

¿Qué es un médico social?

Arati Karnik, Asiya Tschannerl y Matthew R. Anderson

Introducción

En los EUA la salud pública y la provisión de servicios clínicos han sido separados,¹ un divorcio que ha resistido numerosos intentos de reconciliación.² Muchos problemas actuales de salud están relacionados con estructuras sociales más amplias (educación, ingresos, condiciones de vida, discriminación o vulnerabilidad, por ejemplo) que no son normalmente tomados en cuenta en el modelo clínico tradicional.³ Cuando la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que “la desigualdad está matando gente a una gran escala”: ¿Cómo debería de haber reaccionado el gremio de los servicios de salud? Aunque el Consejo de Acreditación para la Posgrados en Medicina (AGCME, siglas en inglés) llama a enseñar a los médicos residentes a “obtener y hacer uso de información acerca de su población de pacientes y de la población más amplia de la que provienen” no abundan modelos en los cuales puedan hacer uso de la información socio-contextual de sus pacientes en su práctica.⁴

Históricamente, hay quienes se hayan pronunciado porque la medicina clínica sea útil para promover la salud pública. Durante las revoluciones de 1848, Rudolf Virchow proclamaba que los médicos eran el “abogado natural” de los pobres. En 1865, el cirujano belga Armand-Joseph Meynne

documentó las disparidades sociales en la salud y defendió su derecho como médico para promover “reformas y remedios económicos clave” como miembro de “el gran consejo científico.”⁵ A mediados del siglo XX Emily y Sidney Kark, en Sudáfrica, desarrollaron un modelo de medicina social (más tarde denominado Atención Primaria Orientada a la Comunidad, APOC) dentro del cual la comprensión de las dimensiones sociales de la enfermedad se veía como una extensión natural del trabajo comunitario de un médico.⁶ Dos grupos de médicos activistas recibieron el Premio Nobel de la Paz en el siglo XX: Médicos Internacionales por la Prevención de la Guerra Nuclear (IPPNW, 1985) y Médicos sin Fronteras (MSF, 1999).

No obstante, la mayoría de los médicos son más reservados en sus funciones públicas. El primer Oficial de Salud de Inglaterra, John Simon, un contemporáneo de Meyenne comentaba: “¿Qué tanto (si del todo)... tenderán a mejorar las condiciones de nuestras poblaciones trabajadoras más pobres y qué tanto (si del todo) pueden ser mejoradas por injerencias externas? Son preguntas que no pueden ser discutidas sin referencia a fragmentos de la economía política respecto de los cuales me declaro incompetente para opinar” [citado en nota 7, p.81].⁷ Escribiendo en *Academic Medicine*, Huddle argumentó convincentemente en favor del activismo desde la medicina, presentándolo como una responsabilidad cívica facultativa, más que como norma profesional.⁸ Ciertamente, el impulso general de la investigación y el entrenamiento en medicina continúa centrándose en las bases moleculares de la enfermedad y en el desarrollo de las intervenciones médicas, más que en un análisis crítico sobre los determinantes estructurales; esto ha sido descrito como la “desocialización” de la investigación científica, la cual es cómplice con la violencia estructural de la propia sociedad.⁹

Arati Karnik. Médico; Programa de Residencias para la Práctica Familiar, Filadelfia, Pensilvania, EUA.

Correo-e: Arati_Karnik@chs.net

Asiya Tschannerl. Médico, Maestro en Salud Pública. Departamento de Medicina Social y Familiar, Centro Médico Montefiore, Escuela de Medicina Albert Einstein, Nueva York, EUA.

Correo-e: atschann@montefiore.org.

Matthew R. Anderson. MD, MSc. Departamento de Medicina Social y Familiar, Centro Médico Montefiore, Escuela de Medicina Albert Einstein, Nueva York, EUA. Correo-e: bronxdoc@gmail.com

El Programa de Residencias en Medicina Social (RPSM) fue creado en 1970 con el propósito de formar médicos que se desarrollaran en áreas marginadas (*underserved areas*), incorporando un modelo del APOC en su práctica clínica. Frecuentemente, se nos pregunta: ¿Qué implica ser un médico social? Para dar respuesta a esta pregunta y para examinar en qué difieren los graduados del RPSM llevamos a cabo una encuesta entre los médicos residentes, alumnos y docentes.

