

Antropología en Salud

---

Atención primaria, sociedad y calidad  
y cobertura universal en salud

---

Cuidado y atención a personas  
mayores postradas

---

Las revistas médicas como  
fuente de información histórica

---

Implicaciones culturales  
y sociales de la medicina

Historia, medicina y bioética:  
los retos historiográficos

---

Niños con trastorno neurológico  
y desnutrición en Oaxaca

---

Error en medicina,  
una reflexión bioética

---

Sobre el aborto  
y la objeción de conciencia





# RECOMENDACIONES A LA MUJER EMBARAZADA PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD.

## LENGUA INDÍGENA MAYA

Ba'ax unaj u beetik juntúul xyo'om ko'olel uti'al u yutsil bisi-kubáaj yéetel máaxo'ob ilik u toj óolal ichil u yo'omil, u yantal u chaampal yéetel u kanáantikubáaj ti' le ka'ak'aal k'iino'ob ts'o'ok u yantal u paalo'

# REVISTA CONAMED

• Vol. 23, Suplemento 1, 2018 •

---

- Editorial** s3 **La antropología en salud, un naciente campo disciplinar**  
*Anthropology in health, a nascent disciplinary field*  
Alfredo Paulo-Maya
- Carta al editor** s5 **Atención primaria, sociedad y calidad, fundamento para la cobertura universal en salud**  
*Primary care, society and quality, basis for universal coverage in health*  
Dr. José Meljem Moctezuma
- Artículos especiales** s7 **Redes sociales de apoyo en el cuidado y atención a personas mayores postradas**  
*Social support networks in the care and caring of bedridden elderly people*  
Yanira Aguilar Acevedo
- s13 **Las revistas médicas como fuente de información histórica: Una propuesta para su estudio y valoración material**  
*Medical journals as source of historical information: a proposal for its study and material evaluation*  
María Elena Ramírez de Lara, José Daniel Serrano Juárez
- s19 **Implicaciones culturales y sociales de la medicina**  
*Social and cultural implications of medicine*  
Ilario Rossi
- s25 **Historia, medicina y bioética: los retos historiográficos**  
*History, medicine and bioethics: the historiographic challenges*  
Gabino Sánchez Rosales, Verónica Ramírez Ortega
- s30 **“Desatención” institucional de niños con trastorno neurológico y desnutrición en Oaxaca**  
*Institutional neglect of children with neurological disorders and malnutrition in Oaxaca*  
Débora Herrera Ramírez, Alfredo Paulo Maya
- Artículos de opinión** s40 **Error en medicina, una reflexión bioética**  
*Error in medicine, a bioethics reflection*  
Eduardo García-Solís
- s46 **Sobre el aborto y la objeción de conciencia**  
*About abortion and conscientious objection*  
César Francisco Contreras López

# REVISTA CONAMED

**Director General**  
Dr. Onofre Muñoz Hernández

**Editor**  
Dr. Fernando Meneses González

## Comité Editorial

Lic. Marco Antonio de Stefano Sahagún  
Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez  
Dra. Carina Xóchitl Gómez Fróde  
*Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México*

Dr. Miguel Villasis Kever  
Dr. Rafael Arias Flores  
*Instituto Mexicano del Seguro Social, México*

Dr. Jesús Reyna Figueroa  
*Petróleos Mexicanos, México*

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez  
*Instituto Nacional de Cancerología, México*

Dra. Jessica Guadarrama Orozco  
*Hospital Infantil de México Federico Gómez, México*

Dr. Dionisio Herrera Guibert  
*Training Programs In Epidemiology Public  
Health Interventions Network, USA*

Dr. Juan Francisco Hernández Sierra  
*Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México*

Dr. Fortino Solórzano Santos  
*Hospital Infantil de México Federico Gómez, México*

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández  
*Instituto Nacional de Salud Pública, México*

Dr. Alejandro Treviño Becerra  
*Editor de la Revista Gaceta Médica de México (ANM)*

Mtra. Elysee Bautista González  
*FUNSAUD*

**Director Asociado**  
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

**Co-editores**  
Dra. Leticia de Anda Aguilar  
Dr. José de Jesús Leija Martínez

## Consejo Editorial

Dr. Juan Garduño Espinosa  
*Red Cochrane, México*

Dr. Carlos Santos Burgoa  
*The George Washington University  
and Milken Institute, USA*

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera  
*Facultad de ciencias de la salud.  
Universidad Panamericana, México*

Dr. Armando Mansilla Olivares  
*Academia Nacional de Medicina, México*

Dr. Jesús Tapia Jurado  
*Academia Mexicana de Cirugía, México*

Dr. Guillermo Fajardo Ortíz  
*Facultad de Medicina UNAM, México*

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi  
*Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México*

Dr. Carlos Castillo Salgado  
*Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA*

Dr. Tomás Barrientos Fortes  
*Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Anáhuac, México*

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez  
*Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México*

Dr. Ricardo García Cavazos  
*Escuela Superior de Medicina, IPN, México*

Dr. Manuel Ruiz de Chávez  
*Comisión Nacional de Bioética, México*

Dra. Matilde Loreto Enríquez Sandoval  
*Academia Nacional de Educación Médica, México*

Jonas Gonseth-García  
*Office of equity, gender and cultural diversity (EGC)  
Organización Panamericana de la Salud, México*

Dra. Diana Celia Carpio Ríos  
*Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, México*



Portada: Jorge Collado

**La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:**

Medigraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



Impresa en Papel Libre de Ácido  
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 23, Suplemento 1, 2018, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, calle Mitla, No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx), [revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx), fecha de última modificación, 29 de noviembre de 2018. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

## La antropología en salud, un nascente campo disciplinar

*Anthropology in health, a nascent disciplinary field*

Alfredo Paulo-Maya\*

En un artículo publicado en 2006<sup>1</sup> los distinguidos antropólogos Hans A. Baer, Merrill Singer, Debbi Long y Pamela Erickson pusieron en debate la necesidad de replantear los enfoques teórico-metodológicos de la antropología médica, teniendo en cuenta el sistema de factores socioculturales involucrados en la salud que permitan reflexionar sobre los tipos de relaciones que han establecido los antropólogos con las instituciones biomédicas; de esta manera, los autores se manifiestan por una articulación entre las disciplinas que devenga en una antropología en salud.

Esto nos lleva a debatir la denominación del campo disciplinar, pero no como una cuestión semántica,<sup>2</sup> pues lejos de plantear una subordinación teórico-metodológica al dominio biomédico o peor aún, aspirar a su desaparición, se invita a reflexionar sobre las posturas y panoramas que podrían asumir los antropólogos cuyas investigaciones se articulan en los campos biomédicos.

El enfoque de la antropología en salud parte de la idea de que la globalización<sup>3</sup> es un hecho social consumado, por lo que se le concibe como un contexto sociocultural dominante en donde diversos sectores sociales y culturas del planeta que, de una u otra forma, se encuentran interconectados entre sí, establecen relaciones interculturales caracterizadas por la desigualdad: económica, política y cultural. Así, sugiere abandonar paulatinamente los estudios de comunidades (sistemas culturales aislados) y los enfoques centrados y propone «adecuaciones culturales» en los servicios de salud, sobre todo en aquellas poblaciones en las que predominan los hablantes de una lengua indígena.

En el caso de México, desde 2014 el enfoque de la antropología en salud se ha hecho gradualmente presente en la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Medicina, en particular, del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina y la Secretaría de Enseñanza Médica.<sup>4</sup> Se han consolidado las líneas de investigación con la participación de estudiantes de postgrado del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. Debo resaltar que ha sido clave la asesoría y compromiso académico del Dr. Ilario Rossi del Laboratoire THEMA (*Théorie sociale, Enquêtes critiques, Médiations, Actions publique*) del Institut des Sciences Sociales Université de Lausanne, Suiza.

Un ejemplo de lo expuesto son los artículos que forman parte del presente número donde se plantea expandir los sujetos y objetos bajo estudio. Rossi explica cómo la lógica biomédica, a través de su saber y accionar, impacta las formas de organización de diversos sectores de las sociedades del mundo. Aguilar, al abordar las redes sociales

\* Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de Facultad de Medicina de la UNAM.

**Correspondencia:**

APM, alfpaulo@comunidad.unam.mx

**Conflicto de intereses:**

El autor declara que no tiene.

**Citar como:** Paulo-Maya A. La antropología en salud, un nascente campo disciplinar. Rev CONAMED 2018; 23(supl. 1): s3-s4.

Recibido: 22/10/2018.

Aceptado: 29/10/2018.

que se configuran en torno a la atención de adultos mayores postrados, revela las contradicciones y conflictos que enfrentan los cuidadores en el seno del grupo familiar. Herrera y Paulo muestran los diferentes niveles que forman el proceso de desatención de niños que padecen problemas de desnutrición y trastornos neurológicos, los cuales afectan incluso a los profesionales de la salud. Desde un enfoque histórico, Ramírez y Serrano plantean la problemática en cuanto a las formas en que los profesionales de la salud de nuestro país han tratado de transmitir el saber biomédico internacional y las dificultades de la clínica. Finalmente, Sánchez y Ramírez sugieren la pertinencia del estudio histórico de bioética con el fin de exponer las transformaciones en los

conceptos y el abordaje de la no maleficencia, la autonomía y la justicia.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Baer H, Singer M, Long D, Erickson P. Current anthropology: a world journal of the sciences of man, ISSN 0011-3204, No. 4, 2016, 494-510.
2. Foucault M. Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. México: Siglo XXI; 2014.
3. Rossi I. Capítulo 2. La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época? In: Hamui L, Paulo A, Hernández I. La comunicación dialógica como competencia médica esencial. 1a Ed. México: El Manual Moderno, 2018, pp. 38-53.
4. Hamui L, Paulo A, Hernández I. La comunicación dialógica como competencia médica esencial. México: El Manual Moderno, 2018.



## Atención primaria, sociedad y calidad, fundamento para la cobertura universal en salud

*Primary care, society and quality, basis for universal coverage in health*

Dr. José Meljem Moctezuma\*

Estimado Editor

Me permito enviar unas reflexiones realizadas en el Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud y al Cuarto Foro Latinoamericano de Calidad y Seguridad en Salud realizado el 16 de octubre de 2016.

En el marco de la calidad y la seguridad del paciente hay dos temas que, aunque vigentes, se nos están haciendo viejos: la atención primaria y la cobertura universal. Se nos están haciendo viejos porque después de 40 años en que el mundo, en un acuerdo de voluntades al más alto nivel, bajo el lema «salud para todos en el año 2000» se buscó como meta cristalizar el derecho a la protección de la salud y si bien hay avances significativos, no hemos podido alcanzarla.

La atención primaria y la cobertura universal son temas que duelen en el mundo y duelen tanto que las organizaciones internacionales cúpula les han puesto atención, han diseñado diferentes estrategias y firmado compromisos, sin que hasta el momento esa necesidad haya sido totalmente satisfecha en muchos lugares del planeta.

Esos temas recientemente han tomado un nuevo impulso a fin de brindar atención integral a los problemas de salud mediante la prevención, el fortalecimiento del primer nivel de atención, la instrumentación de acciones médicas integrales y la participación de la comunidad.

A cuatro décadas de distancia en México y en otros países la estrategia no se ha consolidado. Ello quizá porque son diversas las interpretaciones en torno a la atención primaria y en consecuencia, a la forma de llevarla a la práctica. Para algunos no es más que acercar los servicios de salud a la población; para otros significa la atención general ambulatoria o la organización y desarrollo de la medicina familiar; también se le confunde con el primer nivel de atención; incluso se considera que ésta se logra si nos enfocamos en ciertos grupos de alto riesgo.

La atención primaria es algo más complejo, es integral, rebasa el concepto bioquímico de la enfermedad, reconoce que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapan al control del sector salud, por ello se ha manifestado expresamente la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo proporcione los servicios de salud, sino que ataque las causas fundamentales sociales, económicas y políticas de la falta de salud.

En la atención primaria se promueve sustituir los esquemas centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de

\* Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud.

**Correspondencia:**  
JMM, jose.meljem@salud.gob.mx

**Conflicto de intereses:**  
El autor declara que no tiene.

**Citar como:**  
Meljem-Moctezuma J. *Atención primaria, sociedad y calidad, fundamento para la cobertura universal en salud.* Rev CONAMED 2018; 23(supl.1): s5-s6.

Recibido: 16/10/2018.  
Aceptado: 22/10/2018.

segundo y tercer nivel por modelos fundamentados en la promoción de la salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población.

En México se han intentado, a lo largo de los años diversos, modelos para instrumentar esta estrategia, uno de ellos, el modelo de atención a la salud para la población «abierta», enfrentó varias dificultades para consolidarse como un modelo nacional, además de la coexistencia obligada con otros modelos de atención, por ejemplo, los de medicina general familiar del IMSS y del ISSSTE o el modelo comunitario del IMSS-Solidaridad (hoy IMSS-Prospera).

En el proceso de descentralización, y con la creación de los servicios estatales de salud, aparecieron nuevos modelos de atención en el ámbito de las entidades federativas.

Las estrategias emprendidas hasta ahora continúan inercialmente sin la atención debida, o bien son cambiadas sin que necesariamente se hayan hecho suficientes y sólidas evaluaciones que permitan identificar las causas de sus resultados deficientes y en consecuencia un ajuste del rumbo. Desde mi punto de vista son diversos los factores que han impedido avanzar en el tema y tienen que ver con la definición de una política pública, instrumentada en los tiempos necesarios, sin descalificaciones anticipadas, con consistencia, ya que requiere, como todos los procesos sociales, periodos relativamente largos para asentarse y operar adecuadamente.

Por otro lado, se ha privilegiado no sólo la formación de especialistas, sino también su contratación en las instituciones públicas de salud; parece que la calidad de la atención médica está condicionada a la mayor o menor especialización de los médicos.

Se advierte también una fuerte competencia entre la atención primaria de la salud y los avances propios de la medicina, en la ciencia y en la industria, que promueven el uso de la tecnología como el camino para mejorar las condiciones de salud de la población y se convierte en un elemento de presión técnica y social para que buena parte de los recursos se canalicen a la construcción y equipamiento de grandes hospitales con tecnología de vanguardia. Se llega a situaciones en las que el conocimiento del médico como científico pasa a un segundo plano, lo importante es contar con aparatos de tecnología de punta.

Adicionalmente, existen dos desafíos que se enfrentan para articular la atención primaria en el país: la dispersión de la población y su diversidad geográfica.

Éste es el reto. Como han señalado muchos autores, las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de los servicios prestados, sino en los problemas de salud que han de resolverse.

Este foro contribuirá a profundizar en el análisis de diversos ejercicios que sin duda enriquecerán la discusión para definir los caminos a tomar, buscando alcanzar cobertura y calidad.



## Redes sociales de apoyo en el cuidado y atención a personas mayores postradas

*Social support networks in the care and caring of bedridden elderly people*

Yanira Aguilar Acevedo\*

### RESUMEN

**Introducción:** Las redes sociales de apoyo constituyen recursos y barreras en la atención de las personas mayores, cobrando mayor importancia en quienes presentan dependencia como las personas en postración. **Objetivo:** Analizar la estructura y dinámicas de las redes sociales de apoyo en un grupo de personas mayores postradas en la Ciudad de México. **Material y métodos:** Estudio cualitativo de corte etnográfico con entrevistas a profundidad y observación participante. **Resultados:** Los principales recursos para las personas mayores provienen de las redes familiares y vecinales, mientras que las redes formales otorgan recursos regulares que permiten la atención médica y sobrevivencia económica. **Conclusiones:** Mediante el análisis cualitativo de las redes sociales de apoyo se detectaron las fortalezas en el cuidado así como los rezagos en la atención por parte de las redes familiares y formales. De esta manera se aportan elementos a la discusión sobre las áreas de oportunidad por parte de las instituciones gubernamentales, familiares y la sociedad.

**Palabras clave:** Redes sociales de apoyo, personas mayores, postración.

### ABSTRACT

**Introduction:** Social support networks are resources and barriers in the care of the elderly, becoming more important in those who are dependent as bedridden elderly people. **Objective:** Analyze the structure and dynamics of social support networks in a group of bedridden elderly people in Mexico City. **Material and methods:** Qualitative ethnographic study with in-depth interviews and participant observation. **Results:** The main resources for the elderly come from the family and neighborhood networks, while the formal networks provide regular resources that allow medical attention and economic survival. **Conclusions:** Through the qualitative analysis of the social support networks, the strengths in care were found, as well as the lag in the care provided by the family and formal networks. In this way, elements are contributed to the discussion on the areas of opportunity on the part of government, family and society institutions.

**Key words:** Social support networks, elderly, bedridden people.

\* Alumna de Doctorado en Ciencias Sociomédicas, campo disciplinario de Antropología en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Candidata a Doctorado en Ciencias Sociomédicas, campo disciplinario de Antropología en Salud.

**Correspondencia:** YAA, yaniraaguilar14@yahoo.com.mx

**Conflicto de intereses:** La autora declara que no tiene.

**Financiamiento:** Beca CONACYT programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Fac Medicina. UNAM.

**Citar como:** Aguilar-Acevedo Y. *Redes sociales de apoyo en el cuidado y atención a personas mayores postradas*. Rev CONAMED 2018; 23(supl.1): s7-s12.

Recibido: 04/10/2018.  
Aceptado: 15/10/2018.

www.medigraphic.org.mx

## INTRODUCCIÓN

El análisis de redes sociales en antropología de la salud es una herramienta teórico-práctica que permite conocer los distintos factores que influyen en la atención de las personas. Las redes sociales hacen posible el establecimiento de la identidad social, apoyo emocional, material, de servicios y de información. Para Djomba y Zaletel-Kragelj (2016)<sup>1</sup> la red es una fuerza preventiva contra el estrés, los problemas físicos y emocionales.<sup>2</sup> Existe una distinción teórica entre apoyos sociales y redes sociales con la finalidad de diferenciar que en las interacciones sociales es probable que haya efectos negativos y positivos.<sup>3</sup> La red social puede contener ambos aspectos, mientras que los apoyos sociales tienen un sentido preferentemente positivo.

El apoyo social se encuentra ligado al estado de salud, tanto en el ámbito pragmático de cuidado ante los síntomas como en lo simbólico y afectivo. Produce un efecto amortiguador ante los problemas de salud, otorga soporte emocional y material.<sup>4</sup> En su interior ocurren relaciones e interacciones regulares, sus miembros están unidos por algún tipo de identidad común, realizan una serie de intercambios afectivos e instrumentales de forma continua y recíproca.<sup>5</sup> Entendiendo como apoyos materiales: dinero, vestimenta, medicamentos, vivienda y alimentación; entre los apoyos no materiales se consideran: cuidado, consejo, afecto, compañía e información.<sup>6</sup>

Para su análisis las redes sociales de apoyo se dividen en formales e informales, haciendo posible distinguir las interacciones entre sociedad e instituciones. En las redes sociales formales se incluyen los tipos de servicios que presta el Estado,<sup>7</sup> entendidos como programas sociales y de servicios de salud. Las redes informales incluyen a las personas que se relacionan entre sí a partir de la convivencia, valores, reglas sociales y no en un esquema institucional formal.<sup>8</sup>

Las personas mayores que se encuentran en postración necesitan una amplia red social de apoyo para sobrevivir, mantener sus tratamientos y su salud. La combinación de apoyos cotidianos que brindan los familiares, la participación del personal de salud y de los programas sociales constituyen su sustento, o bien las barreras para mantener su calidad de vida.

Los cuidadores informales son quienes se hacen cargo de la atención doméstica de las personas mayores,<sup>9</sup> organizando los apoyos provenientes de las redes sociales para satisfacer sus necesidades.<sup>10</sup>

El objetivo del presente artículo es analizar la estructura y dinámicas de las redes sociales de apoyo de un grupo de personas mayores en situación de postración que habitan en la Ciudad de México. Se expone el caso de cinco personas mayores postradas que viven en sus domicilios atendidos por cuidadores familiares y habitan en las Alcaldías: Iztapalapa, Benito Juárez, Tlalpan y Coyoacán.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un estudio cualitativo con entrevistas a profundidad y observación participante. El tipo de muestreo aplicado fue intencional, no probabilístico, a conveniencia con criterios de selección. Los casos forman parte de una investigación original con una fase de estudio de campo de 2016 a 2017 que actualmente se realiza en el marco del programa de Doctorado en Antropología en Salud en el Postgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México. Los criterios de inclusión para los entrevistados fueron: tener más de 60 años, presentar postración, contar con un cuidador familiar y aceptar participar en la investigación.

Las redes sociales se reconstruyeron a partir de preguntas que permitieran obtener nombres de las personas con las que conviven, el tipo de relación y de recursos que se transmiten. Los apoyos fueron clasificados en económicos, información, acompañamiento a citas médicas, compra de medicamentos, horas de cuidado, consulta médica, alimentos y compañía. En el caso de los informantes que no fueron capaces de responder, las preguntas se hicieron a su cuidador primario. Los casos corresponden a cinco mujeres mayores de 60 años y sus cuidadores, tres mujeres y dos hombres.

