

# Acotaciones humanistas

## Ideas sociales para primer año de medicina

Irma Araceli Aburto López  
Erick Daniel Granados Monroy  
Paulette Mariel Arellano Aldama  
Lizeth Carcaño Santillán



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

# Acotaciones humanistas

Ideas sociales para primer año de medicina

**Irma Araceli Aburto López**  
**Erick Daniel Granados Monroy**  
**Paulette Mariel Arellano Aldama**  
**Lizeth Carcaño Santillán**

Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



### **Datos para catalogación bibliográfica**

Autores: Irma Araceli Aburto López, Erick Daniel Granados Monroy, Paulette Mariel Arellano Aldama, Lizeth Carcaño Santillán.

### **Acotaciones humanistas. Ideas sociales para primer año de medicina.**

UNAM, FES Zaragoza, agosto de 2022.

Peso: 18 MB.

ISBN: 978-607-30-6319-7.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños Castillo.

Diseño y formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

---

### **DERECHOS RESERVADOS**

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

### **Acotaciones humanistas. Ideas sociales para primer año de medicina.**

#### **D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México**

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,  
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

#### **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**

Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,  
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

<b>Agradecimientos</b>	v
<b>Introducción paradigmática</b>	vii
<b>Introducción</b>	1
<b>Presentación</b>	5
<b>Desarrollo</b>	9
<b>Capítulo 1.</b> La Salud del Hombre y su Ambiente	11
<b>Capítulo 2.</b> Crecimiento y Desarrollo Intrauterino	187
<b>Capítulo 3.</b> Parto, Puerperio y Periodo Perinatal	257
<b>Capítulo 4.</b> Crecimiento y Desarrollo Extrauterino	287
<b>Capítulo 5.</b> Sobre el Comportamiento del Gobierno Mexicano hacia los CBS	337
<b>Capítulo 6.</b> México y la pandemia por COVID-19	367
<b>Conclusiones generales</b>	377
<b>Referencias</b>	381



# Agradecimientos

## Agradecimientos del Profesor Erick Daniel Granados Monroy

A la Maestra Mariana Islas Ortega (q.e.p.d.), a la Doctora Rocío Paniagua Hernández, a la Doctora María Luisa Ponce López, a la Maestra Raquel Molina Martínez, a la Maestra Gabriela Trejo, a la Maestra Belinda de la Peña, y a la Doctora Irma Araceli Aburto López, por permitirme ser parte de su valioso equipo de trabajo.

A Lucía Araceli Monroy Ibarra y a Perfecto Monroy Vargas: supercarga y nitrometano que me permitieron recorrer la carretera.

A la banda rockanrolera: Dra. Marina Reyes Sandoval, Fernando Pérez Morales, Guillermo Arellano, José Vilchis, Mario Granados Quiñonez y Estela Delgado, Wendy Francisco Flores, Itzel Granados, Chuy y Milo, Jacquelin Pablo, Tanya Yuridia Granados, Omar Viveros, Ramsés Granados, Magda Granados, Mario Granados Delgado, Eduardo Guadalupe Partida Granados, Roberto Monroy, Enrique Granados, Agustín Monroy, Benjamín Meza, Carolina Díaz, Adrian Aguilar y Ana “La Lunita” Aguilar, Humberto Gastelum y Ayaradamis Cheresadess Gastelum, Juan Ramírez Sánchez, Fernanda Baltazar, Arturo Nápoles, Juan Tenahua, Ricardo Rico, mi honorable hermano Jorge Calva, Oscar Domínguez, Dania Helena, Daniel Martínez, Victoria Hernández, la banda de la Universidad de Occidente de Los Mochis (Juan Ruiz, Gloria Olivas, Karina Rivera, Lucina Sánchez y Mireya Bodart), Cuauhtémoc Lara Vargas, José Luis Gutiérrez Carbonell, Roberto Montiel Orduño, al Dr. José Luis Díaz Meza, y de manera especial a Jess Alfaro y a Ian.

A los excelentes académicos Maestra María Guadalupe Zamorano Orozco, Fernando Pérez Morales y Maestra Gabriela Trejo Niño, por sus aportaciones metodológicas y heurísticas que definitivamente enriquecieron y profundizaron el texto.

Al Profesor Raziel Leaños y a la profesora Claudia Ahumada: enormemente agradecido por su dirección, liderazgo y logística excelente y esencial.

## Agradecimientos de la Cirujano Dentista Lizeth Carcaño Santillán

Dedicado con especial cariño y admiración a la Doctora Irma Araceli Aburto López y al Profesor Erick Daniel Granados Monroy, profesionales que todos los días marcan la diferencia en la juventud, siendo fuente de inspiración y modelos a seguir. Gracias por la oportunidad que me brindaron de aprender un poco de ustedes.

Dedicado a mis padres Juan Carcaño y Esther Santillán, que apoyaron cada decisión que tomé, desde que decidí mudarme y cumplir mi meta de estudiar en la UNAM.

Son sus enseñanzas las que me impulsan a seguir forjándome como persona y como profesional.

Son ustedes y mis hermanos los que siempre creyeron que no había límites, si los tengo a mi lado.

A ti, Antonio Reyes, que te mantienes a mi lado, forjando el camino que deseamos caminar juntos.

Dedicado a todos nuestros seres queridos que ya no se encuentran con nosotros.

Por aquellos de los que no pudimos despedirnos y recordamos con cariño.

# Introducción paradigmática

## El vínculo médico y salud

Dr. Bernardo Adrián Robles Aguirre

La Antropología interpreta, construye y analiza, los comportamientos sociales estudiando las ideas, las tradiciones, los hábitos y las costumbres de los sujetos (Duch y Mèlich, 2005), así como sus representaciones mentales (Sperber, 1989), de forma que, “toda interpretación es el producto de un trabajo intuitivo y obedece a un criterio personal que varía según el punto de vista del investigador” (Sperber, 1989: 142). Por tanto, hablar de construcciones sociales, implica reconocer al otro como elemento de análisis e interpretación.

En este sentido, el libro que se presenta a continuación, contiene descripciones, análisis e interpretaciones de textos básicos para todos los estudiantes de medicina que estén ávidos por reconocer la importancia de la sensibilidad médica y humanística, dentro del perfil del médico zaragozano; en cada uno de los escritos, es importante reconocer la forma en cómo se aprenden y “aprehenden” la realidad.

Reconocemos que si bien, el aprendizaje dependerá tanto de las experiencias, como del tránsito por la sociedad en la que conviven, consideramos que es de suma importancia incidir en esto, ya que “los actores sociales perciben la realidad social, como algo independiente de sus propias aprehensiones y por tanto, aparece ya objetivada, como algo impuesto a los sujetos” (Berger y Luckmann, 1999: 13-14), ya que como especifica Schutz (1995: 44) “Solo una parte muy pequeña de mi conocimiento del mundo se origina dentro de mi experiencia personal, ya que su mayor parte es de origen social” y “aunque un individuo responda a otras adhesiones, es, ante todo, un ciudadano de la república de la vida cotidiana” (Schutz, 1995: 16).

Estos hechos se viven desde y a partir del cuerpo, ya que todo acto de participación se activa, estimula e interpreta en los límites de éste.

El cuerpo hablante, pensante, sonante, imaginante, siente durante todo el tiempo, “siente las pieles y las piedras, los metales, las hierbas, las aguas y las llamas” (Nancy, 2011: 15), pues todo es corporal y por lo tanto no para de sentir a partir de la experiencia que tiene de la realidad, ya que esta “dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésicas” (Dolto, 1986: 18).

Aquí vale la pena recordar que el aprendizaje es un fenómeno que se presenta de forma individual y colectiva, pues al ser de naturaleza social, incide en el humano tanto en el aspecto físico como en el social y cultural, repercutiendo en su historia de vida, dentro del momento histórico que le toque vivir.

Por lo tanto, este tipo de textos deben abordarse como un fenómeno complejo de estudio, de forma que las propuestas metodológicas y teóricas, junto con los estudios médicos, psicológicos, sociológicos y epidemiológicos (entre otros), que se presentan a continuación, intentan que descubran un panorama más amplio de la complejidad que se presenta, al estudiar medicina desde este perfil humanista.

Asimismo, a lo largo de esta compilación reconocerán, como lo anuncia Dolto (1986: 291) que “el cuerpo, a través de la salud o a través de la enfermedad, es lenguaje. La salud es el lenguaje del sano; la enfermedad es el lenguaje de alguien que sufre y, a veces, de un angustiado. Estar enfermo es signo de lucha contra un enemigo del equilibrio de los intercambios que llaman salud”.

En la construcción de la realidad social existe un constante ir y venir del sujeto, éste, moldea, modifica y asimila el entorno, elaborando nuevas visiones del mundo que lo rodea, y así, “el individuo se aprehende a sí mismo como estando fuera y dentro de la sociedad. Esto implica que la simetría que existe entre la realidad objetiva y la subjetiva nunca constituye un estado de cosas estático y definitivo: siempre tiene que producirse y reproducirse *in actu*” (Berger y Luckmann, 1999: 170).

Puesto que la sociedad “es un producto humano, la sociedad es una realidad objetiva y el hombre un producto social” (Berger y Luckmann, 1999: 84), donde nuestro “mundo del sentido común”, “mundo de la vida diaria” o “mundo cotidiano”, es primordialmente la escena de nuestras acciones, ya que “no sólo

actuamos dentro del mundo, sino también sobre él. Nuestro propósito inicial no es tanto interpretarlo o comprenderlo sino efectuar cambios dentro de él, ya que intentamos dominar antes de procurar comprender” (Schutz, 1995: 16).

En este sentido, existe una distancia entre la realidad objetiva y subjetiva, puesto que la realidad de la vida cotidiana se presenta ya objetivada, esto es, “constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos antes de que yo apareciese en escena” (Berger y Luckmann, 1999: 39). Por su parte la realidad subjetiva “nunca se socializa totalmente, no puede transformarse totalmente mediante procesos sociales” (Berger y Luckmann, 1999: 196), ya que “el proceso de lo subjetivo no viene de fuera. Es la presencia del presente lo que incluye o implica la conciencia, lo subjetivo” (Levinas, 2005: 249), esto “debido a que el cuerpo y la conciencia son uno, la intersubjetividad es también una copresencia; la emoción de otro es inmediata porque es comprendida preobjetivamente y, más aún, es familiar cuando compartimos el mismo *habitus*” (Csordas, 2011: 102).

Así, el conocimiento de la vida cotidiana aparece distribuido socialmente de forma particular e individual, ya que todos los seres humanos “lo poseen en grados diferentes y no comparto en la misma medida mi conocimiento con todos mis semejantes, y tal vez haya cierto conocimiento que no comparto con nadie”. Y así, todos los elementos que están en la sociedad participan en nuestro conocimiento, de una u otra manera (Berger y Luckmann, 1999: 65).

Ya que es dentro de la vida cotidiana que “se sitúa el individuo como cuerpo, como algo que opera físicamente en el mundo y encuentra resistencia tanto en sus semejantes como en las cosas” (Schutz, 1995: 28).

Por otra parte, es necesario mencionar que las actividades que realice recurrentemente en la vida diaria son de suma importancia ya que “mi mundo se estructura de acuerdo con rutinas que se aplican en circunstancias propicias o adversas”. De manera que, “mi conocimiento de la vida cotidiana se estructura en términos de relevancias, algunas de las cuales se determinan por mis propios intereses pragmáticos inmediatos, y otras por mi situación general dentro de la sociedad” (Berger y Luckmann, 1999: 62 - 64).

A partir de esto creamos, inventamos y desarrollamos nuestra realidad, es un mundo que se origina en las ideas, los pensamientos, acciones, y que está sustentado como parte de nuestras actividades cotidianas (Berger y Luckmann, 1999).

Considerando el cuerpo del otro, como un elemento más que debe ser analizado por su relación con el mío ya que “es experimentado, ante todo, como parte de una unidad psicofísica; su reconocimiento es contemporáneo de la conciencia y apreciación del ego, que posee, además de un cuerpo, un mundo de conciencia cognitiva y conativa que se asemeja, en general, al mío” (Schutz, 1995: 20).

Como acabamos de observar, la realidad social no puede ser estructurada sin la incorporación de los sujetos, éstos, están en constante acción, son dinámicos y participativos; crean, modelan, inventan, funden y establecen la vida cotidiana, construyendo realidades tanto subjetivas como objetivas.

A partir de esto, es importante reconocer el papel del cuerpo como elemento de análisis, por tanto, a continuación encontrarán algunas directrices que consideramos necesarias para su incorporación en un perfil global y complejo de la medicina desde el contexto humanista.

## Referencias

- Berger, P., y Luckmann, T. (1999). *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu.
- Csordas, J. (2011). *Modos somáticos de atención* en Citro, S. (2011) *Cuerpos plurales antropología de y desde los cuerpos*. Argentina: Biblos/Culturalia.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. España: Paidós.
- Duch, L. y Mèlich J. (2005) *Escenarios de la corporeidad. Antropología de la vida cotidiana 2/1*. España: Editorial Trotta.
- Levinas, E. (2005) *Dios, la muerte y el tiempo*. España: Cátedra.
- Nancy, J. (2011) *58 indicios sobre el cuerpo. Extensión del alma*. Argentina: Ediciones La Cebra.
- Schutz, A. (1995). *La construcción significativa del mundo social*. España: Paidós.
- Sperber, D. (1989). “L'étude anthropologique des représentations: problèmes et perspectives”. Denis Jodelet (coord.). *Les représentations sociales sociologie d'aujourd'hui*. France: Presses universitaires de France.

# Introducción

En su perfil de egreso, la FES Zaragoza marca que los médicos cirujanos se conducirán con “una actitud ética, humanista y responsable ante el paciente y sus familiares.”<sup>1</sup> Teniendo además una práctica adaptable a la diversidad sociocultural y económica del país.

Esta sensibilidad ante los cambios sociales y culturales, determinantes del proceso salud-enfermedad, será potencializada entre otros elementos, por el acercamiento a las nociones humanísticas que las ciencias sociales aportarán a la carrera y al futuro profesional de la salud.

A su vez, en el plan de estudios de la carrera se refiere en el inciso G, respecto a la posición zaragozana, que... “La definición de las características científicas y humanísticas del médico general, es una tarea que compete a las escuelas de medicina en función de las necesidades sociales y de los avances científicos y tecnológicos de la profesión.”<sup>2</sup>

Entonces, es función de la materia de Humanidades, colaborar en la formación integral de los estudiantes, en pos de coadyuvar en la configuración de una conciencia con valores humanos, comprometidos con las necesidades del desarrollo social.

Con ese fin, y en pos de colaborar con el acercamiento del alumno a las teorías y conceptos humanistas, se pone a disposición de los estudiantes el siguiente conjunto de análisis y síntesis en torno a los contenidos del programa de estudios de la carrera de medicina.

Son versiones concisas y didácticas sobre las temáticas del plan de estudios, que exponen y aportan la dimensión cualitativa de lo humano: lo ético, lo axiológico y

---

<sup>1</sup> [GENERALIDADES MÉDICO CIRUJANO – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza \(unam.mx\)](#). Información sobre el perfil de egreso del médico zaragozano, revisada en este enlace el 8 de mayo del 2021.

<sup>2</sup> [Plan\\_estudios\\_medico\\_cirujano.pdf \(unam.mx\)](#). Información sobre la fundamentación institucional formativa, temática y curricular de la carrera de medicina y de la materia de Humanidades. Revisada el 8 de mayo del 2021.

lo político. Aspectos que influyen -y lamentablemente no siempre para bien-, en el humano, en la comunidad, y en el proceso salud-enfermedad.

Si de por sí, previo a la pandemia Covid, se utilizaban complementariamente ayudas al proceso discursivo y expositivo de las temáticas realizadas por los profesores y dirigidos a los alumnos, ahora, con la nueva normalidad, el material extra (asincrónico) a lo impartido (sincrónicamente) en videoconferencias, se hace aún más necesario.

Este compilado se encuentra constituido por cinco apartados principales: Introducción, Presentación, Desarrollo, Conclusiones y Referencias.

En la Introducción se expone el objetivo y aspectos estructural del presente libro.

En la Presentación se explican las particularidades conceptuales y sintácticas del texto.

En el Desarrollo se encuentran seis secciones:

- Capítulo 1. La Salud del Hombre y su Ambiente.
- Capítulo 2. Crecimiento y Desarrollo Intrauterino.
- Capítulo 3. Parto, Puerperio y Periodo Perinatal.
- Capítulo 4. Crecimiento y Desarrollo Extrauterino.
- Capítulo 5. Sobre el Comportamiento del Gobierno Mexicano hacia los CBS.
- Y finalmente Capítulo 6. México y la pandemia por COVID-19.

En esta distribución, las síntesis reflexivas de cada unidad se encuentran organizadas exactamente con base a lo marcado en el mapa curricular de la licenciatura; se ubican del capítulo primero al cuarto, siguiendo las lecturas y contenidos correspondientes.

En el quinto capítulo se presenta un análisis sobre el actuar gubernamental, con relación a los discursos y acciones estatales en torno al personal de salud.

En el último capítulo del Desarrollo, “México y la pandemia por COVID-19”, se realiza un acercamiento a esa problemática tan contemporánea y grave que padeció y sigue padeciendo el mundo y nuestro país.

En las Conclusiones se recapitula sucintamente sobre el proceso analítico de las unidades y sus temáticas.

Este documento y los escritos que lo integran, fueron estructurados desde el Enfoque Cualitativo.

Para su elaboración se utilizaron principalmente dos métodos: el método doxográfico<sup>3</sup> y el método dialéctico.<sup>4</sup>

Tras esta introducción general, procedemos con el siguiente apartado, la Presentación.

---

<sup>3</sup> Para una revisión del método doxográfico, revítese este link: [http://www.razonypalabra.org.mx/N/N86/L86/Granados\\_L86.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N86/L86/Granados_L86.pdf)

Documento donde se explica esa modalidad heurística. Revisada el 8 de mayo del 2021.

<sup>4</sup> Para un acercamiento al método dialéctico, chéquese el siguiente enlace: <http://www.eepsys.com/es/notas-sobre-el-metodo-dialectico/>

Artículo que desarrolla la validez y necesidad de ese proceso cognoscente. Revisada el 8 de mayo del 2021.



# Presentación

Este documento contiene sintéticamente análisis de las lecturas, correspondientes a los temas, de las cuatro unidades, de la materia Humanidades, de primer año de medicina, de la licenciatura que imparte la FES Zaragoza.

La materia de Humanidades tiene como propósito aportar a la medicina el elemento cualitativo de la persona; lo humano más allá de sus estructuras y funciones cuantitativas.

Proporciona ideas, reflexiones y cuestionamientos en torno a la persona, la comunidad y las disciplinas cognoscentes.

En cuanto a lo contextual, proporciona análisis sobre los elementos históricos que afectan positiva y negativamente la práctica del médico en nuestras particulares circunstancias nacionales.

Las cuatro unidades que componen la materia de Humanidades son:

- 1. La Salud del Hombre y su Ambiente;
- 2. Crecimiento y Desarrollo Intrauterino;
- 3. Parto, Puerperio y Periodo Perinatal;
- 4. Crecimiento y Desarrollo Extrauterino.

Cada unidad contiene un eje temático distribuido por semana, y cada tema de cada semana se apareja con una lectura.

Se realizó un labor reflexiva y sintética de cada una de esas lecturas, de cada semana, de cada unidad.

En cuanto a los ejes temáticos, de manera general se ubican del siguiente modo:

La Unidad 1. La salud del hombre y su ambiente, versa sobre elementos de cultura, epistemología y se comienza a analizar elementos históricos y sociales.

En la segunda unidad, Crecimiento y Desarrollo Intrauterino, se estudian elementos de la dinámica interpersonal entre el paciente, el médico y la institución.

En la Unidad 3. Parto, Puerperio y Periodo Perinatal, se atienden elementos de ética, moral y deontología médica.

En la cuarta unidad, Crecimiento y Desarrollo Extrauterino, se examinan aspectos problemáticos que enfrenta la disciplina médica y elementos existenciales críticos tanto del profesional de la salud como del paciente.

Cada apartado es una labor analítica y sintética que contiene los aspectos medulares de las correspondientes lecturas. Las lecturas son las indicadas en el programa y en el plan de estudios de la carrera.

En ocasiones ciertos autores se repiten en diferente semana; en ocasiones ciertas lecturas se repiten en distinta semana e incluso unidad, esto se debe a que en la proyección del Plan de Estudios y del Programa, se consideró que dicho pensador o material poseía aspectos valiosos que era necesario retomar en distinto momento y para distinto tópico.

La estructura de cada apartado fluctúa entre ensayo y artículo, dependiendo las necesidades explicativas de la lectura; con base a la extensión, complejidad y correlación de la lectura base. En ese sentido, una lectura o temática que ya fue abarcada en otra semana o unidad, tendrá un desarrollo menor y diferente en la subsiguiente sección.

Es importante entender que la estructura de los escritos varía, debido a que las lecturas son extremadamente heterogéneas, por ello se adaptó el estilo de escritura dependiendo el tipo de texto base.

En pos de no romper la cadencia argumentativa, y con vistas a complementar lo contenido en las lecturas del programa, se colocaron a pie de página, ideas, teorías, conceptos, ejemplos y lecturas que sirven para profundizar y complejizar lo referido en la lectura y el temario.

Procuramos no extendernos en un análisis sociológico más complejo y extendido, con el propósito de mantener la estructura concisa de cada reflexión. Las referencias

en pie de página sirven precisamente para eso: proporcionar elementos más desarrollados, profundos y extensos de la idea referida.<sup>5</sup>

El material señalado en los pies de página es muy diverso, hay amén de los elementos teóricos y conceptuales académicos, literatura, cine, cultura popular y ejemplos de la cotidianeidad, esto con el propósito de proporcionar diferentes acercamientos sintácticos, interpretativos, simbólicos, situacionales, empíricos y fácticos, de la idea que se busca comunicar.

En diversos momentos nos referimos como CBS, siglas de División de Ciencias Biológicas y de la Salud, al personal sanitario formado y en formación. Designación que en sentido lato abarca no solo a Medicina y Enfermería, sino también a Odontología, Biología y Química: disciplinas cognoscentes que construyen conocimiento en torno a la realidad natural y social, bajo los criterios de los métodos cuantitativos, desde el modelo fiscalista.

CSH, Ciencias Sociales y Humanidades, busca complementar a los CBS y a lo cuantitativo, desde un esfuerzo mixto o híbrido, que al aunar lo cualitativo, pretende estudiar a lo humano desde una modalidad más amplia, profunda, abarcativa y multidimensional.

La idea es sumar, conjuntar, coadyuvar más allá de lo que una sola visión, disciplina, teoría o autor pueden abarcar.

Remarcamos nuevamente que este documento sintetiza, es un breviario analítico de las lecturas de las unidades del programa del plan institucional. Una acotación breve, concisa, sustancial, medular, de los tópicos y conceptos de humanidades, aplicados a la formación de los estudiantes de primer año de medicina.

---

<sup>5</sup> La modalidad de utilizar los pies de página, se deriva del Esquema Metodológico Francés Clásico o Francés Antiguo, un elemento metódico para realizar escritura académica y sistematizar e integrar reflexiones complementarias, que otrora fuera utilizado en las Ciencias Sociales y Humanidades, antes de que el APA invadiera y fuera impuesto. Algunos señalan que toda noción debe ir dentro de los párrafos, pero en ocasiones, ciertas ideas, posiciones e interpretaciones diametrales o antitéticas, que claramente son valiosas, romperían la secuencia argumentativa al insertarlas en ese lugar. Por ello, para no romper la cadencia sintáctica, se utiliza el pie de página, la cual aporta un elemento que si bien no es parte del desenvolvimiento explicativo, lo enriquece.

Labor sintética producto de la experiencia de los implicados, enfocados en un esfuerzo por eficientizar la labor didáctica de los estudiantes de la carrera.

Al final de cada apartado, se cierra con una pequeña conclusión donde, amén de lo expuesto, se contrasta y complementa, más allá de la secuencia argumentativa y sentidos de la lectura base.

Algo que es ineludible -y que de hecho no es negativo sino recomendable-, es que llegado el momento, cuando existan modificaciones al Plan de la carrera, al Programa de la materia y a sus lecturas, lo contenido en éste documento tendrá qué modificarse, quitando, añadiendo, actualizando.

Modificación con relación a las nuevas temáticas y bibliografías; desde los cambios que se vayan dando en la disciplina médica y en el contexto social.

La academia adaptándose a la realidad, buscando su actualización, en pos de seguir refinando sus capacidades teóricas y sus alcances fácticos; con vistas a poder aportar a las problemáticas del entorno, a las vicisitudes del individuo.

---

**DESARROLLO**

---



### UNIDAD 1, SEMANA 1, LECTURA 1

Langdon

### Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud

#### Introducción

**T**odos saben lo que significa “cultura” en su sentido común. Afirmamos que una persona “tiene cultura” cuando tiene formación escolar avanzada, se origina de una familia de alto nivel socioeconómico o conoce las artes y la filosofía. Es usual afirmar que un “buen paciente” es aquel que “posee cultura”, cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero. Estos pacientes presentan comportamientos y pensamientos singulares en cuanto a la experiencia de la enfermedad, así como nociones particulares sobre salud y terapéutica. Estas particularidades no provienen de las diferencias biológicas, pero sí de las diferencias socioculturales. En suma, partimos del concepto de que todos tienen cultura, y de que es la cultura la que determina estas particularidades.

Tal suposición no es exclusividad del campo y saber antropológicos, ya que han sido utilizados por teóricos, investigadores y profesionales del área de la salud en especial de las áreas de la medicina y enfermería desde la segunda mitad de la década del 60. Esta temática ha sido abordada en la Revista Latino Americana de Enfermería a través de la publicación de resultados de estudios e investigaciones en salud conducidos por profesionales y teóricos del área. A partir del empleo del método etnográfico y del análisis interpretativo, esos estudios apuntan para la centralidad de la construcción del significado de las enfermedades por parte

de los pacientes, la cual se sobrepone a la causalidad y racionalidad biomédicas. También se cuestiona la factibilidad entre el uso del interpretativismo, que tiende a la subjetividad hermenéutica, y la construcción de conocimiento que conduce con la objetividad científica.

### Un concepto instrumental de cultura

La cultura puede ser definida como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social.

Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. La cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas. A partir de esta definición, tres aspectos deben ser resaltados para que podamos comprender el significado de la actividad sociocultural. La cultura es *aprendida*, *compartida* y *estandarizada*. Sin negar su destacado papel, la perspectiva culturalista afirma que la cultura modela las necesidades y características biológicas y corporales.

La cultura es *compartida* y *estandarizada* ya que consiste en una creación humana compartida por grupos sociales específicos. Las formas materiales, contenidos y atribuciones simbólicas a ella ligados, son estandarizados a partir de interacciones sociales concretas de los individuos, así como resultante de su experiencia en determinados contextos y espacios específicos, los cuales pueden ser transformados, entretrejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales. En esta perspectiva, es la cultura la que define los patrones sociales sobre el qué y cuándo, así como la relación entre tipos que deben ser combinados o no, y por consiguiente la experiencia es socialmente y biológicamente determinada.

Al afirmar que la cultura está ligada a cualquier actividad física o mental, no estamos refiriéndose a ella como una colcha de retazos compuesta de pedazos de supersticiones o comportamientos desprovistos de coherencia y lógica intrínseca. Fundamentalmente, la cultura organiza el mundo de cada grupo social, según su lógica propia. Dado su carácter dinámico y sus características político-ideológicas intrínsecas, la cultura y los elementos que la caracteriza, son fuentes mediadoras de transformaciones sociales, altamente politizadas, apropiadas, alteradas y

manipuladas por grupos sociales a lo largo de la historia de las sociedades, según directrices trazadas por los actores sociales que las usan para establecer nuevos patrones socio-culturales y modelos de sociedades.

El ser humano tiene capacidad de participar en cualquier cultura, aprender cualquier idioma, y desempeñar cualquier tarea. Sin embargo, es la cultura específica en la que él nace y/o crece, la que determina el (los) idioma (s) que hablará, cuales actividades deberá desempeñar, cuál será su movilidad social y posición jerárquica en la estructura social.

Todas ellas son regidas según su edad, sexo, y demás variables, los cuales determinarán cuales técnicas corporales y patrones estéticos adoptará, cabiendo también desempeñar papeles sociales de acuerdo con tipos de ideales proyectados por el sistema de parentesco y demás inserciones según instituciones vigentes en cada sociedad, y finalmente, con las cuales dialogará tanto como su sujeto y como su objeto. Sobre todo, la socialización de los individuos es responsable por la transmisión de los sentidos acerca del *por qué hacer*.

El *Por qué hacer* tiene especial importancia, ya que nos permite entender la integración y la lógica de una cultura. La cultura, antes de todo, nos ofrece una *visión del mundo*, esto es, una explicación sobre cómo el mundo está organizado, de cómo actuar en el mundo que gana sentido y es valorado a través de la cultura. La perspectiva antropológica requiere que, al encontrarnos con culturas diferentes, no hagamos juzgamientos de valor con base en nuestro propio sistema cultural y pasemos a percibir a las otras culturas según sus propios valores y conocimientos a través de los cuales expresan una visión de mundo propia que orienta sus prácticas, conocimientos y actitudes. A este procedimiento lo denominamos *relativismo cultural*.

### Cultura, sociedad y salud

Partiendo del concepto de que la cultura es un fenómeno total y que, por lo tanto, provee una visión de mundo a las personas que la comparten, orientando de esta forma sus conocimientos, prácticas y actitudes, la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión del mundo y praxis social. Cada grupo se organiza colectivamente a través de medios materiales, pensamiento y elementos culturales para comprender y desarrollar técnicas en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad e infortunios, sean ellos individuales o colectivos. Con

este bagaje, las sociedades desarrollan conocimientos, prácticas e instituciones particulares que podemos denominar *sistema de atención a la salud*.

El sistema de atención a la salud engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados a la salud, incluyendo los conocimientos sobre los orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este “escenario”. De esta manera *el sistema de atención a la salud no está desacoplado de otros aspectos generales de la cultura*, así como un sistema social no está disociado de la organización social de un grupo. Consecuentemente, la manera a través de la cual un determinado grupo social piensa y se organiza para mantener la salud y enfrentar episodios de enfermedad, no está disociado de la visión del mundo y de la experiencia general que este tiene al respecto de los demás aspectos y dimensiones socioculturales informadas.

*El sistema de atención a la salud es un modelo conceptual y analítico, no una realidad en sí para los grupos sociales con los cuales convivimos o estudiamos. Sin embargo, este auxilia la sistematización y comprensión de un complejo conjunto de elementos y factores experimentados en lo cotidiano de manera fragmentada y subjetiva, sea en nuestra propia sociedad y cultura o delante de otras no familiares. Pensar el sistema de atención a la salud como un sistema cultural de salud nos ayuda comprender estos múltiples comportamientos.*

### El sistema cultural de salud

Resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre *salud* e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad. Cada una y todas las culturas poseen conceptos sobre lo que es ser enfermo o saludable. Sus clasificaciones y los conceptos de salud y enfermedad, no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas. Por ejemplo: *arca caída, cobreiro, quebranto y mal de ojo* son consideradas enfermedades para varios grupos brasileños, entre tanto no son reconocidas o tratadas por los (bio) médicos. La cultura ofrece teorías etiológicas basadas en la visión del mundo de determinado grupo, las cuales frecuentemente apuntan causas múltiples para las enfermedades, que pueden ser por ejemplo: “místicas” y/o “no místicas”.

## El sistema social de salud

El sistema de atención a la salud es tanto un sistema cultural como un sistema social de salud. Definimos el sistema social de salud como aquel que está compuesto por las instituciones relacionadas a la salud, a la organización de papeles de los profesionales de la salud que en él participan, sus reglas de interacción, así como las relaciones de poder inherentes a éste. En un mismo contexto pueden convivir diversos enfoques, por ejemplo, en las sociedades complejas de Oriente, además de los servicios tradicionales y occidentales, se encuentran especialistas chinos y orientales en general. Dentro de una misma ciudad, existen especialistas detentores de varios métodos terapéuticos alternativos, siendo factores determinantes para su elección o rechazo: principios religiosos, económicos, familiares, sociales, entre otros factores de orden político y/o legal.

## Estudios sobre salud, cultura y sociedad en Brasil

En Brasil, los estudios e investigaciones sobre salud, cultura y sociedad se han multiplicado circunstancialmente en los últimos veinte años. Hay centros interdisciplinarios universitarios y núcleos de investigación envolviendo antropólogos y demás investigadores y teóricos de la salud colectiva y pública, dedicados a la investigación de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos relacionados a las cuestiones de salud.

## Conclusiones

Se puede afirmar que somos todos sujetos de la cultura, y la experimentamos de varias formas, inclusive cuando nos enfermamos y buscamos tratamiento.

Sin embargo, al actuar como profesionales e investigadores del área de la salud, nos encontramos con sistemas culturales diversos del nuestro, sin relativizar nuestro propio conocimiento médico.

Eso sucede especialmente en el campo de la salud, ya que en el Occidente<sup>6</sup> moderno y racional, naturalizamos el campo médico, cubriéndolo de verdad universal y absoluta, alejándolo de las formas de conocimiento culturalizado, cuya verdad es supuestamente particular, relativa y condicional.

La cultura lleva a visualizar un tipo de realidad, y también categoriza de modos particulares a la salud, a la enfermedad, a los profesionistas CBS y sus tratamientos; un tipo de cultura puede llevar a la persona a aceptar más o menos el paradigma médico.

Si la cultura del paciente es Occidental, se inclinará a aceptar y respetar la medicina occidental, no así si está en otra cosmovisión

El proceso de occidentalización puede ser positivo o negativo.

Positivo cuando permite cribar elementos dañinos de las cosmovisión autóctona.

En su sentido negativo, relega prejuiciosamente los elementos positivos de lo local, en pos de conceptos y acciones irracionales de Occidente.

Lo recomendable: analizar tanto lo nacional como lo extranjero.

## Referencias

Langdon, E., y Wiik, F. (2010). *Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud*. Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

<sup>6</sup> Algo que siempre estamos comentando en la parte de Sociomedicina: Dos vocablos básicos: Occidente y Occidentalización.

- Occidente se refiere a los enclaves económicos, políticos, militares y culturales ubicados principalmente en Francia. Inglaterra, Alemania y Estados Unidos. Cotos de poder e influencia, que llevan sus intereses y cosmovisión a otras latitudes.

- Occidentalización, es la influencia reestructurante que ejerce Occidente en otras regiones, en pos de beneficiarse de ellas; proceso que inicia con la ocupación y sometimiento bélico, para posteriormente sostenerse vía la reconfiguración del lugar invadido, al imponérsele un tipo de cultura, un tipo de cosmovisión (idioma, religión, sistema político, educativo y económico), que beneficia los intereses del capital extranjero.

## UNIDAD 1, SEMANA 2, LECTURA 2

### Manual de sociología médica

#### Contribuciones de la sociología a la medicina

La sociología ha dado mucho a la medicina y promete mayores contribuciones en el futuro. Durante muchos años, los sociólogos han “recorrido las salas” con médicos y enfermeras, han entrevistado pacientes y han enseñado a los estudiantes de medicina. La sociología ha desarrollado un cuerpo distinto de conocimientos concernientes a la medicina e incluso ha enriquecido la teoría social general.

#### Normas para una contribución

La investigación, supuestamente, está dedicada a formular principios básicos, en tanto que el desarrollo es la aplicación de esos principios en la práctica. Pero el desarrollo también incluye un elemento de diseño: la aplicación innovadora de los principios fundamentales. El diseño en muchos aspectos es similar al “arte” de una práctica como la de la medicina, un enfoque intuitivo e individual a la solución de algún problema práctico inmediato. El estilo personal hace individual una aplicación de principios, su conocimiento internalizado, basado en la experiencia, lo hace intuitivo. A la medicina se le ha llamado a veces ciencia social, pero desde luego no es más social que física. La medicina, síntesis de muchas disciplinas, es esencialmente práctica del conocimiento, capacidades y actitudes que son útiles en el cuidado de los enfermos.

Sin embargo, para comprender la naturaleza de una contribución en medicina, debemos examinar el terreno desde el punto de vista del practicante.

¿Qué es el cuerpo del conocimiento exclusivo de la práctica médica?

Tal vez la mejor manera de considerarlo sea pensando en los intereses del profesional de la salud, que se dedica a la prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad en individuos -si es clínico-, y en comunidades si es funcionario de la salud pública.

El tratamiento o la administración incluye la rehabilitación y exige un conocimiento de los diversos factores que pueden modificar el curso natural de la enfermedad: desde medicinas específicas y agentes físicos, hasta los efectos saludables de dar aliento, apoyo, optimismo, recompensas y un medio benéfico.

Para ser consideradas como contribuciones útiles por el practicante de la medicina, los descubrimientos de la ciencia social deben describir, por tanto, más plena y precisamente estas fases de su relación con la salud y la enfermedad.

Deberán aumentar su capacidad de predecir lo que se encontrará como causa, tipo de diagnóstico, resultado o éxito del tratamiento, o bien deberán modificar de alguna manera útil los métodos prácticos de la medicina. Dicho de otro modo, el enfoque cualitativo y social, deberá de aportar explicaciones, orígenes, trasfondos e intenciones, que en el ámbito contextual afecten la salud del paciente, y la intervención del médico.

### Contribuciones de la sociología

La *sociología en medicina* puede describirse como la aplicación de conceptos, conocimientos y técnicas sociológicas en un esfuerzo por aclarar los problemas médicos y sociopsicológicos en que se interesan los trabajadores de la medicina.

Por su parte quienes se interesan por la *sociología de la medicina*, plantean preguntas acerca de los trabajadores médicos, sus instituciones y organizaciones, así como sus relaciones con otras órbitas de actividad, en un esfuerzo por aclarar cuestiones que son esencialmente sociológicas.

Entonces y de manera sucinta, la sociología en medicina examina lo contextual, y la sociología de la medicina lo relacional.

Se explican de manera más amplia a continuación.

#### 1. La sociología en la medicina

La sociología en la medicina se ha interesado en dos temas distintos, aunque interrelacionados:

- Ecología y etiología de la enfermedad;
- Y variaciones de actitud y conducta, respecto a la salud y enfermedad.

### A. *Ecología y etiología de la enfermedad*

Desde antes de que la sociología fuese reconocida como rama independiente de investigación, los investigadores estudiaron cómo la incidencia y prevalencia de las enfermedades se relacionaban con la ubicación de los individuos en la sociedad.

Todo un campo de la medicina trata de las correlaciones entre ocupaciones y enfermedades particulares. Por ejemplo, Potts describió la relación entre el cáncer de escroto y la ocupación de deshonillador.

Al desarrollarse la sociología, sus practicantes participaron más en el estudio de la distribución y los determinantes de la enfermedad en los seres humanos (epidemiología). Se han efectuado cientos de tales estudios en las últimas décadas. Hoy en día no puede haber muchas dudas de que los factores sociales se correlacionan con la incidencia de diversas enfermedades. El entorno y sus condiciones como un factor que desgasta y devasta a la persona.

### B. *Variaciones de actitud y conducta respecto a salud y enfermedad*

Un segundo gran ámbito de la sociología en la medicina trata de las variaciones de actitud y conducta hacia los problemas de salud y enfermedad. Aquí son pertinentes temas tan diversos como la información pública acerca de la enfermedad, las definiciones de quién está enfermo y quién no, las concepciones de necesidad de salud entre distintos sectores de la población, y usos diversos de varias clases de instalaciones médicas.

- 1.- *Continuidades sociológicas: el caso de la clase social.* Varios de los primeros estudios de sociología médica subrayaron la importancia de la clase social en la información de que se disponía, de las actitudes hacia la salud y la enfermedad, así como del uso dado a los recursos disponibles en el renglón salud.

De la relación entre clase social y actitudes, y la información acerca de la enfermedad, Suchman y sus colegas encontraron aspectos más familiares. Las actitudes hacia la enfermedad pueden extenderse hacia las actitudes hacia el propio bienestar físico.

No ha habido muchas contribuciones sociológicas a tal entendimiento, por ejemplos las respuestas especulativas de Rosenblatt y Suchman a esta pregunta son interesantes pero no muy asombrosas.

No obstante, es necesario entender que dado que la medicina es un esfuerzo interdisciplinario -que conjuga diferentes esfuerzos cognoscentes en torno al mismo objeto de estudio, y en pos de la complementación de la disciplina base, en este caso la medicina<sup>7</sup>-, respecto a la dimensión intrapsíquica, con relación a los elementos de autopercepción, autovaloración y significación, es cuando la psicología con su aporte temático y curricular de Salud Mental, proporcionará los elementos psicológicos y emocionales que son más su objeto de estudio.

Sociología y psicología, disciplinas con enfoques cualitativos que buscarán coadyuvar y complementar el esfuerzo heurístico, la labor explicativa de la medicina.

- 2.- *Reorientación de las preocupaciones sociológicas: los casos de desviación, etiquetación y estigma.* Durante largo tiempo, los sociólogos se han interesado por la desviación, aunque sólo sea porque identificar una conducta socialmente definida, permite especificar las normas de los miembros “normales” de la sociedad. Los sociólogos han vuelto a destacar la pertinencia de la desviación para la enfermedad, y por extensión, para los problemas de incapacidad. Entre los más destacados tratamientos se encuentran los de Freidson (1965), y Mechanic (1968).

Freidson comienza con tres suposiciones básicas.

Primero, la desviación es un estado *imputado*, y la imputación puede basarse o no en la realidad física. No todas las personas en desventaja son llamadas impedidas o actúan como impedidas.

Segundo, hasta el punto en que la desviación constituye un papel, implica un proceso de etiquetación y por tanto la probable existencia de un conjunto de epítetos (de calificativos no siempre positivos), relacionados con ello.

Tercero, hasta el punto en que la desviación es secundaria, es probable que sea generalmente reconocida como “problema social”, en sociedades complejas como la nuestra.

<sup>7</sup> Para una revisión más amplia en torno a lo interdisciplinario, revítese el siguiente enlace: <http://revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/533/562>  
Análisis donde se desarrollan los conceptos de lo Disciplinario, lo Multidisciplinario, lo Interdisciplinario, lo Transdisciplinario y lo Interárea. Revisado el 8 de mayo del 2021.

Dicho de otro modo, dependiendo del tipo de persona, de padecimiento, y de entorno comunitario, es como podrá ir focalizándose una enfermedad, con sentido positivo o negativo.

Hasta aquí el acercamiento a la sociología en la medicina, procedemos con la siguiente aproximación conceptual.

### **2. La sociología de la medicina**

Cuando pasamos de la sociología en la medicina a la sociología de la medicina, nos enfrentamos a problemas totalmente distintos. Los temas pertinentes incluyen reclutamiento y preparación para la profesión, organización de la profesión, y por último, sus relaciones con otras profesiones y agentes externos.

### **El reclutamiento de los médicos**

La investigación es una labor altamente importante, de primordial interés, de las actividades que más aportan a la humanidad, no obstante, se requiere mucho dinero para ellas, y una presencia esencial y continua de factor humano altamente calificado.

La investigación en medicina absorbe a médicos que previamente se dedicaban a atender a pacientes; la investigación médica, por muy necesaria y meritoria que sea, contribuye a la escasez de médicos, más en las condiciones latinoamericanas de escasez de personal calificado y fuga de cerebros.

Hay dos respuestas principales a las presiones para producir más médicos: inaugurar nuevas escuelas de medicina, y aumentar las inscripciones en las escuelas ya existentes. Las dos medidas ya están por lo menos parcialmente en marcha.

Los sociólogos no tienen fama de ser hábiles para conseguir fondos. Pero una vez que se encuentra el dinero necesario para construir nuevas escuelas de medicina o para ampliar las ya existentes, los sociólogos pueden unirse a los educadores médicos para idear cómo pueden dar un uso más eficaz a estos fondos.

La investigación sociológica podría ayudar a planear y evaluar los programas educativos en las profesiones de la salud.

La idea es que desde lo mixto o híbrido, desde la combinación de lo cuantitativo de lo médico con lo cualitativo de lo sociológico, se complejicen los procesos cognitivos e interpretativos de los médicos formados y en formación. Complejización que ampliará y profundizará la labor hermenéutica, interpretativa, del médico con relación al fenómeno multidimensional que es la persona, su salud y enfermedad.

### La preparación de médicos

Enfocan tres aspectos de la educación médica:

- Las formas en que se puede abreviar la preparación;
- Los nuevos medios en que puede darse la educación médica y probablemente se dará;
- Cambios en el contenido de esa preparación.

Adoptar o no algunas de estas posibilidades, es algo que decidirán los educadores de médicos. Pero los estudios sociológicos pueden ayudar a aprender la segunda opción, reducir el tiempo que se pasa en las escuelas de medicina, implica abreviar o eliminar enteramente del plan escolar algunos cursos o particulares áreas de estudio.

Al fundarse nuevas escuelas y ampliarse las ya existentes, las necesidades cada vez mayores de los pacientes, indudablemente establecerán una relación más cercana entre las escuelas de medicina y los hospitales de las comunidades. Debido a los crecientes requerimientos de instalaciones clínicas, los hospitales de comunidad seguramente desempeñarán un papel cada vez más importante en la preparación médica.

Los estudios sociológicos señalan ciertos caminos en que los medios docentes difieren de los utilizados en hospitales universitarios más tradicionales. Educadores y sociólogos han colaborado desde hace mucho tiempo en cuestiones relacionadas con el contenido de la preparación médica. Los sociólogos también han utilizado las escuelas de medicina como sitios estratégicos de investigación en los cuales plantean numerosas preguntas sociológicas. Los sociólogos contribuyen directamente a la preparación de estudiantes de medicina, y lo hacen en cualquiera de estos modos:

- Ayudando a los educadores de la escuela de medicina a introducir conocimientos y perspectivas sociológicas en los cursos que enseñan en estos departamentos.
- Enseñando cursos de sociología, adaptada a las necesidades de los estudiantes de medicina.

En la mayor parte de estas escuelas, el departamento de psiquiatría fue el primero en solicitar que materiales sociológicos fuesen incorporados en sus cursos, y en general, también el primero en dar a los sociólogos espacios de participación.

Por medio de contribuciones tan directas, los sociólogos colaboran con los educadores médicos para asegurar continuamente que la preparación profesional mantenga el ritmo de las cambiantes necesidades de la sociedad, adaptándose al cambio de la realidad comunitaria y mundial.

### Relaciones de los médicos con otros individuos

Otros aspectos de la relación médico-paciente han recibido poca atención. Así como pocos modelos tradicionales que estudian los vínculos entre médicos y pacientes consideraron a los pacientes crónicamente enfermos o a quienes padecían enfermedades degenerativas, así los modelos más conocidos han pasado por alto la relación especial de los médicos con los pacientes moribundos.

¿Por qué la muerte y el paciente moribundo han adquirido recientemente tanta importancia entre los sociólogos de la medicina? Parecen imponerse varias explicaciones.

Primero, un nuevo clima social en los últimos años ha relajado tabúes anteriores. Hay otra explicación del reciente interés sociológico en los pacientes moribundos: tales pacientes ofrecen oportunidades estratégicas para estudiar la medida en que las normas que supuestamente gobiernan la relación entre médico y paciente lo hacen en realidad.

Y así como en lo intrapsíquico los psicólogos colaboran con la medicina, así también la tanatología y la terapia de duelo proporcionan herramientas, teorías y técnicas para el médico que encara a las personas que están en tránsito, de esta vida a la muerte; estrategias para tratar con el moribundo y con los familiares de él.

## Las organizaciones médicas: el caso de los hospitales

La sociología de la medicina está igualmente interesada en investigar instituciones y organizaciones a las que pertenecen los médicos. Una vez más, en este sentido, la sociología de la medicina es una rama de la sociología organizacional, sólo que se enfoca en las organizaciones médicas en lugar de otros tipos de instituciones.

Los sociólogos no sólo examinan los propios cambios sociales: también tratan de seguir sus implicaciones o consecuencias. Así ocurre en ciertos estudios sociológicos del hospital moderno. Aquí enfocaremos dos consecuencias importantes de los avances esbozados:

- Primera, la creciente burocratización de los hospitales y cómo lo cualitativo ha ayudado a comprenderla;
- Segunda, la sensación de muchos pacientes de que los hospitales -y en especial los hospitales universitarios- se han vuelto instituciones impersonales e incómodas.

Lo sociológico puede contribuir a identificar algunos de los problemas que resultan de los cambios ocurridos en la organización y las metas del hospital. Sin embargo, hasta ahora las soluciones sociológicas han sido pocas y muy espaciadas. Se han propuesto muchos planes para ofrecer una atención a la salud más eficaz y menos costosa. Ha recibido mucha atención la Health Maintenance Organization que básicamente es una práctica de grupo prepagada; en ese proyecto se espera que el pago previo abarque los costos.

Para concluir:

Un aspecto que debemos resaltar, tiene que ver con ciertas observaciones en ciertas escuelas y generaciones de medicina, donde estudiantes provenientes de las clases medias, no desean ya participar en labores comunitarias y en servicio social en provincia, en zonas marginadas.

Una realidad ineludible, que no se debe negar, es la poca o nula preocupación de las instancias gubernamentales por la seguridad del personal de salud.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Esas escenas horribles y detestables:

- De Gatell culpando al personal de salud por los infectados;
- De Obrador describiéndolos como corruptos, deshonestos y ladrones;

Pero por otro lado, el mismo perfil de los alumnos, acostumbrados a cierto tipo de realidad y de vida, los llevan a buscar alejarse de las condiciones extremas, duras, simples, en que viven los millones de pobres de la república mexicana. Es comprensible, pero también sería valiosísima su presencia ahí.

Otra dolorosa realidad, son las consecuencias negativas, los déficits cognitivos, teóricos y temáticos, que la pandemia, las problemáticas escolares y hospitalarias, provocaron en el aprendizaje de las generaciones que estuvieron en esos momentos.

Somos un país con rezago, que de manera general no conocía o utilizaba lo *online*, no disciplinados en el trabajo a distancia; eso provocó que aquellos sectores estudiantiles preocupados por su formación, comprometidos con su carrera, debieran esforzarse aún más para aprender, para llenar los huecos que esos factores negativos generaron. Huecos, fallos y deficiencias lamentables, que afectaron a los estudiantes y probablemente afectarán a futuros sectores de pacientes.

### Referencias

Kendall, P., y Reader, G. (1998). *Manual de sociología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

---

- Ciudadanos agrediendo al personal sanitario en la calle y en el transporte público, o arrojándoles cloro.

Son hechos representativos de lo poco que valora el Estado mexicano al personal de medicina y enfermería.

Son escenas que no se deben de olvidar jamás. Y claramente no se deben repetir.

## COMENTARIOS A LA LECTURA 2, DE LA SEMANA 2, DE LA UNIDAD 1

### Sobre el punto 2 Reorientación de la preocupaciones sociológicas: Los casos de desviación, etiquetación y estigma

**E**studiar un comportamiento que se separe de las conductas usuales, comunes y mayoritarias, tiene como propósito examinar al mismo tiempo que lo “desviado”, lo “normal”.

Se realizan análisis que permiten puntos de referencia y comparación, desde los cuales podremos acceder a la base, al origen del comportamiento, y lo que es principal, a su función, trasfondo y propósito.

Es necesario estudiar tanto lo “normal y bueno”, como lo “anormal y malo”. Más adelante hablaremos de la contextualidad e historicidad.

De manera general, el análisis sociológico estudia los comportamientos que ocurren en los ámbitos públicos, privados y cotidianos; pero en la lectura se enfoca en situaciones, problemáticas y ámbitos sanitarios.

Se correlaciona la conducta desviada -de acuerdo al autor-, con la discapacidad física.

Al hablar del discurrir diferente de la persona discapacitada, la lectura utiliza la noción de lo imputado, que se significa y contextualiza en una situación en la que en la persona hay grados de responsabilidad por la manera en que se dirige ante cierta circunstancia y problemática:

Habrán personas que ante ciertas circunstancias de vida actúen negativamente, de modo pasivo; pero habrá otras que ante la misma se comporten positivamente, encarando la situación y no obstante ella avanzando.

Pueden existir casos en los cuales la persona que vive cierta contingencia, sea presionada por el entorno y por las personas, presionada para trastocar su comportamiento, influida desde la presión contextual, incluso con calificativos positivos o negativos.

La vox populi divinizando o satanizando; la opinión popular, siendo un factor que puede llegar a focalizar sentidos destructivos o constructivos de y en la persona.

Recuérdese los casos de linchamientos donde el ajusticiado fue efectivamente culpable, pero otros casos donde la víctima fue inocente; la marea contextual como algo que puede ser constructivo o destructivo.

Entonces, hay responsabilidad en la manera como se van dando las situaciones contextuales, relacionales y personales, tanto de parte de la persona discapacitada, como de la persona “normal”, y de parte también de la comunidad en general.

Los jóvenes quizás no lo recuerden, pero todavía en la década de los noventas, podían observarse en la calle acciones homofóbicas contra los sectores homosexuales; en su momento también lo padecieron los *emos*, y más atrás, los pachucos también tuvieron su carga de exclusión y violentación.

Claramente la idea es que los procesos comunitarios e interpersonales, sean factor de focalización o significación positiva, constructiva, vital, antes que excluyente, separativa y destructiva.

En la Esparta antigua (recuerden la película 300), alguna persona con discapacidad improbablemente hubiese sido acunada en esa polis, se le hubiese aplicado un tipo de eugenesia; actualmente -y ya desde las clases medias-, gracias a los avances técnicos, científicos y tecnológicos, personas con ciertas discapacidades físicas pueden ir desarrollándose, educarse y participar en diversos ámbitos productivos y profesionales. Gracias a los avances en los paradigmas científicos y sociales, pueden tener diversos grados de desarrollo personal y profesional, y de participación comunitaria.