Contexto

El RPSM está localizado en Bronx, Nueva York, el municipio urbano más pobre de los EUA, en el que la mayoría de la población es de “minorías”. El programa y su curriculum han sido descritos anteriormente^{9,10} en esta sección revisaremos la creación del Programa.

El RPSM surgió de la tradición de activismo del Centro Médico Montefiore, donde en 1950 fue creado el primer Departamento de Medicina Social (DSM) establecido dentro de un hospital en el país. George Silver, quien dirigió el DSM desde finales de la década de los 50, dejó el cargo en 1965 con el fin de trabajar para el Consejo para la Oportunidad Económica (OEO) del gobierno federal de Johnson, la agencia gubernamental clave en la lucha contra la pobreza. Desde este cargo estableció los primeros Centros Comunitarios de Salud (CHC) en EUA, utilizando el modelo APOC desarrollado por los Karks en Sudáfrica e introducido por H. Jack Geiger al país; Geiger había estudiado con los Karks. En 1968, Montefiore abrió un CHC en el sur del Bronx, el Centro de Salud “Martin Luther King, Jr.”, el cual fue establecido como programa piloto en donde un equipo multidisciplinario entrenado de doctores, enfermeras, trabajadores sociales y promotores de salud de la comunidad ofrecerían un programa de salud comprensivo a las familias de la vecindad.

Esto ocurría en el contexto de un momento tumultuoso en términos sociales y políticos en Nueva York, particularmente en el Bronx. El director del nuevo programa era un médico internista canadiense, Harold Wise, quien tenía experiencia enseñando a médicos residentes en hospitales urbanos.¹² Dadas las dificultades para encontrar médicos dispuestos a trabajar en equipos

interdisciplinarios en las condiciones del sur del Bronx, Wise y el coordinador de Residencias Pediátricas, David Kindig, fundaron el RPSM en 1970, tanto para formar cuadros profesionales para el propio centro, como para generar una cultura médica dedicada a proveer cuidados a los sectores marginados.¹³

Cuarenta y cinco años después de su creación, los residentes de medicina interna, pediatras y médicos familiares del RPSM todavía son formados en la visión de “la promoción de la salud y de la justicia social en el Bronx y más allá”. Hasta la fecha, es el único programa de residencias en medicina social en los EUA y ha sido un modelo de financiamiento federal a programas de residencia en cuidados primarios.¹⁰ Aunque ya no están basados en el Centro Martin Luther King, los residentes todavía están siendo entrenados en centros de salud comunitarios. La misión de la RPSM hoy es así:

Para poder mejorar la salud de las comunidades más carentes, nuestra misión es: 1) entrenamiento de excelencia de médicos en cuidados primarios basados en el modelo biofisiosociológico, que sean efectivos promotores de cambios sociales; 2) la provisión de cuidados primarios a la salud con orientación comunitaria; 3) la generación de nuevos conocimientos e innovaciones en salud y educación médica y 4) mantener y enriquecer recursos materiales, físicos, espirituales e intelectuales necesarios para estas tareas.

Mientras que las palabras han cambiado un poco a lo largo de cuarenta y cinco años, esta misión sigue siendo central al RPSM lo que queda reflejado en las decisiones profesionales de nuestros graduados.^{10,14}

Este estudio pretende captar las características de “un médico social” tal como las definen nuestros residentes, profesores & los egresados de nuestro programa de residencia.

Metodología

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta entre la población académica: residentes en estancia, docentes y egresados del RPSM.

Sujetos y muestreo

Toda la población académica con posibilidad de ser incorporada a la muestra fue convocada a través de dos listas de correo: 1) los 207 docentes y residentes trabajando en el Programa; 2) la red SOCMED para los egresados del RPSM, que consta de 433 miembros. Cincuenta personas estaban en ambas listas, por lo que la encuesta llegó a 590 personas.

Instrumentos

La encuesta estuvo disponible en www.surveymonkey.com por un periodo de tres meses e incluía ocho preguntas:, entre ellos:

- 1) Categoría: residente, docente, egresado.
- 2) Especialidad: medicina interna, familiar o pediatría;
- 3) ¿Qué distinguiría a un graduado del RPSM de otros programas en medicina para la atención primaria (considerando conocimientos, actitudes y habilidades en áreas específicas)?;
- 4) ¿Cómo influencia la medicina social el entrenamiento, enseñanza y práctica clínica?

