



Asamblea General

Distr. general
16 de julio de 2019
Español
Original: inglés

Septuagésimo cuarto período de sesiones

Tema 72 b) de la lista preliminar*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros
medios de mejorar el goce efectivo de los derechos
humanos y las libertades fundamentales**

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe presentado por Dainius Pūras, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, elaborado de conformidad con las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos [6/29](#) y [33/9](#).

* [A/74/50](#).



Resumen

El Relator Especial promueve la adopción de un modelo formativo de profesionales sanitarios basado en los principios de derechos humanos. Asimismo, promueve el impacto que pueden tener en la fuerza de trabajo sanitaria los enfoques de la formación médica basados en los derechos humanos, desde la selección de los estudiantes hasta los planes de estudios impartidos, el lugar de la capacitación y el posterior empleo en los sistemas de salud. La integración de los derechos humanos en la educación sanitaria puede ayudar a los trabajadores sanitarios a subsanar sus propios comportamientos y actitudes discriminatorios.

El Relator Especial no pretende reproducir las iniciativas mundiales para hacer frente a la crisis del personal sanitario ni el volumen de publicaciones al respecto, sino mostrar la incidencia que pueden tener los enfoques de la formación médica y otro tipo de educación sanitaria basados en los derechos humanos. El Relator Especial señala diversos aspectos de la educación sanitaria actual que limitan la capacidad del personal sanitario para actuar eficazmente y desempeñar su papel decisivo en la promoción, el respeto y el ejercicio del derecho a la salud física y mental. Además, presenta algunos elementos estructurales que determinan la capacidad de la fuerza de trabajo sanitaria para cumplir las obligaciones de los Estados relacionadas con el derecho a la salud de asegurar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad de la atención sanitaria, además de aplicar un marco del derecho a la salud a los propios profesionales sanitarios a fin de identificar las cuestiones que pueden mejorar o limitar su capacidad para desempeñar bien su trabajo.

Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción.....	4
II. Contexto.....	7
A. Consolidación de la atención primaria como base del sistema de atención sanitaria	8
B. Paradigma biomédico.....	10
C. Asimetrías de poder.....	10
D. Enseñanza de la medicina.....	11
E. Armonización de los planes de estudios de medicina con las estrategias nacionales de salud.....	12
III. Se necesitan sistemas de salud sólidos para garantizar una fuerza de trabajo eficaz.....	14
A. Servicios y establecimientos de salud.....	15
B. Productos médicos, medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías.....	15
C. Sistemas de información sanitaria.....	16
D. Financiación de la salud.....	16
E. Liderazgo y gobernanza.....	16
F. La corrupción en el sector de la salud.....	16
IV. Un enfoque del fortalecimiento de la fuerza de trabajo sanitaria basado en los derechos.....	17
A. Igualdad y no discriminación.....	18
B. Participación.....	18
C. Apoyo permanente y capacitación del personal sanitario que trabaja en zonas remotas y se siente impotente.....	19
D. Gobernanza de los profesionales sanitarios.....	19
E. Asistencia y cooperación internacionales.....	20
F. Rendición de cuentas.....	20
V. Cuestiones de interés.....	20
A. Asistencia internacional para el fortalecimiento de la fuerza de trabajo sanitaria.....	20
B. Capacitación de los profesionales de la salud mental.....	21
C. La consideración de los problemas de salud mental como enfermedades determinadas biológicamente, en lugar de como consecuencias de factores de riesgo sociales y ambientales.....	21
D. Normas para la atención de la salud mental definidas por un grupo profesional.....	22
E. La asimetría de poder reflejada en las definiciones.....	22
F. Cambios necesarios en la educación en materia de salud mental.....	23
VI. Recomendaciones y conclusiones.....	25

I. Introducción

1. Los trabajadores sanitarios son un componente vital de unas sociedades sanas y unos sistemas de salud eficientes, sin los cuales no puede hacerse efectivo el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Todos los profesionales sanitarios, ya presten servicios en aldeas o en hospitales universitarios, contribuyen a la salud de la población, y necesitan atención, protección y apoyo. Ya se ha planteado la cuestión relativa a la función, el apoyo y la situación a menudo precaria del personal sanitario en el marco del mandato del Relator Especial (véase A/60/348), incluido en el contexto de la salud mental (véanse A/HRC/35/21 y A/HRC/35/21/Add.1), en relación con los efectos de la corrupción (A/72/137) y en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (A/71/304).

2. En todo el mundo, los profesionales sanitarios trabajan en contextos difíciles, de escasos recursos y a veces peligrosos, donde se vulneran los derechos humanos, incluidos los suyos. Se viven situaciones extremas en lugares donde se penaliza la atención médica imparcial¹, cuando los establecimientos de salud son atacados o cuando los trabajadores sanitarios son agredidos por proporcionar atención, como sucedió con el ébola². Cuando la formación médica y la educación sanitaria se basan en los derechos humanos, los profesionales sanitarios están preparados para ver los desafíos como cuestiones de derechos humanos, y verse a sí mismos como agentes de cambio y defensores de los derechos humanos. Ese enfoque de la formación y la educación inculca a los trabajadores sanitarios los principios fundamentales de derechos humanos de igualdad, no discriminación y dignidad de todas las personas, incluidas aquellas con las que interactúan en su práctica médica.

3. El presente informe se basa en las aportaciones de una gran variedad de partes interesadas, entre las que se cuentan representantes de entidades pertinentes de las Naciones Unidas, la sociedad civil y expertos del mundo académico. El Relator Especial también recibió una serie de comunicaciones escritas de todos los continentes, y da las gracias a todos por sus valiosas contribuciones.

4. Los determinantes sociales y subyacentes de la salud —las condiciones en que nacen, crecen, viven y trabajan las personas— son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos. Esos factores determinantes suelen ser los principales responsables de las desigualdades sanitarias y de diferencias evitables en el estado de salud³. Muchos de los problemas actuales que presentan los sistemas de salud son consecuencia de la atención insuficiente que se presta a los factores determinantes, y a las necesidades de la población, durante la capacitación de la fuerza de trabajo. La educación sanitaria (que abarca la enseñanza de la medicina y la capacitación de nivel medio) tiene que hacer hincapié en que no debe confundirse la efectividad del derecho a la salud con aprender a diagnosticar y tratar trastornos o enfermedades. El logro de la plena efectividad del derecho a la salud no depende de la mera prestación de una atención médica de calidad para todos, también hay que abordar los determinantes de

¹ Declaración abierta del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental con ocasión del segundo aniversario de la resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad. Disponible (en inglés) en www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23225&LangID=E.

² J. Fairhead, “Understanding social resistance to the Ebola response in the Forest Region of the Republic of Guinea: an anthropological perspective”, *African Studies Review*, vol. 59, núm. 3 (diciembre de 2016), págs. 7 a 31.

³ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la Salud* (Ginebra, 2008).

la salud, en particular la desigualdad, la discriminación, la violencia y las condiciones ambientales.

5. En el presente informe el Relator Especial promueve la adopción de un modelo formativo de profesionales sanitarios basado en los principios de derechos humanos. Asimismo, promueve el impacto que pueden tener en la fuerza de trabajo sanitaria los enfoques de la formación médica basados en los derechos humanos, desde la selección de los estudiantes hasta los planes de estudios impartidos, el lugar de la capacitación y el posterior empleo en los sistemas de salud. La integración de los derechos humanos en la educación sanitaria puede ayudar a los trabajadores sanitarios a subsanar sus propios comportamientos y actitudes discriminatorios.

6. El enfoque convencional de la formación médica (es decir, la capacitación de los médicos) se basa en la jerarquía médica tradicional y en un paradigma biomédico que se centra excesivamente en el diagnóstico y la cura de enfermedades y patologías biomédicas, en lugar de considerar los determinantes de la salud y sus conocidos efectos en los resultados sanitarios. Esto puede crear desequilibrios y exacerbar problemas graves en el desempeño de los sistemas de salud, en particular la excesiva medicalización, la fragmentación en la prestación de atención sanitaria, que socava el principio de “ante todo, no causar daño”, y las asimetrías de poder entre los médicos y los pacientes, así como entre los médicos y otros profesionales sanitarios.

7. Los trabajadores sanitarios que han recibido capacitación para emplear enfoques de la salud basados en los derechos humanos pueden ayudar a reorientar los sistemas de salud para que sean más participativos, equitativos, inclusivos, no discriminatorios y receptivos. Para ello, se les debe impartir capacitación en un entorno basado en los derechos, con un plan de estudios basado en esos principios y en contextos lo más próximos posible a los entornos en que viven las personas. El cambio de cultura en la atención médica necesario para hacer frente a los problemas sistémicos mencionados anteriormente no se logra con charlas o cursos aislados sobre los derechos humanos en la atención al paciente, como materias verticales independientes.

8. El Relator Especial reconoce y encomia las numerosas iniciativas encaminadas a modernizar la educación sanitaria, mediante la integración de enfoques basados en los derechos humanos, la salud pública y los determinantes sociales y subyacentes de la salud. Con todo, esas iniciativas siguen siendo la excepción y no la regla. El Relator Especial insta a que se introduzcan cambios en la educación sanitaria para reorientar la fuerza de trabajo, de modo que se palie la escasez de personal y aumente la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Asimismo, advierte a todos los países, y, en particular, los países de ingresos bajos o medianos, del riesgo de emular los sistemas educativos jerárquicos convencionales.

9. La fuerza de trabajo sanitaria mundial carece de recursos suficientes, tanto en lo que respecta al número de trabajadores como a la financiación que necesitan. En su publicación *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030* (Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030), la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en 2013 existía una escasez mundial de personal sanitario de 17,4 millones trabajadores, entre ellos 2,6 millones de médicos y más de 9 millones de enfermeros y parteras⁴. Se predijo que en 2030 la escasez mundial alcanzaría los 14,5 millones, y que la escasez de trabajadores sanitarios basada en las necesidades sería más marcada en Asia Sudoriental y África.

