

# La salud y los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la educación en salud pública

Pascale A Allotey,<sup>a</sup> Simone Diniz,<sup>b</sup> Jocelyn DeJong,<sup>c</sup>  
Thérèse Delvaux,<sup>d</sup> Sofia Gruskin,<sup>e</sup> Sharon Fonn<sup>f</sup>

- a Catedrática de Salud Pública y Directora Adjunta, Salud Global de Monash, Salud Pública Global, Facultad de Medicina y Ciencias Médicas de Jeffrey Cheah, Universidad Sunway de Monash, Campus Kuala Lumpur, Malasia E-mail: pascale.allotey@monash.edu
- b Profesora Asociada, Departamento de Salud Maternoinfantil, Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- c Profesora Asociada, Departamento de Epidemiología y Salud Poblacional, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Norteamericana de Beirut, Beirut, Líbano
- d Investigadora y Catedrática, VIH/ITS Epidemiología y Unidad de Control, Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica.
- e Catedrática y Directora, Programa de Salud Global y Derechos Humanos, Instituto de Salud Global, Universidad de California del Sur, Los Ángeles CA, EEUU
- f Catedrática y Directora de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica

**Resumen:** *En este artículo se destacan los retos implicados en incorporar en la educación en salud pública la enseñanza sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que incluye no solo aspectos biomédicos sino también un entendimiento de su historia, valores y política, arraigados en la política de género y justicia social, abordando la sexualidad y planteado en el contexto más general de los sistemas de salud y la salud global. Empleando el enfoque de estudio de casos con una muestra de facultades de salud pública seleccionadas de manera oportuna en nuestro contexto regional, examinamos el estado de la enseñanza sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como algunos de los impulsores y obstáculos a la elaboración y entrega de currículos sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Pese a los diversos contextos nacionales e institucionales, existen muchas similitudes. La enseñanza sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos no está totalmente integrada en el currículo básico.*

*Las iniciativas actuales dependen del interés personal del cuerpo docente o decursos a corto plazo, ninguno de ellos realmente sostenible o duplicable. Hacemos un llamado a una integración multidisciplinaria y más integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la educación sobre salud pública. La formación de los líderes del mañana en salud pública es de importancia fundamental. Se necesita una estrategia para asegurar que entiendan y estén preparados para tratar una variedad de asuntos de salud y derechos sexuales y reproductivos, en sus contextos históricos y políticos. © 2013 edición en español, 2011 edición en inglés, Reproductive Health Matters.*

**Palabras clave:** salud y derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, educación pública en salud, justicia social, salud global

Los profesionales de la salud interesados en la investigación y práctica de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, pueden recibir capacitación formal postuni-

versitaria en varias instituciones de educación superior - mayormente en facultades o escuelas de salud pública. Estas, a su vez, suelen encontrarse dentro de facultades de medicina

que tienden a brindar una educación centrada en técnicas y habilidades.<sup>1</sup> La salud sexual y reproductiva, más que otras áreas temáticas que se enseñan en esas facultades, suele generar fuertes opiniones basadas en valores sociales, ideología, religión y moralidad.<sup>2,3</sup> La medida en la que la gente puede disfrutar de su salud sexual y reproductiva está invariablemente ligada a temas relacionados con desventajas, inequidades y derechos humanos.<sup>4</sup>

Dada su naturaleza altamente política, la educación en salud sexual y reproductiva puede encajar incómodamente en las facultades de salud pública que se concentran en gran medida en la adquisición de habilidades técnicas. En este artículo, exploramos la intersección entre la salud pública “apolítica” y la educación sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos. Examinaremos el estatus de la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos y algunos de los elementos que los impulsan, así como los obstáculos existentes para el desarrollo y aplicación de currículos o planes de estudio que integren una comprensión de la historia, valores y políticas de esta área, y el reconocimiento del rol que desempeñan la promoción y el activismo para lograr la justicia social y el cambio. Para este fin analizaremos estudios de caso de facultades de salud pública, elegidos con criterios prácticos y oportunos.

## Antecedentes

La historia de la salud pública emana de múltiples perspectivas ideológicas y disciplinarias, que la enriquecen y matizan profundamente, pero que también dificultan su definición en términos disciplinarios.<sup>5</sup> Las historias desde una perspectiva religiosa detallan el desarrollo de la salud pública en una etapa de colonialismo y se concentran en eventos que promueven la salud a través de la purificación del cuerpo y el alma, a fin de protegerse de la profanación espiritual. Las tradiciones hipocráticas sirven de base para el desarrollo de determinantes ambientales de enfermedad, mediante teorías sobre los efectos nocivos del “mal aire”, el clima, las alineaciones planetarias, etc. La medicina social en la historia de la salud pública explora el impacto que ocasionan las desigualdades y

las clases sociales en la salud. Los historiadores políticos establecen el rol desempeñado por las biopolíticas en la propagación de enfermedades a través de la opresión económica, militar y política. Las historias administrativas de la salud pública se concentran en el desarrollo de reglamentaciones, reformas y tecnologías.<sup>5</sup> Esta lista no es de ninguna manera exhaustiva y no toma en cuenta las historias interculturales de salud pública desarrolladas desde filosofías no-occidentales y tradiciones disciplinarias.

Aunque existen distintos niveles de énfasis en las diversas perspectivas históricas, hoy en día parece haber tres temas prominentes en la capacitación para la salud pública:

- La salud pública como higiene
- La salud pública como administración
- La salud pública como paladín político de la justicia social.

La salud pública como higiene brinda una base para el desarrollo de la salud pública “científica” en tanto disciplina, y capacita a líderes para que avancen en los campos de inmunología, parasitología, epidemiología, y control de enfermedades con escasas expectativas de que esta educación logre satisfacer las necesidades de los servicios públicos de salud del Estado.<sup>6,7</sup> Este modelo de educación en salud pública fue ampliamente difundido en los Estados Unidos, y normalmente se encuentra en las facultades de medicina o está aliado con ellas.<sup>6,8</sup> El desarrollo de escuelas públicas de salud en el Reino Unido y partes de Europa Occidental, por otra parte, dio énfasis a las prácticas de salud pública y a su administración, fuertemente informada por los avances en las reglamentaciones de saneamiento, seguridad alimentaria, cuarentena, vacunación y control de enfermedades a nivel comunitario.<sup>5,6</sup>

La salud pública como campo de promoción y abogacía política tiene sus raíces en la justicia social y emana de las tradiciones europeas de defensores tales como Virchow,<sup>9</sup> pero no es una tradición que históricamente haya moldeado la educación pública en salud. Virchow reunió los campos de patología y antropología, reconociendo la futilidad del cuidado médico si no se hacía nada por mejorar la condición humana y realizó activamente acciones políticas con el fin de reformar las condiciones

sociales de la clase trabajadora. Promovió la medicina como una ciencia social, desafiando a los doctores a que asumieran su rol natural de defensores de los pobres, incluso en situaciones que involucraran desacuerdo político.<sup>9</sup>