Tres preguntas adicionales giraban en torno a la efectividad del programa respecto a los conceptos de la Medicina Social, pero no están incluidos en este papel.

Análisis

Se tabuló la información describiendo a los participantes (preguntas 1 y 2), las respuestas respecto a las características de un médico social fueron analizadas en dos formas: un análisis textual de palabras y frases a través de una plataforma para el análisis de texto en línea¹⁵, además, los autores usamos una modificación de la Técnica de Grupo Nominal para identificar temáticas.¹⁶ Todos los comentarios fueron revisados por los autores y agrupados en categorías temáticas; éstas fueron entonces agrupadas en temas más abarcadores. Al final, preparamos una descripción narrativa de los resultados.

Declaración ética

Este estudio fue exonerado del requisito por el Comité en Investigación Clínica de la Escuela de Medicina Albert Einstein

Resultados

Demografía

Ciento setenta y tres personas respondieron la encuesta, pero no todas a cada pregunta. En porcentaje, la responsividad fue de 173/590 (29%), el cuadro anexo hace una descripción del nivel de respuesta.

Análisis textual

El texto consistió de 81 enunciados y 2,026 palabras. La frase más utilizada de cuatro palabras fue “determinantes sociales de la salud”, apareciendo en seis ocasiones. Las palabras sueltas más utilizadas fueron salud (60 veces), social (47 veces), paciente(s) (36), comunidad(es) (30), cuidados (28), medicina (22), conocimiento (21), habilidades (18), clínica (14), promoción (11), habilidad (11), práctica (10), factores (10), marginalidad (9), determinantes (9), individual (9) y psico-social (9).

Análisis cualitativo

Hemos identificado tres grandes temas entre las respuestas ofrecidas por los participantes. Cada uno puede subdividirse, a su vez, en subtemas. Cada uno de estos tres temas generales es presentado a continuación. Los temas y subtemas son ilustrados por citas provenientes de la muestra analizada.

1. Los médicos sociales tienen un amplio conocimiento respecto a los determinantes sociales para la salud

Los participantes reportaron varias maneras en las que su práctica diaria ilustra la noción de que la salud física y mental está atada no sólo a factores biológicos, sino sociales. Los subtemas que surgieron de las respuestas incluyen: **impacto de clase y raza**, el papel del **entorno social y ambiental**, el concepto de **salud comunitaria** y

vulnerabilidad a la epidemiología y salud pública. A continuación se presentan ejemplos, las cursivas corresponden a textos tomados de las entrevistas.

Muchos dentro de la comunidad médica, en principio, verían la salud física y el bienestar, disociados del ambiente inmediato del individuo y su comunidad. Los médicos sociales hacen hincapié de que el bienestar no puede estimarse en el vacío, sino que está sujeto a los caprichos del contexto social. Es esencial que se entrene a los residentes a permanecer alertas a los impactos de las condiciones sociales sobre la salud de los pacientes que atienden.

Vemos un papel más amplio en cómo debiérase practicar la medicina, se requerirían aproximaciones más amplias y creativas para el cuidado del bienestar y el desarrollo de planes de tratamiento para enfermedades crónicas. Los egresados del RPSM tienden a sacar ventaja de la exploración de los factores sociales que determinan la salud y evitan costos estériles buscando explicaciones biofisiológicas, cuando las etiologías sociales son evidentes y, a pesar de ello, frecuentemente ignoradas por el sistema de salud. Una mayor sensibilidad respecto a no tener seguro médico, ser indocumentado, incapaz de hablar o comprender el inglés, tener deudas o ser analfabeta, son cuestiones generalmente subrayadas por nuestros egresados, lo que resulta en un cuidado más empático y una mejor relación con los pacientes.

La comprensión de los determinantes sociales de la salud y la importancia de trabajar en pos de justicia social dentro y fuera de la esfera de la atención a la salud fueron también temas prominentes. El conocimiento teórico sobre medicina social, política social y sistemas de salud durante el entrenamiento contribuye a fundamentar la práctica.