10. El Relator Especial acoge con satisfacción la estrategia mundial, en la que la OMS reconoce la atención que prestan los Objetivos de Desarrollo Sostenible a la

⁴ OMS, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030* (Ginebra, 2016).

necesidad de aumentar considerablemente la financiación en el ámbito de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, así como la atención renovada que prestan a la equidad y la cobertura sanitaria universal, que solo puede lograrse con una inversión estratégica y sustantiva en la fuerza de trabajo sanitaria mundial. En la estrategia mundial, la OMS indica que el personal sanitario es fundamental para asegurar la funcionalidad de los sistemas de salud y hacer efectivo el derecho a la salud.

11. En vista de las iniciativas mundiales para hacer frente a la crisis del personal sanitario, así como del volumen de publicaciones al respecto, el Relator Especial no reproducirá esa labor, sino que tratará de mostrar la incidencia que pueden tener los enfoques de la educación sanitaria basados en los derechos humanos. El Relator Especial señala diversos aspectos de la educación sanitaria actual que limitan la capacidad del personal sanitario para actuar eficazmente y desempeñar su papel decisivo en la promoción, el respeto y el ejercicio del derecho a la salud.

12. Entre esos aspectos cabe citar la necesidad de ampliar la comprensión de la mala salud por parte de los médicos para que tengan en cuenta los determinantes sociales y subyacentes de la salud. Por ello, la educación sanitaria debe ir más allá de las concepciones biomédicas de la mala salud y superar su excesiva dependencia del sector sanitario para solucionar todos los problemas de salud. El Relator Especial promueve un enfoque más participativo y menos jerárquico de la fuerza de trabajo, de modo que se valoren la experiencia y las opiniones de todos los trabajadores sanitarios. El sistema actual valora a los profesionales sanitarios de manera diferente, principalmente según la duración de la capacitación recibida. La mayoría de los sistemas de atención de la salud otorgan a los médicos poder de decisión a todos los niveles, a saber, en la atención al paciente, en la gestión de los centros de salud y en las políticas sanitarias municipales y nacionales, habida cuenta de que el sistema jerárquico concede prioridad a los conocimientos clínicos basados fundamentalmente en pruebas biomédicas. Un enfoque de los sistemas de salud basado en los derechos humanos promovería procesos más participativos e inclusivos que reconocen a todas las personas que participan en el sistema y les dan voz, incluidos los usuarios de los servicios. Ello permitiría al personal tener un desempeño óptimo, aprovechando en mayor medida su capacitación y experiencia, lo que, en última instancia, aumentaría la disponibilidad de servicios de salud. El Relator Especial valora el destacado e importante papel de los médicos en la atención sanitaria y su liderazgo clínico en la determinación de diagnósticos y las decisiones terapéuticas. Además, se adoptan muchas decisiones en los servicios de atención sanitaria, en particular sobre cuestiones preventivas, terapéuticas, de política, de gestión y de diagnóstico, decisiones que pueden liderar eficazmente los enfermeros y los trabajadores que no son médicos.

13. La medicina no es una ciencia exacta, y casi siempre hay cierto grado de incertidumbre sobre la forma más adecuada de tratar cualquier afección. Sin embargo, la capacitación de los médicos genera en ellos y en los usuarios de los servicios la expectativa de que tienen los conocimientos necesarios y están facultados para tomar todas las decisiones, incluidas las no clínicas, con certeza y confianza. Esto hace que los médicos se vean sometidos a un estrés constante y puede provocar desgaste profesional.

14. En la jerarquía existen disparidades entre los médicos que ocupan los puestos más altos y el resto del personal sanitario y la mayoría de los demás médicos, entre las que cabe mencionar grandes diferencias salariales y las oportunidades que tiene la minoría que ocupa cargos superiores de ejercer el poder y, acaso, intervenir en prácticas corruptas. Los desequilibrios de poder derivados de la capacitación médica propician la aparición de sistemas de corrupción, y estos tienen efectos perjudiciales sobre el derecho a la salud, ya que el dinero se desvía de la atención sanitaria y la promoción de la salud (véase [A/72/137](#)).

15. En los últimos decenios se ha empoderado a los usuarios de los servicios de salud en todo el mundo, pues en muchos países se han elaborado cartas que regulan los derechos de los pacientes, que gozan de derechos reconocidos. Simultáneamente se ha producido una sorprendente evolución de las políticas y los servicios de atención sanitaria, que han pasado de una cultura y práctica de paternalismo a una cultura y práctica de colaboración. La especial atención prestada a la ética médica y a la superación de las asimetrías de poder es acorde con un enfoque basado en los derechos humanos y debe reforzarse. Sin embargo, esta evolución se ha centrado más en el empoderamiento de los usuarios, y menos en el empoderamiento de los trabajadores sanitarios que no son médicos. Además, hay casos de defensores de los pacientes que cuentan con el apoyo de la industria farmacéutica, lo cual no es una cuestión de empoderamiento y derechos de los usuarios, sino de intereses comerciales⁵. Muchos trabajadores sanitarios siguen estando al servicio de los médicos; este desequilibrio de poder tiene consecuencias negativas desde el punto de vista profesional y personal, y contribuye a la disminución de la fuerza de trabajo. Un sistema de salud basado en los derechos humanos reduciría los desequilibrios de poder existentes entre los médicos y otros cuadros de profesionales sanitarios, lo que redundaría en una fuerza de trabajo más resiliente y sostenible.

16. El presente informe reviste especial importancia para los países de ingresos medianos y bajos, donde no hay suficientes de trabajadores sanitarios para lograr la cobertura sanitaria universal. La mayoría de la población mundial vive en esos países, donde las necesidades de salud son mayores. El Relator Especial alienta a los países de ingresos bajos o medianos a que reconsideren la postura de reproducir sistemas de educación sanitaria, a menudo heredados de su pasado colonial, que cuentan con sistemas jerárquicos y modelos biomédicos inadecuados.

II. Contexto

17. En 2013 había 9,8 millones de médicos, 20,7 millones de enfermeros o parteras y 13 millones de “otros” trabajadores sanitarios en todo el mundo⁶. La categoría “otros” abarca las áreas de odontología, farmacia, laboratorio, medio ambiente y salud pública, salud comunitaria y tradicional, gestión y apoyo sanitarios y todas las demás categorías de personal de atención de la salud. Esto significa que, por cada médico en ejercicio, solo había 2,1 enfermeros y 1,3 trabajadores de la categoría “otros”.

18. La OMS calcula que, en 2030, cuando debería haberse logrado la cobertura sanitaria universal en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, habrá un déficit de 14,5 millones de trabajadores sanitarios, concretamente, de 2,3 millones de médicos, 7,6 millones de enfermeros y 4,6 millones de otros trabajadores sanitarios⁷.

⁵ S. Rose, “Patient advocacy organizations: institutional conflicts of interest, trust, and trustworthiness”, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 41, núm. 3 (2013), págs. 680 a 687.

⁶ P. Mahon and G. McPherson, “Explaining why nurses remain in or leave bedside nursing: a critical ethnography”, *Nurse Researcher*, vol. 22, núm. 1 (2014), pág. 41.

⁷ OMS, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, pág. 44.

19. En 2013 la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario definió a los profesionales sanitarios de nivel medio como cuadros de trabajadores que reciben capacitación durante un período de 2 a 5 años para adquirir competencias básicas en diagnóstico, tratamiento de afecciones comunes y prevención de enfermedades⁸. La Alianza observó que los trabajadores de nivel medio prestan atención sanitaria con tanta eficacia como los médicos y que suelen responder mejor a las expectativas de los usuarios. Su informe sugería que una mejor utilización de los trabajadores de nivel medio podría contribuir a una mayor eficiencia en la combinación de competencias de los recursos humanos, lo que puede mitigar las consecuencias de la escasez de trabajadores sanitarios y permitir que los países estén en mejores condiciones de lograr o avanzar considerablemente hacia la cobertura sanitaria universal. Se señalaba que los problemas de política, gobernanza y gestión limitan la contribución que podrían hacer los trabajadores de nivel medio. El Relator Especial está de acuerdo con estas observaciones y considera que los trabajadores de nivel medio están infravalorados y desaprovechados, lo cual es un reflejo de que existen problemas estructurales, como los reglamentos que solo autorizan a los médicos a realizar procedimientos de menor importancia, para lo cual podría formarse a otros, y asimetrías de poder que suelen comenzar con la educación médica.

20. El costo de la capacitación y el empleo de médicos es muy superior al de la capacitación y el empleo de enfermeros y otros trabajadores sanitarios “de nivel medio”. Se calcula que el costo medio por graduado es de 113.000 dólares en el caso de los estudiantes de medicina y de 46.000 dólares en el caso de los enfermeros, siendo los costos unitarios superiores en América del Norte e inferiores en China⁹. Por tanto, la elevada proporción de médicos con respecto a trabajadores sanitarios de nivel medio repercute considerablemente en los presupuestos destinados a la sanidad y en la distribución equitativa de los trabajadores sanitarios, que es un elemento esencial para garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios sanitarios para todos¹⁰.

A. Consolidación de la atención primaria como base del sistema de atención sanitaria

21. Los trabajadores sanitarios de nivel medio se utilizan de manera eficiente en los sistemas de salud que no dependen excesivamente de médicos especialistas y en los que se reconoce que la mala salud no siempre exige una respuesta médica en la que participen exclusivamente médicos. La atención primaria de la salud es la piedra angular de la sostenibilidad de todos los sistemas de atención sanitaria y la vía hacia dicha sostenibilidad; los sistemas de atención de la salud funcionan de manera más eficaz y racional cuando hasta el 80 % de los usuarios pueden recibir atención primaria. El uso eficiente de los servicios de atención primaria de la salud previene los sobrediagnósticos y sobretratamientos. La atención primaria y los médicos generalistas son de enorme valor para la salud pública y el ejercicio efectivo del derecho a la salud. El uso eficiente de los servicios de atención primaria de la salud permite destinar recursos a tratamientos costosos de casos médicos graves y

⁸ Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario de la OMS, “Mid-level health workers for delivery of essential health services: a global systematic review and country experiences”. Disponible en www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/mlp2013/en/.

