

Justicia social: el corazón de la educación médica

Allen L. Hixon, Seiji Yamada, Paul E. Farmer, Gregory G. Maskarinec

Raíces y definición de “justicia social”

En medicina, definimos “justicia social” como la igualdad en el acceso y la calidad del cuidado de la salud, así como el derecho a la salud para todos.¹ Esta definición reconoce, como identificó la Declaración de Alma Ata hace más de 30 años, que las grandes desigualdades en el nivel de salud son política, social y económicamente inaceptables y que la salud es un derecho humano fundamental.²

El concepto moderno de justicia social en salud proviene de la medicina social del siglo XIX, cuyo fundador, Rudolf Virchow, dijo:

El médico es un defensor natural de los pobres... la medicina nos ha llevado imperceptiblemente al campo social y nos ha puesto en una posición para enfrentar directamente los grandes retos de nuestro tiempo.³

Allen L. Hixon. Médico. Profesor y Jefe, Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria, Escuela de Medicina John A. Burns, Universidad de Hawaii

Correo-e: hixon@hawaii.edu

Seiji Yamada. Médico y maestro en salud pública. Profesor Asociado, Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria, John A. Burns, Escuela de Medicina, Universidad de Hawaii.

Correo electrónico: seiji@hawaii.edu.

Paul E. Farmer. Médico, PhD. Profesor, Universidad Kolokotronis, Universidad de Harvard; Director, Departamento de Salud Mundial y Medicina Social, Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard.

Correo-e: Paul_farmer@hms.harvard.edu

Gregory G. Maskarinec. PhD. Profesor asociado, Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria, Escuela de Medicina John A. Burns, Universidad de Hawaii.

Correo-e: gregorym@hawaii.edu

Mientras que los conceptos de justicia individual se centran en los derechos y las obligaciones del individuo dentro de un estado organizado, los principios de justicia social amplían estos derechos y obligaciones que incluyen las responsabilidades de la sociedad hacia sus miembros y las responsabilidades de éstos hacia los demás.⁴ La equidad exige que casos similares sean tratados de modo semejante para que exista equidad en la medicina; los pacientes con condiciones similares deben tener derecho a un tratamiento igual, independientemente de su situación económica, ingresos, género, origen étnico o cualquier otro factor social. Para lograrlo, el tratamiento podría requerir el reconocimiento de las situaciones socio-económicas particulares que han llevado a esta condición.⁵ El compromiso con la justicia social exige que no limitemos nuestro sentido de la justicia a una simple oferta más equitativa de servicios de salud para quienes están enfermos y que examinemos las injusticias existentes en la distribución de la salud y las razones subyacentes de las cargas injustas de la enfermedad.

La capacitación en materia de justicia social promueve una apreciación de cómo es que la medicina encaja en economías políticas nacionales e internacionales y enfatiza que es necesario combatir las fuerzas sociales que crean y refuerzan la pobreza para mejorar la salud de todos los ciudadanos del mundo.⁶ Las raíces históricas de la perspectiva de justicia social en la práctica de la medicina proporcionan antecedentes para comprender las recientes tendencias que moldean el ambiente de los servicios de salud, así como la respuesta educativa ante éste. Estas tendencias incluyen, entre otras cosas, entender las disparidades en salud, los servicios de salud interculturales, la diversidad de la fuerza laboral,

la alfabetización sanitaria y la atención primaria orientada a la comunidad y la salud en el mundo.

¿Cómo la justicia social se mueve más allá del “profesionalismo” o “la práctica basada en los sistemas”