El compromiso con la justicia social, incluyendo pero no siendo exclusivo a la atención clínica. Interés y conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud.

La medicina social amplía nuestros horizontes hacia la salud/enfermedad, se encarga no sólo de dolencias físicas, sino que nuestra práctica clínica abarca la reducción del sufrimiento y la promoción del bienestar mental y social.

2. Los médicos sociales tienen la habilidad de traducir esta perspectiva a un plan de tratamiento para cada paciente específico.

Haciendo uso de las herramientas provistas por la teoría y manifiestos a través de los factores sociales determinantes, los médicos sociales son capaces de aplicar lo que saben en el tratamiento de cada paciente. Gran parte del “activismo por cada individuo” proviene de “vincular y empoderar a los pacientes” y de “prácticas interculturales”, como, por ejemplo, aprender español.

[Una] disposición a aprender, extenderse afuera del espacio de la clínica y del modelo biomédico para tener un mayor impacto en la salud, un compromiso por afrontar las desigualdades en la salud; la habilidad de traducir la perspectiva teórica en intervenciones psicosociales y médicas en los encuentros directos con los pacientes o en el proceso de representar una enfermedad específica.

... hacer de los determinantes sociales parte del plan de tratamiento con cada paciente (muchos doctores están conscientes de estos procesos, pero sólo de manera global y general, en lugar de poder estructurar cómo se aplicaría al tratamiento de pacientes específicos.

El uso de un **modelo biopsicosocial**, que incluye una perspectiva **orientada hacia la familia**, los médicos sociales son capaces de aproximarse a sus pacientes desde una perspectiva **holística** y de **bienestar**. Al enfocarse en el **entrenamiento ambulatorio** y en el **trabajo en equipo** profundizan en el objetivo de crear planes de tratamiento individualizado para los pacientes.

Voluntad y preferencia por trabajar dentro de equipos multidisciplinares.

Otorgar a los factores sociales tanta relevancia como a los factores médicos en determinar los métodos para alcanzar mejorías en la salud.

Mantener siempre una perspectiva amplia respecto al paciente, más allá de su dolencia principal más inmediata.

3. Los médicos sociales promueven la justicia social

Los médicos sociales se comprometen a trabajar con poblaciones **carenciadas** y tienen una visión del **cuidado a la salud** que incluye **salir del marco** estrictamente profesional del modelo **biomédico**. Las respuestas recabadas incluyeron las cualidades de **compromiso**, una **mente abierta**, **autonomía**, **idealismo/altruismo** y **liderazgo** como factores que coadyuvan a la promoción de la justicia social por parte de los médicos sociales.

Liderazgo y autonomía, motivación, personas con metas amplias, altruismo e idealismo en niveles más altos de los que típicamente se ven en personas que siguen una carrera en medicina. Disposición a salir de su zona de confort en función de las necesidades de sus pacientes y su comunidad.

Una orientación hacia la salud pública respecto al acceso y provisión de servicios médicos.

La mayoría de los médicos sociales consideran el contexto social y lo quieren influenciar de manera positiva. respeto hacia sus especificidades culturales.

Una mente abierta, comprensiva y acogedora, con sus familiares y miembros de su comunidad.

Adicionalmente, más allá de la práctica clínica, estamos involucrados con nuestras comunidades tanto para combatir la injusticia, como también para fortalecer sus redes sociales.

Va más allá de trabajar en comunidades carenciadas, formándose para ser parte de un grupo de líderes con el compromiso de mejorar la salud de la población a través de cambios sociales.

A través de la **educación** y el deseo de **implementar cambios**, los **médicos sociales** promueven una mayor equidad en el acceso y calidad del cuidado a la salud. Incorporados a esta práctica y actitud de base están los valores de **activismo** y la **promoción de ideales**.

El pensamiento crítico y el activismo debieran infundir nuestra práctica y aunque aceptamos la diferencia, no toleramos el uso del cuidado a la salud para la ganancia personal, la supresión del otro o aventuras científicas no ética... y el racismo es una estupidez.