⁹ Julio Frenk y otros, “Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”, *The Lancet*, vol. 376, núm. 9756 (2010), págs. 1923 a 1958.

¹⁰ Gordon McCord, Anne Liu y Prabhjot Singh, “Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions”, *WHO Bulletin*, vol. 91, núm. 4 (2012) págs. 244 a 253.

complejos. El Relator Especial ya señaló cómo los sistemas de salud pueden aumentar la equidad, la eficiencia, la eficacia y la capacidad de respuesta mediante el fortalecimiento de la atención primaria, al tiempo que se reduce el recurso innecesario a especialistas y a la atención hospitalaria (véase [A/HRC/35/21/Add.2](#), párr. 36). El Relator Especial acoge con beneplácito iniciativas como Choosing Wisely¹¹ (elección sensata), que alienta a los pacientes a mantener conversaciones con los médicos en torno a la selección de instrumentos de detección sistemática y pruebas de diagnóstico con base empírica y evitar el uso excesivo de medidas de diagnóstico y tratamiento.

22. En los casos en que hay una mayor igualdad y un poder más compartido entre la atención primaria y secundaria y sus trabajadores, resulta más fácil atraer, formar, financiar y retener a los trabajadores de atención primaria de la salud, siempre que cuenten con el apoyo adecuado. Cuando se cumplen estas condiciones, la cobertura sanitaria universal y el objetivo de la atención primaria de la salud se pueden lograr más fácilmente. Los países de ingresos bajos y medianos, que presentan grandes carencias de personal, deberían valorar la atención primaria de la salud.

23. Pese a haberse demostrado que los médicos de atención primaria no solo mejoran los resultados individuales y poblacionales, sino que también limitan los gastos, la sociedad suele subestimarlos. Esa percepción adquiere mayor fuerza por la diferencia salarial entre generalistas y especialistas¹².

24. Es fundamental asegurar la disponibilidad y accesibilidad para todos de los trabajadores sanitarios, lo que exige su distribución equitativa para que se adecue a la composición demográfica del país, y podría requerir incentivos para alentar a los trabajadores sanitarios a prestar servicios en las zonas rurales y desatendidas.

25. El Relator Especial alienta a la OMS a que retome y revitalice su estrategia mundial para reformar la enseñanza de la medicina y la práctica médica en pro de la salud para todos, adoptada en 1995. Dicha estrategia abogaba en pro de “médicos cinco estrellas” con competencias en cinco esferas: la prestación de cuidados, la adopción de decisiones, la comunicación, el liderazgo comunitario y la gestión. Esta combinación de competencias se consideraba un elemento necesario para que los sistemas sanitarios pudieran proporcionar una atención de la salud de calidad, económica y equitativa.

26. De la misma manera, la comisión de *The Lancet* sobre la formación del personal de salud para el siglo XXI concluyó que, si bien el liderazgo, la gestión, el análisis de políticas y las técnicas de comunicación son elementos indispensables del plan de estudios sobre la salud para garantizar la mejor relación entre calidad y precio, no se tienen debidamente en cuenta¹³. En su estrategia relativa al médico cinco estrellas, la OMS señaló que, cuando no se dispusiera de médicos, otros profesionales sanitarios podían desempeñar esas funciones. Al promover ese modelo, reconoció que existía una fragmentación en la atención de la salud, en particular entre generalistas y especialistas. En la actualidad, la OMS trabaja en la elaboración de un marco mundial de competencias para lograr la cobertura sanitaria universal, en el que se propone definir las competencias necesarias a todos los niveles de la atención de la salud. El Relator Especial acoge con satisfacción el marco, que se aplicará a todos los profesionales sanitarios que hayan recibido una capacitación de entre 12 y 48 meses, independientemente de su ocupación, cargo o función¹⁴. La OMS también ha alentado

¹¹ Véase www.choosingwisely.org/.

¹² Kathleen Klink, “Incentives for Physicians to Pursue Primary Care in the ACA Era”, *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 17, núm. 7 (2015), págs. 637 a 646.

¹³ Richard Horton, “A new epoch for health professionals’ education”, *The Lancet*, vol. 376, núm. 9756 (2010), págs. 1875 a 1877.

¹⁴ OMS, marco mundial de competencias para lograr la cobertura sanitaria universal, que se publicará en 2019.

a las facultades de medicina a que demuestren responsabilidad social respecto de la capacitación adecuada de médicos que pueden dar respuesta a problemas de salud prioritarios¹⁵.

B. Paradigma biomédico

27. Se estima que la atención médica solo representa entre el 10 % y el 20 % de los factores modificables que contribuyen al logro de una población sana¹⁶. Pese a ello, la formación médica tradicional se resiste a capacitar a una fuerza de trabajo para que se centre menos en la atención médica y quirúrgica y más en los determinantes de la salud, o, en términos más generales, para capacitar a un menor número de médicos y a un mayor número de trabajadores de nivel medio. La comisión de *The Lancet* identificó los siguientes problemas: falta de correspondencia entre las competencias y las necesidades de los pacientes y de la población; deficiente trabajo en equipo; una persistente estratificación de los géneros en el estatus profesional; un enfoque técnico limitado sin un entendimiento conceptual más amplio; una predominante orientación hacia los hospitales a expensas de la atención primaria; desequilibrios cuantitativos y cualitativos en el mercado laboral profesional, y un débil liderazgo para mejorar el desempeño de los sistemas de salud⁹.

28. Casi diez años después, el Relator Especial observa que, si bien hay pocas pruebas que indiquen que se hayan abordado esos problemas a escala mundial, ha recibido numerosas comunicaciones en las que se mencionan enfoques eficaces para superar algunos de ellos. En las comunicaciones se destacó que la capacitación de los estudiantes de medicina no debería concentrarse en “torres de marfil” alejadas de las comunidades en las que muchos de ellos trabajarán, o en las que se los debería alentar a trabajar. Una buena atención sanitaria no se limita a determinar si una enfermedad tiene cura o no, sino que analiza cómo se puede mejorar la calidad de la salud para cada persona, adoptando enfoques basados en los derechos humanos y en datos empíricos. Según las evaluaciones realizadas, esos tipos de enfoques son buenos para los estudiantes de atención sanitaria y para la comunidad¹⁷.

C. Asimetrías de poder

29. El desequilibrio de poder que implica la jerarquía médica está vinculado al paradigma biomédico. Se ha formado a los médicos para que se centren en los insumos biomédicos, y los que han pasado la mayor parte del tiempo formándose, hasta lograr el estatus de especialista, son quienes más poder tienen en el sistema de salud. Los líderes en el campo de la medicina especializada también suelen recibir nombramientos políticos para orientar la política de salud. El Relator Especial ha puesto de relieve anteriormente que las asimetrías de poder han hecho que en general se prime la medicina especializada sobre la atención primaria y la salud pública (véanse [A/HRC/35/21](#) y [A/72/137](#)). Esas asimetrías hacen que las intervenciones biomédicas primen sobre las intervenciones de otra índole; que en la investigación en salud pública se dé prioridad, antes que a las ciencias sociales, a ciertas disciplinas que promueven costosas tecnologías biomédicas; que se recurra en exceso a medidas de diagnóstico e intervenciones curativas, y que se dé escaso margen a la participación

¹⁵ Charles Boelen, “The five-star doctor: an asset to health care reform?” (OMS, Ginebra, 1995). Disponible en www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf.

¹⁶ Hood, C. M., K. P. Gennuso, G. R. Swain y B. B. Catlin, “County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 50, núm. 2 (2016), págs. 129 a 135.

¹⁷ Véase www.aamc.org/download/479898/data/sdohwebinarslides.pdf.

de la sociedad civil en la formulación de las políticas de salud. La combinación de esas asimetrías también hace que se atribuya mayor poder y prestigio a la atención de la salud física que a la atención de la salud mental. Si los médicos utilizan métodos para tratar los problemas de salud sin tener en cuenta los derechos de los pacientes, en particular su participación en las decisiones, el desequilibrio de poder puede ser perjudicial para los usuarios de los servicios y el sistema de salud¹⁸. El acoso y las altas tasas de desgaste, que suponen una amenaza para la seguridad de los usuarios¹⁹, guardan relación con la asimetría de poder²⁰.

D. Enseñanza de la medicina

30. Las facultades de medicina influyen en las actitudes de los estudiantes hacia sus colegas (que incluyen todos los trabajadores sanitarios), los usuarios de los servicios y otros miembros de la comunidad, así como hacia la medicina comunitaria y la atención primaria de la salud. Las facultades de medicina tienen la gran oportunidad de promover los principios de los derechos humanos de igualdad, no discriminación y dignidad, así como de considerar a los profesionales sanitarios como defensores de los derechos humanos que poseen las competencias de un médico cinco estrellas. Si la enseñanza de la medicina promoviera el concepto de los derechos humanos en la atención al paciente, podría establecer un marco ambicioso para reflexionar sobre el potencial transformador de la educación en materia de derechos humanos en el ámbito sanitario, dada la amplitud de su alcance. El concepto abarca la relación interpersonal entre el usuario de los servicios y el proveedor en la prestación de asistencia médica, pero también se refiere a los factores sistémicos y las responsabilidades del Estado que determinan la experiencia misma de la atención médica²¹.

31. El Relator Especial acoge con beneplácito el importante cambio de orientación que ha experimentado en los últimos 20 años la enseñanza de la medicina, que ahora insiste en la competencia en la práctica médica, en lugar de centrarse simplemente en la acumulación de conocimientos. Los órganos de acreditación en el Canadá, los Estados Unidos de América y en muchos países europeos y de otros continentes han adoptado un modelo formativo basado en resultados²². Además de la competencia técnica, esos modelos promueven la idea de que los médicos deben poseer buenas técnicas de comunicación y ser capaces de tener en cuenta el contexto en el que viven los usuarios y la forma en que se proporciona la atención.

