



Congreso Anual de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina

Seattle, Washington, Estados Unidos de América, octubre 2006
Sesión sobre Medicina Social

Participaciones de la Escuela de Medicina “Albert Einstein” / Centro Médico Montefiore, Nueva York:

“Usando la internet para
promover la medicina social”,
*Matthew Anderson, Clyde
Lanford Smith*

“Una medicina social para el
siglo XXI”, *Matthew Anderson,
Paul Meissner, Victor W. Sidel,
Peter Selwyn*

“Construyendo la capacidad de
servir a las comunidades: la
experiencia de la orientación de
un mes en medicina social”,
*Alice Fornari y Matthew
Anderson*

“El programa de residencia en
medicina social de Montefiore:
una historia breve de 35 años de
entrenamiento interdisciplinario
en atención primaria y medicina
social”, *Victoria Gorski, Hal
Strelnick, Eliana Korin, Janet
Townsend, Philip Ozuah, Debbie
Swiderski*

“Enseñando medicina social-
enseñando a los residentes las
fortalezas de la medicina social a
través de un Centro de Salud
Comunitario basado en VIH

elegido”, *Peter Meacher*

“El trabajo de un curso de
medicina social organizado por
los alumnos. Un estudio de
caso”, *Laureen Ojalvo, Michelle
Yu*

“Clínicas gratuitas organizadas
por estudiantes: retos y
oportunidades”, *J. Tsoni Peled,
Jennifer Lee, Amarilys Cortijo*

“Deficiencia de yodo”, *Mia D.
Reed* (Nancy Carrasco, asesora)

Participaciones de otras escuelas:

“Literatura y medicina y social”,
Martin Donohoe, Universidad
Estatad de Portland, Oregon

“Medicina social en la
Universidad de Illinois. La
Escuela de Medicina de
Rockford, Illinois”, *Eric Henley*

“Educación en Humanidades en
Medicina: logrando las
necesidades institucionales a
través de la misión educativa”,
*Sharon K. Hull y Theodore R.
LeBlang*, Escuela de Medicina
de la Universidad del Sur de
Illinois, Illinois

“Las humanidades en la
educación médica: enseñando
medicina social”, *Nancy M. P.
King*, Escuela de Medicina de
Chapel Hill de la Universidad de
Carolina del Norte.

“La evolución diversa de la
medicina social: del
ambientalismo estructural-social
al regreso del comportamiento
individual”, *Dorothy Porter*,
Universidad de California en
Santa Fe.

“Administrando a la salud
comunitaria: una introducción
sobre el acceso a la comunidad a
la información, competencia
cultural y abogacía en salud”,
*Michele Pugnnaire, Mary Zanetti,
Michael Godkin Deborah Katz,
Robin Klar, Janet Hale, Linda
Cragin y Suzanne Cashman*,
Escuela de Medicina de la
Universidad de Massachussets.

Participaciones de la Escuela de Medicina “Albert Einstein” / Centro Médico Montefiore, Nueva York

**1. Usando la internet para
promover la medicina social**
*Matthew R Anderson, Clyde L
Smith y Michelle Yu*

Antecedentes: La medicina social ha articulado una visión del médico como el “defensor natural de los pobres”. Sin embargo, conforme las escuelas de medicina se vuelven cada vez más dependientes de las industrias farmacéuticas, la promoción de esta visión se torna en un reto. Este ensayo discutirá los modos en que la internet ha sido utilizada por el profesorado y los estudiantes de las escuelas de medicina para hacer que la medicina social avance.

El uso de la web: En 1999, algunos estudiantes de la Escuela de Medicina “Albert Einstein” iniciaron un sitio web para publicitar su curso en activismo médico, organizado por ellos mismos. En el 2003, esta iniciativa fue expandida a un sitio público:

www.socialmedicine.org, por miembros del profesorado. El objetivo de este portal era introducir a los estudiantes al ámbito y profundidad de la medicina social y a los esfuerzos de activistas de salud alrededor del mundo. En un año este sitio se había convertido en el primer sitio visitado en Google para las palabras clave “Medicina Social”. Además, una revista académica en línea, revisada por colegas fue lanzada en conjunto con la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y otros colaboradores internacionales: “Social Medicine / Medicina Social” (www.socialmedicine.info y www.medicinasocial.info).

Ventajas: Un foro en internet ofrece diversas ventajas

educativas. Por ejemplo, posibilita la globalización de la medicina social como disciplina, su enriquecimiento con los recursos internacionales, que pone al alcance de los estudiantes de todo el mundo. Diversas presentaciones y ensayos pueden ser subidos a los sitios, lo que pone a disposición de los usuarios un currículo virtual. Además, un programa de orientación puede poner en contacto a estudiantes interesados con asesores de campos específicos. Una lista electrónica puede ser una herramienta de organización, así como promover discusiones amplias. La naturaleza bilingüe de la revista reduce las barreras lingüísticas entre Norte y Sudamérica. La revista usa *software* de acceso abierto (sin costo). Esto pone de manifiesto qué actividades de internet pueden ser llevadas a cabo de manera económica.

Retos: Los esfuerzos educativos utilizando la internet presentan una serie de retos no tan diferentes de los que hay que resolver en las formas académicas tradicionales. Específicamente hay preguntas de gobernanza editorial, organización, publicidad, registro de propiedad, financiamiento y evaluación. Nuestra revista ha usado el *Creative Copyright System* (Sistema de registro de propiedad creativo) que permite para la auto-atribución, uso no comercial de materiales. Como revista interesada en atraer autores de países que tradicionalmente no están representados en la prensa académica, estamos ahora trabajando en hacer la revisión de

los materiales por especialistas en un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Conclusión: la internet ofrece una oportunidad para utilizar la tecnología de la globalización para articular en el siglo XXI la visión de un médico que es un defensor natural de los pobres. Es una manera de mantener el idealismo y el compromiso social de los estudiantes de medicina.