Una sólida base de entrenamientos periódicos a través del trabajo clínico ambulatorio para el correcto diagnóstico basado en la evidencia, tratamientos, patrones de referencia y cuidados basados en el paciente y tomando en cuenta sus necesidades. Los graduados del RPSM deben continuar con la tradición de promover una mayor importancia para el papel profesional, institucional y social de la medicina; específicamente, nosotros, los médicos sociales, debemos liderar la demanda de que nuestros pacientes reciban un mejor tratamiento y que la sociedad debe ser responsiva en relación al derecho a la salud de todos los ciudadanos del mundo en maneras más abarcentes, eficientes y equitativas.

Habilidad para ejercer dentro de un contexto socioeconómico determinado y trabajar por la salud de clases de personas, no sólo la de individuos. Aproximarse críticamente al actual sistema socioeconómico y luchar por la responsabilidad social de los médicos por las modificaciones al sistema de atención a la salud para que abarcara a todos, independientemente de clase social o raza.

Cuadro 1
Perfil de los que respondieron la encuesta (n = 173)

Especialidad N = 141	medicina familiar	66 (47%)	
	medicina interna	41 (30%)	
Estatus actual	pediatría	34 (24%)	
	residentes n=37 (21%)	año de entrenamiento	
		PGY-1: 13 (36%)	
		PGY-2: 10 (28%)	
		PGY-3: 13 (36%)	
	egresados n=97 (56%)	fecha de graduación como RPSM	
		1973-1983	15
		1984-1994	23
		1995-2005	30
		2006+	19
	docentes n=45 (26%)	tiempo en el puesto	
		0-5 años	23
		5-10 años	7
		10+ años	15

Fuente: elaboración propia con los datos de la encuesta.

Nota: seis docentes eran también egresados por lo que el número total por estatus del respondiente fue 179.

Conclusión

Históricamente, la medicina social ha abarcado distintos ideales, prácticas y filosofías.¹⁷ Los participantes en la encuesta ofrecieron un rico y diverso conjunto de temas que expresan una visión particular de lo que significa ser un médico social. Aunque la cantidad de texto provisto por quienes participaron de la encuesta no es grande, sus respuestas muestran una visión de cómo la medicina social formó su práctica clínica y sirvió de base para su activismo desde su comunidad de trabajo. Ser un médico social significa algo distinto a un médico de cuidados primarios “normal.” Sospechamos que esta perspectiva refleja la de Harold Wise, antes citada. No obstante, los autores nos sorprendimos, dado el contexto en que los residentes fueron entrenados, de que clase y raza fueran mencionadas solamente dos veces.

Los puntos fuertes de nuestra encuesta incluyen: una representación amplia por categoría (residentes, egresados y docentes), especialidad (medicina familiar, interna y pediatría) y año de graduación. Nuestro estudio fue limitado por la naturaleza corta de las respuestas y por el hecho de que sólo el 23% de los participantes potenciales respondieron. Esto, sin embargo, puede ser una

limitante menor en el contexto de una investigación cualitativa en la que el objetivo es la generación de hipótesis, más que su corroboración. Tal vez la mayor limitación de nuestro estudio es que aunque ahora sabemos qué piensan los miembros de nuestro programa acerca de sí mismos, no sabemos hasta qué punto esa visión se realiza en la práctica. Carecemos de una validación externa de cómo las características asociadas a ser un médico social se traducen en comportamiento en la práctica clínica o en resultados para la salud de la comunidad. Hay que notar que un proceso continuo de autoevaluación era un elemento central al modelo inicial del APOC de Kark.¹⁸

El RPSM era una rareza cuando fue implementado pero lo es menos hoy; existen ya múltiples programas urbanos de entrenamiento médico para ejercer en poblaciones carentes, varios con un enfoque explícito en la justicia social.¹⁹ Internacionalmente ha habido un mayor interés en que las escuelas de medicina entrenen profesionales que sean capaces y adaptados para subsanar las necesidades de poblaciones específicas.²⁰

El RPSM ha desarrollado un modelo en el que el cuidado clínico se ejerce dentro del marco de la

medicina comunitaria. Este modelo ha sido exitoso en términos de entrenar médicos capaces de trabajar en situaciones de pobreza. No obstante, nos quedamos con un número de preguntas importantes:

- ¿Hasta qué punto las características de nuestros graduados responden a un proceso de autoselección?
- ¿En que difieren la manera en que los médicos sociales se miran a sí mismo de la visión que sus otros colegas, pacientes o miembros de la comunidad los miran a ellos?
- ¿Por qué no se ha replicado este modelo de medicina social en ningún otro lado? ¿Efectivamente, resulta en mejores indicadores de salud para la comunidad la aplicación del modelo médico-sociales con atención a los factores sociales determinantes?
- ¿Existen otras, mejores maneras de lograr esto? ¿Puede sobrevivir este modelo en un contexto dentro del cual los fondos federales para la educación de médicos residentes están siendo cortados y los departamentos clínicos se ven forzados a sostenerse mediante las tarifas pagadas por sus consultas clínicas?