Los médicos están obligados a hacer juicios bioéticos en el contexto de los derechos humanos básicos como parte integral de su quehacer cotidiano con pacientes y familias. Sin embargo, pocas escuelas de medicina enseñan sistemáticamente los derechos humanos y la relación de estos con la bioética.⁷ Dos de las competencias actuales de posgrado presentadas por el Consejo de Acreditación de Posgrado en Medicina (ACGME, por sus siglas en inglés), "profesionalismo" y "la práctica basada en los sistemas", requieren el compromiso del médico con el sistema de servicios de salud. El "profesionalismo" aborda los principios éticos que, en su mayoría, surgen de la práctica clínica y de la relación médico-paciente, incluyendo el consentimiento informado, la confidencialidad del paciente y los deberes fiduciarios de los médicos con sus pacientes. Mientras que esto es fundamental para un buen cuidado, esta competencia se queda corta de una perspectiva médica que abarque su papel en la mejora de la sociedad en general. La competencia de "prácticas basadas en los sistemas" abarca el contexto más amplio de la práctica clínica, incluyendo una comunicación efectiva con los diversos miembros del equipo médico. Pero no hay competencia que se centre en garantizar una distribución más equitativa de los recursos de salud, comprender los determinantes sociales de la salud, reconocer la injusticia dentro de las instituciones de salud como hospitales o clínicas o abogar por cambios positivos en la sociedad y en el sistema de salud, en general, temas que continúan sin resolverse por el "profesionalismo" o por la 'práctica basada en los "sistemas", pero que son cruciales para la práctica de la medicina que reconoce la salud como un derecho básico del ser humano.

La importancia de la justicia social para el futuro de la atención médica se hace evidente si examinamos algunos de los temas críticos que enfrenta hoy en día la atención médica en los Estados Unidos de Norteamérica: (a) los altos costos que llevan a un acceso limitado a la atención médica⁸; (b) la atención inadecuada para la prevención⁹; (c) los esquemas de reembolso que premian la intervención y numerosos

procedimientos a expensas de un análisis comprometido y detallado de los problemas; (d) los resultados de salud de la población marginada, incluyendo disparidades de tipo racial y socioeconómicas,¹⁰ (e) la inadecuada distribución de especialistas con respecto a médicos generales para la atención primaria,¹¹ (f) un creciente desequilibrio en los servicios de salud rurales/urbanos y (g) el crecimiento de la población no asegurada, incluyendo niños.¹² (De los 48,6 millones de norteamericanos sin seguro médico en 2011, 7 millones eran niños).¹³

Las fuerzas sociales y económicas no son incidentales a la educación médica: dibujan el rostro de la profesión. Muchos problemas globales contemporáneos —incluyendo la pandemia del VIH/SIDA y la estrecha interacción entre la investigación biomédica y la industria farmacéutica— nos obliga a inculcar una orientación filosófica que ayude a los estudiantes y médicos practicantes a reconocer y responder éticamente a los desafíos inherentes en los servicios de salud. Un de estos retos es la distribución internacional de empleados en los servicios de salud. En un artículo publicado en el 2005, Mullan señaló que los médicos egresados a nivel internacional constituyen un 23% a 28% de los médicos en los Estados Unidos de Norteamérica, el Reino Unido, Canadá y Australia y que países con bajos ingresos aportaron de 40% a 75% de estos médicos egresados a nivel internacional, reduciendo la oferta de médicos en muchos países de bajos ingresos.¹⁴ Mientras tanto, al igual que la educación médica en los Estados Unidos de Norteamérica: "en el mundo demasiada educación médica convencional para la salud desconoce las raíces sociales de las grotescas desigualdades."¹

La Medicina Social

Como receta para los males del sistema actual de los servicios de salud recomendamos una adopción más amplia de los materiales y métodos de la medicina social. La medicina social estudia la salud de grupos colectivos de personas junto con las relaciones de poder entre los grupos y las instituciones que impactan la salud. La medicina social analiza históricamente las causas originales de la salud y la enfermedad y promueve la defensa y el activismo en torno a éstos. Intenta contrarrestar los enfoques reduccionistas frecuentes en la práctica médica actual, los cuáles con frecuencia reducen la atención médica a prácticas empresariales eficientes y tratan a la

enfermedad como si los sistemas de órganos de individuos enfermos sólo estuvieran involucrados de manera aislada.¹⁶

Como preguntó Rudolf Virchow:

¿Acaso no siempre encontramos que las enfermedades de la población se atribuyen a los defectos que existen en la sociedad?"¹⁷ Los médicos deben continuar buscando y solucionando "los defectos en la sociedad", si es que la salud ha de ser reconocida como un derecho básico del ser humano. Como se observa en la introducción editorial de la revista *Medicina Social*, "[L]os problemas sociales del mundo contemporáneo entran al consultorio médico todos los días. Los detalles mundanos de los determinantes sociales de la salud están escritos en pequeño en nuestros encuentros diarios con los pacientes".¹⁸ Muchos de los médicos practicantes podrán gradualmente ir tomando conciencia de esto por cuenta propia; de incluir la capacitación en justicia social, esto ayudaría a asegurar que los médicos busquen remediar los orígenes de la enfermedad.