32. Las facultades de medicina no abordan debidamente las cuestiones de derechos humanos, la influencia corruptora de los intereses de la industria en la medicina, la evaluación crítica de las publicaciones sobre investigación biomédica en vista de

¹⁸ Dainius Pūras, “Human Rights and the Practice of Medicine”, *Public Health Reviews*, vol. 38, núm. 9 (2017), pág. 3.

¹⁹ B. Green y otros, “Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care”, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 55, núm. 5 (2017), págs. 449 a 453.

²⁰ K. Scott y otros, “‘Teaching by humiliation’ and mistreatment of medical students in clinical rotations: a pilot study”, *The Medical Journal of Australia*, vol. 203, núm. 4 (2015), pág. 185; Young-Ran Yeun y Jeong-Won Han, “Effect of nurses’ organizational culture, workplace bullying and work burnout on turnover intention”, *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, vol. 8, núm. 1 (2016), págs. 372 a 380.

²¹ Joanna N. Erdman, “Human rights education in patient care”, *Public Health Reviews*, vol. 38, núm. 14 (2017), pág. 2, que cita a Jonathan Cohen y Tamar Ezer, “Human rights in patient care: a theoretical and practical framework”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 15, núm. 2 (2013), págs. 7 a 19.

²² R. M. Harden, “Outcome-based education: the future is today”, *Medical Teacher*, vol. 29, núm. 7, págs. 625 a 629; y Olle ten Cate, “Competency-based postgraduate medical education: past, present and future”, *GMS Journal for Medical Education*, vol. 34, núm. 5, documento 69.

la orientación comercial o los efectos de la discriminación y la estigmatización en la atención al paciente. Hace más de 100 años, en respuesta a las preocupaciones por la calidad de la enseñanza de la medicina en los Estados Unidos y el Canadá, Abraham Flexner, en su informe sobre el tema, formuló recomendaciones que reorientaron la formación de médicos y la práctica de la medicina¹³. Ha llegado de nuevo el momento de impulsar un cambio de paradigma para subsanar las numerosas deficiencias que presenta la enseñanza de la medicina y sus consecuencias para los sistemas sanitarios, que dan lugar a las carencias en el ejercicio del derecho a la salud que se señalan en el presente informe. Las asociaciones médicas nacionales y las universidades de medicina deben aceptar la responsabilidad de inscribir la formación médica en un marco de derechos humanos.

33. Los planes de estudios de medicina también deben promover y valorar la medicina social (la atención primaria y la medicina comunitaria) a fin de alentar su utilización. Las facultades de medicina en entornos de abundantes recursos, a menudo demasiado influenciadas por los hospitales universitarios especializados, han puesto de relieve y glorificado especialidades y subespecialidades médicas, lo que ha impulsado de manera desproporcionada su posición y prestigio. Esto otorga a los especialistas un control excesivo a todos los niveles del sistema sanitario y supone un menosprecio hacia los enfoques de salud pública, los médicos de atención primaria y otros trabajadores sanitarios.

E. Armonización de los planes de estudios de medicina con las estrategias nacionales de salud

34. Las facultades de medicina deben armonizar sus planes de estudios con los planes nacionales de salud y las estrategias sobre la fuerza de trabajo sanitaria en sus países; así se expone en la observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y también en la estrategia mundial. En particular, debe darse prioridad a la atención primaria de la salud en los países que todavía no han logrado la cobertura sanitaria universal. Es necesario alentar a los profesionales sanitarios a que presten servicios en las zonas rurales para conseguir que la asistencia sanitaria esté disponible para todos: ante el dominio de la medicina especializada, la salud en el ámbito rural ha quedado relegada un segundo plano. Las recomendaciones para abandonar las estrategias de formación dominadas por la transferencia de las competencias clínicas y avanzar hacia una agenda de formación transformadora que refuerce el papel de los trabajadores sanitarios como agentes de cambio en la sociedad siguen siendo importantes.

35. La formación médica no presta la debida atención a algunos grupos de la sociedad. Durante sus visitas a los países, el Relator Especial ha reunido testimonios sobre la renuencia de algunos médicos a trabajar con grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como las personas que viven en la pobreza extrema, las que consumen drogas o las personas sin hogar. El Relator Especial insta a las personas responsables de orientar los conocimientos, las competencias y los valores de los futuros médicos a alentarlos a interactuar con esos grupos y evitar la tendencia a ignorar el sufrimiento, que es incompatible con la esencia y propósito de la profesión médica. El Relator Especial observa que el poder y el prestigio asociados con la especialización médica refuerzan esos sesgos, lejos de asistir a los grupos en situación más vulnerable. La selección de estudiantes procedentes de comunidades marginadas y desfavorecidas puede ayudar a hacer frente a esos problemas.

36. Otros dos grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad son las personas con discapacidad y las que necesitan cuidados paliativos. Los planes de

estudios de medicina suelen pasar por alto ambos grupos, que necesitan una atención basada en los derechos integral y de calidad. A continuación se exponen algunos ejemplos de logros alcanzados.

37. **Cuidados paliativos.** En Uganda, la Palliative Care Association colaboró con abogados para impartir capacitación en atención paliativa como derecho humano a más de 300 trabajadores sanitarios, entre ellos médicos, enfermeros, personal clínico y personal paramédico. Los estudiantes de derecho también eligieron centros que ofrecían cuidados paliativos para realizar sus pasantías como becarios en consultorios jurídicos. Por su parte, Costa Rica tiene en cuenta a la población que envejece en su planificación de la fuerza de trabajo, y en 2009 puso en marcha un programa de residencia en medicina paliativa, en el marco del cual los graduados en esta rama impartían enseñanza a estudiantes de medicina durante toda su capacitación. El país tiene previsto adoptar los cuidados paliativos como principio fundamental de la atención primaria de la salud.

38. **Personas con discapacidad.** Aunque representan el 15 % de la población mundial, las personas con discapacidad tienen dos veces más probabilidades de considerar que los trabajadores sanitarios cuentan con una preparación insuficiente y que los establecimientos de salud son inadecuados, tres veces más probabilidades de que se les niegue la asistencia médica y cuatro veces más probabilidades de ser maltratadas en el sistema de atención de la salud²³. Por lo tanto, es esencial impartir capacitación a los trabajadores sanitarios en derechos humanos y prestación de servicios para las personas con discapacidad. Una capacitación en materia de salud inclusiva exige impartir módulos sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los derechos humanos y el derecho a la salud, así como adoptar un enfoque de inclusión de la discapacidad que incluya intervenciones específicas para atender las necesidades de las personas con discapacidad en todos los sectores de la atención de la salud. Se ha demostrado que una comunicación visual accesible y potente mediante el uso de la lengua de señas, la aplicación de importantes tecnologías de la comunicación y la capacitación de los trabajadores sanitarios, incluidos médicos, en sensibilidad cultural son medios eficaces de promover el acceso de las personas con discapacidad a la atención de la salud²⁴. El Consejo de Europa ha recomendado que las instituciones de enseñanza superior, en particular las facultades de medicina, revisen sus planes de estudios para que reflejen adecuadamente las disposiciones de la Convención²⁵.

39. El Relator Especial advierte de que, aun cuando se hiciera más hincapié en la capacitación de un mayor número de trabajadores de nivel medio para lograr una distribución más equitativa de la atención primaria de la salud, y la cobertura sanitaria universal, esto, por sí solo, no corregiría la excesiva importancia que se atribuye a los modelos biomédicos. Existe el riesgo de que todos los profesionales sanitarios sigan insistiendo en buscar y tratar “causas” biomédicas de todos los problemas de salud. El Relator Especial insta a que la capacitación de los trabajadores de nivel medio se base en principios de salud pública, reconociendo la incidencia que tienen los factores ambientales, sociales y económicos en la salud de las personas y las comunidades.

40. El concepto de sindemia puede ofrecer a los docentes médicos nuevos marcos de enseñanza, en los que se deja de lado la tradicional conceptualización “vertical”

²³ OMS y Banco Mundial, *Informe mundial sobre la discapacidad* (Ginebra, 2011).

²⁴ Alexa Kuenburg, Paul Fellingner y Johannes Fellingner, “Health care access among deaf people”, *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 21, núm. 1 (enero de 2016), págs. 1 a 10. Disponible en <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>.

²⁵ Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, “Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach”, documento núm. 14895, 22 de mayo de 2019. Disponible en <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?fileid=27701&lang=2>.

de enfermedades. El modelo sindémico se centra en el complejo biosocial, que consiste en enfermedades concurrentes, secuenciales o que interactúan entre sí y los factores sociales y ambientales que promueven y potencian los efectos negativos de la interacción de enfermedades²⁶. Por consiguiente, la formación de los trabajadores sanitarios debería adoptar metodologías que enseñen los grupos de enfermedades que son consecuencia de las condiciones biosociales, destacando la importancia de los determinantes sociales y subyacentes que las originan. La modalidad de enseñar cada enfermedad como un trastorno vertical contribuye a la fragmentación.

41. Se requiere también con urgencia que la formación médica aborde y dé prioridad a los problemas mundiales emergentes y de salud pública actuales. Entre ellos cabe mencionar el cambio climático, la salud mental, el envejecimiento de la población, los cuidados paliativos, los factores de riesgo y los efectos de las enfermedades no transmisibles, los problemas en relación con el consumo de opioides y otras drogas, y otras cuestiones problemáticas, según el contexto. También es necesario impartir educación sobre adicción con base empírica a fin de que los médicos estén mejor informados y se sientan más cómodos al recetar opioides que permiten mantener la dignidad, cuando sea necesario. En numerosas comunicaciones se hizo referencia a enfoques educativos participativos e integrados en la comunidad respecto de esos problemas de salud pública.

III. Se necesitan sistemas de salud sólidos para garantizar una fuerza de trabajo eficaz

42. Un enfoque basado en los derechos humanos ofrece un conjunto transformador de disposiciones que tienen profundas consecuencias. La igualdad y la dignidad de todas las personas, incluidos los trabajadores sanitarios, constituyen la esencia de los derechos humanos. En esta sección, el Relator Especial examina cómo el ejercicio de los derechos de los profesionales sanitarios contribuiría significativamente a mejorar los sistemas de salud. También analiza los componentes de los sistemas de salud a fin de ilustrar sus efectos en la capacidad de los trabajadores sanitarios para asegurar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad de los sistemas de salud para todos. La cobertura sanitaria universal no puede lograrse sin unos sistemas de salud sólidos.