La salud pública como disciplina siguió evolucionando a lo largo del siglo pasado, acercando cada vez más estas tres tendencias. La medicina, sin embargo, ha seguido siendo el paradigma predominante. Esto significa, esencialmente, que las enfermedades contagiosas y no contagiosas siguen sentando la base sobre la cual se enseña la prevención y el control en las materias principales tales como la epidemiología. La influencia de estas amplias áreas temáticas (higiene, administración y justicia social) en lo que constituye salud pública y por lo tanto también en la educación en salud pública, varía significativamente en los distintos países.<sup>10</sup> Si bien cada una desempeña un rol, normalmente el paradigma dominante es evidente. En muchos países de Asia, África y el Medio Oriente, por ejemplo, la salud pública generalmente es considerada como una especialización de la medicina que se concentra en la vigilancia y control de las enfermedades. Estos países a menudo capacitan una mano de obra de mando medio o de nivel elemental para que trabajen en salud ambiental, y sus responsabilidades incluyen llevar a cabo inspecciones alimentarias, saneamiento y educación en salud. Este era el caso de países como el Reino Unido hasta la década pasada. En 2003 se reconoció a los profesionales de la salud no-calificados médicamente y que habían recibido capacitación en salud pública, al establecerse un registro voluntario para asegurar que los médicos estén sujetos a una reglamentación apropiada.<sup>11</sup>

La administración de la salud pública también sigue siendo un importante producto derivado de la historia de la salud pública, aunque en la actualidad esté concentrada mayormente en áreas como financiamiento, políticas de salud y sistemas de salud.<sup>12</sup>

Las actividades de instituciones globales relacionadas con la salud pública, tales como el Banco Mundial, por ejemplo, están fuertemente influenciadas por la historia administrativa de la salud pública. Similarmente, perduran manifestaciones de activismo político como el de Virchow, a cargo de médicos dedicados a

la salud pública y especialistas que a menudo desempeñan el rol de defensores a favor de varias necesidades de salud a nivel poblacional. Últimamente, los defensores de la salud pública han intentado generar lazos más fuertes con aquellas disciplinas que parecen tener orientaciones más eficientes (económicas), con aquellas impulsadas por la competencia (habilidades), y con los enfoques preocupados por la justicia social, la equidad y los derechos humanos.<sup>13</sup>

Es fundamental que por lo menos se reconozcan y exploren estas tensiones como parte de la capacitación formal en salud pública. Una comisión reciente investigó el estatus de la formación de profesionales de la salud y evidenció que en general en el currículo faltan oportunidades que permitan a los estudiantes comprometerse con problemas complejos y de la vida real, lo que los deja mal equipados para manejar desafíos contemporáneos.<sup>1</sup> Este es el amplio contexto dentro del cual exploramos la estructura y contenido de la educación en salud sexual y reproductiva en las facultades de salud pública. Nuestro interés fue impulsado por la necesidad de comprender los antecedentes históricos y paradigmáticos de los actuales programas de enseñanza en salud pública; a fin de explorar cómo y por qué se hacen ciertas elecciones con respecto al currículo que se ofrece como parte de la educación en salud y derechos sexuales y reproductivos y en qué medida estas elecciones tienen en cuenta las necesidades, exigencias, políticas y prioridades involucradas en estas y cómo responden a ellas.

## Métodos

Se utilizó un diseño de estudio de casos para explorar los programas de salud y derechos sexuales y reproductivos, el cual se concentró, específicamente en instituciones terciarias que ofrecen capacitación en salud pública, en nuestros contextos regionales. Este diseño es el más apropiado para lograr análisis exhaustivos que busquen examinar y explicar asuntos complejos que se dan en contextos de la vida real.<sup>14</sup> El diseño para este estudio se basa en el análisis de múltiples fuentes de datos, incluyendo material didáctico del currículo e información recolectada durante la observación

participante llevada a cabo por las autoras.<sup>14</sup> Las autoras son académicas de larga trayectoria en salud pública, todas cuentan con experiencia en salud y derechos sexuales y reproductivos, desde perspectivas disciplinarias que incluyen la salud clínica de la mujer, género y salud, salud y derechos humanos, epidemiología, y antropología médica. Todas hemos desarrollado o dictado módulos y cursos dentro del área.

La elección de las instituciones y regiones fue más bien de orden práctico, y escogimos los países y regiones en donde se especializan las autoras o donde han ejercido: Bélgica, Brasil, Egipto, Líbano, Malasia, Sudáfrica, Sudán, Reino Unido y Estados Unidos. Para mantener la consistencia con la metodología de estudios de caso, las instituciones y los análisis no intentan ser representativos de los países en los que se sitúan ni de las facultades de salud pública. El documento tampoco quiere ser un medio de promoción de las instituciones y sus programas; por este motivo evitamos nombrar instituciones específicas. El diseño de estudio de casos nos da la oportunidad de concentrarnos en los procesos explicativos y las instituciones brindan el marco donde exploraremos los asuntos relacionados con el contexto y los procesos en el desarrollo y dictado de la educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en el contexto de la educación pública en salud, ofreciendo una perspectiva crítica de las diferencias y similitudes entre ellos. Una exploración más profunda de estos temas requeriría una investigación más holística y representativa.

Para este estudio definiremos la educación en salud sexual y reproductiva como una educación que incluye no solo los aspectos biomédicos de la salud sexual y reproductiva sino también programas que brindan algo de contexto histórico y político sobre el movimiento por la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que tienen sus raíces en las políticas de género y justicia social y trabajan con temas tales como la sexualidad y la violencia sexual, y que enmarcan la salud sexual y reproductiva dentro de un contexto más amplio en el sistema de salud, la salud global y la reforma del sector salud. Reconocemos que existen numerosos líderes en este campo que no han recibido capacitación en educación

pública como tal, sin embargo, nuestro punto de partida es que los currículos de estudios para la educación en salud pública están produciendo nuevas generaciones de médicos y que se está perdiendo la oportunidad de ponerlos en contacto con currículos adecuados sobre salud y derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, aun si sus pasiones inmediatas están cifradas en otros campos.

Utilizamos el método de muestreo teórico para analizar nuestros hallazgos.<sup>15</sup> Aquí se presenta un resumen de las similitudes que comparten las instituciones estudiadas, seguido de información específica pertinente a algunas de ellas y un análisis del contexto global, nacional e institucional de la educación sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos (SDSR). Utilizamos ejemplos detallados de varias instituciones cuando nos pareció relevante para ilustrar puntos clave.