Salvador Allende, médico y uno de los primeros promotores de la medicina social en América Latina, identificó el papel subordinado de Chile en el sistema mundial de producción e intercambio como la causa de la enfermedad de su gente.¹⁹ Como Presidente de Chile intentó limitar el papel de las corporaciones multinacionales. Por sus esfuerzos, se convirtió en una víctima del cambio de régimen.

En un intento por comprender y corregir los mecanismos de la injusticia social y la violencia estructural y para articular explícitamente "una opción preferencial para los pobres", el movimiento de la Teología de la Liberación en América Latina ha ejercido una influencia en la dirección que ha tomado la Medicina Social en Latinoamérica.²⁰ A diferencia de la mayoría de las teologías previas y en contraste con gran parte de la filosofía moderna, la teología de la liberación intenta usar el análisis social, tanto para explicar, como para deplorar, el sufrimiento humano. Sus textos clave ponen nuestra atención no simplemente en el sufrimiento de los infortunados de la tierra, sino también sobre las fuerzas que promueven ese sufrimiento.²¹

La Declaración de Alma Ata

La Declaración de Alma-Ata,²² emitida en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), reafirmó la definición de salud de la OMS como "un estado de un pleno bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."²³ Reconoció la salud como un derecho humano fundamental. Las grandes desigualdades en salud fueron proclamadas como política, social y económicamente inaceptables y se afirmó que la Atención Primaria en Salud (APS) debe ser universal como clave para mejorarla y reducir las desigualdades en su estatus. Un enfoque multisectorial y la participación de la comunidad que enfatiza la salud como un estado positivo fueron las características principales de la estrategia de APS, así como un énfasis en la equidad de la salud.²⁴ Se esperaba que la iniciativa "Salud para Todos para el año 2000" de la OMS fuera financiada a través de la reducción de gastos militares, un esperado desarrollo que aún no ha ocurrido.

Los determinantes sociales de la salud

Según lo definido por la OMS:

... los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estas circunstancias son formadas por la distribución de dinero, el poder y los recursos existentes en los niveles global, nacional y local.²⁵

lo cual es influenciado, a su vez, por las opciones de política.

Los determinantes sociales de la salud son mayormente responsables de las inequidades en la salud -las injustas y evitables diferencias en el estado de salud vistas en y entre los países-.²⁵

Los determinantes sociales de salud incluyen, por un lado, el acceso a agua potable e higiene, seguridad alimentaria, igualdad de género,

seguridad económica y social, y el acceso a los recursos sanitarios apropiados, y, por el otro lado, las sanciones internacionales que acarrearán condiciones de vida insalubres, los efectos de guerra, incluidas las consecuencias que éstas implican para los refugiados y las personas internamente desplazadas,²⁶ y la pobreza, así como también las condiciones de trabajo y empleo (incluyendo la seguridad ocupacional) y la distribución de recursos en y entre las naciones.²⁷

La distribución desigual de los recursos mundiales, cuyas raíces se encuentran en la historia colonial y son sostenidas en el presente a través de los mecanismos modernos del mercado, impulsa en gran medida la producción social de la enfermedad.^{28,29} Si bien no podemos exigir que todos los médicos sean estudiosos de la historia del mundo o de la economía política global, deben, por lo menos, estar familiarizados con las maneras en que las fuerzas sociales de gran escala trabajan localmente para enfermar a sus pacientes. Para abogar por la justicia social, uno debe estar familiarizado con los mecanismos de injusticia, incluyendo sus fundamentos ideológicos e históricos.