2. Una medicina social para el siglo XXI

Matthew Anderson, Paul Meissner, Victor W. Sidel, Peter Selwyn

Introducción. La medicina social nació en Europa en el siglo XIX, se popularizó a nivel internacional en el siglo XX y enfrenta nuevos retos y oportunidades en el siglo XXI.

Definición y principios. La medicina social incluye el *estudio* de la relación entre la sociedad, la familia, la enfermedad y la medicina; la *práctica* de la medicina con orientación comunitaria basada en el entendimiento de estas relaciones; la *capacitación* de trabajadores de la salud para una práctica médica culturalmente relevante y el *apoyo* a sistemas y estructuras para promover prácticas médicas socialmente responsables y las condiciones necesarias para la buena salud.

Algunos principios comúnmente aceptados de la medicina social son: 1) El logro del nivel de salud más alto posible y el acceso al nivel más alto de atención sanitaria son derechos humanos fundamentales. 2) La medicina es

una ciencia social y biológica. 3) Toda la atención sanitaria tiene dimensiones tanto sociales como psicológicas. 4) La atención sanitaria óptima requiere la colaboración entre disciplinas médicas y no médicas y de los pacientes y comunidades atendidas.

La medicina social en el siglo XXI. La globalización económica, la degradación del medio ambiente y la creciente brecha entre pobres y ricos tienen múltiples ramificaciones en la salud. La medicina social, que cuenta con amplia experiencia histórica y práctica, se encuentra bien situada para entender estos cambios sociales y ofrecer soluciones creativas a nivel local, nacional, regional y mundial a los problemas creados por éstos, entre los que se encuentran:

El fortalecimiento de modelos prácticos de atención primaria con orientación comunitaria en regiones donde ya existen y su desarrollo en comunidades de países desarrollados y en vías de desarrollo en donde no han sido establecidos.

La generación y diseminación de nuevo conocimiento en el campo de la medicina social y comunitaria, incluyendo el examen de las implicaciones en la salud de la disminución de apoyo a la asistencia social, la globalización, la creciente militarización, el deterioro ambiental, la falta de gobiernos democráticos y otras formas de injusticia social.

La difusión de conocimiento médico-social y sus principios

para brindar inspiración para el cambio social, incluyendo el activismo en busca del logro del nivel de salud más alto posible y el acceso universal a la atención sanitaria para todas las personas del mundo.

Algunos centros comprometidos con los principios y la práctica de la medicina social en los Estados Unidos y otros países pueden hacer importantes contribuciones a este esfuerzo. Nuestro Departamento está ansioso de colaborar con estos centros y ayudar a crear alianzas que vayan más allá de las fronteras académicas y nacionales tradicionales.

3.- Construyendo la capacidad de servir a comunidades: la experiencia del mes de orientación en medicina social.

Alice Fornari, Matthew Anderson

El Departamento de Medicina Familiar y Social. El programa de medicina social para residentes fue fundado en 1970, bajo el principio de que la salud es un estado de bienestar físico, social, económico, psicológico y político. Creemos que la atención a la salud es un derecho, además, que hay un componente social en el origen y en el curso de la enfermedad, por lo tanto, para la promoción de la salud apoyamos las acciones de base comunitarias y los cambios progresistas en las políticas públicas y en la estructura social.

El Programa para Residentes en Medicina Social (PRMS) es único, ya que combina a residentes de tres especialidades de la atención primaria: medicina

familiar, medicina interna y pediatría. Los residentes estudian y trabajan juntos en seminarios clínicos y en cursos de medicina social. Cada disciplina aporta fortalezas especiales a esta experiencia conjunta de aprendizaje.

El Programa de Estudios de Medicina Social. Pocos programas para residentes ofrecen tanta capacitación en medicina social y en salud comunitaria, el PRMS incluye actividades distintas cada año. El mes de orientación del PRMS permite que se reúnan e introduzcan el componente de medicina social en su entrenamiento de manera conjunta practicantes de medicina interna, medicina familiar y pediatría. Rotaciones clave adicionales incluyen español médico, epidemiología y valoración comunitaria, en PGY 2, y “entendimiento de los sistemas de atención a la salud” en PGY 3. Además, es obligatorio el desarrollo de un proyecto longitudinal de medicina social, que culmina con una presentación oral en el tercer año de PGY. Estas experiencias apoyarán a los médicos que van a ejercer en comunidades desatendidas a nivel médico. (PGY: *postgraduate year* = año de posgrado).

El mes de orientación sobre el PRMS. La finalidad de éste es introducir a los residentes tempranamente a la filosofía, al marco teórico y a la práctica de la medicina social en el Bronx. Las actividades de este mes de orientación están estructuradas alrededor de tres temas:

comunidad, atención al paciente y auto-cuidado.

Los objetivos son:

Comunidad: Exponer a los residentes a herramientas conceptuales y prácticas para identificar y entender los problemas de salud de una comunidad.

Atención a pacientes: ayudar a los residentes para que demuestren sensibilidad con respecto a diversos valores y experiencias de los pacientes.