## RESULTADOS

Las personas entrevistadas fueron adultos mayores en situación de postración y sus cuidadores, con la siguiente situación de salud (ver *tabla 1*):

**Tabla 1.** Presentación de informantes.

Informante	Problema de movilidad	Morbilidad	Estado cognitivo	Servicio de salud
Justina	Postración de ocho años	Sin diagnóstico	Demencia sin origen definido	IMSS
Lucía	Postración de cuatro años	Hipertensión, diabetes	Demencia por Alzheimer	Ninguno/privado
Encarnación	Postración de 10 años	Diabetes, cataratas	Deterioro cognitivo moderado	Ninguno/privado
Emilia	Postración de cuatro años	Hipertensión	Demencia por EVC	Seguro popular
Margara	Postración de seis años	Sin diagnóstico	Esquizofrenia, demencia	Seguro popular

Fuente: Elaboración propia, entrevistas 2016-2017.

Todas las personas mayores presentan algún trastorno neurocognitivo, comorbilidades como hipertensión o diabetes mellitus. En el caso de Justina es cuidada en casa por su hijo, con ayuda esporádica de sus cuatro hijos y sus familias así como de una red de vecinos y amistades de su hijo. El origen de su postración es un trastorno neurocognitivo de origen desconocido, el cual inició hace 15 años con problemas de memoria hasta la pérdida completa y trastornos del habla.

Lucía es cuidada por un hermano, tiene una sola hija que no vive en el mismo país. Padece Alzheimer, hipertensión y diabetes, tiene limitación en miembros superiores e inferiores. Encarnación es cuidada por un hermano, sus hijos, sobrinos y otros hermanos, además de vecinos. Padece diabetes, cataratas y presenta deterioro cognitivo. Emilia es cuidada por su hija, la familia de ésta, amistades y vecinos. Padece hipertensión arterial, deterioro cognitivo moderado e inmovilidad en la mitad del cuerpo debido a un EVC. Margara es cuidada, padece esquizofrenia y problemas de memoria.

En todos los casos los cuidados se realizan en casa y son atendidos en instituciones de salud pública.

### La dinámica de las redes sociales de apoyo

Cuando caracterizamos la red informal se detectaron tres componentes: parentesco, vecindad y amistad. Las relaciones de parentesco se refieren a todas las personas con vínculo sanguíneo o político; las de vecindad a quienes manifestaron guardar una relación directa con la persona mayor y las de amistad, las

relaciones que se forjaron y perduran al momento de la entrevista.

En la red formal se incluyeron los programas sociales así como a los ejecutantes que interactúan con ellos para el cuidado y la atención. Los programas encontrados en la población son los asociados al Programa de Pensión Alimentaria Universal en la Ciudad de México, las visitas de sus ejecutantes son conocidas como PSAM (profesionales en la atención de adultos mayores). Para la atención a la salud se encontraron los servicios del IMSS, Seguro Popular, Centro de Salud, médico de farmacia, médico particular y medicina alternativa. La cobertura de salud indica que sólo una persona mayor tiene IMSS y pensión, las otras personas son atendidas por el Seguro Popular, en dos casos no están inscritos en un servicio de salud.

La *figura 1* es la representación visual de las redes completas, se indica mediante círculos la red informal y la red formal; a esta última se le añadió el nombre del programa o institución a la que se alude. Se exponen los cinco casos, la figura de triángulo representa a la persona mayor; cada lazo representa una interacción recíproca y la conexión con otros miembros de las redes. Todos los casos se conectan con los programas de la red formal, a excepción de las variaciones entre los servicios de salud a los que asisten. Como se observa el mayor componente lo tiene el sector informal, siendo el componente familiar el que destaca por su representación. Sin embargo, en el caso de quienes no formaron una familia propia o cuyos hijos viven en otras ciudades, tienen en su atención un componente mayor de vecinos y amistades que amortiguan el trabajo de los cuidadores primarios. Dentro de las redes de

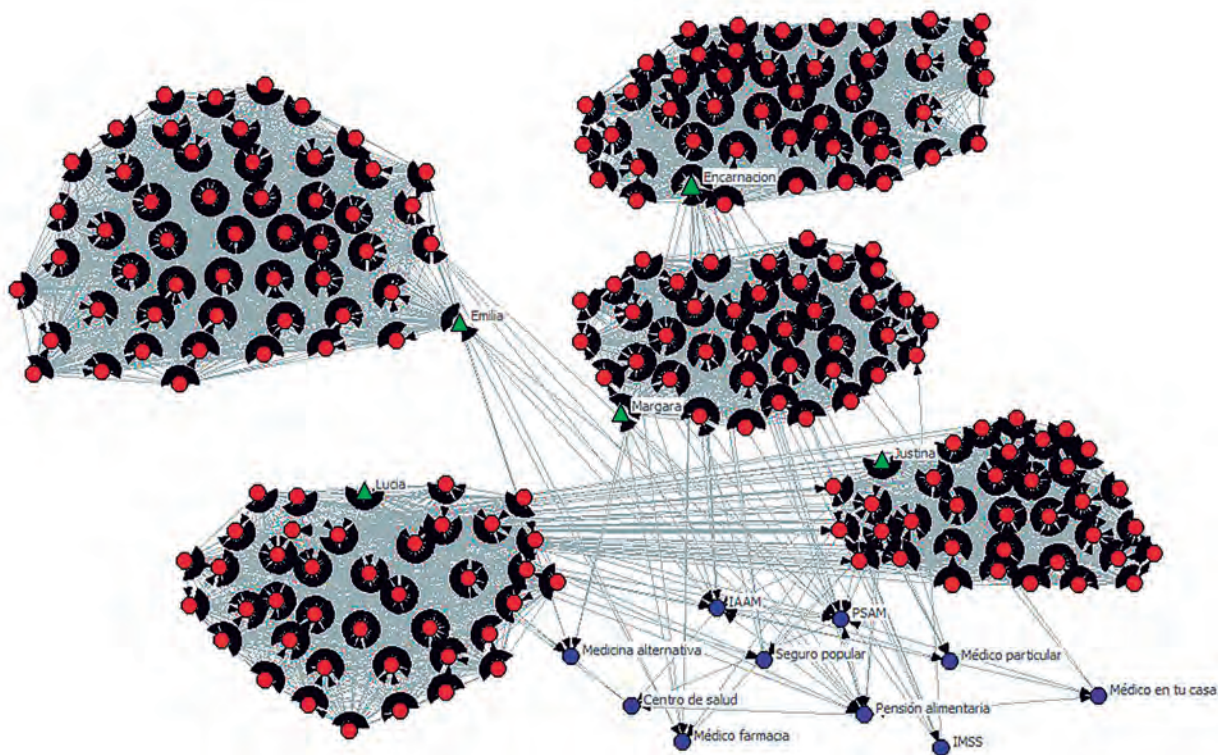
amistades y vecinos son los vecinos quienes aportan más variedad de recursos y servicios, dado que el componente de amistades tiene un número menor y su implicación en el cuidado es esporádica.

En la dinámica de las redes se observa una gran conexión y densidad entre los miembros de la red informal, ya que las personas que la componen guardan una relación entre sí; mientras que las redes formales no tienen esos grados de conexión, puesto que los programas no suelen interactuar en la atención de las personas mayores.

La densidad de las redes encontradas es de 95%, es decir, todos están conectados. Las cinco personas mayores y sus cuidadores se conectan entre sí a partir de los servicios de atención médica y gerontológica. El grado de centralidad es mayor en el uso de médicos de farmacia y médicos privados que pueden acudir al domicilio; el grado de centralidad que presentan éstos es de 40%, seguido de la atención por medio del Seguro Popular y del IMSS. La medicina alternativa expresada en la búsqueda de productos en tiendas

naturistas, tés herbolarios, compra de vitaminas y preparados que ofertan vendedores casa por casa, ocupa un lugar significativo en las redes de atención. Lo anterior evidencia que el gasto de bolsillo se centra en obtener consultas médicas domiciliarias y por ende medicamentos.

El grado de intermediación indica que toda la atención de la red formal y cuidados de la red informal pasan por el filtro del cuidador primario (grado de intermediación 9.73). Después de esto las conexiones entre las personas mayores y la red de apoyo se administran por la familia, incluyendo el componente de la red del equipo de salud. Otro actor que concentra la intermediación es el PSAM (grado de intermediación 7.67), la persona que realiza visitas domiciliarias de seguimiento de dos a tres veces al año y quién suele activar las redes de servicios al detectar anomalías en la salud o bienestar. Esta figura es central por conocer la situación de los hogares, las problemáticas y necesidades, el estado de las viviendas y las condiciones de riesgo de la comunidad donde habitan.



Fuente: Elaboración propia, entrevistas 2016-2017.

Figura 1. Redes sociales de apoyo de las personas mayores en situación de postración.



### Los recursos de las redes y las problemáticas en su interior

Al interior de las redes sociales existen tensiones y personas que se autoexcluyen del cuidado. Entre las excepciones detectadas están: ser mujeres y tener familia propia, la falta de recursos económicos y la distancia geográfica. Las interacciones observadas muestran que la carga de atención y seguimiento del tratamiento médico queda a cargo del cuidador, de un pequeño grupo familiar y de vecinos que se enfocan en mantener la sobrevivencia cotidiana.

*A ella yo la veo diario, también vienen unas sobrinas, o luego los vecinos, así de todos los días yo creo como unas dos o tres personas, porque saben que estamos solas. Ya cuando se enferma corro a avisar y conseguir el médico, vienen sus sobrinas, ya se mueven todos (Cuidadora).*

Las tensiones entre el cuidador y otros miembros de las redes sociales se asocian a discrepancias en torno al tratamiento, alimentación, movilización y recursos económicos.

*Se hacen las enojadas y ya no vienen, que si llevo a mi mamá con un doctor o con otro, que si no la llevo. Pero no es fácil llevársela, hay que buscar un taxi que quiera porque luego no todos quieren, ir desde la mañana o un día antes a hacer la cita, estar ahí esperando porque con todo siempre se tardan. Luego ella se desespera y cómo va a ser que uno la pueda calmar ahí, se pone más nerviosa. Yo prefiero traer al doctor de la vuelta, pero luego ellas se quejan porque dicen que ése no es bueno, pero no son para pagar otro más caro (Cuidador).*

La atención médica es otro punto de discusión, algunos consideran que debería existir un número más frecuente de consultas; mientras que otros asumen que la condición de la persona mayor ya no requiere tratamientos médicos.

### Facilitadores y barreras de la atención médica

Dentro de los facilitadores en las redes de apoyo se observó que el acceso a programas con atención

médica en casa puede facilitar la percepción de seguridad sobre el cuidado y tratamiento realizado. El programa de pensión alimentaria aporta recursos para alimentación, vestimenta y gastos médicos, además de subprogramas de atención médica y gerontológica. Además de las redes familiares que mueven recursos materiales y simbólicos, las redes de vecinos y amigos promueven respiro al cuidador, pueden amortiguar los conflictos familiares, colaboran de manera importante en las situaciones de emergencia al vivir cerca de las personas mayores.

Las barreras para las personas mayores postradas son el funcionamiento limitado o inadecuado de los programas de atención en casa debido a la falta de seguimiento de citas, al acceso a medicamentos gratuitos y a otros profesionales de salud que coadyuven a la atención así como a la falta de personal que pueda capacitar al cuidador en casa con temas específicos para los pacientes en postración. Un área descuidada es la atención a los problemas de salud mental, al ser personas mayores y con deterioro cognitivo se asume ineficacia en el tratamiento, por lo que simplemente se les deja sin atención. Tampoco se dan indicaciones sobre rutinas mínimas de estimulación cognitiva para evitar un ritmo mayor de deterioro.

Otras barreras dentro de las redes de apoyo son los tiempos de espera de los centros de salud locales, por lo que se prefiere la visita de médicos privados en casa, y la falta de medicamento gratuito y de otros servicios de salud como psicología, nutrición y rehabilitación.

### CONCLUSIONES

Mediante el análisis cualitativo de las redes sociales de apoyo se observaron las fortalezas en el cuidado así como los rezagos en la atención por parte de las redes familiares y formales. Cada uno de los personajes entrevistados da pie para señalar cómo una persona mayor puede ser vulnerada a partir de su condición de salud, de la falta de acceso a seguridad social, de las limitaciones en el sector salud que permitan alentar su estimulación física, cognitiva y tratamientos centrados en las personas.

Las redes sociales de apoyo están condicionadas por la capacidad de los familiares, vecinos y amistades de colaborar en su cuidado, el cual en estos

contextos es limitado, además de que el cuidado de las personas mayores continúa regulado por normas morales y no por nociones de derecho. Dado que hay precariedad económica en los cuidadores y en los demás familiares, no existe la capacidad de buscar tratamientos médicos y psicogeríatricos que permitan tener una mejor calidad de vida.

Asimismo, las redes formales de apoyo están fragmentadas, con pocos recursos económicos y humanos. El transportar a una persona en postración a consultas médicas implica gastos de recursos para conseguir transporte particular. Para ello, programas como «El médico en tu casa » son ideales; sin embargo, de los casos observados ninguno es atendido por este programa, a pesar de haberlo solicitado.

Los cuidadores mencionaron que no han accedido a otros niveles de atención médica para sus familiares por dos motivos: el económico, dado que implica consulta con especialistas que no existen en el servicio público de salud y el segundo se refiere a que el propio personal médico les ha sugerido no buscar más tratamientos por considerar que ya no es posible cambiar la condición de la persona mayor. Esto último representa una de las principales barreras para la atención, pues se instalan representaciones en las que el deterioro se considera inevitable y las personas son desprovistas del derecho a una atención integral, incluso en situaciones de demencia y limitación física. Tampoco existen mecanismos que proporcionen herramientas y habilidades a las familias para dar una atención que permita mejorar la calidad de vida. Las distintas redes de apoyo de los entrevistados nos muestran que la familia es quien lleva todo el peso de cuidar a las personas dependientes, sin que existan mecanismos de respiro y apoyo.

A lo largo de este artículo se ha expuesto un análisis del funcionamiento de las redes sociales de apoyo de las personas mayores postradas y ha evidenciado la falta de programas y cambios en la estructura que permitan hacer frente a la atención que requiere un aumento sostenido en el número de personas mayores que pueden llegar a ser dependientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Djomba J, Zaletel-Kragelj L. A methodological approach to the analysis of egocentric social networks in public health research: a practical example. *Slovenian Journal of Public Health*. 2016; 55 (4): 256-263.
2. Berckman L, Glass T, Brissette I, Seeman T. From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science & Medicine*. 2000; 51: 843-857.
3. Montes de Oca V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. México: IIS-UNAM; 2005.
4. Gómez LP, Vila J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicología Conductual*. 2001; 9: 5-38.
5. Fernández P. Aprioris para una psicología de la cultura. *Athenea Digital*. 2005; [Acceso 2018-31-08] 7. Disponible en: <http://atheneadigital.net/article/view/178>
6. Cornwell B, Schumm L, Laumann E, Graber J. Social Networks in the NSHAP Study: Rationale Measurement, and preliminary Findings. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2009; 64 B (S1): i47-i55.
7. Guzmán J, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población*. 2002; 77: 35-70.
8. Hernández A. Informalidad organizacional y redes. *Convergencia*. 2003; 32: 337-358.
9. Tantchou M, Joyce M, Chipenda S, Légare F, Witteman H. Diabetes-related complications: Which research topics matter to diverse patients and caregivers? *Health Expectations*. 2018; 21: 549-559.
10. Hitomi C, Correia J, Amendola F, Martins M, Campos M. Social network of family caregivers of disabled and dependent patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48: 95.

## Las revistas médicas como fuente de información histórica: Una propuesta para su estudio y valoración material

*Medical journals as source of historical information: a proposal for its study and material evaluation*

María Elena Ramírez de Lara,\* José Daniel Serrano Juárez\*\*

### RESUMEN

En el presente artículo se delinearán algunas de las aportaciones que desde nuevos enfoques se hacen a la historia de la medicina a través del estudio de las revistas médicas, en particular, de las publicaciones periódicas mexicanas de fines del siglo XIX y principios del XX. Las revistas se consideran objetos de comunicación científica que nos ofrecen las últimas novedades en investigación, fuentes para reconocer la identidad histórica de los médicos y registro de las redes de intercambio académico mundial.

**Palabras clave:** Revistas, publicaciones periódicas, historia, redes, canje.

### ABSTRACT

This article describes some contributions that new approaches to the medical journals make to the history of medicine. In particular, we examine the Mexican periodicals between the late nineteenth and early twentieth centuries. The journals are conceptualized as objects of scientific communication of the latest researches and, as sources to recognize the historical identity of physicians and, worldwide academic exchange networks.

**Key words:** Journals, periodicals, history, networks, exchange.

\* Maestra en Historia, Facultad de Medicina, UNAM.

\*\* Maestro en Historia, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.

### Correspondencia:

MERL, helenadelara@yahoo.com.mx

JDSJ, jdanielserrano@comunidad.unam.mx

**Citar como:** Ramírez de Lara ME, Serrano Juárez J. *Las revistas médicas como fuente de información histórica: Una propuesta para su estudio y valoración material*. Rev CONAMED 2018; 23(supl. 1): s13-s18.

Recibido: 04/10/2018.

Aceptado: 15/10/2018.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

## INTRODUCCIÓN

En la historia de México podemos reconocer a varios médicos como Manuel Carpio, Manuel Acuña, Porfirio Parra, Nicolás León, José Joaquín Izquierdo e Ignacio Chávez, quienes además de distinguirse por sus contribuciones a la medicina, también se dieron a conocer como artistas, coleccionistas o bibliófilos que han contribuido a forjar no sólo la identidad de este grupo profesional, sino a conservar su memoria y la de la sociedad mexicana. Algunos de ellos destacaron como exponentes de las letras mexicanas o por conformar bibliotecas que siguen siendo fuente de información de expresiones culturales e investigaciones científicas.

Sin embargo, este celo individual por conservar la cultura médica y nacional no tiene parangón a nivel institucional y el interés por conservar un archivo pareciera ser una afición aislada más que una exigencia colegiada. La necesidad de actualizar las bibliotecas con las investigaciones científicas más novedosas y de refutar teorías o métodos por otras más certeras o eficaces da la falsa impresión de que las revistas con una antigüedad determinada parezcan obsoletas.

El presente artículo tiene por objetivo demostrar que las revistas médicas no sólo son una fuente de información médica, sino que también permiten una variedad de lecturas que multiplican el conocimiento del desarrollo de la medicina. Estas publicaciones nos dan la oportunidad de conocer la amplitud del campo de los saberes médicos así como la extensión de la comunidad, pues comunican a investigadores alrededor del mundo y son la memoria de cómo este grupo profesional generó una identidad propia. Sirva el presente texto para ampliar la mirada sobre este tipo de impresos y, como corolario, motivar su preservación y difusión.

El artículo comienza con una exploración bibliográfica sobre el carácter de las publicaciones periódicas y cómo se han convertido en objetos de estudio, susceptibles de nuevas perspectivas de análisis, para concluir con algunas reflexiones sobre la forma en que dichos enfoques contribuyen a la recuperación del devenir de la medicina. Iniciamos la aproximación a este problema a partir de la metodología de la historia de la cultura material y la historia de la ciencia, del mismo modo nos valemos de reflexiones

y experiencias en la investigación de historia de la medicina a través de las revistas médicas.

### La función de las revistas en la creación de una cultura de comunicación científica

Thomas Broman<sup>1</sup> mencionó que a través de la historia las publicaciones periódicas reemplazaron a los largos tratados monográficos como el punto focal de la comunicación científica y si Newton alcanzó la fama con la publicación de su *Principia mathematica*, en contraste, Watson y Crick lo hicieron publicando un artículo de dos páginas en *Nature*. Con estos láconicos, pero ilustrativos ejemplos pareciera evidente la importancia que hoy tienen las revistas para la comunicación de la ciencia, misma razón por la que su valor como objeto que guarda la memoria de las transformaciones de la medicina resulta suficiente para procurar su resguardo y conservación.

Desde su aparición en el siglo XVII, las revistas destinadas a un amplio público han sido usadas como medio para dar a conocer asuntos relacionados con el cuidado de la salud, por lo que los investigadores han abrevado de ellas para reconstruir conceptos históricos acerca de las patologías, medidas preventivas y terapéuticas, al igual que el pasado de instituciones y personajes. Sin embargo, las características propias de las revistas médicas con las cuales las reconocemos hoy en día, fueron moldeadas a partir del segundo tercio del siglo XX<sup>2</sup> como resultado de un largo proceso de estandarización.

De manera más particular, la aparición de la primera revista médica *Nouvelles Découvertes* ocurrió en 1679 en París y desde entonces el número de títulos se ha multiplicado en todo el mundo. En el continente americano varios autores coinciden en señalar a *El Mercurio Volante* (1772) como la primera publicación periódica orientada a difundir el conocimiento científico y médico. Ésta fue una de las varias decenas de revistas médicas que había a finales del siglo XVIII.<sup>3</sup> A pesar de ello, es relativamente reciente el esfuerzo por registrar y dar a conocer estas publicaciones.

