

La preparación de un Programa de Estudios en Medicina Social: McKeown reconsiderado

Daniel Goldberg

En 1957, el *Journal of Medical Education* publicó un artículo de Thomas McKeown titulado “*The Preparation of a Syllabus in Social Medicine*”.¹ El artículo es significativo tanto por su contenido como por haber sido escrito por McKeown. Formado tanto como médico como demógrafo, y por sostener una posición académica por varias décadas en la Universidad de Birmingham como profesor de medicina social, McKeown es una figura fundamental en el campo de la medicina social angloparlante. Podría decirse que su contribución más significativa es el desarrollo de la tesis McKeown, la cual propone de manera general que una de las ganancias más ampliamente registradas en la esperanza de vida en el mundo occidental no tuvo mucho que ver ni con la medicina clínica organizada ni con las intervenciones en salud pública. En cambio, declaró, la mejora de los estándares de vida y de la nutrición causaron la transición en salud en Gran Bretaña de 1600 a 1940. Este argumento, que desarrollaron durante varias décadas McKeown y varios colegas, desató una tormenta de controversias que continúa hasta el presente.

Aún cuando hay mucho que es impugnado en el trabajo de McKeown, aquello que es comparativamente impugnable permanece como crucial para la medicina social contemporánea: la insignificancia general de la medicina clínica para la mejora de la salud poblacional. En otras palabras, mientras los investigadores han socavado eficazmente la declaración de McKeown con respecto al efecto nulo de las intervenciones en salud pública y las redes de políticas de seguridad social sobre la reducción de morbilidades y mortalidades, la afirmación adicional de

McKeown sobre el pequeño papel que juega la medicina clínica en la producción de ganancias impresionantes en salud en Gran Bretaña, ha emergido relativamente indemne.^{2,3} Como lo ha expresado Simon Szreter, uno de los críticos más vigorosos de McKeown:

[La tesis McKeown] efectivamente demostró que aquéllos avances en la ciencia de la medicina que forman la base de la enseñanza y la práctica clínica y hospitalaria convencional de hoy, en particular las terapias inmunológicas y químicas, solamente jugaron un rol menor en la explicación del descenso histórico de los niveles de mortalidad. McKeown simple y concluyentemente mostró que muchas de las enfermedades más importantes involucradas ya habían desaparecido en Inglaterra y Gales en fecha más temprana a la que ocurrieron las innovaciones científicas médicas relevantes.²

En la medida en que ancla la distinción entre la salud poblacional y los servicios atención médica, que es fundamental para ambos modelos -histórico y contemporáneo- de la medicina social, la tesis McKeown es un faro para el campo. Esto hace digna de reexaminación la visión de McKeown sobre la estructura y el contenido de la educación en medicina social. El presente artículo adopta una perspectiva comparativa para tal reexamen utilizando el artículo de McKeown de 1957 como base para entender las experiencias del autor en la preparación de un programa de estudios de medicina social para una escuela en los EUA en 2011. Una comparación históricamente orientada puede dar una luz importante sobre temas clave e ideas en la medicina social desde el pasado hasta el presente y sobre el sinnúmero de obstáculos para la formación en medicina social en la educación médica contemporánea de los EUA.

Daniel Goldberg, JD, PhD. Profesor adjunto, Escuela de Medicina Brody, Universidad de Carolina del Este.
Correo-e: goldbergd@ecu.edu

El propósito de centrarse en este país no es para que colonice la pedagogía en medicina social. Más bien, ya que existe extensa evidencia de que el hemisferio norte, incluyendo a los EUA, comporte una culpabilidad significativa en la devastadora desigualdad en salud a lo largo de y dentro del orden político internacional, las naciones del Primer Mundo, como los EUA tienen tanto mayores medios como mayores responsabilidades para la mejora de estas desigualdades.⁴ En la medida en que la formación de la próxima generación de profesionales en medicina social puede contribuir al cumplimiento de esta obligación, la incorporación de la perspectiva de la medicina social en la educación médica de los EUA es un medio de hacer hincapié en su responsabilidad moral por la injusticia social.