Auto-cuidado: ayudar a los residentes a desarrollar capacidades de auto-cuidado conforme viajan a través del, a veces hostil, sistema de salud. Estos objetivos están integrados a un modelo representativo de atención primaria con orientación comunitaria. Todas las actividades incluyen presentaciones didácticas con lecturas, alcance comunitario, talleres y proyectos comunitarios longitudinales en grupo. Este proyecto comunitario comienza con la identificación de varios problemas clínicos relevantes a estas tres vertientes y en las tres ramas (medicina familiar, medicina interna y pediatría). Durante los últimos dos años, éstos han sido la diabetes y la obesidad. El mes de orientación, de manera clínica, se centra en la práctica social de la medicina y emplea un enfoque multimodal y multidisciplinario de “aprender haciendo”

Temas educativos:

- La orientación de los participantes en las comunidades donde realizan las prácticas y en

las vidas de sus pacientes fuera del ambiente clínico.

- El involucrar a los practicantes en los componentes intelectuales y prácticos de un programa de medicina social durante un periodo de rotación: el mes de orientación.

- El llevar a cabo sesiones didácticas y talleres que incluyan diálogo reflexivo, información e ideas y algún modo de aprendizaje, por medio de experiencia, para asegurar el pensamiento crítico de los estudiantes.

- El reforzar conocimiento, desarrollo de capacidades de atención primaria orientada a la comunidad y la enseñanza de abogacía, que se traduzcan en esfuerzos para el apoyo a pacientes y a la comunidad, posterior al mes de orientación.

- El uso de teoría sobre el aprendizaje de adultos para involucrar a los estudiantes en el desarrollo del programa, así como para utilizar la experiencia previa de los participantes para informar su desarrollo continuo como residentes del programa.

4. El programa para residentes de medicina social en Montefiore: una historia breve de treinta y cinco años de capacitación interdisciplinaria sobre atención primaria y medicina social

Victoria Gorski, Hal Strelnick, Eliana Korin, Janet Townsend, Philip Ozuah, Debbie Swiderski

La presentación propuesta contribuirá con una breve historia sobre los orígenes del Programa para Residentes de Medicina Social de Montefiore (PRMS). Este programa tiene sus raíces en

los movimientos sociales del final de los años sesentas y el principio de los setentas y en el movimiento a favor de los Centros Comunitarios de Salud. A la vez, rastreamos el éxito del programa a través del tiempo, manteniendo la atención en su misión y en su capacidad para producir clínicos comprometidos con la atención primaria de las poblaciones no privilegiadas y líderes de la educación, la investigación y la política de la medicina social.

Describiremos la capacitación única interdisciplinaria de internistas y pediatras de la atención primaria y de médicos familiares con énfasis en la integración de las ciencias conductuales y con el foco en la salud de la población. También discutiremos las características especiales del programa y su evolución como respuesta a cambios culturales y sociales, así como al surgimiento de nuevos conocimientos y temas sobre medicina y salud pública. Además, describiremos la manera en que el programa ha servido como base para el crecimiento del Departamento de Medicina Familiar y Social de la Escuela de Medicina Albert Einstein, así como de su asociación adjunta, su sociedad comunitaria y sus programas de investigación.

Discutiremos sobre los más de 500 graduados del programa que han venido al Bronx de todos los rincones de los Estados Unidos y del mundo. Revisaremos sus antecedentes raciales y étnicos y describiremos las características especiales del programa, que han permitido la fuerte retención de

graduados y el reclutamiento de minorías raciales y étnicas. También expondremos la variedad de trayectorias profesionales que han caminado sus egresados.

Para finalizar, presentaremos el programa tal como opera hoy en día, los retos que enfrenta y las estrategias que están siendo adoptadas para resolverlos y para procurar su futuro crecimiento y éxito.

5. Enseñando medicina social. Enseñando a residentes las fortalezas de la medicina social a través de un Centro Comunitario de Salud

Peter Meacher

Introducción. La medicina social abarca el concepto de atención sanitaria en un contexto socio-político. El proveer atención a pacientes con HIV desde la atención primaria ilustra cuan efectivo es tal servicio.

El Centro Comunitario de Salud del Sur del Bronx para Niños y Familias (CCSBNF) está localizado en una comunidad desatendida y pobre. Las tasas reportadas de VIH/SIDA son del 2%, pero se sospecha que la tasa real actual es del 3%. La gente pobre que vive con VIH y SIDA tiene múltiples problemas de índole médica y psicológica.

Además de proveer atención primaria a 6,000 adultos y niños y en respuesta a la necesidad de la comunidad, nuestro centro ha desarrollado un programa integral de VIH que atiende a más de 100 pacientes que son VIH+ y a sus familias.

El CCSBNF y la naturaleza

integrada del programa reduce el estigma e incrementa la accesibilidad a la atención al VIH. El servicio es brindado por un grupo interdisciplinario que incluye:

Médico familiar especializado en VIH y con conocimientos de medicina social
Orientador de adherencia
Educador de pares
Nutriólogo
Trabajador social

Residentes de medicina interna y familiar del Programa de Residencia en Medicina Social en Montefiore son invitados a participar en una materia optativa para promover que médicos de atención primaria se conviertan en especialistas en VIH en la práctica. La optativa incluye experiencia de atención al VIH en contextos diversos, como en refugios para los sin techo, y sitios de atención primaria, como el CCSBNF.

Objetivos. Al final de esta sesión, los participantes entenderán que al aplicar los principios de la medicina social:

- Médicos de atención primaria con educación adicional en VIH y experiencia trabajando en centros comunitarios de salud están idealmente capacitados para brindar atención a pacientes con VIH y para enseñar a los residentes las fortalezas de la medicina social en este contexto.
- La atención al VIH puede ser integrada a un Centro Comunitario de Salud.