### **Similitudes entre las instituciones estudiadas**

Todas las instituciones de salud pública estudiadas brindaban educación en SDSR como cursos o módulos optativos dentro de su capacitación de postgrado en salud pública. Todos estos programas de salud pública brindan un conjunto similar de competencias básicas, tal como lo estipulan los organismos nacionales o profesionales de salud pública. Las materias centrales incluyen: epidemiología (a veces descrita como medición de la salud); bioestadística; ciencias sociales y del comportamiento; gestión, administración y políticas de salud y diseño de investigaciones y métodos. La mayoría de los programas también abarcan la salud ambiental. Sin embargo, las instituciones estudiadas encaran la enseñanza de distintas maneras, algunas lo hacen integrando disciplinas, otras se valen del aprendizaje basado en problemas y otras utilizan un enfoque más disciplinario.

La institución estudiada en Bélgica es un instituto independiente dedicado a la capacitación, investigación y asistencia en medicina tropical y atención médica en países en vías de desarrollo. La capacitación incluía programas de doctorado y maestría, cursos de postgrado y cursos breves de especialización. Hasta fines

de los noventa, existía una Maestría en Salud Pública (MSP) en Sistemas de Salud, orientada y coordinada por un equipo mayormente compuesto de médicos, dirigido a profesionales de la salud que trabajan como gestores de distrito o elaboran políticas en países de renta baja o media. La salud y los derechos sexuales y reproductivos empezaron a ser encarados como un módulo de curso en 1998, junto a la creación de una Maestría en Ciencias y Control de Enfermedades, destinada a profesionales de la salud involucrados con el control de enfermedades o programas de salud reproductiva en países de renta baja y media. El tercer trimestre de este curso brinda dos opciones: enfermedades tropicales o salud reproductiva. La opción de salud reproductiva aborda cuestiones programáticas en el campo del VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar y aborto sin riesgos, salud de la madre y del recién nacido, y servicios integrales de salud sexual y reproductiva en países de renta baja y media, y también se ofrece como un curso certificado de 10 semanas de duración sobre planeamiento y administración de programas de salud reproductiva. Si bien se abordan los aspectos médicos, técnicos y políticos, incluyendo temas controvertidos o delicados tales como el aborto inseguro, temas como la sexualidad, la salud y derechos sexuales reciben menos atención - mayormente a causa del número limitado de científicos sociales que hay en la institución y en los equipos de coordinación de cursos. Adicionalmente, entre quienes enseñan salud pública hubo, y en cierta medida sigue habiendo, una falta de conocimiento o malas interpretaciones sobre temas relacionados con el género y la sexualidad. Esto ha mejorado un poco a través de los años gracias a una fructífera colaboración con expertos de ONG y otras instituciones académicas que enseñan género y ciencias sociales. En los últimos años se han incluido más científicos sociales en el plantel docente. Sin embargo, existe un cierto peligro para la sostenibilidad del programa de SDSR ya que depende enteramente de la experiencia e interés de una facultad individual mas no de la existencia de un programa educativo integral.

La institución estudiada en los Estados Unidos tiene como misión brindar el nivel más alto de educación en las ciencias biológicas,

cuantitativas y sociales a científicos de la salud pública, médicos y líderes de todo el mundo. Antes de 1996, se le dio poca o nula atención a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos. Se fundó un grupo de trabajo con docentes y estudiantes de diversos departamentos académicos para encarar la falta de una enseñanza que aborde aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Durante un periodo de siete años, se iniciaron cursos, seminarios y presentaciones en los distintos departamentos, utilizando el lenguaje más políticamente correcto de "mujer, género y salud", y luego toda la plana docente aprobó la creación de una formación intensiva e interdisciplinaria sobre mujer, género y salud que incluye cursos que cubren todos los aspectos relevantes a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Los estudiantes de casi cualquier departamento académico pueden completar la formación intensiva y el título es otorgado por el departamento al cual pertenecen, con una carta que atestigua que han completado los requerimientos de la formación. Por lo tanto, existe una falta de institucionalización del programa, en particular porque depende de la naturaleza voluntaria ya que la mayor parte del trabajo es llevado adelante por los estudiantes y docentes en partes iguales.

En el Medio Oriente y el norte de África, la mayoría de los programas de salud pública se encuentran dentro de las facultades de medicina.<sup>17</sup> Esto se da en el contexto educativo de nivel universitario y a nivel de postgrado como una especialización en los departamentos de medicina comunitaria conducentes a títulos de Maestría o Doctorado en Medicina Comunitaria y Salud Pública. Ahí predomina el enfoque biomédico concentrado en la enfermedad. Existe un número limitado de programas independientes de posgrado en salud pública en Egipto, Territorios Palestinos Ocupados y el Líbano.<sup>17</sup> Estas instituciones ofrecen maestrías en la carrera de Salud Pública así como maestrías disciplinarias en las que los estudiantes preparan tesis, pero ninguno hasta la fecha tiene programas de grado que se concentren en SDSR. Se ha incorporado la enseñanza de algunos aspectos de la salud reproductiva o de género y salud en varias carreras, aunque suele ser optativa y no obligatoria.

El currículo de estudios del Reino Unido ofrece un doctorado interdisciplinario e integrado en Salud Pública. Los estudiantes deben seguir cursos que les presenten una serie de prioridades de salud global, incluyendo la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Los temas prioritarios se analizan explorando la evidencia disponible, los elementos que generan políticas, y las perspectivas comunitarias del gobierno y de la sociedad civil. Este enfoque se diseñó con el fin de facilitar el aprendizaje integral a través de las disciplinas y de brindar a los estudiantes perspectivas de la “vida real” sobre la integración de la investigación con las políticas en la práctica de la salud pública. Sin embargo, la única oportunidad de lograr una cierta prioridad con alguna profundidad, tal como la SDSR, es que el estudiante la elija como área de trabajo para el componente de tesis de investigación del programa. Es importante notar que este programa es atípico en su enfoque. La mayoría de cursos de salud pública en el Reino Unido ofrecen un programa de estudios disciplinarios más tradicional, con una larga lista de materias entre las cuales los estudiantes deben elegir. Más aún, y como se resalta en los ejemplos anteriores, el modelo fue diseñado e implementado por un pequeño equipo y su sustentabilidad a futuro no es clara a causa de su fuerte exigencia de tiempo.