"Violencia estructural" se refiere a factores sociales o institucionales que preservan la inequidad, la injusticia y la miseria humana -las maneras en que se expresa la distribución desigual del sufrimiento y el modo en que se experimenta como violencia por el sector marginado. James Gilligan define violencia estructural como

... el aumento de las tasas de mortalidad y discapacidad sufrida por aquéllos que ocupan los peldaños inferiores de la sociedad, en contraste con las relativamente bajas tasas de mortalidad de quienes están arriba de ellos.³⁰

El término acuñado por Johan Galtung³¹ ha ayudado a aclarar las relaciones estructurales entre la desigualdad y la enfermedad, sobre todo en la serie de ensayos y trabajos de Paul Farmer y colegas, los cuales demuestran con ejemplos concretos las formas en que la pobreza extrema restringe la capacidad de agencia personal y contribuye a las injustas disparidades en la salud.³²

El Departamento de Salud del Reino Unido ha concluido que

... ignorar los derechos humanos de las personas es malo para su salud. En contraste, la protección y la promoción de los derechos humanos, no sólo es bueno para la salud de los individuos, sino que además mejora la calidad de los servicios de salud para todos.³³

En respuesta a las fuerzas políticas y económicas mundiales algunos países ahora integran la salud y los derechos humanos en la enseñanza médica. En Sudáfrica la Comisión de la Verdad y la Reconciliación encontró que muchos médicos han sido participantes activos o pasivos de prácticas de tortura. En respuesta, el Consejo de Profesionales de la Salud de Sudáfrica ha planteado como obligatoria la enseñanza de los derechos humanos para las instituciones de educación superior: se han desarrollado competencias y planes de estudios en materia de salud y derechos humanos y se han implementado programas de capacitación para los docentes de medicina.³⁴ Probablemente dicha capacitación sea ya tardía en las escuelas de medicina de los Estados Unidos de América. Un informe del Comité de la Cruz Roja en "técnicas de interrogación mejoradas" utilizadas en contra los detenidos por la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos de Norteamérica^{35,36} señala la participación de profesionales de la salud en el proceso, de acuerdo con lo publicado por *Lancet*³⁷ y *New England Journal of Medicine*.³⁸

En previsión del rediseño de las residencias de medicina familiar de los Estados Unidos Norteamérica, Leach y Batalden recomiendan poner "las problemáticas de los sistemas sobre la mesa como elementos legítimos del plan de estudios."³⁹ El Instituto de Medicina (IOM por sus siglas en inglés) ha adoptado una postura similar en el contexto de las disparidades raciales y étnicas de la salud en los Estados Unidos de Norteamérica. A pesar del moderno sistema de salud bien fundado, el afianzamiento de las disparidades en la salud es ampliamente reconocido como inaceptable. El informe IOM, titulado *El Trato Desigual*, recomienda que

[o]rganizaciones responsables de la educación, formación y certificación de médicos profesionales y de salud deben desarrollar iniciativas especiales para aumentar los niveles de conciencia de las disparidades de la salud entre los proveedores actuales y futuros.⁴⁰

Al incluir los principios de justicia social en la enseñanza médica esta recomendación emitida por el IOM progresaría de una manera significativa.

El movimiento mundial para la salud y la justicia social

Estudios sobre la violencia estructural han llevado a una comprensión más profunda de los determinantes sociales de la salud.^{41,42} El interés académico por la equidad global de la salud está creciendo. Cada vez más estudiantes de medicina en los Estados Unidos de Norteamérica y otros países ricos expresan interés en la salud global, inspirados en los ejemplos establecidos por organizaciones como Compañeros en Salud y Médicos sin Fronteras (*Partners in Health* y *Medecins Sans Frontières*). Los estudiantes que se inscriben en cursos internacionales cada vez son más guiados por principios de justicia social, no preguntándose, asimismo: '¿Qué puedo aprender de esta experiencia?' o 'Cómo puede ayudarme esta experiencia a mejorar mis habilidades clínicas?' sino "¿Cómo puedo servir a los enfermos indigentes de la mejor manera?" o "¿Cómo puedo mejorar la situación de estos?"⁴³

La implementación de un plan de estudios de justicia social en la educación médica

Siguiendo el modelo sudafricano sugerimos varias competencias como base para un plan de estudios orientado a la justicia social:

Conocimiento

1. Familiaridad con las convenciones internacionales de derechos humanos y con los códigos de ética profesional.
2. Familiaridad con las legislaciones nacionales relativas a la salud y a los derechos humanos.
3. Conciencia de los servicios para refugiados,

inmigrantes, personas indigentes y sobrevivientes de violaciones de derechos humanos.