6. El funcionamiento de un curso de medicina social conducido por estudiantes. Un

estudio de caso

Laureen Ojalvo y Michelle Yu

En 1998, un grupo de estudiantes de la Escuela de Medicina Albert Einstein creó una materia optativa diseñada para divulgar la práctica y los principios de la medicina social entre la comunidad de la escuela. Hoy en día, en el 2006, la optativa se llama "Curso de medicina social: perspectivas mundiales, nacionales y locales". Después de ocho años de su implementación efectiva aquí, buscamos compartir su modelo con otras instituciones para una posible incorporación similar.

Desde su principio, nuestro curso ha sido, y permanecerá siendo, conducido y organizado totalmente por estudiantes. Sentimos que éste es uno de sus componentes más esenciales. Este formato crea una diversidad extensa de las sesiones, permitiendo que el curso ilustre las facetas varias de la práctica de medicina social. Además, ofrece oportunidad a estudiantes organizadores de sesiones individuales de comunicarse y establecer relaciones con líderes profesionales que abogan por las causas de la medicina social. Al mismo tiempo, motiva a los organizadores a empezar a identificarse a sí mismos como líderes de la medicina social, la cuál, esperamos, llevarán a su propia práctica profesional.

Un elemento clave para el éxito de nuestra materia ha sido el continuo apoyo y asesoría del profesorado de la Escuela y sus hospitales afiliados. Por ejemplo, algunos profesionales del Centro

Médico Montefiore, que cuenta con el Departamento de Medicina Familiar y Social basado en el hospital más antiguo del país, han sido especialmente decisivos para nuestro curso. Los mentores del profesorado ayudan a que la materia mantenga continuidad conforme los estudiantes progresan y se gradúan y aseguran que los fundamentos y la relevancia histórica de la práctica de la medicina social no pasen desapercibidos. Al mismo tiempo que buscamos presentar la diversidad que comprende la medicina social, también reconocemos la necesidad de enfatizar los objetivos principales de la práctica de la medicina social: el derecho a la salud y justicia social para todos. Creemos que es muy importante que los participantes entiendan la solidaridad entre los temas que el curso presenta.

Muchos temas son presentados. Sin embargo, como sugiere nuestro título, buscamos encontrar un equilibrio entre las perspectivas mundiales, nacionales y locales. Para ilustrar estas perspectivas, en el 2006 los temas de las sesiones incluyeron entre otros: las disparidades raciales reveladas por el huracán Katrina, VIH/SIDA en Nueva York, medicina de la liberación, el acceso de inmigrantes a la atención de salud reproductiva, y un panel entre doctores y pacientes alrededor de la medicina alternativa. Generalmente buscamos llevar a cabo entre 14 y 16 sesiones semanales en el semestre de la primavera. Cada año el curso cuenta con uno o dos estudiantes coordinadores clave que trabajan

un semestre antes para identificar estudiantes que estén dispuestos a organizar una sesión. Los coordinadores trabajan de manera personal con cada organizador de sesión para definir los temas e identificar posibles conferencistas internos y externos. El calendario es establecido a finales de noviembre para permitir su difusión durante la Semana AECOM-SIDA (AECOM=Albert Einstein College of Medicine; Escuela de Medicina "Albert Einstein"), que coincide con el día mundial del SIDA (1 de diciembre). Las conferencias son llevadas a cabo los miércoles en la tarde y duran alrededor de una hora, con 20 minutos para preguntas/respuestas y discusión. Este horario permite que los estudiantes, el profesorado y los miembros de la comunidad atiendan a las sesiones sin interrumpir su jornada laboral o su vida familiar. Ofrecemos una cena (gracias al generoso apoyo del AECOM) y tenemos, regularmente, entre 20 y 60 participantes, número que sentimos está directamente relacionado con la cantidad de publicidad que hacemos para cada sesión.

En nuestro curso no hay exámenes, estrés o calificaciones. Buscamos construir una conciencia sobre medicina social entre nuestra comunidad y hemos contribuido de manera exitosa al activismo estudiantil local por medio de una clínica gratuita conducida por estudiantes en el Sur del Bronx, al activismo nacional a través de estudiantes que sirven como oficiales nacionales en organizaciones médicas y al activismo mundial a través del 25% de los estudiantes

del cuarto año que deciden realizar materias optativas en el extranjero. Esperamos que nuestro modelo estimule cambios sociales similares en otras instituciones.

7. Clínicas gratuitas operadas por estudiantes: retos y oportunidades

J. Tsoni Peled, Jennifer Lee, Amarilys Cortijo

Alrededor de setecientas clínicas gratuitas brindan atención sanitaria a pacientes pobres en los Estados Unidos. La mayoría de éstas abrieron sus puertas desde 1990, como reflejo de la creciente crisis de los no asegurados y el revivir del movimiento de clínicas gratuitas en los Estados Unidos. Cerca del 5% de las clínicas son operadas por estudiantes de medicina bajo supervisión de médicos voluntarios. Estos centros brindan un valioso servicio a sus comunidades y una experiencia educativa única de medicina social a sus participantes. Sin embargo, las clínicas gratuitas también presentan múltiples retos a los líderes estudiantiles que las coordinan y a las respectivas escuelas de medicina afiliadas, así como a las clínicas anfitrionas.

La primera clínica gratuita en la ciudad de Nueva York fue fundada en 1999 por estudiantes de la Escuela de Medicina Albert Einstein (EMAE) en el Bronx. La Clínica Gratuita "Comunidad Einstein de Alcance Sanitario" (ECHO, por sus siglas en inglés) está localizada en el distrito más pobre de la nación, NY-16, y atiende a cerca de 500 pacientes por año bajo la

supervisión de médicos voluntarios, muchos de los cuáles son parte de la planta de profesores del Departamento de Medicina Familiar y Social de la Escuela. Este Centro atiende bajo el auspicio del Instituto para la Salud de la Familia Urbana, una institución sin fines de lucro. Al Centro gratuito le fue otorgada la subvención del AAMC “Atendiendo a las Comunidades” en el año 2000.