La institución sudafricana ofrece una gama de cursos relacionados con la salud pública a nivel de posgrado. Se enfatiza fuertemente el entendimiento integral de los sistemas de salud, y las medidas que se pueden tomar para abordar los problemas de salud pública a nivel regional, nacional y local. El género y la salud están presentes de algún modo en el programa, por lo que los estudiantes de maestría (MPH y MSc) deberán haber tenido conocimientos, aunque sea limitados, sobre estos temas cuando completen el programa. Sin embargo hay poca concentración en los derechos sexuales y reproductivos en sí mismos. Algunos cursos de breve duración han abordado específicamente la SDSR a través de los años, pero son más optativos que obligatorios y dependen en particular de que el personal se encuentre presente y disponible para dictar los cursos.

La institución brasileña es una escuela pública de salud creada a principios del SIGLO XX,

independiente de la facultad de medicina. Su misión es contribuir a la mejora de la salud de la población y la formulación de políticas públicas mediante la producción y difusión de conocimientos. La escuela brinda capacitación en salud pública y nutrición a través de la investigación, educación y prestación del servicio. La materia principal en todas las áreas de especialización es la introducción a la salud pública. Los estudiantes pueden luego especializarse en epidemiología, servicios de salud, salud ambiental, nutrición o salud y ciclos de vida (donde se introducen la SDSR).

La salud y los derechos sexuales y reproductivos se dictan como una materia optativa. La institución gradúa cerca de 100 estudiantes por año. Muchos estudiantes estaban ya ligados al trabajo en salud pública antes de comenzar la carrera, ya que el sistema de salud brasileño es generalmente el mayor empleador de la mano de obra de salud. Un nuevo programa universitario en salud pública será lanzado en el año 2011, y recibirá a estudiantes que hayan concluido sus estudios secundarios. Este es un nuevo enfoque de capacitación en salud pública en Brasil, y el programa incluirá género y salud como un área principal y brindará SDSR como materia optativa.

En suma, todos los programas de salud pública estudiados ofrecen una variedad de cursos de salud sexual y reproductiva. Algunas instituciones brindan la opción de tomar estos cursos dentro de otros departamentos académicos tales como ciencias sociales o estudios sobre desarrollo. En todas las instituciones estudiadas, casi sin excepción, donde existen cursos de salud sexual y reproductiva dentro de los programas de salud pública, éstos están sujetos al interés e iniciativa de miembros individuales de la facultad. La salud sexual y reproductiva, género y salud, salud de la mujer y materias relacionadas se ofrecen normalmente como optativas y no como parte de las materias principales que se brindan a los estudiantes de posgrado en salud pública. Los cursos sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos a menudo están asociados con docentes que tienen un rol activo en el tema o colaboran con grupos relacionados con su defensa. Sin excepción, los temas de SDSR no son incorporados a la agenda básica de la capacitación en salud pública.

## El contexto de la educación sobre SDSR

Un análisis comparativo a través de los distintos programas sugiere que los motivos para una falta de institucionalización de los temas de salud sexual y reproductiva dentro de la educación pública son complejos y sistémicos y se ubican en estas tres categorías amplias e interconectadas: el contexto de salud global de la salud pública y de la educación en SDSR; el contexto nacional preponderante donde se encuentran las instituciones; y las culturas específicas de estas instituciones. El contexto global influye en las prioridades nacionales, y tanto las fuerzas globales como las nacionales, tales como el acceso al financiamiento o las leyes nacionales u otras, influyen en cómo y qué se incluye (o no) como salud sexual y reproductiva en el plan de estudios. Sin embargo, para lograr claridad en esta presentación discutiremos estas categorías en serie y brindaremos ejemplos dentro de cada una.

### Influencia del contexto global

No se puede sobreestimar la influencia del contexto mundial de salud. Sin embargo, no existe una sola agenda de salud mundial; es más un campo de batalla donde coexisten tendencias contradictorias. Por un lado se promueve el renacimiento de Alma Ata,<sup>18</sup> la cobertura universal<sup>19</sup> y la inversión en los sistemas de salud<sup>20</sup>. Por otro lado, los programas verticales que abordan enfermedades particulares solo con soluciones tecnológicas tales como vacunas o tratamientos reciben financiación a niveles cada vez más altos. Estos programas grandes y financiados dominan el discurso y a menudo perjudican los esfuerzos para mejorar el funcionamiento del sistema de salud.<sup>21</sup> En este contexto, es de esperarse que se concentren en el VIH o en la salud materna en vez de hacerlo en la salud reproductiva, o en género y salud, o en sistemas de salud y salud reproductiva. También es probable que se concentren en soluciones técnicas, por lo que los determinantes sociales de estos problemas de salud, o un enfoque más basado en los derechos, difícilmente podrán ser también un eje central.

Por lo tanto, el contexto global influye sobre el tipo de cursos y la concentración de la capacitación que se ofrece. También influye

en las elecciones de los estudiantes. Los estudiantes, particularmente a nivel de postgrado, efectúan elecciones con el fin de optimizar sus oportunidades de carrera, y el financiamiento cada vez más limitado de la SDSR se toma como una señal de la falta de relevancia de este campo. En Bélgica, los estudiantes expresaron su preocupación de que el tiempo que pasaban en la clase sobre salud y derechos sexuales y reproductivos pudiera no serles útil para la trayectoria de su carrera en el futuro, dada la decreciente financiación de esta área por lo que suponían que tendrían menos oportunidades laborales. En Estados Unidos, los estudiantes se han alejado de lo que consideran un programa de estudios “políticamente correcto” que no les garantiza obtener buenos trabajos. Similarmente, en la región del Medio Oriente que aún debe institucionalizar o reconocer la “fuerza laboral de salud pública”, existen preocupaciones similares para aquellos interesados en el campo de la SDSR. Los sistemas de salud de la región siguen siendo muy biomédicos en su enfoque, y las instituciones de salud prefieren contratar doctores y enfermeras para que hagan el trabajo de salud pública.<sup>17</sup> Por lo tanto, mientras existan dudas sobre las trayectorias de carrera para todo aquel que haya sido capacitado en salud pública, con un financiamiento reducido para la salud sexual y reproductiva, los estudiantes se preocuparán más por sus perspectivas laborales en esta área.