4. Comprensión de los determinantes sociales y de las implicaciones para su comunidad.

Actitudes

1. Ver a todas las personas como merecedoras de dignidad y respeto.
2. Disposición para asumir un rol de defensa y trabajo para el cambio.
3. Acercarse a los pacientes de manera no discriminatoria y sin prejuicios.

Habilidades

1. Evaluación de las necesidades de la comunidad y experiencias de desarrollo en comunidades.
2. Experiencia en la defensa y el cabildeo.
3. Capacidad para trabajar en equipos interdisciplinarios y en diversos entornos.

Los métodos que promuevan la autoreflexión y el pensamiento crítico deben guiar el desarrollo curricular. Visitas, juegos de roles, grupos de lectura, reportaje reflexivo, grupos pequeños de discusiones, enseñanza del uso de los medios y los proyectos comunitarios puede proporcionar oportunidades para modelar y educar en los principios de justicia social en una escuela o residencia médica. Debe examinarse el enfoque en la cultura institucional y las fuerzas de organización dentro de los hospitales, la academia, las agencias gubernamentales y los contribuyentes, los cuales en ocasiones pueden constituir barreras para una eficaz prestación de los servicios.

Numerosas escuelas de medicina y programas de residencia tienen proyectos que evalúan y abordan las necesidades específicas de salud en sus comunidades. La educación y la formación en hospitales públicos, centros de salud comunitarios y refugios para los indigentes, iniciativas de salud intercultural, programas de alfabetización en salud, camionetas ambulantes y proyectos de salud global sustentable; vinculación con las iniciativas de salud de la población y grupos de lectura de

medicina social son ejemplos de los proyectos existentes que contribuyen a satisfacer la competencia de la justicia social. Sin embargo, el servicio de aprendizaje en el contexto de la atención de salud a los marginados debe relacionarse con la necesidad de justicia social en el cuidado de la salud. Al afirmar que la justicia social es un valor integral a nuestros sistemas de cuidado de la salud y educación médica, establecemos tanto un estándar para los estudiantes cual una brújula moral para la reforma de la salud.

Figura 1

Competencias centrales de la Residencia Doris y Howard Hiatt en equidad global de la salud y medicina interna

- Evaluar y abordar los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.
- Adquirir habilidades clínicas necesarias para cuidar de los pacientes con una amplia gama de problemas de salud en lugares de escasos recursos.
- Realizar investigaciones sobre las disparidades de salud y salud global.
- Lograr habilidades de defensa, liderazgo y gestión operativa de programas de salud mundial.
- Obtener un conocimiento profundo acerca de la salud pública y problemas médicos específicos que afectan a una región geográfica del mundo.
- Desarrollar una fuerte base en la ética de la investigación y práctica médica internacional.
- Dominar la jerga científica para ejercer la medicina, conducir la defensa pública y realizar investigaciones en el área geográfica de interés.

Fuente: elaboración propia.

La Residencia Doris y Howard Hiatt en la Equidad Mundial de la Salud y Medicina Interna⁴⁴ adopta un enfoque integral hacia las competencias centrales (Figura 1).

En el 2010, una iniciativa estudiantil: La Certificación del Decano para la Distinción en Justicia Social, fue presentada en la Escuela de

Medicina John A. Burns (JABSOM, por sus siglas en inglés), Universidad de Hawaii, Manoa. El certificado otorga un reconocimiento formal para los estudiantes que al graduarse han demostrado la comprensión y aplicación de los principios básicos de justicia social en la medicina y que han participado en una serie de actividades académicas y comunitarias. Los estudiantes interesados elaboraron un plan de estudios par esta certificación y lo entregaron en la Oficina de Educación Médica y la Oficina del Decano, logrando la aprobación administrativa con una participación mínima de la facultad. Las características clave del plan de estudios se resumen en un diagrama desarrollado por estudiantes de medicina de JABSOM: Adrian Jacques Ambrose, Teresa Schiff y Katherine Rieth (Figura 2).⁴⁵