43. La fuerza de trabajo sanitaria es una parte esencial del sistema de salud, y no puede funcionar eficazmente para prestar una atención médica de calidad sin el apoyo de todos los demás elementos del sistema de salud.

44. El derecho a la salud exige que los Estados aborden los obstáculos derivados de la desigualdad y la discriminación que impiden el acceso adecuado a la atención sanitaria, así como los determinantes básicos y sociales de la salud. Debe darse prioridad a los grupos en situación de vulnerabilidad. Debería protegerse a los propios trabajadores sanitarios frente a la desigualdad y la discriminación, que pueden adoptar diversas formas en los sistemas de salud. Los trabajadores sanitarios comunitarios, y las comunidades en las que trabajan, suelen padecer problemas de salud por el hecho de ocupar los niveles inferiores de la jerarquía médica, donde sufren impotencia, discriminación, desigualdad y pobreza. Los Estados deben mejorar las condiciones de trabajo y hacer frente a las desigualdades salariales de los profesionales sanitarios que atienden más directamente las necesidades sociales y de la población, así como organizar campañas educativas encaminadas a mejorar la imagen y reputación de los trabajadores sanitarios.

²⁶ M. Singer, N. Buller, B. Ostrach y E. Mendenhall, "Syndemics and the biosocial conception of health", *Lancet*, vol. 389, núm. 10072 (2017), págs. 941 a 950.

45. Cada parte del sistema de salud debe funcionar de manera tal que respalde a los trabajadores sanitarios, respete sus derechos humanos y promueva unas condiciones de empleo justas. En los párrafos siguientes, el Relator Especial identifica algunas características que son necesarias para fortalecer la fuerza de trabajo sanitaria de modo que pueda prestar servicios que estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad para todas las personas.

A. Servicios y establecimientos de salud

46. A fin de retener al personal de atención de la salud, y para asegurar la presencia de trabajadores sanitarios en lugares que sean accesibles incluso para las comunidades remotas, rurales o marginadas, debería haber instalaciones apropiadas, incluidas instalaciones especiales, en esos lugares, y dichas instalaciones deben ser adecuadas para poder ofrecer una atención de calidad a todas las personas. El Relator Especial ha observado la calidad deficiente de numerosos centros de salud ubicados en zonas rurales y apartadas, a menudo en marcado contraste con los establecimientos de las zonas urbanas y los centros especializados. Además, debería ofrecerse alojamiento a los trabajadores sanitarios y sus familias a modo de incentivo para trabajar en lugares remotos. Las comunicaciones recibidas para el presente informe aportaron datos sobre los buenos resultados que se obtenían cuando se proporcionaba una vivienda a los trabajadores sanitarios rurales.

B. Productos médicos, medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías

47. Los profesionales sanitarios no pueden desempeñar adecuadamente su labor sin un suministro fiable y constante de medicamentos, vacunas y tecnología, incluida la tecnología de las comunicaciones, adecuados y de calidad. Las intervenciones y tecnologías esenciales en el ámbito de la salud no deberían limitarse a los productos biomédicos, sino abarcar intervenciones psicosociales eficaces de salud pública dirigidas a la población.

C. Sistemas de información sanitaria

48. Los profesionales sanitarios deben acceder y aportar datos al historial de las personas que están tratando, información que deberá estar en manos de los usuarios de los servicios que son remitidos por el sistema sanitario. Los trabajadores sanitarios deben recibir capacitación en esos métodos para que se disponga de datos acerca de la salud de las comunidades, garantizando al mismo tiempo la confidencialidad de los usuarios. La información sobre el número de trabajadores sanitarios por categoría deberá ser reciente y estar disponible a efectos de la rendición de cuentas en materia de derechos humanos.

D. Financiación de la salud

49. Los profesionales sanitarios tienen reconocidos todos los derechos de que gozan los empleados: el derecho a un trabajo decente está amparado por la Declaración Universal de Derechos Humanos y el programa de trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su observación general núm. 14, ha reconocido también que los trabajadores sanitarios tienen derecho a recibir sueldos competitivos a nivel nacional y una capacitación adecuada. El objetivo del derecho a un trabajo decente es asegurar que

todas las personas —sin discriminación— gocen de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias y disfruten de los derechos de sindicación y de negociación colectiva. El Relator Especial apoya una distribución equitativa de los recursos financieros para todos los profesionales sanitarios, para que los trabajadores sanitarios comunitarios sean remunerados y se ponga fin a la práctica de recurrir a voluntarios no remunerados para la importante labor de atención primaria de la salud²⁷. La jerarquía médica y el predominio del paradigma biomédico pueden dar lugar a desigualdades de ingresos inaceptables entre especialistas médicos y otros trabajadores sanitarios.

E. Liderazgo y gobernanza

50. Una fuerza de trabajo sanitaria no puede funcionar eficazmente sin una buena capacidad de liderazgo, gestión y gobernanza. Cuando los trabajadores sanitarios se vuelven ineficientes debido a una gestión deficiente o inexistente, disminuye su capacidad para prestar una atención de la salud accesible y de calidad. Una buena gobernanza puede garantizar que el derecho a la salud quede recogido en un amplio plan nacional de salud, que abarque la gestión de los recursos humanos, se haya elaborado de manera participativa, se aplique y sobre el que se informe. El plan para los trabajadores sanitarios debería incorporar la salud preventiva, curativa y de rehabilitación, que abarcan la salud física y mental, y también debería englobar a los trabajadores de nivel medio.

F. La corrupción en el sector de la salud

51. La corrupción es un tema que el Relator Especial ha examinado en otros informes (véase [A/72/137](#)). Entre los tipos de corrupción que ejercen un efecto especialmente desmoralizador para los profesionales sanitarios cabe mencionar el ausentismo prolongado, la mala gestión financiera, el nepotismo y otros tratos injustos de que son objeto los trabajadores sanitarios. Un enfoque del liderazgo y la gobernanza basado en los derechos incluye la participación activa de los trabajadores sanitarios en la toma de decisiones y la transparencia en relación con las decisiones adoptadas, incluidas las decisiones financieras.

52. La jerarquía médica repercute seriamente en el liderazgo y la gobernanza, lo que puede propiciar la corrupción institucional. Quienes se encuentran en lo más alto de la jerarquía tienen un acceso mucho mayor a los directivos y los responsables de la gobernanza, así como a las decisiones generales de política sanitaria, incluida la asignación de recursos. Pueden influir en las decisiones de gasto, de manera que es más probable que la financiación se destine a servicios especializados, en lugar de a medidas de promoción de la salud o a servicios importantes, pero de menor prestigio, como los servicios de salud mental infantil, los servicios geriátricos, los cuidados paliativos o los centros de atención primaria de la salud ubicados en entornos remotos y de indefensión.

IV. Un enfoque del fortalecimiento de la fuerza de trabajo sanitaria basado en los derechos

53. El presente informe ilustra algunos elementos estructurales que determinan la capacidad de los trabajadores sanitarios para cumplir las obligaciones de los Estados relacionadas con el derecho a la salud de garantizar la disponibilidad, accesibilidad,

²⁷ OMS, *Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes* (Ginebra, 2018). Disponible en www.who.int/hrh/community/en/.

aceptabilidad y buena calidad de la atención sanitaria. En esta sección el Relator Especial aplica el derecho a la salud a los profesionales sanitarios, a fin de identificar las cuestiones que pueden mejorar o limitar su capacidad para desempeñar bien su trabajo.

54. El derecho a la salud está reconocido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y está protegido por la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados internacionales de derechos humanos, que son vinculantes para sus Estados partes, en particular el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Ese derecho está, además, protegido por tratados regionales de derechos humanos y muchas constituciones nacionales. Los tratados internacionales y leyes nacionales hacen que los Estados se obliguen a obrar por el respeto, la protección y la efectividad del derecho a la salud y a promover la formación de los trabajadores sanitarios a fin de que puedan ayudar a los Estados a cumplir sus obligaciones en este ámbito.

55. El derecho a la salud genera obligaciones que constituyen un marco de acción para los garantes de los derechos y un marco de referencia para la rendición de cuentas. Debe hacerse efectivo progresivamente, lo que significa que los Estados no tienen que poner en práctica inmediatamente muchos de sus aspectos, sino adoptar medidas eficaces específicas para lograr gradualmente su plena efectividad. No obstante, los Estados también tienen algunas obligaciones básicas inmediatas, como las siguientes: distribuir de manera equitativa los establecimientos y servicios de salud; suministrar medicamentos esenciales; dar acceso a un alojamiento básico, un agua potable y un saneamiento adecuado; y adoptar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia nacional de salud, que debe orientar la formación y planificación de la fuerza de trabajo sanitaria nacional.

A. Igualdad y no discriminación

56. Los principios de derechos humanos de igualdad y no discriminación se aplican a los profesionales sanitarios en sus lugares de trabajo y a la selección de trabajadores sanitarios. Por lo tanto, puede ser necesario contar con programas de divulgación para la contratación de trabajadores sanitarios pertenecientes a comunidades y grupos en situación de vulnerabilidad, como los pueblos indígenas, con miras a reducir la discriminación y promover el respeto de las diferencias culturales. Esos programas de selección han demostrado tener un impacto positivo en muchos entornos diferentes, como el programa de becas de Open Society Foundations para estudiantes romaníes del ámbito sanitario (Roma Health Scholarship Programme), que en los último diez años ha prestado apoyo a más de 500 estudiantes romaníes de medicina en Bulgaria, Macedonia del Norte, Rumania y Serbia²⁸.