La significativa cantidad de docentes en estas instituciones desempeña un rol importantísimo en la etapa de salud global. Por lo tanto, se puede esperar que las tendencias en salud global que parecen quitarle relevancia a la SDSR afecten el currículo y la formación intensiva en los programas de salud pública, y por ende afectará la capacitación de los futuros líderes en salud pública, quienes probablemente también minimizarán la SDSR. Este efecto ha sido descrito como la “puerta giratoria”, para graficar el fenómeno por el cual un grupo selecto de actores clave influyen no solo las políticas sino también la generación y disseminación del conocimiento a través de sus roles en el gobierno, instituciones de salud globales y el mundo académico.<sup>22</sup>

## Contexto nacional: fuerzas políticas e ideológicas

En un contexto nacional son las fuerzas políticas e ideológicas las que determinan la producción del conocimiento y su difusión. A pesar de que generalmente se enseña salud pública enfocando los temas de higiene y administración, la salud pública es política por definición. No se pueden realizar cambios en la salud de la población fuera del contexto de las políticas de Estado, la política y el poder. Sin embargo, en muchos países se restringe el nivel de contenido político que los docentes pueden presentar a los alumnos. Esto, a su vez, moldea las formas en que se puede enseñar la salud sexual y reproductiva. Al examinar las instituciones de enseñanza en el sudeste asiático, por ejemplo, se identificó a Malasia como uno de los países donde se suele limitar la libertad académica. La Ley de 1971 que norma la educación superior y universitaria del país confiere facultades plenas al Estado en materia de matrícula de alumnos, nombramiento de personal, programas educativos y financiamiento. Una enmienda de 1975 le da el sustento legal al gobierno para prohibir la participación de catedráticos y alumnos en actividades políticas de cualquier tipo o su afiliación a algún partido político o sindicato. Se desalienta además a los estudiantes y docentes de expresar públicamente sus opiniones, de influir en discursos públicos y de participar en debates nacionales.<sup>23</sup> Es más, la Ley de Sedición, que data de 1948, se sigue usando para controlar el discurso que haga hincapié en las desigualdades entre grupos étnicos y poblaciones marginadas, para evitar el riesgo de que provoquen hostilidad contra el gobierno o creen discordia entre grupos.<sup>24</sup> Con estas restricciones es muy difícil que los estudiantes se involucren en áreas que el gobierno considera delicadas. Por lo tanto la educación y la práctica de salud pública son muy tradicionales y se concentran en la vigilancia de enfermedades y la regulación gubernamental.

Por otro lado, en Brasil, los valores y actitudes en materia del derecho y la justicia social son fundamentales en las facultades de salud pública y en los cursos que se dictan. A fines de la década del 70 se inició la enseñanza sobre la salud de la mujer para lo cual fue fundamental contar

con una agenda politizada. Gracias a este movimiento social por los derechos a la salud, en 1979 se creó la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO). Para ABRASCO, todas las actividades o estudios relativos a la salud, desde la epidemiología hasta las ciencias sociales, y que no se relacionan con la atención clínica individual, se consideran salud colectiva o *saúde coletiva*. Materias técnicas como epidemiología y gestión de programas de salud se enseñaron como instrumentos para criticar las desigualdades sociales y promover el cambio, y se asumía su naturaleza política.<sup>25</sup> El activismo tan amplio de ABRASCO ayudó a crear el Programa Asistencial Integral para la Salud de la Mujer (PAISM) en 1983, y el Sistema Único de Salud (SUS) en 1989, que a su vez creó el derecho universal a la atención de salud. ABRASCO cuenta con un Grupo de Trabajo sobre Género desde 1994, y la influencia del movimiento feminista no es sólo evidente en el sector de las ONG sino también en el mundo académico.

Antes de la CIPD en El Cairo, los temas de salud sexual y reproductiva en Brasil se incluían en cursos que trataban específicamente sobre la salud de la mujer. En los años 90 estos temas fueron integrados a la enseñanza más amplia de salud pública cuando empezaron a ofrecerse a la comunidad programas de salud y derechos sexuales y reproductivos, en el marco de una alianza entre universidades y ONG. Los programas para proveedores de salud en el caso de violencia por razón de género tuvieron un papel protagónico al introducir los problemas de desequilibrio de poder y violencia institucional, por razón de género, en el sector salud. A pesar de tanto activismo y politización la realidad es que se sigue viendo exageradamente la salud de la mujer como un problema médico y que el aborto, solo disponible en el sector privado, es ilegal y continúa siendo una causa importante de morbilidad y de mortalidad.<sup>26</sup>

En Brasil el apoyo del gobierno se refleja además en el hecho de que las instituciones terciarias tienen acceso al financiamiento para estudios en salud sexual y reproductiva y materias relativas a los derechos.<sup>27</sup> También hubo iniciativas conjuntas como la de la Secretaría Especial de Políticas para la Mujer y el Consejo Nacional de Investigaciones. Un estudio realizado sobre la enseñanza de temas sobre



género en instituciones académicas de salud <sup>28</sup> mostró que en 23 universidades se enseña salud y derechos sexuales y reproductivos en un marco más amplio de género y salud. En el contenido se encuentran temas de teoría de género, historia, programación de salud, mortalidad y morbilidad y varias materias como salud y derechos sexuales y reproductivos, los programas de acción de la CIPD y Beijing, anticoncepción, aborto, diversidad sexual, masculinidades, infecciones de transmisión sexual y VIH. Algunos de estos programas también incluyen salud materna; en algunos es una materia aparte, pues la salud materna tiende a ser menos explícitamente politizada aunque cada vez más se considere exageradamente como un problema médico.

Es indudable que el contexto político en Sudáfrica después del apartheid, con su énfasis en la igualdad ha influido al brindar el contexto para la capacitación en salud pública y en la educación sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las facultades de salud pública encabezaron este movimiento que puso de relieve el cambio social e incluyó una consulta nacional con la participación de miles de mujeres de todo Sudáfrica, y elabo-

ró 13 propuestas de política sobre la salud de la mujer, las mismas que fueron analizadas y aprobadas en la primera conferencia nacional sobre políticas para la salud de la mujer, realizada en Sudáfrica en 1994. Las grandes expectativas y ambiciosos planes de las participantes se tradujeron en algunas de las políticas y leyes más habilitadoras y de mayor alcance que se hayan logrado, incluyendo aquellas sobre salud sexual y reproductiva. Las reformas de entonces consagraron los derechos de la mujer: la Constitución sudafricana de 1996 estableció el derecho al acceso a servicios de salud, incluyendo el cuidado de la salud reproductiva. La Declaración de Derechos (capítulo dos de la Constitución, Ley 108) proclamó el derecho a la “integridad corporal y psicológica, que incluye el derecho a tomar decisiones respecto a la reproducción”. Otro cambio legislativo consistió en aprobar la Ley de Elección de Interrupción del Embarazo, en febrero de 1997, que mejoró el acceso a servicios abortivos para las mujeres y un descenso impresionante en la morbimortalidad relacionada con el aborto, y ha tenido enorme éxito en mejorar la salud y los derechos en general para las mujeres.<sup>29</sup>



MARCUS ROSE / PANOS PICTURES

Manifestación contra el aumento de la matrícula universitaria en Inglaterra, Londres, 2010