Un Programa Académico de Derechos Humanos y Justicia Social (HRSJ) fue lanzado en el año académico 2011--2012 en la Escuela de Medicina de Mount Sinai.⁴⁶ En el 2011, la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown inició una carrera académica de Justicia de Salud.⁴⁷ Estos proyectos, como el de JABSOM, vinculan responsabilidad social a los resultados de salud al exigir a los participantes en la comunidad, proyectos académicos y comunitarios que se aborden los determinantes sociales de salud y demuestran que estudiantes de medicina incluso sin iniciativas de la Facultad, reconocen que la justicia social, es, de hecho, el corazón de la medicina. La Facultad debe alentar y apoyar estos esfuerzos y ayudar a nutrir esfuerzos en otras escuelas.

Figura 2
Plan de estudios de Justicia Social, John A. Burns, Facultad de Medicina,
Universidad de Hawai'i, Manoa

JABSON Currículum de Justicia social



Fuente: elaboración propia.

Conclusión

Así como el sistema de salud está siendo transformado por presiones políticas, sociales y económicas, la educación médica debe responder a estos cambios mediante la creación de médicos capaces de desarrollar un pensamiento enfocado a los sistemas actuales y de llevar a cabo cambio basados en evidencias. Agregar a esto una capacitación en justicia social realzaría el enfoque educativo por encima del ambiente clínico y hospitalario y proporcionaría un marco para evaluar la interacción dinámica entre las fuerzas socioeconómicas y las de salud.

Agradecimientos

A Haun Saussy, PhD y Joseph Rhatigan, MD por su asistencia editorial.

Referencias

1. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge; 1996.
2. Hixon AL, Maskarinec GG. The Declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: relevance for family medicine today. *Fam Med*. 2008 Sep;40(8):585-8.

3. Virchow R. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. *Social Med*. 2006 Feb;1(1):11-27, 28-82, 83-98 [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/issue/view/5/showToc>
4. Rhodes R, Battin MP, Silvers A, editors. *Medicine and social justice: essays on the distribution of health care*. New York: Oxford University Press; 2002.
5. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*. 2007 Sep 29;370(9593):1153-63.
6. 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 Oct 11]. Available from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
7. Sonis J, Gorenflo DW, Jha P, Williams C. Teaching of human rights in US medical schools. *JAMA*. 1996 Nov 27;276(20):1676-8.
8. U.S. Department of Justice and Federal Trade Commission. *Improving health care: a dose of competition. A report by the Federal Trade Commission and the Department of Justice*. July 2004 [cited 2013 Oct 11]. http://www.justice.gov/atr/public/health_care/204694.htm