La clínica opera totalmente vía historiales médicos electrónicos, ofrece consultas gratuitas y servicios de laboratorio, está abierta semanalmente y cuenta con un servicio de trabajo social y de educación para la salud.

Derivaciones de atención especial y recetas médicas son otorgadas a un costo reducido. Usando la clínica gratuita ECHO como estudio de caso, esta presentación abarcará algunos problemas complejos que enfrentan este tipo de centros y las instituciones a las que están afiliadas:

- ¿Podría servir como modelo para otros Departamentos de Medicina Social del país la colaboración entre el Departamento de Medicina Social y Familiar “Einstein” y la Clínica gratuita ECHO?
- ¿Cuáles son las limitaciones de la atención que puede brindar una clínica operada por estudiantes? Tomando en cuenta estas limitantes ¿Vale la pena la inversión de tiempo y recursos por parte de las instituciones patrocinadoras? ¿Existirán escenarios en los que la Clínica Gratuita ECHO ofrezca *mejor* atención que una institución de

salud tradicional?

- ¿De qué manera pueden ofrecer la mejor cobertura práctica para los proveedores y estudiantes participantes las instituciones (se incluirán discusiones sobre el *Free Clinics Federal Tort Claims Act Medical Malpractice Program*)?

- ¿Qué experiencia educativa específica relevante a la medicina social adquieren los estudiantes participantes que no esté disponible en el programa de estudios?

- ¿Hasta qué punto se puede reconocer, incentivar o, incluso, forzar la participación estudiantil en las clínicas gratuitas?

- ¿De qué manera pueden colaborar las instituciones de atención sanitaria con estudiantes para ofrecer servicios integrales como laboratorio y radiología a pacientes de las clínicas gratuitas?

- ¿Cuáles son las ramificaciones sociales y políticas de la participación estudiantil en las clínicas gratuitas en el clima actual de controversia sobre los derechos de inmigrantes, el crecimiento de los índices de obesidad y la epidemia de diabetes, el incremento desmedido de los costos de los medicamentos y el acceso reducido a la salud reproductiva?

8. Deficiencia de yodo

Mia D. Reed

El desorden por deficiencia de yodo (DFY) es la causa prevenible más común de retraso mental y daño cerebral en el mundo. El bocio, el cretinismo, el decrecimiento en la supervivencia infantil y problemas en el crecimiento y desarrollo son características

comunes de este desorden.

Afortunadamente, existe una manera efectiva y poco costosa de prevenirlo: el proveer a las regiones en riesgo de sal yodatada ha probado ser una forma exitosa para el descenso en la incidencia del desorden.

A pesar de las predicciones de que esta enfermedad habría sido erradicada para estas fechas debido a que el modo de prevención es simple y barato, el último cálculo de la OMS estima que por lo menos una tercera parte de la población mundial (aproximadamente 2 mil millones de personas) están en riesgo de contraer DFY.

El yoduro es un componente esencial de las hormonas de la tiroides T3 y T4 (tri-yodotironina y tiroxina), las únicas hormonas del cuerpo que contienen yoduro. Las hormonas de la tiroides juegan un papel clave en el metabolismo intermediario de casi todas las células y son de gran importancia en el desarrollo y la maduración del sistema nervioso central del feto y del recién nacido, así como del músculo óseo y los pulmones.

El primer paso esencial en la producción de las hormonas de la tiroides es la transportación de yoduro en la tiroides. En 1996 nuestro laboratorio clonó el **cADN** que codifica al *sodio/ yodide symporter* (NIS), la proteína que media la transportación de yoduro. Desde entonces, hemos llevado a cabo análisis extensivos de la relación entre la estructura de la proteína y su función y determinado algunos requerimientos estructurales para

el funcionamiento normal del NIS.

La sal yodada y suplementos de aceite yodado son las herramientas más comunes para combatir el DFY. El añadir potasio yodizado y potasio yodado a la sal es ideal porque es simple y poco costoso, así como porque todos necesitamos sal y la mayor parte de la gente la consume diariamente. El único modo en que el DFY puede ser erradicado es a través del esfuerzo conjunto entre gobiernos para educar a la población acerca de los peligros de la deficiencia de yodo y la legislación de que la sal sea suplementada con yodo para que así las compañías de sal la yodaten y la gente se proteja a sí misma del DFY.

B. Participaciones de otras escuelas:

9. Literatura y Medicina Social *Martin Donohoe*

Esta sesión se centrará en el uso de la literatura como vehículo educativo para estimular el activismo social entre los estudiantes de medicina. Su objetivo es fomentar que los educadores incorporen textos literarios cortos a su enseñanza en las aulas, las clínicas y las salas de los hospitales.

La literatura no médica ha sido empleada en la educación de la medicina desde hace mucho tiempo como una forma de experiencia indirecta y catalizador para el fomento de la discusión sobre los contribuyentes sociales, culturales, económicos,

ocupacionales y ambientales en la salud y el bienestar. El leer sobre las experiencias de aquéllos que sufren las consecuencias de la pobreza, la falta de hogar, el racismo, la violencia, el consumo de drogas y la estigmatización, puede ayudar a los practicantes y estudiantes a identificarse de una manera más cercana con sus pacientes, de cuyas complejas vidas tienen tan sólo una impresión en la clínica y en las salas.