57. Deben adoptarse medidas eficaces para lograr un equilibrio de género entre los trabajadores sanitarios en todas las esferas, a fin de garantizar la igualdad y la no discriminación por motivos de género. Estas y otras medidas, como la inclusión de los grupos minoritarios y las personas con discapacidad, son necesarias para asegurar

²⁸ Merziha Idrizi, “Celebrating 10 Years of Investing in Roma Health”, Open Society Foundations (8 de abril de 2019). Disponible en www.opensocietyfoundations.org/voices/celebrating-10-years-investing-roma-health.

el respeto de las diferencias culturales de esas comunidades y de los trabajadores que les proporcionan atención sanitaria.

58. Los derechos humanos, incluido el respeto de la diversidad cultural y la neurodiversidad, así como la importancia de tratar a los pacientes y demás personas con respeto, deberían ser una parte obligatoria de la capacitación de todos los profesionales sanitarios²⁹. En muchos informes de anteriores Relatores Especiales se ha instado a los Estados a incluir la capacitación en derechos humanos para los trabajadores sanitarios. En varias comunicaciones enviadas para la presentación del presente informe se describieron las distintas formas en que se habían incluido los derechos humanos en la capacitación, y la Asociación Médica Mundial señala que la formación médica debería incluir cursos de derechos humanos obligatorios en todas las etapas.

B. Participación

59. Un principio fundamental de derechos humanos lo constituye el derecho de las personas a participar en las decisiones o la formulación de políticas que les afecten. Por consiguiente, incumbe a los Estados hacer partícipes a los trabajadores sanitarios y la sociedad civil en la formulación de los planes nacionales en materia de salud y para la fuerza de trabajo sanitaria. Las instituciones de educación sanitaria y los representantes de todos los cuadros de trabajadores sanitarios deberían participar en el diseño y la supervisión de los planes para la fuerza de trabajo. Es necesario prestar atención a no reproducir la jerarquía médica en las consultas sobre planificación. Los trabajadores sanitarios comunitarios procedentes de entornos rurales probablemente comprendan mejor las necesidades sanitarias de la población que los especialistas médicos que trabajan en hospitales de atención terciaria.

C. Apoyo permanente y capacitación del personal sanitario que trabaja en zonas remotas y se siente impotente

60. El Relator Especial ha observado, en particular durante sus visitas a los países, que los trabajadores sanitarios que se encuentran lejos de los centros de formación médica y de los establecimientos de atención secundaria y terciaria reciben menos mentoría, supervisión y capacitación permanente que sus homólogos de las zonas urbanas. Sin embargo, contra toda lógica, especialmente en los países con menores recursos donde un elevado porcentaje de la población vive en zonas rurales, dichos trabajadores sanitarios son de importancia crítica para el logro de la cobertura sanitaria universal, o el cumplimiento de la obligación fundamental de los Estados de proporcionar atención primaria básica de la salud sin discriminación alguna. Por lo tanto, además de seleccionar una adecuada variedad de personas a las que capacitar como trabajadores sanitarios, y ofrecerles incentivos para que vivan y trabajen en las zonas rurales y remotas, es necesario llevar a cabo una supervisión significativa, actividades de mentoría y una capacitación permanente. Se ha demostrado que los trabajadores sanitarios que no reciben ese apoyo pierden competencias clínicas y su entusiasmo para desempeñar sus funciones³⁰. La Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario llegó a la conclusión de que, a pesar de los grandes logros alcanzados en distintos contextos mediante el recurso a trabajadores sanitarios de nivel medio, en

²⁹ G. Backman y otros, "Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries", *The Lancet*, vol. 372, núm. 9655 (2008), págs. 2047 a 2085.

³⁰ A. Palagyi, G. Brian y J. Ramke, "Training and using mid-level eye care workers: early lessons from Timor-Leste", *Clinical and Experimental Ophthalmology*, vol. 38, núm. 8 (2010), págs. 805 a 811.

contextos donde reciben poca supervisión y capacitación insuficiente, la calidad de la atención que proporcionan puede ser deficiente y afectar negativamente a la retención del personal³¹.

D. Gobernanza de los profesionales sanitarios

61. Los trabajadores sanitarios deberían gozar de autonomía. La independencia de las profesiones sanitarias con respecto al Estado impide la subordinación al Estado. La subordinación puede dar lugar a una doble lealtad de los trabajadores sanitarios, lo cual es incompatible con su deber de respetar y proteger los derechos humanos y el derecho a la salud de los usuarios en todo momento. Si el Estado se interpone entre un trabajador sanitario y sus pacientes, surgen problemas de doble lealtad y atención médica imparcial, lo que crea graves problemas de confidencialidad y confianza. La doble lealtad plantea un problema de derechos humanos en las cárceles³², en el ámbito de la psiquiatría³³, cuando se trabaja con los migrantes y los refugiados³⁴, y también en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos³⁵.

E. Asistencia y cooperación internacionales

62. Los Estados están obligados a prestar asistencia técnica y financiera a otros Estados que la soliciten para ayudarlos a cumplir sus obligaciones relacionadas con el derecho a la salud. La formación de los trabajadores sanitarios en los países de ingresos bajos y medianos solo recibe un pequeño porcentaje de la ayuda total destinada a la salud a través de la asistencia oficial para el desarrollo. Más adelante se describe con mayor detalle el apoyo de los donantes.

F. Rendición de cuentas

63. Los Estados deben rendir cuentas de sus obligaciones de garantizar el pleno disfrute del derecho a la salud, y otros interesados, en particular las organizaciones profesionales y las universidades, deben rendir cuentas de su responsabilidad en lo que se refiere al derecho a la salud. Todos deberían promover una fuerza de trabajo sanitaria que pueda ofrecer servicios de atención de la salud de calidad a todas las personas. Los mecanismos de rendición de cuentas deberían reflejar los principios de transparencia y participación y basarse en datos e información de calidad.

³¹ Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario de la OMS, “Mid-level health workers for delivery of essential health services” (2013), pág. 32.

³² S. Glowa-Kollisch y otros, “Data-driven human rights: using dual loyalty trainings to promote the care of vulnerable patients in jail”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 17, núm. 1 (2015), págs. 124 a 135.

³³ M.D. Robertson y G. Walter, “Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, núm. 3 (2008), págs. 228 a 235.

³⁴ Linda Briskman y Deborah Zion, “Dual loyalties and impossible dilemmas: health care in immigration detention”, *Public Health Ethics*, vol. 7, núm. 3 (2014), págs. 277 a 286.

³⁵ J. Jaime Miranda y Alicia E. Yamin, “Frameworks for understanding dilemmas of health care in a globalized world: a case study of reproductive health policies in Peru”, *Politics and Ethics Review*, vol. 1, núm. 2 (2005), 177 a 187.

V. Cuestiones de interés

A. Asistencia internacional para el fortalecimiento de la fuerza de trabajo sanitaria

64. En 2016, del total de la asistencia exterior para el desarrollo, se destinaron unos 21.300 millones de dólares al ámbito de la salud³⁶. El gasto total en salud y capacitación médica ascendió a 446 millones de dólares, es decir, solo el 2 % del gasto total en asistencia sanitaria. La OMS ha pedido que se asigne un mayor volumen de asistencia oficial para el desarrollo a la capacitación de la fuerza de trabajo sanitaria, especialmente en vista del gran número de trabajadores sanitarios que reciben capacitación en países de ingresos bajos y medianos y abandonan esos países para trabajar en países de altos ingresos³⁷.

65. El Relator Especial expresa dos preocupaciones acerca de la asistencia sanitaria destinada a la capacitación. En primer lugar, con respecto a la necesidad de contar con un mayor número de trabajadores sanitarios en los países de ingresos bajos y medianos, ese apoyo financiero es reducido, y es poco probable que ayude eficazmente a los países a satisfacer sus necesidades de capacitación. En segundo lugar, los resultados de la capacitación en salud no pueden mantenerse con aportaciones puntuales que no forman parte de un plan nacional general de fortalecimiento de la fuerza de trabajo y el sistema sanitario. Como se ha señalado antes, de poco sirven la formación y capacitación sanitarias si posteriormente no se integra a los alumnos en sistemas de salud funcionales ni se les ofrece una supervisión y mentoría constantes.

66. Además, el Relator Especial ha manifestado su preocupación por el carácter reductor de indicadores utilizados para supervisar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los objetivos de cobertura sanitaria universal que no promueven respuestas basadas en los derechos (véase A/71/304). Los indicadores que reflejan el número de personas capacitadas, pero no dan cuenta de su capacidad para traducir la capacitación en resultados sanitarios para sus comunidades, pueden ser engañosos. Sin embargo, muchos donantes siguen informando de sus gastos en asistencia exterior para el desarrollo y de sus actividades de capacitación en salud en esos términos.

67. La capacitación puntual de trabajadores sanitarios en entornos de bajos recursos puede dar lugar a distorsiones en la asignación de los profesionales sanitarios en el sistema de salud³⁸. La capacitación impartida para ayudar a fortalecer la fuerza de trabajo debe abarcar todo el sistema de salud, a saber: el entorno reglamentario; las consideraciones financieras; las necesidades de los alumnos de un suministro fiable de medicamentos o dispositivos; los sistemas de información para supervisar los servicios prestados después de la capacitación, y la supervisión de los trabajadores sanitarios recién formados. El hecho de que se tenga en cuenta todo el sistema de salud promueve la sostenibilidad de los resultados y el derecho a la salud.

³⁶ Estadísticas de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, disponibles en www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm.

³⁷ A. Micah, *et al.*, “Donor financing of human resources for health, 1990–2016: an examination of trends, sources of funds, and recipients”, *Globalization and Health*, vol. 14, núm. 98. Disponible en <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0416-z>.

³⁸ Carmel Williams y Garry Brian, “Using a rights-based approach to avoid harming health systems: a case study from Papua New Guinea”, *Journal of Human Rights Practice*, vol. 5, núm. 1 (2013), págs. 177 a 194.