En muchas de estas iniciativas el plantel docente de las universidades de Sudáfrica en general y de las facultades de salud pública en particular, ha tenido un papel fundamental. Estas facultades han influido significativamente en la política nacional sobre salud de la mujer pero tal vez no ha ocurrido lo mismo en el desarrollo del currículo para la enseñanza sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos al interior de éstas. La proyección hacia el exterior, indispensable en ese momento, no tuvo en consideración la necesidad de desarrollar las habilidades técnicas y de promoción y defensa social necesarias en las siguientes generaciones de profesionales en salud pública.<sup>30</sup>

### **Contexto institucional: falta de integración**

En el ámbito institucional, las facultades de salud pública en general le prestan una atención inconsecuente a los temas propios de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La falta de integración de estos temas en la salud pública ocasiona que el contenido de los cursos dependa en gran medida de los intereses personales de los miembros del plantel docente. Si bien esto no es necesariamente un problema, puede conducir a que existan los llamados cursos “boutique” cuyo encanto no es permanente, carecen de sostenibilidad y tienen escaso efecto en lo que se enseña en otros cursos. Un ejemplo de ello es un programa sobre salud de la mujer en una institución de Australia que ofrecía un curso sobre experiencias en maternidad sustituta pero no iba mucho más allá. Sin ánimo de desmerecer la pertinencia del tema en sí, debe señalarse que tenía una limitada aplicación para los alumnos que, sin dicho curso, no tendrían ninguna experiencia en la problemática. Más importante aún es el hecho de que se puede llegar a depender de determinadas personas para que dicten los cursos sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, sin que haya una coherencia mayor con el programa amplio de salud pública. Si esto sucede se habrá perdido una gran oportunidad para influir a largo plazo y para integrar la agenda política fundamental que la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos pueden aportar a la salud pública.

En muchas regiones subsiste el conflicto transdisciplinario entre la perspectiva biomédica en materia de salud pública y las perspectivas más orientadas a las ciencias sociales, y actúan sobre todo en el contexto de lo que se enseña y valoriza en las facultades de salud pública. Hasta la fecha, con excepción tal vez de la economía de la salud, son relativamente pocos los científicos sociales incorporados en las facultades de salud pública, como lo demuestra la experiencia colectiva de las autoras en África, Asia, Europa, América Latina y el Medio Oriente. En 2004, Wills y Woodward describieron la tensión existente en el seno de la formación en salud pública en el Reino Unido como una “rivalidad implícita entre las disciplinas biomédicas y las ciencias sociales, expresada en un conflicto entre el deseo de describir datos recopilados en forma minuciosa y el deseo de lograr cambios que lleven a la justicia social para lo cual se priorizan los métodos de involucramiento y trabajo en alianzas” (p.11).<sup>31</sup>

Las instituciones también funcionan en una realidad que depende de una fuente de financiamiento permanente y donde deben tomar decisiones y negociar ciertos contenidos o estructuras particulares frente a los requerimientos de un mercado comercial. Cuando es evidente que un tipo de programa en particular tiene más posibilidades de atraer alumnos y financiamiento se deben elegir opciones particulares, en respuesta a imperativos económicos. Las instituciones internacionales de educación superior privada en Malasia, por ejemplo, se centran en los cursos que prometen sueldos lucrativos a los graduados. Por consiguiente, los programas como el de salud pública tienen poco atractivo para los padres de familia no les resulta una inversión que valgan la pena y por ende no resultan rentables para las instituciones educativas. Otro ejemplo se aprecia en uno de los pocos programas interdisciplinarios de educación en salud pública que hay en el Medio Oriente, que siguió un riguroso proceso para ser homologado por el Consejo para la Educación en Salud Pública, con sede en los EEUU. La homologación fue muy beneficiosa para el programa en su conjunto, pues era un reconocimiento de que cumplía con los estándares internacionales. Sin embargo, ésta tuvo como consecuencia el énfasis mucho mayor

en la capacitación basada en competencias, lo que fue en desmedro del enfoque interdisciplinario que es vital para la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las competencias se tomaron como parámetro frente a las competencias de las facultades de salud pública de Estados Unidos, y aunque hay cierto margen de flexibilidad al interpretar dichos parámetros, actualmente no incluyen competencias relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los programas de Maestría en Salud Pública.<sup>32</sup>

### Cursos breves: la tabla de salvación

Considerando las limitaciones antes mencionadas en todas nuestras regiones, una de las mejores opciones para continuar con la capacitación sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos es hacerlo fuera del sector educativo tradicional. Los cursos de breve duración – algunos brindados por instituciones públicas y otros por organizaciones privadas y ONG – constituyen oportunidades invaluableles en muchos contextos. En países como Malasia, donde el Estado controla el currículo de las universidades públicas, la enseñanza de los temas de derechos sexuales y reproductivos está generalmente a cargo de la sociedad civil, ONG internacionales y de aquellos comprometidos con una agenda de salud mundial más amplia. Irónicamente, dichos programas pueden contar con el apoyo de varios ministerios si se dictan como cursos breves, pero no lo tendrían si se hicieran a través de instituciones públicas de educación superior.

Un curso de cuatro semanas sobre un enfoque de sistemas sobre salud y derechos reproductivos que se llevó a cabo en Sudáfrica, por ejemplo, llevó a la publicación de un currículo de capacitación de la OMS, en cuyo desarrollo participaron varias de las autoras de este estudio.<sup>33,34</sup> El curso tiene por objeto habilitar a las personas que ocupan cargos de responsabilidad y autoridad para que promuevan y aboguen por cambios en las políticas y procedimientos de prestación de servicios, y contribuyan a mejorar las políticas nacionales en salud reproductiva. Este currículo se ensayó en África, Asia, Australia y América Latina antes de publicarse,<sup>35,36</sup> y una reciente evaluación ha indicado que ha tenido un efecto internacional importante. “La iniciativa

de capacitación se ha extendido mucho más allá de los cinco centros de capacitación regionales previstos inicialmente y, lo extraordinario es que se sigue expandiendo”. En 2007 se realizaron sesiones en ocho países que duraron entre una y tres semanas. Recientemente, prestigiosos centros regionales de capacitación en Burkina Faso y Sudán ofrecen anualmente el curso, lo mismo hace el Ministerio de Salud en Malasia. Con el apoyo de las oficinas regionales de la OMS se han realizado sesiones de capacitación en Afganistán, China, Kazajistán<sup>3</sup>, Paraguay y Tayikistán, en tanto que el centro regional de capacitación situado en Yunnan, China, ha comenzado a ofrecer capacitación regional de instructores en Laos y Vietnam. Se estima que unos 1,300 participantes han sido formados en estos cursos auspiciados por la OMS desde 1997. Muchos miles más han asistido a cursos y talleres derivados directamente de este currículo, contando con varios cientos de médicos y personal de salud solamente en India.<sup>36</sup> Este curso constituye un ejemplo importante de un currículo global exitoso y sin embargo también es una oportunidad desperdiciada porque no se ha incluido en las facultades de salud pública.