9. Leatherman S, McCarthy D. Quality of care for children and adolescents: a chartbook. New York: The Commonwealth Fund; 2004.
10. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care, Board on Health Sciences Policy, Institute of Medicine. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: National Academies Press; 2002.
11. Council on Graduate Medical Education. Twentieth Report. Advancing primary care. December 2010 [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpradvisory/cogme/Reports/twentiethreport.pdf>
12. Rhodes R, Battin MP, Silvers A, editors. Medicine and social justice: essays on the distribution of health care. New York: Oxford University Press; 2002.
13. De Navas-Walt C, Proctor BD, Smith JS, U.S. Census Bureau. Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2011. Current Population Reports, P60-243. Washington, DC: Government Printing Office; 2012 [cited 2013 Feb 9]. Available from: <http://www.census.gov/prod/2012pubs/p60-243.pdf>
14. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *New Engl J Med*. 2005 Oct 27;353(17):1810-8.
15. Farmer PE, Furin JJ, Katz JT. Global health equity. *Lancet*. 2004 May 29;363(9423):1832.
16. Anderson MR, Smith L, Sidel VW. What is social medicine? *Monthly Rev*. 2005 Jan;56(8):27-34 [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://www.monthlyreview.org/0105anderson.htm>
17. Virchow R. The epidemics of 1848. In: Rather LJ, editor. Collected essays by Rudolph Virchow on public health and epidemiology. Volume 1. Canton (MA): Science History Publications; 1985. p. 113-9.
18. The Editors. Introducing *Social Medicine*. *Soc Med*. 2006;1(1):2 [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/7/4>
19. Allende S. Chile's road to socialism. Baltimore (MD): Penguin Books; 1973.
20. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health*. 2001 Oct;91(10):1592-1601.
21. Farmer PE. Pathologies of power. Berkeley: University of California Press; 2003.
22. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [cited 2013 Oct 11]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
23. World Health Organization. WHO definition of health [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
24. Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care.' *Soc Sci Med*. 1986;23(6):559-66.
25. World Health Organization. Social determinants of health [cited 2013 Oct 11]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html
26. Yamada S, Fawzi MC, Maskarinec GG, Farmer PE. Casualties: narrative and images of the war on Iraq. *Int J Health Serv*. 2006;36(2): 401-15.
27. Representatives of the Civil Society to the Commission on Social Determinants of Health of the World Health Organization. Civil society's report to the Commission on Social Determinants of Health. *Soc Med*. 2007;2(4):192-211.
28. Kim JY, Millen JV, Irwin A, Gershman J. Dying for growth: global inequality and the health of the poor. Monroe (ME): Common Courage Press; 2000.
29. Meredith F, Mercer MA, Gish O, editors. *Sickness and wealth*. Cambridge (MA): South End Press; 2004.
30. Gilligan J. *Violence: reflections on a national epidemic*. New York: Vintage; 1997.
31. Galtung J. Violence, peace, and peace research. *J Peace Res*. 1969;6(3):167-91.
32. Saussy H, editor. *Partner to the poor: a Paul Farmer reader*. Berkeley: University of California Press; 2010.
33. Department of Health (UK). *Human rights in health—a framework for local action*. 2nd ed. London: Department of Health; 2008 Oct [cited 2013 Oct 11]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_088970
34. London L, Baldwin-Ragaven L, Kalebi A, Maart S, Petersen L, Kasolo J. Developing human rights competencies for South African health professional graduates. *S Afr Med J*. 2007 Dec;97(12):1269-70.
35. Danner M. *US torture: voices from the black sites*. N Y Rev Books. 2009 Apr 9;56(6):69-77.
36. International Committee of the Red Cross. ICRC report on the treatment of fourteen "high value detainees" in CIA custody. Washington, DC: ICRC; 2007 Feb [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://www.nybooks.com/icrc-report.pdf>
37. Miles SH. Abu Ghraib: its legacy for military medicine. *Lancet*. 2004 Aug 21-27;364(9435):725-9.

38. Bloche MG, Marks JH. Doctors and interrogators at Guantanamo Bay. *N Engl J Med.* 2005 Jul 7;353(1):6-8.
39. Leach DC, Batalden PB. Preparing the Personal Physician for Practice (P⁴): redesigning family medicine residencies: new wine, new wineskins, learning, unlearning, and a journey to authenticity. *J Am Board Fam Med.* 2007 Jul-Aug;20(4):342-7; discussion 329-31.
40. Institute of Medicine. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: National Academies Press; 2002.
41. Farmer PE. Infections and inequalities: the modern plagues. Berkeley and Los Angeles: University of California Press; 1999.
42. Farmer PE. AIDS & accusation: Haiti and the geography of blame. Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press; 1992.
43. Gupta R, Farmer PE. International electives: maximizing the opportunity to learn and contribute. *MedGenMed.* 2005 May 17;7(2):78 [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1681550>
44. Furin J, Farmer P, Wolf M, Levy B, Judd A, Paternek M, et.al. A novel training model to address health problems in poor and underserved populations. *J Health Care Poor Underserved* 2006 Feb;17(1):17-24.
45. Schiff T, Rieth K. Projects in medical education: "Social Justice In Medicine" a rationale for an elective program as part of the medical education curriculum at John A. Burns School of Medicine. *Hawaii J Med Public Health.* 2012 Apr;71(4 Suppl 1):64-7 [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3347740>
46. Mount Sinai Physicians for Human Rights. Human Rights & Social Justice Scholars Program [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://mountsinaiph.wordpress.com/human-rights-social-justice-scholars-program>
47. Georgetown University School of Medicine. Health Justice Scholar Track [cited 2013 Oct 11]. Available from: <http://som.georgetown.edu/medicaleducation/healthrightsandsocialjusticetrack>



Medicina Social
Salud Para Todos