McKeown estructura su artículo de 1957 en tres metas principales que un programa de estudios en medicina social debería perseguir: coherencia, objetivos viables de aprendizaje y una presentación accesible. Cada uno será considerado por separado.

Tres metas principales de un programa de estudios en medicina social

Coherencia

McKeown observa que un programa de estudios en medicina social “debe ofrecer la concepción coherente del tema que el estudiante no puede proveerse por sí mismo”.¹ Pero, con respecto a aquello que califica como coherente en un temario, McKeown admite que “los profesores [de la medicina social] no han convenido en ello de ninguna manera”. Contempla que los programas de estudio frecuentemente incluyen unidades sobre temas tan diversos como

epidemiología, estadística médica, administración de servicios médicos, genética humana, control de enfermedades infecciosas y complicaciones sociales de los padecimientos.¹

En parte, McKeown está expresando la dificultad bien documentada que existe en la presentación de un enfoque interdisciplinario en

un mundo pedagógico, repartido en modalidades disciplinarias. Ciertamente, éste es un problema arquetípico para la pedagogía de la medicina social.

El padre de la medicina social, Rudolf Virchow, insistió en la estrecha relación que existe entre las estructuras macro sociales y la distribución de la salud en las poblaciones humanas.^{5,6} Si la política es medicina a gran escala, como lo sugiere Virchow, entonces sigue que una verdadera medicina social deba incorporar educación, capacitación y, finalmente, acción, que aborden los factores que determinan la salud a gran escala. Virchow entendió bien

la cruda realidad... que la mayoría de las enfermedades del planeta son resultado de las condiciones sociales en que trabajan y viven las personas.⁷

Por ello, en su fecundo reporte sobre una epidemia de tifo en la Silesia Alta, Virchow enfatizó la necesidad de aliviar la miseria de los mineros que sufrieron una cuota desproporcionada de decesos durante la epidemia. El tipo de medicina que Virchow tenía en mente era, obviamente, una medicina social, dirigida no solamente hacia los patógenos que causaron el tifo activo, sino hacia las estructuras macro sociales de clase, ingreso, educación, ocupación, etc., y las desventajas sociales acumuladas que volvían a los mineros tan vulnerables a la enfermedad y a una muerte prematura.^{5,6}

Así, mientras que McKeown, sin duda, tiene razón al señalar la naturaleza multifacética e interdisciplinaria de la medicina social, en todo caso subestima la multiplicidad y complejidad de las diversas bases de evidencia y las modalidades de conocimiento que pueden ser críticos para la preparación de un programa de estudios en medicina social. Por ejemplo, aunque McKeown señala la importancia de los objetivos materiales y de aprendizaje relacionados con la epidemiología, para el estudiante actual de medicina social es vital entender las críticas crecientes a la dominancia tradicional de la epidemiología de factores de riesgo clínicos y el desarrollo concomitante de la

epidemiología social.⁸⁻¹¹ Estas críticas suelen argumentar que así como es de importante la epidemiología clínica, se le escapan las más grandes “causas fundamentales” de la enfermedad al centrarse en los factores de riesgo más próximos que configuran la enfermedad¹² y, al hacerlo, hace al individuo su unidad de análisis, en lugar de a las estructuras macro sociales que según el modelado multinivel son determinantes fundamentales de la salud y la enfermedad.

Si bien es imposible imaginar un programa de estudios contemporáneo en medicina social que excluya material sobre epidemiología, hay un problema real con respecto a cuáles lentes epidemiológicos utilizar. Además, tales asuntos son esenciales para la preocupación de McKeown sobre la coherencia, ya que si las lecturas y los objetivos de aprendizaje en epidemiología centran su atención en los factores proximales muy alejados de las variables y fenómenos distales, tal enfoque puede muy bien socavar la coherencia del plan de estudios.