Mención aparte es esa situación muy peculiar aunque no tan inusual, donde ciertas personas se valen de enarbolar ciertas circunstancias de vida o disminución física, para obtener beneficios, consideraciones y gratificaciones, ya sea materiales (apoyos del gobierno o de algún patronato), simpatía o atención.

El clásico caso del enfermo que magnifica su malestar, se libera de toda responsabilidad, y se coloca en un rol doliente que le permite que alguien más se haga cargo de su situación, de sus problemas. Cómodamente irresponsable, donde alguien le resuelve su situación y necesidades. Recordemos que en la novela

de Fernández de Lizardi “El Periquillo Sarniento” ya en el siglo XIX (1816), había vivales que fingían enfermedad o discapacidad para obtener dinero sin trabajar.<sup>9</sup>

Para concluir:

Es necesario estudiar cualitativamente la específica circunstancia de cada persona en particular, en pos de clarificar la manera como vive su situación y enfermedad.

Esa es la idea e intención. Falta que la situación académica o laboral, con sus jornadas desgastantes y sobrecargadas, permitan que el CBS pueda tener tiempo, energía y ánimo para captar esa dimensión humana del paciente.

## Referencias

Fernández, J. (2012). *El periquillo sarniento*. México: Secretaría de Educación Pública.

<sup>9</sup> Situación más simpática es la de algún perrito de mascota, que finge alguna enfermedad o lastimadura, para ser cargado, para ser consentido, para permitírsele estar adentro de la casa, en el sillón, con trato preferencial. Pero que en ciertas circunstancias y pasado un tiempo se le olvida su cojera, su debilidad y enfermedad, y solito expone su pequeña mentira.

## UNIDAD 1, SEMANA 3, LECTURA 3

### Positivismo

Más allá de su designación etimológica, la filosofía es un tipo de reflexión que se enfoca en lo humano, tanto a nivel individual como a nivel comunitario e histórico.

El Positivismo es básicamente un tipo de filosofía que aboga por el enfoque cuantitativo.

La mayoría de filosofías son idealistas, aducen conceptos abstractos, inmateriales, para explicar la realidad física y humana.

El positivismo será una corriente que opta por salirse de las elucubraciones abstractas y adherirse al modelo de las ciencias naturales, buscando las causas de las problemáticas sociales, desde el estudio de los hechos empíricos; sustentando sus explicaciones y propuestas en lo tasable, lo tangible, lo público y físico.

Esa disciplina cuantitativa -una ciencia de hechos, objetos y comprobaciones-, es la que el positivismo propone que tendría que guiar a la humanidad, dejando de lado a las filosofías cuyas abstracciones no han aportado soluciones a los problemas comunitarios.

Respecto a esta propuesta teórica, Rodríguez y Mendoza refieren que:

- Tiene dentro de sus características que busca hechos o causas de los fenómenos sociales, utilizando para ello el método hipotético-deductivo, valiéndose de la observación del caso o problema, y desde un marco teórico e hipótesis del cual se buscará una comprobación.
- Dentro de sus ventajas se ubica que tiene la posibilidad de explicar y con ello de controlar y predecir. Se basa en muestras amplias, lo que le permite alcanzar grados de objetividad.
- Su principal desventaja es que presta escasa atención a los estados subjetivos del individuo; no alcanza a captar particularidades no tasables.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Cfr. Rodríguez y Mendoza, Comparación del Paradigma de la Persona Completa, p 661.

Entonces, el positivismo desde la experimentación estudia los hechos para de ahí encontrar leyes sobre la realidad humana; buscará basarse en la realidad, no en supuestos ni en ideas insustentadas.

De cierto modo, las CBS son positivistas y eso está bien, porque gracias a lo comprobable y verificable, han logrado avances para el tratamiento de las dolencias humanas físicas.

Por otro lado, ciertas posturas sociológicas critican a las filosofías y disciplinas positivistas por creerlas lineales, pero es necesario entender que si bien hay aspectos de la realidad física y humana que sólo responden a lo cualitativo, una parte representativa de la existencia natural y social es aprehensible y modificable solo con lo cuantitativo.

Por sus frutos los conoceréis..., y si algo funciona y genera opciones y soluciones, es porque hay valor y verdad en ella.

¿Es perfecto y total lo cuantitativo?

No, pero ignorar sus aportes es absurdo e infantil.

Una vez más, la opción es lo mixto o híbrido: conjuntar lo cuantitativo como lo cualitativo, en pos de desarrollar un análisis más amplio, profundo y abarcativo de lo que lo permite una sola herramienta conceptual.

## Referencias

Martínez, H. (2009). *Positivismo y antipositivismo*. México: Facultad de Contaduría y Administración. Blog de Sergio Paz.

Rodríguez, A., y Mendoza, G. (2015). *Comparación del paradigma de la persona completa con otros paradigmas existentes*. Venezuela: Universidad Nacional Experimental Politécnica.

## UNIDAD 1, SEMANA 3, LECTURA 4

### Perspectivas para una crítica de los modelos convencionales

Se efectuará un proceso descriptivo de las principales categorías y conceptos de la lectura de Jaime Breilh<sup>11</sup>, posteriormente se realizará un proceso contrastante a lo planteado por el autor.

#### La necesidad de transformar la epidemiología y reubicar a la clínica

Se inicia aseverando el déficit teórico y metodológico de las disciplinas de las CBS, en cuanto a la necesidad de estudiar el fenómeno salud-enfermedad aunando las dimensiones sociales con las biológicas.

De acuerdo a Breilh, anterior y usualmente se ocultaba ese déficit con la adición de datos estadísticos y numéricos individuales, en torno a ese enmascaramiento y ausencia, el autor trabajará.

Define a la Clínica como el conjunto de conceptos, métodos y formas de acción práctica que se aplican al conocimiento y transformación del proceso salud-enfermedad en la dimensión individual.

A su vez, su objeto de trabajo será el conjunto de condiciones que se expresa en el individuo, como manifestación de una compleja serie de determinaciones supra-individuales.

Es decir, se trata de un proceso heurístico inductivo que busca elementos generalizantes y complejizantes.

Debido al tipo de objeto de estudio de la Clínica -individual y natural-, se complementará su discurrir primordialmente con el saber y método de las ciencias físicas y biológicas.

---

<sup>11</sup> Este resumen considerará de la página 43 a la 47.

Su método será intensivo -en el sentido de minucioso y exhaustivo-, de los procesos individuales de carácter orgánico-funcional y psíquico.

Así mismo su forma de acción será singular y se manifestará en dos tipos principales: preventivo primario, y correctivo o rehabilitador.

Por otro lado, la Epidemiología es definida en un primer plano, como el conjunto de conceptos, métodos y formas de acción práctica que se aplican al conocimiento y transformación del proceso salud-enfermedad.

Su objeto de trabajo serán los procesos particulares que determinan la producción específica de salud y enfermedad. Y como varios de esos procesos serán ambientales y comunitarios, la epidemiología se apoyará de las ciencias sociales, ésto en pos de analizar los procesos estructurales y de clase implicados, y buscando realizar observaciones masivas y empíricas.

Desde lo anterior, la pretensión de la epidemiología será situar su intento transformador en lo social, en los procesos laborales, ambientales y de consumo, que dañan la salud.

Más allá de estas buenas intenciones, se hace necesario replantear los elementos teóricos y metodológicos de la epidemiología, en pos de expandir las capacidades explicativas y prácticas de la Clínica.

Al faltarle herramientas cognoscentes profundas y novedosas, la epidemiología se verá debilitada para enfrentar y resolver los problemas de salud, frecuentes y agudos de las clases bajas mayoritarias.

Se enuncia que a la vieja epidemiología le hace falta la conciencia social, la conciencia de clase, ya que usualmente atendía a solo aquellos aspectos que tienen qué ver con la funcionalidad laboral, o su afectación de ella, en pos de proteger a los núcleos laborales. Se trataba de una epidemiología que operaba y aún en ciertos sectores opera bajo normas de eficiencia y efectividad, delimitadas de acuerdo a las necesidades de desarrollo del Capital; las ciencias médicas como la fuerza de mantenimiento de los operarios, de las máquinas humanas.

La propuesta de Breilh se manifiesta como un tipo de epidemiología crítica que se enfrenta a los elementos técnico-ideológicos que son parte del Poder, que vician la disciplina y que afectan a la sociedad.

La epidemiología crítica buscará poner en tela de juicio las concepciones hegemónicas acerca de lo normal y de lo patológico, reconceptualizando los modos y distribuciones de las condiciones del proceso salud-enfermedad. Al mismo tiempo intentará superar la aplicación de la epidemiología mediatizadora y servil que se encuentra supeditada a los criterios de protección y fomento del hombre, como recurso del proyecto lucrativo capitalista.

### Comentarios críticos

Realizamos una dialéctica donde señalamos aspectos cuestionables y rescatables del documento, esto en pos de un proceso de comparación y análisis que permita extraer lo significativo.

En el plano gnoseológico, no define sus conceptos de conocimiento, método, ni de lo psíquico, saltando del enfoque materialista al epistemológico e idealista, sin una argumentación previa ni suficiente.

Se utiliza la noción de “social” o “sociedad” sin explicitar los elementos que se incluyen o excluyen en dicho vocablo.

En cuanto a su definición de Ciencias Sociales, será necesario acotarla en cuanto a enfoques, vertientes y modalidades de ella, puesto que hay muchos y diferentes tipos de vías de interpretación.

En su pretensión para el trabajo de la epidemiología, faltan variables en cuanto a las facciones que inciden en la vida y salud de la persona y la comunidad.

Este texto fue ubicado y seleccionado por un estudioso de ciencias sociales; es cuestionable que alguien de CSH elija textos de las CBS para estudios hechos desde el enfoque sociológico: puede haber sincronía y claridad en ciertos casos, en otros no; es necesario por ello ser cuidadoso.

Opciones: textos sociales que hablan de lo médico, o análisis social de textos médicos.

Elementos positivos:

Es un esfuerzo serio de parte de las ciencias de la salud, de realizar un esfuerzo interdisciplinario y transdisciplinario que si bien parte del enfoque biológico, lo complementa con otras dimensiones que se conjugan e influyen en su objeto de estudio: el humano y sus situaciones y problemáticas de salud.

Otro aspecto rescatable de la lectura es aquel que enuncia que tanto la disciplina médica como la misma ciencia se encuentran ligadas al beneficio de los sectores retardatarios de la sociedad (p 45).

A su vez, en la vieja epidemiología reconocemos a esas disciplinas que tienen como función principal proteger los procesos productivos del Capital, manteniendo operativas a sus herramientas humanas.

Intuiciones sociológicas correctas sobre lo no-médico, sobre lo no-científico que afecta al Ser y a las disciplinas.

## Referencias

Breilh, J. (1979). *Epidemiología: economía, medicina y política*. México: Fontamara.

## UNIDAD 1, SEMANA 4, LECTURA 5

### El cuerpo humano como generador de fuerza de trabajo<sup>12</sup>

Una de las situaciones metodológicas importantes de la situación enajenada que padece el hombre en la sociedad capitalista, es la negación de su Ser, precisamente en la actividad que debiera realizarlo como tal: el proceso de trabajo.

Con ello, el trabajo deja de ser un acto creativo que implique un placer, un acto que sintetice la producción del Ser integral existencial y la producción de bienes materiales, como aparece planteado cuando su fin último es la reproducción social.

Esto significa que la situación de un ser humano y su cuerpo, en un momento dado, dependen tanto de los factores que de manera inmediata aparecen como los determinantes, así como de las condiciones en que tuvo lugar todo su desarrollo previo. El planteamiento llevado a sus últimas consecuencias, reconoce que en la sociedad capitalista no puede hablarse de salud, y por ello no es casual que la totalidad de los indicadores de “salud” se refieran a hechos vinculados con la enfermedad y la muerte.

Esto conduce a dejar de afanarse en buscarla, para en cambio, determinar en qué contextos la enajenación de que todos somos partícipes, afecta la naturaleza humana según la edad, el sexo y la inserción de clase.

La primera tarea que en este sentido cobra relevancia es demostrar que en condiciones de enajenación, el hombre ve limitada la plena expresión de sus potencialidades, aun y cuando desde la mirada médica tradicional, no en todo momento se encuentren elementos suficientes para calificarlo como “enfermo”.

<sup>12</sup> Con base a la lectura de Cuellar y Peña, de la página 139 a la 158.

## Sobre la conformación de la naturaleza humano-social

El proceso de adaptación en sí, explica e implica la totalidad de los fenómenos que tienen que ver con el desarrollo físico de seres humanos y aun cayendo en la reiteración, es necesario dejar claramente establecido que a través de él se conforma el soporte de la vida humana. Lo cual demuestra la integridad de lo biológico y lo social en la conformación del cuerpo humano, ya que el proceso de adaptación se lleva a cabo por la presencia de factores de selección que principalmente en el “medio ambiente” humano, son producidos socialmente por el lugar que cada individuo, grupo y clase ocupa en el proceso de trabajo colectivo.

La última de las consideraciones generales que es necesario efectuar se centra en la aclaración de que el enfoque aquí retomado es poblacional y abstracto, con variantes que en cada caso particular es necesario descubrir y precisar; los fenómenos descritos ocurren allí donde se presenta lo que el mismo Ramos ha denominado “síndrome de privación social”, o sea, las condiciones en que se desarrolla la vida de los trabajadores reducidos a fuerza de trabajo para la valorización del Capital.

El síndrome de privación social se caracteriza por tres elementos:

- 1.- Distorsión afectiva, con rasgos marcados de destructividad (actitudes necrofilicas, narcisismo maligno, fijación simbólico-incestuosa).
- 2.- Poco rendimiento intelectual no debido a desnutrición (originado por causas ambientales comunes a ambas condiciones).
- 3.- Desnutrición, como entidad nosológica originada por el aporte insuficiente de nutrientes a nivel celular.

El problema de la adaptación de grandes grupos de población a esa manera de vivir, comienza prácticamente desde el mismo momento que los individuos son concebidos, ya que su desarrollo tiene lugar generalmente en mujeres subalimentadas.

Es lógico que este fenómeno en sí mismo resulta un factor riesgoso de muerte perinatal y durante el primer año de vida, pero éste se acrecienta si se toma en cuenta que casi seguramente la desnutrición estará presente también en su vida extrauterina, pues es un elemento integrante de esa particular manera de vivir.

Durante el primer año, se ha estimado que la desnutrición está involucrada como causa en no menos del 75% de las muertes, lo cual significa en otras palabras que las desigualdades sociales matan  $\frac{3}{4}$  partes de los niños que fallecen durante este periodo.

El hecho de que las poblaciones se seleccionan hacia esta característica según el sexo, puede ser ejemplificado con los siguientes datos:

Durante el primer año de vida hay mayor incidencia de desnutrición de tercer grado en los varones, y son también los que más van a sufrir las consecuencias de ello pues a muchos les costará la vida.

En el segundo, el problema toma otro giro, siendo principalmente las niñas las que van a presentar esta característica, siendo en este sexo en donde en esta edad se registran las tasas de mortalidad más altas.

Es por esta razón que las tasas de mortalidad preescolar se aceptan como indicadores del estado físico de las colectividades, ya que antes de esta edad los susceptibles mueren. Esto es así porque en los primeros seis años de vida se produce lo que se ha llamado el primer brote de crecimiento, etapa en la que el organismo crece aceleradamente, y para lograrlo, requiere de determinadas condiciones que incluyen ciertos aportes nutricionales. Una parte de la población muere dado que dicho desbalance ocasiona una vulnerabilidad funcional que determina que virus, bacterias y microorganismos en general se conviertan en organismos letales.

La modificación en la talla y sus incrementos implica forzar el organismo a disminuir sus requerimientos de nutrientes, cosa que se ha logrado más o menos a los seis años; en esta edad la talla es baja en comparación con el promedio de la edad cronológica pero hay una armonía entre ella y el peso, así que ya no se puede hablar de desnutrición; es decir, se alcanzó un nuevo equilibrio.

Bajo estos planteamientos, la desnutrición está considerada como patología y como causa de muerte.

El superviviente vulnerado no lo es sólo en su aspecto físico -que es el más evidente-, sino que es muy probable que también se haya alterado su desarrollo emotivo, sus cualidades intelectuales, sus etapas de maduración motora, su integración de las estructurales del lenguaje, etc.

Ahora bien, es significativo el hecho -también acertadamente señalado-, de que por lo menos en materia de crecimiento, el tiempo perdido no se recupera nunca, ya que los incrementos son función de las magnitudes previas.

Por ejemplo, si el *imprinting* de los pollos para el reconocimiento de sus madres no se da en un momento específico, éste no se logrará jamás. Con relación al humano, la pedagogía moderna ha avanzado en este terreno y ha determinado que el conocimiento de las matemáticas en la persona tiene también sus momentos para el aprendizaje; por su parte, la psicolingüística ha demostrado lo propio en cuanto a la adquisición de las estructuras del lenguaje, por citar sólo algunos casos.

Aunque resulta imposible tratar aquí en extenso todos los cambios en composición corporal, proporcionalidad y crecimiento físico, sí resulta necesario dejar sentado claramente el significado que este periodo formativo tiene en la conformación de corporeidades humanas, sobre todo en los llamados del crecimiento: nacimiento, finalización de la preescolaridad e inicio de la pubertad.

El Síndrome de Privación Social en referencia a la estructura física, altera las etapas de desarrollo, la composición corporal y la proporcionalidad; la pubertad, por ejemplo, se atrasa en estas condiciones.

En condiciones capitalistas, estas etapas de desarrollo no se cumplen de manera cabal, los sujetos que la componen tienen sólo dos alternativas:

La muerte o la “adaptación” a costa de sus capacidades potenciales.

Rescatando la dimensión amplia del proceso de trabajo enajenado característico de este modo de producción, puede vislumbrarse que de hecho la propia constitución de la naturaleza física humana es sellada por particularidades que la han limitado y modificado a lo largo de todo su desarrollo.

## La salud en conflicto

En términos metodológicos, haciendo uso de todas las evidencias que constatan la imposibilidad de la salud en condiciones de enajenación, debe abandonarse la utilización de un objeto de estudio que no tiene materialidad y que peligrosamente implica reducir el todo biológico a productividad, ya que esta palabra parece traducir sólo aquellos estados en que la incorporación al proceso productivo es

factible, siendo además un estado físico que el discurso dominante ha colocado como un ideal al que todos debemos aspirar.

El caso contrario puede ilustrarse con la esterilidad e inclusive el deseo de no reproducirse, que se encuentra fomentado por el pensamiento moderno. Pero como esta condición no remite a quien la sufre o lo decide a la improductividad, consecuentemente a estos individuos no se les cuenta ni se les consideran a sí mismo enfermos.

Bajo esta lógica, un individuo vivo que no haya tenido descendencia es equivalente a uno muerto antes de reproducirse y tiene una importancia menor que uno muerto también, pero que haya dejado descendencia, esto debido a que los individuos que no contribuyen al acervo de genes de una población carecen de importancia evolutiva. Así que si se quisiera ser congruente con el planteamiento biológico de la salud, tendría que implementarse otra racionalidad en la importancia asignada a cada evento.

También es necesario tomar conciencia que esta inmaterialidad del fenómeno salud hace imposible su estudio. La misma medicina social, por más que parta de la aprehensión teórica de la salud-enfermedad como dos momentos de un proceso único al momento de pretender el estudio concreto de tal proceso integral en un grupo social, separa a los enfermos -que son los que retoma el estudio-, dejando a todos aquellos que no presentan patologías, catalogados como sanos, con lo cual regresa a la vieja idea de la salud que tanto ha sido cuestionada como ausencia de enfermedad.

Desde la clínica, la epidemiología y la medicina en general, la salud ha sido solo lo contrario de la enfermedad, es decir ha existido únicamente mediante un mecanismo de eliminación: sanos son los no enfermos, y en esta discriminación ni siquiera se practica un análisis clínico meticuloso y congruente con el propio planteamiento clínico.

### Reflexiones sobre “la enfermedad”

La primera de estas consideraciones generales puede inferirse de lo expuesto previamente y queda perfectamente sintetizada en lo asentado por Leal... “la estructura y manera del proceso de la reproducción configurado capitalistamente, supone en sí misma una realidad patogénica...”

Como el hombre integral ha perdido significado, sólo la parte del mismo capaz de valorizar al capital tiene importancia, y esa parte la constituye su ser biológico, su parte natural, la corporalidad susceptible de convertirse en fuerza de trabajo.

Tomando conciencia de este fenómeno, desde la crítica marxista, ¿qué avanza realmente en los enfoques alternativos que aceptan la existencia de las enfermedades como entidades nosológicas y las retoman como categorías de análisis?

### Más allá de la clase

En términos evolutivos, la variabilidad presente en la población es la que permite seguir evolucionando; si bien ya fue señalado el reduccionismo que implica la simple extrapolación de las leyes de la biología a la explicación de los fenómenos relativos al cuerpo humano, también se trató de dejar claro que el mecanismo biológico sigue estando presente en su determinación.

En la pretensión de que todos los individuos que pertenecen a una clase pueden ser agrupados en un solo rubro, para efectuar de manera inmediata un análisis estadístico comparativo entre las distintas clases y encontrar semejanzas o diferencias “significativas” en materia de “salud”, nos estamos comportando como los biólogos tipologistas que descartando toda variabilidad presente entre las poblaciones de organismos, les bastaba el estudio de unos cuantos individuos de cada especie para sentirse capacitados para opinar sobre toda la población.<sup>13</sup>

En ese enfoque reduccionista:

1. Parten del hecho de que todas las familias son como la familia pequeño-burguesa, integrada por el papá, la mamá y los hijitos; el que trabaja es el papá, la mamá es la ama de casa. Pero, dentro de las familias obreras es muy común la presencia de situaciones “atípicas” en su composición, lo mismo que en las campesinas, lo cual lleva a concluir que la gran mayoría de las familias no son las nuestras, o las correctas, o las sanas.
2. Se piensa que con el análisis de la inserción de clase del jefe de familia, se puede estudiar “lo social” de la totalidad de los miembros que componen la familia.

<sup>13</sup> Nótese aquí un error en cuanto el alcance y capacidad del método inductivo.

3. Como consecuencia inmediata de este punto de vista se pasan por alto la edad del padre y la madre, su escolaridad, la “ayuda” que le puedan brindar otros parientes, la actitud de los padres hacia sus hijos, la inserción de la mujer de manera directa en el proceso productivo, el número de hijos presentes, etc.

Elementos que indudablemente son hechos importantes en el desarrollo humano.

El reconocimiento de la ubicación teórica del individuo humano, es vital para el desarrollo metodológico de su aprehensión en general, pero cobra especial relevancia si lo que trata de abordar es la naturaleza humano-social.

No es casual que aun expuestos aparentemente a las mismas “condiciones ambientales”, no todos los niños de una campesina indígena mueran durante el primer año de vida. Estas diferencias estructurales personales no pueden ser borradas de la historia humana sólo porque queramos ser marxistas.

Encontrar las diferencias y las homogeneidades, dentro del marco de las relaciones sociales fundamentales para el desarrollo humano, es una cuestión de primera importancia que, sin embargo, está por construirse. ¿Qué tan válido es entonces olvidar la especificidad de la historia de cada corporeidad humana concreta en aras de la clase, de la concepción de que no existen personas aisladas, sino dentro de grupos que contraen determinadas relaciones sociales? La respuesta a esta pregunta, tampoco ha sido formulada.

Esta condición histórica hace aparecer a primer vista al acto del trabajo como el lugar donde se desgasta al sujeto social, y al ámbito externo a él como el sitio donde recupera las fuerzas perdidas.

A esto coadyuva también el que dentro del modo de producción capitalista, el hombre se ve reducido a fuerza de trabajo exclusivamente, en ese momento en el que valoriza al Capital, y cuando es incluido dentro del proceso de trabajo capitalista como objeto en la producción.

El resto del tiempo aparentemente es libre, se encuentra fuera de esta determinación, aparentemente.

Es precisamente por la peligrosidad que encierra la apariencia de la dicotomía tajante entre el desgaste y la reproducción del sujeto social en condiciones de enajenación, que resulta de trascendental importancia teórica, académica y

política, que los hasta ahora llamados “trabajadores de la salud” o “profesionales de la salud” se fijen como meta el demostrar que toda la vida y todo el desarrollo humano se encuentran imposibilitados -en estas condiciones capitalizadas-, para el despliegue de las capacidades potenciales.

Dentro de este gran marco, el abordar “las enfermedades” y su incidencia por sexo, edad y especificidades sociales, resulta de gran utilidad, pero no es suficiente para descubrir cómo y cuándo ha sido dañada la naturaleza humano-social enajenada.<sup>14</sup>

Para terminar esta sección, pequeño comentario dialéctico y utópico:

Ya llegaremos al concepto de lo Interdisciplinario, donde es necesario conjuntar varias disciplinas y enfoques.

Una sola profesión, herramienta o perspectiva, no bastan.

Es necesario sumar visiones para encarar el objeto de estudio de la manera más amplia y profundamente posible.

Ahora, epistemológicamente esa es la apuesta, obviamente en la vida real, las instituciones no lo permitirán ni apoyarán. Solo les queda la opción a nivel micro. Eso lo repetiremos mucho: no podrás cambiar al monstruo institucional, pero en tu proceder individual puedes recomendar un acercamiento interdisciplinario, múltiple. Obvio que no se contraponga un enfoque con otro.

Ustedes como CBS, en cuanto a lo biológico no tendrán problemas porque en ese enfoque se están formando. Y aunque les falten algunos elementos, siempre pueden remitir a otra área o especialidad médica.

Ahora, falta que estén atentos a la dimensión emocional y contextual de su paciente. Saben que en ocasiones, ciertos sectores de las personas que van al médico, no van porque tenga algún daño orgánico, algo biológico, sino que va por necesidad de atención, por tensión en alguna de sus dimensiones cualitativas; en busca de escucha, de atención, de compasión y catarsis.

---

<sup>14</sup> Es necesario ser extremadamente cuidadosos con las generalizaciones, tanto con aquellas que enuncia la postura de derecha (las mayoritarias y hegemónicas), como las enarboladas por la izquierda (minoritarias y periféricas).

Ninguna postura totalitaria le sirve a la ciencia o al humano.

En algún tiempo nos relacionamos con gente que laboraba en el CISAME -Centro Integral de Salud Mental-, y su mecánica, que era un pequeño ejemplo de acercamiento interdisciplinario, ocurría más o menos así: primero a los niños que iban a consulta los veían CBS's, si no tenían nada orgánico, se iban ahora sí directo con las psicólogas.

No tenían sociólogas, pero abarcaban lo físico y de ahí lo emocional.

Ustedes como CBS pueden complementar lo físico con lo contextual; y con algo de energía y empatía, también pueden contactar emocionalmente con el *Otro*, con la *Otredad*, con la persona doliente que está frente a ustedes.<sup>15</sup>

Ejemplificando la función positiva y complementaria de lo relacional, hacemos el siguiente supuesto:

Supongamos que su servidor es ateo, no cree en la terapia psicológica y no gusta de los tamales; pero quizás a ciertas personas les de un sentido positivo lo metafísico; quizás ciertas personas se beneficien de la atención psicoterapéutica; y habrá algunos que disfruten de ese platillo.

En una propuesta interdisciplinaria racional, la idea es sumar, complementar.

El problema es cuando se contraponen esas distintas perspectivas, el hecho y atención, con tradiciones que dañan la vida y a la salud, como los judíos ortodoxos de Nueva York que no aceptan las vacunas.

Como complemento, anexamos lo siguiente.

## Referencias

Cuellar, R., y Peña, F. (1985). *El cuerpo humano en el capitalismo*. México: Folios.

<sup>15</sup> Por ejemplo, una función humana y comunitaria excelente, que hacen en Servicio Social foráneo los futuros médicos, es gestionar para solicitudes de necesidades para la comunidad. Como figuras de conocimiento, y en situaciones de susceptibilidad, pueden ser factor altamente positivo para la persona y la comunidad.

## COMPLEMENTO A LA UNIDAD 1, SEMANA 4, LECTURA 5

### Sobre el síndrome de privación social La distorsión afectiva

**E**n el apartado “Sobre la conformación de la naturaleza-social” del resumen del texto de Cuellar y Peña, se habla sobre los efectos perniciosos de la sociedad capitalista sobre el humano. Se dirá que esas consecuencias negativas en torno a la persona (síndrome de privación social) tendrán tres características, nos enfocamos en la primera: Distorsión afectiva, caracterizada por rasgos destructivos.

Ampliando la noción en torno a ese concepto, comentamos lo siguiente:

La distorsión afectiva es un tipo comportamiento sádico (con agresiones que no tienen motivo), acciones viscerales (violencia sin sentido ni justificación), que si bien ponen en riesgo la integridad de la persona, lo peor de este comportamiento es que inocentes son su blanco, personas que no tienen culpa ni responsabilidad son los afectados por la destructividad de la persona distorsionada.

Una de sus causas es la siguiente<sup>16</sup>:

En ocasiones, ciertas experiencias de vida negativas causan diversas distorsiones en los procesos cognitivos, afectivos y conductuales de la persona; entornos de pobreza con crianzas problemáticas, con violencia intrafamiliar, adicciones, y diversos tipos de abusos físicos, verbales e incluso sexuales.

Situaciones negativas del infante que causan pensamientos y comportamientos negativos en el adulto; no por nada se dice que existen ciertas tendencias donde el niño golpeado se convierte en adulto golpeador.

Usualmente -mayoritariamente- esa conductas destructivas y autodestructivas tienen su origen en situaciones familiares problemáticas.

---

<sup>16</sup> Una de ellas, porque existen diversas causas y explicaciones; por ejemplo, algunas vertientes de la psicología fisiológica enuncian que existen ciertas psicopatologías que tienen un rango de heredabilidad.

Aunque existen excepciones donde personas que crecieron en un entorno positivo: afable, comprensivo, educado y amoroso, tienen marcadas conductas de sadismo y egoísmo, de las cuales jamás vieron en su ámbito familiar.

El sentido que le podemos encontrar a ese tipo de tendencias, es que es una manera -torcida obviamente- como la persona herida, dolida, con rencores, enojos y resentimientos, está lidiando con su dolor.

Ejemplo de ello, cuando en alguna fiesta o bar observas a alguna persona que provoca peleas, que genera conflictos y destrucción, y al averiguar la causa, resulta que era porque ese individuo traía problemas familiares o de pareja. Y de ese modo, su frustración la sacó de esa manera.

Claramente se trata de acciones que no se deben de reforzar, estrategias de afrontamiento que son torcidas y que pueden causar más desazón o consecuencias en su ejecución. Como la persona que para sacar su estrés laboral o académico, se alcoholiza en extremo, hasta perder la conciencia. Conducta inusual en el área de la Salud, se tendría qué señalar.

Para cerrar:

El problema no es que la persona se haga daño a sí mismo, el problema que sí es grave y principal, es que en el proceso daña a inocentes, daña de manera injusta e injustificada.

Y ésto es algo bastante usual en las clases medias bajas y bajas.

Y ésto en ciertas situaciones es consecuencia del embrutecimiento que los procesos económicos y laborales generan.

No olvidar el concepto de la pobreza como una enfermedad social, en donde se generan muchos elementos negativos para la persona y la comunidad.

## Referencias

Cuellar, R., y Peña, F. (1985). *El cuerpo humano en el capitalismo*. México: Folios.

## UNIDAD 1, SEMANA 5, LECTURA 6

### Notas sobre la epistemología en Díaz

La lectura comenta la pertinencia de reflexionar en torno al Saber, en medio de épocas de crisis, en estos tiempos convulsionados y conflictivos.

Refiere algo que se sabe desde hace mucho en la Epistemología<sup>17</sup>:

Que del saber, que de la ciencia, no siempre surgen elementos positivos; parafraseando, que de la labor de ciertos científicos se ha posibilitado objetos y acciones altamente destructivos y dañosos para la humanidad. Ejemplo clásico, el proyecto Álamos (Proyecto Y), subsidiario del Proyecto Manhattan, los padres de Fat Man y Little Boy.

A este uso negativo, dañoso, del conocimiento, de las disciplinas y de los estudiosos, es lo que los pensadores del siglo XX denominaban Hiperracionalidad o Razón Instrumental; un saber que produce elementos negativos, que tienen un uso que afecta a inocentes y al grueso de la población.

¿Por qué la ciencia ha tenido ese uso instrumental?

Básicamente porque fue sometida, ultrajada, utilizada por los grupos poderosos, en pos de afianzar sus fines particulares.

Una de las principales reflexiones epistemológicas, es que la ciencia y los científicos no son independientes, no son autónomos, sino que están supeditados a las indicaciones y fines de aquellos sectores que aportan el presupuesto, que financian el proyecto.

<sup>17</sup> Una definición de epistemología es:

La rama de la filosofía que se enfoca en analizar los límites, alcances, problemas y posibilidades de las propuestas explicativas.

Etimológicamente significa: *logos*, estudio o tratado; *episteme*, saber. Estudio sobre el saber. Epistemología es una designación contemporánea. Tiene como antecedente a la Teoría del Conocimiento, y más antigua aun, a la Gnoseología. *Gnosis* es conocer.

Ejemplo...

En post-doctorados del extranjero<sup>18</sup>, es común que los financiadores de esos programas de posgrado, sean empresas particulares, grandes consorcios. Esas empresas son las que dictan las líneas de investigación. Y lo que los post-doctorantes descubran, aporten, sistematicen en sus proyectos terminares, le pertenece en primera instancia a esa universidad, pero de fondo, a la empresa.

Y si esas líneas de investigación van hacia la concretización o construcción de objetos tales como bombas nucleares (como los programas de ciertas universidades de la Europa occidental y oriental), existe un grado de responsabilidad de parte de los profesionistas implicados en la creación de un artificio que está diseñado básicamente para matar, y que ha sido aplicado en población civil inocente.<sup>19</sup>

Científicos (ingenieros, matemáticos y físicos) que con su conocimiento hicieron posible un objeto por el que personas hasta la fecha, siguen sufriendo debido a sus efectos.

Como en Hiroshima y Nagasaki, que hasta la fecha -cuatro generaciones después-, hay personas que padecen problemáticas de salud.<sup>20</sup>

Por cierto, el otro lado de la moneda en la fuga de cerebros: como especialista vas a ganar euros o dólares al extranjero, por tu esfuerzo e inventiva, pero el grueso de la ganancia de tu investigación, se la queda una empresa.

Una cosa por otra:

En México no hay apoyo a la investigación, es poca la inversión a ciencia básica y aplicada; los puestos que hay son pocos y los sueldos bajos en general.

En el extranjero hay esa inversión, y obviamente los sueldos son más altos, con una moneda que permite un nivel de vida mayor al de tercer mundo; pero los dividendos producto de tu ingenio y creatividad se los queda el corporativo.

---

<sup>18</sup> Que por cierto son por invitación, no por convocatoria ni por proceso de selección.

<sup>19</sup> Véase "La Tumba de las Luciérnagas".

<sup>20</sup> [https://www.icrc.org/es/download/file/10635/consecuencias\\_de\\_largo\\_plazo.pdf](https://www.icrc.org/es/download/file/10635/consecuencias_de_largo_plazo.pdf)  
Informe de la Cruz Roja Internacional, donde refieren las problemáticas sanitarias generacionales que padecen habitantes de Hiroshima y Nagasaki. Revisado el 8 de mayo del 2021.

Ya para cerrar:

No caigamos en posiciones totalitarias simplistas.

Nuevamente, sería una inducción errónea generalizar que todos los físicos (por poner un ejemplo), son malévolos o utilitarios.

De las ciencias naturales, de las ciencias básicas y del enfoque cuantitativo han surgido creaciones maravillosas, conocimiento increíble, tecnologías altamente eficientes que han permitido que el humano tenga mejores condiciones de vida.

Esto mismo que estamos haciendo de comunicarnos vía el internet y Facebook, habría sido imposible sin la labor de ingenieros y matemáticos.

Lo que se busca rescatar del texto, es la visión analítica y alerta, en torno a los casos donde hay malos usos del conocimiento, mal actuar de los estudiosos y especialistas. La sugerencia de la autora es ligar lo epistemológico con lo ético y lo axiológico, imbuir de valores humanistas a las disciplinas.

En el stock de lecturas de esta semana, añadimos la compilación de relatos que realizó Svetlana Alexievich de sobrevivientes de Belarús<sup>21</sup>, en pos de complementar con elementos cualitativos, las experiencias de quienes estuvieron en esas terribles latitudes y sucesos.

## Referencias

Alexievich, S. (2001). *Voces de Chernobyl*. España.

Comité Internacional de la Cruz Roja. (2015). *Consecuencias de largo plazo de las armas nucleares en la salud*. España: ICRC.

Díaz, E. *¿Para qué epistemología en tiempos aciagos?* Argentina.

<sup>21</sup> <http://www.dzne.ugto.mx/respaldo1/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Voces%20de%20Chernobil%20-%20Svetlana%20Aleksievich.pdf>

Texto de Svetlana Alexievich, donde expone los testimonios de personas que vivieron y padecieron el infortunado suceso de la explosión del reactor 4 de Chernobyl. Revisado el 8 de mayo del 2021.

<http://www.dzne.ugto.mx/respaldo1/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Voces%20de%20Chernobil%20-%20Svetlana%20Aleksievich.pdf>

Texto de Svetlana Alexievich, donde expone los testimonios de personas que vivieron y padecieron el infortunado suceso de la explosión del reactor 4 de Chernobyl. Revisado el 8 de mayo del 2021.

[https://www.icrc.org/es/download/file/10635/consecuencias\\_de\\_largo\\_plazo.pdf](https://www.icrc.org/es/download/file/10635/consecuencias_de_largo_plazo.pdf)

Versión electrónica del Informe de la Cruz Roja Internacional, donde refieren las problemáticas sanitarias generacionales que padecen habitantes de Hiroshima y Nagasaki. Revisado el 8 de mayo del 2021.

## UNIDAD 1, SEMANA 6, LECTURA 9

### Sexualidad en jóvenes: un análisis desde el modelo ecológico

#### Introducción

La juventud transcurre en el contexto más amplio del concepto “generación”, entendido como la época en que las personas se desarrollan en un contexto cultural, espacial y temporal.

Las diferencias generacionales se manifiestan en dificultades y ruidos que perturban la comunicación y en ocasiones constituyen puntos de desencuentro, debido a que no se comparten códigos.

Así, la cultura o macrosistema que envuelve las percepciones y acciones de los sujetos, demarca las normas y reglas establecidas entre complejas conexiones de diferentes contextos y relaciones; es decir, las construcciones sociales del Ser, abarcan simbólicamente distintas áreas de lo humano, lo cognitivo, lo afectivo, lo social y lo sexual en diferentes momentos históricos.

El ejercicio de la sexualidad constituye una parte importante e inevitable de las personas y las generaciones, toda vez que involucra formas de encuentro con el Otro, el medio, y consigo mismo, encaminadas -entre otras cosas- al establecimiento de relaciones y preservación de la especie humana.<sup>22</sup>

La sexualidad como una de las formas más íntimas de relación, puede potenciar o afectar profundamente el desarrollo de las personas desde los inicios hasta el final de la vida.

---

<sup>22</sup> Complementando esta visión con la Etología -el estudio del comportamiento animal-, se enuncia que en mamíferos superiores, la genitalidad va más allá de la función meramente reproductiva, pues tiene un propósito de distensión, actividad lúdica y placentera que se utiliza también para reducir los niveles de tensión en el sujeto.

El ejercicio de la sexualidad le implica múltiples demandas al sujeto, puesto que debe ejercer de manera autónoma su libertad para experimentar el cuerpo y la relación con otros, además de las dificultades evidenciadas alrededor de esta.<sup>23</sup>

### Sexualidad en el joven el modelo ecológico

La importancia atribuida a la sexualidad en los sistemas sociales, se relaciona fuertemente con su función comunicativa, la cual puede ser entendida en términos de interacción con los demás, como una forma de expresar, intercambiar y compartir sentimientos, emociones, deseos, pensamientos y acciones que está influenciada por la relación subjetiva y el mundo que rodea al sujeto.<sup>24</sup>

La teoría ecológica propone la existencia de tres niveles en el medio ambiente del sujeto: el primero relacionado con su entorno más cercano; el segundo que guarda relación con las conexiones que se han establecido entre los entornos; y un tercer nivel que se caracteriza porque puede afectar al sujeto sin que éste se encuentre en él.

Estos niveles son concebidos como sistemas que interactúan entre sí y con el sujeto a lo largo de la su vida, por lo cual el desarrollo se da en términos de las relaciones y se ubican en diferentes sistemas, los cuales se definen de la siguiente manera:

- **Microsistema:** complejo de interrelaciones dentro del entorno inmediato, lo cual implica que un individuo puede tener más de un microsistema.
- **Mesosistema:** interrelación de dos o más microsistemas en los que la persona en desarrollo participa directamente.
- **Exosistema:** entornos en los que la persona puede no participar directamente.

<sup>23</sup> La clásica situación en jóvenes clase baja, que al empezar a vivir su corporalidad, no saben manejar las implicaciones de la sexualidad, principalmente en lo que respecta a embarazos no deseados.

Y si en su entorno no cuentan con el apoyo, orientación y recursos para encarar la problemática, problematizarán aún más sus ya reducidas opciones de vida.

<sup>24</sup> Por su parte, la visión etológica nos dirá que la sexualidad es como comer, dormir o ir al baño, necesidades biológicas sin sentidos morales.

El darle un valor o sentido positivo o negativo a un acto físico, será posterior, procesos culturales con fines ulteriores.

- **Macrosistema:** patrones generalizados formados por el complejo de sistemas seriados e interconectados que son más grandes y amplios.

Dinámicas macro y micro, en donde existen más o menos influencias para el individuo, más o menos participación por parte de él o ella.

### La percepción y la acción

La percepción se relaciona con las formas que tiene el sujeto de interpretar sus entornos y su punto de vista frente a ellos; cómo se extiende más allá de lo visible, involucra otros entornos, incluyendo patrones de organización social, sistemas de creencias y estilos de vida propios de su cultura y de otras.

En los jóvenes, las interpretaciones que se hacen sobre las realidades -en particular la sexual-, trascienden la normatividad del sujeto en un contexto e involucran sus referentes con relación a otros sistemas. Por ejemplo, las concepciones alrededor de la sexualidad, el acto sexual, el goce y el placer, en ocasiones se ligan fuertemente a los contenidos ofrecidos y entrelazados por los pares, la familia y la cultura.

### Las actividades molares

En los jóvenes la sexualidad se constituye en una fuente de motivación para la ejecución de acciones consecutivas y estables: las actividades molares.

Las actividades molares son aquellas que se caracterizan por ser parte de un proceso continuo y progresivo.<sup>25</sup>

Las actividades molares pueden darse en dos vías:

- Las actividades seguras y las actividades de riesgo.

El grado y la naturaleza de éstas, expanden el campo experiencial del sujeto y le permiten generar otras interrelaciones con sus entornos, afectándolos

<sup>25</sup> Cfr. Pérez, El Medio Social como Estructura Psicológica, p 170.

recíprocamente con su ambiente; afectándolos recíprocamente de manera positiva o negativa, y estos a su vez, afectándolos a ellos mismos.

### Las díadas

El modelo ecológico evidencia una red de relaciones en las cuales y por las cuales el sujeto modifica constantemente sus conexiones con la realidad propia y la de sus entornos; los cambios perdurables y progresivos que se evidencian en las personas afectan directa o indirectamente el medio en el cual se encuentran las relaciones, los objetos y las personas que conforman los contextos próximos y lejanos.

Las díadas se clasifican en tres tipos:

- Díada de observación: uno presta atención de forma duradera y cercana a la actividad del Otro, quien reconoce el interés.
- Díada de actividad conjunta: los dos participantes se perciben a sí mismos haciendo algo juntos. Suelen ser actividades con el Otro.
- Díada primaria: la que continúa existiendo fenomenológicamente para sus participantes cuando no están juntos.

En el ejercicio de la sexualidad las díadas juegan un papel importante, pues el goce de ésta se da en relación con otros y con los marcos de acción ofrecidos por los diferentes niveles en los sistemas.

### Los elementos del entorno

El entorno es considerado como un constructo en el que confluyen espacio, tiempo, personas, percepciones, acciones y relaciones, que contienen elementos que lo significan.

En este sentido son considerados como elementos del entorno: los roles y las expectativas sobre los roles.

Los roles son considerados como el conjunto de actividades que desarrolla una persona en función de una etiqueta social que se le ha adjudicado, es decir, las

acciones que debe realizar un sujeto de manera consistente de acuerdo con el lugar que ocupa en un entorno.<sup>26</sup>

En ese sentido, el desarrollo no se ve influenciado solamente por unos elementos de carácter individual.

La teoría ecológica ha generado un nexo entre el desarrollo y las complejidades del entorno, especificando que ninguno de sus elementos puede considerarse de manera aislada, puesto que el individuo se relaciona con otros y con su ambiente de manera bidireccional y recíproca.

### Conclusiones

El desarrollo sexual de un joven está situado en un entorno en el cual será testigo de la ejecución de diferentes roles en sus sistemas cercanos, al mismo tiempo que desarrollará un código propio de roles a ejecutar, de acuerdo con las expectativas de un grupo social que le afecta y al mismo tiempo es afectado por el mismo.

Los ámbitos en lo que se desenvuelve un individuo se transforman frecuentemente, y cada persona deberá ajustarse a otros sistemas a lo largo de su vida, generando un proceso de desarrollo que deriva de las características de cada persona y de los cambios dentro del ambiente tanto inmediato como remoto. En el joven se evidencia lo que se denomina “la transición ecológica”, proceso que se caracteriza por el cambio en las actividades que ejecuta una persona, las relaciones y los roles que desempeña.

Dentro de los diferentes elementos que integran el ejercicio de la sexualidad se conjugan la percepción y la acción, las actividades molares, el compartir con las diadas y los elementos del entorno. Frente a este último punto, para comprender ecológicamente la realidad social de los jóvenes que ejercen su sexualidad, teorías como la de Moscovici (1961) de las representaciones sociales, ofrecen marcos interpretativos importantes. Teoría que enuncia la correlación de objetos y sucesos con símbolos y valoraciones contextuales. En esta postura... “los sujetos interpretan la realidad y esa interpretación está mediada por los valores, religión,

<sup>26</sup> Complementando con lo dicho sobre las generaciones, los roles irán cambiando. Para bien y para mal.

necesidades, roles sociales y otros aspectos socioculturales.<sup>27</sup> Para ejemplificar, piénsese en el sentido positivo o negativo que se da en las distintas culturas a ciertos animales (vacas en la India o gatos negros en la Europa occidental) o ciertos números (13 en occidente, 4 en oriente).

Finalmente es necesario tener en cuenta el cambio dado al interior de las instituciones de socialización como la familia, que a lo largo de toda la historia ha cambiado, así como la construcción social del concepto de joven y juventud, que también se evidencia claramente. A esto aunamos la adaptación al ambiente mediante la adecuación de competencias y presión ambiental, procesos que posibilitan un desarrollo integrado del ser humano.

### Referencias

- Materán, A. (2008). *Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa*. Venezuela: Universidad de los Andes, Geoenseñanza.
- Pérez, F. (2004). *El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner*. España: Universidad Camilo José Cela, Revista de Psicología y Psicopedagogía.
- Viancha, M., Bahamón, M., Tobos, A., Alarcón, L., y Uribe, J. (2012). *Sexualidad en jóvenes: un análisis desde el modelo ecológico*. Colombia: Fundación Universitaria Los Libertadores.

---

<sup>27</sup> Materán, Las Representaciones Sociales, p 244.

## UNIDAD 1, SEMANA 7, LECTURA 10

### Breve historia de la medicina De la antigüedad hasta nuestros días<sup>28</sup>

La guerra entre la enfermedad y los médicos que se libra en el campo de la batalla de la carne, tiene un comienzo y un intermedio, pero no un final. Las epidemias brotan con las sociedades; la enfermedad ha sido y seguirá siendo un producto social no menos importante que la medicina que la combate. La civilización no sólo conlleva sinsabores, sino también enfermedades. Los cazadores-recolectores, nuestros precursores paleolíticos, acosados por la dureza y los peligros del medio ambiente, vivían una vida corta. No obstante, escaparon a las plagas que iban asediar a las sociedades posteriores.<sup>29</sup> Las enfermedades infecciosas viruela, sarampión, gripe y otras por el estilo debieron resultarles prácticamente desconocidas, puesto que los microorganismos que las causan requieren unas densidades de población elevadas que proporcionen reservas de susceptibles.

Mientras los humanos colonizaban la tierra, eran a su vez colonizados por patógenos como gusanos e insectos parásitos, lombrices, pulgas, garrapatas y otros artrópodos, además de microorganismos como bacterias, virus y protozoos, cuya reproducción ultrarrápida provoca graves enfermedades en el huésped.

A medida que se multiplicaba, la especie humana se trasladó fuera de África<sup>30</sup>; primero a las regiones cálidas de Asia y Europa meridional, y después más hacia el norte.

Enfrentados a la hambruna, los seres humanos aprendieron por vía experimental a controlar los recursos naturales y a cultivar su propio alimento. Comenzaron a producir grano comestible a partir de hierbas silvestres, y a dominar a los perros, el ganado vacuno, las ovejas, los cerdos, los caballos y las aves de corral.

Con el control de los animales y la agricultura sistemática, el sedentarismo permitió

<sup>28</sup> Este resumen de la lectura de Porter, abarca de la página 25 a la 51.

<sup>29</sup> El paso de la vida nómada a la existencia sedentaria, se dio gracias al descubrimiento de los principios de la agricultura.

<sup>30</sup> Teniendo nuestro origen básico en el lago Turkana. Cfr. López, Origen Monogenista y Unidad del Género Humano, p 217.

a las poblaciones expandirse en espiral. Limpiar el bosque, recoger la cosecha y preparar la comida eran actividades que exigían el trabajo de muchas personas y por lo tanto, requerían más manos que ahora podrían recibir alimentos a cambio. Andando el tiempo, tales avances trajeron consigo la formación de comunidades permanentes y mejor organizadas, con sus jefes, sus leyes y sus jerarquías sociales, y más adelante sus juzgados y sus funcionarios públicos. Pero si la llegada de la agricultura libró a la humanidad de la amenaza malthusiana del hambre, también desató un nuevo peligro: la enfermedad infecciosa.

En el curso de la historia, estas adaptaciones darwinianas han llevado a una situación en la que el *Homo sapiens* comparte más de sesenta enfermedades microbianas con los perros y sólo algunas menos con el ganado vacuno, las ovejas, las cabras, los cerdos, los caballos y las aves de corral. El sarampión es el resultado del salto a la especie humana de la peste bovina, propia de los perros y ganado vacuno. Las prácticas agropecuarias codiciosas y chapuceras facilitarían el salto de nuevas enfermedades de los animales al hombre. Y el hombre resulta vulnerable de distintas maneras. Los animales domésticos, de granja, y las sabandijas portan *salmonella* y otras bacterias; las aguas fecales extienden la polio, el cólera, el tifus, la hepatitis, la tosferina, y la difteria; y los graneros se infestan de bacterias, hongos tóxicos, y excrementos de roedores e insectos.

Entre tanto, los gusanos se instalaron permanentemente en el cuerpo humano. La lombriz parasitaria *Ascaris* probablemente se desarrolló en el hombre a partir de los ascáridos porcinos, que provocan diarrea y desnutrición. Algunas enfermedades graves se volvieron endémicas allá donde la agricultura dependía del riego: Mesopotamia, Egipto, la India y las cuencas de los grandes ríos del sur de China. Los arrozales albergan parásitos que se introducen en la corriente sanguínea de los trabajadores descalzos, de este modo los asentamientos permanentes proporcionaron una oportunidad de oro a los insectos, sabandijas y parásitos. Las personas mal desarrolladas son más propensas a la enfermedad y a su vez los bajos niveles alimenticios provocan pelagra, marasmo, *kwashiorkor* (déficit proteínico), escorbuto y otras enfermedades deficitarias.

El asentamiento también trajo consigo el paludismo, que hasta el día de hoy sigue azotando en los climas cálidos, y tal vez, con el calentamiento de la tierra, esté a punto de extenderse todavía más. Los síntomas de las fiebres palúdicas eran conocidos por los griegos, pero su explicación científica no llegó hasta 1900 aproximadamente, cuando la nueva medicina tropical reveló que las causaba el parásito *plasmodium*, un protozoo microscópico que habita en el mosquito *anófeles*.

A pesar de semejante desenfreno infeccioso engendrado por la aglomeración en los asentamientos repletos de basura y suciedad, las ambiciones y la energía inquieta del género humano aseguraron la expansión de las comunidades por insalubres que fueran. Antes de la invención de la agricultura, la población mundial pudo haber estado casi en la frontera de los cinco millones, para el año 500 a. C., la edad de oro de Atenas, había dado un salto de aproximadamente 100 millones.

Las renovadas necesidades de la población acarrearón unas carencias generalizadas y unas dietas más pobres. Pero por muy desnutrida, hostigada por los parásitos y golpeada por la peste que estuviera, la especie humana demostró que no estaba totalmente indefensa frente a las embestidas de la enfermedad. No obstante, la amenaza siguió siendo terrible, sobre todo para las poblaciones indemnes<sup>31</sup>.

Antes del año 3000 a. C. habían surgido grandes ciudades-imperio en Mesopotamia y Egipto, en el valle del Indo y en el río Amarillo, y en Centroamérica. De este modo comenzó la era de las epidemias catastróficas.