En nuestro país José Alcántara Herrera presentó en 1954 una reseña de las primeras revistas médicas mexicanas.<sup>4</sup> Por su parte, Germán Somolinos d'Ardois publicó en 1970 *La Gaceta Médica*



de México en el periodismo médico mexicano de los últimos cien años,<sup>5</sup> en la que enfatiza la importancia de esta publicación, con la cual compara el resto de los títulos aparecidos. Martha Eugenia Rodríguez ha contribuido a este tema en varias ocasiones, inició en 1995 con una revisión de las publicaciones periódicas de la Academia Nacional de Medicina,<sup>6</sup> dos años más tarde apareció su artículo: *Semanarios, gacetas, revistas y periódicos médicos del siglo XIX mexicano*<sup>7</sup> y en 2017 presentó un estudio de las revistas médicas publicadas en la Ciudad de México entre 1772 y 1914.<sup>8</sup>

Mas, aún con los estudios realizados seguimos lejos de saber el número total de las revistas médicas producidas en el país, lo que representa un riesgo de perder estos impresos y con ellos parte de nuestro pasado médico. Valorar estas publicaciones como objeto de estudio supone superar la manifestación explícita del quehacer profesional para observar redes de conocimiento, relaciones, intereses, recursos, debates, conflictos y un sinnúmero de condiciones como se verá a continuación con algunos ejemplos.

#### **Las revistas como herramientas de creación de redes de intercambio**

El conocimiento científico y médico se ha desarrollado, en buena medida, gracias al intercambio de información entre colegas. De ahí la importancia de subrayar el lugar de las publicaciones periódicas científicas como un medio a través del cual se difundieron hallazgos y saberes alrededor del mundo, pues ampliaron y dinamizaron las redes de científicos que antes se comunicaban mediante circuitos epistolares. Desde sus primeras expresiones, una de las características más importantes del *Journal des Sçavans* y *Philosophical Transactions* fue la «revista» de los artículos más llamativos para los redactores de las publicaciones locales, es decir, la revisión o la elaboración de reseñas de libros e investigaciones aparecidas en los medios científicos de otros países.<sup>1</sup> Paulatinamente, estos objetos de comunicación científica se identificaron genéricamente como revistas.

Los estudios sobre los vínculos entre las publicaciones periódicas, los autores que aparecen en ellas y los debates que se desarrollaron en sus páginas permitirían asomarse a una ciencia más activa, que

se lee y se discute, que trasciende el modelo difusionista de la ciencia así como los salones de clase, laboratorios u hospitales, incluso fronteras y mares. Todas estas vertientes de investigaciones son posibles de estudiar gracias al canje, un mecanismo a través del cual las revistas se enviaban a las redacciones de otras con temas similares, conformando dinámicas redes de conocimiento sostenidas en papel.

Así es como estas publicaciones permiten observar los caminos que sigue la información. A partir de este enfoque se han realizado estudios sobre la prensa extranjera que fue citada en la *Gaceta Médica de México*, que entre 1864 y 1914 publicó varios cientos de notas en la sección dedicada a la prensa médica extranjera. De este modo se observó que si bien alrededor de una tercera parte de las revistas citadas estaba en lengua francesa, también había una importante presencia del inglés, alemán e italiano y que tales publicaciones procedían de París, Barcelona, Londres, Filadelfia (Estados Unidos), Lima, Viena y Manila, entre otras ciudades, lo que refiere el interés de los médicos mexicanos por mantenerse informados de los trabajos realizados por sus pares de muchos lugares, no sólo de Europa.

El intenso intercambio con los médicos extranjeros favoreció también la replicación de «modelos» editoriales en las revistas, tal como lo muestra el hecho de que hubiera títulos iguales para revistas de distintos países como la *Crónica Médica* que tuvo símiles en Lima, La Habana y México, por poner sólo un ejemplo.

Estudios más profundos sobre el canje que sostuvo cada una de las revistas médicas mexicanas con sus homólogas extranjeras contribuiría, entre otras posibilidades, a reconocer que nuestra comunidad médica no fue durante el siglo XIX una acrítica heredera de la francesa. Al contrario, pudimos observar que participó de un diálogo fructífero con representantes de diversas tradiciones, pues no sólo se conocieron avances científico-médicos extranjeros, también se analizaron, discutieron y probaron en el medio mexicano, dando resultados que se publicaron en las revistas mexicanas, las cuales a vez se enviaron a las redacciones de revistas extranjeras.

Estas investigaciones han demostrado que en el siglo XIX la medicina mexicana tenía fuertes lazos con el exterior, pero también con el interior del país.

Centenas de artículos publicados fueron firmados por médicos que en distintos lugares del país ejercían en hospitales como autoridades sanitarias o en el ejercicio privado, actividades que les dotaron de experiencias que luego comunicaron a sus colegas.

Lo anterior no habría sido posible sin el fortalecimiento de la medicina experimental a lo largo del siglo XIX, ya que este modelo de investigación impulsó no sólo el interés de los médicos por conocer los avances obtenidos en el extranjero, sino también por aportar y debatir. Muestra de ello es que la mayor parte de los trabajos publicados son casos clínicos en los que se observa el desarrollo de una enfermedad, su tratamiento y resultados. En este contexto, también fue importante la cantidad de estudios sobre sustancias terapéuticas, mismos en los que se valoró su utilidad en función de la epidemiología local y la eficacia de recolección y conservación en relación con las condiciones climáticas del país. En resumen, la mayor parte de los materiales publicados era producto de una actividad científica basada en la observación, experimentación y análisis.

Estas revistas médicas también dan cuenta de que en esa época no existía el alto nivel de especialización que hay en la actualidad, pues un galeno podía publicar sobre obstetricia, usos de diversos fármacos o historia. Por otra parte, muchos profesionales de jóvenes disciplinas, como eran entonces la veterinaria o la química, encontraron en las publicaciones médicas los únicos espacios en los que podían presentar sus trabajos. De tal manera que las publicaciones periódicas decimonónicas contienen un amplio universo de temas por ser estudiados, además de que nos permitirían rescatar a aquellos médicos locales que contribuyeron a esta ciencia con la publicación de sus observaciones clínicas.

### Las revistas como objeto de la historia de la edición científica

En muchos casos las revistas eran órganos oficiales de sociedades académicas y su finalidad era difundir los trabajos de sus miembros e informar de los avances científicos de las agrupaciones con las que guardaban relación. Por esta misma razón sus procedimientos de edición correspondían, en la mayoría de las veces, a las dinámicas de las agrupaciones.

Aunque muchos médicos exponían sus hallazgos en las reuniones académicas de las numerosas sociedades existentes en nuestro país,<sup>9</sup> trabajos que después se publicaban en sus revistas, la multiplicación de títulos advierte que eran necesarios más espacios de difusión, cuya fundación y sostenimiento requerían de grandes esfuerzos.

Pocas veces se ha reparado en el costo económico de una revista médica; sin embargo, registros, papel, tinta y el envío por correo debieron significar gastos<sup>10</sup> que, a decir de administradores o directores, nunca recuperaron con los escasos pagos de suscripciones. Dado lo anterior, debieron ingeniar diversas formas de allegarse recursos a fin de sostener su publicación, sobre todo cuando no se tenía financiamiento de organizaciones o instituciones oficiales. Resulta complicado estudiar este aspecto, pues no se conocen archivos de quiénes manejaban esta información; sin embargo, la profusa publicidad inserta apunta hacia un importante valor comercial que habría que observar con más atención.

Por otro lado, las labores de redacción, corrección de originales, administración y dirección de una publicación, actividades que hoy en día englobamos como trabajo editorial, fue desarrollado en buena medida por médicos y estudiantes de medicina que a la manera de aprendices se incorporaban en los trabajos «más sencillos» pasando de una a otra función hasta llegar, en algunos casos, a fundar su propia revista. Estas actividades les obligaron a entrar en contacto con impresores, proveedores de papel y tinta así como a estrechar o diversificar sus vínculos con farmacéuticos, dueños de droguerías y sanatorios, pero también con diversos empresarios que requerían el anuncio de sus productos entre el gremio médico.

A manera de ejemplo de varios de los aspectos señalados hasta ahora puede referirse el de Fernando Malanco, quien después de tener a su cargo la *Gaceta Médica de México* fundó en 1880 *La Independencia Médica*, que circuló por dos años y que a su cierre dio paso a una nueva publicación titulada *La Medicina Científica*. Lo anterior muestra, por una parte, que aunque había revistas médicas de organizaciones o instituciones, quedaba espacio para las publicaciones periódicas editadas de manera independiente.

### Historia de los lenguajes científicos a través de las revistas

Otra posibilidad de estudio de los textos aparecidos en las revistas médicas tiene relación con el lenguaje, pues el periodo transcurrido entre las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX constituye una época de transición para este tipo de prensa que comenzó a delinear características más apegadas al método científico.<sup>11</sup> Antes de este proceso, los textos, incluso los denominados «artículos originales» distaban mucho de lo que hoy en día llamamos así, en ocasiones eran narraciones de decenas de páginas que podían incluir calificativos, reflexiones, sugerencias a las autoridades o relatos de la vida cotidiana. Estos textos resultan de una gran riqueza para quien estudia las condiciones y problemáticas que podían surgir en el ejercicio de la profesión.

Las revistas médicas de hace 100 años fueron escenarios de denuncia de lo que entonces se llamaba «charlatanismo», es decir, del ejercicio por parte de personajes que se hacían pasar por médicos sin tener un título profesional o aquéllos que ofrecían «curas milagrosas». La gran cantidad de páginas que este tema ocupó evidencia un problema común y persistente en la sociedad mexicana.

El uso de un lenguaje más científico y objetivo ocasionó la casi desaparición de este tipo de asuntos en las revistas médicas. En la mayoría de ellas comenzó a predominar el debate teórico y los artículos fundados en la experimentación, lo cual, desde otra perspectiva, es también una forma de contrarrestar la presencia de los advenedizos.

### Consideraciones finales

Como se ha visto, a través de las revistas médicas pueden reconocerse redes nacionales e internacionales de conocimiento, relaciones con otras profesiones y otros actores sociales, pues permiten observar al medio médico como un entorno dinámico en el que, a pesar de las limitaciones de los transportes de la época, llevaban información más allá de las fronteras. Las tradiciones editoriales permitieron la sucesión de revistas médicas en las que era posible encontrar en más de una publicación los nombres de los editores, colaboradores y autores. Este tipo de

estudios dan cuenta de una diversidad de intereses del gremio médico, de su unidad cuando se trató de combatir a quienes podrían perjudicarlo y además de su vocación científica. También puede estudiarse su transición hacia un periodismo científico médico más objetivo y con estándares internacionales.

Con la gran riqueza que pueden aportar las revistas médicas al conocimiento de la historia de la medicina mexicana, vale la pena tomar medidas para la preservación y difusión de estos materiales. Los estudios históricos pueden resignificar sus contenidos y hacer que los comprendamos, no como meros repositorios efímeros de saberes en constante movimiento, sino como testigos fiables de cómo la ciencia médica ha llegado a ser lo que es hoy en día. Con ello, las revistas se constituyen como una fuente de investigación histórica, pero sobre todo como objetos que materializan la memoria e identidad de los médicos a lo largo de las centurias.

### Agradecimientos

Esta investigación es parte del proyecto PAPIIT IA-401518 «Historia de las relaciones entre la prensa y las ciencias naturales, médicas y geográficas de México (1836-1940)», 2018-2019. Dirección General de Asuntos del Personal Académico-UNAM/ Facultad de Filosofía y Letras-UNAM.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Broman T. Periodical literature. En: Frasca-Spada M, Jardine N. Books and the sciences in history. Nueva York: Cambridge University Press. 2000. pp. 225-238.
2. Fyfe A. Journals and periodicals. En: Lightman B. A companion to the history of science. Malden: John Wiley & Sons; Blackweel. 2016; pp. 387-399.
3. López EJ. La primera revista médica de América. ACIMED. 2000; 8 (2): 133-139. [Recuperado el 20 de junio de 2018] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-9435200000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-9435200000200005&lng=es&tlng=es).
4. Alcántara HJ. (10 de enero de 1954). Contribución a la historia del periodismo médico en México. Medicina. Revista Mexicana. XXXIV (691).
5. Somolinos d'Ardois G. La Gaceta Médica de México en el periodismo médico mexicano de los últimos cien años. Gaceta Médica de México. 1970; 100 (1): 1-77.
6. Rodríguez ME. Las publicaciones periódicas de la Academia Nacional de Medicina en el siglo XIX. Gaceta Médica de México. 1995; 131 (5-6): 577-583.

7. Rodríguez ME. (Segundo semestre de 1997). Semanarios, gacetas, revistas y periódicos médicos del siglo XIX mexicano. Boletín del Instituto de Investigaciones Bibliográficas, II (2).
8. Rodríguez ME. Publicaciones periódicas de medicina en la Ciudad de México 1772-1914. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Medicina-Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. 2017.
9. Azuela LF. Tres sociedades científicas en el Porfiriato. Las disciplinas, las instituciones y las relaciones con la ciencia y el poder. México: Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl, Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y la Tecnología, UNAM, 1996.
10. Ruiz CM, Reed TL, Cordero TE. El periodismo en México: 450 años de historia. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, UNAM. 1980.
11. Licea de Arenas J. Las publicaciones en la ciencia. Ciencia bibliotecaria. Revista de Archivología, Bibliotecología. Ciencias de la Información y Documentación. 1985; 7(1): 1-98.



## Implicaciones culturales y sociales de la medicina

*Social and cultural implications of medicine*

Ilario Rossi\*

### RESUMEN

Hoy en día el ser humano se enfrenta al mundo médico y a los cuidados desde la concepción, a lo largo de su trayectoria biográfica y hasta la muerte. Deseada y necesaria, impuesta o rechazada, se trata de una interacción compleja y paradójica. De este modo se constituye la base social y cultural de un nuevo suceso, nos referimos a la medicalización de la vida y a la preocupación creciente por la búsqueda de la salud. Sin embargo, en nuestras sociedades los problemas contemporáneos que redefinen a la persona han transformado la estructura general de nuestra experiencia existencial, moral y corporal así como nuestros juicios y nuestras acciones. En una lógica dominada por la oferta y la demanda, la salud se ha elevado hoy día al rango de ideal supremo, de moral unánime. Es una sociedad donde la aprehensión del cuerpo ha generado paulatinamente dinámicas de relación con uno mismo, con los demás y con el mundo. Este estado es de hecho innovador y se inscribe evidentemente en un proceso histórico. ¿Cómo es que llegamos allí?

**Palabras clave:** Medicalización, prevención de riesgos, cuidados paliativos, medicina globalizada, antropología en salud.

### ABSTRACT

Nowadays, from conception to death, by the way of their whole biographical trajectories, human beings are confronted to the world of medical care. Desired, imposed or rejected, this complex and paradoxical interaction constitute the social and cultural base on which emerge the medicalization of life and the growing preoccupation about health. However, the contemporary issues that it contained redefine the human being, through the transformation of our whole experiential, existential, moral and bodily structure as such as our judgments and actions. In a logic dominated by supply and demand, health is today improved to the rank of supreme ideal, of unanimous morality, in a society where the dynamics of developing a relationship with oneself, with others and the world, they are built more and more in the apprehension of the body. This state of fact is not new and evidently inscribes itself in a historical process. How did they get there?

**Key words:** Medicalization, risk prevention, palliative care, globalized medicine, anthropology in health.

\* Laboratoire THEMA  
(Théorie sociale,  
Enquêtes critiques,  
Médiations, Actions  
publiques) Institut  
des Sciences Sociales  
Université de Lausanne,  
Suiza.

**Correspondencia:**  
IR, [ilario.rossi@unil.ch](mailto:ilario.rossi@unil.ch)  
**Conflicto de intereses:**  
El autor declara  
que no tiene.  
**Citar como:** Rossi I.  
*Implicaciones culturales  
y sociales de la medicina.*  
Rev CONAMED 2018;  
23(supl. 1): s19-s24.

Recibido: 22/10/2018.  
Aceptado: 29/10/2018.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

## IDEAS SOBRE EL PROGRESO Y CONOCIMIENTOS MÉDICOS

En la medicina la principal fuente de progreso radica en el rigor del razonamiento científico que funciona a la vez como modelo y guía.<sup>1</sup> Este vínculo indisoluble le ha permitido construir su legitimidad y autoridad profesional. Esta tendencia se afirmó particularmente en el curso del siglo XX con los descubrimientos terapéuticos y farmacéuticos que se sucedieron así como con la eficacia de las estrategias clínicas que se impusieron. No obstante, la cirugía, la endocrinología, la hematología, la farmacología, la quimioterapia, la genética y la inmunoterapia han abierto nuevas perspectivas. Estos cambios constituyen progresos innegables en el conocimiento del cuerpo y el dominio de la patología, pero sus implicaciones tienen también efectos paradójicos.

El arte de sanar fundado sobre el saber empírico ancestral y sin base científica se deja de lado por el beneficio de una concepción puramente médico-técnica de la salud y la enfermedad. El papel e influencia de la lógica biomédica se ha consolidado hasta convertirse en un monopolio que se inscribe en el ámbito jurídico; mientras que otros cuidadores –parteras, homeópatas y curanderos– han visto marginado su poder de intervención. Sin embargo, en un contexto sociocultural caracterizado por la globalización, el pluralismo terapéutico es una de sus manifestaciones. Se trata de una frontera entre lo que es una práctica médica científicamente fundada y las que no lo son.<sup>2</sup>

En el curso de los años 60 participamos del apogeo del positivismo médico, pero dicha concepción culminó cuando el hospital y la clínica se convirtieron en espacios donde se expresa el detrimento de la salud. Fue así que surgieron fenómenos como la iatrogenia, los cuidados médicos domiciliarios y la expansión de la automedicación. Fue también durante esos años que el consumo de la asistencia sanitaria y de medicamentos se expandió<sup>3</sup> y paralelamente las intervenciones médicas se diversificaron. Ejemplo de ello es el surgimiento de especialidades como la atención primaria, medicina interna, cirugía, psiquiatría,

ginecología, pediatría y gerontología. Cada una construye una mirada particular sobre lo humano, el ambiente, el cuerpo, la salud, la enfermedad y las prioridades que derivan de ello. La segmentación de la actividad médica testifica que dentro de una misma profesión se manifiesta una pluralidad de puntos de referencia teóricos y prácticos.

Los avances de la medicina científica son evidentes. El conocimiento de los procesos bioquímicos del cuerpo, los aportes tecnológicos y teóricos han dado pasos gigantescos en los campos de la inmunología y biología molecular. Se afirman los conocimientos sobre las patologías y nos demuestran que las enfermedades no sólo se vinculan a los mecanismos fisiopatológicos, sino también a la genética. La endoscopia y más recientemente las imágenes por resonancia magnética han impulsado la investigación clínica, en cuanto que proporcionan una nueva representación visual de la enfermedad. Sin olvidar el padecimiento mental, el cual ha afectado a nuestras sociedades, cada vez hablamos menos de las afecciones físicas y surgen discursos sobre el cerebro, los neurotransmisores, neuroreceptores y los niveles de serotonina. La ciencia confirma que la salud física depende de nuestra selva cerebral, compuesta de millones de neuronas conectadas a su vez por una centena de sustancias químicas que crean millones de conexiones; la ausencia de una sustancia, el desarreglo de una interacción provoca el padecimiento mental y el estrés. Ésta es la valoración del paradigma neurocerebral y su plasticidad.

Dichos conocimientos se acompañan de la capacidad de intervención de la biología del cuerpo sin precedentes en la historia de la humanidad: trasplantes de órganos, manipulaciones genéticas, células madre y clonación terapéutica. Del mismo modo, en el ámbito de los medicamentos observamos lo que debe calificarse como una sobreinversión material y simbólica producción, consumo e instrumentalización. La «farmaceutización»,<sup>3,4</sup> que acompaña la prescripción de medicamentos, no apunta solamente a ser eficaz contra las enfermedades, sino que se transforma en un operador indispensable en la gestión de fenómenos tales como la fecundidad, muerte, nutrición, anemia, emociones y fragilidad física.

El uso del medicamento sin duda no sólo hace desaparecer o atenúa estas situaciones existenciales, sino que al mismo tiempo contribuye a que su consumidor asuma una identidad específica. Es así que todo parece contribuir a la consolidación de una ideología sobre el progreso médico y de su corolario, la medicalización de nuestras sociedades.

### **DE LO CURATIVO AL ENFOQUE PREVENTIVO; SIN OLVIDAR LO PALIATIVO**

Las dinámicas relacionadas con la expansión de la medicina es lo que conocemos bajo el nombre de «medicalización».<sup>5,6</sup> Por un lado están vinculadas a la progresión de los conocimientos científicos y a las competencias profesionales. En ese sentido, el conjunto de especializaciones somáticas y psiquiátricas en su intento por controlar el cuerpo, sus expresiones mentales y emocionales, también ha repercutido en las formas de organizar la vida social de los seres humanos. Se trata de un abordaje biomédico que secciona la vida en categorías de edad, segmenta el cuerpo en diversas zonas y sus manifestaciones patológicas en múltiples tipologías. Se trata de diversos «objetos científicos» que corresponden a las especialidades médicas; es decir, el enfoque biomédico tiende gradualmente a someter la complejidad de lo humano a su lógica.

Por otro lado, la medicalización es también un fenómeno social y político. El peso del «saber médico» se expresa en los debates sobre el aborto inducido, la fecundación artificial, las manipulaciones genéticas, el momento de la muerte y la eutanasia, la responsabilidad o la irresponsabilidad de un criminal, la incapacidad laboral, las obligaciones militares y hasta las facultades de los jefes de gobierno al ejercer su función. Todos estos fenómenos nos demuestran que la sociedad entera se medicaliza. No obstante, no se trata de un problema de fronteras entre la medicina y la sociedad, más bien es una cuestión de interfaces y articulaciones.