Sin embargo, probablemente McKeown lleva demasiado lejos el énfasis en la coherencia, ya que argumenta que la diferenciación tradicional de la pedagogía de la medicina social entre servicios preventivos y curativos debería abandonarse. Identifica dos razones para incluir la instrucción sobre los servicios médicos curativos en los planes de estudio de la medicina social: en primer lugar, su exclusión

identificó el tema [de la medicina social] con los asuntos que la mayoría de los estudiantes consideran ajenos a su trabajo futuro probable.

y, en segundo lugar, el hecho de que los servicios médicos totales incluyan adecuadamente tanto intervenciones preventivas como curativas hace que la exclusión de estas últimas sea “incongruente”.¹

Pero téngase en cuenta que la primera razón mencionada se limita a identificar un problema muy serio en la pedagogía de la medicina social: la probabilidad de que la gran mayoría de los

estudiantes de medicina de los EUA no vean la entrega constante de una amplia variedad de servicios preventivos dentro de su ámbito profesional. Si la prevención es realmente fundamental para mejorar la salud poblacional y reducir las desigualdades en salud, entonces el hecho de que la mayoría de los estudiantes de medicina no tengan en cuenta los servicios de prevención de su competencia, no es un asunto a ser tolerado. Más bien, es un estado de las cosas desafortunado que requiere un remedio intensivo inmediato. Y, sin embargo, incluso este factor invita a una pregunta adicional que es central para un programa de estudios sólido en medicina social: ¿Qué se entiende por “servicios preventivos”?

Como los académicos contemporáneos de la medicina social lo han señalado, la idea de la prevención ha sido capturada en gran medida por el sector de servicios clínicos agudos; la prevención se ha vuelto *medicina* preventiva.¹³ De este modo, mientras los beneficios en salud de las intervenciones preventivas primarias, secundarias y terciarias varían ampliamente, la hipótesis del curso de vida, esencial para cualquier modelo integral de salud y su distribución, sugiere la importancia de lo que algunos han llamado “prevención primordial” o intervenciones intensivas que comienzan demasiado temprano en la vida.^{14,15}

Las implicaciones multigeneracionales de la hipótesis del curso de vida –que las condiciones sociales y económicas que moldean las vidas de los padres pueden tener repercusiones dramáticas en salud para la progenie aún no concebida– refuerza la idea de la prevención primordial. Por consiguiente, un plan de estudios en medicina social no debe contentarse con la enseñanza de una sola concepción de servicios de prevención, sino que debería hacer hincapié en un modelo arraigado en la evidencia epidemiológica social que sugiere que los tipos más efectivos de prevención deben ocurrir muy temprano en la vida, en lugar de ser más próximas a la aparición de la enfermedad.

Estos factores implican una paradoja de enseñanza fundamental para los educadores que diseñan hoy programas de estudios en medicina

social; como advierte McKeown, es muy probable que los estudiantes vean el material dedicado a la prevención primordial como no relacionado con su trabajo futuro y, sin embargo, ese material es absolutamente vital para que los estudiantes reciban y procesen, dada la fuerte conexión de la prevención primordial con la salud y su distribución en las poblaciones humanas. La probabilidad de que existan pocos, si es que hay otros, medios o espacios para la enseñanza de la prevención en el plan de estudio de las escuelas de medicina de los EUA, como lo especifica la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (*American Association of Medical Colleges, AAMC*) hace que sea importante que el material sobre prevención primordial no sea desplazado por la enseñanza en los distintos tipos de servicios curativos, que son el mayor objetivo de la educación médica en EUA hoy en día.

Tal vez una de las maneras de resolver la paradoja sea a través de la observación de McKeown acerca de que la enseñanza en servicios preventivos debería incluirse junto con la instrucción en servicios clínicos. Esto en sí mismo parece inofensivo, especialmente porque el argumento de McKeown en cuanto a que los servicios médicos totales deberían incluir la atención a las perspectivas tanto de la prevención como de la cura, es difícil de negar. En efecto, existen algunos indicios recientes de que la AAMC está haciendo énfasis cada vez más en la necesidad de prestar la debida atención a la prevención.¹⁶ Sin embargo, no existe ninguna razón para pensar que la creciente atención dada a los servicios preventivos en la educación médica sea menos susceptible a las mismas fuerzas que trasmutaron el concepto de “prevención” –que en su forma moderna está firmemente arraigada en la salud pública y la medicina social– en “medicina preventiva.” Por lo tanto, el diseñador de un programa de estudios en medicina social para el mundo de hoy se encarga de la necesidad de incluir material, tanto de la prevención, como de la cura, pero también de enfatizar la distinción entre la prevención primordial y la medicina preventiva, así como las posibles conexiones de cada una con un modelo integral de medicina social en la práctica.