En el Medio Oriente y el norte de África los cursos breves son la opción más accesible y asequible para quienes se interesen en estudiar los temas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Desde 1987 se dicta en Egipto un curso breve de tres semanas para participantes de países árabes. El curso se enfoca en los determinantes sociales de la salud reproductiva en la región, así como en las perspectivas de género y derechos, se critica la información existente y se da una introducción general de los principales métodos de investigación que se emplean en salud sexual y reproductiva. Las clases se dictan en inglés y están a cargo mayormente de egipcios y de algunos investigadores y activistas de la región, también se incluyen estudios de casos de programas efectivos e iniciativas de investigaciones que se desarrollan en la región. Es interesante señalar que este curso breve sobre salud reproductiva ya no cuenta con suficiente financiamiento para seguirse dictando, pero la universidad ha recibido recursos financieros de la Hewlett Foundation para brindar un curso sobre los determinantes sociales de la salud que también abordará la salud reproductiva

(Zeinab Khadr, American University de El Cairo, comunicación personal, Junio 2010). Esto demuestra de qué manera las tendencias del financiamiento pueden afectar los esfuerzos por fortalecer capacidades en el campo.

En Brasil, los cursos breves ofrecidos por una asociación entre académicos y ONG han tenido un papel importante en la integración de la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos y en producir alumnos equipados para ocuparse de esta problemática. A mediados de los 90 se introdujo el programa de investigación sobre sexualidad, género y salud en el Instituto de Medicina Social (IMS/ UERJ), y posteriormente se creó el programa interinstitucional de capacitación en metodología de investigación sobre género, sexualidad y salud reproductiva en las facultades de Salud Comunitaria y se instituyó en varios estados. En los últimos diez años estas ideas se han integrado aún más, con lo cual los cursos de epidemiología y materias afines han incluido el análisis de género y cursos afines.<sup>37</sup>

En general, los cursos breves ofrecen una gran oportunidad para que los que se dedican a la salud y derechos sexuales y reproductivos obtengan experiencia y conocimientos, formen redes, analicen las perspectivas regionales y aprendan acerca de iniciativas regionales que les atañen así como de otras iniciativas. Como los cursos breves están dirigidos sobre todo a médicos, tienen el potencial de que los conocimientos y habilidades adquiridos se puedan aplicar de inmediato. Por consiguiente, es más fácil evaluar su efectividad que la efectividad de la educación impartida sobre SDSR que se dicta en instituciones de educación superior. Sin embargo, los cursos breves también son mucho menos accesibles y hay menos posibilidades de que los sigan las generaciones de estudiantes más jóvenes que se forman en las facultades de salud pública. Los ofrecidos fuera de instituciones formales tienen otra desventaja: que es difícil evaluar la calidad y exactitud del contenido del curso, incluso cuando se basa en currículos ya probados. Por consiguiente, no cabe comparar los dos modos de formación.

El modelo de cursos breves tiene otra limitación y es que no se obtienen diplomas formales o premios reconocidos y son vulnerables a los caprichos de quienes los financian. Al disminuir el financiamiento para la formación

general en los temas de la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, se reduce la posibilidad de tener cursos breves sobre SDSR y su sostenibilidad a largo plazo para ofrecer la capacitación necesaria.

## Discusión y conclusiones

Es evidente que la aparente falta de impulso de un movimiento por abordar la SDSR causa mucha preocupación.<sup>16</sup> Lógicamente, analizar si esto es realmente así o cuáles son sus posibles causas trasciende el alcance de este estudio. Se ha demostrado la necesidad de prestar atención a la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde la CIPD y el conjunto de pruebas que explican su importancia y necesidad no solo no ha disminuido sino que continúa aumentando. Es crucial que quienes lideren mañana la salud pública reciban la educación necesaria y se precisa contar con una estrategia que asegure que ellos comprendan la magnitud de los temas de la SDSR enmarcados en su contexto histórico y político. Esto significa que la educación continuará necesitando enfocarse no solo en los aspectos técnicos de la salud sexual y reproductiva, sino que además debe prestar atención explícita a los temas políticos, económicos, culturales y sociales que interactúan en formas complejas para consolidar las desventajas que padecen grandes segmentos de la población.

Gracias a nuestra experiencia con los esfuerzos desplegados por promover la integración e institucionalización de la educación sobre la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos enraizados en el contexto de la salud pública, hemos identificado varias similitudes. Cuando se ha institucionalizado la salud sexual y reproductiva, con frecuencia se han adoptado los aspectos más técnicos de este campo. Hay mucha resistencia a incorporar en la medida necesaria las preocupaciones sobre justicia social y cambio social en el contenido del currículo. De todos los contextos analizados, Brasil es el país donde la enseñanza de los temas de salud y los derechos sexuales y reproductivos en facultades de salud pública, ha tenido una mayor institucionalización, pero incluso ahí presenta algunas limitaciones. Ya sea que se trate de cursos breves o largos, es indispensable que estos se institucionalicen para asegurar su sostenibilidad a largo plazo. El estudio realizado

en Brasil por especialistas feministas, dedicadas a la salud comunitaria, para incorporar la salud y los derechos sexuales y reproductivos en sus actividades docentes muestra que al formalizarse e institucionalizarse un grupo de investigación aumenta su credibilidad, atrae alumnos y facilita la obtención de fondos para investigación, sobre todo si colabora con otros grupos en el país o a nivel internacional; también ha demostrado que la investigación puede servir de motivación para incluir la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos en las actividades docentes y de capacitación en el empleo.<sup>38</sup>

Creemos que es momento de fomentar una integración más holística y multidisciplinaria de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la educación en salud pública. Van en aumento el debate y la toma de conciencia sobre la necesidad de contar con un “plantel de salud pública” que tenga las habilidades para responder mejor a los actuales desafíos globales y regionales que enfrenta la salud. No cabe duda de que la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben integrarse plenamente en la capacitación correspondiente. Es imprescindible atender los determinantes sociales de la salud y la perspectiva de los derechos en algunos de los debates mayores sobre competencias, y atender explícitamente la salud sexual y reproductiva podría ayudar a darle forma a estas conversaciones. Es más, las nuevas iniciativas globales, como la recientemente formada Comisión Independiente para la Educación de los

Profesionales de la Salud para el Siglo XXI<sup>1,39</sup> prometen estimular las reformas necesarias. Sin embargo, hasta ahora, la presión para incluir la salud y los derechos sexuales y reproductivos en estas iniciativas mundiales mayores no ha alcanzado el nivel crítico y en todo el mundo los esfuerzos existentes por incluirlos en la capacitación sobre salud pública no son sostenibles.