B. Capacitación de los profesionales de la salud mental

68. La capacitación de los profesionales de la salud mental merece una mención especial. Como se indica en el informe de 2017 del Relator Especial, en relación con la salud mental, existen obstáculos que afectan a la prestación de atención en materia de salud mental y dificultan la plena efectividad del derecho a la salud (véase [A/HRC/35/21](#)). Esos obstáculos incluyen el uso excesivo del modelo biomédico para definir el trastorno emocional y una jerarquía médica que puede dar lugar a una coacción perjudicial y deshumanizante para los pacientes, así como los proveedores de servicios de salud mental. Las asimetrías de poder existentes entre los especialistas médicos, entre los médicos y otros profesionales sanitarios, y entre los médicos y los usuarios de los servicios, crean obstáculos adicionales para la plena efectividad del derecho a la salud.

C. La consideración de los problemas de salud mental como enfermedades determinadas biológicamente, en lugar de como consecuencias de factores de riesgo sociales y ambientales

69. Con demasiada frecuencia, las decisiones en psiquiatría son el resultado del paternalismo (no siempre se toman en serio las opiniones de los usuarios de los servicios psiquiátricos) y de un empeño excesivo en las intervenciones biomédicas y los medicamentos psicotrópicos. Sin embargo, la psiquiatría social y los partidarios del movimiento a favor de la competencia estructural en el ámbito de la psiquiatría se toman en serio lo que Virchow Rudolf observó hace 150 años, a saber, que la medicina es una ciencia social, los médicos son los abogados naturales de las personas en situación de pobreza y los problemas sociales deberían ser resueltos principalmente por ellos.

70. El enfoque predominante respecto de la salud mental se basa en un modelo biomédico de las enfermedades en el que los problemas de salud mental se consideran demasiado a menudo como anomalías definidas biológicamente, con independencia del contexto. Sin embargo, la salud mental difiere de otros tipos de salud, en el sentido de que no existen marcadores biológicos para los problemas de salud mental, y la línea divisoria entre salud y enfermedad viene definida, en gran medida, por la cultura y el contexto³⁹. Como resultado de ello, los trastornos mentales en un contexto pueden considerarse parte de una experiencia humana normal, mientras que en otra cultura la misma constelación de comportamientos podría significar enfermedad.

71. La salud mental está fuertemente influenciada por los factores sociales (véase [A/HRC/41/34](#)). Sin embargo, la excesiva dependencia del modelo biomédico para explicar los trastornos emocionales favorece el tratamiento farmacológico en lugar de la consideración de los determinantes básicos y sociales de la salud, como la pobreza, la desigualdad, la discriminación y la violencia, lo que da lugar a factores de estrés crónicos que provocan trastornos. La corrupción institucional, que surge cuando la ortodoxia de la atención de la salud mental deja de ser lo bastante independiente de otras instituciones, concretamente de la industria farmacéutica, pone en peligro la búsqueda de la verdad. Esto se traduce en entramados de incentivos perversos que fomentan y recompensan la utilización excesiva de medicamentos psicotrópicos, desviando recursos que podrían emplearse para abordar y comprender el papel de los factores determinantes de la salud y permitir el acceso a intervenciones psicosociales económicas.

³⁹ A. Kleinman, "Culture, bereavement, and psychiatry", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9816 (2012), págs. 608 y 609.

D. Normas para la atención de la salud mental definidas por un grupo profesional

72. La mayor parte de la atención de la salud mental la proporcionan médicos de atención primaria, trabajadores sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales clínicos, terapeutas, asesores pastorales y especialistas. Sin embargo, un grupo profesional — el de los psiquiatras— controla la definición de salud mental y enfermedad mental. Este control que se produce en todo el mundo se ve propiciado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales⁴⁰, el manual de los diagnósticos psiquiátricos que se ha convertido en la norma *de facto* para clasificar los trastornos mentales mediante el uso de fuentes como la Clasificación Internacional de Enfermedades. Este manual ha sido criticado por medicalizar aspectos normales de la experiencia humana (por ejemplo, la medicalización de dolor; la patologización del deterioro cognitivo normal asociado a la edad con el diagnóstico de “trastorno neurocognitivo leve”), así como por adoptar un enfoque del diagnóstico mediante lista de control que favorece el uso de la farmacología como principal opción de tratamiento.

73. La codificación de los trastornos emocionales como trastornos separados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, junto con el predominio del modelo biomédico en la psiquiatría organizada, pueden traducirse en la coacción de los usuarios y los trabajadores sanitarios, que limitaría su derecho a la salud o su prestación de servicios de atención sanitaria. Este enfoque paternalista no ha progresado al mismo ritmo que otras esferas de la atención de la salud que han evolucionado para incluir a los usuarios de los servicios, mediante una adopción de decisiones compartida, para llegar a un enfoque de los trastornos mentales que podría basarse en la colaboración y la confianza mutua entre los proveedores y los usuarios de los servicios.

E. La asimetría de poder reflejada en las definiciones

74. La asimetría de poder derivada del control de las definiciones de salud mental, en las que se atribuyen las causas (a través del modelo biomédico) y se define el tratamiento adecuado e inadecuado, no presta suficiente atención al papel que desempeñan las técnicas de comunicación, las relaciones entre los profesionales de la salud mental y los usuarios de los servicios ni al papel del contexto a la hora de determinar la causa de los trastornos mentales y las soluciones adecuadas, a menudo no farmacológicas. En algunos contextos, la asimetría de poder conduce a la deslegitimación de las modalidades de tratamiento distintas de la medicación y da lugar a un uso excesivo de los medicamentos psicotrópicos. El ámbito de la salud mental sigue estando excesivamente medicalizado, con el apoyo de la psiquiatría y la industria farmacéutica (véanse [A/HRC/35/21](#) y [A/HRC/41/34](#)) y de las aseguradoras de salud, que reembolsan los costos de los medicamentos pero no necesariamente los de las intervenciones psicosociales.

75. La profesión psiquiátrica monopoliza casi totalmente la mayoría de las decisiones, lo que puede resultar perjudicial no solo para los usuarios de los servicios y otros profesionales de la salud mental, sino también para los psiquiatras. Esta concentración de poder dentro de un grupo profesional ejerce una enorme presión en el proceso de adopción de decisiones, en particular en los casos en que se decide utilizar intervenciones biomédicas o abogar por el internamiento (hospitalización) voluntario o incluso involuntario y aplicar un tratamiento. Tanto los psiquiatras como

⁴⁰ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª ed. (Washington, D. C., American Psychiatric Association, 2013).

los pacientes se han convertido en rehenes de un sistema ineficaz en el que se adoptan decisiones que violan los derechos humanos basadas en argumentos poco sólidos sobre el peligro y la necesidad médica. Es un hecho aceptado en la profesión que los psiquiatras a menudo adoptan decisiones que privan de libertad a las personas con determinados problemas de salud mental al objeto de evitar que se inicien acciones judiciales en su contra “si ocurriera cualquier cosa”, y esto da lugar a un uso indebido y excesivo de la coacción. La introducción en la enseñanza de la medicina de cambios que redujeran de manera significativa esas asimetrías de poder y los incentivos para utilizar la coacción redundaría en beneficio de los pacientes y los psiquiatras.

F. Cambios necesarios en la educación en materia de salud mental

76. Es necesario introducir cambios en la capacitación de los profesionales de la salud mental a fin de abordar las cuestiones relativas al contexto y sus efectos en el bienestar psíquico, la estrechez de las definiciones de salud mental y trastorno mental y la asimetría de poder entre los trabajadores sanitarios y los usuarios de los servicios. Sería beneficioso para la salud mental que, en el modelo de capacitación de los médicos, se introdujeran los cambios mencionados anteriormente y que se hiciera hincapié en la competencia en la práctica médica. Sin embargo, los modelos de capacitación sobre salud mental, especialmente en la enseñanza de la medicina, se han quedado rezagados con respecto a otros ámbitos de la atención médica. La capacitación de otros profesionales sanitarios también debería cambiar para tener en cuenta el papel del contexto entre las causas de los trastornos mentales, el papel de los factores determinantes de la salud en esta esfera y el papel de la comunicación y las relaciones en la mejora de la salud mental.

77. Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental deben estar dispuestos a aceptar que el pensamiento y la práctica institucionales, y los intereses corporativos, pueden mermar su capacidad para dar cabida a modelos de asistencia que no entren dentro del modelo médico⁴¹. El predominio del modelo biomédico en la educación en materia de salud mental es una injusticia epistémica que impide lograr los progresos necesarios para promover y proteger el derecho a la salud mental.

78. En algunos países se espera que, mediante la enseñanza de la medicina, los profesionales médicos adquieran aptitudes interpersonales y de comunicación que les permitan intercambiar información con eficacia y trabajar en equipo con los pacientes, sus familias y otros profesionales de la salud⁴². Según el marco canadiense CanMEDS de educación basada en resultados, utilizado en muchos países, una de las funciones del médico es la de “comunicador”, que es la capacidad de “relacionarse con los pacientes y sus familias para facilitar la recopilación y entrega de información esencial para una atención de salud efectiva”⁴³. Este marco hace hincapié en la necesidad de conocer la perspectiva, el contexto y la situación socioeconómica del paciente y otros problemas sociales y psicológicos, para que los médicos y los pacientes puedan lograr una comprensión común que les permita adoptar decisiones compartidas sobre los mejores mecanismos de actuación. El consentimiento informado debe reconfigurarse como un proceso relacional. Se trata de un ejercicio

⁴¹ R. Mezzina y otros, “The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda”, *Advances in Psychiatry* (Springer, 2018); Robert Whitaker y Lisa Cosgrove, *Psychiatry under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform* (Springer, 2015).

⁴² M. S. Kavic, “Competency and the six core competencies”, *Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons*, vol. 6, núm. 2 (2002), págs. 95 a 97.

⁴³ Véase www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-e.

constante y no de algo que se pueda lograr de una vez y para siempre explicando los riesgos conocidos hasta el momento, los beneficios y las alternativas al tratamiento⁴⁴.

79. Estos marcos exigen una formación teórica que propicie la comprensión y una capacitación práctica que tenga en cuenta el contexto en el que vive el paciente. En el modelo CanMEDS se describe la necesidad de que los médicos aboguen por la salud de modo que contribuyan con su conocimiento e influyan positivamente en el bienestar de los pacientes, las comunidades o las poblaciones que atienden. A tal fin, trabajarán con todos ellos para determinar y comprender sus necesidades, hablar en representación de otros cuando sea necesario y apoyar la movilización de recursos para lograr el cambio⁴³.