Objetivos viables de aprendizaje

McKeown señala una segunda meta para un programa de estudios en medicina social bien estructurado, como la identificación de un objetivo de aprendizaje principal, el cual debe:

Proporcionar una comprensión de los problemas que enfrentamos en la medicina y de los medios a nuestra disposición para resolverlos.¹ Por supuesto, como objetivo de aprendizaje esto es imposible, por amplio.

McKeown señala que este propósito “es demasiado ambicioso”.¹ Para él, el problema que ese objetivo tan grande trata de destacar es que

... en la certificación o, incluso, después, la mayoría de los médicos [no] tienen ideas claras acerca de lo que la medicina logró en el pasado, lo que puede hacer en el presente y lo que puede aspirar a hacer en el futuro”.¹

McKeown, además, comenta que la falta de voluntad general para “abordar estas deficiencias” justifica la inclusión de un objetivo tan amplio para la pedagogía de la medicina social.¹

Aunque el problema que identifica McKeown es planteado de manera muy general, es difícil de descartar por completo su preocupación. Considérese la anomalía de que Virchow es a la vez el padre de la patología y el padre de la medicina social y, sin embargo, sólo uno de estos temas es generalmente incluido en los planes de estudio de las escuelas de medicina en los EUA. Esto se vuelve rotundamente problemático cuando se considera la abundante evidencia epidemiológica que el mismo Virchow señaló y que solamente ha sido reiterada en el Siglo XX: que los factores sociales y económicos son, por un margen considerable, los determinantes principales de la salud y su distribución.¹⁷

Esto no quiere decir que la patología no es importante, por supuesto, sino solamente que las patologías quizá son entendidas más correctamente como mecanismos por medio de los cuales los determinantes macro sociales moldean la salud, como causas próximas de lesión, enfermedad y

discapacidad. Como lo señalan Link y Phelan en una formulación influyente: las condiciones sociales son causas esenciales de la enfermedad,¹² una teoría y la evidencia que descansan sobre la base de una verdadera medicina social, más que en el centro de un enfoque en patología celular. Y, sin embargo, la medicina social es la que goza de poco espacio en la educación médica, mientras que la patología es un curso obligatorio en cada escuela de medicina acreditada en los EUA

McKeown parece plantear problemas similares a través de su ejemplo sobre cómo un programa de estudios en medicina social puede cumplir los objetivos de aprendizaje de gran alcance que sugiere. Cita el ejemplo de la fiebre reumática, señala que mientras que un enfoque “convencional” en un plan de estudios podría examinar “su etiología, incidencia, distribución, métodos de prevención”, tal instrucción sería poco probable que hiciera frente a la relación costo-efectividad de los tratamientos actuales.¹ La observación de McKeown parece la mitad de correcta en el presente, en el sentido de que mientras que la educación médica contemporánea muy probablemente incluiría discusiones sobre las posibilidades de tratamiento para la fiebre reumática, es poco probable que incluya cualquier discusión de coste, el olvido tradicional que en parte ha dado lugar al campo de investigación en servicios de salud.

Sin embargo, más interesantes que su consideración del rol de la relación costo-efectividad en la educación médica, son los cambios significativos en el tono y alcance evidentes en lo que McKeown vio que faltaba a partir de la educación médica “convencional” en el Reino Unido en 1957, hasta lo que McKeown lo vislumbró, y era problemático, en la educación médica, instrucción y práctica en 1979, fecha de publicación de su último libro y el más importante, *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?*¹⁸

En las décadas intermedias McKeown reunió la evidencia y refinó las conclusiones para la “Tesis McKeown”, al menos a juzgar por el contenido de *The Role of Medicine*, parecía creer que se necesitaría mucho más para cumplir con el objetivo amplio de aprendizaje que identificó, que

un enfoque en la relación costo-efectividad de los tratamientos médicos. Ciertamente, dada la insistencia general de McKeown en que un enfoque en las intervenciones curativas estaba fuera de lugar debido a la evidencia epidemiológica, algunas de las cuales él y sus colegas produjeron, que sugería que las condiciones sociales y económicas eran las “causas de las causas”,¹⁹ es justo concluir que alrededor de 1979 creyó que era necesario mucho más para satisfacer efectivamente el objetivo amplio de aprendizaje que articuló en 1957.