A pesar de estas preguntas, creemos que nuestras experiencias muestran que en un entorno adecuado los alumnos pueden aprender y entusiasmarse por un modelo que procura integrar los aspectos de cuidados clínicos y la salud poblacional, así como en el proceso proveer de una atención más comprehensiva y completa a sus pacientes mediante el reconocimiento de los factores sociales determinantes que los afectan.

Referencias

1. Brandt AM, Gardner M. Antagonism and accommodation: interpreting the relationship between public health and medicine in the United States during the 20th century. *Am J Public Health.* 2000;90(5):707-715.
2. Litsios S. On the "hitherto untried process of giving doctors adequate training" in preventive medicine and public health. *Social Medicine.* 2010;5(4):205-217.
3. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. 2008. Geneva, World Health Organization.
4. Accreditation Council for Graduate Medical Education. General Competencies. Accreditation Council for Graduate Medical Education [serial online]. April 25, 2007. Available at: <http://www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp>. Accessed April 25, 2007.
5. Meyne. *Topographie Médicale de Belgique: Études de Géologie, de Climatologie, de Statistique et d'Hygiène Publique.* Bruxelles: H. Manceux; 1865.
6. Kark S, Kark E. A Practice of Social Medicine. In: Kark SL, Steuart GW, eds. *A Practice of Social Medicine: A South African Team's Experiences in Different African Communities.* Edinburgh: E&S Livingstone Ltd.; 1962.
7. Rosen G. *From Medical Police to Social Medicine; Essays on the History of Health Care.* New York: Science History Publications; 1974.
8. Huddle TS. Perspective: Medical professionalism and medical education should not involve commitments to political advocacy. *Acad Med.* 2011;86(3):378-383.
9. Farmer PE, Nizeye B, Stulac Set al. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med.* 2006;3(10):e449.
10. Strelnick AH, Swiderski D, Fornari Aet al. The residency program in social medicine of Montefiore Medical Center: 37 years of mission-driven, interdisciplinary training in primary care, population health, and social medicine. *Acad Med.* 2008;83(4):378-389.
11. Fornari A, Anderson M, Simon Set al. Learning social medicine in the bronx: an orientation for primary care residents. *Teach Learn Med.* 2011;23(1):85-89.
12. Wise HB, Spear PW, Silver GA. A program in community medicine for the medical resident. *J Med Educ.* 1966;41(11):1071-1076.
13. Wise H. Training for social medicine with emphasis on internal medicine and pediatrics. *Postgrad Med.* 1970;48(2):183-187.
14. Ozuah PO. Outcomes of training pediatricians to serve the underserved: social pediatrics. *J Natl Med Assoc.* 2001;93(11):444-445.
15. Online Text Analysis Tool. Online-Utility org.. Available at: <http://www.online-utility.org/text/analyzer.jsp>. Accessed August 29, 2011.
16. Dobbie A, Rhodes M, Tysinger JWet al. Using a modified nominal group technique as a curriculum evaluation tool. *Fam Med.* 2004;36(6):402-406.
17. Anderson M, Smith L, Sidel V. What is Social Medicine? *Monthly Review.* 2005;56(8).

18. Gofin J, Gofin R. Community-oriented primary care and primary health care. Am J Public Health. 2005;95(5):757.

19. Simon S, Joo P, Anderson M. Doctors for the People": Training physicians to work in underserved

communities. American Public Health Association Annual Meeting Philadelphia [November, 2009]. 11-9-2009.

20. Neusy AJ, Palsdottir B. Roundtable: revisiting innovative leaders in medical education. MEDICC Rev. 2011;13(3):6-11.

Recibido: 5 de junio de 2014.

Aprobado: 29 de agosto de 2014.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos