salud que resumen como analizar la rentabilidad según los años de vida ajustados por discapacidad (DALY). Esta medición nos dice sobre “la carga de la enfermedad, la estimación de los años perdidos o discapacitados de la vida asociada con una condición” (Davis 2). Es un concepto tan complejo pero en resumen, toma en cuenta la edad de la persona en cuestión, la severidad de la enfermedad y ‘peso de la incapacidad’ determinado por La Organización Mundial de la Salud. Los investigadores tomaron en cuenta esta medida y el costo del tratamiento y dicen que “World Health Organization guidelines consider those interventions to be highly cost effective as those that cost less than the gross domestic product per capita for each DALY averted” (Davis 3). Estoy curiosa de si Global Brigades tiene un sistema de evaluaciones en adición a los comentarios de los voluntarios en las reflexiones durante las misiones.

Por otra lado, hay limitaciones en el uso de los DALYs porque no tienen en cuenta el impacto que la sociedad tiene en las vidas de personas con discapacidades, por ejemplo, la discriminación, falta de oportunidades y la estigmatización. Estoy de acuerdo de que este estudio tiene limitaciones en la relevancia de los resultados porque solamente toma en cuenta una misión enfocada, pero es un buen comienzo para descubrir información escasa. Sugiero que los investigadores monitorizan la salud de los mismos pacientes con el tiempo para determinar si estas intervenciones fueron suficientes para tratar las enfermedades, pero también sugiero que entrena trabajadores de salud de la comunidad para monitorizan los pacientes, como los

guardianes de la salud de Global Brigades. De esa manera, mantienen una presencia sin la dependencia en las cirugías de los médicos extranjeros. El estudio afirma que la ayuda de los trabajadores de la comunidad tiene más éxito de la ayuda de un profesional y yo me pregunto si es el caso mismo en Honduras; si los doctores no tienen el mismo efecto de los guardianes de salud, ¿son tan eficaces en la atención de seguimiento? Aunque se requiere los fondos para empezar un programa de trabajadores de la comunidad, es una inversión en la salud del futuro que salvara tiempo y dinero en el largo plazo.

Martiniuk y Negin, no hablan específicamente sobre GB, pero son muy críticos de las misiones médicas similares. “These volunteer health professionals essentially wash their hands of the patients as they board their plane home, souvenirs in hand” (1). También comentan sobre los precios altos para la transportación y proporcionar todos los materiales. Por otro lado, Davis sus colegas dicen que “the most expense associated with short-term surgical trips is not medications or surgical supplies, but rather transportation and support of the foreign medical team, with these expenses approaching 50% of total mission costs” (3). Los fondos obtenidos por las brigadas son una combinación de los esfuerzos de recaudación de fondos del club y las contribuciones individuales de los estudiantes para su propia parte del viaje. Los medicamentos y paquetes de higiene, que incluyen la pasta de dientes, los cepillos de dientes, jabón y champú, son donaciones que los estudiantes necesitan buscar antes de que puedan salir para el viaje. Cuando los voluntarios de Global Brigades depositan su dinero para el viaje, no reciben un desglose del costo. “En vista de los costos considerables involucrados en el financiamiento de las misiones médicas (pasaje aéreo, alojamiento, vacunas, los gastos de visado, tasas aduaneras para medicamentos y equipos médicos, etc.), a menudo se pregunta si el dinero estaría mejor donado directamente a los centros de salud en el país que necesita la atención médica (Martiniuk et al.

4). Los voluntarios no saben cuanto cuesta la transportación, los medicamentos o el precio de las consultaciones de los doctores; solo que tienen que pagar estos costos si quieren ir en los viajes.

Otra crítica de las misiones es el nivel de habilidad de los estudiantes, que trae la cuestión, ¿Qué son los deberes en la clínica que los voluntarios pueden hacer y cuándo exceden sus habilidades para ayudar? Quizás, los pacientes no confiarían en los médicos si saben la verdad o en algunos casos, quizás no les importa a los pacientes los incentivos de los humanitarios. La falta de médicos en rural Honduras limita el nivel de cuidado medical, en adición a la falta en medicamentos y por eso, los individuos marginalizados no tienen otras opciones relacionadas con su salud. Una de las sugerencias del estudio de Maki y sus colegas dice que es necesario que haya un miembro del personal quien habla la lengua local con fluidez y elegirá a los pacientes a participar en una evaluación cuando salen del clínico (6). Las evaluaciones deben producir respuestas sobre la selección de pacientes, el nivel de educación de las personas que proveen la atención médica y como esta atención compara clínicamente con la atención normal “in the host country as well as the country of the mission organization” (6).