En esta sesión planeo:

- Brindar información breve sobre los antecedentes de autores médicos y activistas famosos, como: John Keats, Rudolph Virchow, Anton Chekhov y William Carlos Williams.
- Resumir relatos cortos y poemas relevantes de éstos y otros escritores (por ejemplo, León Tolstoy, George Orwell, Pearl Buck, Doris Lessing, Shusaku Endo, Ernest J Gaines y otros).
- Ofrecer sugerencias para la incorporación de textos literarios a la educación de la medicina.
- Poner diversos recursos a disposición de los interesados, incluyendo un programa modelo de estudios.
- Enumerar las barreras para la inclusión de la literatura en los programas de estudio de las escuelas de medicina y los modos en que éstas pueden ser superadas.

Antecedentes: Durante 17 años he enseñado Humanidades Médicas, Salud Pública y Ética de la Justicia Social en UCLA, UCSF, Stanford, OHSU, Clark College y La Universidad Estatal de Portland. Actualmente, imparto la clase “Salud Pública y

Justicia Social”.

10. La medicina social en la Escuela de Medicina de la Universidad de Illinois en Rockford

Eric Henley

El Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Escuela de Medicina de la Universidad de Illinois en Rockford ve a la medicina social como una forma para que un Departamento académico trabaje con instituciones comunitarias para expandir y/o mejorar la atención a poblaciones desatendidas. En los últimos seis años hemos establecido relaciones formales con múltiples organizaciones comunitarias para lograr este objetivo, entre ellas:

- El trabajo con tres departamentos de salud locales para brindar servicios prenatales, de bienestar infantil y de planeación familiar en poblaciones de bajos recursos y con un gran número de pacientes latinoamericanos.
- El préstamo de nuestros servicios como consultores del Departamento de salud más grande de la región.
- La asociación con el distrito de escuelas local para empezar el primer Centro de Salud en la Escuela del área; el proveer atención primaria para el programa y la dirección médica del “Centro de Salud en la Escuela” en una etapa posterior.
- El proveer de atención primaria a adolescentes en un programa de abuso de drogas.
- Subastando contratos para asumir la responsabilidad de los servicios sanitarios de la Cárcel

del Condado (con una población de 600 internos) y del Centro de Rehabilitación Juvenil (población de 40 internos), implementando de manera exitosa un programa que incluye servicios de enfermería, atención primaria, salud mental y dental y farmacia.

• La respuesta a una petición urgente de una agencia local de abuso de drogas para que asumiéramos la dirección médica de un programa de mantenimiento de metadona, el único en el noroeste de Illinois.

De estos esfuerzos, se desprenden múltiples beneficios para las organizaciones comunitarias y nuestros Departamentos. Para los grupos de la comunidad éstos incluyen: el acceso a atención médica de alta calidad, la oportunidad de exponer a sus estudiantes y residentes a sus programas y de atender a varios tipos de poblaciones vulnerables a costos razonables y, en algunas áreas, ahorros considerables, y la posibilidad de afianzar a la Universidad en otros programas (por ejemplo, el programa de cárcel en salud mental en el centro de rehabilitación juvenil, una clínica prenatal en la clínica de bienestar infantil).

Los beneficios para el Departamento y el UIC-R incluyen la oportunidad de brindar un servicio comunitario, beneficios financieros positivos, oportunidades educativas adicionales para estudiantes de medicina, residentes de medicina familiar y estudiantes de Maestría en Salud Pública en un contexto no tradicional y con poblaciones no tradicionales, una imagen pública positiva, mayores

opciones para el profesorado de trabajo en áreas nuevas e interesantes y la oportunidad de desarrollar nuevos programas (por ejemplo: el programa de mantenimiento de metadona y la creación de alternativas al encarcelamiento)

11. Las humanidades en la educación de la medicina: satisfaciendo necesidades institucionales a través de la misión educativa

Sharon K. Hull, Theodore R. LeBlang

Antecedentes: Desde su fundación en 1970, la Escuela de Medicina de la Universidad del Sur de Illinois, ha reconocido la importancia de las ciencias sociales en la formación de médicos. Desde el inicio de la escuela, el Departamento de Humanidades Médicas ha operado de manera continua y proporciona contenido curricular extenso a los estudiantes de medicina. Su misión es la de “contribuir con el entendimiento de las humanidades a la enseñanza, la investigación y a los esfuerzos de servicio de la Escuela de Medicina”

Actividades educativas: El Departamento de Humanidades Médicas en la Universidad de Illinois incluye a profesores con experiencia en el área del derecho de la salud, políticas sanitarias, espiritualidad, orientación y desarrollo de habilidades de comunicación y ética biomédica. El departamento alberga programas formales en áreas como: Derecho de la Salud y Políticas, Atención Psicosocial, Ética Médica y Medicina y

Sociedad. Cinco miembros principales del profesorado: un profesor de derecho y medicina emérito y un grupo extenso de profesores adjuntos, imparten todas las materias optativas y obligatorias durante los cuatro años del programa de licenciatura. El contenido de los cursos se imparte utilizando muchas modalidades interactivas y basadas en casos:

- Las ofertas del primer año incluyen un seminario de medio día para estudiantes de medicina y leyes titulado: “Día de la Responsabilidad Profesional”, en el que se discuten diversos casos en grupos asistidos por profesores, los debates giran en torno a temas éticos y legales que surgen del punto de contacto de la medicina con el derecho.

Además, se presentan varios seminarios que abordan temas de salud pública y poblacional.