En este contexto el concepto de salud también se modifica, inscrito durante largo tiempo en una visión biológica y en una idea sobre el funcionamiento

óptimo del cuerpo. En la actualidad se abre a las consideraciones de orden sistémico que ponen en juego las interrelaciones entre el cuerpo, el perfil genético, la psique, el ambiente social, cultural, económico y ecológico, los hábitos, los comportamientos de vida y los derechos de los cuidados. De tal modo que después de los años 80, a las competencias sobre el aspecto curativo se ha agregado poco a poco el enfoque preventivo, por lo que el paradigma biomédico ha abarcado la anticipación del aspecto patológico.

Los enfoques preventivos, lejos de reducirse a las campañas de vacunación, se concretizan en estrategias que tratan de evitar riesgos potenciales para la salud. Abren el conocimiento biomédico a los comportamientos sociales que consideran potenciadores que ponen en peligro la seguridad de la vida. En consecuencia, la lógica del riesgo sanitario a nivel individual y colectivo deja de ser un privilegio exclusivo del ámbito de la salud, actualmente abarcan los dominios de la vida en sociedad, ecología, política, ámbito social, educación, interacciones y emociones. Es la llamada «sociedad de riesgo»<sup>7</sup> la que difumina todas las fronteras entre los países, los géneros, las instituciones y los símbolos. Se reconfiguran los peligros y las prioridades contemporáneas. En este sentido, el corolario inmediato ha sido la proliferación de los riesgos, entendidos como el aumento de las necesidades –insaciables– a fin de alcanzar la seguridad. Pero el riesgo, en cuanto que noción proliferante, persiste no necesariamente porque puede abordar la incertidumbre y dar una lectura clara, sino por su capacidad de anticipar el porvenir para integrarlo plenamente al presente.

Las competencias médicas se inscriben en esta nueva cultura planetaria y la alimentan. De tal modo que la prevención y los riesgos de las enfermedades están en progresión continua y se integran a un proceso definido por las certezas de la biomedicina y la epidemiología. De esta convergencia, la salud pública da origen a un conjunto de normas, valores y saberes que intentan gestionar el cuerpo.<sup>8</sup> Esta gestión, producto de una larga maduración, encuentra su enraizamiento en un reformismo de visión universal, a partir del cual los poderes

políticos y saberes científicos pretenden influir en todos los dominios del progreso de la humanidad, especialmente en el ámbito de la promoción de la salud y la lucha contra la enfermedad. Así, la salud pública funda sus estrategias sobre el principio de la responsabilidad individual, invocando en cada uno la prevención de los riesgos identificados. Si los individuos tienen derechos como la salud, están igualmente sujetos a los deberes. Una buena alimentación, hacer ejercicio, evitar el abuso de alcohol y cigarrillos, controlar sus emociones y el estrés son los secretos bien conocidos y aparentemente simples de una buena salud. Por tanto, cambiar los modos de vida es una tarea ardua: si el potencial emancipador de los principios de la salud pública es indiscutible, su discurso no es menos moral, ya que tiende a promover las condiciones ambientales e influir en los comportamientos individuales con el fin de propiciar un estado de salud favorable, pero al mismo tiempo puede restringir la libertad individual.

La construcción de categorías relacionadas con la prevención no sólo da cuenta de valores ideales y normas que involucran la salud del individuo, también le permiten justificar su poder de intervención en el ámbito social. De este modo, en el accionar de la salud pública radica la intersección del bienestar individual y un proyecto sanitario colectivo, pero en el centro de esta polaridad los profesionales de la salud son el enlace ineludible, pues participan en la regulación social que se traduce en una empresa de dominio cultural, ya que se trata de un proceso en el cual una cultura dominante trata de imponer su sistema de valores y accionar a varias culturas dominadas. Es desde esta perspectiva que necesitamos comprender los planteamientos de la promoción de la salud, que tiene por objeto sensibilizar a todo actor social sobre el proceso de salutogénesis y la gestión óptima de su capital de salud personal.<sup>9</sup>

Con la institucionalización de los cuidados paliativos vemos nacer una aspiración social que involucra la muerte sin dolor y sin sufrimiento.<sup>10</sup> Esta búsqueda es legítima, pero no puede pensarse sin el soporte y los conocimientos especializados de la medicina. Las consideraciones que han guiado su génesis pueden verse como una respuesta

colectiva ante el miedo a la muerte, lo que se pretende es garantizar la dignidad de la persona moribunda. Es un ámbito que involucra la lucha contra el dolor y el sufrimiento engendrados, en muchos casos, por las situaciones durante el fin de la vida como el rechazo hacia «el encarnizamiento terapéutico», los límites y la pertinencia de la medicina curativa. Los cuidados paliativos encarnan así la voluntad de rechazar lo arbitrario sin dejar nada al azar, apuntan a garantizar una clínica que pueda englobar los tratamientos médicos, los cuidados de soporte, el acompañamiento del cuidador, el sostén psicológico, social y espiritual con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas gravemente enfermas y apoyar a sus seres queridos. El enfoque de los cuidados paliativos no difiere en mucho del curativo, pues se aspira a la creación de una cultura profesional compartida, de carácter transversal e interdisciplinario así como al fortalecimiento y la renovación de habilidades dentro de cada profesión.

Los cuidados paliativos se apoyan en fundamentos científicos, en una cultura de la relación y la pericia clínica desde el punto de vista de su estatus profesional y de su organización institucional. Tal respuesta está llamada a coordinar múltiples registros: los derechos y las decisiones del enfermo y su familia, el rigor de las metodologías y del lenguaje científico, los aspectos clínicos y terapéuticos, las dimensiones relacionales y comunicacionales, las limitaciones ejercidas por la economía de mercado sobre las políticas de salud. Frente a la certitud biológica, al inevitable fenómeno natural que es la muerte, los cuidados paliativos se distinguen radicalmente del suicidio asistido, no solamente por los valores que transmiten, sino también por la preocupación de la profesionalización que los impulsa.

Esta reivindicación de pericia profesional se atribuye a los aspectos biológicos y psicológicos relacionales de la enfermedad, valorizan una visión singular y subjetiva de la finitud que aprehende del proceso de morir como un cumplimiento individual. Reducida a sus premisas temporales tales como la degradación biológica y la autonomía del individuo, la muerte se define por defecto como un acontecimiento precedido por una serie de problemas a



solucionar. Su resolución sólo puede ser médica y a través de cuidados.

### SUJETO, SOCIEDAD Y MEDICINA

Las perspectivas médicas curativas, preventivas y paliativas –que constituyen al mismo tiempo los tres sectores sanitarios de la salud pública– interfieren a lo largo de la vida en el camino individual, pero sabemos que se inscriben en el centro de un contexto colectivo.<sup>11</sup> De esta manera el individuo, la comunidad, la medicina y la sociedad se encuentran interconectados. Al mismo tiempo, el umbral de tolerancia a la enfermedad no disminuye, por lo que la demanda de cuidados aumenta: la proliferación terapéutica y preventiva pone en tela de juicio la medicalización y farmacéuticalización.

Esta tendencia es general, define una serie de problemáticas transnacionales en cuyo núcleo actúan las estrategias de salud, especialmente la movilidad de saberes científicos, el surgimiento de una medicina globalizada, la eficacia de sistemas de salud, la globalización de actividades de las empresas farmacéuticas y la circulación de los profesionales de la salud. Sin embargo, esta misma tendencia sólo puede comprenderse en un contexto local o de múltiples elementos sociológicos, culturales, políticos e institucionales específicos que se suman a las particularidades epidemiológicas.<sup>12,13</sup>

Las apuestas son altas: la globalización, la ideología humanitaria y el derecho a la salud transforman la voluntad de controlar y anticipar la enfermedad y sus efectos, pero también los costos asumidos por la colectividad en una norma política colectiva. Estos retos políticos de la salud son tan importantes como la historia del pensamiento y de las acciones médicas, por lo que pueden disociarse de las mentalidades y de la época en las que se inscriben. Estamos al parecer al final de un ciclo en el que se enfrenta la sensación de fragilidad inducida por las transformaciones contemporáneas, se mezclan conflictos de interés, tensiones de identidades y exigencias normativas. Según esta perspectiva alentar la adecuación de los

pacientes y de los usuarios al proyecto biomédico contemporáneo induce a la reformulación del estatus y del lugar del ser humano –mujeres y hombres– al encarar la salud y la enfermedad.<sup>14</sup> En ese sentido, un sujeto racionalizado se vuelve normalizado: se somete a la optimización.<sup>15</sup> De tal manera, la enfermedad depende de lo individual, mientras que la salud participa del colectivo y se define como una construcción social y políticamente elaborada cuyos límites constantemente se discuten.

Al parecer es necesaria una nueva mirada educativa: se trata de evitar que en la búsqueda desesperada del bienestar y de la seguridad se culmine en la implosión y la amargura. Estamos lejos de aceptar los planteamientos provocativos y lapidarios que ven en la empresa médica una amenaza para la salud, donde la medicina y sus corolarios son considerados como el factor patógeno predominante: la aceptación social del diagnóstico objetivo se convierte en un elemento patógeno en el sentido subjetivo.<sup>15</sup> Ya no es posible ocultar la relación entre la salud supuestamente objetiva y la salud subjetiva, lo que conduce a tener que reapropiarse de su propia persona en un cambio de paradigma: las relaciones de cada individuo con los demás son igualmente importantes que las relaciones de la ciencia con su objeto. La antropología en salud está en el centro de este debate.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Lock M, Nguyen VK. *An anthropology of biomedicine*. London: Wiley-Blackwell; 2010.
2. Cohen P, Rossi I. Le pluralisme thérapeutique en mouvement. *Anthropologie et santé*. 2011; 2. Available in: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/606>
3. Bell SE, Figert AE. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. *Soc Sci Med*. 2012; 75 (5): 775-783.
4. Desclaux A, Ergot M. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan, 2015.
5. Aïach P, Delanöe D. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris: Anthropos; 1998.
6. Saillant F, Genest S. *Medical anthropology: regional perspectives and shared concerns*. London: Wiley-Blackwell, 2006.
7. Beck U. *World risk society. Toward a new modernity*. Cambridge: Polity Press, 1999.

8. Fassin D, Houvray B. Santé publique : l'état des savoirs. Paris: La Découverte, 2010.
9. Massé R. Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal: G Morin Editions 1995.
10. Rossi I. (Edit). Sciences sociales et soins palliatifs. Revue internationale de soins palliatifs. Genève: Editions Médecine et Hygiène; 2010.
11. Good BJ. Medicine, rationality and experience. An Anthropological Perspective. Cambridge: University Press, 1994.
12. Baer HA, Singer M, Susser I, Medical anthropology and the world system. Westport: Greenwood Publishing Group, 2003.
13. Farmer P, Kleinman A, Kim J, Basilio M. Reimagining Global Health, An Introduction, Berkeley: University of California Press, California Series in Public Anthropology, 2013.
14. Hours B. Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie. Paris: Karthala, 2001.
15. Illitch I. Oeuvres complètes. Paris: Fayard, 2004.

## Historia, medicina y bioética: los retos historiográficos

*History, medicine and bioethics: the historiographic challenges*

Gabino Sánchez Rosales,\* Verónica Ramírez Ortega\*

### RESUMEN

La historia de la medicina ha contribuido a la investigación histórica al estudiar sus distintos periodos, pero con la aparición de la bioética, con sus principios y temáticas, debe construir una línea de investigación para explicar y comprender desde el punto de vista histórico dichas temáticas que constituyen los nuevos retos historiográficos de la historia de la medicina en el siglo XXI.

**Palabras clave:** Historia, medicina, bioética, temáticas historiográficas, investigación histórica.

### ABSTRACT

The history of medicine has contributed to historical research by studying the periods of medicine, but with the emergence of Bioethics, its principles and themes, the history of Medicine must build a line of research to explain and historically understand the issues bioethics that are the new historiographical challenges of the History of Medicine in the 21st century.

**Key words:** History, medicine, bioethics, historiographic themes, historical research.

\* Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina, UNAM.

### Correspondencia:

GSR, gabino\_sanchez@yahoo.com.mx

**Citar como:** Sánchez-Rosales G, Ramírez-Ortega V. *Historia, medicina y bioética: los retos historiográficos*. Rev CONAMED 2018; 23(supl. 1): s25-s29.

Recibido: 04/10/2018.

Aceptado: 14/10/2018.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

## INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina ha realizado actividades de investigación, docencia y divulgación de la historia de la medicina. Actualmente sus investigadores desarrollan gran variedad de líneas de investigación privilegiando el estudio de los periodos históricos de la medicina, de esta manera se han abordado líneas como la medicina virreinal, la medicina de los siglos XIX-XX y la medicina antigua hasta la medicina contemporánea. Tal actividad ha consolidado al departamento en la investigación de la historia de la medicina; sin embargo, aún está pendiente ampliar líneas de investigación hacia periodos históricos más recientes para abordar nuevas temáticas que van tomando relevancia.

Quedan por analizarse desde la perspectiva histórica temas como la investigación en animales, la relación médico paciente o el aborto, que pueden documentarse a través del tiempo. Éstas son temáticas ausentes en la historiografía de la historia de la medicina que invitan a los investigadores a construir una nueva línea de trabajo e incluso a realizar investigaciones en las que se conjuguen los métodos y teorías de la historia y la bioética, permitiendo con ello una reflexión sobre hechos que pueden rastrearse en diferentes momentos del pasado, lejano y cercano, y que sin duda auxilian para comprender el presente.

### LA BIOÉTICA: UNA NUEVA DISCIPLINA

Van Rensselaer Potter acuñó en 1970 el término «bioética» que apareció en una publicación titulada: *La bioética: la ciencia de la supervivencia*. Posteriormente en 1971, en su libro *Bioética: puente hacia el futuro* afirmó la propuesta de una disciplina que integrase la biología, la ecología, la medicina y los valores humanos. Así, mediante un neologismo surgió la bioética que ofrecía una solución ante los problemas relacionados con la biología y el cuidado del medio ambiente. Para Potter la existencia de dos tradiciones de conocimiento separadas, como las humanidades y las ciencias, era algo que debía superarse a través del surgimiento de la bioética.<sup>1</sup> El reto fue retomado por los médicos preocupados

por los problemas derivados de la investigación y la práctica médica. En el seno de la nueva disciplina se han suscitado debates profundos en torno a lo que desde 1974 se denominó «el debate sobre los principios de la bioética». En esa época el Congreso de Estados Unidos creó la *Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento* con el objetivo de identificar los principios que debían normar la investigación en seres humanos y las ciencias de la conducta. En ese entorno se publicó en 1978 el «Informe Belmont» donde se visibilizaron tres principios éticos: el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. Tom L. Beauchamp y James F. Childress publicaron en 1979 la obra *Principios de ética biomédica*, en la que reformularon estos principios, naciendo así la teoría principialista cuya base son los principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, que posteriormente retomó T. Engelhardt en *Los fundamentos de la bioética* (1986), Diego Gracia en *Fundamentos de bioética* (1989) y Guillon en sus *Principios de ética en atención a la salud* (1993).<sup>2</sup> A partir de su promulgación estos principios han abierto una profunda discusión con otras corrientes de la bioética acerca de su validez y práctica así como su carácter prescriptivo.<sup>3</sup> Juan Carlos Siurana incide en que «el principialismo defiende la existencia de algunos principios generales... que deben ser respetados cuando se plantean conflictos éticos en la investigación o en la práctica clínica».<sup>4</sup>

De modo breve los señalaré para luego enumerar las temáticas que la bioética ha abierto en una discusión historiográfica que aún no existe en la historia de la medicina, pero que vale la pena iniciar en el ámbito académico.

El primer principio es sobre la autonomía que implica que los seres humanos son libres y gozan de la capacidad de realizar acciones en su vida biológica y social. Para Beauchamp y Childress el individuo autónomo es el «que actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido».<sup>5</sup> Eso implica necesariamente una racionalidad y una conciencia del significado de la vida y las cosas que giran a su alrededor así como una voluntad de hacer. Un sujeto no autónomo es aquél que no puede vivir sin ayuda de los demás, ejemplo de ese tipo de persona



son los enfermos incapacitados o terminales. Mas la autonomía implica grados, es el caso de los niños y adultos que tienen diferentes autonomías. En ese sentido, habría que considerar a los ciudadanos versus los sujetos sin derechos políticos como los reclusos por algún delito, pero que nunca dejan de ser personas, tal y como señala Martha Tarasco «ontológicamente, sin importar las eventualidades externas, el hombre es persona».<sup>6</sup> En la medicina la autonomía no tiene grados sino intención, es decir, en la práctica médica hay siempre una acción autónoma consciente y reflexiva sobre lo que se hace y cómo se hace, lo que conduce al segundo principio: la no maleficencia, que puede sintetizarse como no hacer daño a los demás. Esto último en un ámbito amplio con una gama extensa de acciones y posibilidades como no defraudar la confianza, no mentir, no dañar la reputación del otro y lo más importante, no causar daño por acción u omisión a los demás, ya sea ocasionando una lesión o practicando una cirugía innecesaria, incluida la negligencia profesional.<sup>7</sup> El principio de la beneficencia obliga a ofrecer el mejor bien posible;<sup>8</sup> sin embargo, su búsqueda no puede ser una acción voluntaria, sino una exigencia ética que conlleva siempre riesgos y beneficios al realizar una acción con el fin de producir un beneficio. En el caso de la salud, implica ponderar la justicia como un principio guía, sobre esto, la máxima de Ulpiano acerca de «dar a cada uno lo suyo» es una regla difícil de cumplir cuando hay escasez como sería el caso de una epidemia de AHN1 y no hay suficientes vacunas para todos. Beauchamp y Childress entienden que la justicia sólo puede ser *distributiva*, comprendida como «la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social».<sup>5</sup> En ese entorno políticas públicas, instituciones, disciplinas y médicos son responsables de la aplicación de la bioética que ha repercutido en campos del conocimiento como la historia al plantear temáticas que no se pueden soslayar en el inicio del siglo XXI. Por ello, la historiografía de la medicina tiene grandes retos si desea cumplir con la meta de explicar los contextos y las problemáticas sociales donde se desarrolla la medicina.

## LA NUEVA HISTORIOGRAFÍA DE LA MEDICINA: LAS TEMÁTICAS

En la historiografía de la historia de la medicina hay un vacío temporal y temático en la historia de la medicina reciente que debe llenarse urgentemente con nuevas investigaciones que, debido a su vigencia y a la relación con la práctica médica profesional actual, deberían analizarse aplicando la bioética. Hay temas como la historia de la investigación médica en seres humanos, la cual no empezó a reglamentarse sino hasta el siglo XX; la historia de la investigación experimental en animales; la historia de la eutanasia; la historia de la relación médico-paciente, de las cuales se pueden rastrear datos desde el mundo grecolatino; la historia del aborto o la historia de la muerte asistida, que son materias muy actuales, pero cuya discusión debe ser reflexionada por la historia. Asimismo, pensamos que estas temáticas de filiación bioeticista abordadas desde la perspectiva histórica son temas que permitirían ofrecer aportaciones originales a la discusión y reflexión sobre la historia reciente de la medicina para reforzar el carácter humanista de los problemas bioéticos. Este es un reto para la historiografía de la historia de la medicina que ensancharía sus líneas de investigación propiciando la apertura de un campo de conocimiento que fortalecería el desarrollo de las humanidades médicas. Michel Foucault señaló que la «historia es la madre de todas las ciencias del hombre por ser tan vieja como la misma memoria humana».<sup>9</sup> Así, sobre esa tesis fundamentaríamos la necesidad de acercar la historia a la bioética en el sentido de valerse de las preguntas metodológicas del cuándo, dónde y quién, pero en especial el por qué, que la historia utiliza como ejes de investigación para resolver problemáticas sobre la historia de la dignidad humana, la historia del acto médico, la historia de los comités de bioética o la historia del final o inicio de la vida. En términos teóricos la historia de las ideas o la historia cultural, incluyendo otras orientaciones históricas, serían una guía que auxiliaría a construir esas propuestas de abordaje teórico-metodológico sobre los procesos y temas a historiar, recordando siempre que la historia busca explicar los hechos realizados por el hombre en el tiempo.

Consideramos que el siguiente relato podría ejemplificar y dar luz sobre los retos de la historiografía de la medicina para lograr investigaciones que den cuenta de nuevas interpretaciones sobre el pasado de la relación médico paciente y de la experimentación en seres humanos: «María Rodríguez, 18 años de edad con buen estado general tenía en la cola de la ceja izquierda un quiste dermoide que formaba un abultamiento como una avellana. Los [médicos] en el consultorio E. Liceaga accedieron gustosos a que se ensayara el uso de la boconina como anestésico local. Sin decirle a la paciente que se iba a emplear anestésico, se le aplicó una inyección hipodérmica de ½ c.c. de solución de citrato de boconina al 2%, introduciendo toda la aguja abajo y paralelamente a la piel en el sitio donde iba a hacerse la incisión».<sup>10</sup>

En una época en la que no se hablaba ni se reconocían los derechos de los pacientes, consideramos que existían relaciones históricas médico-paciente fundadas en categorías mediante las que puede visibilizarse cómo sería la relación de confianza,<sup>11</sup> como lo retrata el ejemplo, pues la enferma se ha puesto en manos del médico y ha depositado su confianza en búsqueda de la recuperación de su salud. Sin embargo, en esa relación histórica, el médico, y lo desconocemos, no ha ofrecido nociones «adaptadas al entendimiento del paciente»,<sup>12</sup> además de ensayar en ella un anestésico.

En la actualidad, el respeto a la autonomía obliga a los médicos a respetar la voluntad del paciente protegiendo en todo momento su derecho a elegir libremente y sin coacción en cualquier procedimiento terapéutico, además de que la experimentación debe llevarse a cabo bajo un protocolo de investigación. Convengamos que el derecho a la salud va asociado a los principios de la bioética y éstos son respetados cuando socialmente son reconocidos como «derechos fundamentales del hombre... incluidos los recursos y mecanismos que los garantizan y que se le reconocen al ser humano».<sup>8</sup> Por ello, la historia de la relación médico-paciente y de la experimentación en seres humanos, incluso la historia del paciente, se presentan como temas a explorar desde el binomio historia-bioética con el fin de comprender el pasado y el presente.

Otro tema interesante que puede visibilizarse como resultado del avance de la medicina, es el referido a la «preocupación por el trato a los animales que habitan nuestro planeta y en particular por los

que usamos en el laboratorio para investigación».<sup>13</sup> Desde tiempos remotos, si recordamos a Galeno, hubo experimentación en animales con el fin de servir de modelos médicos para la explicación del funcionamiento de la medicina. Sin embargo, hasta hace poco no existían los derechos de los animales y por ello, la historia de la medicina poco ha compartido la preocupación histórica del uso de los animales. Ésta es una historia que puede abordarse desde la perspectiva bioética, pues existen datos en la literatura científica para construirla. Es el caso del Instituto Médico Nacional de México del siglo XIX «para localizar el efecto del peyote en el sistema nervioso» se practicaron los experimentos clásicos de Claude Bernard [...] limitándome a decir que de ellos se deduce que la parálisis que los animales envenenados presentan después de la excitación es de origen central y que se ejerce en el cerebro... parece que debe atribuirse a la acción directa de la sustancia en la médula».<sup>14</sup> En el ejemplo citado no se visibiliza un protocolo de investigación que cuide y no dañe al animal de experimentación; sin embargo, para confirmarlo se requiere mayor investigación de archivos y fuentes históricas para conocer los fines y métodos del uso de los animales de laboratorio.

En la historiografía de la medicina existe una propuesta sobre las temáticas que la bioética ha detectado, pues hay trabajos referidos a la historia de «La ética médica, sus inicios»,<sup>15</sup> «La tradición de la ética en el ejercicio de la medicina medieval»<sup>16</sup> y «La ética médica a través de la historia».<sup>17</sup> Estos trabajos utilizan una metodología con un eje diacrónico por el que se sigue la evolución del concepto a través del tiempo; sin embargo, la ética y la moral del mundo clásico que consideraba «bueno» arrojar a los infantes desde el monte Taigeto es diferente a la ética que subyace en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. Es decir, los conceptos parecen iguales, pero las acciones que se realizan al amparo de ellos nunca son similares, de ahí la importancia de contextualizar históricamente los problemas de la historia de la medicina y sus conceptos.

## CONCLUSIONES

La historia de la medicina ha desarrollado líneas de investigación que privilegian la periodización de la

disciplina, mas el nacimiento de la bioética en los años 70 del siglo XX hizo surgir una corriente conocida como principialismo que destacó la existencia de cuatro principios bioéticos básicos: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia que acompañan a la medicina y a su práctica médica. Esa caracterización ha generado una serie de temáticas que la historia, como ciencia del pasado, no puede soslayar en el inicio del siglo XXI. La historia de la medicina debe abonar al estudio nuevas líneas historiográficas donde las preguntas del método histórico sirvan para construir investigaciones históricas que reflexionen y sean comprensibles para la sociedad, temáticas como la historia de la dignidad humana, la historia del acto médico, la historia de los comités de bioética, la historia del final de la vida o la historia de las experimentación en animales y humanos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Mainetti JA. Bioética sistemática. La Plata: Ed. Quirón; 1991.
2. Tealdi JC. Los principios de Georgetown: análisis crítico. En: Coordinador. Garrafa V. Estatuto epistemológico de la bioética. México: UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2006, pp. 35-67.
3. Kottow M. Bioética prescriptiva. La falacia naturalista. El Concepto de principios en bioética. En: coordinador. Garrafa. V. Estatuto epistemológico de la bioética. México: UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2006. p. 15-21.
4. Siurana JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Valparaiso. Veritas. Marzo 2010. [Consultado 12 de agosto 2018]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-92732010000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006)
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th ed. Editorial Nueva York: Oxford University Press. 1994 (Trad. Cast. Principios de Ética Biomédica. Masson, Barcelona 1999).
6. Tarasco M. Origen, desarrollo y metodología de la bioética. En: coordinador. Kuthy J et al. Introducción a la bioética. México: Universidad Anáhuac, ANM, Méndez Oteo; 2015. pp. 11-25.
7. Rivero O. Algunos aspectos de ética en el desarrollo del ejercicio de la medicina. Ed. En: coordinadores Rivero S, Durante I. Tratado de bioética médica. México: Editorial Trillas, UNAM; 2013. p. 101-107.
8. García G, Ramírez EJ. Diccionario enciclopédico de bioética. México: Editorial Trillas; 2011, p. 35.
9. Michel M. Las palabras y las cosas. México: Editorial siglo XXI; 1979, p. 356.
10. Armendáriz E. El Inguande. Boconnia arbórea. Paparavecea. En: Instituto Médico Nacional. Datos para la materia medica mexicana. 1a. Parte. México: Oficina Tip. De la Secretaría de Fomento, Calle de San Andrés, Núm. 15; 1894. p. 6.
11. Rivero O. Concepto de salud enfermedad, de la relación del médico con el paciente y de la medicina actual. En: Coordinadores Rivero O, Durante I. Tratado de bioética médica. México: Editorial Trillas. UNAM; 2013. pp. 49-55.
12. López M, Tarasco M. La relación médico-paciente. En: coordinador Kuthy J et al. Introducción a la bioética. México: Universidad Anáhuac, ANM, Méndez Oteo; 2015, p. 83-104.
13. García H, Limón L. Bioética general. México: Editorial Trillas, 2014, pp. 17-31.
14. AGN Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, Informe del Instituto Médico Nacional, México: AGN. 1910-1911, pp. 3-52.
15. Viesca T, Sanfilipo J. Tradición de la ética en el ejercicio de la medicina medieval. En: Coordinadores Rivero O, Durante I. Tratado de bioética médica. México: Editorial Trillas. UNAM; 2013, pp. 15-30.
16. La ética médica a través de la historia. En: Coordinadores Rivero O, Durante I. Tratado de bioética médica. México: Editorial Trillas. UNAM; 2013, pp. 30-39.
17. La idea la ética a través del tiempo. En: Coordinadores Rivero O, Durante I. Tratado de bioética médica. México: Editorial Trillas. UNAM; 2013, pp. 39-49.

## “Desatención” institucional de niños con trastorno neurológico y desnutrición en Oaxaca

*Institutional neglect of children with neurological  
disorders and malnutrition in Oaxaca*

Débora Herrera Ramírez,\* Alfredo Paulo Maya\*\*

### RESUMEN

\* Nutrióloga especialista en Nutrición Clínica Pediátrica, Maestra en Antropología en Salud, Postgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM.

\*\* Profesor T.C  
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Correspondencia:** DHR, debee\_dupin87hb@hotmail.com

APM, alfpaulo@comunidad.unam.mx

**Conflicto de intereses:**  
Los autores declaran que no tienen.

**Financiamiento:**  
Ninguno.

**Citar como:** Herrera-Ramírez D, Paulo-Maya A. “Desatención” institucional de niños con trastorno neurológico y desnutrición en Oaxaca. Rev CONAMED 2018; 23(supl.1): s30-s39.

Recibido: 05/10/2018.  
Aceptado: 15/10/2018.

El presente artículo expone los resultados de una investigación antropológica realizada en Oaxaca, la cual consistió en la reconstrucción de trayectorias de la enfermedad de niños con trastorno neurológico y desnutrición a partir de las narrativas de sus madres y del registro etnográfico del contexto hospitalario. La desatención se expresa en diferentes dimensiones (afectivo-emocional, económica e institucional) que influye de manera directa en la no recuperación nutricional y el reingreso hospitalario de estos niños. Comprender que la desatención institucional es el punto central del presente trabajo, permite entender las acciones de las madres y del personal de salud al estar inmersos en un entorno de violencia estructural que se expresa en la violación de los derechos infantiles y profesionales de la salud en el estado de Oaxaca.

**Palabras clave:** Trayectorias de la enfermedad, desnutrición infantil, trastornos neurológicos, narrativas, registro etnográfico, desatención institucional, violencia estructural, derechos infantiles, profesionales de la salud.

### ABSTRACT

This article presents the results of an anthropological investigation carried out in Oaxaca, it consisted in the reconstruction of the trajectories of disease in children with neurological disorder and malnutrition from their mothers narratives and the ethnographic record of the hospital context. The neglect is expressed in different spheres (affective-emotional, economic and institutional) all of which correlate to the nonexistent nutritional recovery and hospital readmission of these children. Understanding institutional neglect is the central piece of this work, and will allow us to comprehend the actions of mothers and health personnel in the context of structural violence, revealed in the form of violations to the rights of children and health professionals in the State of Oaxaca.

**Key words:** Trajectories of disease, infant malnutrition, neurological disorder, narratives, ethnographic record, institutional neglect, structural violence, children's rights, health professionals.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)



## INTRODUCCIÓN

La desatención en los niños con trastorno neurológico como una de las causas de la desnutrición, más que una falta de nutrimentos.

La desnutrición en los niños con trastorno neurológico<sup>i</sup> puede tener varias consecuencias adversas, incluyendo falla en el crecimiento, disminución de la función cerebral, deterioro de la función inmunológica, reducción del tiempo de circulación y disminución de la fuerza muscular respiratoria. Esto es particularmente convincente dada la evidencia de que el deficiente crecimiento de estos niños está vinculado no sólo con mala salud y participación social, sino también con el aumento de la mortalidad.<sup>1</sup>

Las discapacidades (motora, sensitiva, sensorial, muscular, cognitivas, conductuales o una mezcla de ellas, de diferente grado de compromiso o severidad) que ocasionan los trastornos neurológicos incrementan los costos económicos, sociales, emocionales y de tiempo, tanto de la persona que la padece como de su familia y se relacionan con el grado y tipo de discapacidad que presente, la edad y sexo de la persona o bien el tipo de atención especializada que necesite, ya sea médica o tecnológica para su diagnóstico, rehabilitación o habilitación.<sup>2,3</sup>

En los niños con trastorno neurológico aplica de la misma manera el modelo causal<sup>ii</sup> para explicar la desnutrición; sin embargo, resulta más compleja la comprensión de los determinantes que inciden en la recuperación nutricional y el posterior mantenimiento de un adecuado estado nutricio, ya que se adicionan otros factores tales como las causas propias de la patología,

dificultades para masticar, tragar o comer por sí solos, el grado de deterioro motor, que a medida que aumenta, diverge ampliamente el crecimiento, las cuales se potencian por la situación de desventaja sociocultural y económica como el aislamiento, estigmatización, discriminación, abandono, abuso y pobreza.<sup>1,4</sup>

Incluso con lo anterior, *la desnutrición no deja de ser una condición evitable en estos niños* y por tanto, deben identificarse los factores biológicos y socioculturales para poder incidir en ellos. En esta perspectiva, la contraparte de la salud resulta ser la desatención, la cual resulta en «un mecanismo por el cual sujetos, familias, comunidades y colectividades son eliminados del panorama, ausentados, descalificados y tornados desechables»,<sup>5</sup> para el caso, nos referimos a los niños con trastorno neurológico y desnutrición, sus familias y el personal de salud que les atiende. Hersch propone que «la desatención ocurre en diferentes dimensiones: económica, ambiental, cultural, institucional y afectiva» (*Figura 1*), las cuales no sólo se expresan en lo individual, sino en otros ámbitos: doméstico, comunitaria, municipal-estatal, estructural (*Figura 2*)<sup>5</sup> que imposibilitan que los niños, aun recibiendo atención médica-nutricia, logren la recuperación deseada, pues es «un hecho determinado en gran medida por los efectos combinados de la adscripción de clase, género, etnia y grupo etario»<sup>5</sup> y en este estudio en específico, se agrega: «la condición de discapacidad y contexto adverso».

En un contexto como Oaxaca, el acceso a las instituciones de salud no asegura que la población infantil con desnutrición logre la recuperación médica-nutricia esperada, pues lejos de directrices ideales

<sup>i</sup> Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular y los músculos. Entre esos trastornos se cuentan la epilepsia, enfermedades cerebro vasculares, las infecciones neurológicas, los tumores cerebrales, las afecciones traumáticas del sistema nervioso tales como los traumatismos craneoencefálicos y los trastornos neurológicos causados por la desnutrición (OMS, 2016). En adelante se hace mención de discapacidad en relación con los trastornos neurológicos, pues de acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) se define a las personas con discapacidad como aquéllas que tienen limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales (INEGI, 2016). Los niños que se consideraron en el estudio presentan los siguientes trastornos neurológicos: epilepsia, hidranencefalia, parálisis cerebral infantil y deterioro neurológico; todos presentan discapacidad múltiple.

<sup>ii</sup> La UNICEF explica mediante un modelo causal que la desnutrición infantil se debe a tres tipos de causas: inmediatas, subyacentes y básicas. En las causas inmediatas se encuentran la ingestión insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. En las subyacentes están la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. Finalmente, las causas básicas incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o escasa educación de las madres (Wisbaum, 2011).

de atención a un niño con determinada enfermedad que acude a una institución pública, «donde cada complejo debería estar armoniosamente articulado, el curso de cuidado está marcado por expectativas, fallas, oportunidades o desgracias».<sup>6</sup>

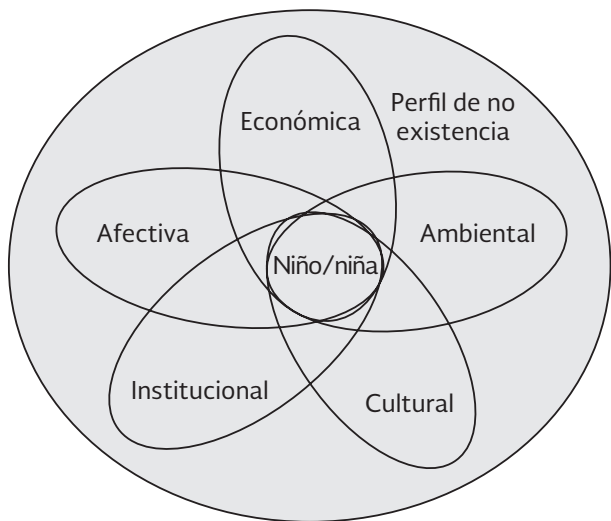
Tal es el caso de Rodrigo de tres años de edad con diagnóstico de hidranencefalia que presenta una completa inmovilidad, por lo que depende totalmente de su madre de 18 años de edad, cuyas narrativas están plagadas de sufrimiento por abandono de la pareja, conflictos porque sus familiares le dicen que «no cuida bien a su hijo», dificultades para solventar los gastos de ambos, afectaciones físicas y mentales como cuidadora, búsqueda de otras alternativas de cura y constantes frustraciones y regaños por parte del personal

de salud tratante, además de estas desatenciones en las dimensiones económicas y afectivo-emocionales se añaden las desatenciones institucionales,<sup>5</sup> de las que se ocupará el presente trabajo.

Rodrigo padece desnutrición grave y desde hace un año no ha mostrado ganancia ponderal significativa, desde su nacimiento por esta causa y por complicaciones propias de su enfermedad ha recibido atención por parte de tres instituciones de salud pública. Sus largas estancias hospitalarias se caracterizan por notorios procesos de desatención, sin un seguimiento de su peso corporal, sin administración de medicamento, sin aporte energético-proteico suficiente, sin intervención oportuna, sin personal especializado; y su egreso igualmente se caracteriza por procesos de desatención, no adherencia al tratamiento nutricional en el hogar, consultas de seguimiento canceladas por falta de dinero para los pasajes o en otras ocasiones porque las instituciones de salud están cerradas, ya que (como se lee en un hospital pediátrico de tercer nivel al realizar etnografía) «el personal de salud se vio obligado a suspender la atención de consulta externa, cirugías programadas, a recibir pacientes de otras instituciones, limitando la atención sólo a pacientes hospitalizados, urgencias y atención a los niños con cáncer, debido a la carencia de material de curación y medicamentos por la falta de regularidad en el abastecimiento de los mismos, afectando a la población infantil más vulnerable de nuestro estado».

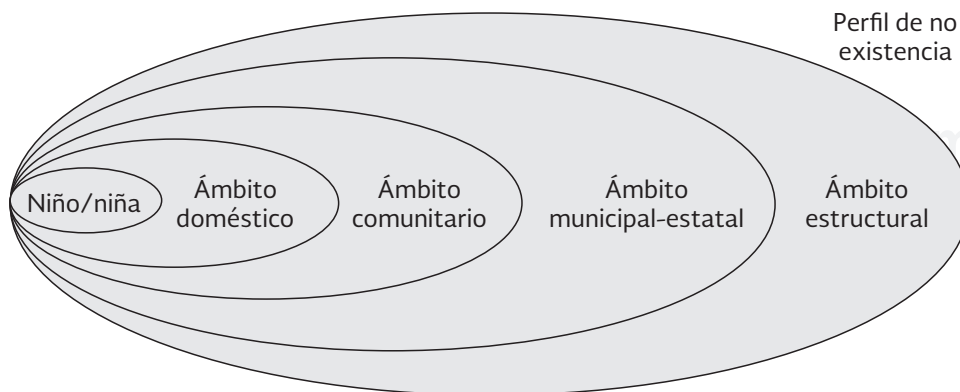
Todas estas fallas en el curso de la atención de Rodrigo son decisivas en el deterioro de su salud imposibilitando el logro de un adecuado estado de salud.

¿Quiénes son los responsables? ¿Fernanda por ser una madre que no atiende a las indicaciones



Tomada de: Hersch y Pisanty, 2016.

Figura 1. Dimensiones de desatención.



Tomada de: Hersch y Pisanty, 2016.

Figura 2.

Escalas de desatención.

médica-nutricias?, ¿el personal de salud que no brinda una atención de calidad?, ¿las instituciones de salud por encontrarse en paro de labores porque los médicos reclaman el cumplimiento de sus exigencias?, ¿el Estado por el desabasto de insumos y no pagar a los médicos?

Es precisamente lo que esta investigación pretende plantear, que la persistencia de la desnutrición y otras enfermedades presentes en la población infantil que vive en contextos adversos, no es resultado de un solo actor (madre, familia, personal de salud, etc.), sino de procesos de desatención por parte de las madres, no porque sean irresponsables, sino porque brindar atención a un niño con una enfermedad crónica y de pronóstico variable implica solvencia económica, tiempo y sobre todo redes de apoyo que el personal de salud desatiende, no porque sea negligente, sino porque labora en instituciones con recursos insuficientes y el Estado no da respuesta a estas carencias, resultado de condiciones económicas y políticas que producen las desigualdades en salud.

Un ejemplo de estas desigualdades es Oaxaca, uno de los estados de México que sigue manteniéndose con alta prevalencia en malnutrición infantil, falta de acceso a la seguridad social, pobreza extrema e inseguridad alimentaria,<sup>7,8</sup> como claramente lo demuestra el índice de riesgo nutricional en el que Oaxaca ocupa el segundo lugar con mayor riesgo nutricional a nivel nacional, con 75% de su población en riesgo nutricional y 91.5% de sus municipios que presentan grados extremos, muy altos o altos de riesgo nutricional. Actualmente, el estado de Oaxaca tiene porcentajes mayores de desnutrición en menores de cinco años, niños en edad escolar

y adolescentes en comparación con los promedios nacionales de talla y peso bajos, especialmente en las localidades rurales.<sup>4</sup>

En el año 2012 el CONEVAL<sup>7</sup> reportó que de las 32 entidades, Oaxaca ocupaba el tercer lugar en porcentaje de población en pobreza extrema y que la proporción de la población carente de alimentación aumentó 10.5% en cuatro años.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Las acciones realizadas para este proyecto fueron revisadas desde el punto de vista metodológico y cumplieron con los requisitos previamente estipulados por el Comité de Ética en Investigación CONBIOÉTICA.