80. Es necesario adaptar el modelo de capacitación de los profesionales de la salud mental para hacer hincapié en los determinantes básicos y sociales de la salud, redefinir la enfermedad mental en el entorno cultural y el contexto, así como dotar al personal sanitario de las actitudes, las competencias y los conocimientos necesarios para establecer relaciones que permitan evitar el paternalismo inherente del sistema.

81. En este clima de mercantilización y comercialización mundial de la atención de la salud también es importante capacitar a la fuerza de trabajo sanitaria para que aprenda a reflexionar de manera crítica sobre la conveniencia de utilizar los resultados de las investigaciones para orientar sus decisiones. Esta capacitación debe incluir una evaluación crítica de la literatura médica y también una comprensión de los sesgos cognitivos, a fin de reforzar la confianza y adoptar decisiones más acertadas.

82. Algunas facultades de medicina han rehecho sus planes de estudios para incluir la justicia social⁴⁵ y la educación socialmente responsable como elementos fundamentales. Estos modelos desplazan la capacitación de los estudiantes de medicina fuera de los centros médicos académicos, a zonas en las que los alumnos pueden observar directamente los determinantes básicos y sociales que influyen en la salud, incluida la salud mental. Además de la competencia clínica, estos modelos desarrollan la “competencia estructural” al dirigir la atención hacia los factores sociales que constituyen una de las causas fundamentales de las desigualdades en materia de salud⁴⁶.

83. Los profesionales deben estar dispuestos a establecer relaciones con los usuarios de los servicios, y deben poseer las aptitudes necesarias para ello, a fin de alcanzar una comprensión común de los trastornos emocionales dentro del contexto de la cultura y la vida del usuario. De esta manera empezarán a abordar muchos de los problemas que afectan al personal sanitario y que ya han sido identificados por la OMS.

84. También es necesario sustituir el enfoque de la capacitación de los profesionales sanitarios centrado estrictamente en el modelo biomédico para explicar los trastornos psíquicos y la enfermedad mental por otros modelos sociológicos y psicológicos. Solo con una perspectiva más amplia podrán aplicarse soluciones acordes con las necesidades de los usuarios dentro de su contexto y su cultura.

85. Por último, las investigaciones sobre la salud mental deben adoptar un enfoque participativo e incorporar sus tradiciones emancipadoras para identificar las causas subyacentes de los trastornos mentales y encontrar soluciones para tratarlos. Además de propiciar la participación real de las partes interesadas, la investigación

⁴⁴ R. Blum, “When patient and physician disagree on patient’s ‘best interest’”, *American Medical Association Journal of Ethics* (anteriormente conocida como *Virtual Mentor*), vol. 11, núm. 3 (2009), págs. 223 a 227.

⁴⁵ Véase, por ejemplo, <https://medicine.tufts.edu/education/health-justice-scholars>.

⁴⁶ L. J. Kirmayer, R. Kronick y C. Rousseau, “Advocacy as key to structural competency in psychiatry”, *JAMA Psychiatry*, vol. 75, núm. 2 (2018), págs. 119 y 120.

participativa permite prestar servicios de atención de la salud mental a grupos que se encuentran en una situación de máxima vulnerabilidad, al tiempo que promueve un modelo renovado de prestación de asistencia y apoyo a personas con problemas de salud mental. En un metaanálisis reciente de las investigaciones basadas en intervenciones realizadas durante 35 años se observó que el desgaste profesional es un síntoma prevalente entre los proveedores de servicios de salud mental e implica unos costos significativos para los empleados, los consumidores y las organizaciones; se observó asimismo que los progresos logrados en este sector para paliar el desgaste profesional entre los proveedores de servicios de salud mental han sido limitados⁴⁷.

VI. Recomendaciones y conclusiones

86. El personal sanitario desempeña un papel crucial en la efectividad del derecho a la salud física y mental. Al tiempo que invierten en el sector de la salud, los Estados deberían velar por que, en la formación de todos los profesionales de este sector, así como en la ejecución de las estrategias nacionales en materia de personal sanitario, se adopten plenamente todos los elementos de un enfoque basado en los derechos humanos, el marco analítico relativo al derecho a la salud y un enfoque moderno de la salud pública. La comunidad mundial debe aprender las lecciones del pasado, cuando la ciencia y la práctica de la medicina se ejercían sin el imperativo de los derechos humanos, lo que aportaba más perjuicios que beneficios. Dotar a todos los trabajadores sanitarios de competencias y conocimientos especializados basados en los derechos no solo evita las violaciones de los derechos humanos en la prestación de asistencia a los pacientes, sino que también promueve y protege los derechos de los trabajadores sanitarios, por cuanto reduce las asimetrías de poder entre ellos, previene la corrupción en el sector y contribuye a unas condiciones de trabajo decentes y a un clima de confianza y respeto mutuos dentro y fuera de los sistemas sanitarios.

El Relator Especial insta a los Estados a que:

87. **Elaboren planes nacionales para los trabajadores sanitarios aplicando un enfoque participativo que abarque la representación de todos los cuadros de trabajadores sanitarios y otras partes interesadas, incluidos representantes de la sociedad civil y de los usuarios de los servicios de salud.**

88. **Adopten medidas para reducir las asimetrías de poder dentro de la actual jerarquía médica mediante la adopción de un enfoque basado en los derechos en la educación sanitaria.**

89. **Se aseguren de que los planes de estudios de las facultades de medicina y salud pública y todas las escuelas de capacitación de los profesionales sanitarios estén firmemente enraizados en un marco de derechos humanos, en consonancia con las estrategias nacionales para el sector de la salud y los planes nacionales sobre el personal sanitario, a fin de preparar a los futuros trabajadores sanitarios en todas las competencias (y no solo en las competencias clínicas).**

90. **Se aseguren de que los planes de estudios de todos los centros de educación sanitaria tengan en cuenta las prioridades de salud a nivel mundial y las necesidades a nivel nacional, prestando especial atención a los grupos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, incluidas, entre otras, las personas con discapacidad y las que necesitan cuidados paliativos.**

⁴⁷ K. C. Dreison y otros, "Job burnout in mental health providers: a meta-analysis of 35 years of intervention research", *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 23, núm. 1 (2018), págs. 18 a 30.

91. **Garanticen la coherencia entre los organismos públicos, otorgando prioridad a las necesidades de la población en materia de salud y al derecho a la salud**

92. **Se aseguren de que en los planes de estudios de educación sanitaria y médica exista un equilibrio entre las diferentes competencias, incluidas la salud pública, la salud preventiva, la medicina comunitaria y social, la promoción y atención de la salud mental, los cuidados paliativos, la ética médica, el derecho médico, los conocimientos de gestión, las técnicas de comunicación y los derechos humanos.**

93. **Velen por que las facultades de medicina y de enfermería seleccionen a sus candidatos sin discriminación y con arreglo a las necesidades nacionales.**

94. **Velen por que la capacitación de los enfermeros y los trabajadores sanitarios comunitarios sea reconocida profesionalmente e impartida por enfermeros y trabajadores comunitarios del sector de la salud.**

95. **Reconozcan la importancia crucial de los enfermeros y los profesionales sanitarios de nivel medio y asignen recursos presupuestarios para que tengan unas condiciones de trabajo decentes.**

96. **Velen por que todos los profesionales sanitarios perciban una remuneración adecuada y apropiada.**

97. **Realicen las inversiones necesarias en los sistemas de salud a fin de que los profesionales sanitarios puedan ofrecer una atención sanitaria disponible, accesible y aceptable para todos y de buena calidad.**

98. **Permitan que expertos independientes supervisen los planes de estudios de medicina para determinar si dichos planes de estudios promueven la salud pública y los enfoques de la salud basados en los derechos humanos.**

El Relator Especial insta a las organizaciones nacionales de profesionales de la salud a que:

99. **Acepten la responsabilidad de velar por que los planes de estudios de las facultades de medicina y salud pública y todas las escuelas de capacitación de los profesionales sanitarios estén firmemente enraizados en los marcos de los derechos humanos y el derecho a la salud.**

100. **Ofrezcan incentivos para que la atención primaria de la salud sea una opción profesional atractiva.**

101. **Ofrezcan incentivos a los profesionales que estén dispuestos a trabajar en entornos rurales o remotos, por ejemplo proporcionándoles una vivienda.**

102. **Rindan cuentas sobre la profesión médica y utilicen mecanismos de autogobierno para garantizar que sus miembros posean los conocimientos y las competencias necesarios para prestar servicios sanitarios y de salud pública inspirados en enfoques basados en los derechos humanos.**

El Relator Especial insta al personal directivo de las universidades y otras instituciones de educación sanitaria a que:

103. **Velen por que sus planes de estudios se basen en las estrategias nacionales para los trabajadores sanitarios.**

104. **Actualicen sus planes de estudios para responder a las necesidades de la sociedad e incorporar los nuevos conocimientos y las prioridades emergentes en materia de salud pública, incluido el cambio climático.**

105. Velen por que todos los planes de estudios estén firmemente enraizados en los marcos de los derechos humanos y el derecho a la salud, que refuerzan la idea de que los trabajadores sanitarios deben interactuar con los grupos en situación de vulnerabilidad, incluidas las personas con discapacidad.

106. Seleccionen, para participar en la capacitación, a candidatos procedentes de las zonas menos prósperas y zonas rurales que representen a todos los sectores de la sociedad.

107. Subsanan la falta de conocimientos con respecto a la salud mental basada en los derechos y de base empírica en la formación médica y eliminen los sesgos cognitivos en relación con la excesiva dependencia de la enseñanza de la medicina con respecto al paradigma biomédico.

108. Reajusten las prioridades de la investigación en la esfera de la salud mental a fin de promover una investigación en ciencias sociales que sea independiente, cualitativa y participativa, y exploren modelos de servicio alternativos que no sean coercitivos y eviten la excesiva medicalización y el internamiento.