- Los estudiantes del segundo año trabajan con el profesorado del Departamento de Humanidades Médicas, como parte de la materia “Salud Poblacional y Prevención”, con un énfasis particular en políticas de atención sanitaria y mecanismos de financiamiento en problemas clínicos relevantes contextuales. Además, el profesorado presenta seminarios relacionados con la medicina adolescente y seguridad del paciente, en la sección de “Actitudes Profesionales y Conducta” del programa

- Durante el tercer año, los estudiantes participan por dos semanas, en una rotación titulada “La relación médico-paciente”. Se utilizan plenarios y discusiones en pequeños grupos

para la enseñanza del derecho de la salud, ética biomédica, habilidades de comunicación y aspectos psicosociales de la atención, que incluyen a la atención terminal. Además de este curso obligatorio, el Departamento presenta por lo menos uno, y hasta tres, seminarios que integran temas de las humanidades médicas a cada una de las seis rotaciones principales.

•En el cuarto año, el Departamento presenta, de nuevo, una rotación de dos semanas titulada “Sociedad, Derecho y Atención Sanitaria” diseñada para presentar la interacción entre la profesión médica, la abogacía, el financiamiento de la atención sanitaria y la administración con la responsabilidad del médico en la sociedad, desde la perspectiva de los sistemas de atención sanitaria. Este segmento ha incluido un juicio simulado, uno de los primeros en ser desarrollados y llevados a cabo en la educación médica de los Estados Unidos (1977 - 2005). La sección incluye actualmente un juicio simulado de pruebas en video en la que los estudiantes observan a los abogados interrogar a un médico sobre un caso clínico actual y relevante.

Además de estas actividades, el departamento ofrece un total de 36 materias optativas para los estudiantes del tercer y cuarto año. Este año, 58 estudiantes de la generación graduada (80% de la generación) tomó una o más de estas materias, lo que sumó un total de 141 estudiantes inscritos.

Más allá de su compromiso de

educar a estudiantes de medicina, el Departamento patrocina, de manera conjunta con colegas de la Escuela de Leyes en Carbondale, Illinois, uno de los 20 programas de licenciaturas-duales en los Estados Unidos. Anualmente se matriculan dos estudiantes a este programa, que cuenta ahora con 21 egresados, lo que lo posiciona como el programa MD/JD más exitoso del país. Sus egresados profundizan su práctica médica al usar sus habilidades legales en el contexto de varias actividades a niveles locales, estatales y nacionales.

Resumen: El Departamento de Humanidades Médicas tiene una longevidad, profundidad y amplitud significativa en su misión educativa. Cuenta con apoyo institucional significativo, lo que incluye la poco común oportunidad de impartir un programa obligatorio en un periodo de más de cuatro semanas a cada estudiante que asiste a la Escuela de Medicina. El contenido del curso es relevante y actualizado. La institución lo encuentra significativo en el mundo contemporáneo en el que se disminuyen los recursos para la atención sanitaria, aumenta la sistematización de la práctica de la medicina y se expande el punto de contacto entre las arena judicial, legislativa, de políticas regulatorias y la práctica médica. Por más de treinta años, el Departamento ha servido a la Universidad, ayudando a lograr su compromiso de enseñar “compasión, respeto e integridad” a más de 2,000 graduados.

12. Las humanidades en la

educación médica: enseñando medicina social.

Nancy M. P. King

Desde 1978, el Departamento de Medicina Social de la Universidad de Carolina del Norte ha impartido el curso obligatorio: “Medicina y Sociedad”, para el que se destinan 90 minutos semanales durante el primer año de la escuela de medicina. Este curso es impartido en pequeños grupos a modo de seminario. Los profesores imparten el curso basándose en un programa de estudios extenso y bien desarrollado. *The Social Medicine Reader* (El lector médico-social) es una compilación de materiales del programa que está ahora en su segunda edición (*Duke University Press*, 2005).

Esta presentación describe el modo en que este curso integra la enseñanza de las humanidades médicas y las ciencias sociales médicas desde la perspectiva de un grupo de profesores con estudios en humanidades quién ha impartido este curso ya por 20 años. El curso investiga temas clave, incluyendo: la experiencia de la enfermedad desde el punto de vista del paciente, los factores sociales y sus efectos en la salud (familia, raza y grupo étnico, género, cultura, religión, estrato socio-económico), la relación médico-paciente, la medicalización, el etiquetamiento, la estigmatización, las enfermedades crónicas y la discapacidad, los límites y fronteras de la medicina, la cultura y la educación médica,

una amplia gama de temas sobre ética médica, la muerte, la asignación de recursos, el financiamiento sanitario en los Estados Unidos y la problemática del proveer atención a aquéllos que no están asegurados.

Los estudiantes del primer año de medicina están casi todo el tiempo en auditorios y se espera que memoricen grandes cantidades de información. En cambio, el curso “Medicina y Sociedad” destaca por su énfasis en la reflexión crítica sobre la profesión médica y su relación con la sociedad. Este curso enseña a valorar la complejidad y a aceptar la ausencia de respuestas claras como un reto continuo. El uso efectivo de las humanidades médicas en la enseñanza es fundamental para enfrentar este reto, con el fin de que los estudiantes se conviertan en clínicos pensantes y con recursos críticos.

El curso “Medicina y Sociedad” hace uso efectivo del rigor disciplinario de las humanidades para promover el aprendizaje de los estudiantes. Incorpora análisis literario, la lectura crítica de literatura médica y el examen de la historia y la filosofía para abordar cuestiones clave en el curso. El *Social Medicine Reader* incluye poesía, ficción, literatura y textos de filosofía, antropología, leyes, ciencias políticas e historia, para ayudar a demostrar a los estudiantes el modo en que la medicina da forma y es influenciada por la sociedad en la que es practicada. El carácter multidisciplinario de la enseñanza es esencial, por ejemplo, los temas éticos no son

segregados de su contexto social o de las preguntas científicas a las que están relacionados. La poesía y la ficción son tan útiles en la discusión sobre la finalidad de la vida, como en el examen del efecto de la pobreza en la salud, y los textos sobre el costo de la salud son importantes para informar tanto a las discusiones sobre la ética del suicidio asistido como la viabilidad de la reforma de salud. Algunos ejemplos de textos incluidos en el curso y el programa de estudios serán proporcionados y discutidos, enfatizando la comparación interinstitucional de estrategias pedagógicas.