Se partió de un listado conformado por 24 niños del sexo femenino y masculino, con edades comprendidas desde un mes hasta 14 años de edad, pertenecientes a distintas regiones del estado de Oaxaca que ingresaron durante el año 2016 al área de pediatría de un hospital público de segundo nivel, registrados por el departamento de estadística con diferentes patologías, pero todos con diagnóstico de malnutrición calórico-proteica leve, moderada, grave y no especificada (E441, E440, E43X y E46X, respectivamente. Según el criterio con base en el CIE-10) se seleccionaron cuatro niños de acuerdo con la siguiente tipología: 1) grupo etario de preescolares,<sup>iii</sup> 2) diagnóstico nutricional de desnutrición moderada y severa,<sup>iv</sup> 3) **reingreso hospitalario**<sup>v</sup> y 4) **patología de base**. Al considerar a los niños con los tres criterios anteriores se observó que 66.66% de ellos presentaba alguna alteración neurológica, por lo cual

<sup>iii</sup> Con base en el rango de edad considerado en la **NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999** para la atención a la salud del niño: de dos a cuatro años 11 meses de edad.

<sup>iv</sup> Para el diagnóstico de desnutrición se empleó la Clasificación de Waterlow, que se basa en la emaciación (desnutrición aguda), cuando existe un déficit del peso para la estatura y el desmedro (desnutrición crónica), que se refiere al déficit existente en la estatura para la edad. Cuando el porcentaje de peso para la talla disminuye en 90%, se considera al individuo con emaciación leve (89-80%), moderada (79-70%) o grave (< 70%). Si la talla para la edad es menor de 95%, se considera desmedro leve (95-90%), moderado (89-80%) o grave (< 80%) (Toussaint y García-Aranda, 2009). Dado que se trata de niños con trastorno neurológico, se emplearon las gráficas emitidas por el Departamento de Servicios de Desarrollo de California para población pediátrica con parálisis cerebral de 2 a 20 años de edad para ambos sexos, de acuerdo con la gravedad de la discapacidad, niveles de disfunción motora y de alimentación (DMCN, 2006).

<sup>v</sup> Considerando lo revisado en la literatura, se tomó un periodo de 30 días tras el egreso hospitalario para su nueva hospitalización y cuyo ingreso haya sido mediante admisión «inesperada» (Brittan et al., 2015; Christensen y Payne, 2016; De Piero et al., 2002; Martínez y Aranz, 2002; Nuin et al., 2002; Toomey, S., et al., 2016).

se decidió sólo incluir a los niños con diagnóstico biomédico de trastorno neurológico.

Con base en lo anterior se incluyeron cuatro niños con las características mencionadas en la *tabla 1*.

Una vez hecha la selección, se contactó vía telefónica a las madres de los niños, en dicha llamada se les pidió autorización para acudir a sus domicilios donde personalmente se les brindó una descripción detallada del proceso de investigación, dando lectura al consentimiento informado. Una vez aclaradas dudas y estando de acuerdo, las madres procedieron a firmar dicho documento. Se manifestó el compromiso de mantener la información estrictamente confidencial, por lo que se emplearon pseudónimos en los niños, madres, familiares, instituciones de salud y localidades para mantener el anonimato y con ello la protección de su identidad.

**Este estudio tuvo las siguientes aproximaciones cuali-cuantitativas:**

*1. Aproximaciones cualitativas*

1.1. Reconstrucción de trayectorias de la enfermedad,<sup>vi</sup> conformada por trayectoria biográfica, de atención y sociográfica<sup>vii</sup> mediante el empleo de la entrevista narrativa (Lindón, 1999) a la madre y a otros cuidadores primarios importantes por

la influencia en el cuidado y atención al niño.

- 1.2 Observación participante del contexto socio-cultural del niño-madre-familia.
- 1.3 Acompañamiento a las consultas médicas-nutricias y de rehabilitación de los niños, cuyo involucramiento dio lugar a la formación de vínculos afectivos y relaciones de reciprocidad con las madres.
- 1.4 Etnografía de tres estancias hospitalarias: hospital de Secretaría de Salud de Oaxaca (SSO), hospital pediátrico de tercer nivel y hospital privado de rehabilitación donde se observaron las formas de atención clínica.
- 1.5 Entrevistas semiestructuradas a personal de salud (pertenecientes al hospital de SSO y al hospital pediátrico de tercer nivel, hospital privado de rehabilitación y una instancia gubernamental de Oaxaca).

*2. Aproximación cuantitativa*

2.1 Determinación del estado nutricional de los cuatro niños incluidos, para lo cual se llevaron a cabo mediciones antropométricas (peso, estatura, longitud rodilla-talón y circunferencia de brazo) y empleo de gráficas de crecimiento para niños con parálisis cerebral emitidas por el Departamento de Servicios de Desarrollo de California.

**Tabla 1. Tipología de los niños incluidos en el estudio.**

Edad	Sexo	Diagnóstico nutricional	Patología de base (según expediente clínico)
3 años 11 meses	Femenino	Desnutrición moderada	Parálisis cerebral infantil
2 años 10 meses	Femenino	Desnutrición moderada	Deterioro neurológico/síndrome del niño maltratado
2 años 7 meses	Femenino	Desnutrición moderada	Epilepsia
3 años 7 meses	Masculino	Desnutrición grave	Hidranencefalia

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos por el Departamento de Estadística.

<sup>vi</sup> Se refieren no sólo a los aspectos fisiológicos de la enfermedad, sino, sobre todo, a la organización total del trabajo hecho a lo largo del curso del padecimiento así como el impacto ocasionado en los involucrados y su organización (Strauss y cols. 1985 en Mercado, 1996: 43).

<sup>vii</sup> En la trayectoria de atención se explora concretamente los aspectos fisiológicos de la enfermedad (complicaciones, diagnóstico, etiología, pronóstico, etc.) (Glaser y Strauss, 1980). En la trayectoria biográfica se consideró no sólo la biografía del niño, sino la de su madre y la conformación de la familia. En la sociográfica se describen los contextos «social, cultural y médicamente localizados» en los que acontece el proceso de la enfermedad-atención-desatención (Cohen, 2015), por lo que en este rubro se incluyeron dimensiones relacionales, sociales y económicas (dimensiones colectivas) (Cohen, 2015).



## RESULTADOS

La reconstrucción de trayectorias de la enfermedad (trayectorias de atención, biográfica y sociográfica) de niños con trastorno neurológico y desnutrición a partir de narrativas de sus madres, el acompañamiento en la atención a la enfermedad del niño y el registro etnográfico del contexto hospitalario permitieron ver la complejidad que implica la atención de un niño con trastorno neurológico para lograr su recuperación médica-nutricia en un contexto adverso, aunado a las afectaciones para la madre.

En la *figura 3* se muestra un esquema que emplea las dimensiones mencionadas por Hersch<sup>5</sup> con base en los resultados del estudio.

¿Por qué resultarían relevantes las trayectorias biográficas de las madres (marcadas por violencia) en el ejercicio de la atención a sus hijos? Gamlin<sup>9</sup> menciona respecto a la *violencia estructural* entre los migrantes huicholes indígenas, que ésta «actúa como una barrera para la adopción de servicios de salud, originando el desarrollo de un conjunto de creencias y prácticas sobre la salud que están diseñadas para manejar su bienestar frente a su continuidad de violencia», así lo es para estas mujeres, en quienes la violencia estructural también desempeña un papel relevante en cómo es permitida y sobrellevada la desatención por parte del personal de salud al acudir a las instituciones de salud.

El concepto de violencia estructural también aplica para estas mujeres al reconocerse como madres

de «niños con discapacidades», lo que involucra admitir una atención desigual. Gamlin,<sup>9</sup> citando a Nguyen y Peschard en relación con la violencia estructural:

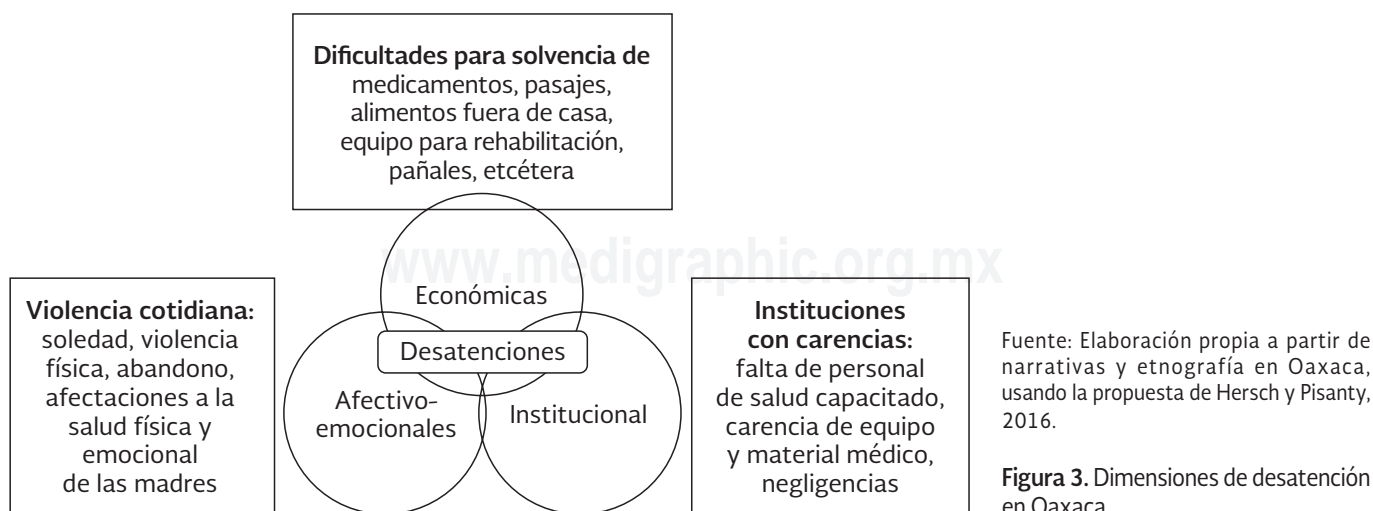
«documenta los mecanismos a través de los cuales se encarnan estas desigualdades, se legitima el poder terapéutico [...] generando patrones específicos de enfermedad y aflicción de la población [...] que se desarrollan **a través de interacciones con personas o instituciones y que causan aflicción o daño**».

Así, la «continuidad de violencia» propuesta por Borgois<sup>9</sup> en estas mujeres permite «explorar la relación entre los grupos de la etnografía para evidenciar cómo las estructuras políticas, sociales y económicas influyen en las decisiones de las personas sobre la recuperación y rehabilitación, el uso de los servicios de salud y su comprensión de la salud y la enfermedad».<sup>9</sup>

De la misma manera, la violencia estructural da cuenta de las desatenciones institucionales y cómo éstas explican las acciones del personal de salud como a continuación se menciona.

### Niños, madres y personal de salud desatendidos

De acuerdo con la Auditoría Superior de la Federación (ASF) y los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO):



**Figura 3.** Dimensiones de desatención en Oaxaca.

El sistema de salud está en crisis debido a un control deficiente de los recursos a través de las cuentas donde es depositado el presupuesto millonario, actos u omisiones de los servidores públicos que en su gestión no remitieron a la Secretaría de Salud la información trimestral relacionada con el personal comisionado, [...]».<sup>10</sup>

Con lo anterior, surge la pregunta ¿qué implica para los pacientes requerir atención y para el personal de salud ejercer su profesión en una *institución plagada de carencias*?

El personal de salud se ve orillado a desatender a la población empobrecida, que ante los ojos de algunos usuarios resulta una «atención deficiente y negligente», coincidiendo con las narrativas de las mujeres con respecto a la trayectoria de atención (largos tiempos de espera, falta de equipo necesario para intervenciones quirúrgicas, compra de medicamentos a cargo de ellas, falta de médicos especialistas, etcétera...), pero a pesar de la atención deplorable, los pacientes y familiares se conforman con ello, pues los oaxaqueños han estado por un largo periodo viviendo en situaciones precarias, con los mayores índices de n en relación con este conformismo y la no exigencia de su derecho a la salud. Gamlin<sup>9</sup> menciona que «los grupos sociales desarrollan patrones de comportamiento relacionados con la salud en respuesta a los contextos sociales y ambientales y a las condiciones sociales onerosas».

De tal modo que con el deshonesto ejercicio del presupuesto «haciendo uso de los recursos para fines distintos a los de garantizar el acceso a servicios médicos y medicamentos de sus afiliados»<sup>11</sup> no sólo no se cumple la garantía universal del derecho a la

salud en la población infantil oaxaqueña al privarla de una atención adecuada y al no poder acceder a un servicio privado de salud, tiene que conformarse con los deplorables servicios públicos de salud, dejando morir a estos grupos vulnerables por desatender sus enfermedades que generalmente son evitables y tratables, sino que también se violentan los derechos del médico,<sup>viii</sup> quien tiene que hacer frente a las necesidades de los pacientes que acuden a las instituciones de salud «con lo que tienen», a fin de asegurar una atención «digna» a los pacientes, buscando formas para continuar ofreciendo sus servicios. Además, estos médicos han decidido exigir al gobierno estatal su intervención para que la población oaxaqueña, en especial la infantil, pueda tener una atención adecuada, ya que el Estado no satisface las necesidades básicas para el ejercicio: equipo, instalaciones y personal necesario; ejerciendo una violencia estructural directa tanto a pacientes como al personal de salud.

## DISCUSIÓN

Hersch<sup>5</sup> apunta que no existe una aproximación integral que reconozca la articulación entre factores como la violencia doméstica y la malnutrición. Este trabajo es una tentativa a esta aproximación, aunado a que visibiliza dicho problema nutricional en un grupo vulnerable y banalizado (niños con trastorno neurológico), pues al realizar la investigación se detectó que (al menos en la institución de salud donde se realizó la indagación estadística, que se trata de un hospital público de la Secretaría de Salud de segundo nivel) existe un subregistro de la población infantil que padece desnutrición, evidenciándose además que de dicha población con desnutrición en edad preescolar considerada en el estudio, 70% de

<sup>viii</sup> La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), institución pública gubernamental difunde los «10 derechos generales de las y los trabajadores de la salud», avalados por el gobierno federal, dentro de los cuales se destacan: 1) ejercer la profesión en forma libre, sin presiones y en igualdad de condiciones interprofesionales, 2) laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen la seguridad e integridad personal y profesional, 3) contar con los recursos necesarios para el óptimo desempeño de sus funciones, 4) abstenerse de garantizar resultados y proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral, 5) recibir trato digno y respetuoso por parte de pacientes y sus familiares así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico, 6) tener acceso a la actualización profesional en igualdad de oportunidades para su desarrollo personal y a actividades de investigación y docencia de acuerdo con su profesión y competencias, 7) asociarse libremente para promover sus intereses profesionales, 8) salvaguardar su prestigio e intereses profesionales, 9) tener acceso a posiciones de toma de decisión de acuerdo con sus competencias, 10) recibir de forma oportuna y completa la remuneración que corresponda por los servicios prestados.

los niños presenta trastorno neurológico, tratándose pues de una doble banalización. Invisibilidad que no es exclusiva de América Latina, sino que es una problemática mundial.<sup>ix</sup>

Y ante tanta desatención, ¿qué se hace con la desnutrición?

Resulta irónico que a pesar de que los niños reciben atención médica en tres instituciones de salud para rehabilitación física y tratamiento a la desnutrición, su estado de salud no tiene un pronóstico alentador, incluso va en deterioro.

Frente a este panorama, entonces resulta sencillo deducir que las soluciones para lograr un estado de salud óptimo en la población infantil aquejada por una enfermedad, específicamente patologías crónicas como los trastornos neurológicos que conllevan un tratamiento prolongado, uso de medicamentos, consultas, terapias frecuentes y la atención a posibles complicaciones propias de la enfermedad como la desnutrición, no basta sólo atender la parte biomédica. La solución a esta problemática de salud requiere una intervención transdisciplinaria, recomendación que ya hasta resulta trillada; sin embargo, aunque esto se conozca de sobremanera, se continúa atendiendo sólo una parte de la problemática y por tanto, se continúa fracasando en la erradicación de la desnutrición infantil. Tomo de ejemplo el trabajo de Cortez<sup>12</sup> quien realiza una investigación completa de cómo ha sido abordado el problema de la desnutrición a través de la antropología. Cortez hace una revisión de los estudios epidemiológicos en torno a esta problemática en México señalando (y en lo que concuerdo):

- «Que la desnutrición es un problema social, económico y político (problemática estructural)».
- «Que la situación nutricional del país no ha cambiado en los últimos años... siendo la región del sur la que más se ha visto afectada».
- «Que es necesario seguir investigando para profundizar en el estudio de ciertas localidades en México».

Entonces.... ¿cuáles son los aportes nuevos de esta investigación?

*Primer aporte:* se aborda la problemática de la desnutrición en niños con una patología de base que reciben atención médica-nutricia en múltiples instituciones de salud y que no pertenecen a ningún programa nutricional. Pocos o me atrevo a decir que ningún estudio sobre desnutrición infantil ha abordado esta problemática en población infantil con estas características. La riqueza de este estudio radica precisamente en abordar trayectorias de la enfermedad (biográfica, de atención y sociográfica). Se articuló y dio cuenta de los procesos de desatención en varias escalas, intentando ir más allá de un microanálisis, que no sólo se incluya a la familia como única responsable de la desnutrición presente en el niño, sino también a las instituciones de salud. Mediante la etnografía en algunas instituciones de salud de Oaxaca se permitió también profundizar en cómo el personal de salud se ve afectado por un sistema político-económico desfavorable.

Las narrativas de las madres dieron cuenta de repetidas desatenciones a nivel institucional, así que para tratar de comprender lo que acontecía en los hospitales a los que acuden las madres para dar atención a la enfermedad de sus hijos, se realizó etnografía del contexto hospitalario, que permitió «detallar las prácticas reales de un servicio de pediatría y las interacciones que realmente tienen lugar allí»<sup>6</sup> y observar el ejercicio de la profesión en un lugar marcado por las carencias.

#### Reflexiones del ejercicio médico en espacios de desatención

Gran parte de la solución a los problemas de salud infantil no involucra a un actor ni a un espacio en particular, por ello es necesario, como menciona Hersch,<sup>5</sup> «reconocer la sinergia patogénica entre las diversas dimensiones y escalas de desatención, enfatizando la responsabilidad del Estado en ello, pues coadyuva en la producción de no existencia» a

<sup>ix</sup> Al respecto la UNICEF reporta que pocos países disponen de información fiable sobre cuántos niños y niñas tienen discapacidad [...], los niños así excluidos son desconocidos para los sistemas sociales, educativos y de salud y por tanto, pierden el acceso a estos servicios, a los cuales tienen derecho (UNICEF, 2013).

través de «prácticas corruptas y desviaciones de las normas»,<sup>13</sup> influyendo enormemente en la escala institucional.

Se requiere un análisis más profundo sobre las prácticas, significados, estrategias y emociones del personal en la atención a la salud cuando lo cotidiano son las carencias; un análisis en el que al personal de salud se le conceptualice ya no como dispositivos de formas de dominios patriarcales y/o representantes de la hegemonía biomédica, sino como un sector social que también sufre los efectos de una violencia estructural, «aquella marcada por la dominación económica y política»,<sup>14</sup> quienes observan con el tiempo que aun con sus acciones (restringidas), no se logra la recuperación de los niños que atienden, generando una fuerte frustración como lo muestra Pierre Bourdieu.<sup>15</sup>

### El análisis de la dimensión ética en el ejercicio profesional frente a la desatención

Acciones como el empleo de insumos caducados, material reusado, horas de espera en urgencias, falta o sustitución de un medicamento por otro, no atención por falta de camas... que van ocasionando la progresión de la gravedad del estado de salud de un niño, deben ser analizadas bajo la dimensión ética para no caracterizar estos actos como «brutalidades médicas», teniendo siempre en consideración que las decisiones y acciones de los médicos son tomadas bajo condiciones precarias, con las que muy probablemente no pueden dar una atención siguiendo la normatividad, «por lo que tienen que encontrar lo que se considere más justo y pragmático». Es poner en práctica una «ética relativa», llamada así porque las acciones atienden a prioridades según las existencias, la patología del niño, los afectos y expectativas como lo menciona Jaffré y Guindo:<sup>6</sup> «puesto que no podemos hacer todo por todos, hacemos todo por algunos y muy poco por otros», para el caso concreto de Oaxaca se agrega «y con lo que se tiene».

### CONCLUSIÓN

Entender los motivos por los cuales no se logra la recuperación nutricional en un niño con trastorno neurológico que ya acude a distintas instituciones

de salud pública para recibir atención, resulta sumamente complejo debido a los múltiples actores involucrados en este proceso. La desatención institucional ofrece explicaciones de la razón por la que, a pesar de que las madres acuden hasta a tres instituciones de salud, no se asegura una recuperación médica-nutricia, pues como lo menciona Morales<sup>11</sup> en una nota periodística:

«... la deficiente infraestructura de los servicios de salud en la entidad no necesariamente está relacionada con la cantidad de centros de salud y hospitales en el territorio estatal, sino más bien con las instalaciones disfuncionales y con carencias operativas, insumos, personal capacitado, medicamentos y equipamiento médico».