Con la incesante expansión de la civilización y el intercambio de bienes, los mercaderes, marinos y saqueadores otorgaron fatalmente el don griego de la enfermedad a los susceptibles indemnes.

Una enfermedad “domesticada”, habitual en una región, se convertiría en una plaga mortal en otra, a medida que el comercio, los viajes y la guerra hicieran estallar explosiones patológicas.

El sarampión también resultó mortal en cualquier parte que atacara a una población sana.

Con el paso del tiempo, de provocar verdaderas matanzas, el sarampión, la varicela y otros males por el estilo se han visto reducidos a enfermedades infantiles habituales y generalmente leves. En actuales circunstancias, enfermedades como el sarampión se redujeron a afecciones de la infancia que, debido a la inmunidad transmitida por las madres, resultan menos graves en los niños y les confieren resistencia contra futuros ataques.

Además, las poblaciones siguieron expuestas a otras infecciones horribles, sobre todo a algunas transmitidas por insectos, contra las cuales el hombre seguía sin

---

<sup>31</sup> Como aquellas fuera de la Europa occidental, fuera del flujo constante de personas que existió en esa zona.

tener defensas inmunológicas, fundamentalmente porque no eran en absoluto afecciones de los humanos, sino de los animales. El bacilo de la peste ataca al hombre sólo cuando las pulgas infectadas, después de haber acabado con toda la población de ratas -sus preferidas-, se ven obligadas a atacar a los humanos con consecuencias devastadoras.

El comercio, la guerra y las conquistas siempre han exportado la enfermedad. Aunque las poblaciones de México y los Andes se recuperaron, en el Caribe y en algunas zonas de Brasil disminuyeron hasta un punto próximo a la extinción, de modo que los conquistadores españoles y portugueses pronto se vieron en la necesidad de importar esclavos de África para responder a la escasez de mano de obra causada por tan catastrófica mortandad.<sup>32</sup>

El hecho de que algunos soldados españoles hubieran acompañado a Colón, indica un origen americano de la sífilis. Como ocurre normalmente con una nueva enfermedad, se extendió como un reguero de pólvora durante un par de décadas. La sífilis, una de las diversas enfermedades causadas por el grupo de espiroquetas *treponema*, fue el símbolo de las nuevas plagas de una época de disturbios y migraciones que se extendían por las guerras internacionales, y avanzaban en oleadas por la población y los movimientos de soldados y refugiados.

No obstante, el cólera fue la nueva enfermedad del siglo XIX. Endémico en el subcontinente indio, el cólera nunca había traspasado sus límites. La primera pandemia se desencadenó en Asia en 1816, avanzó hacia occidente y amenazó con penetrar en Europa, pero retrocedió. No hubo acuerdo acerca de su causa: se recomendaron muchos tratamientos pero ninguno surtió efecto.

Y junto a las viejas enfermedades de la pobreza aparecieron las enfermedades de la opulencia.

El cáncer, la obesidad, las enfermedades coronarias, la hipertensión, la diabetes, el enfisema y muchas dolencias crónicas y degenerativas se expandieron entre los países prósperos y en proceso de envejecimiento, y están empezando ahora a

---

<sup>32</sup> Es lo que en un sentido lato, se denomina etnocidio, cuando una comunidad es aniquilada por otra, desde acciones y propósitos utilitarios. Ocurrió en Cuba, Brasil y Argentina: acabaron con la población autóctona, y es cuando entran en escena los industrioses ingleses y holandeses, para traficar con personas y usarlos como herramientas parlantes, trabajadores sin paga ni derechos.

En cierto modo, es lo que le está ocurriendo a los palestinos por parte del sionismo: los van aniquilando para quitarlos de en medio y ocupar las tierras. El invasor asesinando al oriundo.

desbordarse por todo el Tercer Mundo a medida que se exporta el estilo de vida occidental. En Asia, África y América Latina, el tabaco, el alcohol, las dietas grasas, la comida basura y narcóticos se cobran un gran número de víctimas.

Respecto al VIH, las esperanzas de una vacuna o un remedio se han visto frustradas, debido en parte a la gran velocidad de mutación del virus; hasta ahora, los tratamientos con medicamentos siguen siendo sólo paliativos. Además, puesto que el VIH destruye el sistema inmunológico, los enfermos están expuestos a infecciones oportunistas, lo cual ayuda a que vuelvan enfermedades como la tuberculosis, que últimamente se creía erradicada.

Hasta hace poco tiempo, la vida se vivía en todas partes bajo el imperio de la enfermedad. La mitad de los niños que nacían no sobrevivían a la infancia; la niñez y la adolescencia eran periodos sumamente vulnerables y una enorme cantidad de madres morían al dar a luz.

La expresión <El mundo es un gran hospital> era conocida por todos. Semejantes experiencias influyeron sobre el concepto cristiano del mundo como un valle de lágrimas:

El hombre *debe de* ser un pecador, de otro modo, ¿por qué tendría que haber tanto sufrimiento?

La gente, sobre todo los pobres, tuvo que acostumbrarse a la enfermedad, el dolor, la discapacidad y el envejecimiento prematuro.

El estoicismo se volvió completamente natural, pero no el fatalismo: nuestros antepasados trataron de mantenerse sanos y de cuidar de sí mismos y de sus familias cuando estaban enfermos. Y los que podían permitírselo, acudían a veces a los sanadores profesionales.

Para cerrar:

Menos recursos te permiten menos opciones de vida y de tratamiento.

La gente de clase media citadina, ha alcanzado condiciones de existencia donde pueden potencializar y complejizar su vida. Y eso es muy bueno: sin clases medias, el conocimiento y la ciencia no crecen.

Pero en la república mexicana, sobre todo en el sur, existen regiones, comunidades enteras donde aún se vive lo que describe la lectura. Situación extrema quizás falsa o increíble para el ciudadano, pero que es una vergonzosa realidad de nuestro país.

### Referencias

- López, N. (2001). *Origen monogenista y unidad del género humano: reconocimiento mutuo y aislamiento procreador*. España: Universidad de Navarra. Facultad de Ciencias.
- Porter, R. (2004). *Breve historia de la medicina. De la antigüedad hasta nuestros días*. México: Taurus.

## UNIDAD 1, SEMANA 8, LECTURA 10

### Los médicos<sup>33</sup>

La gente intenta siempre protegerse a sí misma y a sus familias: esto forma parte del instinto de conservación y del cuidado de los hijos. Pero desde los primeros tiempos, curar se convirtió también en el oficio de los adivinos y los hechiceros que combatían los trastornos caídos del cielo y ofrecían remedios. Con el auge de las civilizaciones estables, las prácticas curativas se volvieron más esmeradas y se registraron por escrito. En la antigua Mesopotamia, surgió un sistema médico oficial basado en un entramado diagnóstico que recurría a técnicas de predicción y adivinación, entre ellas la hepatoscopia o inspección de hígados de animales sacrificados. Los griegos identificaban la salud y la enfermedad con varios dioses y héroes, siendo el más importante de ellos Asclepio. Homero le describía como un sanador de heridas tribal, aunque por todas partes le aclamaban como hijo de Apolo, dios de las curaciones.

Dice la leyenda que Hipócrates nació en la isla de Cos, y que era una fuente de sabiduría médica y un hombre honorable. Las casi sesenta obras que componen el llamado *corpus* hipocrático fueron redactadas por él sólo, en el sentido en que se atribuye *La Ilíada* a Homero o el Pentateuco a Moisés. Las discrepancias internas revelan que fue escrito por diversas manos a lo largo de un cierto periodo de tiempo.

Algunas de las categorías que devienen de esas fuentes pretéritas son la del equilibrio humoral, que era responsable de la forma corporal y el físico: por ejemplo los flemáticos tendían a ser gordos y los coléricos delgados. Además explicaba los temperamentos o lo que en los siglos venideros se llamaría personalidad y tendencias psicológicas. De modo que alguien con una generosa dotación de sangre mostraría una complexión florida y un temperamento sanguíneo, y sería animoso, enérgico y robusto, aunque tal vez dado a una vehemencia impetuosa.

El concepto humoral también tenía una fácil explicación cuando la gente se sentía enferma. Todo estaba bien cuando los fluidos vitales coexistían en un equilibrio adecuado. Sin embargo, la enfermedad sobrevenía cuando uno de ellos aumentaba

<sup>33</sup> Lectura de Porter de la 53 a la 95.

o disminuía. En consecuencia, uno podría tener un ataque de apoplejía o volverse maníaco. El interés del humoralismo que dominó la medicina clásica y constituyó su herencia, residía en su esquema de explicaciones globales que recurría a contrastes arquetípicos y abarcaba lo natural y lo humano, lo físico y lo mental, lo sano y lo patológico. Los médicos hipocráticos no pretendían realizar curas milagrosas sino que se empeñaban sobre todo en no hacer daño y se presentaban a sí mismos como los fieles amigos del enfermo.

Esta inclinación humanitaria demostraba la dedicación del médico a su arte, más que a la fama o la fortuna, y consolaban a los enfermos angustiados.<sup>34</sup> En el Juramento Hipocrático se abordan las preocupaciones éticas acerca de la conducta de los médicos. Dice así:

Juro por Apolo, médico, por Esculapio, Higea y Pancea y por todos los dioses y diosas, a quienes pongo por testigos del siguiente juramento, que me obligo a cumplir con todas mis fuerzas y voluntad:

- Tributaré a mi maestro de medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiendo con él mi fortuna y socorriéndole si lo necesitase.
- Trataré a sus hijos como a mis hermanos y, si quisieren aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa.
- Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se unan bajo el convenio y juramento que determina la ley médica, y a nadie más.
- Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia.
- No accederé a pretensiones que se dirijan a la administración de venenos, ni induciré a nadie sugerencias de tal especie. Me abstendré igualmente de aplicar a las mujeres pesarios abortivos.
- Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza.
- No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla.

<sup>34</sup> Más adelante hablaremos del peligro de inclinarse al extremo hiper cualitativo, donde puede descuidarse el rigor y la eficiencia cuantitativa, en pos de elementos psicologistas o de acompañamiento que defienden ciertos sectores humanistas.

- En cualquier casa que entre no llevaré otro objeto que el bien de los enfermos, librándome de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras, y evitando sobre todo la seducción de las mujeres o de los hombres, libres o esclavos.
- Guardaré secreto acerca de lo que oiga en la sociedad y no sea preciso divulgar, pertenezca o no al dominio de mi profesión, considerando el ser discreto como un deber en semejantes casos.
- Si soy fiel a mi juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria.

La medicina hipocrática tenía sus deficiencias. Sabía poco de anatomía o fisiología, ya que la disección humana habría sido contraria al respeto de los griegos por el hombre, y carecía de remedios eficaces. La confianza del enfermo, tan esencial para sanar, podía ganarse merced a un trato amable con el paciente y un dominio de la prognosis, un arte que exigía observación, lógica y experiencia.

En la llamada edad del oscurantismo, el arte de curar era coto exclusivo de monjes y clérigos, los únicos hombres ilustrados que quedaban en Occidente.

La llama de la medicina clásica, mientras tanto, se mantenía viva en el mundo islámico, mucho más avanzado, donde una sucesión de destacados médicos-eruditos que ejercían en lo que hoy son Siria, Irak, Irán, Egipto y España, estudiaron, sistematizaron y divulgaron la obra de Galeno.

A medida que aumentaba el número de médicos, la medicina se organizó, primero en la Italia urbana, donde empezaron a surgir asociaciones que asumían la responsabilidad de formar aprendices, examinar a los candidatos, vigilar a los farmacéuticos y supervisar los medicamentos. La organización médica tomó diversas formas. Un novedoso aparato contribuyó firmemente a lo que sería el ideal del examen físico minucioso y posteriormente, del reconocimiento médico general.

El médico general de principios del siglo XX que tenía acceso a un laboratorio de diagnóstico, podía examinar también los fluidos corporales, y eso significó cada vez más la búsqueda de microbios, el enemigo develado por la deslumbrante ciencia de la bacteriología y su doctrina de los gérmenes.

La función de los médicos y lo que la gente esperaba de ellos, cambió durante el siglo XX. Las antiguas enfermedades infecciosas agudas estaban disminuyendo,

y en todo caso, a partir de los años treinta se podían curar con medicamentos derivados de la sulfonamida, o a partir de los años cuarenta con antibióticos. La autoevaluación de las enfermedades aumentó en un 150 por ciento de 1930 a 1980. Una vez que los médicos se hicieron mucho más poderosos desde el punto de vista terapéutico, gracias a los antibióticos y otras inyecciones mágicas, se puede afirmar que abandonaron el arte de agradar a sus pacientes.

En los albores del siglo XXI, las esperanzas de gozar de buena salud son mayores que nunca, en parte debido a que los medios de comunicación fomentan los conocimientos y los miedos acerca de la salud.

Los curanderos sobresalían en el arte de la publicidad y la empresa. Los vendedores del elixir balsámico de Rose afirmaban que curaría a los <<ingleses afranchutados>>. El aumento de los consumidores incrementó la demanda de muchos tipos de curaciones, y la sociedad comercial proporcionó oportunidades que los traficantes de panaceas, rejuvenecedores y sanadores de cáncer se apresuraron a aprovechar.<sup>35</sup>

El ansia de remedios seguros produjo <<millonarios aduladores>> deseosos de ofrecer remedios magnéticos, eléctricos, químicos o herbáceos a los desesperados y los crédulos.

El siglo XIX trajo también consigo nuevos movimientos fundamentados en un rechazo de la medicina ortodoxa por principio. Semejantes filosofías de remedios alternativos eran con frecuencia reflejo de sectas religiosas disidentes o de radicales sociopolíticos:

Artesanos recelosos de príncipes y prelados, ya no estaban dispuestos a tragarse las medicinas de colegios privilegiados.

La gran idea innovadora fue la homeopatía, debida a Samuel Hahnemann (1755-1833), quien adquirió su formación médica en Leipzig, Viena y Erlangen, y se

---

<sup>35</sup> Los merolicos prometedores de salud, que increíblemente siguen encantando personas en la Alameda Central de la Ciudad de México, ejemplo de ello.

Peor aún, los prestidigitadores que rondaban a las afueras del Instituto Nacional de Cancerología, ofreciendo la instantánea e infalible sanación que los torpes del INCan no podían proporcionar.

Engañar a una persona enferma, debilitada o desesperada, es de las peores acciones que alguien puede hacer.

Claramente peor aún, cuando se trata de un servidor público, de un secretario o subsecretario de salud.

embebió de una fe ilustrada en las bondades de la naturaleza. Al rechazar los muchos costosos fármacos, Hahnemann enunció sus nuevos principios. Sostenía que había dos formas de curar:

- El tratamiento <<alopático>> mediante remedios que en el hombre sano producen síntomas contrarios a los de la enfermedad que se quiere combatir y del que participaba la medicina ortodoxa, disciplina que para él estaba equivocada.
- Y su propio método <<homeopático>>, cuya clave era que <para curar la enfermedad, hemos de buscar fármacos que puedan provocar los mismos síntomas en el cuerpo humano sano>.

Al rechazar el nihilismo médico de los ortodoxos, las sectas alternativas norteamericanas prosperaban. La naturaleza era benigna, y con tal de que la gente prestara atención a sus leyes, los cuerpos se mantendrían sanos de un modo natural.

Los logros de la medicina y la cirugía ortodoxa en la primera mitad del siglo XX supusieron un declive del interés por la medicina alternativa.<sup>36</sup>

Desde la era helénica, la medicina ortodoxa se atrincheró como un monopolio masculino. Por supuesto, las mujeres participaban en los remedios prácticos, la enfermería y la obstetricia, prolongaciones de sus funciones domésticas y maternas.

Para cerrar:

Con los cambios en las fases históricas, los sectores femeninos fueron incorporados más y más a las dinámicas productivas. Es un hecho que en varias escuelas, y en varias carreras de ciencias biológicas y de la salud, ahora impera la población femenina: en estudiantes, profesoras y funcionarias.

Varios proyectos e investigaciones, tienen también a académicas al frente.

<sup>36</sup> No obstante a fines del siglo XX, con el New Age, esos modelos “alternativos” volvieron a surgir.

Ciertas posturas historicistas señalan que son indicadores de la decadencia de una cultura y época, el que se deja de lado el pensamiento analítico, y se sustituye por una fe en lo mágico.

Sectores poblacionales que por intereses políticos eran excluidos, ahora pueden potencializar su ser y aportar su cognición y creatividad.

Y como en todo, una cosa por otra: más educación y oportunidades, pero más inserción y sometimiento a los mecanismos de mercado.

### Referencias

Porter, R. (2004). *Breve historia de la medicina. De la antigüedad hasta nuestros días*. México: Taurus.

## UNIDAD 1, SEMANA 9, LECTURA 4

### Epidemiología, economía, medicina y política<sup>37</sup> Los modelos epidemiológicos como recurso del proyecto capitalista

#### Proceso histórico y práctica epidemiológica

La práctica epidemiológica en diferentes periodos revela el efecto determinante del contexto histórico.

La configuración interna de la epidemiología como ciencia y como recurso técnico tiene, como su mediador principal con las condiciones generales de la sociedad, a la dimensión práctica.

El análisis crítico de Breilh en torno a la evolución histórica de la epidemiología hegemónica, otorgará a la dimensión práctica un mayor estatuto jerárquico como determinante de los principales desarrollos de la producción científica dominante. Al no ser posible visualizar directamente el sentido dinámico de toda la historia, se recurre a la periodificación para establecer etapas que en forma relativa señalen momentos cualitativamente diferenciables.

El esquema histórico, en este caso, opera como una síntesis inicial o visión anticipada de lo general, de la que no se puede prescindir metodológicamente. Se adopta una división histórica y la selección de ciertas circunstancias científico-políticas para remarcar periodos determinados, en lo fundamental marcados por cambios de gran magnitud en las formaciones capitalistas centrales, y completamente, por transformaciones en el carácter de la articulación de diferentes “modelos” médicos con el proyecto histórico dominante.

La periodización como recurso de análisis, seguramente no podrá reflejar en toda su riqueza la evolución histórica del objeto, pero sólo se aspira a cumplir una primera aproximación crítica, un señalamiento de hechos realmente trascendentes que permitan reconocer, aunque no fuera más que en sus contornos, las grandes variaciones, reconstruir las tendencias más importantes y destacar los puntos clave

<sup>37</sup> Lectura de Jaime Breilh, de la página 71 a la 85.

del vínculo entre el trabajo epidemiológico y el desarrollo del Estado capitalista, en su más amplia acepción.

## Grandes etapas del capitalismo hegemónico y periodos generales de la medicina

- *Absolutismo (transición): siglos XIV y XV, crisis mayor del feudalismo. Consolidación del sistema jurídico escrito y de la burocracia.*
- *Libre competencia:*
  - Manufactura (1550-1775): colapso de la agricultura feudal; inicio de la formación del “obrero colectivo”, consolidación del poder.
  - Tendencia de la práctica médica: policiaca.
  - Gran industria (1775-1860): mecanización industrial; aparición de la ciencia y tecnología como fuerzas productivas autónomas; estallido de la avidez por prolongación de la jornada de trabajo para incrementar la productividad (plusvalía absoluta, intenso deterioro de la fuerza de trabajo (niños y mujeres); acelerado proceso de urbanización, control legislativo para organizar nuevos patrones de vida y producción; movimientos sociales.
  - Tendencia de la práctica médica: institucionalización de la disciplina médica.
- *Capitalismo Monopólico:*
  - Formación de monopolios (1870-1900): corporación, cárteles y trust; movimiento para limitar la jornada de trabajo; para incrementar la productividad:
    - a) Investigación de fisiología y eficiencia corporal y rápida recuperación de la fuerza de trabajo en forma eficiente.
  - Tendencia de la práctica médica: medicina científicista (centrada en hospitales, institutos de investigación y laboratorios).
  - b) Avance tecnológico, incremento de la condición orgánica del capital y del volumen promedio de las unidades productivas. Consolidación del “obrero colectivo”.

- *Fase superior: Imperialismo (1920-1950):*
  - Conquista de territorios económicos y mercados.
- *Crisis del Imperialismo (1960):*
  - Severa crisis imperialista con significativas repercusiones políticas en América Latina, crisis fiscal, inflación: condiciones para concentración del poder del Estado, intensificación del intervencionismo y control estatales, crisis agrícola en el Tercer Mundo, desempleo y subempleo masivos, alto grado de conciencia política popular.<sup>38</sup>
  - Tendencia de la práctica médica: medicina comunitaria (nueva policía médica).

El capitalismo de la Europa Occidental atravesó por un periodo absolutista durante los siglos XIV, XV, XVI y en algunos casos hasta mediados del XVII. El poder absolutista fue la necesaria expresión superestructural de un enfrentamiento entre la nobleza, todavía políticamente dominante y la burguesía detentadora del dominio económico. Este periodo y la siguiente fase manufacturera del periodo próximo de libre competencia fueron en líneas generales etapas de un profundo reordenamiento, de formación de un nuevo tipo de disciplina productiva y social, de imperiosa reglamentación para amoldar el desempeño de la gente a nuevos órdenes de trabajo y modos de vivir.

La extensión y perfeccionamiento del uso de maquinaria implicó una creciente transformación del proceso fabril. Esto lo demostró Marx, indicando que mientras en la manufactura el principio de la división de trabajo era subjetivo, es decir, el proceso tenía que adaptarse a los tiempos y capacidad de los obreros, y el orden venía por imposición externa.

En cambio, en la gran industria es la maquinaria la que impone su principio objetivo de ordenación del proceso.<sup>39</sup>

<sup>38</sup> Esto no siempre es así, más adelante hablaremos de los Lumpen.

Caso similar, lo que ocurre en la actualidad, la percepción de la población no-CBS, que aunque aparentemente cuenta con muchos y diversos medios de información, adoptan posturas irracionales, pensamiento mágico o irreflexivo. Posiciones ideologizadas que caen en lo anti-vacunas, o en considerar que el virus Covid no existe; o en el robo del líquido de las rodillas. Aunque existe tanta disponibilidad de datos y de medios de comunicación, eso no asegura una buena información, o un adecuado análisis.

<sup>39</sup> Algunos estudiosos señalaron que el reloj es el dispositivo que controlaba las actividades y la vida de la persona, dentro y fuera de la fábrica.

Así mismo, en el ámbito mayor de los patrones de vida en el espacio urbano, la consolidación de las condiciones de producción mecanizada y de circulación capitalista de mayor envergadura, ordenaron el espacio y la conducta de los hombres de acuerdo a una distribución y ritmos congruentes con el modo de producción que se estaba imponiendo definitivamente.

La precedente tendencia policial, normatizadora y centralista, y la naciente posición que se conformó en congruencia con el advenimiento del periodo típicamente liberal, tuvieron que definir una hegemonía. Es decir, se normativizó a lo humano, en pos de acoplar el cuerpo, sus funciones y capacidades, en pos de lo productivo.

Llegando a las postrimerías del siglo XIX, según Lenin alrededor de 1870, se inició el capitalismo monopolista con la formación primero de corporaciones y más tarde de cárteles industriales y trusts bancarios. La monopolización de recursos productivos posibilitó un marcado avance de la composición orgánica del capital y el incremento del volumen medio de las unidades de producción. La industria creció, gracias a la aglomeración de recursos que lograron los capitalistas.

### **El Laboratorio de Fatiga de Harvard y la exploración de la “Maquina Corporal”**

Fue éste el momento histórico en el que se fundaron instituciones como el Laboratorio de Fatiga de la Universidad de Harvard (1927-47), cuyas notas distintivas es necesario destacar para una mejor comprensión de este periodo, puesto que constituye un instituto precursor que encabezó la apertura de la investigación médica con recursos modernos hacia el estudio del llamado “hombre normal”. El principal impulsor de la creación del Laboratorio de Fatiga fue Lawrence Henderson. Las bases teóricas del pensamiento de Henderson fue la teoría sociológica del ingeniero italiano Vitfredo Pareto, sostenedor de la idea del equilibrio de los temas sociales.

Los objetivos explícitos de los planes del laboratorio se enfocaron hacia el estudio de los riesgos industriales y procesos fisiológicos relacionando la química sanguínea, la fisiología del trabajo y el síndrome de fatiga.

Bajo ese marco industrial fueron desarrollándose lo más importantes conocimientos sobre difusión alveolar del oxígeno, equilibrio ácido-básico en reposo y actividad, las curvas de disociación de oxígeno y anhídrido carbónico, fisiología muscular,

producción y niveles de eritrocitos, y muchas otras indagaciones vinculadas con la fisiología laboral.

Se consolidó de este modo una práctica de un nuevo tipo que encontró en la infraestructura hospitalaria y en el innovador recurso técnico-instrumental su óptimo medio de crecimiento. Se consolidó así una nueva era para la medicina, que obedeciendo el dictado de la historia y de las estructuras, rompió nexos con lo social y abrió el prolongado paréntesis de predominio biológico y científicista.

El “modelo” científico-hospitalario en muchos países alcanzó su máxima articulación con las necesidades del modo de producción capitalista, por medio de los grandes hospitales de la seguridad social.

### La conquista del territorio económico y la microbiología

La expansión imperialista de las potencias europeas primero, y de los Estados Unidos después, se desarrolló en gran medida en las regiones tropicales de Asia, África y América Latina.

La avidez de materias primas y productos para la exportación agrícola y la construcción de vías terrestres de acceso, enfrentó a la codicia productivista con la dispersión agreste de elementos naturales proclives a la generación de enfermedades infecciosas.

Las severas limitaciones que de un modo sistemático se antepusieron al ejercicio pleno del ansia imperialista, señalaron como una de las soluciones más baratas y adecuadas al interés capitalista, la investigación de las llamadas entidades infecciosas tropicales.

La premisa oculta de ese tipo de desarrollo de la medicina fue y sigue siendo, que la agresión al hombre por parte de causas supuestamente naturales, exonera de toda responsabilidad a la organización social dominante.<sup>40</sup>

Una vez más la dialéctica de ciencia e ideología se mostraba en el desarrollo del conocimiento y de la técnica, colocándolos contradictoriamente al servicio del

<sup>40</sup> Más adelante hablaremos de cómo se psicopatologiza a la persona.

ímpetu lucrativo del régimen capitalista, que entrelaza curiosamente la mayor productividad que ha conocido la historia, con la capacidad más grande para deteriorar su recurso fundamental, que es la propia fuerza de trabajo humano.

### La crisis de los sesenta y la “apertura social”

Después de que Marx explicara en varios escritos que el movimiento contradictorio de la sociedad capitalista observado en periodos más amplios recorre un ciclo periódico cuyo punto culminante es la crisis general, numerosos investigadores han profundizado en el análisis de ese típico evento, que a intervalos variables, acentúa los permanentes problemas de reproducción social en el capitalismo.

La crisis del capitalismo son fenómenos de dimensión nacional e internacional, extraordinariamente complicados, en los que convergen una gran variedad de fuerzas económicas. El intercambio fundamental que acontece en el sistema capitalista es el siguiente:

Compra de fuerza de trabajo → medios de producción → venta de bienes de producción → consumo

La secuencia conceptual se explica de este modo:

- La clase alta proporciona una retribución al empleado a cambio de sus habilidades físicas o cognitivas;
- Habilidades que se rentan durante una jornada, y se focalizarán en las máquinas y herramientas propiedad del empresario, artilugios que servirán para procesar las materias primas y producir un objeto;
- Ese objeto será inserto en el mercado, tendrá un precio y utilidad práctica o simbólica;
- El producto al ser rentado, vendido, consumido, proporcionará al dueño una reposición de su inversión y una ganancia;
- Ganancia que utilizará para diversos fines, en diferentes proyectos: con objetivos políticos, para invertir en científicos y financiar nuevas tecnologías, para acceder a nuevas áreas y materias primas, etc.

Cualquier factor que obligue a una disminución de la usual tasa de incremento de ganancia, hace que los capitalistas retengan el capital en forma de dinero,

y como esa medida no puede prolongarse, reinvertirán su capital en otra línea de producción.

Mientras se atenúan los problemas de realización y se reorientan las inversiones, el funcionamiento económico se ve aplazado, se ve frenado, se retrae con los rezagos consiguientes de sobreproducción e insatisfacción de necesidades sociales:

Básicamente el dinero no se va a satisfacer necesidades humanas de la comunidad, sino que se concentrará en intereses privados.

Para cerrar:

Cada Estado en época de crisis asume funciones destinadas a enfrentarla, y de acuerdo con la coyuntura política y capacidad financiera de dicho Estado en ese momento, sus medidas se orientan a beneficiar a ciertos sectores y a impedir desde ángulos diversos el estancamiento económico que afecte a las hegemonías irracionales.

Dicho de otro modo, en las decisiones gubernamentales se da prioridad a aspectos que no siempre son en beneficio racional de la comunidad.

Es necesario entender los fenómenos estructurales que están en la base de las crisis, por la marcada repercusión que éstas han alcanzado:

- Sobre el proceso salud-enfermedad;
- Sobre las instituciones de salud;
- Y en los cambios de política sanitaria (en la manera como se otorgan y distribuyen los recursos económicos).

Desde los años sesenta el complejo hospitalario ha comenzado a declinar en su importancia relativa como instrumento gubernamental, dejando de existir cada vez más el Estado-Bienestar.

Claramente no solo se ha ido modificando la función social de la medicina, lo mismo ocurre con la educación:

Más y más los capitales privados participan en esas labores originalmente gubernamentales, para bien y para mal:

- Para bien, porque muchos proyectos privados denotan más eficiencia y calidad que los prestados por las instancias estatales;
- Para mal, porque aquellos que por diversas circunstancias no logran generar recursos, no pueden acceder al bien.

En sentido geopolítico, al gobernante populista le interesa tener cautivos a los sectores que literalmente viven de su beneficencia.

Lamentablemente el coste por mantener esos “servicios gratuitos”, es enorme para el resto de la población.

Sin aportes e impuestos de las clases medias y altas, las clases bajas cautivas no pueden acceder a sus “apoyos”.

El Estado, por sí mismo no genera recursos, los toma de alguien más.

Existen sectores de clase baja que sí participan en procesos productivos: cooperan, producen, innovan.

Pero existen otras fracciones, los Lumpen, los lumpenproletariados, personas de la clase baja cuya actitud es más improductiva, pasiva, ensimismada, fanática. Perfecto resultado y campo de cultivo para los falsos mesías y para la pseudo izquierda; aquellos pseudorevolucionarios que viven de la ignorancia y credulidad de esos sectores.

Y quienes sí generan -las clases bajas, medias y altas racionales-, ven cómo parte de sus aportaciones se van para programas populistas y dadivistas; para mantener cautivos y embrutecidos a los sectores lumpen, que son el principal sostén del caudillo de turno.

El viejo dilema de que no se enseña a la persona a pescar, sino que se le da el pescado, ¿el precio? Su alma; convertirlo en fanático, cómplice, un ente lleno de indignidad.

Un cómplice que aplaude los malos manejos en ciencia, salud y educación.

Aquel que no entiende que esa institución le miente, lo usa y lo desecha.

Aquel que no entiende y que no quiere entender, que la estructura de esos aparatos es primordialmente irracional, falaz y negativa.

## Referencias

Breilh, J. (1979). *Epidemiología: economía, medicina y política*. México: Fontamara.

UNIDAD 1, SEMANA 10, LECTURA 4

La historia de los principales modelos: ciencia e ideología<sup>41</sup>

La polémica de Virchow y los contagionistas en el capitalismo premonopolista

Las expresiones en el campo epidemiológico del enfrentamiento entre el liberalismo naciente y el sector absolutista constituyen un ejemplo importante de la influencia del contexto socio-político sobre la práctica de la epidemiología.

Enfoques epidemiológicos contrapuestos durante el capitalismo pre-monopólico			
Categorías de análisis	Enfoque Virchowiano	Enfoques	Contagionistas
Periodo histórico	Capitalismo	(1775-1860)	Pre-monopólico
Intereses socio-políticos	Liberalismo embrionario		Absolutismo
Marco ideológico	Racionalismo; Reformismo; Ilustración		Autoritarismo; Normativismo
Pensamiento epidemiológico	“La enfermedad se gesta en las propias condiciones económicas y sociales locales, requiere participación democrática”		“La enfermedad viene de fuera, requiere cuarentena y el ejercicio administrativo de la burocracia”

El enfrentamiento estuvo planteado entre la tendencia dogmática e impositiva del sector oficial y el pensamiento racional y anti-autoritario que mantenía la entonces débil y medrosa burguesía<sup>42</sup>, apoyándose en el intenso movimiento social que promovían los trabajadores alemanes para sacudirse de condiciones

<sup>41</sup> Resumen del texto de Breilh, de la página 85 a la 120.

<sup>42</sup> Recordemos que antes de que los capitalistas fueran el grupo dominante, eran las monarquías y la realeza quienes estaban en la cima de la pirámide.

de extrema explotación. Para compensar el bajo nivel de producción en todas las ramas se acentuó la explotación a las masas trabajadoras.<sup>43</sup>

Al decir de Marx, era la Alemania que acompañaba en la actividad abstracta el desarrollo de los pueblos modernos, los alemanes eran “contemporáneos filosóficos del presente, sin ser sus contemporáneos históricos”. Era el embrionario ímpetu liberal pugnando por sacudirse de la normatización impuesta por el Estado aristocrático.

Por todos aquellos antecedentes, el periodo alemán de transición es el punto adecuado para la demostración histórica del debate entre el autoritarismo y las expresiones anti-absolutistas de la joven burguesía, apoyándose en la fuerza del movimiento proletario.<sup>44</sup>

Mal podría esperarse que en esas circunstancias los argumentos en el campo de la medicina ocurrieran como firmes corrientes de un pensamiento de línea definida. Lo que es posible es detectar el predominio de conceptos, formas lógicas y prácticas, que en su dinámica se adscribieron a los intereses mediatos o inmediatos de los grupos en pugna.<sup>45</sup>

En Alemania los hechos desembocaron hacia mediados del siglo XIX en el conflicto de las dos alternativas principales que señalamos anteriormente: un absolutismo o despotismo ilustrado, y un liberalismo ilustrado de mayor contenido democrático.

En la epidemiología los elementos de la contradicción según Berline, fueron los contagionistas o mantenedores de la línea oficial autoritaria, y los anticontagionistas cuya figura más representativa fue Rudolf Virchow.

Los dos enfoques utilizaban una mirada colectiva de los problemas de salud, pero con proyecciones socialmente diferentes:

- Los epidemiólogos contagionistas tomaron la posición de que la enfermedad “viene de fuera, requiere cuarentena y el ejercicio administrativo de la burocracia.” En un proyecto de ley sometido por Newman a consideración

<sup>43</sup> Antes de que se eficientizara la producción en línea, los montajes en serie, gracias a la primera y segunda revolución industrial.

<sup>44</sup> Estrategia usual del poder, utilizar a las masas.

<sup>45</sup> Lo que hemos venido mencionando, toda disciplina está influida para bien y para mal, por las circunstancias históricas.

de la Sociedad Médica de Berlín en marzo de 1849, se desglosa las condiciones que afectan negativamente la salud.

- Virchow y sus congéneres ubicaron a la epidemiología en el vértice de una encrucijada que el posterior afianzamiento del dominio burgués y la derrota del movimiento obrero se encargarían de dirimir a favor del proyecto capitalista.

### Eugenio Espejo el precursor de nación pequeña

El polemista y médico negro-indígena Eugenio Espejo fue uno de los nueve médicos titulados que ejercían la medicina en el Quito de 1785, capital de la Presidencia y apartada ciudad con marcada división de clases. El contexto forzó a Espejo a una actividad en la que se amalgamaron la práctica del científico de su época con la de hombre político, luchador contra las extorsiones de los aristócratas y denunciador permanente de un régimen de oprobio y servidumbre del que fueron víctimas quienes, como él, no podían esconder un origen indio y mulato ante el juicio implacable de las clases de abolengo.

Mediante su labor político organizativa y su producción escrita vinculadas a los problemas epidemiológicos de su tiempo, Espejo puso en vigencia la teoría de Miasma de Tomás Sydenham y la estructuró como planteamiento político de gran escala, anticipándose de ese modo -por medio siglo-, al logro similar de Virchow, los hegelianos progresistas de Alemania y los reformadores médicos ingleses Chadwick y Farr; a su vez mantuvieron el hilo conductor de un pensamiento científico integral, pues también relacionaron los procesos epidemiológicos con las condiciones económicas y sociales.

Al inicio de sus “Reflexiones sobre el contagio de la Viruela” Espejo dijo: “Más de dos personas he conocido, que aseguraban era impracticable el nuevo método de don Francisco Gil porque no estaba amurallada esta ciudad y creían con mucha bondad que el contagio varioloso lo habían de introducir hombres malignos... de la misma forma que introducirían, gentes de mala fe, un contrabando de aguardiente por sobre las colonias de los mismos caminos reales citados.”

Los capítulos epidemiológicos de los escritos de Eugenio Espejo, son la síntesis de tres elementos coyunturales:

- La realidad social conflictiva y abismalmente polarizada de la Presidencia de Quito;
- La respuesta objetiva de un pensamiento científico progresista;
- Y el compulsivo apoyo de éste a los esfuerzos libertarios, con mente lúcida, comprometida, sin rodeo academicistas, contra el polo dominado por una sociedad de clases.

La importancia histórica de este tipo de planteamiento de Espejo ha sido prácticamente desconocida. La difusión de su doctrina se ha visto envuelta en la polémica y confusión ideológica que han caracterizado los juicios valorativos levantados acerca de sus escritos.

Finalmente, cierra el círculo de tergiversaciones y relegamientos que han limitado la difusión de los aportes epidemiológicos de Eugenio Chusing -el que era su nombre indígena-, ese criterio de minusvaloración que generalmente se aplica al trabajo científico de los hombres latinoamericanos, que por lo común desarrollaron su labor en pequeñas y pobres formaciones sociales, con una capacidad muy restringida, y producción y reproducción bibliográfica casi nula.

Descubrimientos y avances que fueron previos a los realizados en occidente y en primer mundo, pero que debido a las condiciones contextuales, no se pudieron difundir ni aplicar.

### **La teoría unicausal en la formación y consolidación del capital monopólico**

En ese contexto el polo dominante fue sin embargo el capital que con su acelerado desarrollo fue imprimiendo su sello en todos los niveles de la vida social.

La epidemiología no podía substraerse de la corriente hegemónica y pocos años más tarde el peso de los acontecimientos resolvió el debate epidemiológico planteado en la anterior etapa, desconociendo las tesis de los liberales revolucionarios (hegelianos de izquierda) como Virchow, y sustituyéndolas por la teoría microbiana.

Nada tenía que hacer el sentido normatizador de la policía médica en una formación ya objetivamente organizada para cumplir los designios del capital.

Y no era congruente, con el nuevo dominio alcanzado por la tesis del origen social de las enfermedades, y de la importancia de elevar los salarios, que preconizaron los investigadores como Virchow.<sup>46</sup>

El capitalismo logró así mistificar la salud-enfermedad, escondió bajo el tapete de la unicausalidad a la más amplia epidemiología virchowiana, dio el mayor impulso y elevó a plano prominente a la oferta de servicios clínicos, como dúctil mercancía de fácil y eficiente circulación.

Redujo a la epidemiología al papel secundario de recopiladora de estadísticas colectivas acumuladas bajo el enfoque naturalista, mediante los sistemas de notificación de hospitales, laboratorios, institutos y locales improvisados en las vecindades de las plantaciones de café, caucho o banano, en las cercanías de los complejos mineros.<sup>47</sup>

Las ciencias físico-químicas y las biológicas, durante el periodo de formación de la gran industria alcanzaron un vertiginoso ritmo de desarrollo. Pasaron a ser condición básica del proceso del nuevo tipo de producción, porque como lo señalara Marx: “la producción fundada en la maquinaria... el proceso total, se lo analiza en sus fases constitutivas, en el problema consistente en ejecutar cada proceso parcial y ensamblar los diferentes procesos parciales, se resuelve mediante la aplicación técnica de la mecánica, de la química, etc.”

Para la epidemiología, el impacto culminante de ese desarrollo lo dieron los descubrimientos microbiológicos. La conformación de la teoría microbiana constituyó la llave maestra de la reducción total del marco de conocimiento epidemiológico a las causas y acciones unilaterales.

La huella profunda que la bacteriología imprimió en las ciencias de la salud, ha sido de tal trascendencia desde entonces, que algunos historiógrafos contemporáneos

---

<sup>46</sup> No olvidar que realizar enunciamentos categóricos, totalitarios, sobre situaciones o sucesos, es epistemológicamente incorrecto:

Aún en las situaciones predominantemente oscuras, hay elementos salvables, aspectos rescatables y positivos.

Así, con todo y lo supeditado que han estado las disciplinas al capital, ha habido ejemplos de descubridores e investigaciones que aportaron elementos útiles y libertarios a la comunidad, más allá de la estructura impuesta por el Poder.

<sup>47</sup> No toda la labor de esos CBS fue inútil o negativa. Recordemos que así como en los religiosos ibéricos en la Nueva España hubo varios de ellos que fueron nocivos, hubo otros que fueron constructivos, humanistas, y apoyaron la cultura indígena y a la población. De ejemplo, Motolinía y Martín de Valencia.

la siguen mentando como el “más grande descubrimiento hecho en medicina, y que ha cambiado la totalidad de nuestros conceptos sobre la causa y la naturaleza de la mayoría de las enfermedades, y también sobre su tratamiento.”

Con el cambio de siglo y una vez consolidada una firme base central monopólica, el capitalismo buscó expandir sus fronteras y asentar sus prolongaciones poderosas en las débiles economías de la América Latina, África y Asia.

La extensión del ámbito de operaciones, el proceso de conquista de vías comerciales y territorios, y el sojuzgamiento de las formaciones menos desarrolladas estuvo encabezado desde las primeras décadas por la pujante burguesía norteamericana que de ese modo pasó a capitanear la fase imperialista del capitalismo.<sup>48</sup>

En esas condiciones, la acción valerosa y disciplinada de numerosos epidemiólogos se vio envuelta en la tarea engañosa del imperialismo y los capitalistas criollos, que tras la apariencia humanitaria y científica escondía una racionalidad profundamente utilitaria. Las labores de una epidemiología instrumentalizada trascendieron los límites nacionales y comenzaron a ser coordinados por organismos de estructura internacional, pero de control y funcionamiento monopólico y fundamentalmente norteamericano.

### La apertura “social” de los modelos multicausales y la crisis del imperialismo

En los países hegemónicos el proceso capitalista se inició con la descomposición del sistema agrícola feudal, logrando primero un incremento de la productividad agrícola diversificada y consiguiendo con ella una liberación de excedentes de fuerza de trabajo para la industria y concomitantemente una liberación de excedentes alimentarios. La burguesía industrial que pudo formarse, se alió con los propietarios de la tierra para consolidarse.

Por otro lado, países subordinados como los nuestros, por razones de su propia historia se retrasaron en la capitalización agrícola y mantuvieron un sistema casi feudal de tenencia de la tierra, de muy baja productividad y un mercado interno

<sup>48</sup> No por ello quiere decir que en primer mundo no exista la pobreza, recuérdese Skid Row en Los Ángeles, California.  
<https://www.youtube.com/watch?v=cpRUDS2A2To>

rudimentario. El imperialismo no estimuló la descomposición de las formas agrícolas pre-capitalistas, sino que las aprovechó para proveerse de mano de obra muy barata en las unidades tropicales de agro-exportación.

Acercándonos a la mitad de este siglo comenzaron a darse movimientos de liberación encabezados por cierto sector de las burguesías locales, apoyándose en movimientos populistas y esgrimiendo planteamientos de reivindicación nacional. De esta manera, nuestras economías fueron definiéndose por el modelo “sector exportador/consumo de lujo”, montado sobre una organización productiva de acelerada concentración y centralización de capitales, con su contraparte de pauperización y acumulación de masas desempleadas o subempleadas. Fenómenos éstos, con repercusión en la práctica médica.

El esquema desarrollista, trató de revestir o atenuar los efectos del predominio monopólico y la acumulación interna de capital y solucionar los problemas ocasionados por la crisis. Los problemas que aparecieron con más fuerza desde el decenio de los sesenta rebasaron la capacidad de ajuste de los instrumentos de gestión que antes se habían empleado, se hicieron evidentes las inconsistencias de aquél “círculo virtuoso” que fuera previsto en la postguerra como el camino del progreso, y se constató la urgente necesidad de vigorizar los mecanismos de regulación.

La relación dialéctica entre mayor intervención estatal y las épocas de crisis ha sido demostrada por numerosos autores<sup>49</sup> y es la base para la comprensión del surgimiento, durante la década de los sesenta, de una renovada preocupación del Estado por planificar la salud, introducir nuevas modalidades de práctica, y coherentemente, buscar la aplicación de concepciones sobre la salud-enfermedad abiertas a “lo social”. Se pretendió implementar programas desarrollistas generando el menor desperdicio posible y por los métodos menos costosos.

Los límites de la medicina unicastalista quedaron fijados en la práctica privada, hasta cierto punto en la medicina de la fuerza de trabajo productiva, en los servicios militares y en el nivel terciario del sistema de asistencia pública. La apertura “social” o visión más amplia del llamado concepto etiológico, se plasmó en la teoría de la multi-causalidad que tuvo como su mayor exponente a Brian Mac Mahon.

---

<sup>49</sup> De aquí viene precisamente la preocupación de que únicamente o primordialmente sea el Estado quien se encargue de aspectos críticos tales como la energía. Exceso de burocracia y nepotismo que se traducen en ineficacia.

Con el esquema multicausal se enriqueció el acervo empírico y el conocimiento positivo sobre hechos vinculados a las enfermedades, y en la epidemiología se desencadenó una búsqueda de asociaciones múltiples para combatirlas.

### Erradicación, control y vigilancia

En la época de post-guerra pasaron a tener vigencia los conceptos de “containment” y “vigilancia”. El primero sufrió un uso frecuente sobre todo en la inmediata postguerra, como una extrapolación de un término militar que era empleado en la literatura bélica de la guerra fría, al campo de la epidemiología. Con el avance del tiempo y la finalización de la década crítica de los sesenta, los cambios en las relaciones internacionales y la transformación del propio carácter de la relación del Estado con la colectividad, determinaron que pierda vigencia el “containment” y sea sustituido por el concepto “vigilancia”.

La constante actitud de alerta y la notificación permanente que se plantearon en los seminarios Interregionales de Kenya (1972) y Bangkok (1974) sobre Vigilancia Epidemiológica, surgieron de ese contexto intensamente influido por el desarrollo contradictorio de las propias necesidades de mejoramiento técnico de la humanidad y su instrumentalización para los intereses hegemónicos.

### La “historia natural” de Leavell-Clark y el valor de cambio en la concepciones ecológico funcionalistas

#### *Consideraciones previas*

Robert Smith en su trabajo sobre el uso del eco-sistema como fundamento para extender la ecología humana explicó la etimología del término, señalando que está compuesto por la palabra “ecología”, que significa el estudio de la economía de la naturaleza, y por el vocablo “sistema” que es una agregación o ensamblaje de objetos juntados en regular interacción o interdependencia: una totalidad ordenada y activa.

Bajo la perspectiva ecológico-funcional los seres vivos son clasificados de acuerdo a su ubicación en los niveles de las cadenas alimentarias.

También la sociedad tiene sus lugares reservados en el sistema porque “...muchos animales, incluyendo el hombre ocupa más de una posición en una cadena alimentaria.”

La interpretación ecológico-funcionalista logró tergiversar con ese tipo de esquema la realidad, colocando en un mismo plano natural-ahistórico a todos los elementos de la naturaleza y supeditando la interpretación de su desarrollo a la aplicación de los principios neopositivistas de la teoría de sistemas.

La nueva teoría ecológica quedó perfilada de ese modo propiciando la aparición en el terreno de la medicina de la conocida trilogía ecológica “hombre-agente-medio” que fuera planteada por Cockburn en 1963 y desarrollada formalmente por Leavell y Clark en 1965, como un sistema de acciones preventivas formulado alrededor del concepto de una “historia natural de las enfermedades”.

### El valor de cambio en las concepciones ecológicas funcionalistas

Para el capitalismo:

- Tanto el hombre en su calidad de fuerza de trabajo, como las cosas y objetos naturales constituyen mercancías;
- Los capitalistas encuentran en el mercado a esas mercancías y para adquirirlas tienen que pagar un determinado valor.
- Una vez adquiridas las ponen a funcionar en el proceso productivo y encuentran que al hacer sus cuentas finales, luego de vender los productos logrados, el valor del dinero que invirtieron originalmente en forma de capital se ha incrementado, apareciendo un plusvalor.

El valor de los objetos de todo tipo y del propio hombre, se refiere en este tipo de formaciones a su expresión mercantil o Valor de Cambio.

Valor de cambio significa su valor relativo para el intercambio con otras mercancías de una manera equivalente.<sup>50</sup>

<sup>50</sup> Valor de cambio es entonces aquello que un objeto proporciona medularmente en cuanto a ganancias; qué tanto se aprecia un objeto en el mercado.

La teoría ecológico-funcionalista provee al capital de un maravilloso aparato de ideologización, perfectamente compatible con la tendencia mercantil del orden productivo y sus necesidades de funcionamiento, lo cual puede analizarse en sus implicaciones más concretas.<sup>51</sup>

Esta maniobra ideológica tiene como consecuencias: primero, implica que los hombres de una colectividad, no muestran otras diferencias que no sean las variaciones puramente naturales; y segundo, que cuando se analiza con este marco de referencia el factor “hombre” en sus alteraciones o potencialidades, se concluye que sus “diferencias” son de nivel biológico, porque ese es el estatuto que se le otorga a ese factor.

La conclusión práctica que se deriva de estos planteamientos es que si los “factores ambientales” y los “factores del agente” sólo establecen conexiones externas con el “factor humano”, entonces se puede actuar sobre ellos con medidas de tipo ecológico sin necesidad de modificar la organización social, puesto que la misma no los condiciona esencialmente.

Es lo que se denomina naturalizar una situación, dar un argumento aparentemente sustentado en hechos físicos, a algo que tiene trasfondo utilitario. Como decir que los indígenas no tienen alma, o que los negros sólo son aptos para actividades manuales, y que por ello se estamenta una sociedad bajo esos criterios.

Lo que el capitalismo ha logrado con estas manifestaciones avanzadas, supuestamente dinámicas, que inclusive incorporan algunos problemas sociales “serios”, es quitarle a la discusión de estos asuntos su potencial anti-capitalista, “desarticular el debate ecológico apropiándose de ciertos temas y sirviéndose de ellos como coartada”. La doctrina preventivista de Leavell-Clark constituye un avance con respecto a las anteriores concepciones epidemiológicas y más específicamente con relación al concepto de multicausalidad.

La historia natural de Leavell y Clark no deja de ser una expresión, quizá la más lucida y depurada, de la profunda deformación ideológica de las técnicas de

---

Caso contrario, el Valor de Uso serán los fines vitales que tenga un objeto; aquello que tiene utilidad directa para la persona y la comunidad; lo que coadyuva a satisfacer una necesidad del humano.

Cfr. Blauberger, Diccionario Filosófico, p 477.

<sup>51</sup> En un primer acercamiento, Ideología son los elementos culturales, simbólicos, de algún modo propagandísticos, mediante los cuales un sector hegemónico difunde e impone sus criterios a los pobladores, que se entiende están supeditados a los intereses de los poderosos.

la medicina. Y esa crítica de los aparatos capitalistas de todo género no puede reducirse básicamente a un ejercicio epistemológico, tiene que enfrentar primero las implicaciones prácticas de los recursos de dominación y supeditar a ese enfrentamiento las tareas de análisis semántico y metodológico.

Algo que vamos a repetir muchas veces:

Entender que el Saber está influido por el Poder, y que aspectos no académicos ni científicos, influyen en ellos.

### Un caso: el valor de cambio en la “historia natural” de la malaria

La articulación agro-exportadora que anteriormente describimos para la primera fase de expansión imperialista, determinó que las unidades productivas más avanzadas e importantes se ubiquen en las fértiles áreas de clima cálido y húmedo, constituyéndose en polos de atracción de enormes masas de fuerza de trabajo, en forma permanente o esporádica, de acuerdo a los ciclos productivos.

En las primeras etapas de la penetración de las compañías imperialistas, a la demanda de fuerza de trabajo agrícola se sumó la demanda de fuerza laboral para la construcción de vías comerciales.<sup>52</sup>

Estas condiciones se han proyectado hasta la actualidad en un gran número de países, determinando entre otras consecuencias, cambios en las formas de reproducción social y de la ecología que han condicionado la aparición de complejos epidemiológicos de los que ha sido elemento frecuente la malaria o paludismo. La interpretación del “factor hombre o población humana” como valor de cambio se puede evidenciar en múltiples trabajos de investigación patrocinados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), o por el Banco Mundial.

---

<sup>52</sup> ¿Recuerdan que en Macondo, Aureliano Triste tuvo el proyecto de conectar el pueblo con el resto del país, y por ello el esfuerzo del tendido de vías para el ferrocarril? Cfr. Márquez, Cien Años de Soledad, p 92.

Aunque posteriormente afirmara el pequeño Aureliano que... “Macondo fue un lugar próspero y bien encaminado hasta que lo desordenó y lo corrompió y lo exprimió la compañía bananera.” Clásica paradoja: la misma empresa por la cual tuvieron trabajo, electricidad, cine y transportes, es la que trastocó la comunidad, su vida e interacciones. Cfr. Márquez, Cien Años de Soledad, pp 143-144.

Esos estudios inician su introducción con la pregunta ¿Cuánto cuesta la mala salud? Y luego, desarrollando su compleja interpretación mistificadora que pone a la salud como culpable de los problemas económicos, explica que tomó varias poblaciones del Alto Paraná, formadas por familias de trabajadores agrícolas a las que el gobierno paraguayo entregó “chacras” de una extensión aproximada de 20 hectáreas, con el objeto de que “inicien un proceso acumulativo”, pasen a engrosar las filas del mercado interno consumidor y se desarrollen como proveedores de productos agrícolas para su comercialización.

Trabajos similares reporta el Banco Mundial en su “Documento de Política Sectorial” de 1975 en el que menciona el caso de un “estudio sobre el control de la tuberculosis en la República de Corea en que se demostró que un programa óptimo de control, da como resultado una vida laboral más larga y un descenso del ausentismo, con un rendimiento de 50 dólares por cada dólar gastado.”

En otras palabras a estos abordajes epidemiológicos en el fondo no les interesa la íntegra reproducción social de los chacreros paraguayos, o de los campesinos coreanos, sino el proceso acumulativo de los dueños del Paraguay o de las empresas que han invertido en Corea.

Hasta la Segunda Guerra Mundial las campañas preventivas de paludismo se realizaron por medio del control de los mosquitos en periodos larvarios, rociado con insecticidas en el aire habitacional y drenaje de las áreas, y protección mediante alambrado y mosquiteros. En la década de los 50 ya se había reconocido mundialmente su utilidad desatándose un intenso proceso de industrialización de ese medio de protección del ambiente. Los órganos oficiales han atribuido los repuntes de malaria a la ineficiencia administrativa, al relajamiento de las normas de control, y a la crisis del petróleo que ocasionó una escasez de insecticidas.

El autor iraní en su investigación de los países centroamericanos explica cómo la persuasión mercantil para el uso de insecticida ha logrado desplazar la utilización de otras técnicas, y su uso exclusivo está produciendo elevadas tasas de resistencia del vector anophelino (exofilia y éxito repelencia), efecto al que se suma el predominio de monocultivos de exportación que son masivamente protegidos con insecticidas (resistencia cruzada).

Finalmente, los “factores ambientales” pesan también en el capitalismo por su valor de cambio, antes que por los beneficios estables y equitativos que trae su transformación para las masas poblacionales del trópico.

A pesar de que estos autores no parten de un marco explicativo científico (histórico-epidemiológico), ya detectan la ineficacia de las campañas reducidas al racionamiento de insecticidas y señalan vagamente que de hecho... “en África la erradicación y control de la malaria contemporánea se está mostrando paulatinamente como problema que tiene que ver más con la comprensión y control de las relaciones sociales, que con los aspectos biológico.” Básicamente se trata una manifestación secundaria sin atender la causa primordial, que no solo es material sino contextual y relacional.

### **La relación mercantil capitalista como fundamento de las ilusiones de la epidemiología ecológica**

Con el advenimiento de la era capitalista, las mistificaciones mágico-religiosas cedieron el paso a nuevas formas de idealismo; fenómeno que se manifiesta especialmente en los dominios técnico y científico.

Para cerrar:

La humanidad primero tuvo fe en el pensamiento mágico, luego en lo tangible, posteriormente en lo biológico, finalmente las disciplinas cognoscentes fueron supeditadas, convirtiéndolas en una “ideología epidemiológica de la burguesía.”<sup>53</sup> Trabajando sólo en lo concreto, operando con las apariencias, conectando solo con lo externo, disfrazando su sometimiento y manipulación como objetividad y neutralidad.

La disciplina como tal no es negativa, son sus integrantes, son las cabezas las que permiten que se pervierta y se minimice al paradigma, dejando de lado su potencia científica para convertirla en caricatura y pantomima.

<sup>53</sup> Breilh, Epidemiología, p 120.

## Referencias

Breilh, J. (1979). *Epidemiología: economía, medicina y política*. México: Fontamara.

Márquez, G. (2016). *Cien años de soledad*. Chile: Sociedad de Escuelas Católicas de Santo Tomas de Aquino.

Rosental, M., y Iudin, P. (1965). *Diccionario filosófico*. Uruguay: Ediciones Pueblos Unidos.

<https://www.cndh.org.mx/noticia/muere-fray-toribio-de-benavente-motolinia-defensor-de-los-pueblos-indigenas>

Página donde se encuentran elementos biográficos de Motolinía. Revisado el 8 de mayo del 2021.

[http://www.secst.cl/upfiles/documentos/19072016\\_1207am\\_578dc39115fe9.pdf](http://www.secst.cl/upfiles/documentos/19072016_1207am_578dc39115fe9.pdf)

Enlace que contiene una versión electrónica del texto de Márquez. Revisado el 8 de mayo del 2021.

<https://www.youtube.com/watch?v=cpRUDS2A2To>

Video de las condiciones de pobreza extrema que se ubican en el área californiana denominada Skid Row. Revisado el 8 de mayo del 2021.

## UNIDAD 1, SEMANA 11, LECTURA 5

### La producción capitalista y la reproducción del hombre como fuerza de trabajo<sup>54</sup>

**E**n el modo de producción capitalista las relaciones entre las personas se presentan como un intercambio generalizado de mercancías, elaboradas mediante la incorporación de fuerza de trabajo la cual ha devenido a ser ella misma una mercancía más en el proceso productivo; mercancía que es descubierta por el poseedor de dinero y medios de producción, y cuyo valor de uso tiene la capacidad de ser fuente de valor.<sup>55</sup>

Una característica del trabajador sometido al capital y por tanto del modo de producción capitalista es la movilidad de su fuerza de trabajo. La fuerza de trabajo debe ser:

- Móvil, capaz de ocupar los lugares preparados por el capital;
- Apta para los desplazamientos y las modificaciones de su empleo;
- Y en la última instancia, tan indiferente al contenido y al lugar de su empleo, como lo es el capital al lugar en que se invierte, mientras la ganancia obtenida sea satisfactoria.

<sup>54</sup> Siguiente parte de la lectura de Cuellar, de la página 81 a la 120.

<sup>55</sup> De una manera muy sintética:

En el materialismo histórico se divide la sociedad en dueños de los medios de producción y operadores de los medios de producción. Los dueños son aquellos que poseen grandes extensiones de terreno, materias primas, capital, y la tecnología para procesar la materia prima y crear un objeto o servicio. Los operadores son aquellos que sin tener capital o terrenos o maquinaria, aportan exclusivamente a los procesos productivos, sus habilidades físicas o cognitivas.

Al no aportar capital o recursos productivos a un proyecto, los operadores estarán supeditados a los dueños; no tendrán voz ni voto en el proceso, dado que no son socios, no son capitalistas, son solo empleados que atienden las indicaciones de su empleador.

Entonces, el capital dueño de los medios de producción, le paga al asalariado para que opere sus máquinas y transforme la materia prima en algo que manifieste capacidad para satisfacer alguna necesidad vital o una necesidad superflua. El asalariado, ejerce su fuerza de trabajo en los medios de producción del dueño, de donde surgen objetos o servicios que al ser mercantizados, le permiten al dueño recuperar su inversión y acceder a una ganancia. El asalariado recibirá, dependiendo su perfil, un sueldo por el tiempo, energía y habilidad dedicados al proyecto productivo del dueño.

Ahora bien, si la fuerza de trabajo es bajo el capitalismo la cualidad que debe ser puesta en marcha para posibilitar la valorización del capital, su valor de cambio puede sólo corresponder a los satisfactores mínimos para que el productor pueda mantenerse como tal y crear plusvalor, es decir, valorizar el capital.

Por otra parte, la forma salario constituye uno de los aspectos principales del modo de producción capitalista sobre el cual se desarrolla la apariencia capitalista, que consiste precisamente en el ocultamiento y mistificación de su esencia y que condiciona el comportamiento de sus clases sociales. La importancia política e ideológica de esta apariencia capitalista es crucial para el comportamiento de las clases directamente insertas en las relaciones de producción.<sup>56</sup>

Por otra parte, también existe la posibilidad de utilizar el salario como instrumento activo para alargar la jornada de trabajo, para intensificarla, es decir, para incrementar el plusvalor absoluto. Esto se da a través de las horas extras.

Pero el salario también puede establecerse por debajo del valor de la fuerza de trabajo, especialmente cuando dicho valor aumenta por el hecho del desarrollo de nuevas necesidades mercantilizadas. En tal caso los trabajadores reducidos a fuerza de trabajo, no pueden proporcionarse todos los satisfactores mínimos, por lo que su existencia se mantiene y desarrolla bajo una forma atrofiada, con consecuencias decisivas hacia sus condiciones físicas y la duración de su vida. El límite último o mínimo del valor de la fuerza de trabajo, determinado por el valor de las mercancías indispensables, es un límite “valedero sólo para la especie, para la clase trabajadora, no para el individuo, para cada trabajador tomado aparte, pues millares de ellos no reciben lo suficiente para vivir y reproducirse.”

Es muy importante entender que el salario que recibe un asalariado, se debe no tanto a sus rasgos personales, si no a la coincidencia de su perfil con los criterios y necesidades de los procesos económicos y políticos.

De ese modo, tenemos futbolistas que reciben más salario que biólogos, y actores que reciben más que investigadores:

¿Eso se debe a que es más capaz el futbolista que el biólogo?

<sup>56</sup> Recordemos que la ideología son los elementos culturales programados en un lugar, en pos de enfocar a la comunidad y al habitante a ciertos esquemas y actividades.

¿Se debe a que es más valioso el actor que el investigador?

No.

La razón es que la actividad del futbolista y el actor, aunque no satisfacen necesidades vitales para el habitante de la comunidad, proporcionan herramientas y productos harto útiles y necesarios para la agenda de la clase alta.

El sueldo aumenta con relación a la utilidad del asalariado al proyecto hegemónico.

W. Dierckxsens señala que el desarrollo de la producción capitalista ha originado de modo progresivo, necesidades objetivas de producción, como la intensificación del trabajo, la fluidez de la vida económica, la mayor especialización del trabajo, etc.

La producción en tanto proceso de trabajo, usa las capacidades de la fuerza de trabajo, y el tipo de actividad laboral a que es sometida así como su intensidad, en gran medida van a determinar distintos tipos de utilización de las capacidades físicas, nerviosas e intelectuales del trabajador, que a su vez implicarán ciertas exigencias para mantenerlo como fuerza de trabajo, entre otras: consumo alimentario, vacaciones, especialización de la misma, etc.

## Formas de reproducción de los trabajadores como fuerza de trabajo

En el capitalismo, la producción y reproducción (la pervivencia) de los trabajadores como fuerza de trabajo se da a través de dos formas: la forma valor y la forma no-valor.

La primera comprende a la población trabajadora que se localiza directamente subordinada a las relaciones capitalistas de producción. Bajo esta forma, la población considerada como fuerza de trabajo se reproduce como mercancía, es decir, la fuerza de trabajo logra encontrar equivalente en el mercado. Pero en la medida que el precio de la fuerza de trabajo desciende por debajo de su valor, éste no es capaz de conseguir los satisfactores mínimos.

Cuanto mayor es esta diferencia, más improductible es la fuerza de trabajo a través de la forma valor.

Se recurre entonces a la forma no-valor para tratar de conseguir esos satisfactores mínimos.<sup>57</sup>

Las formas sociales de consumo no mercantilizado representan una modalidad de la forma no-valor. En ellas, la unidad de consumo no es la familia conyugal, sino la familia extensa, la comunidad de vecinos o la corporación profesional.

Son movimientos cooperativos y mutualistas: organizaciones de consumo colectivo o de socorro mutuos; cooperativas de compra de alimentos, de abastecimiento colectivo; cajas de ahorro, de previsión; seguros mutuos, etc.

Los productores independientes representan otra forma no-valor de la reproducción de los trabajadores como fuerza de trabajo, pero con el desarrollo del capitalismo éstos tienden a ser absorbidos por formas capitalistas de trabajo.

En ese sentido, una manera de pervivir es vendiendo la fuerza trabajo, otra es vía procesos de apoyo comunitarios e interpersonales.

Por cierto, Marx distingue dos tipos principales de procesos mercantilistas, uno con fines vitales y otro con propósitos acumulativos; refiere que...

“El ciclo  $M - D - M^{58}$  arranca del polo de una mercancía y se cierra con el polo de otra mercancía, que sale de la circulación y entra en la órbita del consumo. Su fin último es, por tanto, el consumo, la satisfacción de necesidades, o, dicho en otros términos, el *valor de uso*.

Por el contrario, el ciclo  $D - M - D^{59}$  arranca del polo del dinero para retomar por último al mismo polo. Su motivo propulsor y su finalidad determinante es, por tanto, el propio *valor de cambio*.

<sup>57</sup> Un factor que afectó laboralmente, de la generación X a la fecha, es la saturación del mercado laboral, el que específicamente los centros urbanos estén abarrotados absolutamente de todos los tipos de profesionistas (abogados, arquitectos, pedagogos, etc.). Más obreros calificados, menos posibilidad de cotizar, tasar, encarecer y retribuir decorosamente la actividad laboral.

Situación que las generaciones de la pre-guerra y la pos-guerra no padecieron.

No por nada, no se implementan efectivas campañas y medidas de control de natalidad en tercer mundo.

<sup>58</sup> Se refiere al proceso en el cual una mercancía (M), producto de la fuerza de trabajo, se intercambia por dinero (Dinero), y con esa moneda se compra otra mercancía (M), con la cual se va a satisfacer una necesidad humana. Un proceso de mercado con fines racionales.

<sup>59</sup> Dinero, Mercancía, Dinero; acumulación que no se utiliza para complejizar la vida, la comunidad, el conocimiento, o algún otro elemento racional.

En la circulación simple de mercancías ambos polos presentan la misma forma económica. Ambos son mercancías. Son, además, mercancías de la misma magnitud de valor. Pero cualitativamente son valores de uso distintos, verbigracia trigo y traje. El intercambio de productos, el cambio de diversas materias, en que toma cuerpo el trabajo social, es lo que forma aquí el contenido del movimiento.

No así en la circulación  $D - M - D$ . A primera vista, este ciclo parece absurdo porque acaba donde empezó. Ambos polos presentan en él la misma forma económica. Ambos son dinero, y por tanto, valores de uso entre los que no media ninguna diferencia cualitativa, pues el dinero no es, como sabemos, más que la forma transfigurada de las mercancías, en la que se borran todas las huellas de sus valores específicos de uso.”<sup>60</sup>

Entonces, en una primera interpretación, tendría más sentido vital intercambiar un tipo de mercancía, para acceder a otra que permitirá mantener la vida, en lugar de reducir la transacción a un proceso acumulativo que deja de lado alguna construcción y satisfacción.

No obstante, otro acercamiento enunciará que la acumulación de dinero podrá utilizarse, como cualquier proceso, decisión o herramienta, con sentidos positivos, constructivos, o irracionales, destructivos.

No olvidar que el objeto o la materia, por sí solos no incidirán en intenciones personales directas, serán los humanos y la comunidad los que le darán el uso constructivo o destructivo a los recursos.

Situación simple: un bolígrafo podrá utilizarse para escribir un poema, o para apuñalar a alguien para robarlo.

Para clarificar un poco más esta cuestión, tomaremos dos ejemplos de la cinematografía.

En la película “Mujer Bonita”, el personaje Edward Lewis personificado por Richard Gere, de inicio dedicaba sus esfuerzos meramente para y desde la acumulación especulativa, sin la mínima ética empresarial; tras la trama y convivencia con Vivian Ward (Julia Roberts), empieza a considerar usos constructivos para su capital.

---

<sup>60</sup> Marx, El Capital, p 106.

Por su parte, en la película “Iron Man”, tras los sucesos traumáticos en Afganistán, Tony Stark decide darle un giro distinto a su empresa armamentista, y de ahí comienza una acumulación racional para fines racionales, como poner el reactor ARC como fuente energética limpia y gratuita.

Respecto a la acumulación, es como lo que ya hemos comentado de la energía nuclear o la ciencia, que pueden tener usos tanto racionales como irracionales, depende de la persona y la comunidad.

### El estado y la reproducción de los trabajadores como fuerza de trabajo

Si las exigencias para la reproducción óptima de la naturaleza humana no son reconocidas por el salario, que además tiende a fijarse por debajo del valor real de la fuerza de trabajo y por tanto no permite adquirir todas las mercancías necesarias para cubrir los satisfactores mínimos, se da entonces una crisis en el sistema de mantenimiento de los trabajadores, con severas repercusiones hacia su estado físico y el de sus familias, que conlleva a un desarrollo deficiente, “enfermedad” y muerte.

Crisis a la que ellos responden de varias maneras.

La participación del Estado en la conservación de los trabajadores como fuerza de trabajo no se da entonces para satisfacer sus demandas, *per se*, sino para ajustarse a las exigencias crecientes que impone el capital a dicha fuerza de trabajo.

Exigencias que se modifican y diversifican, según se desarrollen las fuerzas productivas.

Por ejemplo: la utilización de la fuerza de trabajo en la actualidad ya no sólo implica la incorporación de la fuerza física del trabajador en el proceso productivo, sino que se necesita una capacitación mínima de la misma. El Estado por tanto, ha de producir cada vez mejores centros de educación, así como hospitales, alojamiento, etc.

En torno a las relaciones que se dan entre el salario directo y el indirecto, de acuerdo con Claude Meillassoux y siguiendo el desarrollo que este autor hace, vemos que el valor de la fuerza de trabajo tiene dos componentes principales:

- *Sustento* del trabajador durante su periodo de empleo;
- *Mantenimiento* del trabajador en los periodos de desempleo.

Proveer al mantenimiento y a la reproducción del trabajador como fuerza de trabajo le plantea al capitalismo algunas contradicciones que no pueden ser solucionadas sólo mediante el pago del salario-horario, es decir, que implicarán otros planeos e inversiones.

### El proceso de acumulación del capital

El uso de la fuerza de trabajo por el capitalista en el proceso de producción arroja un resultado concreto: la creación de valores.

La mercancía fuerza de trabajo es “una fuerza creadora de valor, una fuente de valor”. En efecto, el tiempo de trabajo demandado por el capitalista es superior que el necesario para producir los valores equivalentes al salario.

La transformación del productor directo en proletario, en particular su subordinación al capital, no es inmediata ni reviste las mismas características en todo lugar, sino involucra un proceso histórico. En ese sentido, el periodo de la manufactura, en cuanto forma específica del proceso capitalista de producción, comprende desde mediados del siglo XVI hasta el último tercio del siglo XVIII.

Por su parte Nicolás y Mansilla, sitúan la depauperación en el contexto más amplio de lo que Marx denominó el proceso de empeoramiento de la clase obrera en el transcurso del desarrollo del capitalismo. En la situación de la clase obrera, los dos ponen énfasis en la lucha de clases, tanto sindical como política.

Para Cuellar, caso aparte del asunto de la cuantificación, el esclarecimiento de esta problemática depende en lo fundamental de lo que se entienda por clase obrera, esto es, cuál es el estatuto y significación de la categoría de clase obrera, cuáles son sus condiciones y límites de aplicación.

Cuando se habla de clase obrera se está aludiendo a un proceso, a un desarrollo estructurado. El proceso de producción y reproducción de la clase obrera no se da fuera de la totalidad social, pero a su vez, este proceso apoya la continuidad de dicha totalidad. Es un proceso que se estructura como conjunto de contradicciones

entre: el consumo productivo, en su dialéctica con el consumo individual; la parte obrera efectivamente ocupada y las distintas modalidades del ejército industrial de reserva.

A esto se aúna que la reproducción obrera influye en la persona a nivel fisiológico y social, individual y familiar.

Por otra parte, el concepto de necesidad es un concepto histórico. En el capitalismo los avances “de los progresos técnicos económicos, científicos, morales y espirituales” se acompañan por una creciente falta de correspondencia entre la situación de la clase obrera, y la posición material y política de la burguesía. La falta de satisfacción de las necesidades, engendradas por el incremento histórico de la productividad del trabajo social, produce el proceso de empeoramiento general de la situación de la clase obrera bajo el capitalismo; es decir que evoluciona la tecnología y la eficiencia de los procesos productivos, pero no mejora la calidad de vida del empleado.

El recorrido del pensamiento de Marx es el siguiente:

- La distinción entre trabajo como actividad humana concreta (actividad vitalmente necesaria);
- Y trabajo como mercancía (actividad forzosa y frustrante que desgasta al individuo).

Estos conceptos permiten construir el concepto de trabajo abstracto, y con él, los de capital y fuerza de trabajo. Éste último hace posible la explicación del mecanismo económico de explotación que sustenta a la sociedad capitalista: el plusvalor.

El plusvalor es la apropiación de parte de la ganancia que pertenece al operador, por parte del dueño.

## Conclusiones

Hay una modalidad interpretativa denominada materialismo mecanicista o ingenuo, que designa superlativamente como negativos, a los dueños de los

medios de producción, a la par que idealiza, diviniza, a los operadores de los medios de producción.

En esa modalidad explicativa primitiva y parcial, se dirá que “todos los ricos son malos”, mientras que “todos los pobres son buenos”. Generalización que es epistemológicamente incorrecta, explicativamente inútil, teóricamente dañina, pero que es utilizada propagandísticamente de manera usual por elementos partidistas populistas, tanto de “derecha” como de “izquierda”.

Situación que no se sostiene cuando se verifica con la realidad, puesto que desde la praxis observamos situaciones de capitalistas que obran con racionalidad, conciencia social y empatía personal.

Así mismo, existen casos donde en los sustratos bajos medran actitudes irracionales de egoísmo, envidia, ausencia de solidaridad y destructividad injustificada.

Para nosotros, oriundos del sur de la república, ignorantes de mucho de lo ciudadano, fue peculiar la experiencia de conocer ciertos casos en colonias populares de la Ciudad de México (la Morelos, la San Felipe, Lagunilla), en donde lo último que se manifestaba era empatía y solidaridad entre los habitantes.

Sí, algunos casos de gente limpia, trabajadora, honesta.

Pero varios otros casos de individuos y familias que en nada se acoplaban a los elementos propagandísticos que se difundían en la “Época de Oro” del cine mexicano; personas que no solo no apoyaban a su familia y a sus vecinos, sino que se empeñaban en conductas sádicas y de destructividad estéril para con su entorno y sus conciudadanos.

Lumpenproletariados sin la mínima intención de cooperar.

## Referencias

- Cuellar, R., y Peña, F. (1985). *El cuerpo humano en el capitalismo*. México: Folios.
- Marx. C. (1980). *El capital. Crítica de la economía política*. México: Fondo de Cultura Económica.

## UNIDAD 1, SEMANA 12, LECTURA 5

### El cuerpo humano como generador de fuerza de trabajo<sup>61</sup>

**E**lemento epistemológico importante en la situación enajenada que padece el humano en la sociedad capitalista, es la negación de su Ser precisamente en la actividad que debiera realizarlo como tal: el proceso de trabajo.

En esas dinámicas de mercado, el trabajo deja de ser un acto creativo que implique un placer, un acto que sintetice la producción del Ser integral existencial, y que permita la producción de bienes materiales, como aparece planteado, cuando su fin último es la reproducción social, el desarrollo de la vida de la persona.<sup>62</sup>

Debido a esto, la situación del ser humano y su cuerpo, en un momento dado, dependen tanto de los factores que de manera inmediata aparecen como los determinantes, así como de las condiciones en que tuvo lugar todo su desarrollo previo. El planteamiento llevado a sus últimas consecuencias, refiere que en la sociedad capitalista no puede hablarse de salud, y por ello no es casual que la totalidad de los indicadores de “salud” se refieran a hechos vinculados con la enfermedad y la muerte, lo que conduce a dejar de afanarse en buscarla, para en cambio, determinar en qué contextos la enajenación de que todos somos partícipes, afecta la naturaleza humana según la edad, el sexo y la inserción de clase.

La primera tarea que en este sentido cobra relevancia es demostrar que en condiciones de enajenación, el hombre ve limitada la plena expresión de sus potencialidades, aun y cuando desde la mirada médica tradicional no en todo momento se encuentren elementos suficientes para calificarlo como “enfermo”.

<sup>61</sup> Siguiente parte de la lectura de Cuellar; de acuerdo con el programa, se abarcará nuevamente de la página 139 a la 158. En tres semanas (4<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup> y 12<sup>a</sup>) se utiliza la misma lectura 5. En pos de no desgastarnos con reiteraciones, se sintetizó y parafraseo el contenido. Al respecto revítese el Programa Académico de la licenciatura en medicina; enlace revisado el 18 de noviembre del 2021: [programa\\_humanidades\\_primer.pdf \(unam.mx\)](#)

<sup>62</sup> En ciertos momentos y circunstancias, el proceso educativo tendenciado, las situaciones escolares negativas, implican una vivenciación negativa del proceso enseñanza-aprendizaje. Cierta lógica iluminista diría que aprender sería gozoso, un acto elegido, libre y disfrutado, pero hay circunstancias que vuelven ciertas partes de lo académico en algo pesado y frustrante.

## Sobre la conformación de la naturaleza humano-social

El proceso de adaptación en sí, explica e implica la totalidad de los fenómenos que tienen que ver con el desarrollo físico de seres humanos; es necesario dejar claramente establecido que a través de él se conforma el soporte de la vida humana.

Esto demuestra la integridad de lo biológico y lo social en la conformación del cuerpo humano, ya que el proceso de adaptación se lleva a cabo por la presencia de factores de selección que principalmente en el “medio ambiente” humano son producidos socialmente por el lugar que cada individuo, grupo y clase ocupa en el proceso de trabajo colectivo.<sup>63</sup>

Consecuencia de la realidad y dimensión laboral cosificante, es lo que menciona Cuellar que Ramos ha denominado “síndrome de privación social”, o sea, las condiciones en que se desarrolla la vida de los trabajadores reducidos a fuerza de trabajo, valorando la ganancia por encima del bienestar del trabajador.

Como ya lo comentamos, el síndrome de privación social se caracteriza por tres elementos: 1. Distorsión afectiva, con rasgos marcados de destructividad (actitudes necrófilas, narcisismo maligno, fijación simbólico-incestuosa). 2. Poco rendimiento intelectual no debido a desnutrición (originado por causas ambientales comunes a ambas condiciones). 3. Desnutrición, como entidad nosológica originada por el aporte insuficiente de nutrientes a nivel celular.

El problema de la adaptación de grandes grupos de población a esa manera de vivir, comienza prácticamente desde el mismo momento que los individuos son concebidos, ya que su desarrollo tiene lugar generalmente en mujeres subalimentadas.

Es lógico que este fenómeno en sí mismo resulta un factor riesgoso de muerte perinatal y durante el primer año de vida, pero éste se acrecenta si se toma en cuenta que casi seguramente la desnutrición estará presente también en su vida extrauterina, pues es un elemento integrante de esa manera de vivir.

Situación problemática que será una constante en la existencia problemática de esos sectores e individuos.

---

<sup>63</sup> Más adelante veremos que hay más factores que conforman al humano, amén de lo biológico y lo social.

Problemáticas físicas que desgastan, reducen, alteran o incluso cortan parte de los procesos y manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales.

Desde el concepto de síndrome de privación social, se enuncia cómo en la sociedad fetichista se afecta la estructura física, se alteran las etapas de desarrollo, la composición corporal y la proporcionalidad.

En condiciones capitalistas las etapas de desarrollo no se cumplen de manera cabal, los sujetos que la componen tienen sólo dos alternativas: la muerte o la “adaptación” a costa de sus capacidades potenciales; un pervivir disminuido, temprano y constante.

### La salud en conflicto

Haciendo uso de todas las evidencias que constatan la imposibilidad de la salud en condiciones de enajenación, debe abandonarse la utilización de un objeto de estudio que no tiene materialidad y que peligrosamente implica reducir la corporalidad a la productividad.

Desde la clínica, la epidemiología y la medicina en general, la salud ha sido solo lo contrario de la enfermedad, es decir ha existido únicamente mediante un mecanismo de eliminación: sanos son los no enfermos, y en esta discriminación ni siquiera se practica un análisis clínico meticuloso y congruente con el propio planteamiento clínico.

### Reflexiones sobre “la enfermedad”

De este apartado se sintetiza la idea de que el humano integral ha perdido significado, sólo la parte del mismo capaz de valorizar al capital tiene importancia, y esa parte la constituye su ser biológico, su parte natural, la corporalidad susceptible de convertirse en fuerza de trabajo.

## Más allá de la clase

Se hacen necesarios análisis donde se examinen de manera multidimensional las dinámicas intrafamiliares, en pos de acceder a una comprensión que permite ubicar de inicio, a continuación comprender, para posteriormente incidir, en aquellas situaciones adversas para el Ser y su integridad, que tienen su fuente en los ámbitos parentales.

Son factores importantes, en efecto, la edad, lo económico y educativo, pero existen más variables que generan procesos intrafamiliares tanto positivos como negativos.

El reconocimiento de la ubicación teórica del individuo humano, es vital para el desarrollo metodológico de su aprehensión en general, pero cobra especial relevancia si lo que trata de abordar es la naturaleza humano-social.

Encontrar las diferencias y las homogeneidades, dentro del marco de las relaciones sociales fundamentales para el desarrollo humano, es una cuestión de primera importancia que, sin embargo, está por construirse.

Esta condición histórica de la persona y las condiciones que afectan su Ser, hace aparecer a primer vista al acto del trabajo como el lugar donde se desgasta al sujeto social, y al ámbito externo a él (el familiar, cotidiano, parental, en suma el relacional), como el sitio donde recupera las fuerzas perdidas. Son necesarios análisis complementarios, para saber si en los ámbitos no laborales, la persona está fuera de las implicaciones reificantes.

Es precisamente por la peligrosidad que encierra la apariencia de la dicotomía tajante entre el desgaste y la reproducción del sujeto social en condiciones de enajenación, que resulta de trascendental importancia teórica, académica y política, que los hasta ahora llamados “trabajadores de la salud” o “profesionales de la salud” se fijen como meta el demostrar que toda la vida y todo el desarrollo humano se encuentran imposibilitados (en estas condiciones capitalizadas), para el despliegue de las capacidades potenciales.

Para cerrar:

El abordar “las enfermedades” y su incidencia por sexo, edad y especificidades sociales, resulta de gran utilidad, pero no es suficiente para descubrir cómo,

cuándo y cuánto ha sido dañada la naturaleza humano-social por los procesos y estructuras enajenantes.

En esas situaciones y problemáticas altamente complejas, es cuando se hace necesario hacer uso de los esfuerzos epistemológicos Interdisciplinario y Transdisciplinario.

La interdisciplina entendida como la conjunción de diferentes esfuerzos cognoscentes, enfocados en el mismo objeto de estudio, buscando complementar cada una, con elementos que abarquen las aristas que los otros paradigmas no examinan. En ese caso de la pobreza que toca la lectura, un esfuerzo interdisciplinario será el que ejecuten, digamos, una CBS, una antropóloga y una economista. Cada una de esas profesionistas, buscando complejizar, profundizar, conocer y resolver esa problemática. Como dice el dicho de la cotidianidad: tres cabezas piensan más que una.

Por su parte, la transdisciplina implica el intento del esfuerzo innovador, creativo, dialéctico, para, desde una licenciatura, desde una profesión o teoría, dar giros interpretativos que vayan más allá de las teorías, técnicas y métodos usuales, hegemónicos, mayoritariamente usados. La idea es ir abarcando aspectos novedosos y propuestas singulares, que la disciplina previamente no consideraba.

La idea al hacer inter y transdisciplina, es explorar y conocer nuevos aspectos de la realidad humana y física.

Aspectos que cada una de las disciplinas, aisladamente, difícilmente conseguiría.

## Referencias

Cuellar, R., y Peña, F. (1985). *El cuerpo humano en el capitalismo*. México: Folios.

[https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/medico/programasacademicos/humanidades/programa\\_humanidades\\_primero.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/medico/programasacademicos/humanidades/programa_humanidades_primero.pdf)

Programa de la licenciatura en medicina y de la materia Humanidades, desde donde se sustenta la repetición de la lectura 5 para varias semanas. Revisado el 18 de noviembre del 2021.

## UNIDAD 1, SEMANA 13, LECTURA 11

### Contexto histórico-económico en México de 1930 a 2010

La independencia y la Reforma permitieron sentar las bases de una nación libre y laica, pero con una economía incipiente, gobiernos inestables y un desarrollo social limitado. La estabilidad política que se mantuvo durante el Porfiriato, permitió crecimiento económico y urbano, diversificación de relaciones comerciales y creación de infraestructura en comunicaciones<sup>64</sup>; el comercio exterior se constituía principalmente por exportación de materias primas e importación de bienes de capital, insumos industriales y tecnología, desventaja comercial que provocaba el encarecimiento de las mercancías importadas.

Posteriormente, entre 1940 y 1950, y entre 1950 y 1970, encontramos etapas de nuestra historia en las que México alcanzó un crecimiento económico sostenido del Producto Interno Bruto (PIB)<sup>65</sup> y *per cápita*.

Se generaron múltiples industrias y empleos, se fortaleció el mercado interno, se diversificó la producción y se multiplicaron las instituciones sociales, crediticias, comerciales y financieras. El Estado benefactor que encabezó Cárdenas, se mantuvo, aunque con dificultades, en los siguientes seis sexenios: expropió, creó, compró y administró empresas, favoreció la inversión privada empresarial, desarrolló infraestructura urbana, aumentó el gasto público en obras de beneficio social, y a su amparo, se crearon grandes organizaciones políticas, centrales campesinas y sindicatos obreros.

Por otro lado, la centralización y concentración de actividades en la capital del país no sólo desalentó el crecimiento económico en otras regiones, sino que ocasionó el crecimiento desmedido y desordenado de la capital. El fracaso del

---

<sup>64</sup> En pos de claridad epistemológica, es necesario prevenirnos contra las visiones mayoritarias, usuales, que le dan un sentido peyorativo a la figura porfiriana. De ella, hasta la fecha perduran infraestructuras tales como el Ángel de la Independencia, el edificio que actualmente ocupa el MUNAL, el Palacio de Bellas Artes, el Bosque de Chapultepec, el Monumento a la Revolución, Lecumberri, el Hemiciclo a Juárez y el Palacio Postal.

Sin olvidar las bases de la Universidad, y el reconocimiento para que las mujeres estudiaran medicina.

<sup>65</sup> El que tuvo un descenso histórico del -18.67 en el segundo trimestre del 2020, en la administración morenista.

modelo desarrollista tuvo repercusiones políticas y tensiones sociales graves. Crecía el descontento social entre médicos, maestros y ferrocarrileros a fines de la década 1950 ante la merma salarial, la disminución de la oferta de trabajo y el encarecimiento de la vida.<sup>66</sup>

A partir de 1970, el país encontró en una crisis estructural que impedía la movilidad social de la población. Algunos de los factores de esta crisis fueron: crecimiento desmedido de la deuda externa, desplome de los precios del petróleo, corrupción institucional, fuga de capitales y transnacionalización de la economía en sectores estratégicos.

Para 1980, México se encontraba con saldos negativos en el crecimiento del PIB, aumento constante de la inflación y precios de productos y servicios, erogación excesiva por el pago de la deuda externa, fuga de capitales y especulación financiera. Además de todo esto, se contrajo el gasto público, el mercado laboral y el ingreso por habitante.

De acuerdo con datos del Banco de México, la inflación se constituyó en otro indicador de que la economía estaba en serios problemas para su crecimiento. Asimismo, se debilitó el sector primario de la economía; el sector secundario todavía daba visos de crecimiento. No obstante, el porcentaje de Población Económicamente Activa (PEA) ocupado por la industria apenas se ha duplicado en 70 años. La terciarización de la economía, como principal rasgo estructural, ha dado como resultado un país altamente vulnerable y dependiente respecto de la producción de alimentos, manufacturas y empleos.

Para 1990 las relaciones político-corporativas entre obreros, campesinos, empresarios, profesionistas y Estado, habían entrado en franca crisis y se tendía a la desaparición de las negociaciones políticas entre estas fuerzas; las instituciones públicas se desmantelaban rápidamente, los subsidios fueron desapareciendo, creció el desempleo abierto, el trabajo informal y la pobreza.

Éste fue el fin definitivo del Estado-Bienestar, el que le tocó a la generación de la preguerra y la posguerra, y que ya no les correspondió de la generación X a las actuales.

Mientras, se desplomaron los precios internacionales del petróleo, y las prioridades del gobierno se definieron hacia la apertura de la economía mediante el Tratado

---

<sup>66</sup> Varias teorías económicas y sociológicas hablarán de lo cíclico de las crisis.

de Libre Comercio y la privatización de importantes empresas como la telefonía o la banca.

Ante la crisis económica, la transición demográfica tuvo notables manifestaciones. El porcentaje de mujeres incluidas en la población económicamente activa paso del 7.4% en 1940 y se estimó su crecimiento al 40% para 2010.

Los importantes logros en materia de salud que se habían alcanzado entre 1940 y 1970, empezaron a perder importancia ante la emergencia de nuevas enfermedades como el VIH-SIDA, y la reemergencia de aquellos padecimientos prevenibles relacionados con pobreza, alimentación, higiene y poco o deficiente acceso a los servicios.

Las infecciones respiratorias, intestinales, de las vías urinarias y el oído, encabezaron la lista de las 20 principales causas de consulta en los centros hospitalarios del país en 2009, según un reporte de la Secretaría de Salud.

Se estima que en México, el 49% de los menores de 18 años viven en hogares sin agua dentro de su vivienda, más de 10 millones viven en hogares sin drenaje y más de 2 millones viven sin electricidad en sus viviendas.

Mucho se ha dicho que la transición demográfica y epidemiológica ocurre no solamente en el plano socioeconómico, sino que, significativamente, los fenómenos culturales atraen importantes causas y consecuencias a partir de la conceptualización del proceso salud-enfermedad y la respuesta social que individuos, familias y comunidades emprenden al respecto.

En 2004, el filósofo Callahan promovió una intensa discusión acerca de cuáles pueden y cuáles deben ser los fines de la medicina en una sociedad cuya población envejece y enferma crónicamente ante los sistemas de salud cada vez más costosos, y ante la población de menor edad que no está dispuesta a hacerse cargo de los más viejos, desvalidos o enfermos. Ante estos dilemas responde que los fines primarios de la medicina actual pueden y deben ser:

- Prevenir la enfermedad y promover la salud.
- Aliviar el dolor y el sufrimiento causados por las enfermedades.
- Establecer el cuidado y procurar la curación de quienes padecen una enfermedad.

- Establecer el cuidado para quienes no pueden ser curados.
- Prevenir la muerte prematura y posibilitar una muerte en paz.

Por su parte, Berlinguer hace un llamado a meditar acerca del lugar que se ha concedido a la medicina moderna, que en múltiples ocasiones, es despojada de su verdadero compromiso social, siendo acotada en relación con el nivel de desarrollo de un país, los valores predominantes en una sociedad, la diversidad cultural, el tipo de gobierno, la participación social y la dimensión cotidiana de la vida de las personas, insistiéndose negativamente en atribuirle poderes y alcances que no posee.

El hincapié está puesto en la necesidad de articular, integral y funcionalmente la medicina con la sociedad, incluyendo como prioridad: educación, cultura y solidaridad social en torno de la vida, para concretar lo que Berlinguer denomina *autopoiesis del bienestar*, es decir, creación y producción de saberes y condiciones contingentes, necesarias o posibles, dirigidas a favorecer la vida como un todo; ésto a partir de un compromiso disciplinario, político, económico y sociocultural.

La crisis estructural por la que atraviesa nuestro país desde 1980, es el contexto social que tendrán que plantearse los formadores de recursos humanos en salud, si lo que se pretende es una educación responsable y útil a la sociedad, de la cual, la comunidad universitaria es deudora.

Las familias de más bajos ingresos destinan más del 50% de su ingreso a la compra de alimentos y ello propicia que cualquier alza en los precios de alimentos ocasione serios desajustes en el presupuesto familiar y condiciones de vida. En cambio las familias de más altos ingresos destinan menos del 25% al mismo fin.

El ahondamiento de la desigualdad social es dramático.

Desigualdad y pobreza constituyen el principal problema social de México.

Precarización del trabajo reflejado en modificaciones importantes en la oferta de empleos y en las condiciones laborales por contrataciones temporales, parciales y sin prestaciones<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> Esa constatación de la subcontratación, del outsourcing, donde gracias a movimientos y auspicios que de hecho son legales, la persona no genera antigüedad, ni tiene prestaciones; situación leonina que impera fácil desde los años noventas.

Con relación a ese mismo rubro, ha habido un crecimiento del desempleo; en 1980 se planteaba la necesidad de crear 800 mil empleos al año para estabilizar la relación crecimiento de la población con crecimiento de la economía.

Sin embargo, ha habido una gran dificultad para hacer redituable el bono demográfico que ha acompañado a la presente década del 2010, a favor del crecimiento económico y de la economía formal; al contrario, éste ha desembocado en el trabajo informal y el desempleo, a costa de los beneficios que podría generar para los jóvenes, la contratación formal.<sup>68</sup>

Aspectos que han dificultado la cuestión, son los requerimientos laborales incorporados al proceso de globalización, el uso y difusión del conocimiento e información en red, los nuevos mercados que demandan creatividad e ingenio y producción de nuevas tecnologías, entre otros. Requisitos que están presentes en una sociedad cuyos jóvenes, en su mayoría, no tienen acceso libre y gratuito a la educación superior.<sup>69</sup>

*Este vasallaje colonial se basa en generar al mismo tiempo que expectativas nulas, frustración, imposición de nuevas formas de privación y cautiverio heredadas, precisamente, de ese pasado colonial. La tecnología de hoy permite que podamos comunicarnos más, pero es posible que tengamos menos cosas importantes que decirnos.*

*Un síntoma del aislamiento, abandono, incapacidad para resolver problemas, dificultad para relacionarse y del estado de desesperanza, lo constituye precisamente las tasas ascendentes de suicidio.*

---

<sup>68</sup> Ciertas perspectivas señalan que esta situación social -el empobrecimiento y desempleo-, han sido los factores principales que han generado el aumento de la delincuencia. Otras posturas señalan que es un factor, pero no el determinante.

<sup>69</sup> Se está pensando claro está en sectores de las clases bajas y medias bajas. En la época de quien escribe, se enunciaba que en nuestro país, sólo el 10 por ciento de la juventud accedía a pregrado en escuelas de gobierno. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), hasta el 2018 en México, solo 35 % de estudiantes de media superior lograban ingresar a licenciatura, un nivel muy bajo con relación a la población de..., y comparado proporcionalmente con el 42 % que sí accedían en países desarrollados. Peor aún, sólo el 24 % de los estudiantes de licenciatura obtuvieron su título de estudios profesionales en el 2019 en México. Situación muy usual en tercer mundo: un altísimo grado de deserciones escolares; comparado con el 45 % en países desarrollados que sí se titularon. Cfr. OCDE, Panorama de la Educación 2020, pp 1-2.

Devaluaciones de la moneda mexicana frente al dólar estadounidense en 1976, 1982, 1988, 1994 y 2000, como las más importantes, que debilitan la macroeconomía, encarecen y complican el pago de la deuda externa, amplían el déficit en la balanza comercial, empobrecen las exportaciones y encarecen las importaciones.

Prevalencia de la estrategia del Estado autoritario, que se niega a reconocer a los ciudadanos como actores políticos (ciudadanos), que en otro tiempo contribuían al equilibrio de las funciones y acciones gubernamentales.

Dinámicas comunitarias que desde la comunicación, valores, vinculación y procesos interpersonales llegaban a trastocar las tradiciones y órdenes sociales, políticos y jurídicos que se habían mantenido estables en las décadas anteriores<sup>70</sup>. Claramente, esa participación ciudadana ha perdido influencia.

### Panorama Demográfico

Para situar el problema de la salud-enfermedad de la población en México, el análisis sobre política y dinámica demográficas representan una unidad de estudio indisoluble, particularmente, desde la década 1940, periodo en el que se produjeron transformaciones profundas en crecimiento, composición y distribución de la población.

De acuerdo a datos censales, entre 1940-2010 la población del país aumentó aproximadamente 5.7 veces. Un aumento de esta magnitud se había presentado durante los 215 años anteriores, pues en 1790 la población era de 4.6 millones y pasó, a 19.7 millones hasta 1940. La tasa media anual de crecimiento de la población era de 1.7% entre 1960-1970, este crecimiento acelerado de la población, en un periodo de desaceleración de la economía, motivó que el Estado dirigiera una “intensa” campaña de promoción para la utilización de métodos anticonceptivos.<sup>71</sup>

<sup>70</sup> El acto de represión del presidente López, sobre las activistas del 8 de marzo del 2020, un indicador de su trasfondo totalitario -excluyente y utilitario-, pese a sus vacuos discursos izquierdosos.

<sup>71</sup> Intensa entre comillas, porque a nivel de geopolítica, sabemos que lo conveniente son las masas de lumpenproletariados.

En 1940, solamente la Ciudad de México era una localidad con más de un millón de habitantes, pero en 2005, ya eran diez ciudades las que contaban con más de un millón de habitantes cada una; entre ellas: Baja California, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Estado de México, Nuevo León y Puebla.

Los principales indicadores de crecimiento demográfico también han expuesto cambios muy importantes: el número de nacimientos por cada mil habitantes ha sufrido una drástica disminución.

La esperanza de vida al nacimiento calculada en 41.5 años para la década de 1940, ha aumentado a 75.3 años en los últimos sesenta años. El número de nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años disminuyó de 196 en 1940, a 87 en 2005. Esta nueva realidad puede constituir una oportunidad para el crecimiento económico de nuestro país, al disminuir el índice de dependencia demográfica. El proyecto modernizador de la capital, el elevado crecimiento demográfico entre 1940-1970 y la fuerte migración campo-ciudad, ocasionaron una enorme presión al crecimiento de la metrópoli, y el fenómeno de la conurbación entre el Distrito Federal y el Estado de México, empezó a arrojar tasas de crecimiento.

El aspecto principal radicó en la desaceleración del crecimiento poblacional que inicialmente fue determinado por la sensible reducción en la tasa global de fecundidad y por la menor inmigración campo-ciudad.

En tanto que en los años ochenta, además de los citados factores influyó la expulsión de población de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), como parte de una política urbanística que modificó el uso de suelo en la capital del país.

Es en la ZMCM constituida por el DF y más de 40 municipios del Estado de México, el sitio donde se concentra el mayor volumen de población. Pero es el antiguo DF, la actual CDMX, la región más densamente poblada del país, al tener casi 6 mil habitantes por kilómetro cuadrado.

Por otro lado, la desigualdad en las condiciones de vida de estas poblaciones ejerce una presión muy fuerte sobre la infraestructura urbana, pues mientras que en el DF existen 3.5 médicos por cada 1000 habitantes, en el Edo de México, la proporción es de 1.0 médicos por cada 1000 habitantes, de tal manera, que el DF abastece de éste y otros servicios a los habitantes del Edo de México.

Si bien estas transiciones demográficas y espaciales de la población han tenido repercusiones notables en la transición epidemiológica que experimenta nuestro país, es necesario resaltar que prevalecen características socioeconómicas que permiten advertir enormes disparidades entre habitantes del territorio nacional.

No debemos perder de vista que las enfermedades infecciosas siguen conviviendo entre nosotros, algunas reemergentes como tuberculosis o cólera, otras emergentes como algunas infecciones de transmisión sexual como el VIH-SIDA, o la nueva pandemia de influenza AH1N1.<sup>72</sup>

En este contexto es posible afirmar que existen diferentes perfiles demográficos en nuestro país, mismos que corresponden a la desigualdad social que prevalece.

Un último aspecto a considerar tiene que ver con México como país de origen, destino y tránsito de importantes movimientos migratorios.

Se estima que al menos 1 de cada 4 hogares en México cuenta con un familiar que trabaja en Estados Unidos de América, lo que implica intercambios monetarios y no monetarios con su familia de origen. Los desafíos que plantea nuestro panorama demográfico se relacionan directamente con la necesidad de establecer políticas sociales tendientes a integrar a la población al desarrollo económico del país.

Ha hecho falta redoblar y mantener esfuerzos para validar la participación social, eliminar pobreza, marginación, rezagos y discriminación entre los habitantes, y ponderar y ampliar las oportunidades sociales y derechos humanos.

Nuestro país necesita producir cambios culturales y políticos encaminados a la promoción de la salud desde una perspectiva integral.

Con relación a estas problemáticas, Rodríguez citando a Rodolfo Tuirán afirmará...

“El avance de la transición demográfica -en interacción con otros cambios de naturaleza económica, social, cultural e institucional- seguirá trastocando de manera profunda la estructura del curso de vida individual, la conformación de los hogares y la organización familiar.

<sup>72</sup> Y obviamente sin olvidar el Covid, que para el 17 de noviembre del 2021, en México se registraban 291,573 muertos.

Cuarto lugar mundial en fallecimientos, después de Estados Unidos, Brasil e India.

Datos revisados el 18 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace:

[Coronavirus \(COVID-19\) Deaths - Statistics and Research - Our World in Data](#)

Así por ejemplo, el avance de la transición demográfica ahondará la disminución del tamaño promedio de las familias, y como en otros países que ya han completado o están completando la transición demográfica, también es previsible una transformación en las pautas nupciales y en los arreglos residenciales, lo que dará cada vez mayor impulso a la llamada segunda transición demográfica.”<sup>73</sup>

Es decir, dado que existe una relación directa entre los factores económicos, culturales, sociales y familiares, los elementos históricos afectarán y de hecho ya han modificado los procesos relacionales de las nuevas generaciones<sup>74</sup>, creando distintas modalidades de interacción, diferentes dinámicas intragenéricas e intergenéricas, que las generaciones previas no conocieron, dado que a ellas les tocó una realidad geopolítica diferente.

Lo macro afectando lo micro; lo histórico y económico influyendo en los tipos de familia y en los tipos de pareja. Cambios históricos que configuran nuevas realidades humanas.

### Referencias

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2020). *Panorama de la educación 2020*. Francia: OCDE.

Rodríguez, I. (2012). *Contexto socioeconómico y salud en México 1940-2010*. México: UNAM.

[https://gpseducation.oecd.org/Content/EAGCountryNotes/EAG2020\\_CN\\_MEX\\_es.pdf](https://gpseducation.oecd.org/Content/EAGCountryNotes/EAG2020_CN_MEX_es.pdf)

Versión electrónica del texto “Panorama de la Educación” en el siguiente enlace, revisado el 8 de mayo del 2021:

**Coronavirus (COVID-19) Deaths - Statistics and Research - Our World in Data**

Datos sobre el número de fallecidos por Covid en México. Información revisada el 18 de noviembre del 2021.

<sup>73</sup> Rodríguez, Contexto Socioeconómico y Salud en México 1940-2010, p 38.

<sup>74</sup> Las maneras como viven sus interacciones, lo emocional y sexual.

## UNIDAD 1, SEMANA 14, LECTURA 12

### El modelo médico y la salud de los trabajadores<sup>75</sup>

La salud o mejor dicho la enfermedad, constituyen hechos estructurales para toda formación social conocida; expresan no sólo la potencialidad vital en términos demográficos estrechos, sino mucho más, expresan la totalidad de la estructura.

En la medida que el trabajo y los procesos productivos directos o indirectos constituyen todavía, no sólo el eje de la productividad, sino el eje de la determinación de las relaciones sociales, la exclusión teórica de esta dimensión de la explicación de los procesos colectivos de enfermedad, aparece como una clara expresión ideológica de gran parte de la producción actual sobre salud. Es decir, dejar de lado la variable económica, reduce nuestra comprensión del fenómeno sanitario, sus causas y trasfondos, y peor aún, implican lo estructuralmente viciado y supeditado que se encuentra el Modelo Médico (MM).

La salud de los trabajadores nos refiere de esta manera a una comprensión mayor de los procesos de salud, ya no como la visión “profesionalizada” del personal de salud, sino como un proceso del cual la práctica médica es sólo una parte del conjunto de las prácticas sociales. Además refiere necesariamente a los procesos estructurales donde ésta práctica -la enfermedad y la salud de los conjuntos sociales- se determina.

Tradicionalmente la salud o mejor dicho la enfermedad ha sido aceptada como patrimonio de la práctica médica; bajo esta perspectiva, son varias las disciplinas y enfoques que confluyen en el estudio sobre la vida, enfermedad y muerte del humano; no obstante, debido al avance histórico de los procesos capitalistas, el MM biólogo se convirtió en el paradigma hegemónico, en el factor curativo principal, en el conocimiento verdadero, “real y objetivo”.

La apropiación teórica y práctica de la salud por parte del MM no significa que realmente se apropie de la totalidad del área, sino que señala que a la práctica

<sup>75</sup> Este documento abarcará de la página 11 a la 22 del texto de Menéndez.

médica se le instituye una hegemonía, un estatus y preponderancia por encima de las otras prácticas alternativas.<sup>76</sup>

Este proceso no es específico sino que se constituye en función de los conjuntos y procesos sociales, y da por resultado el MM; se van estructurando disciplinas y métodos en pos de fines ulteriores.

El MM instituido definitivamente a partir de la tercera década del siglo XIX, es producto -por una parte- de una multiplicidad de procesos que se expresan parcialmente pero explícitamente, en la autonomía relativa de la práctica médica, y por otra, en el nivel de los procesos económicos y sociales en que esta práctica se constituye y desempeña.

La salud de los trabajadores, el manejo de la salud y enfermedad, la ubicación económica y social de las formas de enfermedad en los diferentes sectores sociales, y las prácticas y procesos de intervención, son parte de esa construcción dinámica que es el MM.

Generalmente el análisis de esta problemática ha sido reducida al análisis de la práctica médica institucional, privada y/o pública; es decir, se ha reducido a describir y analizar el modelo de los médicos, otorgando de entrada una autonomía que si bien parcialmente es lícita, tiende a escindir las relaciones de salud de las **relaciones sociales generales**. Es decir -y en esto será categórico y reiterativo Menéndez-, se separan los problemas de salud, de sus inexorables orígenes laborales.

Se instituye entonces para esa modalidad médica una función pasiva, en la cual se enmascaran las determinaciones sociales, emergiendo la enfermedad como un abstracto, separada de la realidad contextual.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> Que siempre han estado ahí, y que estarán vivas mientras siga vivo el misticismo producto del mestizaje con lo indígena.

<sup>77</sup> En un sentido explicativo, no todo énfasis en los hechos significa incapacidad de abstracción o negación de la abstracción, por el contrario, el modelo de los médicos fundado en una concepción empirista y positivista exige tanto la enfermedad fáctica (los síntomas), como la enfermedad abstracta (las categorías diagnósticas).

Se trata pues de diferentes dimensiones. Amén del uso multívoco del lenguaje.

Por un lado abstracción como el alejamiento de la realidad, y por otro, abstracción en el sentido de analizar más allá del caso específico en pos de ubicar causas y generalidades.

Hasta ahora las políticas para la salud han sido definidas explícita o implícitamente por los Estados; hechas por políticos en pos de sus agendas, no por médicos en pos de la vida y la persona.

Políticas que han sido más que de salud, políticas en contra de la enfermedad.

Ministerios y Secretarías de Salud que son realmente Ministerios y Secretarías de Enfermedad, y cuyos verdaderos líderes son políticos que le otorgan primacía a los intereses que representan.

Estas políticas influirán tanto en el MM, como en el modelo de los médicos.

Es necesario asumir que la salud y enfermedad son emergentes estructurales de las actuales condiciones de trabajo, y de las condiciones sociales generales vinculadas al trabajo.

Es primordial asumir la problemática salud-enfermedad como problemática de conjunto, y no como mera expresión privada. Asumir esto supone la necesidad de generar uno de los cuestionamientos más graves y estructurales al proceso político global.

### Caracteres del Modelo Médico

El proceso constitutivo del MM puede rastrearse en varias dimensiones; ya Foucault ha analizado su constitución como “mirada médica” (modelo de los médicos) durante los siglos XVI y XVII; dicho modelo se instituye inicialmente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, y en los Estados Unidos en la última mitad de dicho siglo. Los caracteres estructurales del MM son:

*Biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-socialidad, mercantilismo y eficacia pragmática.*

Estos caracteres ya presentaban continuidades, pero durante el desarrollo del capitalismo en los siglos XVIII y XIX no sólo se potenciarán, sino que llevarán a sus consecuencias necesarias el contenido de dichos caracteres.

Las características del MM se explican del siguiente modo:

El **biologismo** del modelo conduce necesariamente a la **ahistoricidad** y al enfoque **individualista** dominantes.

Los caracteres biologistas permiten la persistencia de un enfoque que disuelve las cualidades del conjunto, al convertirlo en un conjunto “natural” (biológico), que excluye los caracteres sociales, como de hecho ocurrió con la práctica epidemiológica.

El biologismo del MM se caracterizará por el exclusivismo creciente de las explicaciones biologistas sobre la causalidad de la enfermedad y sobre las formas terapéuticas utilizadas.

Este biologismo conducirá necesariamente a la concepción de una “historia natural”, es decir bioecológica de la enfermedad, donde la “historia social” de la enfermedad está excluida.

El biologismo del modelo supone la evolución, pero no la historia de la enfermedad; es decir, olvida o incluso niega el origen contextual del daño a la vida y al humano.

En ese tipo de deformación y perversiones teóricas, la evolución -a través del darwinismo social- sirvió de justificación científica, de mecanismo ideológico para la explotación de los “naturales”, reduciéndolos exclusivamente a trabajadores, negándoles la capacidad cognitiva. Sólo la historización de la evolución podría ubicarla en otro contexto de análisis, entendiendo la deformación de la teoría, en pos de intereses particulares.

Esta situación en el caso de la enfermedad de los trabajadores, muestra su más clara expresión en el hecho de que el conjunto de estas prácticas terapéuticas ha ignorado casi totalmente la causalidad de los procesos y condiciones laborales.

Todos estos caracteres se expresarán a través de un enfoque teórico y técnico individual, que los conjuntos sociales adoptan y avalan contradictoriamente; contradictoriamente en el sentido de que pasivamente aceptan como “científico y neutral”, algo que lacera las condiciones que viven, ignoran sus problemáticas y las dejan sin resolver.<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> O es una herramienta “científica” para descalificar o patologizar a aquellos que se atreven a contrastarla.

La eficacia funcionalista basada en las consecuencias de sus acciones, será la medida en que se funde la superioridad del MM<sup>79</sup>; sobre esta eficacia se montará en gran medida su diferenciación y superioridad respecto de las otras prácticas; superioridad que posteriormente se resquebrajará por influjo del mismo proceso capitalizador.

Los caracteres enumerados no son fijos, sino que son dinámicos; dicha dinámica responde a los cambios generados tanto en el nivel económico-político, como en los niveles relativamente autónomos de la práctica médica.

Un punto importante que señalar es la negación complementaria de determinados factores por parte del MM; no significa desconocer que tengan cierto nivel de incidencia, ni que no sean tomados en cuenta en el proceso, por el contrario, la institucionalización y mantenimiento del MM requiere de un continuo proceso de reconocimiento/desconocimiento de lo social por parte de la hegemonía. Es esa una de las características del capitalismo avanzado: su habilidad, capacidad y rapidez para irse adaptando, para ir creando nuevas realidades sociales:

Incorporar y rechazar a diversos sectores de la población; implementar y desechar nuevas leyes, gobiernos, valores, creencias, religiones e ideas.

De esta situación de acercamiento-alejamiento, solución-desestimación, surgen algunas paradojas.<sup>80</sup>

Una de las principales, donde el capital debe de revisar las situaciones y problemáticas contextuales, y resolverlas parcialmente, en pos de proteger sus intereses y mantener la funcionalidad de la productividad, pero sin lograr la plena resolución que volvería al asalariado fuerte, sano, inteligente, libertario.

<sup>79</sup> Parte de este funcionalismo deviene del desarrollo de la farmacología, que produce efectos más rápidos, que permiten reincorporar a la persona de manera más acelerada a sus roles sociales y laborales.

<sup>80</sup> En un giro interpretativo, una de esas situaciones paradójicas, más en el plano de lo intrapsíquico y lo interpersonal, es la siguiente:

Una donde los CBS deben de fluctuar entre su objetividad cuantitativa, y los elementos subjetivos y contextuales que le solicitan los modelos complementarios.

Por ejemplo -y es algo que repetiremos varias veces-, lo cuestionable que son ciertas posturas humanistas que marcan que el médico debe de escuchar y atender las indicaciones y sentires del paciente, pero..., si el paciente no tiene el entrenamiento del médico, amén de que está ensimismado en su malestar, atender sus opiniones no solo no es plausible, sino que incluso puede ser nocivo.

Ahí no aplicaría esa empatía y escucha que sostiene ese tipo de cualitativos.

Ahí es totalmente necesaria la objetividad, neutralidad y despersonalización del CBS.

En esa paradoja, el médico se encuentra -por los procesos de dependencia laboral e institucional-, atado a los poderes que estructuran las instituciones políticas, económicas y sanitarias.

Supeditación que le quita autonomía y criticidad científica, y lo vuelve un pasivo empleado, sometido a las políticas, leyes y burocracias que deforman al Ser y a la atención sanitaria.<sup>81</sup>

Esta negatividad del modelo hacia lo social e histórico aparece paradójica sobre todo en la etapa de su institucionalización. La paradoja radica en que es en esta etapa, sobre todo entre 1830 y 1900, cuando en los países europeos de mayor desarrollo capitalista se generan determinados hechos sociales y económicos relacionados directamente con las condiciones de salud de los conjuntos sociales.

Algunos de estos informes se instalan dentro de procesos que conducirán a nivel de Estado y de los grupos sociales hegemónicos, a generar ciertas modificaciones en los niveles asistenciales, y en algunas condiciones socioeconómicas que afectaban directamente la situación de salud de los conjuntos sociales más explotados.

Estos procesos conducirán a potenciar cambios radicales en las condiciones de nutrición e higiene que se adecúan positivamente a las nuevas condiciones de vida y trabajo de la sociedad industrial; condiciones e inversiones que buscan extender la vida útil laboralmente hablando del asalariado.

Por supuesto a pesar de estas modificaciones, seguían persistiendo la morbimortalidad diferencial, sobre todo en el caso de los trabajadores.

La segunda mitad del siglo XIX corresponde al periodo de constitución e institucionalización de un tipo de acción médica que supuestamente definirá su práctica a través de factores no sólo biológicos si no sociales, y cuya unidad de trabajo es básicamente algún tipo de conjunto social; nos referimos a la Salud Pública que basará sus actividades fundamentales en el desarrollo de la Epidemiología.

Lamentablemente la epidemiología se constituyó de manera general en una suerte de demografía deshistorizada. Se construyeron series “históricas” y pirámides demográficas, que eran utilizadas no como expresión de procesos sociales, sino de

---

<sup>81</sup> No olvidar el cuestionable actuar de Gatell, más a favor de la agenda del caudillo, que de actuar científicamente en diálogo con cuerpos colegiados, institutos e investigadores.

procesos biológicos abstraídos de la determinación social de los mismos; una vez más, lo a-histórico.

Las nuevas condiciones de higiene y alimentación colectivas eran requisitos básicos para el desarrollo de las nuevas técnicas de producción (el taylorismo, «el destajismo»<sup>82</sup>); pero dichos mejoramientos objetivos no pudieron impedir -dado el crecimiento intensivo de los ritmos productivos y sociales-, la emergencia de nuevas condiciones negativas de salud para los trabajadores, de ejemplo la mirada de padecimientos intrapsíquicos; al respecto Menéndez señala lo siguiente...

“El crecimiento de servicios de todo tipo, el “invento” de formas terapéuticas que van cada vez más de lo individual a lo colectivo (terapias breves, grupales, institucionales, comunitarios) tienen que ver con el desarrollo masivo de la enfermedad mental, y sobre todo de la neurosis.

Pero ésto no solo ocurre en los países del capitalismo “avanzado”, sino que también opera en el mundo subdesarrollado.

Un informe de la OPS al año 1973 generaliza lo que ya era sabido por los especialistas:

El gran desarrollo de la psicosis y neurosis en la mayoría de los países americanos; la extensión del alcoholismo y la farmacodependencia a prácticamente todos los estratos sociales; la magnitud creciente de la problemática de la epilepsia y de la debilidad mental.”<sup>83</sup>

Padecimientos intrapsíquicos, psicopatologías, problemáticas existenciales que son padecidos incluso por aquellos sectores acomodados de la población, por las clases medias, por las burguesías.

Cierta lógica nos diría que son las clases bajas, por la tensión de la restricción económica, quienes más caerían en digamos adicciones y conductas destructivas y autodestructivas, pero un vistazo hacia los otros sustratos nos sugiere que hay psicopatologías en todas las clases sociales, debido a lo que Reich denominó la neurosis colectiva, la cual influye perniciosamente en todos los habitantes de estas realidades neuróticas, enfermas.

<sup>82</sup> Sistema de producción que recordemos, se basaba en la división del trabajo, la producción en cadena y el control temporal del proceso productivo. Evolución del Taylorismo fue el Fordismo.

<sup>83</sup> Menéndez, El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, p 24.

De lo analizado surge la noción de que el Estado hace suyas algunas realizaciones directas de protección a la salud en las políticas de seguridad social, que algunos gobiernos establecerán en los inicios del periodo imperialista y que tendrán un eco inmediato en varios de los países capitalistas avanzados.

El Estado aparece como generando las transacciones sociales necesarias por encima de las fuerzas sociales, disuelve aparentemente la influencia de estas fuerzas, pero aceptando las determinaciones concretas que operan en la sociedad. Es decir, el Estado maneja lo social a partir de un nivel de realidad distinto que el MM:

Mientras éste niega o margina las determinaciones sociales, el Estado asume -no puede hacer otra cosa-, y trata en función de los procesos sociales determinantes y de la propia **funcionalidad capitalista**, de establecer las medidas sociales directas o indirectas sobre la salud.

La tendenciación del capital sobre las CBS tendrá diversas consecuencias negativas; al respecto el autor refiere lo siguiente...

“El model médico sintetizará reformulándolo los procesos que se operen en el proceso de profesionalización; así una parte de la crisis emergida de los años 60’s será producto de cambios cuantitativos y económicos que amenazan la ubicación social profesional de los médicos y que dará lugar a cuestionamientos que podemos denominar como técnico-gremiales.

Los procesos que llevan a éstos son:

- El paso paulatino y la conversión de las escuelas de medicina, en escuelas de masas;
- La descalificación creciente y el deterioro tanto de la enseñanza formal, como del equipamiento básico;
- La emergencia de nuevos lugares de formación de minorías (institutos de investigación; áreas preferenciales de internados, etc.).

Este proceso de descalificación técnica y el establecimiento de nuevos niveles diferenciales entre los curadores, está en relación directa con un proceso de pérdida de hegemonía de la clínica en la práctica profesional.”<sup>84</sup>

<sup>84</sup> Menéndez, El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, pp 39-40.

El desinterés de los poderes económicos, por la plenitud y potencialidad del humano, llevan a una deformación, perversión, decadencia de las capacidades epistemológicas, de los alcances fácticos; se observa también en la disminución del estatus que previamente concedió a las disciplinas sanitarias. Una vez más, lo que vimos en las calles de las metrópolis, donde en plena pandemia se escupía y golpeaba a profesionales de la salud, es un buen ejemplo, un reflejo hiperbólico del desinterés y menosprecio del Estado por el personal de medicina y enfermería, que para otros efectos de propaganda y cortina de humo, son héroes.

Otro de los puntos y usos singulares de lo supuestamente científico, la estratificación social e ideológica generada en los países capitalistas de punta, fue cuando se utilizaron indicadores raciales que en algunos países se tradujo -como en el caso de Inglaterra- en la utilización sistemática de indicadores *dizque genéticos* para establecer diferenciaciones en cuanto a puestos y jerarquías; los médicos en un sentido de servos del sistema, formaron parte de esta “jerarquía”.

En el proceso descrito, ciertos fenómenos sociales aparecerán contradictorios a las concepciones del modelo de los médicos:

- La negatividad de este modelo respecto de dichos factores, conducirá a ignorar los fundamentos del estado de salud de la población;
- Mucho estudio sobre el origen del padecimiento, pero sin increpar pública ni explícitamente, las fallas del Estado;
- Sometimiento, al modo de ciertos médicos subsecretarios de salud, sujetos a las indicaciones populistas y utilitarias del caudillo de turno.

En esa lógica conveniente, el problema social con sus fundamentos sociales no tocados y sus sentidos imperialistas ulteriores, son reemplazados por un proceso evolutivo orgánico.

Dentro de este proceso, la productividad aparecerá como el objetivo manifiesto que funda al mismo tiempo las diferencias sociales, y las diferencias en los accesos a las condiciones de salud.

En ese sentido, el MM necesariamente tenderá a enmascarar los procesos sociales profundos que condicionan la situación diferenciada de la salud.

No obstante y como en todo, sabemos que es necesario atender a la complejidad y claroscuros de la situación; como se dijo, el Poder resuelve e ignora, no puede

dejar que se destruya la comunidad y muera su asalariado, simple y sencillamente porque eso no es bueno para el negocio.

Caer en las visiones fatalistas, uniperspectuales y cerradas que Menéndez denomina paranoides, también es epistemológicamente incorrecto.

Ahora, esa tendenciación que padece el MM en su labor clínica, también se denota lamentablemente en la labor investigativa; respecto a la tendenciación utilitaria de los objetivos y resultados de la investigación médica, nuestro dialogante afirma...

“Las necesidades objetivas y subjetivas que las nuevas condiciones de vida y de trabajo general sobre la población diferenciadamente, exigen:

- Nuevos tipos de resistencia física y psíquica por parte sobre todo de los trabajadores;
- Las necesidades de rehabilitación obliga al desarrollo de técnicas antes innecesarias;
- Las necesidades subjetivas de aumentar la esperanza de vida en general y los periodos activos en particular, inducen al desarrollo de formas supuestamente prolongativas;
- Las necesidades de la reproducción ampliada y la apropiación de plusvalía a través de la producción y venta de drogas y fármacos (para investigación y atención), y de equipos (para investigación y atención) constituyen necesidades funcionales del sistema capitalista.”<sup>85</sup>

Como se ha comentado, no existe una verdadera autonomía del científico, no hay independencia en la ciencia, sino que esta se encuentra supeditada a las líneas y propósitos de los financiadores.

Yendo más allá en su argumentación, el autor refiere la perversión que hace el capital sobre los métodos heurísticos...

“En la concepción de la investigación médica, las metodologías empleadas son básicamente empirista y positivista, y ello supone de hecho la asunción implícita de determinados factores. Dichos factores son:

- La indiscutibilidad de la objetividad;

<sup>85</sup> Menéndez, El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, pp 41-42.

- La negación de la incidencia de factores ideológicos, políticos y sociales en la investigación;
- La negación de la incidencia de los factores institucionales en la investigación;
- La cosificación del objeto de investigación, que supone implícitamente la despersonalización, la pasividad, la ahistoricidad del mismo;
- La neutralidad respecto del objeto, lo que crea junto con los otros factores una concepción burocrática e irresponsable de la enfermedad y del enfermo.”<sup>86</sup>

Debe de quedar muy claro que esta explicación sobre la tendenciación de las teorías y métodos de investigación, no es algo que celebremos ni con lo que concordamos, es algo extremadamente dañino, para la integridad y desarrollo de la disciplina médica, para el estado de la comunidad, y para la salud y bienestar de la persona.

Ejemplo claro y odioso de cómo los enfoques utilitarios restringen el Saber, cercenan a las disciplinas, afectan la cognición, olvidan a la comunidad y laceran a la persona: al hombre, a la mujer, al homosexual, al heterosexual, al niño, adulto y anciano. Es algo que no debe suceder.

Para cerrar:

Únicamente una ciencia biológica que sea política en el sentido de activista, podrá hacer valer su autonomía y el valor de su enfoque cuantitativo; solo con una mayor presencia ciudadana e institucional, la ciencia podrá ser respetada, escuchada y acatada.

Considerada e implementada, más allá de creencias vulgares, más allá de la propaganda, por encima de los mezquinos intereses del partidismo y la política.

## Referencias

Menéndez, E. (1978). *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. México: Editorial Nueva Imagen.

<sup>86</sup> Menéndez, El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores, p 42.

## UNIDAD 1, SEMANA 15, LECTURA 13

### Clasificación de instituciones de salud<sup>87</sup>

La estructura de la clasificación de instituciones de salud, fue actualizada tomando como eje rector la sistematización y organización del tipo de instituciones de salud, sean éstas públicas o privadas, e identificando dentro de las primeras a las instituciones de salud y seguridad social, así como a las que ofrecen exclusivamente servicios de salud, ésto con la finalidad de identificar desde la propia clasificación de las instituciones de salud públicas, aquellas que brindan servicios a población derechohabiente y las que ofrecen servicios a la población abierta.

La estructura definida tiene como objetivo servir de base para la clasificación de la información relativa a las instituciones y servicios de salud a que tienen derecho, acceden o acuden las personas para prevenir o atender su salud. El contenido de la clasificación de instituciones de salud, en el caso de las unidades médicas públicas, fue integrado con los directorios y bases de datos de las unidades médicas de cada institución de salud pública actualizadas al 2004, que fueron proporcionados por la Dirección de Sistemas de Información de Servicios de Salud, dependiente de la Secretaría de Salud. Dicha información fue complementada y validada con los directorios y bases de datos de las unidades médicas proporcionadas por el ISSSTE, el IMSS, Oportunidades y Petróleos Mexicanos.

El proceso de actualización de las unidades médicas de las instituciones de salud públicas en general, fue llevado a cabo respetando los nombres oficiales de las unidades médicas y realizando las adecuaciones necesarias para identificar a cada unidad médica, principalmente omitiendo el uso de claves asignadas por cada institución para identificar a sus unidades médicas, las cuales difícilmente son conocidas por los usuarios de dichos servicios.

En relación con las unidades médicas privadas, el clasificador fue actualizado con base en el listado de unidades médicas privadas obtenido del Censo Económico 2004 y la base de datos de las Unidades Médicas Privadas con Servicio de Hospitalización, que se integra con la información del formato PEC-6-20-A.

<sup>87</sup> Lectura del INEGI que abarca de la página 1 a la 29.

También se llevó a cabo una investigación en las páginas de internet de los gobiernos estatales y por teléfono en las representaciones de los estados ubicadas en el Distrito Federal, así como en las instituciones de salud y/o seguridad social de los propios estados, para actualizar la información relativa a los servicios médicos proporcionados de manera directa, o a través de servicios subrogados por los gobiernos estatales a sus empleados.

### Objetivo

La clasificación de Instituciones de salud fue elaborada con la finalidad de orientar y facilitar la codificación manual de las descripciones que aparecen en las opciones abiertas de las preguntas de la derechohabencia al servicio médico, aunque también resulta útil para la codificación de información sobre uso de servicios de salud o acceso a servicios médicos.

### Antecedentes

En la elaboración de la primera versión del Clasificador de Instituciones de Salud, se solicitó el apoyo de diversas dependencias de salud como son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud. También se consultó el Directorio de Establecimientos Médicos generado por el Censo Económico de 1994, y durante el proceso de codificación de la Encuesta del Conteo de Población y Vivienda (INEGI) 1995, en las coordinaciones estatales del INEGI, se realizó una investigación en la entidad sobre las instituciones de salud que tenían convenio con empresas privadas, así como de las instituciones de salud pertenecientes a instituciones de educación superior.

A partir de la información recopilada por el Conteo de Población y Vivienda 1995 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, fue revisado y actualizado el listado de unidades médicas, asimismo se incluyeron algunas claves para ser utilizadas en la codificación de las preguntas referentes a los temas de anticoncepción y salud materno infantil. En el conteo de población y vivienda 2005, como parte de las características generales de la población, fue considerada la recopilación de información sobre derechohabencia a servicio de salud con varias opciones precodificadas y una abierta, para cuya codificación fue revisada

la estructura y contenido, y actualizado el clasificador de instituciones de salud utilizado en el censo del 2000, dando así origen a la Clasificación de Instituciones de Salud 2005.

## Estructura de la clasificación

La estructura de la clasificación de instituciones de salud está organizada en varios niveles, el primer nivel corresponde al grupo que identifica el sector al que pertenecen las instituciones de salud; el segundo nivel corresponde a la clase de instituciones; el tercer nivel es la subclase con la que se identifica el tipo de instituciones de salud y/o seguridad social, públicas o privadas; y el cuarto y último nivel son los tipos de unidades médicas.

### Grupo

El primer nivel de la estructura de la Clasificación de Instituciones de Salud está conformada por un total de 6 grupos. El grupo se identifica por el primer dígito, de izquierda a derecha, de la clave numérica de la Clasificación de Instituciones de Salud. La clave y el nombre del grupo son los siguientes:

Clave	Grupo
1	Instituciones de salud del sector público
2	Instituciones de salud del sector privado
3	Aseguradoras, bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos
4	Instituciones de salud del resto del mundo
5	Descripciones para no derechohabencia
9	Derechohabencia no especificada

### Clase de instituciones

El segundo nivel de la estructura de la clasificación de instituciones de salud está conformada por un total de 10 clases de instituciones. La clase de instituciones se identifica por los primeros dos dígitos, de izquierda a derecha, de la clave numérica

de la clasificación de instituciones de salud. La clave y el nombre de las clases de instituciones son las siguientes:

Clave	Grupo
11	Instituciones de salud y de seguridad pública
12	Instituciones de salud públicas
19	Otro tipo de instituciones y programas de salud pública o seguridad social
21	Instituciones de salud privadas que brindan servicios subrogados
22	Instituciones de salud
31	Aseguradoras, bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos
41	Instituciones de salud privadas de estados unidos y otros países
51	Descripciones para no derechohabencia
91	Institución de derechohabencia no especificada
92	Condición de derechohabencia no especificada

### Subclase de instituciones

El tercer nivel de la estructura de la clasificación de instituciones de salud está conformada por un total de 21 subclases. La subclase de instituciones se identifica por los primeros tres dígitos, de izquierda a derecha, de la clave numérica de la clasificación de instituciones de salud. La clave y el nombre de la subclase de instituciones son los siguientes:

Clave	Subclase instituciones
111	Instituto mexicano del seguro social (IMSS)
112	Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE)
113	Instituciones de salud y/o seguridad social de los gobiernos estatales
114	Instituciones de salud de petróleos mexicanos (PEMEX)
115	Instituciones de salud de la secretaría de la defensa nacional (SEDENA)
116	Instituciones de salud de la secretaría de marina (SEMAR)

Clave	Subclase instituciones
119	Otras instituciones de salud y seguridad social
121	Secretaría de salud (SSA)
122	IMSS oportunidades
123	Unidades médicas del sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (SNDIF)
129	Otro tipo de instituciones de salud públicas
191	Otro tipo de instituciones y programas de salud públicas o seguridad social
211	Instituciones de salud privadas que brindan servicios médicos subrogados
221	Instituciones de salud pública
222	Instituciones privadas de beneficencia
229	Otro tipo de instituciones de salud privadas
311	Aseguradoras, bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos
411	Instituciones de salud de estados unidos y otros países
511	Descripciones para no derechohabencia
911	Institución de derechohabencia no especificada
921	Condición de derechohabencia no especificada

## Tipo de unidades médicas

El cuarto nivel de la estructura de la clasificación de instituciones de salud está conformada por un total de 45 tipos de unidades médicas en que se dividen las diferentes subclases de instituciones de salud. El tipo de unidad médica se identifica por los cuatro dígitos de la clave numérica de la clasificación de instituciones de salud.

Clave	Grupo
1111	Unidades o clínicas de medicina familiar del imss
1112	Hospitales y centros médicos del imss
1119	Otras descripciones o tipos de unidades médicas del imss

La clasificación de Instituciones de salud por entidad federativa contiene alrededor de 18,000 descripciones de unidades médicas públicas y privadas. Dicho listado está actualizado en el caso de las instituciones de salud públicas hasta el año 2004 y en algunos casos a 2005, mientras que el de las instituciones privadas es hasta el año 2003.

### **Descripción del contenido de la clasificación de instituciones de salud**

#### *Grupo 1 Instituciones de Salud del Sector Público*

Este grupo comprende a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente y no derechohabiente.

#### *Clase 11 Instituciones de Salud y Seguridad Social*

Esta clase comprende a todas las instituciones de salud y/o seguridad social pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente, como resultado de una prestación laboral al trabajador, por ser pensionado o jubilado, o ser un familiar beneficiario.

#### *Subclase 111 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*

Esta subclase comprende a todas las unidades de medicina familiar, hospitales y centros médicos, pertenecientes al IMSS. Se excluyen las unidades médicas del IMSS-Oportunidades que se clasifican en la subclase 122, ya que brindan servicios exclusivamente a población no derechohabiente.

#### *Subclase 112 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*

Esta subclase comprende a todas las clínicas de medicina familiar, hospitales y centros médicos pertenecientes al ISSSTE.

Ahora....

Ésta es información antigua, del 2005, la consideramos porque son de una lectura obligatoria del programa.

En un acercamiento con datos más contemporáneos, tenemos por ejemplo los porcentajes que en 2020 presentaba la población en su condición de derechohabiente:

- 51 % para el IMSS;
- 35.5 % para el Instituto de Salud para el Bienestar (el INSABI que sustituyó al Seguro Popular);
- 8.8 % para el ISSSTE;
- 2.8 % para instituciones privadas;
- 1.3 % Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina;
- 1.2 % para otras instituciones;
- Y 1.0 % para IMSS Bienestar.<sup>88</sup>

De acuerdo al Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP)...

“Cada institución tiene distintos servicios que incluyen salud preventiva, higiene, nutrición, servicios curativos, hospitalarios y de especialidades, entre otros.

De igual manera, cada institución establece diferentes requisitos para extender los beneficios a familiares y cónyuges.

Por lo general, se da mayor protección a los niños y embarazadas con paquetes especiales.

El financiamiento es distinto en cada institución. En algunos casos, el gobierno es el único encargado de aportar recursos para los servicios de salud como en IMSS-Prospera y Pemex. En otros casos, los beneficiarios contribuyen con una cuota por los servicios de salud como en el IMSS, ISSSTE, SP y el ISSFAM.

<sup>88</sup> Información sobre derechohabiente extraída de la página del INEGI; revisada del siguiente enlace el 11 de octubre del 2021: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiente/#>

El nivel de atención médica es mayor en la zona norte y menor en la zona sur.

Las enfermedades que más se tratan en todas las instituciones son las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y las infecciones de vías urinarias.

Problemas de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tienen mayor atención médica en la zona norte, y la amebiasis intestinal es más tratada en la zona sur.

Las instituciones privadas de seguros ofrecen protección de salud con base en las cláusulas que están contenidas en los contratos de distintos productos que hay en el mercado y que se financian dependiendo de variables sociodemográficas, hábitos de salud y del riesgo que el asegurado quiera correr.”<sup>89</sup>

Con base a estas líneas, existen diversas instancias para distintos sectores y problemáticas.

En cuanto al financiamiento de las instancias sanitarias gubernamentales, hay un problema, una constante del régimen obradorista: el subejercicio.

¿Qué es el subejercicio?

Ana García lo explica del siguiente modo...

“Se conoce como subejercicio del gasto público a todos los recursos que resultan de restar el gasto observado al gasto programado por el gobierno.

Se habla de un subejercicio cuando alguna entidad pública no ha gastado lo que tenía autorizado para gastar en un ejercicio fiscal.

En la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) el subejercicio se define como “las disponibilidades presupuestarias que resultan, con base en el calendario de presupuesto, sin cumplir las metas contenidas en los programas o sin contar con el compromiso formal de su ejecución”.

El destino de los recursos públicos está especificado en el gasto programado de cada año. Periódicamente la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) publica en su reporte de finanzas y deuda pública las cifras de la evolución de los recursos ejercidos y su diferencia con la cifra que estaba programada.

<sup>89</sup> Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, Sistema Universal de Salud, p 25.

Cuando el gasto público observado es menor que el que estaba programado hay subejercicio.

La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos estipulan el destino de los recursos derivados del subejercicio y las sanciones de las que se hacen acreedores los funcionarios que ejercieron de manera inadecuada los recursos federales.

### **Las consecuencias del subejercicio**

Dinero no gastado debe ser devuelto a la Secretaría de Hacienda.

Así lo determina la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), que establece que si una entidad receptora de recursos públicos gasta menos de lo que tenía autorizado esos recursos deben ser devueltos. La Secretaría de Hacienda, entonces, puede redirigirlos los recursos a otros rubros.

La Secretaría de Hacienda tiene la obligación de reportar cómo fueron reasignados los recursos derivados del subejercicio por unidad responsable y por programa presupuestario, pero no puede ser cuestionada la reasignación.

Debe transparentar el destino, pero no argumentarlo.

Ahí radica una problemática de la existencia de subejercicios:

La posibilidad de transferir los recursos hacia otras prioridades de una administración.

Aunque en la teoría un subejercicio es responsabilidad de la unidad pública que lo ejerce, en la realidad también es posible que la Secretaría de Hacienda no esté entregando los recursos de manera oportuna.

Otra realidad que obstaculiza el ejercicio eficiente del gasto público es la existencia de recortes presupuestales y subejercicios simultáneamente. Algunas secretarías como la de Salud y la de Comunicaciones y Transportes experimentaron recortes importantes de recursos en el ejercicio del 2019 y en la evaluación del gasto observado hasta la mitad del año también registraron subejercicios más pronunciados de los recursos.

Los subejercicios pueden representar ahorros o sobreestimación del gasto. También pueden reflejar que cierta partida no es prioritaria para la gestión en turno.

El subejercicio del gasto público no puede calificarse sin contexto, pero podría mejorarse la claridad y el criterio con el que se destinan los recursos que no fueron utilizados.

El subejercicio puede impactar de manera negativa especialmente si se efectúa en rubros fundamentales para el bienestar social.

En el rubro de la salud, por ejemplo, si se está ejerciendo un menor gasto del autorizado por retraso de transferencias está en juego la salud de la población mexicana, en términos de atención, de infraestructura en hospitales o de distribución de medicamentos.”<sup>90</sup>

Haciendo una inferencia, intuimos de las indicaciones por parte del representante del Ejecutivo, de que determinados proyectos federales, no gasten lo que les toca de presupuesto, con vistas a redirigir esos recursos a aquellos proyectos monumentales aunque de cuestionable eficiencia.

En el subejercicio, se dejan de utilizar recursos para cuestiones generales pero también vitales.

En las escuelas, por ejemplo, que amén de haber sido disminuidas en su presupuesto, también existen subejercicios, se dejan sin atender requerimientos para cuestiones administrativas y logísticas, pero también se deja de gastar en elementos vitales tales como acervos para bibliotecas, equipo de laboratorio, financiamiento para proyectos de investigación, y sueldos para renovación o especialización del personal docente.

Eso en educación, ¿qué pasa en salud?

Nos lo dice Campos y Balam...

“La Covid-19 nos agarra con un sistema de salud, por decir lo menos, débil; que se ha agravado año con año pues no ha estado dentro de las prioridades de los diferentes gobiernos.

Para 2020, de cada 100 pesos que el Gobierno programa en el presupuesto para infraestructura física pública, sólo tres pesos irán a salud. Peor aún: ni siquiera se ejercen completamente.

<sup>90</sup> García, ¿Qué es el Subejercicio del Gasto Público?, p 1.

Los datos del subejercicio en el financiamiento al desarrollo de infraestructura y equipamiento para los servicios públicos de salud en 2019 son demoledores. No se gastó el 65% del presupuesto.

El presupuesto aprobado en el presupuesto federal del año pasado ascendía a 17 mil 752 millones de pesos. Esto significa que 11 mil 510 millones de ese presupuesto aprobado no se gastaron.

La mayor parte del total del presupuesto no ejercido estaba asignado a programas o proyectos para la ampliación o remodelación de instalaciones y a la adquisición de equipo médico.

Distribución del subejercicio del gasto por tipo de programa-proyecto 2019:

- Equipo médico 37 %
- Ampliación o remodelación 36 %
- Adquisiciones 14 %
- Construcción 12 %
- Mantenimiento 1 %

Presupuesto aprobado vs pagado por institución 2019:

- Secretaría de Salud: monto aprobado 1,503; monto ejercido 790.
- Ramo 33: monto aprobado 2,402; monto ejercido 1,210.
- IMSS: monto aprobado 12,240; monto ejercido 3,935.
- ISSSTE: monto aprobado 1,607; monto ejercido 307.

Si bien el IMSS fue la institución que más gastó, su subejercicio fue igualmente brutal: una diferencia de 8,305 mdp versus el presupuesto aprobado (-68%).

El ISSSTE es la institución que tuvo el mayor subejercicio: 81% respecto a su presupuesto aprobado.

El gasto del Ramo 33, clasificado en proyectos de inversión en salud, tuvo un 50%, y la Secretaría de Salud, 47%. [...]

La mala capacidad instalada es un resultado de la mala gobernanza del gasto público. Los recursos dejan de asignarse a áreas prioritarias, amenazando el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos.

Hay una pobre ejecución de los proyectos de inversión durante el primer año de los gobiernos; lo hemos visto con los dos anteriores.”<sup>91</sup>

Entonces, es sabido que en Salud se gasta muy poco del Producto Interno Bruto.

Es un hecho que para el ejercicio presupuestal 2021 es apenas el 2.7 % del PIB y 10.6 % del presupuesto total.<sup>92</sup>

Aparentemente aumenta, pero no es así, y tan no es así que hay contracción, disminución presupuestal:

- Para el IMSS (1.5 %), recorte aplicado para equipo e instrumental médico, e infraestructura.
- Para Secretaría de Salud, recorte para infraestructura.
- Para el ISSSTE, recorte en lo utilizado para personal e infraestructura.<sup>93</sup>

Pues bien, amén de esas reducciones, del porcentaje de presupuesto para Salud, lo que realmente se utiliza, es aún menos.

Eso se traduce en menos equipo de protección para trabajadores sanitarios, menos tecnologías para tratamientos, en poca remodelación y en nula ampliación.

Y si de por sí ya eran insuficientes los recursos, con la pandemia se acentuó la problemática.

Para cerrar:

Exceptuando aquellos sectores fanáticos que afirman que “el virus no existe”, o que “ya se acabó la pandemia”, la mayoría ya hemos tenido en nuestros círculos familiares o laborales, enfermos y muertos, y hemos podido dar vistazos a la saturación de las instalaciones, y a la falta de equipamiento para el personal sanitario.

<sup>91</sup> Campos y Balam, Infraestructura Hospitalaria.

<sup>92</sup> Nota informativa de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, de donde se extrajeron los datos sobre porcentaje del PIB y del presupuesto total del 2021, dedicados a la salud. Revisado el 11 de octubre del 2021 en el siguiente enlace: <https://codigof.mx/presupuesto-publico-para-salud-2021/>

<sup>93</sup> Méndez y Llanos, Presupuesto para Salud 2021, p 2.

Si supuestamente hay recursos, pero las instalaciones no tienen mantenimiento o ampliación, y el personal no tiene equipo, no hay misterio: hay un subejercicio injusto, deliberado, con fines utilitarios o populistas.

No hay ningún misterio.

### Referencias

Campos, M., y Balam, X. (2020). *Infraestructura hospitalaria: debilidad extrema*. México: México Evalúa.

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2018). *Sistema Universal de Salud. Retos de Cobertura y Financiamiento*. México: CIEP.

García, A. (2019). *¿Qué es el Subejercicio del Gasto Público?* México: El economista.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2005). *Clasificación de instituciones de salud*. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

Méndez, J., y Llanos, A. (2021). *Presupuesto para Salud 2021: Prioridad en la creación de plazas médicas*. México: Centro de Investigaciones Económica y Presupuestaria.

<https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-2021-prioridad-en-la-creacion-de-plazas-medicas/>

Documento del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, de donde extrajimos los datos sobre la reducción de recursos federales destinados a la salud. Revisado el 11 de octubre del 2021.

<https://codigof.mx/presupuesto-publico-para-salud-2021/>

Nota informativa de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, de donde se extrajeron los datos sobre porcentaje del PIB y del presupuesto total del 2021, dedicados a la salud. Revisado el 11 de octubre del 2021.

<https://www.economista.com.mx/economia/Que-es-el-subejercicio-del-gasto-publico-20190909-0066.html>

Versión electrónica del texto de García en torno al subejercicio, revisado el 11 de octubre del 2021.

<https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/#>

Información del INEGI sobre los porcentajes de derechohabiencia al sistema de salud, hasta el 2020; revisada el 11 de octubre del 2021.

<https://www.mexicoevalua.org/la-infraestructura-hospitalaria-debilidad-extrema/>

Versión electrónica del texto de Campos y Balam sobre el subejercicio en las instituciones sanitarias durante el 2020; revisado el 11 de octubre del 2021.

<https://saludenmexico.ciep.mx/images/sistema-universal-de-salud.pdf>

Versión electrónica del texto del CIEP “Sistema Universal de Salud”, revisado el 11 de octubre del 2021.

## UNIDAD 1, SEMANA 16, LECTURA 14

### Desempeño del sector privado de la salud en México<sup>94</sup>

#### Introducción

El creciente dominio del Estado sobre las instituciones de salud que amparan a los distintos sectores de la población, dejó de lado al sector privado<sup>95</sup>. Durante muchos años se restó la importancia de éste en el cuidado de la salud.

El sector privado puede definirse como el conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en el campo de la salud con bienes de propiedad particular. Desde la década de los setenta, la medicina privada ha fortalecido su capacidad para prestar servicios, mediante más y mejor infraestructura y financiamiento, aunque obviamente éste crecimiento está asociado directamente con el gasto del bolsillo del consumidor.

En el año 2000 había ya 97.4 millones de mexicanos<sup>96</sup>, 43% de los cuales tenían derecho a los servicios de seguridad social; el resto utilizaba otros servicios públicos y privados.

Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de 1994 refiere que una tercera parte de la población mexicana ya acudía a servicios de salud en el primer nivel de atención de la medicina privada. A su vez, la ENSA del 2000 señaló que la medicina privada atendió a 27% de la población mexicana, de ese total, 35% era derechohabiente de alguna institución. Muy cerca están los datos de la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México de 2000, cuyos resultados

<sup>94</sup> Lectura de Zurita y Ramírez, de la página 153 a la 160.

<sup>95</sup> Situación que se ha modificado, porque tanto en los rubros educativos como sanitarios, el Estado ha permitido la participación cada vez mayor de sectores privados.

Situación complicada: se proporcionan servicios privados para aquellos que no alcanzan a acceder a los servicios públicos. Pero no obstante, se sigue pagando impuestos aunque no se acceda a educación o salud gubernamental.

<sup>96</sup> Este dato ha cambiado, para el 2020, hay 126, 014, 024 habitantes en México, de acuerdo al censo del INEGI.

Información revisada el 21 de noviembre del 2021, extraída del siguiente enlace:  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf)

señalan que 32% de la población mayor de 18 años utilizó servicios privados en el año previo a la encuesta.<sup>97</sup>

### La magnitud de la participación de la medicina no gubernamental

Si se compara la información de 1995 y 1999 acerca de la infraestructura por número de camas, se aprecia un crecimiento de 10%, sobre todo en unidades de menos de 15 camas y de corta estancia, a la vez que se percibe una reducción de 27% en unidades de más de 15 camas, lo cual significa que en este periodo el sector privado perdió 3,255 camas censables.

En el país, el crecimiento del sector privado de la medicina es heterogéneo. En general, entre 1995 y 1999 se fragmentó más la atención, ya que aumentaron las unidades de menos de 15 camas.

En general, la infraestructura hospitalaria que posee el sector privado es menor que la del sector público. Sin embargo, al comparar la ocupación hospitalaria de ambos sectores, se observa que por ejemplo, en el IMSS todas las camas son utilizadas a su máxima capacidad. La Secretaría de Salud de Guanajuato contaba con 908 camas, que en ese año tuvieron una ocupación en promedio de 61% por lo cual, en función de una ocupación deseable de 80% hubo un excedente de 188 camas. En tanto, los hospitales del sector privado, con más de 50 unidades y 359 camas, manifestaron una ocupación de 35%, lo que indica una disponibilidad de 204 camas. Con esta distribución de infraestructura hospitalaria y un mejoramiento de la calidad en los servicios, se puede incrementar la oportunidad de la atención.

En el periodo de 1995 a 1999 el número de médicos en el sector público creció 11% (15,725 plazas más) y el número de médicos especialistas aumentó 25% (11,160 plazas más); en el sector privado, la cantidad de médicos aumentó 7% (4,227 plazas más), aunque sólo 2% de esos sitios fueron para médicos especialistas (1,108).<sup>98</sup>

---

<sup>97</sup> Con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2018-2019, del total de consultas reportadas, 56.8 % fueron proporcionadas en el sector público, y 43.2 % en el sector privado. (pp 57-58).

Información revisada el 21 de noviembre del 2021, y extraída del siguiente enlace: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)

<sup>98</sup> Para el 2019, se considera un total de 90,784 médicos en el sector privado, de acuerdo a la

Respecto del personal de enfermería, en 1995 el sector público reportó un total de 168,170 plazas, la mayoría en el IMSS (43%) y en la SSA (30%). En este mismo sector, seis de cada diez enfermeras eran generales y/o especialistas.<sup>99</sup>

En el sector privado, donde se registraron 27,461 enfermeras, cuatro de cada diez de ellas eran generales y especialistas. En ese año, el sector privado empleó a 14% del total de enfermeras del sistema de salud.

En 1999, el empleo de enfermeras en este sector aumentó sólo 6% (para un total de 29,365). Llama la atención que se contraten más enfermeras generales y especialistas (18,535) que auxiliares (10,830).

En 1999 el sector privado atendió 49,342 partos, lo que representó 24% del total de los nacimientos en el Distrito Federal. De 1995 a 1999, la medicina privada aumentó su demanda de atención por parto en 75%.

Llama la atención que dentro del sector público las instituciones que proporcionan mayor número de consultas por especialidad sean el ISSSTE, PEMEX y las Secretarías de la Defensa Nacional y Marina (24%, 36%, 35%, respectivamente). Es decir, el sector privado concede cuatro veces más consultas de especialidad que las instituciones públicas para no asegurados, y tres veces más que aquellas para asegurados.

El tipo de consulta es diferente en cada sector: en el privado predominan las visitas al pediatra y al ginecólogo (25% cada una); sus consultas en medicina interna (11%), cirugía (8%) y en las subespecialidades, como ortopedia, reumatología, etcétera, suman en conjunto 31% (1,285,973).

En contraste, en el sector público del total de consultas de especialidades (35.1 millones), sólo 12% fue de pediatría, 13% de ginecoobstetricia, 8% de cirugía, 9% de medicina interna y el resto de otras ramas de la medicina. Además las instituciones públicas para asegurados otorgan casi tres veces más consultas de especialidades

---

Estadística de Salud en Establecimientos Particulares 2018, generada a partir de la información de 2,863 establecimientos de salud. (p 3).

Y para el 2020, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, se cuenta con 2,862 establecimientos particulares de salud.

Información revisada el 21 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace:

<https://www.inegi.org.mx/temas/recursospriv/>

<sup>99</sup> Para el 2015, en el sector público, enfermería tenía un total de 315, 042 elementos, de ellas siendo especialistas 33, 125. Esto con base a los datos del Instituto Nacional de Salud Pública, en la página 82.

que las instituciones para no asegurados. No obstante, la distribución de las consultas de especialidad en las instituciones para no asegurados es casi dos veces más para consultas de pediatría (17% contra 10%) y cirugía (13% contra 7%) que en las instituciones para asegurados.

Ahora bien, hay otras dos dimensiones para medir la participación no gubernamental.

Uno es la contribución de los hogares en el financiamiento de los servicios de salud, y la otra, el gasto en salud en instituciones privadas. Porcentaje de los recursos generados, que van ya sea a financiar los costos de la salud pública que no se incluyen en la dinámica laboral, o solventar los gastos de salud en una institución particular.

En el estudio de las Cuentas Nacionales de Salud, elaborado por FUNSALUD, en el periodo de 1992 a 1998 se observó un incremento de la participación de la medicina privada, a partir de un decremento de la medicina gubernamental, en especial después de la crisis económica de 1995.

En 1995 (año de crisis económica), hubo un descenso del gasto en el sector privado y se mantuvo el público; sin embargo en dólares, el gasto en salud descendió a poco más de la mitad con relación al año previo (8,663 millones de dólares). De 1996 a 1998 se vio una pronta recuperación de este sector, y para 1998 representó 54% del gasto total, lo que significó 117,398 millones de pesos (12,858 millones de dólares).<sup>100</sup>

<sup>100</sup> Las principales crisis económicas que se dieron en la segunda mitad del siglo XX, son:

- Con José López Portillo en 1982 (PIB -1.3 y -4.2);

- Con Carlos Salinas de Gortari en 1995 (PIB -6.2);

- Con Felipe Calderón en el 2008 (PIB -0.6 y -8);

- Y ahora en el siglo XXI, en el segundo trimestre del 2020, con la 4T (PIB -17.1 respecto al trimestre previo, y un -18.7 respecto a igual trimestre del 2019).

Cfr. Camberos y Bracamontes, Las Crisis Económicas, p 225; y datos del INEGI del 2020 sobre el PIB, ubicados el 21 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace:

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/pib\\_pconst/pib\\_pconst2020\\_08.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/pib_pconst/pib_pconst2020_08.pdf)

Recesión que afecta palpablemente la capacidad de ahorro y el poder adquisitivo, amén del alza de las tasas de interés y la baja de los rendimientos: se gana poco y alcanza para poco, sin que los impuestos y servicios dejen de pagarse y subir.

Claro que lo peor sucede con la pérdida de empleos, siendo las clases medias-bajas y bajas, las más afectadas al no tener capital de reserva, ni fuentes adquisitivas alternas o complementarias.

Pregúntenle a sus padres por ejemplo, cuántos de ellos tuvieron qué refinanciar créditos y deudas tras el 95.

Para 1995 la contribución de los hogares se incrementó en 19 puntos, hasta llegar a 64% (casi 64 millones de pesos). En 1998 los hogares duplicaron el gasto, debido a lo cual contribuyeron con 58% del gasto total en salud (126,000 millones de pesos).

### ¿Cómo gastan su dinero los hogares?

Los copagos a instituciones públicas significaron 5%, y el gasto en seguros médicos privados el 1% restante. Para 1998, el gasto del bolsillo aumentó en 16% más (115,804 millones de pesos), a pesar de la reducción de 5% en las contribuciones a la seguridad social. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1996, en promedio los hogares destinan a gastos en salud 3% del total de su ingreso. El gasto de los hogares en general se concentra en consultas y medicamentos, y en menor proporción en hospitalización, en tratamientos dentales y en la adquisición de ortesis, prótesis y rehabilitación. Para la atención ambulatoria, el gasto fue cercano a 40%.

La proporción del gasto dedicado a medicamentos es cercana a 30%. El gasto es regresivo, ya que los hogares de menores ingresos gastan dos veces más en este rubro que los de los últimos dos deciles. El gasto en medicamentos aumentó 40% más entre 1994 y 1996 (de 4,000 millones a 6,500 millones de pesos).

El gasto dedicado a la atención hospitalaria fue 25%, con una tendencia progresiva (menos de 10%). Por otro lado, las instituciones privadas recibieron alrededor de 41% del gasto total en salud, que en 1994 representó 10,865 millones de dólares: 25% en farmacias y 75% en atención médica. Con la crisis económica de esos años, la participación del sector privado se incrementó 16 puntos, con lo que llegó a ser de 57% del gasto total en salud, en comparación con el gasto público. Asimismo, de 1995 a 1998 el gasto en farmacias aumentó 18%, y el correspondiente a la atención médica disminuyó 24%.

### Regulación

El crecimiento del sector privado no ha sido planeado ni regulado, y se generó aprovechando la sobreoferta de médicos de los años ochenta. La SSA ha creado iniciativas de regulación para todos los servicios, entre ellos los del sector privado,

como es el caso de la certificación de especialistas, dirigida por la Academia Nacional de Medicina, y los consejos médicos, o la acreditación de hospitales, la cual se inició en 1990.

Como resultado de la mayor regulación, es posible mejorar la coparticipación entre instituciones y generar alternativas para la prestación de servicios de salud.

La transformación más importante es la que se ha originado en el aparato gubernamental.

El gobierno federal vía las secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de Salud, preocupado por la magnitud del gasto en instituciones privadas y la falta de regulación de éstas, en 1999 diseñó instrumentos para la regulación de este sector y puso reglas claras para que operaran las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES). Las ISES organizarán y administrarán la prestación de servicios de salud a través de prepagos privados y podrán otorgar directamente servicios, o contratar a médicos y hospitales.

En diciembre de 1999 se aprobaron modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo que dio formalidad a la creación de las ISES. Fortalecer la regulación del mercado privado no es tarea fácil, ya que se tienen que considerar varios factores:

- 1) Las imperfecciones del mercado;
- 2) Las imperfecciones del Estado;
- 3) Los intereses de los agentes (las aseguradoras, los hospitales y los médicos, entre otros).

Sin embargo, es natural que exista preocupación, en vista del incremento de la participación del sector privado; algunas de esas preocupaciones son:

- El grado de eficiencia que se logra con la competencia entre proveedores de servicios de salud.
- La capacidad y habilidad del gobierno para regular el sector privado.
- La posibilidad de generar mayor equidad con el aumento de la participación del sector privado, en especial en los servicios que actualmente son regresivos.
- El efecto en el fortalecimiento de los servicios públicos.

Además de los riesgos que implica la falta de regulación del mercado privado, puede haber altos costos derivados de la incertidumbre y la inseguridad económica y jurídica, así como de la operación de empresas irresponsables y faltas de seriedad en este sector.

Otros riesgos son la falta de transparencia que puede resultar en poca inversión y pobre desarrollo del sector salud gubernamental.

La gran mayoría de los modelos de mezcla pública-privada se ha enfocado a reducir los costos de la atención médica. Una de las razones de esta tendencia proviene de las demandas de los terceros pagadores, esto es, las empresas, el gobierno federal y los gobiernos estatales, los cuales buscan comprar servicios a precios más bajos.

Una presión adicional la constituyen los pacientes, quienes buscan la disponibilidad, el acceso y la confiabilidad de la atención médica.

Las experiencias vividas en otras naciones deben ser ejemplo para consolidar un modelo que prevea y tenga los menores errores posibles. El nuevo modelo de participación público-privada en México debe hacer énfasis en la prevención y la educación de pacientes, así como en el tratamiento de los enfermos sin tener incentivos financieros o monetarios directos para otorgarles o negarles la atención.

Una opción es tomar de todos los tratamientos que han demostrado su costo-efectividad, a fin de lograr los ahorros pretendidos.

Las decisiones clínicas deben ser neutrales con respecto al salario del médico. Es mejor fomentar la vigilancia de los procesos y la educación sobre las mejores prácticas, a fin de educar a los médicos y a todos los profesionales de la salud involucrados en la atención de la población.

Para concluir:

Como en el apartado anterior, se trata ésta de una lectura antigua, pero complementamos en pie de página con datos más actuales.

Para una revisión sobre cifras de recursos humanos y materiales de los establecimientos particulares de salud, revítese el siguiente enlace del Instituto Nacional de Estadística y Geografía:

<https://www.inegi.org.mx/temas/recursospriv/#Tabulados>

No olvidar que debemos protegernos contra esa estrategia de desinformación y manipulación, que se enfoca en patologizar y culpabilizar a profesionistas, instituciones, gremios y capitales privados, en lugar de asumir responsabilidades federales por la acción o inacción.

### Referencias

Camberos, M., y Bracamontes, J. (2015). *Las crisis económicas y sus efectos en el mercado de trabajo, en la desigualdad y en la pobreza de México*. México: Contaduría y Administración.

Versión electrónica revisada el 21 de noviembre del 2021 en el siguiente enlace:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/cya/v60s2/0186-1042-cya-60-s2-00219.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Censo de población y vivienda 2020*. México: INEGI.

Para una versión electrónica del censo 2020, chéquese el siguiente enlace, revisado el 21 de noviembre del 2021:

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Estadística en salud en establecimientos particulares 2018 generada a partir de información de 2,863 establecimientos de salud*. México: INEGI.

Para la versión electrónica sobre los datos en servicio de salud privado, ubicados el 21 de noviembre del 2021, revítese el siguiente enlace:

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/EstadisticaSalud2019\\_09.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/EstadisticaSalud2019_09.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Estadísticas de Salud en establecimientos particulares*. México: INEGI.

Para una versión electrónica de los datos del 2020 sobre el número de establecimientos sanitarios privados, chéquese el siguiente enlace, revisado el 12 de octubre del 2021:

<https://www.inegi.org.mx/temas/recursospriv/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Producto Interno Bruto de México durante el segundo trimestre de 2020*. México: INEGI.

Para la versión electrónica sobre el PIB, revítese el siguiente enlace ubicado el 21 de noviembre del 2021:

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/pib\\_pconst/pib\\_pconst2020\\_08.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/pib_pconst/pib_pconst2020_08.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Sector Privado. Información referente a los servicios, los recursos humanos y materiales, la morbilidad y mortalidad hospitalaria que proporcionan los establecimientos particulares de salud*. México: INEGI.

Para la versión electrónica de esos datos, revítese el siguiente enlace, ubicado el 12 de octubre del 2021:

<https://www.inegi.org.mx/temas/recursospriv/#Tabulados>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). *Brechas en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el sistema nacional de salud. Informe final*. México: INSP.

Para una versión electrónica sobre los datos del personal médico y de enfermería, revítese el siguiente enlace, ubicado el 21 de noviembre del 2021:

[http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas\\_medico\\_enf\\_esp.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas_medico_enf_esp.pdf)

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales*. México: INSP.

Para una versión electrónica sobre los datos de atención sanitaria pública y privada, revítese el siguiente enlace, ubicado el 21 de noviembre del 2021:

[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)

Zurita, B., y Ramírez, T. (2003). *Desempeño del sector privado de la salud en México*. México: Caleidoscopio de la salud.

## UNIDAD 1, SEMANA 17, LECTURA 15

### Desempeño de las instituciones públicas de salud<sup>101</sup>

El sistema mexicano de salud se ha caracterizado tradicionalmente por contar con varios subsistemas. Esta fragmentación tiene su origen en el acto fundacional del sistema de salud. En 1943 se crea por un lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y por el otro, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud.

El IMSS respondía a la necesidad de atender a la población derechohabiente; por su parte, Salubridad y Asistencia asumió la responsabilidad de atender a la población “no derechohabiente”, concepto éste último que durante décadas evidenció la iniquidad en el ejercicio del derecho a la atención a la salud.

La multiplicidad de instituciones se acentuó con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fundado en 1960, y el Programa IMSS-Coplamar creado en 1979.

Adicionalmente se habían creado servicios especiales para la atención de los miembros de las fuerzas armadas (ISSFAM) y para los trabajadores de PEMEX.

Aunque desde hace varios años el área de información de la Secretaría de Salud elabora una serie de boletines en los cuales se presenta información de carácter sensorial, es decir, que involucra a todas las instituciones del sistema, estos boletines suelen ser consultados únicamente por las personas directamente involucradas en el monitoreo del sistema institucional respectivo. Además estos informes no pueden ser exhaustivos, por lo que mucha información de interés debe obtenerse mediante el análisis de bases de datos no fácilmente accesibles a la población general.

Aunque se contó con la colaboración de la mayor parte de los representantes institucionales, el objetivo de publicar información institucional en un marco comparativo no fue fácil de cumplir. Por un lado, se requería apresurar los tiempos

<sup>101</sup> Resumen de la página 120 a la 131, capítulo tercero “Desempeño de las Instituciones Públicas de Salud” del texto “Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas”.

de entrega de la información de las instituciones de salud. Este apartado, el capítulo III del texto “*Salud: México 2004*” describe el desempeño de las diferentes instituciones públicas de salud. Para lograr esta meta se contó con el apoyo de las áreas de información de cada una de ellas y con la colaboración de la Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud. También fue necesario llevar a cabo una encuesta que recogió respuestas de más de 18,000 usuarios sobre aspectos como la satisfacción con la atención, el trato recibido, y el abasto de medicamentos. El trabajo de campo de la encuesta quedó en manos del Instituto Nacional de Salud Pública.

### Mortalidad intrahospitalaria

Dos de cada tres muertes -aproximadamente-, ocurren en los servicios de salud, muchas de ellas en las unidades de urgencia.

*Salud: México 2004* presenta información sobre tres indicadores de mortalidad intrahospitalaria: mortalidad infantil, mortalidad materna y mortalidad en adultos mayores de 65 años.

Las cifras más recientes indican que más de 60% de las muertes infantiles ocurren antes de que se cumpla una semana de vida. Debido al porcentaje de muertes infantiles que ocurre fuera de los hospitales, la tasa de mortalidad infantil intrahospitalaria es notablemente más baja que la mortalidad total infantil observada.

Casi la mitad de las muertes maternas ocurren en la Secretaría de Salud, y la mayor parte de ellas ocurren a consecuencia de detecciones y tratamientos tardíos de diversas alteraciones. Por ello se ha iniciado un esfuerzo para dar seguimiento exhaustivo a cada uno de los fallecimientos con la finalidad de identificar los eventos críticos que desembocan en estas muertes. Las tres instituciones para las que se cuenta con información, presentan tasas de alrededor de 95 muertes por 1,000 egresos de personas mayores de 65 años. Para mejorar la calidad de análisis de la mortalidad en este grupo, es necesario contar con herramientas que permitan equilibrar las comparaciones de acuerdo con la gravedad del padecimiento principal y considerando también los padecimientos asociados.<sup>102</sup>

<sup>102</sup> Al buscar actualizar los datos de mortalidad intrahospitalaria en instituciones gubernamentales, nos encontramos con una desagradable sorpresa:

## Productividad y disponibilidad de recursos

### Productividad

Las cifras de consultas por consultorio reflejan de manera clara la saturación de los servicios de primer nivel en el IMSS.

A pesar de un ligero descenso en el último año, los datos proporcionados por esta institución indican que diariamente se llevan a cabo casi 30 consultas por consultorio, cifra que prácticamente duplica la de cualquier otra institución.

La elevada relación entre cirugías y quirófanos en el programa IMSS-Oportunidades puede explicarse desde otro punto de vista, sin descuidar el hecho de que también

---

Los datos no siempre están disponibles, no están claros, no siempre son específicos, no siempre están a la mano.

Están cifras aparecen en no pocas ocasiones solo de manera general, en instituciones sanitarias gubernamentales.

Los datos de servicios sanitarios privados sí están especificados, pero no siempre los de gobierno.

En ocasiones sólo se proporcionan los datos totales, pero sin especificar.

Al respecto, véase el siguiente enlace del INEGI, donde se marca la mortalidad general y el sitio de ocurrencia de la defunción; dan el dato total, y en *Otros Lugares* (hogar y otros no especificados), pero solo dan el concentrado total como “Unidad Médica”, no especifican si es ISSSTE, SEMAR, IMSS u otro.

[https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144)

Este enlace fue revisado el 21 de marzo del 2021.

De 1990 a 2001, no están especificados.

Del 2002 a 2003 se especifican de SSA, IMSS, ISSSTE y PEMEX, pero no de PEMEX, SEDENA y SEMAR. Al respecto revítese el siguiente enlace:

[https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144)

Del 2004 al 2020 sí están especificados; revisar el siguiente enlace:

[https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144)

Como medida complementaria, para acceder a los datos en caso de cambio en los links de INEGI, revítese la siguiente dirección:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1kfTSIW6yeodU8AvfngVsfPz6IDohvXWN/edit?usp=sharing&ouid=100347440558854824633&rtfpof=true&sd=true>

El dato total de defunción en 2018 fue: 722,611.

De 2019: 747,784.

Del 2020: 1,086,743.

Otro ejemplo de esto se encuentra en la página 105 del “Informe de Autoevaluación del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020 del Hospital Juárez de México”, donde sólo proporcionan porcentajes de su mortalidad hospitalaria.

Información revisada en el siguiente enlace, ubicada el 21 de noviembre del 2021.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628286/ANEXO\\_DPE\\_DEDI\\_019\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628286/ANEXO_DPE_DEDI_019_2021.pdf)

en este indicador el IMSS tiene cifras altas de productividad. Considerando la disponibilidad de recursos físicos y el perfil de la población que atiende dicho programa, es probable que su cifra se deba más a una escasez de quirófanos que a una demanda excesiva de servicios. A diferencia de los servicios del IMSS y del Programa IMSS-Oportunidades, que manejan cifras de cuatro cirugías diarias por quirófano, en los servicios de salud de PEMEX sólo se ejecutan, en promedio, 1.5 cirugías diarias.<sup>103</sup>

### Poblaciones

La discusión de los indicadores de disponibilidad, al igual que la del gasto per cápita, requiere de una aclaración importante. Aunque varios de los indicadores presentados en *Salud: México 2004* son estimaciones, existe una clara preferencia por presentar información oficial consolidada o al menos resultados de estimaciones que no entren en conflicto con las cifras oficiales. En el caso particular del IMSS, las autoridades de esas instituciones se han esforzado en dar mayor sustento a sus cifras, lo que ha reducido en algunos millones el número total de población derechohabiente de esta institución.

<sup>103</sup> Con relación a la reanudación de actividades, con el cambio de semáforo epidemiológico que se dio en octubre del 2021, el IMSS informó...

*“Con la “Estrategia 120 días por un solo IMSS”, del 1 de abril al 17 de octubre del 2021 se han efectuado 610 mil 241 cirugías, ocho millones 469 mil 886 consultas de especialidad y 45 millones 546 mil 869 consultas de medicina familiar*

*Para la prevención de enfermedades crónicas, se han efectuado tres millones 473 mil 885 detecciones de diabetes, siete millones 300 mil 487 de Hipertensión, un millón 271 mil 814 de cáncer y dos millones 516 mil 650 detecciones de cáncer de mama por exploración física, además de 673 mil 230 mastografías.*

*En lo que va del año se han efectuado mil 263 trasplantes, de los cuales 571 son de riñón, 483 de córnea, 157 de médula ósea, 40 de riñón 12 de corazón.*

*La cifra global de la recuperación de los servicios representa 76.1 por ciento de la productividad anual, ya que desde el 1 de abril se han realizado un total de 69.8 millones de atenciones.”*

Aunado a eso, hizo el siguiente planeo...

*“El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) invita a las y los derechohabientes con cirugías, consultas y detecciones pendientes a participar en la 10ª Jornada de Recuperación de Servicios Médicos, actividad que es posible con la reducción de casos de COVID-19 y un escenario epidémico favorable en 31 entidades en color amarillo o verde.*

*La jornada se llevará a cabo del 29 al 31 de octubre, la meta es realizar 136 mil 236 atenciones, de las cuales 58 mil 283 serían consultas de Medicina Familiar y 16 mil 864 de especialidad; dos mil 779 Cirugías, 56 mil 876 detecciones y mil 434 estudios de diagnóstico y tratamiento. Se hará énfasis en la detección de cáncer de mama y cáncer cervicouterino, así como la detección del virus del VIH y de Hepatitis C, este último en el área metropolitana.”*

Información revisada el 21 de noviembre del 2021 en el siguiente enlace:

<https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202110/485>

En el caso del ISSSTE, además de que las cifras de esta institución están por arriba de lo que sugieren varias fuentes poblacionales, el factor de expansión utilizado para calcular la población derechohabiente a partir de los sujetos directamente asegurados, es casi el doble del factor que usa el IMSS y no hay una explicación clara sobre las razones de esta diferencia.

El programa IMSS-Oportunidades, por su parte, reporta oficialmente que atiende a 10.2 millones de personas. Sin embargo, si estas cifras se aceptaran sin discusión, se aceptaría implícitamente que la población que atiende esta institución es más sana que el promedio general, lo cual es poco plausible dado el perfil social de la población a la que atienden, ya que la relación de consultas y cirugías con la población es más baja que en otras instituciones.

Por estas razones, en *Salud: México 2004* se decidió utilizar como denominadores para los cálculos de los indicadores de disponibilidad de recursos -incluido el gasto per cápita institucional-, las poblaciones estimadas por la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, las cuales, básicamente, reducen la población de responsabilidad de las grandes instituciones de seguridad social y del programa IMSS-Oportunidades, e indirectamente, impactan en las cifras de población de la Secretaría de Salud. El efecto de estos denominadores es mínimo en el caso de los recursos físicos y humanos, pero es más perceptibles en el caso del gasto *per cápita*. Sería deseable que las posibles reacciones al uso de estas cifras incluyan la generación de acuerdos sobre las poblaciones, idealmente para generar censos nominales de población para cada institución, que permitan trabajar con cifras más precisas y acordes con las diversas evidencias existentes.<sup>104</sup>

<sup>104</sup> Recordemos que ese programa del Instituto Mexicano del Seguro Social ha ido cambiando de designación, el último de esos cambios de nomenclatura, en la administración obradorista. Al respecto señala el propio instituto...

“El Maestro Zoé Robledo aseguró que con IMSS-BIENESTAR se fortalece el nuevo pacto social para combatir la desigualdad que existe en el país, en el que se prioriza a los que menos tienen, “porque Primero los Pobres no es un lema, es un principio de este gobierno”.

Este programa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con un total de 4 mil 086 unidades médicas de las cuales 80 son hospitales rurales de segundo nivel, 3 mil 618 Unidades Médicas Rurales, 15 Unidades Médicas Urbanas, 143 Unidades Médicas Móviles, 46 Centros de Atención Rural Obstétrica y 184 Brigadas de salud. Además cuenta con 70 albergues comunitarios en donde se alojan a familiares de pacientes de escasos recursos.

IMSS-BIENESTAR tiene presencia en 19 entidades del país con más de 26 mil trabajadores entre médicos, enfermeras, paramédicos y administrativos, entre otros, para ofrecer servicios de salud a la población de comunidades marginadas y en pobreza.

En un día típico brinda 63 mil 902 consultas de las cuales 58 mil 357 son de medicina familiar, mil 449 de odontología, mil 650 de especialidades y 2 mil 446 urgencias. Asimismo, atiende 268 partos, realiza 258 cirugías y mil 76 estudios de Rayos X.

Adicionalmente, con el objetivo de acercar servicios médicos de tercer nivel a este segmento

### *Disponibilidad de recursos*

Los médicos son el recurso humano fundamental de todo sistema de salud.

Una adecuada disponibilidad de médicos significa que el médico tendría altas probabilidades de estar presente y disponible cuando sea requerido, pero para que eso sea completamente cierto, se requiere no sólo que la relación de médicos y población sea correcta, sino que la distribución espacial del recurso humano sea lo más equilibrada posible.

Una de las características de los servicios de salud en México es la concentración de recursos en las grandes urbes del país.

Así, la disponibilidad de médicos en la Ciudad de México, tanto de la seguridad social como de la Secretaría de Salud, es tres veces más alta que en el Estado de México.

Como elemento esencial del cuidado de los usuarios de servicios de salud, la enfermería también juega un papel fundamental en la asistencia sanitaria.

Finalmente, la disponibilidad de camas muestra un patrón similar al de los médicos: una alta concentración en la capital del país, mayor nivel de disponibilidad en PEMEX, y cifras particularmente bajas en el IMSS-Oportunidades.<sup>105</sup>

---

de la población, desde hace 23 años se llevan a cabo las Jornadas Quirúrgicas BIENESTAR, en las que especialistas del régimen ordinario del IMSS acuden a comunidades rurales para realizar estudios y operaciones en especialidades como Ginecología Oncológica, Oftalmología, Cirugía Reconstructiva, Cirugía Pediátrica y Urología.

Desde su creación, se han llevado a cabo 426 Jornadas en beneficio de 232 mil, 668 personas con la realización de 64 mil 126 procedimientos quirúrgicos.

IMSS-BIENESTAR surgió en 1979 como IMSS-COPLAMAR, mediante la firma de un convenio del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (COPLAMAR) para extender los servicios de salud a todo el territorio nacional.

A lo largo de su historia, cambió su nombre a IMSS-SOLIDARIDAD, IMSS-OPORTUNIDADES, IMSS-PROSPERA y finalmente IMSS-BIENESTAR que este 25 de mayo cumple 40 años de dar atención médica y medicamentos gratuitos a quienes más lo necesitan.”

Esta nota está fechada el 26 de mayo del 2019. En ella se señala también que son atendidas 13 millones de personas sin seguridad social.

Información ubicada el 21 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace:

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/134>

<sup>105</sup> Una información más actualizada sobre los recursos de las instituciones públicas de salud, del año 2018, se encuentra en el siguiente enlace, y es proporcionado por la Dirección General de Información de Salud; revisada el 21 de noviembre del 2021: <http://sinaiscap.salud.gob>.

## Calidad en la atención

Medir la calidad de los servicios de salud no es tarea sencilla. En última instancia, todas las actividades de las instituciones de salud, desde el diseño de los servicios hasta el comportamiento del personal de limpieza en las unidades, afectan la calidad de la atención.

Como una primera aproximación a la calidad de los servicios que prestan las diferentes instituciones públicas de salud, en éste capítulo III de “*Salud: México 2004*” se presenta información sobre el porcentaje de complicaciones y los días promedio de estancia hospitalaria en la atención de partos, cesáreas y colecistectomías.

Una gran cantidad de recursos de las instituciones de salud se dedican a la atención materna.

En la medida en que esta atención se proporciona con calidad, se reducen las posibles complicaciones y la estancia hospitalaria. Actualmente el parto vaginal es altamente seguro. El porcentaje de complicaciones es menor a 0.5% y la estancia hospitalaria es de un día como máximo, a menos que se presente alguna complicación, lo cual puede incrementar el promedio a 1.5 días.

Es destacable que el promedio de estancia hospitalaria en el IMSS es de apenas 0.4 días, cifra muy inferior a la de la Secretaría de Salud.

Los estándares internacionales, basados en los porcentajes con mejores cifras de mortalidad materna y neonatal, se han fijado en 15% de cesáreas.

En todas las instituciones de salud este porcentaje ha sido superado, aunque en el programa IMSS-Oportunidades, se mantiene por debajo de 20%.

Una de las críticas que se hace a los altos porcentajes de cesárea es que se pone en riesgo a las madres sin una justificación contundente.

---

[mx:8080/DGIS/#](#)

Los datos son los siguientes:

69,896 médicos generales y familiares; 94,603 médicos especialistas; alrededor de 10 mil odontólogos; 26,066 residentes; 144,784 enfermeras generales; 36,602 enfermeras especialistas; 104,853 auxiliares de enfermería; 139,581 camas totales, 89,562 hospitalarias y 50,019 en otras áreas; más de 21 mil unidades de atención ambulatoria; 1,395 Hospitales; 77,523 Consultorios; 4,162 Quirófanos; 72 Aceleradores lineales; 779 Mastógrafos; 86 Equipos de resonancia magnética; y 385 Tomógrafos.

Aunque esto es cierto, el porcentaje de complicaciones en las madres que sufren esta intervención también ha llegado a ser muy bajo. En el IMSS sólo ocurren complicaciones en siete de cada mil cesáreas, mientras que la cifra de la Secretaría de Salud es de 12 por cada 1,000.

La extracción de la vesícula biliar es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes.

Sólo en el IMSS y la Secretaría de Salud se realizaron casi 100,000 colecistectomías en 2004. Las complicaciones cuando se realizó este procedimiento se presentaron con una frecuencia de 2.8% en los servicios de la Secretaría y de 1.9% en el IMSS.

Las cirugías programadas permiten una adecuada preparación del paciente y una jerarquización de las prioridades quirúrgicas en las unidades.

Sin embargo, los prolongados tiempos de espera para cirugía generan molestia en el paciente, sobre todo cuando la cirugía termina siendo reprogramada.

La certificación de hospitales es un procedimiento de evaluación coordinado por el Consejo de Salubridad General, que se efectúa por evaluadores ajenos a la institución a la cual pertenece el hospital que se está evaluando.

Una buena proporción del gasto en salud de los hogares es atribuible a la compra de medicamentos.

A veces esto se debe a la automedicación, pero en otras ocasiones es producto de un surtimiento incompleto de la receta médica en las instituciones públicas.

Como era de esperarse, los porcentajes más altos de recetas surtidas de forma completa correspondieron al IMSS y al ISSSTE. En el extremo opuesto apareció la Secretaría de Salud, con 60% de recetas surtidas completamente. No obstante, la implantación del Seguro Popular está modificado rápidamente este patrón.

Entre los usuarios que están afiliados a este sistema, casi 80% obtuvo el surtimiento completo de sus recetas y sólo 15% tuvo que hacer un desembolso por medicamentos, contra 40% de los usuarios de la Secretaría que no están afiliados al Seguro Popular.<sup>106</sup>

<sup>106</sup> Como se sabe, el 29 de noviembre del 2019, se concretizó un decreto donde se desaparece el Seguro Popular y en su lugar se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI),

## Seguridad del paciente

Aunque en México no se cuenta con información regular que permita identificar las fortalezas y debilidades en la seguridad de las unidades médicas, diversas áreas de la Secretaría de Salud, en conjunción con autoridades hospitalarias, están definiendo los mecanismos para evaluar este importante dominio de la prestación de servicios.

Los resultados muestran que la mayor parte de los hospitales cuenta con personal calificado para la operación de los servicios de apoyo hospitalario; sin embargo, el porcentaje de unidades que cuentan con autorización de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, para la operación de estos servicios, es mucho menor.

## Gasto e inversión

El gasto per cápita institucional da una idea muy clara de la disponibilidad de los recursos financieros con que cuentan las instituciones para responder a las exigencias de sus respectivas poblaciones.

Las cifras de gasto en 2004 muestran que la mayor disponibilidad de recursos financieros es la de PEMEX, que contó con más de 10,000 pesos por cada uno de sus usuarios potenciales.

En el extremo opuesto se encuentra el programa IMSS-Oportunidades, con 950 pesos por cada miembro de la población que esta institución tiene bajo su responsabilidad.

---

que “tendrá por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a todas las personas sin seguridad social, incluidos extranjeros, sin importar su estatus migratorio.”

Al respecto revítese el siguiente enlace, ubicado el 21 de noviembre del 2021:

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>

El gasto per cápita del IMSS en 2004 fue de 3,546 pesos y el ISSSTE de 2,524 pesos.<sup>107,108</sup>

La descripción de la distribución del gasto también es una herramienta útil para la rendición de cuentas.

PEMEX, con 29% es la institución que mayor porcentaje de su presupuesto destina a la compra de medicamentos, mientras que el IMSS destina más de 25% de su presupuesto a actividades administrativas.

Dentro de la Secretaría de Salud, Tabasco, Guanajuato y Jalisco, son los estados que más invierten en la compra de medicamentos, con porcentajes por arriba de 8%.

### Trato y satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente es un indicador muy utilizado para medir el grado en que los usuarios se sienten complacidos con la forma en que fueron atendidos en los ámbitos clínicos.

El problema con la medición de la satisfacción es que ésta es producto de múltiples variables y el análisis de la información no permite identificar si la satisfacción se debe a la efectividad de la intervención médica, o a aspectos más relacionados con el trato humano, o incluso con las comodidades y servicios de la unidad donde el paciente fue atendido.

Independientemente de lo anterior, los niveles de satisfacción de los usuarios son muy altos en todas las instituciones de salud, particularmente en la atención ambulatoria, donde superan el nivel de 95%.

<sup>107</sup> Para el 2016, el gasto per cápita presentaba las siguientes cifras: IMSS 4,155; ISSSTE 4,496; PEMEX 13,636; Seguro Popular 3,182; IMSS Prospera 1,050. Información ubicada el 21 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-per-capita-menos-usuarios-del-sistema-de-salud/>

<sup>108</sup> Para el 2021, el gasto per cápita presenta las siguientes cifras: IMSS-Bienestar 1,171; INSABI 2,911; IMSS 4,501; ISSSTE 4,633; PEMEX 29,803. Información ubicada el 21 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace: <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>

El trato adecuado tiene otra ventaja adicional sobre la medición de la satisfacción. Esta última suele estar fuertemente influida por lo que los usuarios esperan del servicio, por lo que bajos niveles de trato pueden provocar altos niveles de satisfacción, si las expectativas no son muy altas.

La medición del trato controla este efecto, ya que para su cálculo se incorpora información sobre las expectativas de los usuarios, además de que las calificaciones se ajustan por sexo, edad y escolaridad. Así, las calificaciones finales pueden considerarse una valoración real del desempeño de las instituciones en cada uno de los dominios evaluados.

El trato respetuoso es fundamental en la interacción entre usuarios y proveedores de servicios de salud.

El paciente es un individuo en plenitud de derechos y la situación de vulnerabilidad que se asocia al estar enfermo, no debe afectar la relación entre las partes del acto médico.

En este dominio el programa IMSS-Oportunidades obtuvo la mejor calificación en la atención hospitalaria. En la atención ambulatoria la mejor calificación correspondió a la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud resultó muy bien calificada en materia de confidencialidad, aunque sólo en el componente de atención ambulatoria. En atención hospitalaria el programa IMSS-Oportunidades sobresalió nuevamente.

El dominio con calificaciones más bajas fue el de capacidad de elección. La institución que obtuvo la mejor calificación fue la Secretaría de Salud, en esta ocasión en las dos modalidades de atención.

Las calificaciones de todas las instituciones son particularmente bajas en la atención hospitalaria, donde las diferencias interinstitucionales son casi inexistentes.

Llama la atención el alto desempeño del programa IMSS-Oportunidades en casi todos los componentes del trato adecuado. Se ha postulado que el trato adecuado no requiere de grandes inversiones económicas, sino de transformaciones en la manera en que los médicos y otros prestadores de servicios de salud visualizan sus interacciones con los usuarios.

Por lo tanto, no debería resultar sorprendente que la institución con menores recursos obtenga las mejores calificaciones en esta área del desempeño. Por el contrario, tal y como se ha planteado desde el inicio de este apartado, los resultados positivos deberían estimular el aprendizaje compartido, identificando cuáles son los factores que provocan que una organización tenga mejores desempeños en alguna de las áreas de la prestación de servicios.

Si el presente informe logra estimular estas acciones; si promueve la discusión sobre la pertinencia y validez de los indicadores analizados; y si en alguna medida ayuda a los usuarios, prestadores y directivos a tomar mejores decisiones, *“Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas”* habrá cumplido con sus objetivos.

Para concluir:

Estamos a fines del 2021, y se habla de la tercer oleada de la pandemia COVID.

Menos de la mitad de la población ha sido vacunada.

Siguen reduciendo presupuesto para Salud, y se siguen ejerciendo los subejercicios.

Sobre ese punto, García explica...

“La Secretaría de Hacienda tiene la obligación de reportar cómo fueron reasignados los recursos derivados del subejercicio por unidad responsable y por programa presupuestario, pero no puede ser cuestionada la reasignación.

Debe transparentar el destino, pero no argumentarlo.

Ahí radica una problemática de la existencia de subejercicios:

La posibilidad de transferir los recursos hacia otras prioridades de una administración.

Aunque en la teoría un subejercicio es responsabilidad de la unidad pública que lo ejerce, en la realidad también es posible que la Secretaría de Hacienda no esté entregando los recursos de manera oportuna.

Otra realidad que obstaculiza el ejercicio eficiente del gasto público es la existencia de recortes presupuestales y subejercicios simultáneamente.

Algunas secretarías como la de Salud y la de Comunicaciones y Transportes experimentaron recortes importantes de recursos en el ejercicio del 2019 y en

la evaluación del gasto observado hasta la mitad del año también registraron subejercicios más pronunciados de los recursos.

Los subejercicios pueden representar ahorros o sobreestimación del gasto. También pueden reflejar que cierta partida no es prioritaria para la gestión en turno. El subejercicio del gasto público no puede calificarse sin contexto, pero podría mejorarse la claridad y el criterio con el que se destinan los recursos que no fueron utilizados.

El subejercicio puede impactar de manera negativa especialmente si se efectúa en rubros fundamentales para el bienestar social.

En el rubro de la salud, por ejemplo, si se está ejerciendo un menor gasto del autorizado por retraso de transferencias está en juego la salud de la población mexicana, en términos de atención, de infraestructura en hospitales o de distribución de medicamentos.”<sup>109</sup>

Movimiento administrativo particular, y decisiones generales, que afectan de manera primordial a los sustratos bajo y medio-bajo.

Aunque gracias al enorme proceso propagandístico, la población denota pocas o nulas manifestaciones de inconformidad por los recortes presupuestales.

Propaganda que es eficiente dado que genera conformidad y aserción.

Lo que en ciertas disciplinas se denomina disonancia cognitiva: comportamientos y creencias que no concuerdan con la realidad.

## Referencias

SS. (2005). *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*. México: Secretaría de Salud.

Versión electrónica y completa de “Salud: México 2004” en el siguiente enlace; información revisada el 21 de noviembre del 2021.:

[https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=337-salud-mexico-2004&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=337-salud-mexico-2004&Itemid=493)

<sup>109</sup> García, ¿Qué es el subejercicio del gasto público? p 2.

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>

Decreto del 29 de noviembre de 2019, donde se desaparece la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular, y se crea el Instituto de Salud para el Bienestar. Información revisada el 21 de noviembre del 2021.

<https://ciep.mx/gasto-en-salud-per-capita-menos-usuarios-del-sistema-de-salud/>  
Información del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, sobre el gasto per cápita en el sistema nacional de salud, para el año 2016; revisada el 21 de noviembre del 2021.

<https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>  
Información del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, sobre el gasto per cápita en el sistema nacional de salud, para el año 2021; revisada el 21 de noviembre del 2021.

<https://www.economista.com.mx/economia/Que-es-el-subejercicio-del-gasto-publico-20190909-0066.html>  
Artículo de Ana Karen García, donde se explica el concepto de subejercicio. Revisado el 4 de noviembre del 2021.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628286/ANEXO\\_DPE\\_DEDI\\_019\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628286/ANEXO_DPE_DEDI_019_2021.pdf)  
Informe de Autoevaluación del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020 del Hospital Juárez de México, donde se presentan porcentajes de mortalidad hospitalaria; revisado el 28 de octubre del 2021.

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/134>  
Información del programa IMSS Bienestar, donde se señala su historia, funciones y parte de su logística; en ella se señala el cambio de nombre de IMSS Oportunidades a IMSS Bienestar. Revisada el 21 de noviembre del 2021.

<https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202110/485>  
Información del Instituto Mexicano del Seguro Social, sobre su productividad del 1 de abril al 17 de octubre del 2021, y el planeo para su jornada de recuperación de servicios médicos, del 29 al 31 de octubre del 2021. Revisada el 21 de noviembre del 2021.

[https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144)

Información de Mortalidad General y de Sitio de Ocurrencia de la Defunción, de 1990 a 2020; ubicada en la página del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, y revisada el 28 de marzo del 2022.

Como respaldo a esa misma información, la siguiente dirección:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1kfTSIW6yeodU8AvfngVsfPz6lDohvXWN/edit?usp=sharing&oid=100347440558854824633&rtpof=true&sd=true>

<http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

Información actualizada sobre los recursos de las instituciones públicas de salud; es del 2018 y es proporcionada por la Dirección General de Información de Salud; revisada el 21 de noviembre del 2021.

## UNIDAD 1, SEMANA 18, LECTURA 16

### La medicina en medios indígenas<sup>110</sup>

#### Introducción

**T**ratamos de la medicina prehispánica (indígena), de su evolución en tiempos coloniales, ante la influencia de la medicina europea representada por médicos o instituciones españolas, y del resultado de este choque y contacto intercultural e interestructural.

A la confluencia que resultó de estas dos medicinas mestizadas -indígena con hispánica-, llamamos en la actualidad “medicina tradicional” o “popular”.

Adoptamos con todo la primera designación -medicina tradicional-, porque indica sus raíces en el pasado, sin reducirla exclusivamente a sus practicantes indígenas, ya que incluye en ella a campesinos mestizos y a representantes de la sociedad suburbana y urbana.<sup>111</sup>

Por otra parte, la medicina tradicional no incluye determinadas formas de medicina más recientes y todavía con una popularidad restringida, como por ejemplo la de tradición “espiritista”, o de la “Fraternidad Universal”, o “Hare Krishna”, o “vegetarianismo”, etcétera.<sup>112</sup>

Esto significa que “medicina tradicional” no es sinónimo de medicina indígena, ni tampoco de medicina colonial hispánica. Es una nueva forma, derivada de ambas corrientes e incrementada con nuevos aportes.

Pero sigue siendo una medicina no “oficial”, no “legalizada”, no “civilizada y culta”, no “universitaria”, ni “científica”, a los ojos de la sociedad dominante.<sup>113</sup>

<sup>110</sup> Resumen de la lectura de Anzures, de la página 105 a la 117.

<sup>111</sup> Usualmente vista y practicada más, en las colonias populares, en las clases medias-bajas y bajas.

<sup>112</sup> Prácticas culturales New Age que en ocasiones podrán visualizarse y practicarse más en la clase media-media.

<sup>113</sup> Es decir, aquellos sectores de la población y de la academia que están más referenciados por la occidentalización.

Sin embargo esta “medicina tradicional”, si se ha mantenido tanto tiempo y sigue tan arraigada y difundida, es porque efectivamente cura, aunque su acción sea limitada, perfectible y no carezca de peligros, como la medicina moderna misma.

En la actualidad ningún indígena de México ha dejado de practicar la medicina tradicional, con las características y diferencias inherentes a su propia cultura, por más que la medicina moderna esté representada en sus territorios por médicos e instituciones diversas.<sup>114</sup>

### 1. Rasgos transculturales en la medicina indígena

1. El primero consiste en que cada grupo indígena posee un *patrimonio* de plantas, animales y minerales que utiliza mediante diversos procedimientos, como recursos medicinales.

Su conocimiento forma parte del proceso endoculturativo o de socialización del individuo, como factor indispensable de seguridad personal y de solidaridad comunitaria.

Al niño indígena, desde muy pequeño, se le va enseñando visual y no pocas veces experimentalmente, el nombre de las plantas, animales, tierras y minerales: cómo son, dónde se encuentran, para qué sirven y cómo se preparan. Sin exagerar, conocen mucho mejor que los campesinos mestizos de estos lugares, y claramente que los que viven en pueblos o ciudades circunvecinas, lo referente a la flora, fauna y suelos.

El conocimiento botánico, zoológico y de otros recursos naturales que tienen los indígenas, implica el conocimiento terapéutico de los mismos: el de sus efectos dañinos; plantas o animales ponzoñosos, pero que saben utilizar como antídotos; el de su carácter nutritivo, alucinógeno, etcétera. Saben igualmente cómo preparar estos productos naturales.

2. Un segundo elemento común a las culturas indígenas, es la existencia de una organización de la medicina: tienen “comadronas” o parteras, yerberos, hueseros, y en general los llamados “curanderos”, que Sahagún más acertadamente

<sup>114</sup> Nuevamente, incluso en las clases medias urbanas, pueden verse prácticas de medicina tradicional, tales como la herbolaria, te, masajes, y remedios a ella pertenecientes.

denominaría “médicos indígenas”, con gran aprecio y sin ninguna discriminación, ni siquiera lingüística.

3. La formación de este personal médico nativo suele tener los mismos orígenes: herencia de padres a hijos; vocación especial; designación por sueños o por otro factor sobrenatural.

Origen que en ningún caso demeritará su valía y capacidad; no se les excluirá de ningún modo entre “médicos verdaderos” y “falsos”, como decía el mismo Sahagún.

Son estudiosos con progresiva capacitación, tanto por la propia experiencia aprendida familiarmente e incrementada comunitariamente, como por el subsidio de otros recursos.

4. Los brujos o hechiceros -causantes de enfermedades y otros males-, son un cuarto elemento común a las culturas indígenas, y podrían considerarse como la organización *antimédica*, formada por distintos especialistas del mal físico y psíquico, que puede llevar incluso hasta la muerte.

Hay que notar que en la actualidad se confunde muchas veces al brujo o hechicero, con el “curandero”, quizá porque desde los tiempos prehispánicos se sabía que “el que hechiza sabe también cómo quitar el hechizo”.

En sí estos dos personajes corresponden a funciones distintas y opuestas, sin que se excluya que ocasionalmente una misma persona ejecute ambas funciones en diferentes tiempos.

Sobre la génesis de los hechiceros se puede decir algo parecido a lo que se mencionó sobre el origen de los médicos nativos: puede ser por nacimiento, por haberlo soñado, por interés propio.

Los hechiceros -conocedores profundos de la psicología de su grupo-, no han de ser considerados como simples fautores y factores del mal, ya que cumplen con una función que es parte del sistema de normas de control de una sociedad, mediante mecanismos de miedo y de represión. Es decir, en cada cultura hay un “malo”, para evitar el “mal” comportamiento del grupo.

5 *Las terapéuticas indígenas* más generalizadas, constituyen el quinto elemento transcultural. Aquí volvemos a encontrar las tres clases antes mencionadas:

- Natural;
- Psicoreligiosa y
- Mixta.

Aunque con ciertas modalidades diferentes a las encontradas en tiempos prehispánicos y durante la época colonial.

Se explican del siguiente modo:

- Entre las *terapéuticas naturales* tenemos recetas y tratamientos a base de productos naturales (tés, polvos, ungüentos, etcétera) y productos farmacéuticos; mezcla de medidas antiguas o de aproximaciones con dosificaciones exactas; mezcla de instrumentales antiguos y modernos; consultas al médico nativo y al doctor citadino; atención de comadronas y de parteras.
- Las *terapéuticas psicoreligiosas* consideradas “mágicas” por algunos, podrían incluir entre otras, las siguientes: la extracción de elementos nocivos incrustados en el cuerpo; la insuflación para barrer el mal; la reincorporación del alma en el enfermo; las “limpias” y otras purificaciones; el uso de amuletos para blindarse contra una desgracia o enfermedad (el mal aire, el mal de ojo, los malos espíritus); algunas “mandas”; el recitar o traer consigo oraciones, etcétera.

Estas terapéuticas ponen de relieve la importancia de factores psicológicos inconscientes y conscientes, de los que participan médico y paciente:

Autoridad y prestigio del médico, y confianza recíproca del enfermo; aceptación del tratamiento que ha sido probado en la comunidad tradicionalmente; reconocimiento de las influencias psicosomáticas recíprocas, aunque esto no se explicita; aceptación de poderes y valores sobrenaturales; convicción de que algunas enfermedades se curan sin medicamentos materiales, etcétera.

Habría que añadir también, que algunas prácticas de esta índole revelan una creencia muy antigua: que las plantas, animales y minerales tienen espíritu, y por esta razón se les habla e invoca como a seres vivientes, para que ayuden a sanar al enfermo.<sup>115</sup>

<sup>115</sup> Un tipo de totemismo y animismo, donde ciertos componentes o integrantes de la naturaleza

El tipo más común de limpias se hace con un ramo de hierbas diferentes y olorosas, en las que nunca falta el pirul. Este es un ejemplo claro de aculturación y multiculturalismo, ya que aunque el pirul fue traído del Perú, no obstante ha sido plenamente integrado en la terapéutica indígena y mestiza.

Otro tipo de limpias también generalizada (aunque algunos dirían que en menor grado que el anterior), se hace pasando un huevo crudo sobre el enfermo. La razón y lógica de esta acción es que el huevo transmite al individuo la vida que germinalmente tienen en sí, absorbiendo a su vez la enfermedad.

Estos datos acerca del significado y explicación de ambas limpias, se descubrieron en investigaciones sobre estas terapéuticas tradicionales. Si atendemos a la interpretación que comúnmente se ha dado a estos fenómenos, encontramos que para unos es “superstición”, tontería o señal de primitivismo, y para otros es exclusivamente “autosugestión”. Sin embargo, fenómenos que antes se consideraban así, van encontrando un sentido y explicación conforme a la racionalidad de nuestros tiempos.

Como lo hemos comentado previamente, es necesario aplicar dialéctica, tanto a elementos novedosos como pretéritos, a aspectos autóctonos como extranjeros, a fin de que el análisis nos permita ubicar aquellas ideas y prácticas que son válidas, verdaderas, útiles y significativas.

No olvidemos: ni todo lo viejo o nuevo es bueno o malo por sí, ni todo lo nacional o extranjero es valioso o negativo por sí, siempre es necesario hacer análisis que permitan cribar, más allá de lo novedoso, tradicional, malinchista y nacionalista.

Actualmente se pueden medir con el óhmetro las alteraciones emocionales de una persona por la intensidad de sus cargas eléctricas. Es decir, el cuerpo humano despidе energía constantemente en todos sus contornos, y cuando aparece alguna enfermedad, esta energía se altera y escapa por la parte afectada.

Por otra parte, toda frotación produce energía.

Otro ejemplo de esta medicina psicoreligiosa son las *oraciones* para conjurar el mal. Suelen ser una amalgama de invocaciones a Dios, a la Virgen, a los santos, a

---

son manifestaciones de potencias, de factores positivos o negativos para la vida y la persona. Otro giro interpretativo -desde lo transpersonal-, enuncia que en otras formas de vida, sean animales o vegetales, existe conciencia y personalidad; de ahí el lenguaje, peticiones, consideraciones e interacciones que se establecen con ellos.

plantas y minerales, o a espíritus y dioses antiguos, pero sin emplear propiamente medicamento alguno. Es la continuidad de las antiguas súplicas y conjuros que señalamos de tiempos prehispánicos y coloniales (la oración a la “albahaca, ruda y romero”).

- Finalmente la terapéutica *mixta* emplea los dos sistemas anteriores.

Se trata pues, de un sistema sincretista<sup>116</sup>: utiliza medicamentos y elementos religiosos<sup>117</sup>. Esto se da, cuando el paciente acude al médico nativo, y éste le receta algunas medicinas para que las tome, y además le prescribe un acto religioso: oír una misa, confesarse, visitar un santo, pedir un exorcismo, etcétera.

## 2. La importancia de esta medicina

Para dar un panorama de la medicina tradicional, particularmente en áreas campesinas e indígenas, es necesario partir de un hecho concreto: cerca del 50% de los mexicanos la siguen practicando, y están de hecho al margen de los servicios médicos y sanitarios, tanto oficiales como particulares.

Según la concentración de datos que se presenta, refiriéndose a 1970, para 1,874,000 derechohabientes del ISSSTE existían 2,942 médicos; para 11,874,000 derechohabientes del IMSS había 6,555 médicos; en tanto que la Secretaría de Salubridad y Asistencia contaba con sólo 3,622 médicos. En esta última dependencia quedarían incluidos la mayor parte de los practicantes de la medicina tradicional.

Por otra parte, el volumen humano que sigue preponderantemente la medicina tradicional, denota la confianza que tienen en estas terapéuticas y su eficacia, y debido a eso ha sobrevivido contra viento y marea.

<sup>116</sup> Una definición básica de sincretismo, se refiere a la conjunción de elementos simbólicos y prácticos, de lo originario con los de la cultura que incursiona.

El sincretismo tiene pros y contras.

Lo positivo es la complejización de aspectos teóricos y prácticos, la cultura crece al conjuntarse.

El extremo negativo ocurre cuando lo que se introyecta de la cultura invasora, en el invadido, es aquella que sólo sirve para su sometimiento.

Ejemplo positivo de sincretismo es la medicina tradicional; ejemplo negativo de sincretismo es el tipo de culto mariano que lleva a la persona a la pasividad, a la sumisión y sometimiento.

<sup>117</sup> O herbolaria, y catolicismo o cosmovisión indígena.

Se podría pensar que esta medicina tradicional se practica únicamente en regiones apartadas de los núcleos urbanos, pero como veremos después, se da también en las grandes ciudades, como la capital.

### 3. Algunos conflictos entre medicinas

Por lo que respecta a las ponencias indígenas acerca de la *salud*, la de los tzotziles, presentada por Pedro Juárez, sintetiza claramente la situación y conflictos que tienen “la medicina tradicional de yerbas”, y “la medicina de los doctores”...

*“Medicina del doctor:*

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen a campo.

Ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten un gran desprecio por el indígena.

En los centros de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor; y así aunque sea muy buen médico, no nos puede curar.

Por eso no les tenemos confianza.

Así mismo las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas.

Por eso para nosotros la medicina del doctor es como si no existiera.

*Medicina de yerbas:*

Es buena, pero no basta para combatir siempre las epidemias.

Sabemos que de las yerbas sacan las pastillas; pero nadie estudia nuestras yerbas para que nos diga cuáles son buenas y para qué.

De entre nosotros solamente unos pocos conocen las yerbas, y no dan a conocer sus secretos.

Esto se presta a abusos y engaños entre nosotros.

Pero la medicina de yerbas es buena y su modo de aplicar, sólo que hay abusos que nadie corrige.”<sup>118</sup>

<sup>118</sup> Anzures, La Medicina Tradicional en México, p 114.

Este fragmento es suficientemente claro y profundo. En él se ventilan, si no todos, algunos de los conflictos que sufre la medicina tradicional entre indígenas, respecto a la medicina occidental; situación que por un lado es conflicto paradigmático y por otro interpersonal y clasista.

### Algunos estudios sobre el tema

En ocasiones la medicina indígena -como otros aspectos de sus culturas, estudiada por disciplinas occidentales u occidentalizadas-, es considerada como un elemento más del “folklore” nativo, sin reconocerle la importancia que representa para su vida. Es decir que todavía predominan las limitaciones en esta área de estudios, a la que no se le ha dado el lugar que debería. Falta sistematización en las investigaciones, falta método y falta en muchos casos una preparación adecuada en los investigadores.

Otros organismos oficiales dedicados a la antropología y al indigenismo, han publicado obras especializadas o panorámicas acerca de la medicina tradicional entre indígenas.

Por otro lado, no siempre estemos de acuerdo con las soluciones que propugnan una integración, es decir una absorción de la medicina nativa.

Un ejemplo de estos esfuerzos inter y transdisciplinarios lo realiza Isabel Lagarriga en Veracruz, que estudia un medio sociocultural y religioso distinto, y sus fundamentos y prácticas en torno a la medicina. Ella se ocupa de “los espiritualistas trinitarios marianos” de Jalapa.

Un análisis de la situación y conflictos intermedicinales en Santiago Tuxtla, Veracruz, es el que presenta los descubrimientos de Isabel Kelly *et al.*

Nueve años más tarde, en 1965, Kelly publicó el resultado de sus observaciones en torno a la medicina popular y el espiritualismo en la zona de la Laguna, Coahuila.

Un estudio importante de medicina tradicional, en un contexto mucho más amplio que el de Madsen, es el que publicó en 1953 George M. Foster.

De ninguna manera se pretende hacer aquí el inventario bibliográfico de la medicina tradicional en México. Se han apuntado solamente algunos títulos que muestran

el interés por esta rama de la antropología que, analizada cuidadosamente, podría desembocar en un útil volumen de bibliografía crítica acerca de la antropología médica tradicional.

Para concluir:

Es importante no olvidar el tipo de realidad sincrética, multicultural y paradójica incluso, que existe en la república y que permea a diversos sectores de la población urbana y provincial.

Si bien existen ámbitos cotidianos, comunitarios e institucionales donde el pensamiento occidental predomina<sup>119</sup>, en otros es mayoritario el indígena y el mestizo con predominancia de lo autóctono.

Pensamientos y procedimientos literalmente milenarios que se encuentran altamente enraizados en la psique y cosmovisión del habitante de Hispanoamérica.

Por ejemplo, en el campo, con todo y la rotación de cultivos y las nuevas técnicas de siembra, a ese tipo de campesino más inclinado a su veta nativa, jamás pero jamás podrás quitarle su maíz, por mucho que le argumentes sobre las ventajas de sembrar otras especies; el maíz está profundamente ligado a su cosmovisión.

En sectores clases medias y bajas capitalinas y de provincia, que con todo y la llegada de nuevos influjos culturales, de elementos simbólicos de consumo extranjeros, con todo y eso, encontraremos sectores totalmente influidos por la tradición judeocristiana, que también será virtualmente imposible desfasar.

Para bien y para mal, es el tipo de comunidad plural y extremosa con la que conviviremos.

## Referencias

Anzures, M. (1983). *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*. México: UNAM.

<sup>119</sup> Aquel influido por la cultura, ciencia y tecnología de Francia, Inglaterra, Alemania y Estados Unidos.

## UNIDAD 1, SEMANA 19, LECTURA 17

### Médicos y mercado de trabajo en México<sup>120</sup>

#### Introducción

Las instituciones de educación superior (IES), públicas y privadas, definen de manera poco coordinada y sin mayor planificación sus políticas referidas a la formación de médicos, incluyendo los contenidos y prácticas de formación, y por ende, el perfil de los egresados.

El mercado de trabajo en salud, por su parte, cuenta con una lógica propia que no necesariamente coincide con las políticas de las IES, aun cuando el mayor empleador de médicos es el sector público.

Los resultados de este distanciamiento son la persistencia o agravamiento de viejos problemas de disponibilidad, estructura y composición de la fuerza de trabajo médica, a lo que de manera previsible se sumarán otras dificultades. Ésto en caso de que no haya una intervención que venga a regular, planificar y resolver las problemáticas derivadas de la situación sanitaria actual: transformación del perfil epidemiológico y demográfico de la población; enfermedades emergentes y reemergentes, etcétera.

Las variaciones en el número de médicos contratados manifiestan un comportamiento un tanto errático; algunos analistas juzgan que en lo que respecta a las instituciones públicas y de seguridad social, las nuevas contrataciones han estado restringidas durante los últimos años.

El propósito de este capítulo es aportar un conjunto de elementos y reflexiones para la discusión, y proponer varias recomendaciones de políticas, algunas de ellas planteadas hace más de 10 años por estudiosos del tema, pero que a pesar del tiempo transcurrido, mantienen una paradójica vigencia.

<sup>120</sup> Resumen de Ruiz, lectura Médicos y Mercado.

## Matrícula de licenciatura en medicina

A escala nacional, la matrícula en la carrera de medicina aumentó 13,163 alumnos en el periodo de 1990 a 2001, es decir, un promedio de 1,197 estudiantes al año.

La tasa de crecimiento anual muestra un comportamiento irregular, con variaciones marcadas:

En 1992 aumentó 1.49%, luego de varios años de disminución; en 1993 volvió a decrecer en -3.01%, seguido por un periodo de tres años de crecimiento continuo.

Nueva vuelta a la disminución en 1997 y a continuación otros tres años de incremento anual de la matrícula, hasta el año 2000, cuando alcanza 4.0%.<sup>121</sup>

Resulta difícil encontrar una lógica en el comportamiento de la matrícula o un rastro que revele que sus variaciones han respondido a un proceso de planificación de las diversas instituciones involucradas directa o indirectamente en esta área.

Si se incorpora al análisis algunos otros factores relacionados, como son los socioeconómicos, en donde lo relevante son: las crisis económicas recurrentes; el crecimiento de la población en situación de pobreza; la transición demográfica hacia una población cada vez con mayor edad promedio e incremento del número de personas de edad avanzada; los procesos de reforma de sector salud; la eficiencia terminal de la licenciatura en medicina; o las políticas oficiales en el sector salud, pareciera que han sido otros los factores predominantes, sobre todo criterios de política adoptados por cada una de las IES y por las instituciones del sector salud.

También se observan incongruencias entre las políticas educativas oficiales con respecto a las necesidades de salud de la población, evidenciadas en:

- Las limitaciones del gasto público para el sector educativo superior;
- El poco impulso a los procesos de acreditación de las escuelas formadoras;

<sup>121</sup> Para el ciclo escolar 2019-2020, y de acuerdo a ANUIES, la matrícula nacional y total de la carrera de Medicina, era de 144,046 personas.

De esa cifra total, 82,951 eran sexo femenino, y 61,095 eran sexo masculino.

De la misma cifra total, 49,299 eran de escuelas privadas, y 94,747 eran de escuelas de gobierno.

Información revisada el 22 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace:

[http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO\\_EDUCACION\\_SUPERIOR-LICENCIATURA\\_2019-2020.zip](http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO_EDUCACION_SUPERIOR-LICENCIATURA_2019-2020.zip)

- Eventuales predominios de intereses individuales y de grupos académicos en lo que a inversión se refiere.

Los factores mencionados son válidos para la matrícula y su distribución entre los ámbitos público y privado, aunque con matices diferentes, pues en este último el crecimiento de la matrícula se sostuvo a lo largo de la década pasada, con lo que prácticamente se triplicó.

Desde un enfoque pragmático, esa posibilidad no debe ser vista a priori de modo negativo, pero un problema para la formación y la práctica médica se puede presentar si la oferta educativa del sector privado en salud, no avanza mejor acoplada de como lo ha hecho hasta el momento, con los criterios de regulación, supervisión y certificación que tomen en cuenta los intereses y las necesidades específicas del sector.

### Escuelas de medicina y algo más sobre la matrícula

El número de escuelas de medicina existentes en el país difiere según la fuente que proporcione el dato y encierra enigmas sobre las consideraciones hechas para contabilizarlas como tal.

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina reportó en 1990 que existían 58 escuelas, para 1998 la cifra dada fue de 63, y para 1999 se contabilizaron 72.

Según información proporcionada por la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), las escuelas y facultades de medicina pasaron de 58 en 1990, a 74 en 2000; 33.8% de ellas de tipo privado.

El número de estudiantes por centro docente varía en un rango amplio: desde una matrícula de 3,930 en la Universidad Veracruzana, con 310 alumnos de la Universidad Autónoma de Campeche.

Las asimetrías entre las escuelas de medicina se encuentran en casi todos los componentes fundamentales: planta docente, perfil de los alumnos, infraestructura, prestigio social, costos, experiencia, etcétera.

Las escuelas privadas se pueden establecer sin mayor trámite y con escaso control de las instancias normativas en la materia.

Con respecto al número y matrícula de las escuelas de medicina, cabe analizar lo acontecido en algunas regiones del país en los últimos años.

Sus conflictos políticos fueron una constante durante las décadas de los 70' y 80', por lo que devino en un espacio de concentración y de poder para grupos políticos con variadas ideologías.

La matrícula de medicina sufrió efectos directos cuando las autoridades educativas, del nivel federal y estatal, intervinieron abiertamente en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y, entre otras medidas, limitaron las plazas para los estudiantes poblanos y de otras entidades federativas bajo el argumento de que convenía terminar con la masificación, vista ésta como causa de muchos de los males que padecían las IES.

### Número de egresados y crecimiento de las plazas laborales en el sector salud

Llama la atención el número de egresados de medicina en las últimas décadas y la cantidad de los que se titularon; diferencia que alcanza a ser de 17,184 para el periodo de 1990 a 2000.<sup>122</sup>

Estos estudiantes concluyeron sus estudios, pero no obtuvieron su título ni su cédula profesional, pese a que este último es un requisito para ejercer la práctica médica, por lo que difícilmente pueden desempeñarse en las instituciones públicas.<sup>123</sup>

---

<sup>122</sup> Nuevamente, de acuerdo a los datos de ANUIES del ciclo 2019-2020 en Medicina, hubo un total de egresados de 16, 108.

De esa cifra total, 8,752 eran sexo femenino, y 7,356 eran sexo masculino.

Como se puede observar, el número de egresados de ese periodo, vuelve a disminuir con relación al dato del texto; sigue existiendo la fluctuación de egresos de la que hablan los autores.

Información revisada el 22 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace:

[http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO\\_EDUCACION\\_SUPERIOR-LICENCIATURA\\_2019-2020.zip](http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO_EDUCACION_SUPERIOR-LICENCIATURA_2019-2020.zip)

<sup>123</sup> Respecto a los médicos titulados, para el periodo 2019-2020 y de acuerdo a ANUIES, hubo un total de 17,155 personas que se titularon.

Sólo les quedaría la opción de buscar espacios en otros mercados, en la práctica legal, o quizá en el ámbito privado, por existir controles menos rigurosos para el ejercicio profesional.

En relación con la contratación de médicos en las distintas instituciones públicas y de seguridad social, encontramos que para el periodo de 1990 a 2001, el mayor crecimiento se registró en la SSA, dependencia que duplicó la cifra para alcanzar la cantidad de 56,113 en 2001.

Por su parte, Petróleos Mexicanos (PEMEX) manifestó un decremento de poco más de 800 médicos en nómina; los restantes organismos aumentaron en esos 12 años la cantidad de médicos contratados en los siguientes porcentajes: IMSS 29%, IMSS Solidaridad 33.2%, ISSSTE 16.6%.

En un análisis simplista, se pudiera colegir que las plazas generadas entre 1990 y 2001 resultaron insuficientes, luego de compararlas con el número de titulados en ese periodo.

Si se parte del supuesto de que no existe un solo médico desempleado y que la diferencia anotada fue absorbida por el sector privado, implicaría un crecimiento promedio anual de 1,643 médicos en dicho ámbito, lo cual no corresponde con las tendencias históricas dominantes ni con los reportes oficiales.

De acuerdo con la información publicada por la SSA, el número de médicos en el sector privado ha fluctuado enormemente. Es difícil interpretar la caída que hubo en 1998 y, sin considerarla, se observa una tendencia ascendente en el número de médicos contratados durante esa década.

---

De esa cifra total, 9,160 eran sexo femenino, 7,995 eran sexo masculino.

Información revisada el 22 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace:

[http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO\\_EDUCACION\\_SUPERIOR-LICENCIATURA\\_2019-2020.zip](http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO_EDUCACION_SUPERIOR-LICENCIATURA_2019-2020.zip)

Se observa también la clásica situación de que las titulaciones llevan un desfase con relación a la fecha de egreso.

No todos los estudiantes que concluyen los créditos, idioma, internado, servicio, y su correspondiente opción de titulación (alto nivel académico; tesis o tesina, y examen profesional; actividad de investigación; o examen general de conocimientos), se titulan en la fecha que les corresponde.

Habrán personas que se titulan, tiempo después de que egresaron.

Respecto a las opciones zaragozanas de titulación, revíse el siguiente enlace:

<https://www.zaragoza.unam.mx/titulacion-medico-cirujano-2/>

Todo lo anterior permite afirmar que no se cuenta con un registro confiable sobre el número de médicos que ejercen de manera privada en México, y más complejo aún resulta saber con exactitud dónde se encuentran.

Otro problema es el multiempleo entre los médicos, el cual no es fácil de estimar a través de las cifras disponibles, pero que se acepta como una realidad del sistema de salud mexicano.

### **La certificación de médicos especialistas a los médicos generales**

En general, se considera que la certificación garantiza mayores competencias de los médicos, y por ende, mejores perspectivas de calidad en la atención.

Otra vertiente de la certificación va en el sentido de considerarla como un mecanismo idóneo para que los médicos especialistas actualicen sus conocimientos profesionales de manera periódica.

La certificación se realiza a través de los consejos de cada especialidad médica, los cuales tienen entre sus principales objetivos “establecer los requisitos mínimos para la formación de especialistas” y “certificar a los especialistas que lo soliciten”.

El Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CNNCEM) es responsable de otorgar la idoneidad a un solo consejo por especialidad, por lo cual no puede existir más de uno; asimismo, esta cualidad debe ser refrendada cada cinco años por la Academia Nacional de Medicina.

La cantidad de médicos especialistas certificados registró un incremento considerable en los últimos años, en consecuencia, el número de médicos especialistas sin certificar manifiesta una tendencia sostenida a disminuir. Independientemente de su ubicación laboral, el número de médicos especialistas tiene una tendencia ascendente en el país.

Cabe afirmar que la metodología y contenidos de la certificación y de la recertificación son procesos que requieren de la actualización permanente, y en esa medida puede considerárseles perfectibles; además, se deben aplicar de manera rigurosa los criterios adoptados para que realmente contribuyan al propósito de garantizar la calidad en la práctica médica.

## La política de la SSA sobre la formación de recursos humanos para el sector salud

Como institución rectora del sector salud, la SSA<sup>124</sup> ha definido en diversas ocasiones las políticas a seguir en materia de desarrollo y gestión de los recursos humanos en salud. Rebasa el marco de este documento hacer un repaso del devenir histórico, por lo que nos limitaremos a resaltar los aspectos que juzgamos como ejes centrales de la política oficial en esta área. Los contenidos y las propuestas de ambos programas pueden juzgarse como válidos y convenientes, en lo que se refiere al área de los recursos humanos en salud, si aceptamos que los objetivos y estrategias enunciados se encaminan a resolver los problemas existentes.

El Programa Nacional de Salud (PNS) se centra de manera enfática en los problemas de cantidad y distribución de los recursos humanos, vinculándolos con una insuficiente coordinación entre las instituciones relevantes involucradas, lo cual resulta un diagnóstico ampliamente compartido entre los diversos actores del sector salud.

Lo mismo sucede con algunas de las estrategias señaladas, como las adjudicadas a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y, algo más reciente, para el caso de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

En lo que se refiere a la regulación para la apertura de escuelas y de las políticas relacionadas, la evaluación de lo realizado también sería negativa.

Los datos evidencian porfiadamente que la variación en el número de escuelas de medicina y en las matrículas, no puede ser encuadrada en razón lógica alguna, menos aún en un comportamiento planificado.

## Otros elementos para un análisis cabal de contexto y el desarrollo prospectivo de la formación y el mercado médico

¿Las pretensiones del actual gobierno de la República incluyen la suficiente voluntad política para llegar a la raíz de los problemas relacionados con los recursos humanos?

<sup>124</sup> La actual Secretaría de Salud.

¿Se regulará y negociará con oportunidad y tino con los grupos e instituciones (públicas y privadas) que han resultado un obstáculo para el cumplimiento de los objetivos oficiales?

¿Son realmente innovadoras y prudentes las nuevas políticas oficiales respecto a los recursos humanos?<sup>125</sup>

## Recomendaciones de políticas

- a) No esperar la existencia de una coordinación interinstitucional total y ampliada, para que las instancias rectoras comiencen a eficientizar su labor.
- b) En la actualidad la profesión médica vive uno de sus momentos más difíciles.  
  
Las condiciones por que atraviesa el país imponen la necesidad de buscar la constitución de un sistema de atención equitativo, cuya calidad garantice la satisfacción de la población.
- c) La situación actual del trabajo médico debe ser analizada a profundidad.
- d) Prever los impactos en el mercado de trabajo que provocará la operación plena de las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES).
- e) Concluir la inútil discusión sobre si el rezago se encuentra en las instituciones de salud o en las escuelas de medicina.
- f) Reforzar los aspectos humanistas, éticos, bioéticos y sociales, en todos los niveles de la formación de los médicos.
- g) Agregar a la formación de los médicos elementos generales sobre la gestión, las finanzas, los modelos organizacionales y la participación de la comunidad.
- h) Garantizar, a través de una regulación acordada entre los actores interesados, un nivel mínimo en los estándares de educación.

<sup>125</sup> El texto base es de 2003, en ese momento se encontraba la administración foxista, no obstante, dadas las acciones y declaraciones de la actual administración obradorista, y dado el actuar y enunciados de Gatell y Alcocer antes y durante la pandemia COVID, las preguntas de Ruiz y colaboradores, siguen siendo pertinentes.

- i) Apoyar técnicamente a los estados descentralizados en la gestión, la administración y capacitación de recursos humanos de acuerdo con los programas más definidos a nivel central.

La recesión económica ha afectado a toda la población, a todas las disciplinas y profesiones, algunas más que otras.

Las actuales generaciones deberán buscar modalidades productivas que las generaciones previas no conocieron ni necesitaron.

El Estado-Bienestar se acabó..., para bien y para mal, son otros tiempos.

Las generaciones previas nacieron y crecieron en un momento histórico donde se gratificaba en pos de la paz social; actualmente la estabilidad está garantizada, y por ello han disminuido los rangos de gratificación comunitaria.

Para terminar:

Con base a los datos 2019-2020 de ANUIES, hacemos la siguiente correlación:

- Total de matrícula nacional de medicina para ese periodo: 144, 046 personas.
- Total de egresados de medicina en ese periodo: 16, 108 personas.
- Total de titulados de medicina en ese periodo: 17,155 personas.<sup>126</sup>

En ese sentido, el porcentaje de egresados, tomando como referencia a la matrícula nacional, es de 11.18 %

Así mismo, el porcentaje de titulados, con base a la matrícula nacional, es de 11.90 %

Porcentajes bastante bajos... la deserción escolar y el bajo rango de titulación siguen siendo problemas educativos, estructurales y sociales graves.

Por un lado sabemos que es válido un cambio de senda, por otro lado, se infieren problemas institucionales que coadyuvan al bajo egreso y titulación.

<sup>126</sup> Información revisada el 22 de noviembre del 2021, en el siguiente enlace:  
[http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO\\_EDUCACION\\_SUPERIOR-LICENCIATURA\\_2019-2020.zip](http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO_EDUCACION_SUPERIOR-LICENCIATURA_2019-2020.zip)

No son pocos los casos que conocemos, en que personas -hombres y mujeres que desertaron de la carrera-, tuvieron problemas emocionales y familiares debido a su salida de Medicina. El peso del contexto, del estatus y de las expectativas parentales, es enorme.

Y tampoco es problema menor, el que únicamente un aproximado del 10 por ciento de toda la población estudiantil CBS, estén egresando y titulándose.

Tanto a nivel intrafamiliar como institucional como contextual, son problemas extremadamente complejos, que lamentablemente repercutirán en la sociedad.

### Referencias

Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. (2020). *Anuario Estadístico de Educación Superior*. México: ANUIES.

Ruiz, J., Molina, J., y Nigenda, G. (2003). *Médicos y mercado de trabajo en México*. México: Caleidoscopio de la salud.

Enlace donde se encuentra el Anuario Estadístico de Educación Superior, ciclo escolar 2019-2020, de ahí se extrajo la matrícula nacional de estudiantes de la carrera de Medicina, los egresados y titulados; información revisada el 22 de noviembre del 2021 en la siguiente dirección electrónica:

[http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO\\_EDUCACION\\_SUPERIOR-LICENCIATURA\\_2019-2020.zip](http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO_EDUCACION_SUPERIOR-LICENCIATURA_2019-2020.zip)

Dirección electrónica donde se describen las opciones de titulación para la carrera de médico cirujano, en la FES Zaragoza; información ubicada el 22 de noviembre del 2021.

<https://www.zaragoza.unam.mx/titulacion-medico-cirujano-2/>

## UNIDAD 1, SEMANA 19, LECTURA 18

### ¿Sobran o faltan médicos en México?

El director general del IMSS, José Antonio González Anaya, señala que tan sólo este año egresarán tres mil especialistas formados en el Instituto, al que fortalecerán para brindar servicios de calidad. Un buen número de ellos reemplazará parcialmente a los cerca de dos mil quinientos médicos que anualmente se jubilan en el IMSS.<sup>127</sup>

Por otro lado, en días recientes el secretario de Salud del DF Armando Ahued, alertó sobre la falta de médicos especialistas en el Sistema de Salud Pública de la Ciudad de México, refiriendo que la dependencia a su cargo tiene vacantes 400 plazas por honorarios, problemática no sólo local, sino nacional. Aseveró que en el caso de los médicos especialistas, el IMSS tiene dos mil vacantes y que dentro de tres años serán 15 mil.<sup>128</sup>

<sup>127</sup> El 22 de mayo del 2019, fue designado Zoe Robledo Aburto, como Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es necesario señalar que no tiene formación en ciencias biológicas y de la salud.

De acuerdo a Diego Badillo...

*“Es licenciado en ciencia política por el Instituto Tecnológico Autónomo de México, y maestro en derecho por la UNAM. [...]”*

*Es hijo del exgobernador, exsenador, exdiputado federal, exembajador y exsecretario de la reforma agraria, Eduardo Robledo Rincón. [...]”*

*Es sobrino de Sonia Rincón Chacona, exsecretaria de Educación de Chiapas, amiga de la exdirigente del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), Elba Esther Gordillo Morales.*

*Su tío abuelo, Edgar Robledo, fue director del ISSSTE en el sexenio de Luis Echeverría.*

*Su madre es la empresaria Alejandra Aburto Sánchez y tiene dos hermanos: José Eduardo y Gabino, este último fue consejero y secretario técnico de la Presidencia del PRI cuando César Camacho Quiroz fue presidente y muy cercano al grupo del ahora expresidente Enrique Peña Nieto.”*

Información revisada el 22 de noviembre del 2021, y extraída del siguiente enlace:

<https://www.economista.com.mx/politica/Zoe-Robledo-un-itamita-con-determinacion-20190608-0025.html>

<sup>128</sup> Información del 2019 de parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, marca que en ese año había un total de 15,744 médicos en cursos de especialización.

Información revisada el 22 de noviembre del 2021 en el siguiente enlace:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/memoria/2019/08-FormacionPersonalServiciosSalud.xlsx>

A su vez, en su Memoria Estadística del 2020, en el Capítulo VIII. Formación de Personal de los Servicios de Salud, el IMSS reportó 17,917 médicos en especialización.

Datos ubicados en el siguiente link, el día 22 de noviembre del 2021:

Pregunta y duda frecuente es si en México faltan o sobran médicos.

A escala nacional, de acuerdo con Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social (Incide Social), por cada dos mil habitantes hay tres médicos, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda entre dos y tres médicos por cada mil habitantes.

Con base en esto, desde el punto de vista numérico, no sobran médicos: faltan.

Un sistema de salud equilibrado debe permitir una adecuada planeación de recursos humanos; las metas educativas deben corresponder a las demandas laborales, tanto en la formación de médicos generales como de especialistas de las diferentes áreas de la medicina, y éstas últimas deben responder a los requerimientos epidemiológicos que presenta una nación. Hay que tener el mercado laboral de los médicos bien definido. Pero en México esto no ha sucedido.<sup>129</sup>

Tenemos un déficit de médicos por una mala distribución geográfica, consecuencia lógica de la limitación de oportunidades de crecimiento social en las zonas marginadas, y una política de contratación incierta.<sup>130</sup>

La fragmentación del sistema, la falta de definición de un modelo universal de atención primaria, la ausencia de una política de contratación de médicos generales, aunada a una política que da preferencia a la atención médica especializada, son factores que han venido provocando una mayor contratación de médicos especialistas, que a todas luces no ha sido la solución al problema.

---

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/memoria/2020/08-FormacionPersonalServiciosSalud.xlsx>

<sup>129</sup> Con base a Heinze y colaboradores, y con datos del 2018...

“Se contabilizaron 147,910 especialistas para una población de 123,518,272 habitantes; 69 % contaba con certificación vigente de la especialidad.

Se obtuvo una tasa de 119 especialistas por 100 000 habitantes; 54.2 % se encontraba en la Ciudad de México, Estado México, Jalisco y Nuevo León. En promedio había 1.7 especialistas varones por cada mujer.”

Heinze et al, Los Médicos Especialistas en México, p 1.

Para ese año, el número de especialistas era menor al recomendado, y seguían agrupados mayormente en zonas urbanas.

<sup>130</sup> De acuerdo a datos del 2019 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, en México había 2,4 médicos por cada mil persona; lo recomendable es 3.5 En cuanto al personal de enfermería, se contaba con 2.9 enfermeros por mil persona; lo recomendado por la OCDE es 8.8

Información recabada el 22 de noviembre del 2021, de la siguiente dirección electrónica: <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>

## Conclusiones

Nuestro sistema de salud es fragmentado.

Las instituciones que lo componen tienen distintos modelos de atención primaria, los cuales varían periódicamente de acuerdo con las necesidades del momento, por lo que la preparación adecuada de los médicos para ejercer y desarrollarse en ellos, no ha sido adecuadamente planeada.

El Sistema Nacional de Residencias no ha tenido un crecimiento ordenado y planeado; esto ha dado origen a que las necesidades actuales, en ciertas especialidades, no pueden ser satisfechas.

Lamentablemente quien padece este déficit de atención, son principalmente las clases bajas.

Tenemos nuevamente un caso donde circunstancias no-CBS, afectan a la formación y profesión sanitaria.

Ciertas perspectivas colectivistas enunciarán que se trata de un caso donde la organización y la presión comunitaria, paradigmática y contextual, serían las principales opciones para exigir mejores condiciones de trabajo para los profesionales de la salud.

Enfoques libertarios y objetivistas sostendrían que se implican iniciativas particulares, empeños individuales, actitud creativa, emprendedora y empresarial, para ir más allá de las estructuras burocráticas que configuran a las alienadas instituciones de salud con sus fines políticos y demagógicos:

Desde lo libertario, se necesitan individuos que con su capacidad, singularidad y ambición, dejen de lado las dádivas y el dañino e improductivo centralismo del caduco papá-gobierno.

Son más necesarias las personas creativas e innovadoras, que las lineales y adaptadas.

Ambas vías, la colectivista y la libertaria, tienen sentido y necesidad.

## Referencias

Aguilar, A. (2013). *¿Sobran o faltan médicos en México?* México: Excelsior.

Heinze, G., Olmedo, V., Bazán, G., Bernard, N., y Guízar, D. (2018). *Los médicos especialistas en México*. México: Gaceta Médica de México. Versión electrónica en el siguiente enlace:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30047941/>

<https://www.economista.com.mx/politica/Zoe-Robledo-un-itamita-con-determinacion-20190608-0025.html>

Artículo biográfico de Diego Badillo titulado “Zoe Robledo, un itamita con determinación. Perfil del nuevo titular del IMSS”. Información revisada el 22 de noviembre del 2021.

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/memoria/2019/08-FormacionPersonalServiciosSalud.xlsx>

Información del 2019 de parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde marca el total de médicos en cursos de especialización. Datos revisados el 22 de noviembre del 2021.

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/memoria/2020/08-FormacionPersonalServiciosSalud.xlsx>

Memoria Estadística del 2020 del IMSS, Capítulo VIII. Formación de Personal de los Servicios de Salud, donde reporta el total médicos en especialización. Datos ubicados el día 22 de noviembre del 2021.

<https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>

Información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, en torno al número de médicos y enfermeros que había en México en el año 2019; datos recabados el 22 de noviembre del 2021.



### UNIDAD 2, SEMANA 1, LECTURA 19

#### Enfermedad y padecer Ciencia y humanismo en la práctica médica

El humanismo médico es, en primer lugar, un afectuoso interés del médico por curar o aliviar los problemas de salud que le presentan los pacientes; pacientes no considerados como cuerpos humanos, sino como *personas*. En este sentido, no se cosifica al humano, no se le vuelve un objeto.

Los problemas de salud que le presenta el paciente al médico no consisten solamente en la existencia de una determinada enfermedad con los síntomas que le son propios, comprenden también la manera como estos síntomas son *vividos* o experimentados por el paciente, debido a sus características personales de orden psíquico, cultural, autobiográfico y social.

Finalmente, suelen ser un problema de salud, sobre todo de carácter psíquico, cultural y social, las restricciones y las medidas terapéuticas que el médico prescribe para la curación, el alivio o el “control” de la enfermedad.

Es decir, que más allá de los criterios cuantitativos y biológicos que sustenten la praxis del CBS, el paciente decodificará las acciones y expresiones del médico, desde su respectiva historicidad, bajo su particular cosmovisión.

## La antropología médica de aplicación clínica

La base del humanismo médico que necesitan quienes se dedican a la práctica de la medicina, es una antropología médica que sea de utilidad en dicha tarea, que oriente y complete las acciones fundamentadas en las ciencias biomédicas. Su interés central es el paciente como Ser somatopsíquico y sociocultural, en su calidad de persona. Su campo de estudio abarca también al médico en tanto profesional que responde a lo que el paciente busca al acudir a él. Las cosas no podían ser de otra manera, ya que una persona adquiere el carácter de *paciente* justamente por estar ante el médico, al entrar en relación con éste y seguir sus indicaciones.

*Paciente* es un término que viene del latín *pati* que significa padecer, sufrir.

En el lenguaje de la medicina se denomina *paciente* a la persona que padece o sufre por un problema de salud y que por tal razón, busca atención médica, o se somete o participa en lo que ésta implica.

Se ha substantivado el verbo *padecer* para nombrar al conjunto de molestias corporales, temores, angustias, etcétera, que el paciente comunica al médico durante la consulta médica.

Salvo excepciones, en la práctica general de la medicina ese malestar tiene su origen en el cuerpo humano: dolores, disnea, palpitaciones, vómitos, etcétera.

## El paciente es una persona

Persona es lo que cada uno de nosotros somos: una unidad somato-psíquica y socio-cultural que vive, piensa, siente a su manera; que percibe, interpreta y responde a la enfermedad, al médico, a la medicina *a su manera*.<sup>131</sup>

La persona no nace, se hace; más bien se está haciendo constantemente guiada por ciertos valores o preferencias.<sup>132</sup>

<sup>131</sup> Más adelante hablaremos de las vertientes epistemológicas, y del dualismo en las disciplinas CBS.

<sup>132</sup> En otro momento tocaremos la postura existencialista, pero vía de mientras retomamos lo que ya hemos mencionado de la historicidad: el influjo del contexto en la configuración del Ser.

De acuerdo a Martínez, a los médicos, puesto que son eminentemente biólogos y centran su saber en el cuerpo humano y sus enfermedades, no les cuesta ningún trabajo aceptar la hipótesis emergente, es decir, que *persona* es una entidad que emerge de los sistemas cerebrales.

Los médicos deben tener bien presente que si el cuerpo humano es el fundamento de la persona, ésta está enferma cuando el cuerpo es atacado por la neumonía, la diabetes o el cáncer. Pero también deben tener en cuenta que esa pérdida del bienestar que padece la persona por una enfermedad del cuerpo, adquiere ciertas características por la influencia que la sociedad y la cultura han ejercido y ejercen en ese ser humano.

Persona es un concepto que necesitamos para entender al humano como una *unidad* hecha de pensamientos, conocimientos, creencias, valores, sentimientos y conductas que emergen de la materia del cuerpo humano y que se valen de él para expresarse. *Unidad* en la que interviene la sociedad y la cultura, tanto en su conformación como en su expresión.

Los médicos han tomado de la filosofía el concepto Valor; igual han hecho con el concepto persona.<sup>133</sup>

En la escala de los valores éticos, la persona ocupa el estrato superior, lo cual nos obliga entre otras cosas, a siempre considerarla y tratarla como un fin, nunca como un medio.<sup>134</sup>

Aplicado lo anterior a la conducta del médico, diremos que su fin es la persona en estado de salud, o bien la conservación y restitución de la salud de la persona.

Tal es el valor ético que debe guiar nuestro ejercicio profesional.

---

<sup>133</sup> El primero proviene de la Axiología, el segundo de la Ontología.

La axiología es la teoría en torno al Valor. La ontología es el análisis en torno al Ser, que es la designación filosófica y compleja para referirse a la Persona.

La ética se liga con la moral. Ética son los elementos conceptuales que influyen en la moral; la moral son los elementos conductuales de un entorno; la dinámica entre los distintos integrantes de una comunidad.

<sup>134</sup> Esto se deriva de la ética idealista kantiana, y su imperativo categórico:

*Obra según la máxima según la cual, hagas de tu modo de acción una modalidad universal de conducta, y de tal manera que veas a los demás como fines, y no como medios.*

Es decir, siempre viendo al humano como el objetivo y fin fundamental, y nunca visualizándolo como algo que nos sirva para satisfacer nuestros anhelos o vanidades.

El imperativo categórico kantiano se opone a cualquier tipo de cosificación humana, al hedonismo y utilitarismo.

## Los dos planos del padecer

Todo *padecer* está constituido por dos planos:

- Primero, el plano de las molestias o de los síntomas: dolores, disnea, astenia, etcétera.
- Segundo, el plano de las interpretaciones y significados *personales* de estos fenómenos.

El primer plano del *padecer* le sirve al médico para ir construyendo su hipótesis sobre el diagnóstico, la cual confirmará o descartará con la información que obtenga al ahondar y precisar sobre lo que le comunica el paciente, al realizar la exploración física de su cuerpo, así como con los datos de la imagenología, del laboratorio clínico y del resto de los recursos que hoy nos ofrece la tecnología para el diagnóstico de las enfermedades.

Pero esto, que en sí mismo es fundamental, debe completarse con el conocimiento de *lo que ese malestar o padecer es o significa para la persona que lo está viviendo*, así penetramos al segundo plano de esta experiencia.

La consulta médica es el laboratorio donde podemos investigar qué es, qué significa para los pacientes su padecer, ese malestar que ha determinado la búsqueda o la aceptación de la ayuda médica. Para conocer este segundo plano del padecer del paciente, el médico necesita de dos cosas.

- Primera: de un genuino interés por la persona y su salud.
- Segunda: saber escuchar.

El psiquiatra Michel Balint, quien por los años cincuenta del siglo XX fundó unos seminarios con el objeto de que el médico supiera manejar en la consulta, tanto los aspectos psicoafectivos de él como los del paciente, señaló que saber escuchar no es nada fácil, y que es un arte que debe aprender el médico.

### Dónde se hace patente la orientación humanista

Del interés por el padecer del paciente, el médico debe ser capaz de reconocer y valorar los cambios que el paciente experimenta:

- Cuando el médico le informa sobre la enfermedad que ha diagnosticado;
- Cuando le explica cuáles son las características de ésta;
- Cuáles las restricciones o los cambios en la vida cotidiana que dicha enfermedad impone;
- Así como las medidas terapéuticas que deben seguirse.

La orientación humanista de la práctica, no se reduce al reconocimiento y valoración del padecer en las dos condiciones antes descritas; exige también su manejo terapéutico cuyas principales o únicas armas son la palabra y la actitud del médico frente al paciente y sus problemas de salud.

### La consulta médica y la relación médico-paciente

La práctica médica de orientación humanista exige ciertos cambios en el acto central de la práctica de la *consulta médica*, en especial en la parte del interrogatorio.

Exige también que la relación con la persona que es el paciente, tenga una doble característica. Esta relación le permite al médico diagnosticar la enfermedad entendida como patología estructural y funcional de órganos, células y moléculas del cuerpo humano. Además, la práctica médica de orientación humanística, exige del médico el establecimiento de una relación *con la persona que es el paciente*; ahora ya no lo mira como objeto, sino como sujeto. Y gracias a una antropología médica de aplicación clínica en la que concurren las ciencias biomédicas, psicológicas, sociales y culturales, además de la filosofía, el médico distingue o discierne las manifestaciones del padecer y le encuentra su sentido.

Podemos resumir diciendo que el interrogatorio clínico tradicional conduce al diagnóstico de la enfermedad, *pero como la conoce y define la medicina*, en tanto que el diálogo clínico permite conocer y comprender lo que esa enfermedad es para quien la está viviendo y padeciendo.

## De la historia clínica tradicional al relato patográfico personal

El diálogo clínico entre médico y paciente juega un papel fundamental en la práctica médica con orientación humanista. La información que se obtiene por este medio se agrega a la que se recoge en la historia clínica tradicional para conformar el llamado *relato patográfico personal*.

El relato patográfico personal empieza con las anotaciones de lo que el paciente le cuenta al médico de su padecer, de las vivencias que lo constituyen, de sus atribuciones causales, etcétera. El relato patográfico personal debe abarcar todas las ocasiones en que médico y enfermo se encuentran en pos de objetivos que se complementan entre sí: el paciente quiere curarse del mal que padece; y por su parte, el médico trata de satisfacer dicha necesidad.

De igual manera se toma nota de las reacciones del paciente ante las medidas terapéuticas que se le indican o prescribe.

Finalmente, deben consignarse las reacciones del paciente a los resultados de la terapéutica, principalmente cuando éstos son negativos.

Además de los conocimientos que proporciona la antropología médica de aplicación clínica y otras disciplinas, el ejercicio de una medicina de carácter humanista exige del médico determinadas características de su personalidad y cierta actitud ante los pacientes, la cual expresa fundamentalmente en tres aspectos: respeto, afecto y un genuino interés por ayudarlos con la mejor solución médica para su problema de salud.

El médico que es capaz de introducirse en el drama humano, sin perder ni la cabeza ni el corazón; quien puede, después de introducirse en el mundo emocional del paciente, dar un paso hacia atrás para, ya plantado a pie firme en el terreno de la razón y la ciencia; llevar a cabo su tarea profesionalmente médica; ese médico podrá ejercer con éxito una medicina con orientación humanista.

## La ética del ejercicio de la medicina

Puesto que la ética se ocupa de aquello que le permite al hombre en su calidad de persona, alcanzar el fin que le es propio, el cual consiste en el despliegue del espíritu

y en los actos que esto implica que lo conduzcan a la felicidad; felicidad que es más bien un estado psíquico, afectivo, que material; al hablar de la ética de la práctica médica debemos empezar señalando, cuál es el fin del médico que se dedica a atender pacientes. Ciertamente, el médico debe poseer inteligencia entendida como “la facultad de conocer”, debe poseer también -como el resultado de dicha facultad, pero requiriendo de un trabajo serio y prolongado-, el conocimiento de las ciencias y técnicas biomédicas.

Además, el médico requiere de “*virtud*”, de la “*sabiduría*” para discernir ante cada paciente, lo que corresponde a su enfermedad o a su padecer; lo que debe decir o callar; lo que debe hacer o no hacer.

En el ejercicio de la medicina, la *prudencia* nos permite discernir lo que es mejor para el paciente, causándole los menores trastornos, y actuar en consecuencia.

La *discreción* entendida como “tacto para obrar y hablar”, es otra “*virtud*” que el médico debe utilizar ante sus pacientes, sobre todo cuando se les informa sobre diagnósticos y pronósticos sombríos, o bien respecto a medidas que trastornan importantemente sus obligaciones o sus hábitos de vida.

El *buen consejo* es aquel que el médico da al paciente fundándose en las ciencias biomédicas y echando mano de su sabiduría, prudencia y discreción.

Hay que advertir que el fin de la práctica médica humanista es la curación, el alivio o “control” de sus problemas de salud; pero se trata también de ayudar al enfermo en su calidad de persona y no simplemente de cuerpo humano. Esto implica que las acciones del médico estén orientadas éticamente por el respeto a la dignidad de la persona.

Para concluir:

El propósito de la lectura es proporcionar elementos conceptuales y recomendaciones prácticas, que permitan al CBS, un actuar que no sea insensible; evitar los comportamientos inhumanos y sádicos ante una persona que se encuentra vulnerado en su Ser, en su integridad, en su autoimagen.

Comportarse humanamente en este mundo primordialmente neurótico, es difícil, es complicado; no pocas veces las injusticias se ensañan con la buena persona y se exalta al sociópata.

Se trata pues de darle un giro al actuar del profesional sanitario, que evite convertirse en parte del problema, que evite traicionar los principios de su paradigma.

### Referencias

Kant, I. (1995). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. México: Porrúa.

Martínez, F. (2002). *Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica*. México: Anales Médicos. Asociación de Médicos del Hospital ABC.

## UNIDAD 2, SEMANA 2, LECTURA 20

### La comunicación La relación entre profesional y paciente<sup>135</sup>

Las teorías de la comunicación humana, la manera cómo se entiende el proceso comunicacional, genera ideas, creencias, valores y actitudes, que a su vez pueden influir en el modo de entender el ejercicio de la medicina, es decir, lo que hemos denominado los modelos asistenciales. En este capítulo pretendemos profundizar en los factores que intervienen en la conducta humana, especialmente de la persona que solicita ayuda durante los procesos de salud-enfermedad, y que influyen de gran manera en la relación entre profesional y paciente.

#### Comportamiento humano en procesos de salud y enfermedad

El comportamiento humano, en general, está constituido por procesos complejos en que intervienen aspectos voluntarios, inconscientes, racionales, cognitivos, intencionales, neurológicos, fisiológicos, biológicos y psicológicos, entre otros.

El ser humano se comporta como un sistema dentro de un marco complejo, intersistémico o interdependiente.

Sobre una estructura biológica se desarrolla otra estructura, la psicológica, a través de la cual se forman las estructuras culturales, educativas y sociales que determinan, en última instancia, las conductas observables de los individuos.

Para algunas personas es difícil afrontar problemas de índole personal, y canalizan su malestar a través de enfermedades con una base más o menos biológica.<sup>136</sup>

<sup>135</sup> Resumen del texto de Cléries, capítulo 3, a partir de la página 35.

<sup>136</sup> Lo que en su momento Freud denominó lo somatomorfo: Desde una situación vivencial familiar o parental, somatizar, es decir, a partir de un elemento simbólico desarrollar mensajes corporales que pueden ser funcionales o lesionales, esto sin que exista un primordial daño orgánico: algo más emocional que físico. Y que no pocas escuelas psicológicas enuncian que es una modalidad para obtener atención y recursos. Refiere el oriundo de Freiberg...

*“Los afectos en sentido estricto se singularizan por una relación muy particular con los*

Esto les permite establecer una relación con un profesional médico fácilmente accesible y contar con los recursos de la salud pública.

Sin embargo, tal y como cuestionaba Balint:

“¿Qué necesita el paciente de su médico, y qué obtiene realmente?”

¿Qué es lo que el paciente no puede conseguir de su médico, y qué le obliga a regresar una y otra vez, con el fin de obtenerlo?”

### La conducta de enfermedad

Diversos autores han estudiado el comportamiento humano en relación con los procesos de salud-enfermedad; entre ellos destaca Mechanic, que estableció el concepto de *conducta de enfermedad* refiriéndose a las peculiaridades individuales de las respuestas ante una situación de enfermedad debidas a la percepción y evaluación que realiza el paciente, condicionadas por factores sociales y personales.

El paciente no es un sujeto pasivo ante su enfermedad, selecciona la información que recibe y elabora significados personales en función de su sistema de creencias, escala de valores, actitudes, etcétera, y con todo ello construye su experiencia subjetiva de estar enfermo que determina los motivos por los que acudir a la consulta médica<sup>137</sup>:

---

*procesos corporales; pero en rigor, todos los estados anímicos, aun los que solemos considerar «procesos de pensamiento», son en cierta medida «afectivos», y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos. [...]*

*Los procesos de la voluntad y de la atención son igualmente capaces de influir profundamente sobre los procesos corporales y de desempeñar un importante papel como promotores o inhibidores de enfermedades físicas. [...]*

*En general, cuando se formula un juicio sobre dolores que, en lo demás, se incluye entre los fenómenos corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentiísima dependencia de condiciones anímicas.” (pp 119-220).*

<sup>137</sup> No son pocos los casos de personas con atención selectiva, y peor aún, con actos fallidos, lapsus, y mecanismos de defensa de negación, ante situaciones que se contraponen a su Yo, criterios e identidad.

- *Razones físicas:* se experimentan unos síntomas a los que se atribuye una serie de interpretaciones.
- *Razones psicológicas:* ideas, creencias, percepción de vulnerabilidad y de costes y beneficios, sentimientos, preocupaciones y rasgos de personalidad.
- *Razones sociales:* el ámbito sociocultural determina la condición de ser o estar enfermo. El papel de enfermo implica unas expectativas sociales en forma de derechos y deberes<sup>138</sup>.

Las creencias del individuo también tienen un papel importante en la conducta de enfermedad.

Las personas no se comportan saludablemente, en el ámbito preventivo, terapéutico o rehabilitador, a no ser que se encuentren mínimamente motivadas e informadas.

La conducta de salud dependerá de la intencionalidad del comportamiento, de las actitudes frente al comportamiento y de las valoraciones subjetivas respecto a la conveniencia de llevarlas a la práctica. Los aspectos psicológicos particularmente los relacionados con la personalidad del individuo, tienen una incidencia fundamental en el momento de afrontar y adaptarse a la enfermedad.

El *estilo de afrontamiento* se puede entender como el conjunto de habilidades y competencias que posee la persona para hacer frente a demandas específicas (externas o internas), que exceden a los propios recursos.

Otro concepto interesante que se debe tener en cuenta es el “*locus de control*”. Se refiere a la creencia del individuo de que los acontecimientos están básicamente controlados por sus propias acciones (“*locus interno*”), o por el contrario, dependen de fuerzas externas y no controlables (“*locus de control externo*”). En general, las personas con un *locus de control interno* presentan mejor pronóstico ante el estado de enfermedad.

---

<sup>138</sup> Algunas situaciones hemos presenciado, donde en un matrimonio vertical, la parte sometida obtiene un tipo de empoderamiento al enfermar, obteniendo una preponderancia y atenciones que previamente no tenía.

## Estilos de afrontamiento de la enfermedad

Los principales son:

- *Introverso*: paciente aparentemente tranquilo y poco comunicativo.
- *Inhibido*: paciente tímido, inseguro, sensible a las críticas, se siente rechazado, excesivamente preocupado por lo que dirán los demás.
- *Cooperativo*: busca apoyo, sigue puntualmente las indicaciones del médico.
- *Sociable*: paciente extroverso y comunicativo.
- *Confiado*: normalmente calmado, teme por la enfermedad, motivado para recuperar la salud.
- *Enérgico*: agresivo y dominante.
- *Respetuoso*: muestra autocontrol, disciplina y seriedad.
- *Sensible*: individuo imprevisible y altamente emotivo.

Las respuestas a la vivencia de enfermedad son muy heterogéneas dependiendo de muchas variables: tipo de patología, ciclo vital, personalidad y factores psicosociales, entre muchas más.

Tras el diagnóstico de la enfermedad, puede haber una diferencia subjetiva entre el dictamen médico y la forma en que se percibe y el significado que se le otorga. La enfermedad se puede percibir como un fenómeno estresante, como un reto, una pérdida, un castigo, un eximente ante algunas responsabilidades, por poner algunos ejemplos.

La aceptación de la enfermedad, las consecuencias de asumir este papel, así como los derechos y deberes de estar enfermo son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y el ajuste a la enfermedad, así como para el cumplimiento terapéutico.

Las expectativas de los enfermos también tienen un papel importante en el momento de acudir a la consulta médica.

Las representaciones que se hacen del problema, las experiencias previas con el sistema sanitario y los sentimientos, entre otros aspectos, configuran la manera singular por la que una persona genera sus necesidades y decide cómo pedir ayuda.

El ser humano occidental no suele disponer de recursos personales para asumir el sufrimiento y la muerte, y recurre a la ciencia para que “mágicamente” le libre de ellos.<sup>139</sup>

La realidad, en cambio, es que los recursos sanitarios son limitados y difícilmente sostenibles, y a pesar de los esfuerzos dedicados, en los centros sanitarios es posible contraer enfermedades iatrogénicas e incluso morir.

### La conducta anormal de enfermedad

La característica principal de esta conducta es la persistencia de una manera inapropiada de percibir, evaluar y actuar en relación con el propio estado de salud, aunque un médico (u otro profesional de la salud) haya encontrado una explicación razonablemente lúcida acerca de la naturaleza de la enfermedad y del curso deseado del tratamiento que debe seguir, basándose en un examen exhaustivo y teniendo en cuenta las características peculiares de la persona: edad, educación y nivel sociocultural.

A pesar de la abundante información disponible en contra, se siguen manteniendo algunas conductas insanas, como las adicciones (tabaquismo, alcoholismo y drogas) o conductas peligrosas y de riesgo (relaciones sexuales sin protección, conducción temeraria, entre otras).

Por tanto, la mera transmisión de información no siempre resulta suficiente, por lo que es necesario adquirir otros parámetros de conocimiento, como el papel de las emociones en la relación médico-paciente.

---

<sup>139</sup> Hermann Hesse, en “El Juego de los Abalorios”, mencionaba precisamente eso: *“Aquellos hombres, con sus adivinanzas infantiles y sus «postizos culturales», no eran, sin embargo, niños ingenuos o feacios juguetones: estaban angustiosamente envueltos en fermentos y sismos políticos, económicos y morales, y sostuvieron frecuentes luchas civiles y terribles guerras; sus juegucillos educativos no fueron simplemente niñerías tontas o amables, sino que respondían a una profunda necesidad de cerrar los ojos y de refugiarse en un mundo ilusorio y anodino en lo posible, eludiendo problemas insolubles y congajosos temores de ruina. Ponían perseverancia en aprender la conducción de automóviles, o difíciles juegos de naipes, y con ánimo de distraerse se dedicaban a resolver dameros porque estaban enfrentados casi sin defensa a la muerte, a la angustia, al dolor y al hambre, sin que en todos los casos pudieran confortarlos las iglesias o aconsejarlos el espíritu. Esa gente que leía tantos ensayos y oía tantas conferencias no se concedía tiempo para fortalecerse contra el miedo ni ponía empeño en combatir desde dentro de su alma contra la angustia de la muerte: se dejaba vivir temblando y no creía en ningún mañana.”* (p 551).

## El papel de las emociones en los profesionales y pacientes

Se ha demostrado la incidencia de las emociones en las enfermedades. Así, las personas con ansiedad crónica, episodios largos de pesimismo, tensión excesiva e irritación constante tienen el doble de posibilidades de presentar enfermedades como asma, artritis, migraña y alteraciones cardíacas, entre otras.

Las emociones son básicamente adaptativas. Actúan para establecer, romper o mantener la relación con el medio ambiente.

Además, las emociones sirven para conectar socialmente, para comunicar, para establecer vínculos y para revisarlos. Se puede decir que el desarrollo emocional marcó el camino del desarrollo cognitivo, y es interesante destacar cómo la adquisición de las habilidades de relación social entre las personas, quedaron íntimamente vinculadas a las habilidades de planificación y toma de decisiones, junto con las expresiones de sentimientos y actitudes.

El ejercicio profesional de la medicina no está al margen de las consecuencias emocionales. Los médicos también están afectados por factores emocionales en su ámbito laboral, aunque frecuentemente se ignore o se niegue.

Los aspectos psicológicos, particularmente los relacionados con la personalidad (de la misma manera que en los pacientes), determinan la adaptación saludable a los efectos indeseables de las emociones. Es pertinente resaltar alguna realidad al respecto. Se han creado organismos que tienen por finalidad asistir integralmente a los médicos que sufren problemas psíquicos y/o conductas adictivas, con la finalidad de asegurar que reciban el tratamiento necesario y puedan volver a ejercer la medicina en las mejores condiciones posibles.

No es pues por casualidad, que algunos de los componentes de la competencia profesional médica hagan referencia a la inteligencia emocional, el autoconocimiento, la tolerancia a la ambigüedad, la reflexión en la acción y a otros aspectos que por otro lado, se han reconocido desde las sugerentes aportaciones de Balint.

No obstante, en la relación médico-paciente se observan algunas tipologías de profesionales que se alejan del modelo asistencial que tendría que ser ideal. La realidad del día a día asistencial, sin embargo, genera otros tipos de relaciones entre médico y paciente.

Se sabe que en cualquier tipo de relación (familiar, parental o laboral), la continuidad inexorable, la convivencia obligada, la rutina y el hacinamiento, influyen negativamente en los procesos interpersonales.

### El paciente que “no quiere” dejar de serlo

Hemos visto hasta qué punto el comportamiento humano resulta complejo y cómo se complica respecto a las vivencias de salud y de enfermedad.

En ocasiones hay personas que en su papel de pacientes repiten de manera inconsciente unas conductas que se alejan de una relación abierta y sincera, convirtiéndose en individuos que en el fondo no contemplan la posibilidad de dejar de ser pacientes.

Desgraciadamente, también existen profesionales que se ven arrojados a esta clase de relación, y que a pesar de darse cuenta de la manera de actuar del paciente, no saben encontrar una solución adecuada, puesto que normalmente los médicos han recibido formación para atender enfermedades físicas “de verdad”.

En las relaciones asistenciales podemos encontrar consultantes que aparentemente piden ayuda, pero que en realidad no están dispuestos a realizar esfuerzo alguno por afrontar su problema; algo así como: *“hazte cargo de mis problemas, yo estoy indefenso”*.

Ante estos casos, el profesional tiene que saber decir NO:

*“No me haré responsable de tu problema”*.

De este modo devolverá al paciente su propia responsabilidad; algo así como:

*“Yo no soy responsable de tu situación, pero si tú pones de tu parte, puedo ayudarte a que afrontes tu problema”*.

La superación de los roles de profesional excesivamente atento o agresivo, ante un paciente que no quiere dejar de serlo, pasa por transformarlos hasta adquirir el papel de profesional competente que presta atención a un paciente vulnerable-responsable en un momento determinado.

## Qué hacer ante el paciente que “no quiere” dejar de serlo

Ante todo, el profesional debe adquirir conciencia y sentido de responsabilidad de sus respectivos sentimientos y actuaciones, con relación a la persona con la que tiene que desarrollar una actividad asistencial.

Este aspecto coincide plenamente con los planteamientos de la inteligencia emocional y del ciclo de la competencia emocional. Muchas veces, al romperse un tipo de relación dependiente, cabe la posibilidad de que el paciente se encuentre mal porque se siente ignorado respecto al patrón relacional al que se había habituado.

También cabe esperar que el paciente manifieste reacciones agresivas o quizás intensifique su papel dependiente, intentando forzar que el profesional adopte el papel de excesivamente atento o agresivo.

En otras ocasiones, conviene transformar una actitud inadecuadamente independiente (la persona que niega padecer una enfermedad inhabilitante), en otra en la que es preciso adoptar una actitud dependiente (de manera provisional), para dejarse cuidar. El profesional como veremos en el punto siguiente, deberá adaptar su estilo de comportamiento.

## Estilo de comportamiento del profesional

Es indudable que la actitud del paciente hacia su enfermedad es crucial para abordar con éxito su tratamiento. En general, se debe favorecer que los pacientes adopten una actitud de madura colaboración, para responsabilizarse de su proceso de enfermedad; sin embargo, desde el ejercicio profesional hay que actuar con flexibilidad.

El profesional de la salud debe cuestionarse cuándo es “normal” que el paciente actúe de manera inmadura, digamos en ocasiones de situaciones graves; pero en otros momentos es indispensable y necesario que cuando se requiera, manifieste una colaboración activa y responsable ante su enfermedad.

La madurez del paciente se entiende como la capacidad de la persona para conseguir metas, y la disposición y habilidad para asumir responsabilidades en cuanto a su mejora de la salud.

El individuo no es maduro o inmaduro en un sentido global.

La misma persona puede comportarse con madurez ante un problema e inmadurez ante otros.

El grado de influencia del profesional varía en función de la madurez del paciente, y en referencia al alcance de un objetivo específico de salud.

A medida que la madurez del paciente aumenta en el *continuum* inmadurez-madurez, el estilo del profesional también evoluciona a lo largo de la función lineal, y es cada vez menos directivo:

- Ante un grado bajo de madurez por parte del paciente, la influencia del profesional será alta, y deberá adoptar un *estilo directivo*, estableciendo qué, cuándo, cómo y dónde se tiene que llevar a cabo una tarea determinada.
- Cuando existe un grado de madurez elevado por parte del paciente, el profesional tiene la posibilidad de recurrir a un *estilo cooperativo*, para que el paciente alcance efectivamente un objetivo de salud, o incluso, ser *asesor* del paciente respecto al estado de salud deseado en los casos en que el paciente se responsabiliza de su propio comportamiento.

### Aspectos contextuales a la relación entre profesionales y paciente

La orientación hacia el destinatario de los servicios de salud, la persona que los precisa y las personas significativas de su entorno, tiene que erigirse en la principal razón de ser por la que se debe regir cualquier organización del ámbito de la salud. A pesar de los avances en la gestión introducidos en el sistema sanitario a favor de una mayor eficiencia, existe la percepción de que se establece una relación entre “productores” (profesionales de la salud) y “consumidores” (pacientes). En este sentido, la demanda de atención sanitaria ha crecido de tal manera que se puede hablar de una verdadera masificación de los servicios de salud, que incide en el tiempo que los profesionales sanitarios disponen en la consulta para el paciente.<sup>140</sup>

<sup>140</sup> Que como ya se sabe -digamos en el IMSS-, se le indica al médico que sus consultas deben de durar máximo 15 minutos, y en promedio verá de 26 a 30 pacientes por turno.

Estas situaciones se deben, en muy buena medida, a las expectativas de los ciudadanos respecto a qué puede ofrecer el sistema sanitario para atender y resolver los problemas de salud.

Hay una tendencia por parte de la población a pedirle al sistema sanitario que cuide de su salud, sin admitir ninguna responsabilidad como contrapartida.

### Contexto físico

El estado físico de la consulta médica comunica tanto o más que el propio profesional. Un lugar limpio, bien decorado y suficientemente espacioso contribuye de gran manera en la calidad de la relación médico-paciente.

Cuando no está clara la finalidad asistencial de los servicios sanitarios en términos humanos, se dan paradojas como la de un centro hospitalario que ganó un premio arquitectónico en lo referente a su diseño, pero no contemplaba espacios que preservaran la intimidad, privacidad y la confidencialidad en el servicio de Urgencias, para que los profesionales pudieran comunicar las malas noticias a los familiares.

Para cerrar:

Por este tipo de dinámicas interpersonales y problemáticas intrapsíquicas, es que se hace necesario para los CBS, el estudio de teorías psicológicas y técnicas psicoterapéuticas que les permitan un saber y proceder en situaciones que son más del ámbito emocional que del fisiológico.

Es ese el propósito de la materia Salud Mental, un acercamiento a lo intrapsíquico, al mundo de las emociones.

---

Claro, dependiendo de la zona, porque si es una tranquila, será afortunado y “solamente” verá 24.

Los turnos ya se sabe, de 6 a 8 horas, dependiendo el tipo de plaza.

## Referencias

Cléries, X. (2006). *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. España: Elsevier Masson.

Hesse, H. (1957). *El Juego de los abalorios*. España: Aguilar.

Freud, S. (1992). *Obras completas. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. Argentina: Amorrortu.

Una versión electrónica de “Tratamiento psíquico” de Freud, se encuentra en el siguiente enlace, ubicado el 23 de noviembre del 2021:

<https://psicologiagrupal.cl/wp-content/entradaspesadas/tratamientops%C3%ADquicoFreud.pdf>

## UNIDAD 2, SEMANA 3, LECTURA 21

### Problemas psicológicos del enfermo crónico

#### Introducción

El hombre es capaz de pensamiento abstracto y concepciones, y por ello, de desarrollar tensiones y ansiedades. Se da cuenta de cambios potenciales en sí mismo y en el ambiente, y también es capaz de planear el futuro para sí mismo, y contra las alteraciones del medio que le rodea. Muchos problemas psicológicos que todos y cada uno tenemos constantemente, se resuelven con facilidad y no requieren consejo médico. Por lo tanto, este último sólo debe resolver problemas mayores.

Sin embargo, ello no significa que deba ignorar los problemas psicológicos menos graves de sus pacientes. De hecho el éxito del médico para ayudar a sus pacientes, depende en gran parte de sus relaciones con ellos.

Esto, en otras palabras, significa su capacidad de comprenderlos y ponerse en su lugar<sup>141</sup>. En esta forma, frecuentemente el médico puede anticipar las inquietudes y preocupaciones de sus enfermos.