13. La evolución diversa de la medicina social: del ambientalismo socio-estructural al individualismo conductual y de vuelta.

Dorothy Porter

Introducción. La segunda edición del *Social Medicine Reader* editado, como el primero, por el profesorado del Departamento de Medicina Social de la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, ofrece el punto de vista de una disciplina académica que ha batallado por más de un siglo para encontrar una definición precisa de su quehacer. El rango intelectual de *The Reader* incluye muchos enfoques característicos de visiones tempranas de la disciplina, como son: la estructura social y económica de la provisión de atención sanitaria, la política sanitaria y el holismo clínico. Esta edición, que consta de tres volúmenes, también refleja los parámetros conceptuales en evolución del campo que incluyen la relación

médico-paciente en sociedades culturalmente diversas. Sin embargo, la evolución de la medicina social como materia ha sido internacionalmente diversa y, por lo tanto, no existe una definición coherente de la disciplina.

¿Puede la historia de esta diversidad en la evolución ayudar a encontrar coherencia en la definición y propósito intelectual para la disciplina para ayudar en su entendimiento y respondiendo a la expansión del complejo biomédico tecnológico en envejecimiento postindustrial? Este ensayo examina brevemente algunos puntos del desarrollo de la medicina social como disciplina académica y su conexión con conceptualizaciones políticas sobre el papel de la medicina en la sociedad. Luego ofrece un análisis sobre posibles direcciones paradigmáticas que surgen en el contexto anglo-americano de hoy.

14. Rotación de salud comunitaria: introducción a temas de acceso comunitario, competencia cultural y apoyo a la salud.

Michele Pugnaire, Mary Zanetti, Michael Godkin, Deborah Katz, Robin Klar, Janet Hale, Linda Cragin, y Suzanne Cashman

Antecedentes. La rotación de salud comunitaria es una experiencia obligatoria de dos semanas en la comunidad para todos los estudiantes del primer año de medicina de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachussets. La figura de la rotación hace posible la

colocación del estudiante en una agencia comunitaria, un proyecto en grupo que aborde un tema específico de salud de la población y un programa de estudios corto basado en conferencias. Hace dos años, se añadió a la rotación la sesión de simulación “Camina en mis zapatos”, desarrollado por la comunidad *Catalyst*, una organización de beneficiarios de la salud.

La sesión utiliza una experiencia en un grupo grande para que los estudiantes “experimenten” las barreras al acceso de la atención sanitaria. Se introduce a los participantes a las desigualdades sociales, culturales y económicas para el acceso a la salud y se analiza el modo en que éstas interactúan con otras determinantes sociales como la vivienda y el empleo. En la discusión final asociada a la actividad, los estudiantes aprenden acerca de la política pública y el papel del apoyo para enfrentar estos asuntos y barreras.

Método. Durante el año académico del 2005-2006 se desarrollaron y aplicaron cuatro evaluaciones a 101 estudiantes de medicina para medir la efectividad de los componentes más importante de la Rotación de Salud Comunitaria. Los estudiantes completaron una evaluación global al final de la

sesión de simulación (n=80), al final de la experiencia de dos semanas (n=97), así como un examen pre y post sesión de simulación (coinciden n=60).

Resultados. Los resultados generales de la evaluación mostraron que el 92% de los estudiantes reportaron haber desarrollado más sensibilidad a las necesidades de poblaciones específicas y el 83% desarrollaron una comprensión de su papel como defensor comunitario. En relación a la sesión de simulación más del 90% de los participantes marcaron “a favor” o “fuertemente a favor” cuando inquiridos acerca de si el ejercicio les brindó la oportunidad de repensar y hacer empatía con la experiencia de las personas médicamente desprivilegiadas. Además, el 90% estuvo “a favor” y “fuertemente a favor” de que el tema es esencial para su capacitación como médicos. El 79% indicó que la sesión de simulación fortaleció su intención de abordar problemas de atención sanitaria.

Basados en las respuestas coincidentes entre los exámenes pre y post rotación, los cambios en la precisión del conocimiento estuvieron asociados con los siguientes temas: los inmigrantes legales pueden no tener derecho a varios programas de asistencia

públicos [42%]; los proveedores de salud tienen que brindar interpretación [33%]; los protocolos de tratamiento establecidos impiden las diferencias de tratamiento basadas en raza, cultura o etnia [19%]; los empleadores están obligados a permitir a sus empleados a atender a consultas médicas dentro de sus horarios de trabajo [35%] y los inmigrantes legales que residen en Massachussets tienen el mismo acceso a la atención médica que los ciudadanos norteamericanos [31%].

Discusión. Basándose en el análisis de los datos pre y post rotación, vemos que los estudiantes adquirieron conocimientos relacionados a los derechos de los inmigrantes a programas de salud, factores institucionales relacionados con disparidades étnicas y raciales y discriminación basada en el idioma. Estos resultados indican que un ejercicio como la sesión de simulación podría ser una herramienta útil para evaluar el entrenamiento de la competencia cultural de una manera de acuerdo al ámbito del AAMC TACCT, así como a metas hacia la competencia cultural.