Por ello, resulta irónico que desde la perspectiva estructural se propone ampliar la cobertura de la derechohabencia para asegurar el bienestar social, pero en la realidad esto «no garantiza una atención médica pertinente, oportuna y resolutive, puesto que la atención que se otorga en los centros de salud y hospitales a cargo de la Secretaría de Salud de Oaxaca ya enfrenta múltiples carencias en términos de presupuesto e inversión».<sup>4</sup>

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kuperminc MN, Gottrand F, Samson-Fang L, Arvedson J, Bell K, Craig GM et al. Nutritional management of children with cerebral palsy: a practical guide. *Eur J Clin Nutr.* 2013; (67): S21-S23.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). Censo de Población y Vivienda. Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad en el estado de Oaxaca datos al 2010. 2016; (VII): 1-105.
3. Le Roy OC, Rebollo GM, Moraga MF, Díaz SX, Castillo-Durán C. Nutrición del niño con enfermedades neurológicas prevalentes. *Rev Chil Pediatr.* 2010; 81 (2): 103-113.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los derechos de la infancia y la adolescencia en Oaxaca. 2013. Disponible en: [https://www.unicef.org/mexico/spanish/SITAN2013\\_Oaxaca.pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/SITAN2013_Oaxaca.pdf)
5. Hersch P, Pisanty J. Desnutrición crónica en escolares: itinerarios de desatención nutricional y programas oficiales en comunidades indígenas de Guerrero, México. *Salud Colectiva.* 2016; 12 (4): 551-573.
6. Jaffré Y, Guindo A. On ne s'occupe pas assez d'eux: Anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest (note de recherche). *Anthropologie et Sociétés.* 2013; 37 (3): 157-177.



7. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), (2013), Informe de pobreza y evaluación. Oaxaca, 2012-2013. 2013. Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes%20de%20pobreza%20y%20evaluaci%C3%B3n%202010-2012\\_Documentos/Informe%20de%20pobreza%20y%20evaluaci%C3%B3n%202012\\_Oaxaca.pdf](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes%20de%20pobreza%20y%20evaluaci%C3%B3n%202010-2012_Documentos/Informe%20de%20pobreza%20y%20evaluaci%C3%B3n%202012_Oaxaca.pdf)
8. Glaser B, Strauss A. Time for dying. 3th. ed. New Brunswick, New York, Aldine Publishing Company; 1980.
9. Gamlin J. Shame as a barrier to health seeking among indigenous Huichol migrant labourers: An interpretive approach of the “violence continuum” and “authoritative knowledge”. *Soc Sci Med*. 2013; 97: 75-81.
10. Ramírez E. Sistema de salud de Oaxaca: desorden administrativo y daño al erario. [Internet] [Consultado 12 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.contralinea.com.mx/archivo-revista/2015/07/29/sistema-de-salud-de-oaxaca-desorden-administrativo-dano-al-erario/>
11. Morales A. El sistema de salud de Oaxaca, colapsado en Política Estatal. [En Línea] 2017. [Accesado el 21 de abril del 2018] Disponible en: <http://www.encuentroradiotv.com/index.php/politica-estatal/item/11954-el-sistema-de-salud-de-oaxaca-colapsado>
12. Cortez RG. Representaciones sociales y prácticas de autoatención a la desnutrición infantil y proceso alimentario en familias ocotepecanas. Tesis de maestría. 2011. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Disponible en: <http://repositorio.ciesas.edu.mx/bitstream/handle/123456789/82/M488.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. De Sardan O. Problème des écarts” aux “normes pratiques”. Les régulations informelles au sein des bureaucraties publiques (en Afrique et au- delà). [Internet]. 2013. [Consultado 1 de jun 2018]. Disponible en: [http://www.inverses.org/wp-content/uploads/2013/03/OlivierDeSardan\\_Normes-pratiques-article-1.pdf](http://www.inverses.org/wp-content/uploads/2013/03/OlivierDeSardan_Normes-pratiques-article-1.pdf)
14. Holmes S. Fruta fresca, cuerpos marchitos. Trabajadores agrícolas migrantes en Estados Unidos. Traducción Odette León, Quito Ecuador, Ediciones Abya-Yala; 2016.
15. Fassin D. La patetización del mundo ensayo de antropología política del sufrimiento. En: Viveros M, Araiza G, compiladores. *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Santafé de Bogotá, Centro de Estudios Sociales (CES); 1999.

## Error en medicina, una reflexión bioética

*Error in medicine, a bioethics reflection*

Eduardo García-Solís\*

### RESUMEN

\* Director Ejecutivo de la Comisión de Bioética del Estado de Campeche. Ex Comisionado de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Campeche. Médico Cirujano con Especialidad en Patología Clínica.

**Correspondencia:**

EGS, eduardogarsol@gmail.com

**Conflicto de intereses:**

El autor declara que no tiene.

**Citar como:** García-Solís

E. *Error en medicina, una reflexión bioética*. Rev CONAMED 2018; 23(supl.1): s40-s45.

Recibido: 13/06/2018.

Aceptado: 03/07/2018.

El error en medicina ha sido una constante preocupación de los médicos. El médico, cuando se prepara en las aulas, está enfocado principalmente en el conocimiento del organismo humano, ya sea anatómico, bioquímico, fisiológico, embriológico, histológico, farmacológico, clínico, terapéutico y de rehabilitación; de hecho 95% es para prevenir, curar, rehabilitar al ser humano y únicamente 5% o menos de su currículo contempla el aspecto ético de la medicina; es decir, poco se habla del error o de equivocarse en medicina. El médico es humano y como tal es falible, puede cometer errores, ya sea por deficiencia en su formación como alumno o como profesional en su educación continua o en su formación humanista, pero rara vez lo hará por comisión, aunque sí por omisión. El médico debe contar con una buena formación científico-técnica y ética, ya que cuando cometa un error, debe aceptarlo y de éste adquirir conocimiento para no volver a repetirlo y darlo a conocer, quizás esto sea lo más difícil, para que sus colegas no repitan ese error.

**Palabras clave:** Error en medicina, reflexión, bioética.

### ABSTRACT

It has been a constant concern of physicians error in medicina. The physician, when preparing in the classrooms, is focused main knowledge of the human organism, whether anatomical, biochemical, physiological, embryological, histological, pharmacological, clinical, therapeutic and rehabilitation, in itself 95%, is to prevent, cure, rehabilitate the human being, only 5% or less of his curriculum, considers the ethical aspect of medicine. There is little talk of error or mistakes in medicine. The physician is human and as such is fallible. The physician may have errors, either due to deficiency in his training as a student, or as a professional in his education continue or in his humanistic training. But it will seldom do it by commission, but by default. The physician must have a good scientific-technical, and ethical training. For when an error is made, accept it and from it get the teaching not to repeat again and make it known, perhaps this is the most difficult thing, so that your colleagues do not repeat the error.

**Key words:** Medicine error, reflection, bioethics.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

## INTRODUCCIÓN

Sí, fui acusado siendo absolutamente inocente de lo que se me imputaba y a pesar de ello, hace años que soporto una causa judicial sin que se resuelva, temo ser condenado con igual injusticia con la que fui acusado...

Cuántas veces hemos oído estas palabras y es que ser médico radica justamente en que jamás deja de serlo. La medicina es la más noble y generosa vocación que el hombre ha inventado a su paso por la Tierra para asistir en su padecer a otro hombre.<sup>1</sup> Los sucesos que se han presentado últimamente en relación con los médicos, a quienes se culpa de negligencia u homicidio doloso, ha suscitado una serie de respuestas con sus consiguientes controversias. Los médicos se han preocupado por el error que puede cometerse en medicina. El Dr. Ignacio Chávez, el Dr. Vicente Guarner, el Dr. Horacio Jinich, entre otros, han dado a conocer la preocupación que existe entre los médicos por el error en medicina, el que raramente es por dolo, ningún médico desea hacer daño a su paciente. Así, el médico da alivio a los pacientes, ya sea en la consulta o interviniendo quirúrgicamente en 100, 1,000, 10,000 o más acciones de recuperación de la salud con éxito. Un error, uno en 1,000 es causa del descrédito de ese médico ante la sociedad. Hay que tener presente que estudiar medicina es una profesión de gran exigencia que los médicos estudian para ayudar a las personas en la preservación de la salud, que la medicina no es una ciencia exacta, que para ser médicos se necesitan actualmente de seis a 12 años de estudio y práctica constante, de trabajo intenso durante la formación, con jornadas de 24 horas cada tercer día, preparándose, estudiando para así poder ayudar a salvar una vida. En relación con otras profesiones, a su término en la mayoría de ellas, los egresados ya pueden empezar a trabajar y obtener una remuneración económica adecuada a sus estudios, en cambio el médico debe seguir preparándose, estudiar una especialidad que le llevará de cuatro o seis años o una subespecialidad con uno o dos años más de arduo estudio, todo lo anterior con sólo un objetivo: tener un mejor conocimiento para ayudar. Que puede equivocarse, es cierto, los médicos son humanos, no son infalibles, pero siempre darán lo mejor sí mismos. Actúan con ética en su concepto más amplio que es la bioética.

En virtud de lo anterior, el objetivo de esta comunicación es dar a conocer que el médico es un ser humano que puede equivocarse, pero nunca actúa con dolo.

### El error médico

El bien jurídico de mayor importancia es la vida humana así como la salud pública, de ahí se desprende que los médicos tengamos un papel de suprema relevancia en el derecho punitivo, de suerte tal que el Estado presta especial interés en regular la forma en que los médicos desarrollan su actividad profesional, exigiendo del médico una actuación profesional, ética y honesta. El deber no es nada distinto a la norma, el deber es la norma en relación al sujeto a quien se prescribe la conducta. El ser y el deber ser de acuerdo con lo aprendido, sus deberes y comportamiento se han establecido desde los tiempos de Hipócrates hasta la actualidad como está plasmado en la Declaración de la Asociación Médica Mundial que especifica el cuidado del ser humano, el no hacer daño, pero poco se habla del error o equivocarse en medicina. El médico es un ser humano y como tal puede cometer errores, pero nunca actúa con dolo, ya que siempre busca lo mejor para su paciente. La medicina no es una ciencia exacta, ya lo decía el Dr. Pellegrino,<sup>2</sup> la medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades. Todo acto médico tiene riesgos desde una aspirina (sangrado) hasta una cirugía compleja como los trasplantes (huésped contra injerto), el deber del médico es minimizar los riesgos hasta donde sea posible, controlarlos y sobre todo establecer una comunicación directa con el paciente, que comprenda y consienta lo que se va a realizar en su persona; y desterrar la idea del paciente de «creer que la medicina todo lo resuelve y la muerte es un fracaso médico». Tener presentes los principios de la bioética, la autonomía, la libertad para elegir de manera razonada y con base en el reconocimiento del valor moral. El paciente tiene el derecho de participar en las decisiones médicas que le conciernen e incluso, negarse a seguir las prescripciones del médico si no le parecen convenientes. Justicia, el principio de justicia se vincula con la equidad, con la posibilidad de ofrecer oportunidades iguales. No maleficencia,

«*primum non nocere*», primero no hacer daño, no exponer al paciente a peligros innecesarios y balancear riesgos y beneficios. Beneficencia, principio que ha orientado durante siglos las acciones del médico al buscar la máxima ayuda posible para el paciente. En 1990 se publica el libro «*Human error*»,<sup>3</sup> lo que representó un parteaguas para comprender el error médico. El Instituto de Medicina de Estados Unidos de América publica este libro en el que se reconoce de manera explícita que los errores son mucho más frecuentes de lo que podría haberse pensado y que incluso llegan a producir muertes evitables. El médico tiene una responsabilidad ante la sociedad y ante sí mismo. Esta responsabilidad ha causado que se considere al médico en ocasiones como un dios, que todo lo cura y cuando esto no sucede se le ataca, olvidando que el médico es un ser humano con el afán de ayudar a devolver la salud. El médico se prepara continuamente, por ello en la actualidad es una obligación estar certificado por su consejo de especialidad o de medicina familiar o general para dar lo mejor de sí. El médico debe estar en constante preparación, enseñando, realizando investigación, ser humanista y en un sentido más amplio, bioético, procurando la preservación de la vida en todas sus expresiones, abordando el tema de la salud integralmente. Por tal motivo, la reflexión bioética resulta imprescindible para lograr condiciones de justicia, equidad y respeto a los Derechos Humanos en todos los ámbitos de la salud.

En el acto médico puede haber mala praxis por parte del médico y ésta es considerada omisión: no prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da como resultado cierto perjuicio a este último; o también cuando el médico a través de un acto propio de su actividad y en relación causal y con culpa produce un daño determinado en la salud de un individuo. El accionar del médico produce daño no justificable. También puede ser por omisión: el profesional no cumple con el deber al que está obligado, lo que puede ocasionar daño al paciente, por ejemplo, un examen clínico incompleto. Por comisión: efectuar una acción que está prohibida por alguna norma. Entre otros ejemplos de mala praxis está el examen del paciente mal efectuado, errores de diagnóstico y tratamiento; daños causados por uso indebido (o

en mal estado) de objetos (aparatos e instrumental) y medicamentos; omisión de pautas esenciales para el diagnóstico de una enfermedad; falta de control sobre los auxiliares del médico y los daños que los mismos puedan culposamente ocasionar; cirugía sin diagnóstico ni pronóstico establecidos; cirugía sin planeación quirúrgica; insuficiente evaluación clínica preoperatoria; descuido y falta de vigilancia en el postoperatorio; cirugía innecesaria, no justificada por un diagnóstico previo; cirujano no capacitado para una técnica (imprudencia); causas, codicia y práctica quirúrgica inescrupulosa. Entre los tipos de mala práctica médica se puede señalar:

- Negligencia médica: incumplimiento de los principios de la profesión. Lo que debe hacerse no lo hace o a sabiendas de que no debe hacerse, lo hace.
- Impericia: falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad. Ineptitud para el desempeño profesional, por ejemplo, un cirujano que hace una cirugía compleja que no es de su especialidad.
- Imprudencia: el daño causado se produjo porque el acto médico se realizó sin las debidas precauciones ni medir las consecuencias, por ejemplo, el director del centro quirúrgico tolera que los anestesiólogos abandonen el quirófano durante una intervención para ir a otros quirófanos; técnica de enfermería que lesiona el nervio ciático de un niño por no tomar las precauciones debidas; o el abandono de la guardia por una urgencia.

#### Responsabilidad profesional<sup>4</sup>

La responsabilidad de los médicos se define en la ley de profesiones, que establece que los delitos que cometan durante su ejercicio serán castigados por las autoridades competentes bajo los preceptos del código penal (artículo 288).

El código penal establece en el artículo 9 que «obra culposamente el que produce el resultado típico que no previó, siendo previsible o previo, confiando en que no se produciría en virtud de que la violación a un deber de cuidado que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales».

La Suprema Corte de Justicia de la Nación<sup>5</sup> estableció jurisprudencia como:

«La responsabilidad penal derivada de culpa o imprudencia debe probarse, pues por cuanto a ella la ley no consigna ninguna presunción *iuris tantum* como sucede tratándose de delitos intencionales.»

### Responsabilidad institucional<sup>6</sup>

- Falta de normatividad: si la institución permite que se desarrollen procesos diagnósticos y terapéuticos no establecidos en sus guías diagnósticas, es corresponsable.
- Equipamientos e insumos de mala calidad, con un mínimo de calidad o equipo obsoleto.
- No cubrir con personal suficiente y capacitado las áreas del hospital o improvisar personal no capacitado.

Otros ejemplos:

- Dolo: hay intención deliberada; es decir, a sabiendas de que el resultado puede causar daño, no detiene al autor. Por ejemplo: aborto certificado falso, la responsabilidad es plena.
- Culpa: no hay necesariamente intención de dañar, pero hay negligencia, desidia, impericia, falta de precaución o de diligencia, descuido o imprudencia que produce perjuicio a otro o que frustra el incumplimiento de una obligación y debe ser imputada a quien la causa.
- Caso fortuito: los hechos son extraños al hombre, ocurren por azar, es decir, es una consecuencia extraordinaria o excepcional de la acción. El médico no ha previsto el resultado porque éste no era previsible, por lo tanto no puede serle imputado.
- Por estado de necesidad: cuando se causa un mal menor tratando de evitar un mal mayor no existe responsabilidad médica.
- Por «con causa»: en respuestas anormales a un tratamiento ligadas a factores del propio paciente no hay responsabilidad médica.
- Por falibilidad o por error médico: surge por el riesgo de equivocarse como ser humano (*errare humanum est*). Imponderables que surgen a pesar del cuidado médico, no hay responsabilidad profesional.

- Iatrogenia: es toda alteración del estado del paciente producida por el médico. Una acción médica puede ser benéfica, inocua o perjudicial. Es el daño en el cuerpo o en la salud del paciente causado por el médico a través de sus acciones profesionales, conductas o medios diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos, psicoterapéuticos, etc., y este daño o resultado indeseado no le es imputable jurídicamente.

Recomendaciones para evitar una eventual demanda por mala práctica:

1. Documentar cuidadosamente los hallazgos clínicos positivos y negativos.
2. Cuidadosa redacción de la historia clínica.
3. De ser necesario referir al paciente a otro médico especialista.
4. En la comunicación con los familiares usar un lenguaje sencillo, no el médico.

Para reducirla al mínimo ineludible:

- a) Protocolizar los procedimientos.
- b) Evitar a toda costa el sufrimiento del paciente.
- c) El médico actualizado ofrece la mejor alternativa de tratamiento.
- d) Evitar dar múltiples medicamentos y prescribir lo indispensablemente necesario.
- e) Referir al enfermo al profesional con más experiencia o preparación.
- f) Respetar el principio de autonomía: el paciente informado es corresponsable de la decisión adoptada.

El médico es humano y como tal es falible. Un médico puede realizar 1,000 intervenciones exitosas, pero si falla una siempre será señalado por la sociedad. El médico debe contar con una buena formación científico-técnica y ética, ya que cuando cometa un error, debe aceptarlo y de éste adquirir conocimiento para no volver a repetirlo y darlo a conocer, quizás esto sea lo más difícil, para que sus colegas no repitan el error. El error se define como un acto no intencionado por omisión o comisión que es inadecuado para el efecto o resultado que se pretende. El error en medicina se ha estudiado, existen algunas publicaciones al respecto, de ellas un estudio realizado en Nueva York<sup>7</sup> reveló que



98,609 pacientes sufrieron daño iatrogénico (fatal 14%). En otro estudio en autopsias se observaron tasas de 35 a 40%.<sup>8</sup> En México existe una instancia para resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos sin afectar los derechos que la ley concede a las partes para dirimir sus controversias, que es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en donde se dirimen situaciones que se presentan en la relación médico-paciente. Es conveniente señalar que el médico en su formación debe estar asesorado en forma continua para evitar errores como el que se reporta por la CONAMED, de errores en el diagnóstico.<sup>9</sup> Casos como éste son enviados a la CONAMED y es que ésta por sus funciones puede definirse como enmendadora o conciliadora y he aquí la importancia de la bioética, ya que no interfiere con la CONAMED porque la bioética puede definirse como preventiva, esto es, un puente entre la ciencia y el humanismo.

De tal modo, el médico debe:

- Aceptar que es falible.
- Comunicarse plenamente con el paciente y sus familiares con respeto, salvaguardando su dignidad.
- Prepararse en forma continua en el ámbito científico, técnico y humanístico.
- Reconocer el error, para lo que hay que aplicar sistemas que detecten errores e investigar las causas que los originan.
- Aceptar que el error puede ser causa de enseñanza.
- Disminuir los errores utilizando herramientas que ayuden al médico, por ejemplo, recordar las dosis de los medicamentos utilizando un dispositivo tecnológico.
- Evitar la fatiga, principalmente en las áreas críticas como la terapia intensiva.
- Reconocer las situaciones emocionales por las que pudiese atravesar el médico como el divorcio o ser víctima del *burnout*.

La CONAMED<sup>10</sup> recomienda los siguientes puntos para evitar el error médico:

1. Mantener un alto nivel de competencia a través de la educación médica continua, actualización y certificación.

2. Contar con la acreditación correspondiente: título y diploma universitarios debidamente registrados ante las autoridades competentes, cédula profesional y/o de especialista, certificación del consejo de la especialidad correspondiente.
3. Otorgar atención médica integral con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica.
4. Sustentar la competencia profesional en la disponibilidad de los conocimientos médicos vigentes, en las habilidades requeridas para la realización de los procedimientos a que está comprometido y en el desarrollo de experiencia para la solución de problemas complejos.
5. Referir al paciente al médico, a la unidad médica o al nivel de atención que corresponda cuando se carezca de los elementos necesarios para otorgarle una atención con la calidad y seguridad necesarias.
6. Apoyar las decisiones que se tomen con las evidencias disponibles.
7. Aplicar las medidas de seguridad y prevención de riesgos a los pacientes.
8. Aplicar las guías de práctica clínica.
9. Contar con expediente clínico para cada paciente, integrado conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1 del Expediente Clínico y las disposiciones oficiales relacionadas.
10. Justificar en el expediente clínico las decisiones que se tomen, especialmente cuando no estén sustentadas en la normatividad vigente.

El médico tiene una responsabilidad con la sociedad, si lleva a cabo bien el acto médico lo felicitan, pero si existe un error y es responsable de ese acto, no se le perdona y es considerado como un mal médico. Si hay aprobación las manifestaciones de satisfacción y de aceptación social le darán buen nombre y fama, de lo contrario si su proceder se reprueba, el castigo será el reproche social, el desprestigio o la mala fama,<sup>11</sup> olvidando que el médico se ha preparado por largos años y extenuantes tareas en el ejercicio de la medicina para ofrecer lo mejor de sí a ese ser humano que solicita ayuda en su salud.