Finalmente, entonces, como reconoció McKeown tanto en 1957 como en 1979, algunas de las cuestiones que deben ser respondidas para formular un programa de estudios en medicina social yacen en el centro mismo de lo que significa practicar la medicina. Esto puede incluir preguntas tales como: “¿Cuál es la relación entre medicina y salud?” “¿Qué es lo que dirige los patrones de enfermedad en las poblaciones?” y “¿Cómo pueden los conocimientos históricos de los patrones epidemiológicos instruir a las prácticas médicas en el presente?” Todas estas interrogantes son importantes para el enfoque de McKeown en *The Role of Medicine*, también constituyen los tres objetivos de aprendizaje que seleccionó para un programa de estudios en medicina social en el 2011 (Apéndice):

1. Describir el origen histórico y los temas centrales detrás del movimiento de la medicina social.
2. Explicar la distinción que se hace en la medicina social entre salud y cuidado de la salud
3. Identificar las formas en que los conceptos y temas de la medicina social podrían afectar la práctica médica en el presente y el futuro cercano.

Presentación accesible

McKeown identificó la tercera y última meta de un programa de estudios en medicina social bien estructurado como una presentación adecuada para los estudiantes de medicina. Este es un problema importante para la medicina social en particular

porque, McKeown observa, los estudiantes de medicina frecuentemente son

... intolerantes con la discusión de temas tales como la historia médico-social, los servicios sociales y la organización del gobierno central y local, a menos que se muestre que estos asuntos tienen alguna relación directa con los intereses médicos tradicionales.¹

Las estrategias de McKeown para manejar este problema son recortar todo asunto que no sea estrictamente esencial y presentar conceptos en “un orden tal que su relevancia para la medicina sea clara”.¹ En cuanto a los primeros, McKeown menciona la evidencia convincente de que la vivienda es un determinante fundamental de la salud, argumenta que esto debe abordarse en un programa de estudios en medicina social y también que los estudiantes no necesitan recibir instrucción sobre “criterios de propiedad de barrios marginales” o sobre “las medidas por las cuales las casas se hacen habitables”.¹

Reconoce que a pesar de lo vigoroso que sea el recorte, es probable que algunos temas sean de gran interés para los estudiantes de medicina, por lo que permanecerán y que, por lo tanto, una explicación sobre la relevancia de las cuestiones sociales para la salud debe ser precedida por una discusión sobre el inmenso poder del medio ambiente en su configuración.¹ Esta secuencia tiene la ventaja, dice McKeown, de despertar el interés de los estudiantes de medicina a través de un tema más accesible para ellos (salud ambiental) como un medio para facilitar una discusión sobre aquéllos cuya relevancia es menos obvia.

No hay duda de que el diseñador de un programa de estudios en medicina social en los EUA enfrenta hoy un reto muy similar. Un número significativo de los temas interdisciplinarios que descansan sobre la base de cualquier introducción razonable a la medicina social quedan fuera del alcance de la mayor parte de la enseñanza de la medicina actual en los EUA. Se podría extraer, justificadamente, material de la epidemiología social, salud pública, historia, leyes, economía de la salud y política pública e, incluso, se podría extender legítimamente a los debates en curso en

estudios culturales, ética de la salud pública/nivel poblacional y filosofía política.

Estos temas están escasamente representados en los planes de estudio médico de los EUA de hoy en día y hay pocas razones para esperar que un gran número de estudiantes de medicina demuestren un fuerte interés en la exploración del material extraído de las disciplinas, las bases de conocimiento y de las aproximaciones que son, a la vez, completamente desconocidos, no tienen cabida en los planes de estudio estándar, no son enseñados o modelados por sus profesores y mentores y parecen lejanos de la práctica clínica esperada. Así, si no se toma gran cuidado para conectar el material en el núcleo de la pedagogía de la medicina social con la formación e intereses que prevalecen en los estudiantes de medicina, el abismo prácticamente asegura la ineficacia en el aprendizaje.

McKeown concluye: “Si no puede estar tan relacionado, no debería formar parte del programa de estudios”.¹ Y, sin embargo, mientras que la recomendación de McKeown aquí es razonable, no es totalmente satisfactoria, ya que no resuelve la paradoja de enseñanza anteriormente mencionada: lo que los estudiantes de medicina deberían aprender en un curso sobre medicina social puede que tengan poco interés en aprenderlo, en lo que están interesados no es lo que les proporciona un curso de medicina social. Reconocer simplemente que si no puede ser enseñado de una manera en que pique la curiosidad de los estudiantes, no debería ser enseñado, no resuelve la paradoja, sino que la deja de lado asumiendo que haya alguna cantidad considerable de material que simplemente no puede hacerse atractivo para los estudiantes de medicina, un punto que McKeown admite.

La estrategia del autor en términos de la presentación es enfocarse en las causas de la enfermedad. ¿Qué podría ser más básico y presumiblemente más interesante para los estudiantes de medicina, que pedirles que reflexionen críticamente sobre las causas de la enfermedad en las poblaciones humanas? La evidencia fundamental para la epidemiología social y la medicina social muestra muy

rápidamente las limitaciones de responder a esta segunda de manera mecánica -como están preparados para hacerlo los estudiantes de medicina- lo cual abre un sendero para la exploración más profunda de los temas, las aproximaciones y el material importante de la medicina social.

Conclusión

Probablemente, no haya una solución fácil y comprensible al problema de la presentación y la paradoja de enseñanza que ésta encarna, esto es, en realidad, el reto fundamental de la pedagogía de la medicina social en las escuelas de medicina en EUA hoy. Prácticamente desde sus orígenes a mediados del siglo XIX, la medicina social ha planteado un reto fundamental para los cánones dominantes de la medicina alopática occidental que objetivan patologías materiales discretas y centran a los microorganismos como las principales causas de enfermedad y los lugares clave para las intervenciones médicas.²⁰ La ironía, por supuesto, es que el énfasis pedagógico creciente en la formación médica en los patógenos y en las dismorfologías, más que en los movimientos de salud pública que se enfocan en la reforma social, iniciaron su dominio intelectual casi al mismo tiempo en el siglo XIX.²¹

El modelo clínico-patológico de la enfermedad que caracteriza a la medicina alopática occidental se consolidó aún más en la pedagogía médica bajo la influencia del Informe Flexner,²² el cual creó un enfoque en la ciencia básica que permanece como el núcleo de la educación médica de pregrado en los EUA. Los modelos expansivos de la medicina social que enfatizan la enorme importancia de las condiciones sociales y económicas van a contracorriente con la conformación de los patrones de enfermedad en los planes de estudio estándar. Por tanto, para las escuelas de medicina de EUA la urgencia de la paradoja de enseñanza que identificó McKeown en la educación médica británica en 1957 sigue vigente: los materiales y los temas fundamentales en la pedagogía de la medicina social son literalmente indispensables si las metas de la medicina incluyen la mejoría de la salud poblacional y la reducción de las desigualdades en salud²³ y, sin embargo, tal

material y tales temas tienen poco espacio en los planes de estudio actuales, es probable que se encuentren a muchos estudiantes desinteresados, en el mejor de los casos, y en el peor, muchos incluso hostiles.