Es probable que los médicos y estudiantes que viajan a los países afuera de Norteamérica, no tengan mucha educación sobre lo que van a ver en sus viajes a Sudamérica. Estoy de acuerdo con Kelly quien piensa que “More education about the Honduran healthcare system and the interaction between NGOs and the public sector is important for volunteers to be fully aware of the healthcare disparities” (Entrevista Personal). También, ella comenta que “understanding the lack of resources available for rural populations is important for providing appropriate care in a mobile clinic setting.” Los motivos para seguir la misión típicamente son para dar los servicios medicinales necesarios a las personas que no tienen una manera de recibirlos, pero hay una falta de respeto en la manera de cómo tratar a los trabajadores locales de salud. Como escriben

Martiniuk y Negin, “A number of the rich-world doctors demonstrate a lack of awareness about the realities of health care in developing countries and show a lack of respect for local health workers” (1). Hay una cuestión del ético de los viajes medicinales: ¿Es ético proveer ayuda durante un breve período y dejar a los pacientes sin manera de cuidar a sí mismos? Wallace dice que “Although the ethics of global-short-term medical outreach by medical school students and health professionals has been examined, the ethical implications of international pre-medical volunteer experiences have not been well described” (1).

En las entrevistas que di, todas los respondientes dijeron que las brigadas son éticas. “In Global ethics is huge. We respect the privacy of the patient. We respect patients even though the education level is really low. We don’t see people in different ways. To us, every person is the same to us, and that’s how we treat everybody” (Francisco Entrevista Personal). Es verdad que hay una disparidad en la salud, pero quizás los médicos, sin experiencia en otros países, piensen que sus tratamientos y consejos son más superiores que los otros trabajadores de salud y que tienen todo el control sobre un paciente que añade a la idea del paternalismo médico. Como dice Claire,

The danger is thinking that community members are helpless beyond all means and some brigadiers thinking of themselves as the saviors. Community members do not live in the 'field' the way we see it. They have learned to live in their environment the same way we have learned to live in ours (Entrevista Personal).

Según Amanda en su respuesta a la misma pregunta (“Do the brigades unintentionally instigate medical paternalism and cultural appropriation?”):

I don't know if I would say there is a problem with creating medical paternalism; if anything, Honduran doctors are guiltier of this than foreign doctors. I think foreign

doctors are very careful to be culturally appropriate most of the time, but some Honduran doctors have a negative attitude towards people from the country and think they are kind of...irresponsible. Community members do put a lot of stock in what doctors say - in fact, I think that they do believe whatever doctors say and they don't really even think about having their own input in their healthcare...but they also have their own cultural beliefs that they stick to when they don't have doctors around (Entrevista Personal).

La frase “medical voluntourism” parece muy raro, pero tiene sentido para describir la discrepancia en los motivos de algunos de los voluntarios en una misión medicinal. Según McLennan, “Honduras is an ideal location to study voluntourism. Being in the ‘backyard’ of the USA” and one of the poorest countries in the Americas, it is the destination of many volunteers from the USA” (166). Como dice Lauren Wallace, “Medical voluntourism involves medically untrained individuals travelling to a community abroad to set up health education workshops, complete observational work or even basic clinical tasks” (1). Esta idea exactamente iguala el propósito de organizaciones como Global Brigades y la autora estaría de acuerdo con las cuestiones de ético. Los estudiantes que solicitan un viaje a Latinoamérica no son los médicos profesionales entrenados, pero parece aceptable que ellos pueden practicar la medicina usando una población marginada e indefensa. “Is the use of medically unskilled volunteers for clinical tasks in the developing world ethical?” ella pregunta (1). Esta cuestión puede ser válida porque no ha habido publicaciones de las organizaciones de voluntarios medicales con respecto a este asunto. José dijo que las brigadas son éticas porque los médicos están haciendo el hecho del consulto y tratamiento y los estudiantes solo están en la clínica para ayudar y aprender, independientemente de la capacidad de hablar español. Dijo:

Siempre vamos con doctores hondureños que ya tienen experiencia. Cualquier persona puede confiar en la experiencia de los doctores hondureños. No hay lugar que hay error porque triage es como la parte donde los voluntarios son solos sin los hondureños, pero después de eso, ellos van a los doctores. Los doctores toman en cuenta lo que ya escribieron en triage, pero ellos dan preguntas encima de todo eso para estar totalmente seguro de lo que necesita (Entrevista Personal).

Los doctores retomaron la presión arterial y hacen las mismas preguntas de los estudiantes. Como dijo Miguel, “We expect the students to do their job, which is to welcome the patient. If you do it well in another country, we expect them to be great in theirs” (Entrevista Personal).

En la investigación sobre las misiones en general y no de GB, encontré que es un problema con los doctores que no son calificados para una cirugía específica en sus países natales, pero quienes son a menudo estacionados en situaciones en las misiones médicas en las que deben prestar atención a los pacientes, pero no son seguros de ofrecer (Martiniuk et al. 5). Usualmente, los sitios del web y la información que difundan las organizaciones mencionan los beneficios para los voluntarios que incluye una experiencia única, la oportunidad de obtener experiencia con el idioma, extender la mano y ayudar a las poblaciones desafortunadas (en nuestros ojos) y ser una parte de un movimiento más grande del mundo, para cambiar el futuro. “This is not an alternative spring break. This is a social movement,” dice un oficial de programas de Global Brigades Shital Chauhan (Leggett 52). Como escribe Wallace, “Many clinics and public health efforts abroad rely on the labour of pre-medical volunteers to fund their clinics, or obtain needed equipment,” que es verdad en el caso de Global Brigades (4). El dato es que estos estudiantes no son cualificados y además, la sola cualificación que necesitan es la habilidad de

pagar por el viaje. Lo que veo desde mi experiencia, si no paga, no puede participar en la misión, que significa que solamente los estudiantes con suficiente dinero tienen la habilidad de viajar.

Podemos ver la discrepancia entre los ingresos de los países que envían voluntarios y doctores y los países que reciben la atención médica cuando Dickson y Dickson dice, “While volunteering is a sign that we care, it is also an indication of how well we are doing, in that we can travel great distances and provide care at our own expense” (865). Otra observación del Dickson y Dickson comenta sobre el periodo breve de tiempo de las misiones y si pueden estar sostenibles y efectivas. “Limited time means limited opportunities to learn about the aspirations and capacities of people in the host country and encourages a ‘white knight’ approach that is not only unhelpful but harmful” (867). Estoy de acuerdo con esta idea porque los voluntarios no tienen suficiente tiempo para aprender sobre la cultura, las personas o los estilos de vida de los pacientes. Los autores continúan con este concepto cuando añaden que hay una suposición que somos la solución a los problemas de otra nación y se convierte una proposición de nuestro interés propio “whereby we feel we are able to tell people what their problems are and then deal with them on our own terms” (867). Contribuye a la idea que existe una discrepancia en el poder en estas situaciones: los voluntarios y doctores quienes no vienen del país en cuestión, piensan que tienen todo el poder y arriesgan la autonomía del paciente con esta mentalidad. Hay diferencias en la relación entre el paternalismo médico y la autonomía del paciente. Por ejemplo, el paternalismo débil que respeta a la autonomía del paciente es legal y es un tipo del control que se basa en el beneficio del paciente. Por otro parte, el paternalismo fuerte que viola la autonomía del paciente es ilegal porque pone restricciones que se basan en el contexto de la situación en lugar de la voluntariedad formal de decisiones de los destinatarios; usualmente el segundo tiene sus raíces en la justificación moral o argumentos prudenciales (Häyry 71).

Mientras es la verdad que la mayoría de las personas que dedican su tiempo en estas misiones medicinales tienen intenciones buenas, el dato es que tienen la habilidad de ayudar a los pacientes porque tienen la habilidad de pagar y viajar. A Doctora Nilda le encanta el contacto con la gente. Miguel tenía ganas de ayudar a las personas que necesitan los tratamientos; A él le encanta ayudar a la gente, y lo que trajo aquí es que tenía ganas de ser una persona mejor. Dijo “You feel good because you’re doing something good for someone else. It’s fulfilling” (Entrevista Personal). A Doctora Mariela le gusta la medicina porque es donde uno puede ayudar en totalidad a una persona. A Doctor Carlos le gusta el labor que hace Global de ayudar a la gente que tiene nada.

Por otra parte, hay cuentos de cirujanos que participan en misiones médicas por razones llamadas “surgical tourism” (Martiniuk et al. 5). Es cierto que algunas condiciones se ven raramente en los países de altos ingresos y por eso, los médicos eligen como voluntario para las misiones médicas a perfeccionar sus habilidades y ver las condiciones que ellos no pudieron encontrar de otra manera (5). ¿Cómo determina si los profesionales de la salud están participando con buenas intenciones o para un beneficio personal? ¿Es malo el deseo de la exposición a la medicina en el costo de vida en Honduras, o es necesario con el fin de convertirse en un médico con más conocimientos? Hanrahan es más crítica de las misiones de Chauhan y ella dice, “Global health voluntourism organizations, well intentioned as they may be, often capitalize on the rhetoric of ‘global need’ and ‘making a difference’ to tug on the heartstrings of compassionate volunteers to take action through their organization” (1). Lo que sucede es una efusión de los voluntarios no especializados que se sienten la necesidad de viajar a las zonas afectadas, pero no piensan en los peligros que puedan traer a los pacientes.

“Beneficencia” refiere al compromiso al entendimiento del beneficio y el daño cuando

una persona da atención médica a otras, perteneciente al área de la ética médica. Los voluntarios que no tienen el entrenamiento apropiado no posean este concepto y por eso, puedan estar perjudicando a los pacientes más de estén beneficiando de ellos (Wallace 2). Puede ser la verdad de que los estudiantes piensan que tienen un impacto necesario con su presencia en los países pobres, pero la realidad es que no tratan a los ciudadanos de otros países en la misma manera que tratarían a personas en los EE.UU., porque los EE.UU. tiene las reglas estrictas para prevenir los accidentes medicinales y los pleitos que sigan. En los Estados Unidos, los voluntarios del hospital tienen que durar un proceso de solicitud y la formación bastante riguroso, tienen muy alta la supervisión, y no están autorizados a realizar incluso los procedimientos médicos más básicos (Hanrahan 1). Además, según Wallace, “in order to provide benefits effectively and understand the relative risks for harm, rigorous and effective education and training are required,” que los voluntarios no calificados no reciben (2). En mi opinión, este servicio de medicina debe acompañar a un curso obligatorio en la salud mundial y las disparidades que existen. Por ejemplo, he tomado clases que han ido desde la enfermedad crónica en un contexto global de la literatura y la medicina y epidemiología, con el fin de obtener una mejor comprensión de los aspectos diferentes de la salud.

Un problema con las misiones es que las organizaciones y sus voluntarios no pueden entrar en un país y tratar de resolver los problemas allá si no toman en cuenta la infraestructura del presente en los países. Por ejemplo, voluntarios suministran las multivitaminas para todos los niños que visitan la clínica, “emphasizing that vitamins make children healthy and strong, and depart when their ‘good’ work is complete.” Contribuya a la preocupación que “this initiative, while it may appear harmless, is not integrated within the local healthcare infrastructure and can cause severe harm to local children, especially when parasitic infections are rampant” y en

muchos casos, los parásitos están presentes (Wallace 3). La intención de los voluntarios es buena pero no piensan en los impactos negativos que puedan tener. Mientras un impacto planeado incluye una aumentación en el acceso para una población desatendida, un impacto negativo puede ser la depleción de los recursos locales, según un estudio sobre los efectos de una brigada a Guatemala (McLennan 164). Sin embargo, con Global Brigades, no veo una depleción de los recursos porque traemos todos los medicamentos, las herramientas y las personas que necesitamos en la clínica.

Estoy de acuerdo con Hanrahan cuando nota, “Health initiatives that are not integrated within local health infrastructure are unsustainable and harmful to communities” (2). En un caso, un participante en las brigadas expresa en la literatura sus preocupaciones sobre la extensión de la ayuda proporcionada. Dice, “I can't help wondering [if] even though we really helped many of the people, for others all we really did was put a Band-Aid on a gaping wound. Now that we are gone will the wound just grow larger and larger?” (Martiniuk et al. 4). Doctor Carlos ve un problema en la manera de presentar la Charla, porque los pacientes necesitan visitar la estación de Charla antes de que pueden recibir sus medicamentos de la farmacia. “En las charlas, una gran cantidad de personas no va a oír la charla, solo va a la charla porque tiene que va a la charla antes de puede recibir los medicamentos” (Entrevista Personal). Además, él piensa que “Tenemos que tener más cultura sanitaria en general, higiene, más educación en la comunidad no sola en la brigada, no solo los guardianes de la salud.”

Por la escasez de profesionales de la salud mundial según Hanrahan, hay una obligación moral que tienen los estudiantes para viajar a otros países para ayudar, aunque a menudo, no reciben una orientación a las prácticas mejores en el contexto cultural local o medicinal antes de comenzar el programa (1). Además, las instrucciones para tomar los medicamentos, que están

dando por los estudiantes con otros trabajadores presentes, necesitan ser concisas, comprensibles y de un nivel de lectura del paciente. Crea un problema relacionado con lo que este ensayo ha detallado sobre la insensibilidad y falta de respeto para las culturas allá. “The harm done by short-term medical teams has been highlighted by a number of articles and opinion pieces in recent years which have drawn attention to the medical risks taken by some teams, the ‘Band-Aid’ nature of much of the medical aid given, and the potential of these groups to undermine the local health system” (McLennan 167).

Como dice McLennan, “Another criticism is that international volunteering exacerbates inequalities and cultivates dependency,” dos ideas que ya hemos discutido (165). Como dijo José, “Siempre hay un poco de dependencia en lo que hacen. Cuando uno quiere dar algo a las personas, ellos se acostumbran y cuando ya uno no puede darlo, ellos enojen. Creo que no es netamente de las brigadas sino que es todo el proceso” (Entrevista Personal), y estoy completamente de acuerdo con su perspectiva de la dependencia. No es la culpa de GB de crear una forma de dependencia, porque las personas son acostumbrados a recibir la asistencia del gobierno o otras organizaciones internacionales. Doctor Nilda dijo que las comunidades necesitan entender que “ellos no pueden esperar que el gobierno llegue y dar un milagro, de sacarlos de la pobreza o de sus problemas” (Entrevista Personal). Finalmente, Francisco piensa que es importante revolver a las comunidades. “We do not leave and say nothing ever again. We keep visiting and we bring brigadiers, not as often as when we begin, but we don’t forget the communities just like that” (Entrevista Personal). En la brigada, tenía la oportunidad de visitar dos familias en la comunidad para entender lo que está pasando en sus casas. Los pisos son hechos de la tierra, no hay ventanas, y la ventilación en la casa fue construida por otra organización sin ánimo de lucro (no GB).

Hay desigualdades en el nivel de atención los pacientes reciben y en la lucha del poder entre los médicos, los estudiantes entusiásticos y la autonomía del paciente. El poder en las relaciones entre los enfermos y los humanitarios no es balanceado, por causa de la falta de la conciencia por parte de los pacientes y por algunos de los voluntarios también. La idea de la superioridad aparece en la publicación de Dickson y Dickson cuando dicen, “‘Aid’ may even be harmful, for it tends to perpetuate feelings of superiority and lead to unbalanced relationships” (867). Estoy de acuerdo con la idea que “Patients, regardless of their socioeconomic status, gender, or ethnicity, have the right to know if a healthcare provider is an untrained volunteer or student” (Hanrahan 2) y que debido a la vulnerabilidad socioeconómica de los pacientes en la mayor parte del mundo en desarrollo rural, probablemente los pacientes no son conscientes de la situación educativa de los estudiantes (Wallace 3). GB no habla de esta idea pero Wallace da el ejemplo que, “If a volunteer wears surgical scrubs, for example, this could be interpreted by local populations as an indication of medical professional status” que es problemático porque incluso si un paciente está consciente de que un voluntario está trabajando de médico más allá de su nivel de competencia, el paciente no estará en una posición de exigir mejor atención médica (3). La autora también sugiere que, “Whether local healthcare workers are overburdened and are looking for clinical assistance, or overestimate volunteers’ clinical skill level is unclear” (3). Este concepto saca el tema del problema de la barrera de lengua. Wallace describe esta conexión cuando sugiere que la autonomía del paciente en los lugares de ‘medical voluntourism’ puede complicarse por la falta de competencia cultural y la incapacidad para hablar el idioma local de los voluntarios, por parte de los voluntarios (4). Cuando Doctora Mariela habló sobre si las brigadas son éticas o no, dijo que, “Si puede interactuar un estudiante con el médico, y incluso de hecho a nosotros nos encanta cuando los estudiantes nos hacen preguntas, nosotros podemos

enseñar a los estudiantes. Realmente, para nosotros es más bien que el estudiante aprenda” (Entrevista Personal). En comentar en las interacciones entre los estudiantes, doctores y pacientes, la doctora nos da su opinión que el idioma no presenta un problema ni tampoco la falta de experiencia en los casos de los estudiantes. Puede existir una falta de comunicación entre el estudiante que está escribiendo las síntomas de un paciente y lo que está diciendo el último. Este crearía problemas cuando el doctor lee el formulario y puede recetar un medicamento que no ayudaría el paciente.

Un impacto negativo que tienen los viajes medicinales a Latinoamérica, quizás, es socavar la autonomía del paciente. En general “la regulación del ‘yo’ y la sociedad requiere no sólo los instrumentos jurídicos, sino también los individuos y grupos con las normas morales públicas internalizadas, como parte de sus propios sistemas de valores internos, que informan las decisiones que toman para sí mismos y su sociedad para asegurar la capacidad para todas las personas que estén sanos” (Ruger 127). Los pacientes no tienen una voz para controlar el nivel de atención médica que reciben. Hay una relación clara entre el paternalismo médico y la autonomía del paciente. “It is not only the recipients’ [of medical care] own best interest that the paternalist is supposed to know best, but also how the recipients ought to think and conduct their behavior to reach the same knowledge” (Häyry 71). En otras palabras, en la conversación entre la persona con el poder y la persona que recibe la atención médica, el paciente no tiene la oportunidad de formar su propia opinión, y las maneras de pensar y sentirse son afectadas por el entendimiento del profesional de la salud. El paternalismo debilita la dignidad del destinatario, que afecta la identidad personal de la persona sin el poder (71). Es una observación que tenía en la clínica cuando vi la conversación entre el doctor y un paciente. A veces parece que el paciente no tenía la oportunidad para expresar todas sus preocupaciones y que el doctor sabía el diagnóstico