En ocasiones, como refiere Corral Castanedo,<sup>12</sup> el enfermo se encuentra en una isla con el mínimo contacto con su familia debido a la burocracia que

impera en algunos sistemas de salud, por lo que el médico es como un ancla salvadora, acude al enfermo, lo diagnostica y trata, lo asesora cuando es necesario que acuda con un médico especialista, poniéndolo en sus manos, pero sin soltarle el alma y la mano, ayudándolo a atravesar las calles de las dolencias, los trámites imprescindibles y los días de internamiento. Toma fuerte esa mano niña, esa existencia niña en que se convierte la vida de cualquier enfermo por muy adulta y experimentada que sea. El médico tiene una triple misión: sabio en la ciencia, sacerdote en el propósito y artista en el procedimiento; y pide a Dios, como el médico judío Maimónides, que sólo desea conocimiento para ayudar a sus semejantes. Que puede equivocarse es cierto, la medicina no es una ciencia exacta, pero siempre actuará en bien del enfermo con sus conocimientos y habilidades, nunca con dolo.

### CONCLUSIÓN

El médico es un ser humano y como tal puede tener errores, pero nunca actúa con dolo. Cuando comete un error, debe aceptarlo y de éste adquirir conocimiento para no volver a repetirlo y darlo a conocer. El médico siempre busca lo mejor para su paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Guarnier V. Conferencia Dr. Ignacio Chávez. Acerca de la desaparición del arte de curar. *Gac Med Mex.* 2002; 138 (4): 389-393.
2. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol Of Sanit Panam.* 1990; 108 (5-6): 379-389.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
4. Vázquez R. Bioética y derecho. *Fundamentos y problemas actuales.* México: Ed. Fontamara; 2012. p. 95.
5. Jurisprudencia 887 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el Apéndice al Seminario Judicial de la Federación, 1917-1995, t. II, materia penal, p. 565.
6. Tamayo C, Sánchez J, Rivera A, Hernández L. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. *Rev Med IMSS.* 2003; 41 (5): 407-413.
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991; 324 (6): 370-376.
8. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. *N Engl J Med.* 1983; 308 (17): 1000-1005.
9. Dubón-Peniche MC. Caso CONAMED. *Rev CONAMED.* 2010; 15 (1): 57-61.
10. Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Rodríguez-Suárez FJ, Zavala-Villavicencio JA, Vicente-González E, Venegas-Páez F et al. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Rev CONAMED.* 2012; 17 (1): 30-43.
11. Ambrosio-Morales MT, Carrillo-Fabela L, González-Mora B. La responsabilidad del médico como servidor público en México. Disponible en: [www.juridicas.unam.mx](http://www.juridicas.unam.mx)
12. Corral-Castanedo A. Elogio y nostalgia del médico de cabecera. *Conmemorativo del 250 aniversario de la fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.* 1981.

## Sobre el aborto y la objeción de conciencia

### *About abortion and conscientious objection*

César Francisco Contreras López\*

#### RESUMEN

En abril de 2007 se modificó el Código Penal y la Ley de Salud del Distrito Federal con el fin de despenalizar la práctica del aborto cuando se realiza dentro de las primeras 12 semanas de gestación. A partir de entonces, la hoy Ciudad de México ofrece de manera gratuita en sus unidades de salud orientación y capacitación sobre salud sexual y derechos reproductivos, así como los procedimientos para realizar la Interrupción Legal del Embarazo. En mayo del presente año, en relación con el aborto legal, se modificó la Ley General de Salud para introducir el derecho a la objeción de conciencia por parte del personal de salud. De esta manera queda salvaguardada legalmente la negativa del médico a obedecer un mandato de autoridad judicial o administrativa que atente contra sus creencias, convicciones, la moral personal o profesional.

**Palabras clave:** Aborto, objeción de conciencia, Ley General de Salud.

#### ABSTRACT

In April 2007, the Criminal Code and the Health Law of the Federal District were modified to decriminalize the practice of abortion when it is performed within the first 12 weeks of pregnancy. Since then, Mexico City offers free guidance and training in sexual health and reproductive rights, as well as procedures to carry out the Legal Interruption of Pregnancy. In May of this year, in relation to legal abortion, the General Health Law was modified to introduce the right to conscientious objection by health personnel. In this way, the doctor's refusal to obey a mandate from a judicial or administrative authority that violates his or her beliefs, convictions, or personal or professional morals is legally safeguarded.

**Key words:** Abortion, conscientious objection, General Health Law.

\* Especialista en Medicina Legal, Facultad de Medicina de Mexicali, Universidad Autónoma de Baja California.

**Correspondencia:**  
CFCL, drcesarcontreras@outlook.com

**Conflicto de intereses:**  
El autor declara que no tiene.

**Citar como:** Contreras-López CF. *Sobre el aborto y la objeción de conciencia*. Rev CONAMED 2018; 23(supl. 1): s46-s49.

Recibido: 23/07/2018.  
Aceptado: 12/10/2018.

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

Sin pretender realizar un análisis profundo de la medicina desde el punto de vista científico, ético, religioso o filosófico, es necesario que el médico entienda la importancia de los cambios en la ley o leyes sobre la «objeción de conciencia» y cómo este derecho se relaciona o aplica en el caso específico del aborto como procedimiento para la interrupción del embarazo. Debemos analizar, desde la perspectiva hermenéutica, lo que ocurre en la práctica diaria, sobre todo del ginecólogo, sobre el aborto y su manejo para que siga desarrollando su profesión sin ningún tipo de presión por parte de la paciente, de las autoridades judiciales o sanitarias e incluso de los medios de comunicación y la sociedad.

Desde el punto de vista médico, la práctica del aborto sin una justificación clínica bien identificada, es decir, sin un diagnóstico, representa un riesgo para la salud de la paciente, como muchos otros procedimientos médicos.

El personal de salud tiene una formación humanista y pro-vida. Todos los días se pelea contra las enfermedades y contra infinidad de situaciones que de una manera u otra ponen en riesgo la salud de los pacientes, con actividades de investigación científica, atención médica de tipo preventiva y/o curativa, salud pública, promoción de la salud y un largo etcétera de acciones y programas establecidos con el único fin de curar, controlar y limitar daños a la salud. Por eso, se considera a la medicina como una ciencia humanista, entendiendo este último término como la tendencia que tienen los hombres a mantener la vida por diferentes medios,<sup>1</sup> es lo que nos diferencia de alguna manera con los animales, los cuales carecen de razón y actúan por instinto para la preservación de su vida. El humanismo en medicina se refiere al respeto que debe tener el médico por la vida de sus pacientes a través de valores como la beneficencia, la filantropía, la bondad, la compasión por aquéllos que sufren por una enfermedad, como eje principal de su actuar.

Ahora bien, para entender el por qué en la mayoría de los casos los médicos no están de acuerdo en la terminación del embarazo por razones no médicas o personales de la paciente o su familia, debemos recordar dos conceptos básicos de los que partimos; salud y enfermedad.

La salud es un bien con el que la mayoría de los seres humanos nacemos, pero somos nosotros

mismos quienes estamos obligados a protegerla y conservarla. A medida que vamos creciendo es muy común que nos alejemos de ella, sobre todo al adoptar estilos de vida poco saludables. Cuando desobedecemos las medidas naturales y humanas útiles para conservar una buena salud se presentan las enfermedades, las cuales nos harán sentir mal provocándonos dolor, malestar, incapacidad y diversos estados que, dependiendo del tipo de enfermedad, pueden llevarnos por tres caminos: una curación sin secuelas, la remisión de la enfermedad con recuperación parcial del estado de salud previo, la muerte.

También es importante aclarar qué es el embarazo desde el punto de vista médico. El embarazo es el proceso mediante el cual la mujer desarrolla un «conceptus»<sup>2</sup> posterior a la implantación en el endometrio y que termina con el nacimiento. Éste suele durar 40 semanas (nueve meses), tiempo durante el cual ese feto se desarrolla hasta adquirir la capacidad de sobrevivir (contando con el apoyo de la madre y de otras personas durante sus primeros años de desarrollo extrauterino). Con base en lo anterior, podemos considerar que el embarazo no es una enfermedad por lo que, al no existir alteración en la salud materna, no hay razón médica para la interrupción prematura.

La decisión de embarazarse le corresponde a la mujer principalmente, aunque, cuando ya se tiene una vida en pareja, la decisión puede ser compartida. Sin embargo, hay ocasiones, muchas, en las que la mujer se embaraza sin haberlo deseado o planeado, generalmente durante una relación sexual fortuita o descuidada.

Es en este tipo de casos en donde la mujer decide, de manera unilateral la mayoría de las veces, desechar ese feto por razones personales, sociales, laborales, etcétera.

En estas circunstancias no hay más que el deseo personal de la paciente por interrumpir ese embarazo, sin ninguna patología de por medio que amerite la necesidad de realizar el legrado. Aquí es donde el médico (principalmente el ginecólogo) es colocado en una posición en la que debe hacer a un lado su humanismo para cumplir el deseo de su paciente.

Ahora bien, si consideramos lo que establece el Código Penal Federal (CPF) sobre el delito de

aborto: «la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez», esto significa que el médico al realizar el legrado uterino está cometiendo este delito toda vez que está provocando la muerte del producto, independientemente de la razón que lo llevó a ello, y no le exime de esta responsabilidad porque el mismo Código establece que aunque exista el consentimiento de la paciente se le aplicará la sanción correspondiente. Esto es, a todas luces, injusto para el médico y lo obliga a negarse a realizar el procedimiento solicitado por el simple deseo de la madre. Así pues, seguimos contando con un CPF que protege la vida desde el momento de la concepción y que castiga a quien realice o consienta la realización de cualquier acto en contra de la vida de ese producto. Queda aún una pequeña oportunidad para las mujeres de exigir el derecho a abortar, ya que un artículo más adelante, el CPF establece que el aborto no será punible cuando haya ocurrido por la imprudencia de la mujer embarazada. Este pequeño párrafo deja abierta la puerta para que las mujeres realicen actos de tipo «imprudencial» que obliguen al médico a practicar el legrado por el riesgo de complicaciones que se pueden presentar al negarse a brindar la atención médica. Al no estar definido qué es lo que se puede considerar como conducta imprudencial que ponga en riesgo la viabilidad del embarazo, quedará a criterio del juzgador si la realización del legrado estaba justificada o si el médico cometió el delito de aborto al haber privado de la vida a un feto sin una patología o un riesgo de ella de por medio.

Contrario a lo anterior tenemos que la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención,<sup>3</sup> establece en el punto 6.4.2.3 que en caso de violación, en las instituciones de salud debe ofrecerse de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento la anticoncepción de emergencia, aquí la pregunta sería, ¿el médico es quien debe decidir qué paciente sí fue violada para proceder a prescribir un medicamento para evitar un embarazo? Y si sabemos que para poder determinar la comisión de un delito, como el aborto, se requiere una investigación ministerial, ¿cómo el médico podrá determinar si la solicitud de la paciente es legítima y apegada al ejercicio de

sus derechos como víctima, sin haberse realizado la investigación judicial correspondiente?

En abril de 2007, en el entonces Distrito Federal, se publicó la reforma al Código Penal con la que el gobierno despenalizaba cualquier actividad tendiente a la interrupción del embarazo hasta la semana 12 de la gestación, convirtiendo a ésta en lo que se conoce hoy como la «interrupción legal del embarazo» (ILE) (artículo 144 donde el delito de aborto es considerado ahora a partir de la semana 12 de gestación).<sup>4</sup> En esa misma adecuación se realizó modificación a la Ley de Salud del Distrito Federal para otorgar servicios de interrupción del embarazo por medio de métodos anticonceptivos eficaces y seguros a toda mujer que lo solicite. Con la transformación del Distrito Federal en Ciudad de México, la nueva Ley de Salud contempla lo anterior en el Capítulo VII del Título segundo, Artículo 52.

Ante esto, empezaron a surgir voces en contra de la legalización del aborto.<sup>5,6</sup>

Actualmente en las unidades médicas de la Secretaría de Salud de la CDMX se han realizado 138,035 procedimientos para la ILE de abril de 2007 al 6 de junio de 2018. Los reportes sobre las cifras de abortos realizados en nuestro país antes de la despenalización son discutibles e inconsistentes,<sup>7,8</sup> por lo que no podemos hacer una comparación para determinar el impacto de esta medida.

La práctica de la medicina además de la parte científica, conlleva un alto valor moral toda vez que cada acto médico es una intervención en el cuerpo de una persona que debe ser realizado única y exclusivamente buscando un beneficio para la salud del paciente, por lo que, en contra de lo establecido como un derecho de la mujer para la ILE, se propone en el 2015 agregar en la Ley General de Salud (LGS) el derecho del personal de salud a negarse a realizar actos médicos que consideren que vayan en contra de sus principios o creencias personales (aunque no fue propuesto como tal en la iniciativa presentada ante el Congreso de la Unión).

El 11 de mayo del presente año se publicó un decreto para agregar un artículo a la Ley General de Salud, el 10 Bis, en el que se establece que el personal médico tiene derecho a excusarse para la prestación de los servicios de salud por «objeción de conciencia». Con lo anterior ha sido elevado a



derecho humano la libertad del médico a decidir la realización o la negativa a realizar la ILE en contra de su voluntad.<sup>9</sup>

La objeción de conciencia se define como «una postura individual contraria a la ley, actos de autoridad e incluso autoridades laborales. Esta postura de discrepancia normalmente es generada por creencias religiosas, ideológicas, principios éticos o morales y tiene como finalidad la no aplicación de la ley o acto en cuestión o su sanción».<sup>10</sup>

La objeción de conciencia se presenta cuando una persona se niega a actuar según un mandato u obligación legal, o una orden administrativa por razones de conciencia, es decir, sobre la base de razones para hacer lo que esta persona cree que es lo correcto (moral, religioso o de otro tipo), por lo cual se opone a tal obligación u orden. La objeción de conciencia revela un conflicto entre los valores morales de un individuo y lo que se le requiere que haga.<sup>11</sup>

La objeción de conciencia se puede invocar por creencias religiosas o por convicciones personales, sin embargo, en el caso de la práctica de la medicina, ésta puede tener su origen en la deontología que rige al acto médico. El Juramento hipocrático señala: «estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos».

De esta manera, lo que desde los inicios de la práctica de la medicina se consideraba inmoral por ser un acto contra natura, ahora se ha convertido en un derecho fundamental en contraposición con otro derecho fundamental, ambos de tipo personal, sobre el aborto. Queda salvaguardado así, el derecho del médico a decidir la realización de un legrado cuando

no hay indicación médica para ello, por más legítimo que sea el derecho de la mujer a abortar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Soberón AG, García VM, Narro RJ. Nuevos frentes del humanismo en la práctica médica. *Salud Pública Mex.* 1994; 36: 541-551.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07%2F04%2F2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07%2F04%2F2016)
3. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Disponible en: <http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/normatecainterna/MJnormasmexicanas/NOM-046-SSA2-005.pdf>
4. Código Penal para el Distrito Federal.
5. Ávila A. Ciudad de México despenaliza el aborto. *El País.* 24 de agosto de 2007. Disponible en: [https://elpais.com/internacional/2007/04/25/actualidad/1177452003\\_850215.html](https://elpais.com/internacional/2007/04/25/actualidad/1177452003_850215.html)
6. Redacción. Comité Pro vida inicia campaña para evitar abortos en hospitales de México DF. *Aciprensa.* 8 de mayo de 2007. Disponible en: <https://www.aciprensa.com/noticias/comite-pro-vida-inicia-campana-para-evitar-abortos-en-hospitales-de-mexico-df#.UalDq9JJOAg>
7. González LD, Aguirre MC. Los médicos y el aborto. *Ensayo. Salud Pública Mex* 1995; 37:248-255.
8. Freika T, Atkin LC. El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de América latina. *Salud Pública Mex.* 1990;32:276-287.
9. Decreto por el que se adiciona un artículo 10 Bis a la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, publicado el 11 de mayo de 2018.
10. Campuzano AJ. Imprudencia de la objeción de conciencia planteada por un juzgador. *Revista del Instituto de la Judicatura Federal.* Disponible en: <https://www.ijf.cjf.gob.mx/publicaciones/revista/33/02%20JAIME%20ALLIER%20CAMPUZANO.pdf> Revisada el 19 de julio de 2018.
11. Ortiz MG. Abortion and conscientious objection: rethinking conflicting rights in the Mexican context. *Global Bioethics.* 2017;29:1;1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5727449/pdf/rgbe-29-1411224.pdf> Revisada el 19 de julio de 2018.



Agradecimiento a los Revisores 2018 de la

# REVISTA CONAMED

*La publicación de los artículos que aparecieron en la REVISTA CONAMED durante el año 2018, en sus cuatro números como en el Suplemento, no podía haberse realizado sin el encomiable esfuerzo y participación desinteresada de los y las especialistas que aceptaron participar como revisores de esos artículos.*

**La REVISTA CONAMED agradece profundamente su interés, esfuerzo y participación para el desarrollo de esta labor a:**

- Alma Lidia Almiray Soto • Elia Nora Arganis Juárez •
- Alheli Lucia Bremer Astudillo • Eduardo Bustamante Leija
- Eduardo Ensaldo Carrasco • Maricela Cruz Jiménez •
- Miguel Ángel Cuevas Budhart • Euler Chargoy Vivaldo
- Uriel Chávez Flores • Martha Patricia Hernández Valdez
- Briceida López Martínez • Eloy Margarita Aguilar •
- Horacio Márquez González • Xochitl Martínez Barbosa
- José Antonio Orozco Morales • Alfredo Paulo Maya •
- Maryangel Perea Cabrera • Felipe de Jesús Ruiz García
- María Santillán Orgas • Filiberto Toledano Toledano •

G R A C I A S

Atentamente

Cuerpo Editorial REVISTA CONAMED



27-29  
MARZO  
2019

# 18 CONGRESO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

CUERNAVACA | MORELOS | MÉXICO

## Evidencia para la **atención primaria** y las **políticas multisectoriales**



CONFERENCIAS MAGISTRALES ■ PLENARIAS ■ SIMPOSIOS ■ SESIONES DE TRABAJOS LIBRES  
■ EXPOSICIÓN DE CARTELES ■ PRESENTACIONES DE LIBROS ■

### CUOTAS DE INSCRIPCIÓN DEL CONGISP 2019

Tipo de inscripción	Hasta el 31 de enero	Al 15 de marzo	Al 29 de marzo
Estudiantes	\$ 1 300.00	\$ 1 800.00	\$ 2 200.00
Profesionales	\$ 2 400.00	\$ 3 300.00	\$ 3 900.00

Fecha límite para la recepción de resúmenes: **9 de enero de 2019**

#### Informes

Teléfonos directos: (52) 777 329 3010  
(52) 777 329 3081

Conmutador: (52) 777 329 3000

Extensiones: 3115, 3117, 3119 y 3123

Correo electrónico: [congis2019@insp.mx](mailto:congis2019@insp.mx)

 INSP.MX

 #CONGISP2019

[www.insp.mx/congis/](http://www.insp.mx/congis/)

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



75  
AÑOS  
1943 - 2018

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

CULTURA  
SECRETARÍA DE CULTURA

## LENGUA INDÍGENA NÁHUATL



RECOMENDACIONES  
DIRIGIDAS A LOS  
PACIENTES PARA  
MEJORAR LA  
ATENCIÓN DEL  
ADULTO MAYOR.

Ya yich'alel te bin ut'il lek yayich'ilelek te me'el  
mamaletik te bit'il ayik ta chemele.

CONAMED  
COMISIÓN NACIONAL DE  
ARBITRAJE MÉDICO

INALI  
INSTITUTO NACIONAL DE LENGUAS INDÍGENAS

<http://www.gob.mx/conamed>

/ComisionNacionalDeArbitrajeMedicoconamed

@CONAMED\_SALUD

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

conamedcontigo



# Curso sobre Prevención del conflicto derivado del Acto Médico

**Del 8 al 12 de abril, 2019. 9 - 15 h.**

Origen del conflicto · Ética y derecho sanitario ·  
Modelo CONAMED · Marco jurídico · Calidad de  
la atención · Expediente clínico y consentimiento  
válidamente informado · Marco conceptual del análisis  
de casos · Análisis de casos CONAMED · La Comunicación  
en la relación médico-paciente.

**CONAMED**

COMISIÓN NACIONAL DE  
ARBITRAJE MÉDICO

Facultad de Medicina



Dirigido a profesionales de la salud,  
titulados a nivel licenciatura (médicos,  
enfermeras, odontólogos y trabajadoras  
sociales) y técnicos en enfermería titulados.

Presencial (CDMX) y por videoconferencia  
(para sedes del interior de la república).

Facultad de Medicina, UNAM

Informes e inscripciones:

01(55) 5420-7148, 01(55) 5420-7102, 01(55) 5420-7093

[www.gob.mx/conamed](http://www.gob.mx/conamed)



**75**  
AÑOS  
1943 - 2018

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**CONAMED**  
COMISIÓN NACIONAL DE  
ARBITRAJE MÉDICO

*Ante una inconformidad en  
la atención médica para ti o  
tus hijos, te atendemos en  
la CONAMED o acude a  
las Comisiones Estatales*



***En CONAMED apoyamos tu derecho  
a la protección a la salud***



**[www.gob.mx/conamed](http://www.gob.mx/conamed)**

**Llama al: 01(55) 54207000**