No cabe duda de que las propuestas de 1957 de McKeown para abordar estos problemas de ajuste e interés entre los estudiantes de medicina, también son aplicables y útiles hoy para el diseñador de un programa de estudios en medicina social. Los tópicos indispensables del programa de estudios son:

1. Sintetizar lecturas, modalidades y temas interdisciplinarios abundantes para formar un todo coherente.
2. Identificar objetivos de aprendizaje viables, que no sucumban a la presión de recortar todo el material que está fuera de los cánones tradicionales de la educación médica en los EUA, ni agobien a los estudiantes con lecturas y asignaturas que serán vistas como completamente irrelevantes.
3. Presentar el material de un modo que no alíene a los estudiantes, ni se doblegue a sus preferencias por modalidades, aproximaciones y marcos que son consonantes con las tradiciones dominantes en los planes de estudio médicos en los EUA.

Los retos de la práctica de la medicina social, ya sea en el hemisferio norte o en el hemisferio sur, son enormes porque, como han argumentado por décadas los académicos de la medicina social, las prioridades establecidas y los enfoques preferidos por el complejo médico-industrial en el hemisferio norte excluyen mucho de lo que es fundamental para la práctica de la medicina social.

Sin embargo, McKeown entendió bien en 1957 que muchos de estos mismos factores institucionales y políticos conformaban desde entonces impedimentos para la enseñanza de la medicina social y para la instrucción de la siguiente generación de profesionales con este enfoque. Hay pocas razones para creer que estos factores han cambiado lo suficiente para hacer más

fácil la enseñanza de la medicina social en los EUA hoy, no obstante, enseñarlo constituye un desafío que debe cumplirse.

Referencias

1. McKeown T. The preparation of a syllabus in social medicine. *J Med Educ.* 1957 Feb;32(2):110-5.
2. Szreter S. *Health and wealth: studies in history and policy.* Rochester (NY): University of Rochester Press; 2004.
3. Grob G. *The deadly truth: a history of disease in America.* New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 2002.
4. Goldberg DS. Global health care is not global health: populations, inequities, and law as a social determinant of health. In: Cohen IG, editor. *The globalization of health care: legal and ethical issues.* New York: Oxford University Press; 2013. Forthcoming.
5. Waitzkin H. One and a half centuries of forgetting and rediscovering Virchow's lasting contributions to social medicine. *Soc Med.* 2006; 1(1):5-10.
6. Taylor R, Rieger A. Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in upper Silesia. *Int J Health Serv.* 1985;15(4):547-59.
7. Stonington S, Holmes SM. Social medicine in the twenty-first century. *PLoS Med.* 2006 Oct; 3(10):e445.
8. McMichael AJ. Prisoners of the proximate: loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol.* 1999 May 15; 149(10):887-97.
9. Susser M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? peering into the future. *J Epidemiol Community Health.* 1998 Oct; 52(10):608-11.
10. Graham H. Where is the future in public health? *Milbank Q.* 2010 Jun; 88(2):149-68.
11. Venkatapuram S. *Health justice.* London: Polity Press; 2011.
12. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav.* 1995; Spec No:80-94.
13. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health.* 2008 Jul; 62(7):580-3.
14. Strasser T. Reflections on cardiovascular diseases. *Interdisciplinary Sci Rev.* 1978 Sep; 3(3):225-30.
15. Giampaoli S. Primordial prevention of cardiovascular disease—the role of blood pressure. *Eur Cardiovasc Dis.* 2007; 2:20-21.
16. Mann S. *After reform, more medical schools emphasize public health.* AAMC Reporter; 2011 Jan [cited 2013 Jan 28]. Available from: https://www.aamc.org/newsroom/reporter/170156/public_health.html
17. World Health Organization. *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.* Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2013 Jan 27]. Available from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
18. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis?* Princeton (NJ): Princeton University Press; 1979.
19. Rose G. *The strategy of preventive medicine.* Oxford (UK): Oxford University Press; 1992.
20. Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception.* New York: Vintage Books; 1994.
21. Fairchild AL, Rosner D, Colgrove J, Bayer R, Fried LP. The exodus of public health: what history can tell us about the future. *Am J Public Health.* 2010 Jan; 100(1):54-63.
22. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.* New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910 [cited 2013 Mar 5]. Available from http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
23. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM, Muntaner C. Beyond Rose's strategies: a typology of scenarios of policy impact on population health and health inequalities. *Int J Health Serv.* 2011; 41(1):1-9.



Medicina Social
Salud Para Todos