y el tratamiento para el paciente al inicio de la visita sin escuchar completamente. Es comprensible que tenía prisa porque necesitaba examinar todas personas en la fila para la clínica (en un día, era más de trescientos personas que llegaron a las brigadas), y pienso que es la verdad en la mayoría de las visitas al doctor.

Además, es una cuestión en las diferencias entre la calidad del cuidado médico en Latinoamérica y las de los EE.UU., por ejemplo. “This is problematic because it suggests that it is acceptable for the quality of medical care provided in the developing world to be lowered” (Wallace 4). Las vidas de los desafortunados no tienen menos valor simplemente porque los individuos no tienen los recursos para salir a la búsqueda del tratamiento. Estos viajes también traen cuestiones del consentimiento informado de los pacientes, si pensamos en el conocimiento de los pacientes sobre los procedimientos médicos que van a recibir de los extranjeros. “There is evidence that involvement with medical voluntourism can lead pre-medical students to complete, or be tempted to complete, clinical tasks that they are not qualified to undertake” (Wallace 1). Es la verdad de decir en estos casos, hay definitivamente una falta de respeto para los sujetos y los voluntarios deben enfocar en los futuros de los hondureños en vez de sus futuros en el mundo de medicina o como la experiencia mejorará sus aplicaciones de la escuela médica. Un ejemplo de esta idea aparece en un documental llamado *First, Do No Harm*, en la que una estudiante recuerda, “...here, when the choice is between me and no one, there are different standards because there have to be different standards. I’m not saying it’s right, but it’s better than nothing” (*First, Do No Harm* en Wallace, 1). Otras personas que apoyan el concepto of “medical voluntourism” piensan que “flawed care is better than no care” (Hanrahan 1). Es un alivio que la mayoría de estudiantes por lo menos se dan cuenta de que lo que están haciendo con respecto a la atención del paciente se consideraría no ético en América del Norte (la estudiante es de Canadá).

Cuando Wallace habla de un análisis del uso de los voluntarios no especializados en los viajes medicinales, nota, “it demonstrates that it is important to actively question the ethics of pre-medical student experiences abroad and improve how they are carried out” (2). Estoy de acuerdo con este sentimiento porque no pienso que los voluntarios no calificados medicamente no deben formar un parte de las misiones a los países marginalizados, sólo pienso que el ético deber estar en cuestión y evaluado. He encontrado que Global Brigades respeta la autonomía del paciente y su consentimiento. También es un requisito entendido que los voluntarios poseen el mismo respeto.

Hay muchas preocupaciones éticas que rodean las misiones médicas voluntarias, pero parece que los riesgos a la salud del paciente y su autonomía superan a los beneficios que reciben de estas breves visitas. Los individuos en Honduras en que se centran Global Brigades y otras organizaciones que tienen las mismas intenciones, están muy agradecidos por la atención médica, los medicamentos, la consulta y la educación que reciben. Aunque Global Brigades garantiza la sostenibilidad como uno de sus objetivos principales, hay una falta de publicaciones sobre las perspectivas de las personas en Honduras con respecto a la cuestión de la sostenibilidad en la atención médica que recibe en sus propias palabras. Argumento que no es ético para proporcionar atención a estos pacientes si no hay manera de garantizar que siguen con el tratamiento. Pienso que Global Brigades es un buen modelo de la sostenibilidad y respeta la autonomía del paciente. Las barreras geográficas, financieras, sociales y las barreras del idioma provocan las disparidades en el cuidado y los pacientes de la clínica expresan que están muy agradecidos recibir la atención médica del programa, por causa de estas barreras en la manera de recibir tratamiento. Es necesario investigar más y buscar información, para entender si vale la pena estos viajes. Yo propongo muchos cambios al programa que incluye la inclusión de español

en las vidas de los voluntarios antes de salir para Honduras, aunque los doctores, traductores y empleados de GB piensan que la barrera del idioma impide la mejor atención médica. También pienso que tener un proceso de solicitud estricta, unas pruebas para afirmar las calificaciones de los estudiantes y entradas de diario de los voluntarios para ver los problemas y las áreas que necesitan cambiar en la misión. Es interesante que las escuelas de medicina en los EE.UU. promueven el uso de los estudiantes sin las calificaciones en los países menos desarrollados. Aunque la intención es buena, hay consecuencias negativas, aunque pocas, que tienen las misiones medicinales. Todos están de acuerdo que la dependencia es uno de los problemas grandes con la brigadas, pero sin las visitas de GB, muchas personas no recibirían los medicamentos que necesitan para mantener sus condiciones crónicas. Necesitan existir más publicaciones de Global Brigades sobre las expectativas realísticas de los voluntarios y información disponible para entender mejor lo que van a ver en las clínicas. Después de las brigadas, deben existir un sistema de evaluación para poderse arreglar unos aspectos de los programas de GB que no funcionan bien. Los trabajadores locales de salud deben tener la mayoría de la habilidad para ayudar a los pacientes y trabajar conjuntamente con los profesionales de la salud, solamente.

## Bibliografía

“Amanda.” Entrevista Personal. 3 Nov. 2014.

Babamoto K., Camilleri A., Karlan V., Catalasan J., y Morisky D. “Improving Diabetes Care and Health Measures Among Hispanics Using Community Health Workers.” *Health Education & Behavior* February 36.1 (2009): 113-126. Print.

Bliss, Katherine E. *Health in Latin America and the Caribbean: Challenges and Opportunities for U.S. Engagement*. Washington, DC: Center for Strategic and International Studies, 2009. 1-25. Print.

“Carlos.” Entrevista Personal. 7 Abr. 2015.

“Claire.” Entrevista Personal. 3 Nov. 2014.

Davis, Matthew C., Than, Khoi D., y Hugh J. Garton. “Cost Effectiveness of a Short-Term Pediatric Neurosurgical Brigade to Guatemala.” *World Neurosurgery* (2014): 1-6. Print.

Dickson, Murray y Geraldine. Dickson “Volunteering: Beyond an Act of Charity.” *Journal of the Canadian Dental Association* 71.11 (2005): 865–9. Print.

Doman, D. M., Blair, J. A., Naplerala, M. A., y Cho, M. S. “Do Plans and Execution Agree in a Humanitarian Medical Mission?” *Journal of Surgical Orthopaedic Advances* 20.1 (2011): 67-73. Print.

El Banco Mundial. “Honduras Data.” 2013. Accessed 19 Sept. 2014.

<<http://data.worldbank.org/country/honduras>>.

El Banco Mundial. “United States Data.” 2013. Accessed 19 Sept. 2014.

<<http://data.worldbank.org/country/united-states>>.

El Banco Mundial. “Honduras: The World Bank Country Survey FY 2013.” Accessed 19 Sept. 2014. Pdf.

Foundation for Sustainable Development. "Mission & Vision." Foundation for Sustainable Development International, Inc., 2014. Web. 29 March 2015.

<<http://www.fsdinternational.org/about/mission>>.

"Francisco." Entrevista Personal. 5 Abr. 2015.

Global Brigades, Inc. "Community Health Workers." *Global Brigades Holistic Development*.

Global Brigades, Inc., 2011. Web. 30 Oct 2014.

<<https://www.globalbrigades.org/medical-chw>>.

Global Brigades, Inc. "History." *Global Brigades Holistic Development*. Global Brigades, Inc., 2011. Web. 3 Oct 2014.

<<https://www.globalbrigades.org/history>>.

Global Brigades, Inc. "Medical Brigades." *Global Brigades Holistic Development*. Global Brigades, Inc., 2011. Web. 30 Oct 2014.

<<https://www.globalbrigades.org/experience-medical-brigades>>.

Global Brigades, Inc. "Medical and Dental Brigades Webinar." *Global Brigades Holistic Development*. Global Brigades, Inc., 2011. Web. 21 Jan 2014.

Global Brigades, Inc. "Our Model." *Global Brigades Holistic Development*. Global Brigades, Inc., 2011. Web. 3 Oct 2014.

<<https://www.globalbrigades.org/model>>.

Global Brigades, Inc. "Vision & Mission." *Global Brigades Holistic Development*. Global Brigades, Inc., 2011. Web. 3 Oct 2014.

<<https://www.globalbrigades.org/vision-mission>>.

Hanrahan, Donna. "Pre-Medical Voluntourism in Developing Countries: Beneficent Intentions, Maleficent Consequences." *Bioethics International*. 12 Jun. 2013. Web. 16 Oct. 2014.

Hardwick K.S. "Volunteering for the Long-term Good." *Compendium of Continuing Education in Dentistry* 2009, 30(3):126–128. Print.

Harman, Sophie. *Global Health Governance*. Abingdon, Oxon, UK: Routledge, 2011. 1-4. Print.

Häyry, Heta. "Paternalism, Coercion and Constraint." *The Limits of Medical Paternalism*. London, UK: Routledge, 1991. 71. Print.

Instituto de Medicina. "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century." Committee on Quality of Health Care in America, Instituto de Medicina, Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001. Print.

"José." Entrevista Personal. 6 Abr. 2015.

"Kelly." Entrevista personal. 6 Abr. 2015.

Leggett, Karen. "Leaving Light." *International Educator*. (2012): 52. Print.

Lloyd-Sherlock, Peter. "Health Policy in Latin America: Themes, Trends and Challenges." *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. London: Institute of Latin American Studies, 2000. 8. Print.

Maki J., Qualls M., White, B., Kleefield, S., y Crone, R. "Health Impact Assessment and Short-term Medical Missions: A Methods Study to Evaluate Quality of Care." *BMC Health Services Research* 8.121 (2008): 1-8. Print.

"Mariela." Entrevista Personal. 7 Abr. 2015.

Martiniuk, Alexandra, y Joel Negin. "Voluntourism: The Downsides of Medical Missions." *The Drum*. Australian Broadcast Corporation News, 11 June 2012. Web. 10 Oct. 2014.

Martiniuk, A., Manouchhrian, M., Negin, J., y Zwi, A.B. "Brain Gains: A Literature Review of Medical Missions to Low and Middle-Income Countries." *BMC Health Services Research* 12.134 (2012): 1-8. Print.

McLennan, S. "Medical Voluntourism in Honduras: 'Helping' the Poor?" *Progress in Development Studies* 14.2 (2014): 163-179. Print.

"Miguel." Entrevista Personal. 7 Abr. 2015.

"Nilda." Entrevista Personal. 8 Abr. 2015.

Oken, E., Stoffel, E.M., & Stern, L.J. "Use of Volunteer Medical Brigades to Assess Growth in Honduras." *Journal of Tropical Pediatrics* 50.4 (2004): 203-208. Print.

Oliver, A. and Mossialos, E. "Equity of Access to Health Care: Outlining the Foundations for Action." *Journal of Epidemiology and Community Health* 58.8 (2004): 656. Print.

Organización Mundial de la Salud. "Density per 1000: Data by Country." *WHO Global Health Observatory Data Repository*. La Organización Mundial de la Salud, 2014. Web. 10 Mar. 2015.

<<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>>.

Organización Mundial de la Salud. "Honduras: Health Profile." *WHO*. La Organización Mundial de la Salud, 2014. Web. 4 Oct. 2014.

<<http://www.who.int/gho/countries/hnd.pdf?ua=1>>.

Organización Mundial de la Salud. "Honduras Statistics." *Global Health Observatory Data Repository*, *WHO*. La Organización Mundial de la Salud, 2012. Web. 4 Oct. 2014.

<<http://www.who.int/countries/hnd/en/>>.

Organización Mundial de la Salud. "United States of America: Health Profile." *WHO*. La Organización Mundial de la Salud, May 2014. Web. 4 Oct. 2014.

<<http://www.who.int/gho/countries/usa.pdf?ua=1>>.

Organización Panamericana de la Salud. “Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2003-2007- Evaluación de Mitad de Período: Países Prioritarios.” (2005): 1. Print.

Pearson, Catherine A., Michael P. Stevens, Kakotan Sanogo, and Gonzalo Bearman. “Access and Barriers to Healthcare Vary among Three Neighboring Communities in Northern Honduras.” *International Journal of Family Medicine*. 2012. (2012): 1-6. Print.

Potts, Helen. “Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health.” *Governance of HIV/AIDS: Making Participation and Accountability Count*. Ed. Sophie Harman and Franklyn Lisk. Abingdon: Routledge, 2013. 4. Print.

Prothero, R. Mansell. “Malaria in Latin America: Environmental and Human Factors.” *Bulletin of Latin American Research*, 14.3 (1995): 358. Print.

Ruger, Jennifer Prah. *Health and Social Justice*. Oxford: Oxford University Press, 2010. 121-142. Print.

Wallace, Lauren J. “Does Pre-Medical ‘Voluntourism’ Improve the Health of Communities Abroad?” *Journal of Global Health Perspectives*. (2012): 1-6. Print.

Whitney, Rachel, Michael Stevens, and Gonzalo Bearman. “Medical Relief Services In Rural Honduras: An Assessment Of Healthcare Needs And Delivery With A Comparison Of Two Neighboring Communities.” *WebmedCentral* 1.11 (2010). Print.