Es fundamental que se fortalezcan los conocimientos y habilidades para actuar y abordar los problemas políticos que plantea la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La educación y la capacitación en el área de la salud sexual y reproductiva no solo debe enfocarse en las habilidades técnicas, sino que debe integrar una comprensión de la historia, valores y política de esta área de trabajo, además de reconocer el papel que desempeñan la promoción y defensa, y el activismo en el logro de cambios y de justicia social.

## Agradecimientos

*Una versión previa de este estudio se presentó en la reunión sobre Repolitizando la salud y los derechos en materia de asuntos sexuales y reproductivos, Langkawi, Malasia, 3-6 Agosto 2010.<sup>16</sup> Agradecemos a los participantes de dicha reunión por sus extensos comentarios y análisis, especialmente a Jo Wainer, cuya actuación como comentarista permitió revisar y afinar el documento.*

## Referencias

1. Bhutta ZA, Chen L, Cohen J, et al. Education of health professionals for the 21st century: a global independent commission. *Lancet* 2010;375(9721):1137-38.
2. Shaw D. Sexual and reproductive health: rights and responsibilities. *Lancet* 2006;368(9551):1941-43.
3. Briozzo L, Faúndes A. The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2008;100(3):291-94.
4. Erdman JN, Cook RJ. Women's rights to reproductive and sexual health in a global context. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2006;28(11):991-97.
5. Porter D. *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. 1st ed. London: Routledge; 1999.
6. Fee E, Bu L. Models of public health education: choices for the future? *Bulletin of World Health Organization* 2007;85(12):977-79.
7. Hotez PJ. Training the next generation of global health scientists: a school of appropriate technology for global health. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2008;2(8):e279.
8. Fairchild AL, Rosner D, Colgrove J, et al. The EXODUS of public health. What history can tell us about the future. *American Journal of Public Health* 2010;100(1):54-63.
9. Brown TM, Fee E. Rudolf Carl Virchow: medical scientist, social reformer, role model. *American Journal of Public Health* 2006;96(12):2104-05.
10. Braine T. Public health schools: six portraits. *Bulletin of World Health Organization* 2006;64(1):1-10.

- Health Organization 2007; 85(12):907-09.
11. Welcome to the UK Public Health Register. At: <www.publichealthregister.org.uk/2011>. Accessed 29 July 2011.
  12. Carrin G, Buse KHK, Quah S. Health Systems Policy, Finance and Organization. London: Academic Press; 2009.
  13. Quah S, Heggenhougen K, editors. International Encyclopedia of Public Health, Six-Volume Set. Revised. London: Academic Press; 2008.
  14. Yin RK. Case study research: design and methods. 4th ed. Los Angeles: Sage Publications; 2009.
  15. Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Los Angeles: Sage Publications; 1998.
  16. Repoliticizing sexual and reproductive health and rights: report of a global meeting, Langkawi, Malaysia, 3-6 August 2010. London: Reproductive Health Matters and Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, 2011. At: <www.rhmjournal.org.uk/publications/meeting-reports>.
  17. Zurayk H, Giacaman R, Mandil A. Graduate education in public health: towards a multidisciplinary model. In: Jabbour S, Khawaja M, Nuwayhid I, et al, editors. Public Health in the Arab World. Cambridge: Cambridge University Press; forthcoming.
  18. World Health Organization. World Health Report 2008 – Primary Health Care: (Now more than ever). Geneva: WHO; 2008. At: <www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Accessed 10 August 2011.
  19. World Health Organization. The World Health Report 2010 – Health Systems Financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010. At: <www.who.int/whr/2010/en/index.html>. Accessed 10 August 2011.
  20. World Health Organization. The World Health Report 2006 – Working Together for Health. Geneva: WHO; 2006. At: <www.who.int/whr/2006/en/index.html>. Accessed 10 August 2011.
  21. World Health Organisation Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. Lancet 2009;373(9681):2137-69.
  22. Lee K, Goodman H. Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s. In: Health Policy in a Globalising World. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p.97-119.
  23. Lee M. Restructuring Higher Education in Malaysia. School of Education Studies. 2010. At: <www.cshe.nagoya-u.ac.jp/seminar/kokusai/lee.pdf>.
  24. Laws of Malaysia. Act 15. Sedition Act 1948. Incorporating all amendments up to 1 January 2006. Commissioner of Law Revision, 2006. At: <www.agc.gov.my/Akta/Vol.%201/Act%2015.pdf>.
  25. Aquino Estela ML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Revista Saúde Pública 2006; Aug;40(spe):121-32.
  26. Victora CG, Aquino EM, LealMC, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011;377:1863-76.
  27. de Oliveira Costa A. O campo de estudos de gênero e suas duas revistas: uma pauta de pesquisa. Revista Estudos Feminista 2008;16(1):131-32.
  28. ABRASCO. O Ensino de Gênero nas Instituições de Saúde Coletiva. At: <www.abrasco.org.br/GTs/gtgenero/texts/gt-inst.htm>. Accessed 4 August 2011.
  29. Jewkes R, Rees H, Dickson K et al. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005;112(3):355-59.
  30. Klugman B, Stevens M, Arends K. Developing women's health policy in South Africa from the grassroots. Reproductive Health Matters 1995;3(6):122-31.
  31. Wills J, Woodhead D. "The glue that binds...": articulating values in multidisciplinary public health. Critical Public Health 2004;14(1):7-15.
  32. Association of Schools of Public Health. MPH Core Competency Model. Final Version 2.3. Released August 2006. At: <www.asph.org/document.cfm?page=851>. Accessed 2 August 2011.
  33. Cottingham J, Fonn S, Garcia Moreno C, et al. Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health, A Training Manual for Health Managers. Geneva: Department of Reproductive Health & Research, World Health Organization; 2001.
  34. Glasier A, Gulmezoglu AM. Putting sexual and reproductive health on the agenda. Lancet 2006;368(9547):1550-51.
  35. Afsar HA, Sohani S, Younus M, et al. Integration of sexual and reproductive health in the medical curriculum in Pakistan. Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan 2006;16(1):27-30.
  36. Datta B, Misra G. Advocacy for sexual and reproductive health: the challenge in India. Reproductive Health Matters 2000;8(16):24-34.
  37. Citelli MT. A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002) uma revisão crítica. Coleção documentos 2. Rio de Janeiro: Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, IMS/UERJ; 2005.
  38. Teixeira SA. Matrizes e matizes das estratégias de inserção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos engendrados por feministas acadêmicas Brasileiras. Tese de Doutorado. Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo. Universidade Federal da Bahia; 2010.
  39. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010;376(9756): 1923-58.