La enfermedad es una de las mayores amenazas para el paciente. Aunque esto es evidente en los procesos agudos, raramente constituye problema grave. Las enfermedades crónicas suelen tener un comienzo insidioso y un curso lentamente progresivo. Con frecuencia el paciente no sabe lo complicado de su situación. Ignora que tiene limitaciones para su capacidad física, hasta que un incidente determinado se lo demuestra. Esto se observa claramente en medicina militar, cuando un hombre joven con distrofia muscular es llamado a filas y al entrenarse

---

<sup>141</sup> Carl Rogers en su enfoque centrado en la persona definirá la empatía del siguiente modo: *“Cuando el consejero percibe y acepta al cliente tal cual es, cuando deja de lado toda evaluación y entra en el marco de referencia perceptual del mismo, lo libera para que explore nuevamente su vida y su experiencia, lo libera para percibir en esa experiencia nuevos significados y nuevas metas.”* (p 55).

En una definición más relacional, se entiende como ponerse en los zapatos de los demás, pero sin perder la propia postura e identidad; un acompañamiento en el que el paciente debe asumir sus decisiones, consecuencias y responsabilidades.

Acompañar al Otro pero sin dejarse arrastrar por su visceralidad, sin distorsionar la cognición.

descubre la limitación de sus capacidades físicas. Esta manera de comenzar, por sí sola ya aumenta considerablemente la inquietud del paciente. Si el trastorno ha sido lentamente progresivo, cuando se descubre, no hay indicación ninguna de que el curso progresivo se haya interrumpido. El punto final que alcance la enfermedad, preocupa especialmente al interesado.

### Orígenes de problemas psicológicos

#### *Miedo a la muerte*

Una de las causas más perturbadoras y de ansiedad es el miedo a la muerte. Generalmente es de tipo doble:

- Un factor depende del propio paciente y consiste en el miedo personal a la muerte;
- El otro de su inquietud acerca de familia y personas queridas, negocios, etc.

El miedo personal, claro está que es el más importante de los dos, y siempre que sea posible asegurar a un enfermo crónico que su proceso no amenaza la vida, tiene gran importancia señalárselo de inmediato.

La mayor parte de enfermos que la sufren, cuando van a ver al médico, están convencidos de que han tenido un ataque cerebral.

Cuando resulta claro que la muerte es consecuencia de la enfermedad inminente importa no ocultar este hecho al paciente.

No procede dejar que una persona entre en el coma terminal sin preparación.

Puede parecer caritativo evitar que el paciente vea tan clara la realidad, pero hay que pensar en sus problemas temporales y espirituales antes que se vaya de este mundo.

No hay necesidad de insistir en ello. Sin embargo, en caso de enfermedad lentamente progresiva, los fracasos del tratamiento y la inquietud consiguiente del médico, indican al paciente que las cosas van mal. Sin embargo, la esperanza

de una “medicina milagrosa” mientras se está esperando su descubrimiento, y los adelantos extraordinarios de la medicina, justifican en partes tales esperanzas.

Los pacientes se identifican con sus enfermedades y casi se sienten orgullosos de ser miembros de la organización selecta. No todas las personas han logrado una filosofía personal que les permita aceptar resignadamente lo inevitable. Y ciertamente, no es probable que pueda alcanzarse en las últimas semanas de la vida.

### *Miedo a la incapacidad*

En segundo lugar, después del miedo a la muerte, está el miedo a algo que para muchas personas es peor que ella: un tiempo más o menos indefinido de invalidez.

Para resolver este problema, el médico necesita plena cooperación de su enfermo. En las enfermedades progresivas, el entrenamiento electivo debe iniciarse antes que el paciente esté totalmente incapacitado. Importa que los médicos determinen con exactitud el grado de incapacidad que serán capaces de aceptar en una enfermedad determinada.

### *Miedo al dolor*

El dolor agota casi a todas las personas. Son rarísimos los pacientes que no lo sufren. El umbral para el dolor varía según las personas, pero en conjunto, constituye siempre uno de los mayores problemas para el humano.

Esto es evidente; desde tiempo inmemorial, el dolor físico ha servido para lograr información de elementos hostiles.

Hay que explicarle lo mejor posible la duración probable del dolor cuando se sepa, y si cabe esperar que disminuya espontáneamente. Muchas veces resulta útil explicar a los pacientes que el dolor es una verdadera advertencia.

### *Inquietud acerca de la seguridad económica*

En enfermos crónicos es muy frecuente; la amenaza de perder el trabajo o las capacidades productivas, es suficiente para causar angustia. El médico se percatará de la ansiedad del enfermo y hará todo lo posible para aconsejarle. En pacientes con recursos económicos limitados, y en particular los sostenidos por leyes de

seguridad social, hay que investigar la situación de éste. A medida que aumenta el número de enfermedades crónicas e invalideces, se hace mayor el problema social. Cuando el médico interviene en beneficio de su paciente, es posible hacer por él concesiones especiales. Si ello requiere papeles, pueden prepararse en casa. Los pacientes condenados en una silla de ruedas, pueden desplazarse hasta una oficina que no sea muy distante y seguir trabajando.

Cuando la enfermedad se acompaña de un estigma, tiene particular importancia el papel del médico para que el paciente logre nuevo empleo. Cuando la familia tiene problemas financieros, y también tiene bienes, suele plantearse el problema de cuál sea la mejor forma de utilizar estos últimos. El médico muchas veces puede orientar al paciente acerca de algún comerciante de renombre de la comunidad, para que aconseje a la familia en cuanto a sus negocios. Cada persona cree que es totalmente invulnerable y que nada le ocurrirá; su gran preocupación son los miembros de su familia.

### *Difusión de la enfermedad*

Muchas veces hay miedo a la posibilidad de diseminación de la enfermedad a familiares y amigos. El médico quizás no se percate de que en las enfermedades de larga duración, este miedo puede ser tan grande como en las enfermedades contagiosas. Los pacientes muchas veces no quieren señalarlo, pero guardan en su espíritu la preocupación. Esto es particularmente cierto en caso de enfermedades inflamatorias, pero también en procesos que los legos consideran hereditarios. La educación en este sentido es bastante sencilla.

En primer lugar, muchas enfermedades de larga duración no son hereditarias. Si la enfermedad se considera hereditaria, lo primero es explicar que lo que se transmite es solamente la tendencia, y esto con una probabilidad matemática relativamente pequeña.

### *Miedo a posible progresión*

Los pacientes se preocupan por el progreso de su enfermedad. Esto depende sobre todo de explicarles la índole de su padecimiento y cuál ha de ser su futuro. Si el pronóstico es malo, claro está que habrá que hacerlo con tacto.

Lo importante es que el paciente empiece a desempeñar actividades lo antes posible -no sólo productivas y remuneradoras, sino también significativas y distractoras-, de ese modo tendrá menos tiempo de preocuparse por su enfermedad.

Por fortuna en la actualidad ha desaparecido el estigma que rodeaba a algunas enfermedades. El estigma en enfermedades no se ha suprimido completamente, claro está, y ha disminuido -aunque ligeramente- en la epilepsia. Es muy particular cómo un estigma se fija a una enfermedad. La ansiedad y el estigma que la acompañan, muchas veces son desproporcionados a los trastornos que causa.

### *Inseguridad espiritual*

Es origen de congoja y ansiedad para el paciente. Las personas con profunda motivación religiosa, sea cual sea su fe, deben ponerse en contacto con su pastor. Resulta sorprendente y confortador para los creyentes de una fe, que el médico -ya sea que éste profese otra, o que incluso no tenga ninguna-, arregle solícitamente para ellos la entrevista con el sacerdote que elijan. Por desgracia, no siempre se puede brindar el presente de la fe y de la seguridad espiritual a quienes no la tienen.

## Tratamientos de factores psicológicos

### *Actitud del médico*

Este debe tener su propia “concepción” acerca de la enfermedad; ha de comprender con simpatía la situación del paciente y los problemas que se plantean. Debe colocarse en la posición del enfermo para apreciar todo lo que le ocurre. Debe ponerse en guardia al tratar un enfermo crónico.

### *Educación*

Nos vamos a referir también al papel del médico. La palabra “doctor” deriva del latín “*docere*”, que significa enseñar; ello implica que la educación es una de las funciones principales del médico.

La sociedad actual mantiene despierto su interés por problemas científicos. Incluso los estudiantes de secundaria conocen los principios de desintegración del átomo. La educación del paciente, por lo tanto es muy importante; si no lo entendemos, el paciente hará lo posible para comprender su situación, buscará información en otros lugares, y probablemente no la obtenga muy satisfactoria.

Los curanderos y quienes brindan remedios milagrosos pueden seguir haciendo mucho negocio si no educamos a nuestros enfermos.

### *Identificación*

También es importante que el paciente se identifique con su médico como alguien que hará todo lo posible para lograr su bienestar. Podemos hacerles tratamiento sintomático. Y si bien con seguridad no podemos salvar todas las vidas, porque todos hemos de morir, podemos hacer más felices a nuestros pacientes.

### *Confianza*

Es una secuela natural de la educación y la identificación. De hecho el médico que ha explicado las cosas con palabras sencillas para que las entienda el paciente, y que ha logrado una cálida identificación con el mismo, tendrá pocas dificultades para ganar su confianza y convencerle de que se está haciendo todo lo posible por combatir la enfermedad.

Hay gran diferencia entre régimen y tratamiento.

- El tratamiento implica terapéutica específica como la médica o la quirúrgica o la sintomática específica.
- En el plan general, régimen es el tratamiento total del paciente, de su enfermedad y del medio que le rodea.

También se le señalará que se están haciendo investigaciones muy importantes que van a dar resultado. Cuando la enfermedad progresa, la nutrición plantea problemas que hay que resolver, modificando la dieta, y si es necesario, incluso con intubación.

### *Otros principios de psicoterapia*

Los especialistas que han estado en estrecho contacto con médicos generales, han comprobado hasta qué punto éstos últimos tienen penetración de los problemas psicológicos de sus pacientes con enfermedades orgánicas. El método más simple empleado por muchos médicos, es permitir al paciente que se expanda.

Con cuanta frecuencia se quejan los pacientes “aquí nadie me deja hablar”; los médicos que tratan tan bien a sus enfermos difíciles, hace tiempo que aprendieron a dejarlos hablar para que expliquen bien sus problemas, su perspectiva y subjetividad.

Es muy interesante hablar con estos médicos, para saber su opinión sobre un hecho: hasta dónde llegan sus capacidades, y cuáles son los problemas que se pueden tratar con relativa facilidad.

### *Terapéutica en grupo*

El médico, claro está, en la práctica raramente puede efectuar sesiones de terapéutica en grupo. Muchas veces no se da cuenta de las sesiones de terapéutica en grupo, que tienen lugar en su propia sala de espera.<sup>142</sup>

### *Sugestión*

Como forma de psicoterapia se ha utilizado desde tiempo inmemorial. Hay que distinguir cuidadosamente la sugestión justificable del puro charlatanismo.

La sugestión efectuada adecuadamente por los médicos está destinada sobre todo a aumentar la motivación del paciente. Consiste en animarle para que haga todo lo posible con sus capacidades físicas. Es así como a pacientes hemipléjicos se les obliga a andar de nuevo.

## Conclusiones

En este capítulo nos hemos referido a alguno de los principales problemas psicológicos que se plantean en las enfermedades de larga duración y a la forma de tratarlos. De hecho, la faceta más importante de todo ello es que el médico desee servir como Al Hakim, el filósofo, el sabio: *Ha de tener interés humanitario por los demás hombres enfermos.*

El médico debe destinar el tiempo necesario a imaginarse en la situación de su paciente. La base de toda la medicina es el amor a nuestros semejantes.

---

<sup>142</sup> A veces es necesaria y útil la terapia individual llevada a cabo por un terapeuta.

Pero en otras ocasiones, es más fructífera la reunión en un grupo de apoyo: todos los asistentes con más o menos la misma problemática, sin un terapeuta profesional, solo alguien que funge como facilitador.

Algo como lo que se vio en la película "Avengers", donde Falcon y el Capitán América tenían grupos de apoyo, y que sin ser ellos terapeutas o médicos, facilitaban los procesos de escucha, de diálogo y de expresión emocional.

Para cerrar:

Escuchar a otra persona es difícil. No debería de serlo, pero en esta sociedad neurótica, pocas personas escuchan el corazón de los demás.

La verdadera escucha, sin juicios, alabos, ni comparaciones, es inusual.

Es necesario entender que ese tipo de escucha consume tiempo y también energía; tratar con personas, escuchar a personas, percibir genuinamente el pensar y sentir del Otro, consume mucha energía. No por nada la psicoterapia se cobra.

Implica un esfuerzo y desgaste, que finalmente es el mismo que implica cualquier dinámica e interacción humana.

Un requisito más para aquellos que quieran dedicar su vida a la atención de la Otredad.

### Referencias

Forster, F. (1960). *Problemas psicológicos del enfermo crónico*. en *Enfermedades de larga duración. Tratamiento del enfermo crónico*. México: Editorial Interamericana.

Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. España: Paidós.

## UNIDAD 2, SEMANA 4, LECTURA 22

### El encuentro con el médico. Expansión de la grieta que puede conducir a la crisis y la acción reconstructiva o delimitadora

**E**l encuentro con el médico constituye el momento cuando el enfermo, a partir de un conjunto particular de saberes, afecciones, sensaciones, percepciones, momentos de extrañamiento de sí y de su ámbito de vínculos, inferencias y determinaciones de su entorno, acude a una institución médica. Elige quizá entre varias alternativas.

Cierta concepción de la enfermedad, cierta aprensión de su propia identidad, cierto reconocimiento de sugerencias y opiniones del entorno, ciertas expectativas y deseos, y ciertos temores y solidaridades lo llevan a buscar alguna de esas “alternativas” terapéuticas. Puede recurrir simultáneamente a la medicina popular, a la medicina tradicional, ir con el boticario, hacer una manda, una peregrinación y/o acudir a la medicina profesional.

Los llamados sistemas médicos no están aislados, sino que se integran en una red compleja de creencias y valores, como parte de la cultura de cualquier sociedad. Existe una gran variedad de formas de explicar y tratar las enfermedades; los procedimientos médicos marginales y subalternos, que en la práctica de muchas personas se hacen compatibles y complementarios con el profesional, hasta el punto de que cada persona, con la ayuda de su red social, termina haciéndose su propio derrotero terapéutico, tomando lo que cree conveniente en cada caso, de entre las ofertas disponibles en el campo social.

Los esquemas de atención actuales se caracterizan por su pluralismo e interrelación en cuanto a modelos etiológico-terapéuticos. Pueden interactuar y complementarse armónicamente, o por el contrario, competir y mantener relaciones de exclusión o subordinación.

La medicina tradicional está orientada por factores culturales, religiosos y sociales, lo que le ha dado especificidad en cada comunidad, y ha sido inherente a la identidad de los individuos que la componen. Sus conocimientos se han transmitido de generación en generación, para preservar la vida y permitir

el florecimiento de la propia cultura. La medicina tradicional no sólo abarca el manejo de medicamentos naturales o más específicamente la curación herbolaria, es más que eso: involucra procesos simbólicos, formas de intervención corporal sustentadas en procesos rituales, categorías míticas, patrones particulares de interacción, modalidades de trabajo corporal y escénico: es una concepción integral que ubica al individuo en su relación con otras personas, con la naturaleza y con el universo.

Aunque existen generalidades compartidas, cada sociedad ha elaborado esquemas terapéuticos complejos que incluyen concepciones culturales en sus prácticas, al igual que en sus especialistas que saben cómo aplicarlas.

Los curanderos o chamanes son individuos elegidos que reciben por tradición los conocimientos y procedimientos curativos basados en su propia cosmovisión, es decir, en la manera de concebirse a sí mismos y al mundo que los rodea.

De esta manera, los médicos tradicionales sintetizan la ideología, las categorías míticas, los dramas sociales, los regímenes de prohibición y prescripción, las pautas de culto y los procesos rituales, que dan forma y sentido a la materia simbólica que expresa el conocimiento de las técnicas curativas propias de cada cultura.

Asimismo configuran las normas y valores para existir en las relaciones sociales comunitarias y también, el valor de la palabra para nombrar, premiar el respeto, o castigar la trasgresión de las leyes, para restablecer así el orden y el ritmo social.

En el marco de la antropología y en especial de la antropología médica, la etnomedicina ha estudiado la información propia de cada cultura que permite a las personas que la componen diagnosticar y clasificar las enfermedades y los traumatismos, explicar su comienzo o causa, y procurar un tratamiento, con el fin de restaurar el estado normal o mantener con vida a un paciente enfermo.

El término “medicina popular” cubre una enorme variedad de remedios y tratamientos que pasan de generación en generación al “remedio casero”, a veces particulares de un pueblo o familia. Sus prácticas generalmente no están escritas ya que son parte de la tradición oral, tanto en áreas rurales como urbanas organizada en el ámbito de la familia, de las redes sociales y de la comunidad, sin que participe un terapeuta profesional.

Del esquema *popular o doméstico* se ha dicho que representa la medicina de la familia o comunidad. Se compone de creencias y prácticas médicas accesibles a

toda la población e incorpora los aspectos que conforman instituciones distintas. Son prácticas populares que tienden a persistir en el tiempo, permanecen a pesar de que sus orígenes no sean bien recordados.

Este sector ha sido el menos estudiado tanto por la antropología como por la medicina, y en él se generan la mayor parte de los diagnósticos y tratamientos de las enfermedades; Osorio (2000), señala en una estimación personal que aproximadamente el 80% de los problemas de salud son resueltos en el esquema popular, ya que constituye el primer nivel real de atención.

Según el esquema *profesional*, lo importante son los resultados técnico-instrumentales, es decir, la eficacia médica.

En el campo de la medicina institucional, la práctica clínica implica el estudio de los seres humanos como “objeto de estudio”; tiene como propósito conocer el proceso entre la salud, la enfermedad y la atención. La clínica incluye al humano, que es el sujeto que estudia y a la vez el “objeto” que es estudiado, lo cual ha distorsionado el papel de la medicina en su saber ser y en su saber hacer. El sector profesional incluye a los terapeutas, cuya práctica se ha estructurado en profesiones de curación organizadas o legitimadas por el Estado.

En el paciente se combinan creencias, información y saberes de distintos ámbitos que se entretajan, dando lugar a los aspectos mágicos y religiosos que permean de forma tal, que orientan las acciones de búsqueda de solución de la enfermedad.

A estos esquemas también se los ha considerado sistemas médicos dominantes, dominados, subsistemas anexados unos a otros, o bien sistemas aparentemente inexistentes y hasta rechazados, pero que están presentes, incluso como fantasías que se expresan en la situación del momento de crisis al que conlleva la enfermedad.

### 1. Los esquemas de atención

A continuación el autor se refiere a la población que estudió como parte de su investigación; población que está constituida por individuos que radican en la Ciudad de México, pertenecientes a la clase trabajadora, tanto asegurados como derechohabientes de la seguridad social.

Idealmente es de suponer que cuando al individuo le aqueja algún malestar, acude con alguien a quien su comunidad acepta como curador. Sin embargo, esto no es así de simple.

La realidad es más compleja: para empezar, puede haber enfermedad en ausencia de síntomas, e incluso en ausencia de enfermedad. Los síntomas son sometidos a un proceso de significación por el individuo. En caso de interpretarse como señal de enfermedad, la consulta médica no constituye en la mayoría de los casos, el paso siguiente.

La medicina popular o doméstica y la automedicación, fueron prácticas muy favorecidas en la población estudiada. A pesar de ser individuos que contaban con los servicios médicos de la seguridad social, como primera estrategia al presentarse un malestar, la generalidad de ellos trató de ignorar sus síntomas pensando que eran pasajeros, que desaparecerían espontáneamente, y sólo cuando persistían, intentaron el autodiagnóstico y el autotratamiento.

Es decir, al inicio del padecimiento el individuo frecuentemente apela a la medicina popular; los informantes del estudio recurrieron a los remedios caseros o a medicamentos de patente que en otras ocasiones habían funcionado.

Posteriormente, los pacientes en los que las molestias continuaron o empeoraron, buscaron ayuda de sus allegados, y como última alternativa acudieron con un profesional médico o curador.

¿Cómo y por qué se toma la decisión de solicitar la ayuda médica?

Evidentemente las respuestas son varias:

- Puede ser que ninguno de los recursos antes mencionados haya dado resultado;
- Porque los síntomas se hayan vuelto intolerables;
- Debido a que el malestar haya aumentado;
- Dado el individuo ya no pueda seguir desempeñando sus actividades dentro de la sociedad a la que pertenece;
- Es posible que el paciente no consulte al médico impulsado por la magnitud de los síntomas, sino por la ansiedad que le ocasiona su presencia;
- O bien, para justificar el incumplimiento de sus actividades cotidiana.

En ocasiones, los síntomas no son la verdadera causa que impulsan al paciente a solicitar la ayuda médica, sino solamente son un pretexto, o la máscara de un problema emocional.

El encuentro con el médico es una relación entre individuos, en medio de la complejidad de la vida cotidiana del ser humano con un padecer.

Se produce siempre en el entorno regulador de un drama; en un universo simbólico particular; involucra un conjunto de acciones, normas y valores culturales específicos; reclama procesos de identidad y modos de comprensión del tiempo que remiten a los fundamentos de una cultura y a sus regímenes institucionales; reclama formas de “diagnóstico” que derivan de los saberes instituidos dominantes o no.

El encuentro clínico debiera ser una interacción entre sujetos que comparten intereses comunes, “identificar y resolver la enfermedad”, sin embargo no es así.

Y aún menos en la medicina institucional, en donde este momento del proceso comunicativo se da sobre los esquemas médicos explicativos propios de cada actor, y con sus posibilidades limitadas de expresarse.

El encuentro se puede concebir como una puesta en escena, en la creación de fisonomías, de rostros, de máscaras; excede la voluntad, a la modelación deliberada, a la construcción intencional, para aparecer como condición de la interacción entre sujetos en un marco regulador capaz de imponer condiciones de estabilidad a la relación con el Otro; inmersa en la complejidad del sistema de afecciones, de saberes y de identidades; situación que reclama la necesidad de enfoques distintos para interpretar adecuadamente los posibles significados de esa interacción.

El modelo planteado por Goffman recibió el nombre de *enfoque dramático, análisis dramático de la vida cotidiana, o interaccionismo simbólico*. Aunque según Mier, esta denominación es equívoca e incluso inexacta -el trabajo de Goffman desborda ampliamente los márgenes de una mera analogía con el dominio dramático-, permite explorar ciertos aspectos cardinales de las interacciones y construcción de identidades en ámbitos institucionales rígidos.

Goffman (1997), señala que se trata de revelar que el individuo muestra en su vida corriente una máscara o fachada. Sin embargo, no se refiere a una fisonomía construida, forjada, que oculta o vela un “rostro verdadero”, un rostro detrás

de la máscara. Más bien en el proceso de interacción surgen entre los actores fisonomías cambiantes que dan su identidad distintiva al proceso y al marco regulador de la interacción.

Aspecto semejante al que ocurre en la consulta médica y especialmente en las enfermedades crónicas como es la diabetes, en la que la falta de cumplimiento con las prescripciones médicas, lleva al paciente a acentuar conscientemente este fingimiento, como parte de su interacción con el médico.

Asimismo el modelo dramático de Goffman al dar un sentido específico y referir los conceptos de ritual, situación, encuentro, marco (*frame*), máscara social y sí mismo, entre otros, da pautas de observación bien delimitadas, y referencias a situaciones institucionales claramente reconocibles y regulativamente bien formuladas; ofrece perspectivas no sólo teóricas sino descriptivas; descriptivas e interpretativas relevantes.

Así, el interaccionismo simbólico, al tratar de representar y comprender el proceso de creación y asignación de significados, al mundo de la realidad vivida, a la comprensión de actores particulares, en lugares particulares, en situaciones particulares y en tiempos particulares, permite especialmente una vía de interpretación crucial para el complejo, dinámico y cambiante intercambio y transformación de identidades en el complejo de interacciones médico y enfermo.

La enfermedad es una experiencia llena de significados que el médico vive de una forma y de otra el enfermo y quienes le rodean.

A lo largo de la historia de la humanidad, el encuentro entre el enfermo y el médico ha estado socialmente determinado y explicado en las diversas culturas, y desde diferentes posturas teórico-metodológicas.

La dimensión simbólica de este encuentro se sustenta en dinámicas de regulación existentes en el campo médico, que no sólo operan en la mirada del paciente, también tienen efectos sobre la forma en que el médico observa y determina sus objetivos, definiendo lo real para él y su posicionamiento en la relación con el enfermo.

Las interacciones construyen y modifican identidades; los valores se van construyendo en la medida que se da la interacción dentro de los diferentes marcos institucionales normativos. Considera la relación a partir de la interacción cara a cara, es decir de interacciones que definen las situaciones de la vida cotidiana.

El encuentro con el médico constituye solo una pequeña parte de la vida del paciente. “La verdadera vida” está en su interacción con los individuos de su familia; con los miembros de diversas instituciones; en situaciones y contextos sometidos a marcos simbólicos, y a un tiempo concurrente y diferenciado con la sociedad; en los encuentros cara a cara en la vida cotidiana.

El paciente llega al hospital o al consultorio inmerso en una trama cultural de signos, símbolos y significados. Al entrar asume el perfil de una maquinaria descompuesta que va modelando en los términos de los propios marcos de la situación instituida, que conduce, orienta y prescribe pautas rígidas de ordenamiento vital, sin privarlo por ello, del todo, de la posibilidad de repararla por sí mismo; circunstancia que le ha obligado a acudir con alguien que pueda hacerlo en el dominio médico; pero también a ejercer, en el dominio social y la esfera de lo propio, una relativa decisión en cuanto al ámbito de regulación en el que habrá de inscribirse.

## 2. En la sala de espera de la consulta externa

La observación etnográfica y las charlas informales se llevaron a cabo en la sala de espera de la consulta externa. A partir del momento en el que llegaban los informantes, sin portar bata blanca, el médico se acercaba a ellos con el objeto de conocer sus percepciones sobre la atención en esa área del hospital; se les hizo algunos comentarios, tales como: *“Qué latosos son los trámites”*; *“son poco amables los empleados”*; o *“nos dan citas y de todas maneras nos hacen esperar mucho tiempo”*.

Los pacientes empezaron a narrar lo desafortunado que fue este momento. La mayoría de los informantes lo sintieron muy agresivo; la atención es poco amable; la información que requiere el paciente no se les es dada con claridad; las indicaciones que les dan son autoritarias, poco orientadoras e intimidatorias. No obstante, algunos con el tiempo han llegado a verlo “normal”; otros han optado por llevar alguna recomendación o han desarrollado estrategias para ser mejor atendidos.

## 3. Interacción paciente-médico

La relación médico-paciente es un asunto central y decisivo para la práctica médica. Se refiere a los diversos fenómenos que ocurren antes, durante y después

del encuentro del médico con el enfermo, y que constituyen un eje fundamental del ejercicio clínico de indudable importancia para el diagnóstico y la terapéutica.

El significado de la interacción entre el médico y el paciente debe ser fuertemente acentuado, ya que en gran medida, el diagnóstico y el tratamiento dependen directamente de ella.

Las fallas del médico en establecer un vínculo en esa interacción, conllevan una gran pérdida de efectividad en la atención de los pacientes.

Esta interacción *sui generis* puede ser analizada a partir de distintas perspectivas. Desde una mirada antropológica habría que diferenciar las relaciones sociales; los marcos de la regulación del vínculo del sujeto con los otros dentro de sus redes de parentesco y de intercambio; la conformación de su propia identidad; los presupuestos simbólicos; y la adopción de las categorías cognitivas y de representación que propician un vínculo de aquellas, en las que por su naturaleza no es posible establecerlo.

Toda relación instituida involucra procesos de identificación, positiva o negativa, con la figura que subyuga o con regímenes simbólicos derivados de su posición en el campo normativo.

La relación normada, o la interacción en entornos de control, introducen la imagen de identidades que guían la acción colectiva.

En antropología se comprende este proceso como la instauración de la regularidad y el control en el régimen dinámico de comportamiento de interacción. No hay vínculo sin regularidad, pero toda regularidad involucra un espectro incalculable de tensiones y de inestabilidades que da lugar a nuevos patrones de identidades, en todos los planos y todos los segmentos sociales.

Las circunstancias en las que se da actualmente la relación entre el médico y el paciente, ¿hacen posible que se instaure un vínculo sometido a estas condiciones de segmentación, de estabilidad, de transformación dinámica?

Esta relación se ha intentado definir en todas las épocas, se ha conceptualizado desde diferentes ópticas y con diferentes enfoques.

Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este diálogo con el enfermo, del que depende en gran parte el éxito terapéutico.

Del vínculo entre el paciente y el médico se ha dicho, de una manera muy esquematizada, que es el enlace a partir del cual se inicia la construcción del nexo en cualquier esquema de atención; es un eslabón en la compleja estructura donde enraízan los diversos significados de atención médica de las sociedades para contender con la enfermedad. En otras palabras, esta relación entre paciente y médico, ha sido el sustento de la práctica clínica durante siglos.

La relación entre médico y paciente sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible como siempre, en la formación integral del médico; o un poco más si cabe, dado el deterioro que ha sufrido dicha relación tanto por la utilización exagerada e injustificada de las medidas tecnológicas, como por la masificación de la atención médica que ha experimentado en los últimos años. En la actualidad esta relación ha adquirido varias connotaciones.

Una de éstas es la relación intersubjetiva que involucra actitudes de solidaridad con un individuo que necesita apoyo, pero un apoyo y una solidaridad especialmente significativa, puesto que la enfermedad supone una necesidad, un sufrimiento, que implica al propio cuerpo y la intimidad de la persona, pero que transfigura la trama entera de las identidades, los procesos de intercambio y las interpretaciones simbólicas de cuerpos y entornos.

La otra es como toda relación de asistencia técnica que tiene la formalidad de un contrato, por el que el experto -el técnico, el médico-, ofrece servicios o prestaciones de un bien al usuario, que en este caso es la salud, que al no ser sólo un bien individual y privado, sino también social y público, adquiere el carácter de hecho social.

Desde este punto de vista la relación entre médico y enfermo “socialmente institucionalizada”, estaría delimitada por las expectativas que la sociedad tiene sobre los roles, sobre los papeles tanto de médico como del enfermo.

De uno y otro se esperan una serie de comportamientos, de derechos y deberes, por los que ambos, técnico y usuario se comprometen a administrar, cuidar y restaurar en su caso, el bien de la salud.

La relación médico-paciente es diferente. Su tipo de relación es meramente humanitaria y de misericordia, como en la medicina que se practicaba en los antiguos hospitales de caridad.

O si se trata de una relación fundamentalmente académica o universitaria, privará la necesidad de adquirir por parte del médico el conocimiento “científico”, apoyado muchas veces en excesos de tecnología.

Es también disímil cuando se intenta establecer la relación sobre un trasfondo de sistemas contractuales, en los cuales la intervención de un tercer elemento -el asegurador-, modifica los términos y las circunstancias de una buena relación.

Ésto es cada vez más evidente en los sistemas de medicina prepagada de la actualidad, y en razón a las disposiciones legales que bajo el término de mala práctica, ponen en guardia al médico en su ejercicio profesional.

No podemos negar que estos sistemas han beneficiado a muchos pacientes en México y el mundo, y además, el beneficio de la medicina ha alcanzado núcleos de la población que de otra forma nunca hubiesen tenido acceso a este tipo de atención.

Lamentablemente el tipo de dinámica predominante entre estas dos personas, ofrece características que permiten inferir un modo de relación poco vinculante entre ambos.

La interacción entre el paciente y el médico cobra especial significado en algunas enfermedades del ser humano, tal es el caso de los padecimientos crónicos degenerativos no-curables como la diabetes, que se convierte en una forma de vida para los enfermos durante el resto de su vida.

El tratamiento conservador para el control metabólico que le permita al enfermo desarrollar una vida funcional, incluye modificaciones en las costumbres y en los hábitos, principalmente de los alimenticios, que por estar sustentados en creencias y tradiciones engranadas culturalmente, comprenden no exclusivamente al individuo, sino también a la familia y compromete también otros ámbitos de sus relaciones sociales, involucrando la dimensión simbólica del enfermo en su vida cotidiana.

Lo que requiere -para su aceptación- es la persuasión y apoyo del curador; es decir, la construcción de un intercambio simbólico entre la persona enferma o paciente, y el curador.

Cuando se trata del control de la enfermedad, esas perspectivas adquieren una gran relevancia; por un lado se requiere la comprensión o conocimiento de la

diabetes, por otro, el de los actos que el individuo debe realizar tanto en su vida familiar como en el ámbito de sus relaciones.

La relación entre médico y paciente se ha caracterizado importantemente por ser una relación paternalista, jerárquica, benigna y bien intencionada por parte del médico, circunstancia que ha generado en muchos casos una dependencia tal, que ha excluido el sentir del paciente de las decisiones médicas.

El paciente requiere de información para tomar las mejores decisiones; ésto se ve reflejado también en una demanda creciente no solo de conocimiento, sino también de una mejor atención; de ese modo, el paciente puede “construirse” a sí mismo como autónomo respecto del universo y las atenciones médicas.

En particular, el rol del enfermo libera al paciente de sus responsabilidades sociales, y no lo culpabiliza de sus faltas y errores, pero al mismo tiempo, le impone un conjunto de obligaciones como desear mejorar, buscar ayuda médica y seguir rigurosamente las prescripciones del médico.

Por otra parte, la sociedad -a través del médico-, confiere legitimidad a ese rol, pues no se trata de estar enfermo físicamente, sino de ser socialmente reconocido como tal, por una disposición del sistema médico.

El acto médico se inicia en el momento de ingreso del paciente al consultorio, hecho que lo convierte en enfermo, denominación adquirida gracias a la categorización que el mismo acto establece sobre los participantes.

La conversión significa un cambio no sólo biológico sino también simbólico y social. Es el resultado del padecer de la persona, producto a su vez, de su enfermedad, asociado a su mundo sociocultural.

Así, la institución médica como poseedora de un saber, ha dispuesto el lugar -el hospital, el consultorio, las salas de hospitalización, etc.- como escenarios simbólicamente definidos: objetos, atmósferas, escenarios dispuestos para un actor que autoriza la palabra, decreta, organiza y decide la secuencia gestual del cuerpo, sus silencios, lo admisible y lo inadmisibile, lo “legible” y lo “ilegible”; integrado en múltiples juegos de reglas de una “sintaxis” gestual, corporal, espacial, objetal y verbal; elementos que permiten enunciar solo aquellos síntomas relevantes, según criterios conformados por los umbrales y regímenes de saber.

El encuentro del médico con la enfermedad se inicia marcado por la ausencia de una verdadera interacción entre dos sujetos; en esta situación, la enfermedad desplaza al ser humano.

El paciente no es sólo un objeto de influencia profesional, sino también y en primer lugar, un sujeto en proceso de construir pautas de significación, fruto de una experiencia articulada sobre la interacción consigo, con su cuerpo, sus afecciones, sus cogniciones y las condiciones externas: regulaciones e intervenciones de los otros.

Él no es indiferente a los problemas de su propio bienestar físico y psíquico, y quiere comprender la esencia de los procesos fisiológicos y patológicos que transcurren en su organismo.

La inserción del paciente en el universo simbólico propio de la institución médica, siempre tiene carácter de subordinación-inclusión y exclusión, que permiten situar y organizar la acción de los individuos.

El interrogatorio que se practica en la actualidad durante la consulta clínica, es una manifestación de lo dicho. Las preguntas directas, claras y concisas, dirigidas de manera sutil, que intentan interpretar los signos y los síntomas de la enfermedad, regulan y delimitan la comunicación entre el médico y enfermo.

El médico tiene un pensamiento con miras a la racionalidad y a la objetividad, mediado por la construcción “científica”, donde lo único cierto es lo que valida la ciencia: las cosas funcionan o no funcionan.

El paciente ante esas condiciones, muchas veces tiene que sacrificar su forma de pensar, frente a la del médico.

La visión médica se convierte en una verdad absoluta, que a la luz de su saber, constituye la única vía para recuperar la salud.

Bajo este cientificismo y biologicismo, descalifica las percepciones del paciente, las prácticas alternativas o complementarias a las que recurre, y en el peor de los casos, parece olvidar que el paciente -además del problema biológico-, tiene necesidades afectivas, sociales y económicas entre otras.

Es necesario reconsiderar la autonomía del enfermo; algo que no es nuevo en la práctica médica, y que afecta directamente a los profesionales y a los enfermos, ya que está intrínsecamente unido a la relación entre médico y paciente.

Es tiempo de comprender la interacción entre médico y enfermo como un vínculo; como un lugar privilegiado del quehacer de la medicina, en donde se expresan las concepciones del médico en cuanto a su propia identidad y la de su paciente. Esto sería algo fundamental, fructífero y fascinante, pero imposible, mientras no se modifique el marco de la institución médica contemporánea.

Para cerrar:

Como en otras circunstancias de la vida, la institución, sea familiar, educativa o laboral, será un factor negativo que restrinja las modalidades y profundidades de la interacción humana. Ciertamente, en pos de salvaguardar algún interés que puede ser racional o no; el problema es cuando lo que salvaguarda es utilitario y lo que sacrifica es lo humano, aquello por lo que supuestamente existe.

Situación peliaguda al haber conflicto de intereses e intereses ulteriores.

Sin olvidar el carácter punitivo de esas estructuras, con aquellos que buscan romper esquemas e innovar paradigmas. La tolerancia no es marca distintiva de las dinámicas que están imbuidas de intereses y de poder.

## Referencias

Moreno, L. (2006). *El encuentro con el médico. Expansión de la grieta que puede conducir a la crisis y la acción reconstructiva o delimitadora*. en *El drama social de las personas con diabetes*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia. Posgrado en Antropología.

## UNIDAD 2, SEMANA 5, LECTURA 23

### Diabetes y curso de vida

#### La experiencia de la enfermedad

Las preocupaciones de la investigación cualitativa son el conocimiento de las implicaciones de las enfermedades, partiendo de la información proporcionada por las personas que las padecen. Se trata de conocer cómo los impacta la enfermedad; cómo la viven internamente; qué emociones despiertan; qué significados le atribuyen.

Con frecuencia, la información y concepción de los profesionales no coincide con las de las personas que padecen la enfermedad, porque se basan en la información adquirida oficialmente, estableciendo una especie de bases normativas de las fases de la enfermedad.

La necesidad de conocer el punto de vista de la persona que vive y lidia con la enfermedad en todo momento, trata de tomar en cuenta la subjetividad y los significados que el enfermo y su familia le otorgan al padecimiento.

Las enfermedades crónicas ponen de relieve la interacción entre enfermar y padecer. También ponen a prueba las relaciones afectivas y sociales del paciente.

Unas enfermedades son más flagelantes que otras.

El mundo de los enfermos crónicos es diferente de las personas que se precian de estar sanas, quizás por los riesgos que conllevan, por los flagelos que implican, por las limitaciones que imponen, por las vulnerabilidades que descubren.

Con demasiada frecuencia se dice a los pacientes lo que una enfermedad debería significar para ellos, en términos de tratamiento, incapacidad y cambios en su estilo de vida. Tal valoración podría ser exacta objetivamente. Sin embargo, si no se le dice nada a la verdad sentida de la experiencia del paciente, es inútil. Y lo que es peor, este tipo de información puede interpretarse como un tipo de intrusión sin respeto, o comunicación sin escucha.

Pero los impactos de las enfermedades no se quedan en los límites de los individuos, invaden su ámbito social, porque sus dolencias e incapacidades individuales lo sustraen de su presencia social con todas sus implicaciones; alteran sus relaciones o sus actividades cotidianas en mayor o menor medida.

El cuerpo enfermo es un cuerpo en los márgenes sociales, el enfermo está en suspensión de obligaciones y derechos; cuando transita de la enfermedad a la salud, recupera los elementos de su identidad, se inserta de nuevo a los vínculos de interacción y recupera la potencia social.

De acuerdo a López, los impactos y desgastes dependen del tipo de flagelo, incapacidades y trastornos que presentan los enfermos; problemáticas que afectarán a su vez a los familiares implicados. Por ejemplo, han detectado que el Alzheimer en las esposas provoca mayor depresión en los cuidadores.

Aunque por otro lado, la asunción del compromiso de cuidar a la pareja, acarrió en algunas ocasiones satisfacciones personales que compensaron la sensación de carga; las dinámicas y personalidad de los implicados darán los giros positivos y negativos a la problemática.

### La experiencia del padecimiento

En este intento de entrar al mundo de los enfermos o de las personas que padecen una enfermedad, se ha desarrollado el concepto de Experiencia del Padecimiento.

Son cuestiones relevantes observar:

- Cómo la gente notifica su mal y qué significado le da;
- Qué clase de explicaciones desarrollan para dar sentido a este inusual evento;
- Qué hacen alrededor de su problema;
- Cómo buscan asistencia médica;
- Qué impacto tiene el diagnóstico sobre ellos;
- Cómo enfrentan o con qué recursos enfrentan el problema.

Para ello se hace necesario registrar las respuestas de las personas enfermas crónicamente, cuando se les pregunta: ¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes?

Su análisis habla de la profunda relación entre estar bien y sentirse mal.

Se debe incluir cómo le dan sentido a lo que les pasa en su cuerpo. Intentar manejar los significados de los problemas vinculados con el dolor, el sufrimiento y la muerte, en dos vías:

- El sentido sociológicamente atribuido al significado de su vida diaria (el contextual y relacional);
- Y el que le da en su vida, en un sentido trascendental, espiritual o metafísico, entendiendo ésto en términos de significados de vida, muerte y lo desconocido.

Kleinman, ha realizado sus estudios utilizando una combinación de la fenomenología, análisis etnográfico, planteamientos simbólicos-interpretativos y el construccionismo.

Los autores que se adscriben a la fenomenología, buscan identificar las prácticas interpretativas de los sujetos acerca de la experiencia vivida; es decir, tratan de acceder al sentido personal y específico del sujeto.

Algunos estudios realizados se basan en la idea de que la descripción de los pacientes sobre el origen de sus padecimientos crónicos, puede ser entendida como una construcción narrativa de sus vidas.

El construccionismo social al cual se adscribe Kleinman, le permite afirmar que la experiencia del padecimiento es una construcción social y cultural; de esta manera, las personas construyen sus experiencias de acuerdo a su marco social de pertenencia.

La definición Kleinmaniana sobre la experiencia del padecimiento es entendida como...

“La experiencia humana innata de los síntomas y el sufrimiento; la forma como las personas enfermas, los miembros de su familia o los integrantes de sus redes sociales más amplias perciben, viven y responden a los síntomas y a la discapacidad; es la experiencia vivida al monitorear los procesos corporales.”<sup>143</sup>

<sup>143</sup> Kleinman en Mercado, Entre el Infierno y la Gloria, p 55.

Kleinman también considera al grupo social de pertenencia, en la generación de la experiencia.

Según esto, la enfermedad se desarrolla en un contexto social; así el sufrimiento del enfermo se teje con la vida de las personas de su entorno, afectando por vía de los factores económicos (gastos de atención, reducción de los ingresos, etc.), sociales (la concepción de la enfermedad, en ocasiones la estigmatización y en consecuencia el trato dado al enfermo) y generando lo que denomina como experiencia social. En este sentido señala que el padecimiento tiene un curso social.

Por su parte, Mercado (1996) entiende por experiencia del padecimiento un “fenómeno de naturaleza subjetiva que incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos de su vida”, siendo estos:

- I.- Los efectos sobre el organismo y los estados emocionales que conlleva tal situación (tristeza, angustia, apatía, etc.).
- II.- Los cambios provocados en las diversas esferas de la vida del sujeto y que involucran a sus redes sociales cercanas, como la esfera económica (pérdida de empleo, gastos por tratamiento), esfera social (aislamiento), y esfera familiar (conflictos a causa de las demandas del tratamiento).
- III.- Categorización y significación. Se refiere a la asignación de significados; a nombrar de determinada manera al padecimiento, dependiendo de las circunstancias y contextos que viven las personas.

El concepto de experiencia del padecimiento ha tenido amplia circulación, tanto en la sociología como en la antropología médica, dadas las evidencias halladas, puesto que más que una preocupación por profundizar en su desarrollo teórico, los estudiosos se han abocado a su aplicación empírica, esto es, a desarrollar investigación sobre problemas específicos.

### La generación de la experiencia según Turner

La experiencia es un fenómeno muy humano en cuya generación juegan un papel importante los órganos de los sentidos para recibir, o más bien percibir los efectos de las acciones o hechos externos, producto de las interacciones de los sujetos, donde también se ponen en juego las capacidades de discernimiento y significación.

Los hechos, acciones o fenómenos impactan sobre la personalidad de los sujetos y propician determinadas acciones o reacciones. De acuerdo con Turner (2002), las experiencias derivan de eventos externos distinguibles, como el inicio de nuevos modos de vida (ir a la escuela, iniciar un trabajo, iniciar un matrimonio, etc.), los cuales generan ciertas respuestas internas.

Turner que a su vez recurre a Dilthey, distingue entre “mera” experiencia pasajera, que no deja huellas, y “una” experiencia que tiene presencia evidente y trascendental; que sale de la uniformidad de la vida, constituyéndose -en determinado momento-, en “experiencias formativas y transformativas”.

Según esto, las experiencias formativas pueden ser personales o compartidas con nuestros grupos de pertenencia.

Turner (2002) señala que las vivencias adquieren sentido y significado cuando suman precedentes y semejanzas del pasado; cuando las emociones de las experiencias pasadas colorean las imágenes y contornos revividos por la sacudida presente. Así entonces, las experiencias son vivencias con significado; sólo cuando logramos que la experiencia presente se vincule con los resultados acumulativos de las experiencias pasadas similares o por lo menos relevantes, emerge el tipo de estructura relacional que llamamos “significado”.

Entonces, a mayor cantidad de vivencias, mayor cantidad de ocasiones y opciones para las interacciones con el exterior.

Sin ser la única y exclusiva condición -en este caso-, la experiencia de vida de la longevidad puede en determinado momento, comportar mayor cantidad de ocasiones para las vivencias y por ende mayor experiencia, mayores conocimientos, mayores recursos para sobrellevar la vida.

Aunque frecuentemente lo cognoscitivo queda relegado ante la preeminencia de los demás aspectos, al inicio de una experiencia predominan las emociones, los deseos o los ímpetus, pero con todo, lo cognitivo se sostiene en la memoria.

¿Cómo se genera la experiencia? Turner parece mostrar una vena fenomenológica cuando señala que esta nace del contacto con el exterior, de la manipulación e interacción con los objetos externos. “Experiencia” deriva del latín *experieri*, que denota “ensayo”, “prueba”, “experimento”; generado a su vez de *experiens*, el participio presente de *experieri*: “ensayar”, “probar”; de “ex” más la raíz de per, como en *peritus*, “experimentado”, “aprendido por medio del ensayo”.

Así, las sensaciones y las percepciones tienen un punto de ingreso y un espacio de asiento... “la existencia debe ser necesariamente encarnada, puesto que es ser en el mundo y, específicamente, espacializada, porque es condición para que se realicen las posibilidades de la existencia”<sup>144</sup>. Es decir, vamos vivenciando, experimentando en ciertos momentos específicos de la realidad.

El asunto de la experiencia es asunto de un cuerpo sensible, pero no únicamente cuando fue percibida; la vivencia involucra otros componentes de la existencia que permiten encontrarle sentido a aquello percibido y significarlo.

Respecto a la complejidad de las vivencias, refiere Aisenson...

“La vida humana efectiva transcurre en el plano del psiquismo, en una significación del concepto con la llamada “existencia” en la filosofía contemporánea, y en él se aúnan en una interacción dialéctica y de determinación mutua, lo corporal y lo anímico no espiritual.

En este plano, el cuerpo es cuerpo vivido a la par que corporeidad objetiva, cuerpo con el que actuamos y que vivenciamos en la multiplicidad de las situaciones vitales, y que a tal punto es parte integrante de nuestra conducta, que resulta inseparable de la personalidad y aun del propio sentimiento de identidad.”<sup>145</sup>

Es decir que la experiencia es un suceso multidimensional, porque en ella confluyen elementos corporales, emocionales y cognitivos.

## El cuerpo y la experiencia de la enfermedad

La enfermedad ha sido objeto de atención de diferentes áreas del conocimiento; ha sido nombrada por los diferentes profesionales abocados; ha sido cuantificada cuando se estudia como problema de los grupos sociales, sin embargo, se ha dicho poco sobre cómo es padecida, es decir, sobre cómo se da y en qué consiste la experiencia de la enfermedad. Es necesario un acercamiento cualitativo para complementar.

<sup>144</sup> Heidegger en Aisenson, *Cuerpo y Persona*, p 10.

<sup>145</sup> Aisenson, *Cuerpo y Persona*, p 12.

De principio es posible afirmar que es en el devenir de la corporeidad, donde se expresa irremediabilmente la enfermedad; irremediable no por la incurabilidad de alguna enfermedad, sino que esta sólo adquiere materialidad, sólo va a hacer sentir su presencia e influencia, en un organismo. Es decir, lo material como base de la experiencia, de la corporalidad “normal” y de la corporalidad “enferma”.

Así, será el cuerpo el que finalmente manifieste dicha enfermedad, el que se enferma. Y de esta manera un evento externo que debería tener materialidad en sí mismo, sólo adquiere expresión a partir de asentarse en un órgano determinado; así será el propio cuerpo el que interactúe.

En otras palabras, el cuerpo será objeto de la experiencia de lo que sucede en él mismo.

Esto es así porque la enfermedad impacta y provoca una reacción en un cuerpo que no únicamente es materialidad, sino también fuente de subjetividad, asiento de las percepciones; es decir, cuerpo de un sujeto que piensa, siente y significa.

Es pertinente en este momento reconocer la importancia del cuerpo como el principal protagonista del problema, pero no lo hace aislado, no es un asunto exclusivamente interno, existen una serie de condicionantes para la vivencia de la enfermedad, como es la estructura social y los elementos culturales que conllevan a concebirla y a vivirla de cierta manera.

Siguiendo esta línea de ideas, se colige que el contexto -entretreído con el propio bagaje en términos turnerianos-, permite a la persona con la enfermedad hacerse una idea de la magnitud y las implicaciones de su enfermedad; es en este momento que se habla del padecer...

“Esto debido a que el espacio y tiempo en donde se enmarca este proceso, se convierte en un eje de análisis, donde el cuerpo es el actor fundamental, pues durante la enfermedad hay una especie de caída en el cuerpo, un darse cuenta de su finitud, de su vulnerabilidad.”<sup>146</sup>

El padecer como una situación donde hay un rompimiento del Ser, de su identidad, valía y capacidades.

---

<sup>146</sup> Barragán, La Enfermedad como Experiencia, p 104.

La enfermedad -sobre todo la crónica-, es el evento que nos ubica en nuestra dimensión en el universo, y debido a su llegada intempestiva y violenta, implica forzosamente cambios en la vida cotidiana.

La experiencia de la enfermedad provoca resignificaciones; recomposición de la identidad; reconstrucción de prácticas y establecimiento de nuevas normatividades que se encarnan en el cuerpo. Dicho de otro modo, la enfermedad cambia y afecta nuestro cuerpo, pero también puede llevar a cambiar nuestro autoconcepto, conciencia e incluso nuestra vida.

Para cerrar:

Es en este sentido que se considera que la enfermedad entra -junto con la muerte, la vejez y los accidentes-, en la experiencia que algunos determinan de Terror Cósmico, un momento de extrema conciencia y vulnerabilidad, ante lo enorme, potente e inmisericorde de la realidad.

Es enfrentar no solo nuestra pequeñez con la inmensidad e infinitud del cosmos, es también percatarse de cuan nimias son nuestras fuerzas, comparadas con las potencias naturales y cósmicas.

Para algunos, el humano de manera individual, y también como especie, no es más que una mota de polvo flotando en la inmensidad del tiempo y del espacio; una partícula por demás insignificante, ante las grandes y siderales ecuaciones de la vida.

## Referencias

- Aisenson, A. (1981). *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Barragán, A. (2007). *La Enfermedad como experiencia*. en *Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia-Instituto Nacional de Antropología e Historia-Consejo Nacional de la Cultura y las Artes.

- López, J. (2010). *Diabetes y curso de vida. Trayectoria de pareja en la experiencia de la diabetes en hombres y mujeres del oriente de la ciudad de México*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Mercado, F. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de una enfermedad crónica en un barrio urbano*. México: Universidad de Guadalajara.
- Turner, V. (2002). *Dewey, Dilthey y drama. Un ensayo en torno a la antropología de la experiencia*. en *Antropología del ritual*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.

## UNIDAD 2, SEMANA 6, LECTURA 20

### Principales motivos para aprender a comunicarse con el paciente<sup>147</sup>

#### La esencia de la profesión asistencial

La relación profesional-paciente es compleja y por esta razón proponemos adentrarnos en este tema planteando las bases del ejercicio de la profesión médica, a la que tomaremos en esta ocasión como ejemplo.

¿Qué quiere decir ser médico?

¿Qué significado se le otorga al ejercicio de la medicina?

A través de estas cuestiones es inevitable apelar a los referentes ontológicos y epistemológicos<sup>148</sup> de la medicina. Delas (2002) sostiene que la “perspectiva científica no debe estar reñida con el trato respetuoso y personalizado. Se debe evitar dispensar a las personas el trato de las cosas.” Es decir, que es posible y de hecho necesario conjuntar en la disciplina sanitaria, el aspecto científico con el humanista. Dicho de otro modo, con todo y su rigor científico, el médico debe de evitar cosificar, objetivar al paciente.

Un paciente, enfermo, usuario, o como quiera llamársele, es un *ser humano* que precisa atenciones desde una visión biopsicosocial de los procesos de salud y de enfermedad, y para ello, desde una perspectiva social y antropológica, se justifica plenamente que el médico o cualquier otro profesional de la salud adquiera la competencia comunicativa.

<sup>147</sup> Resumen del texto de Cléries, capítulo 1, de la página 1 a la 13.

<sup>148</sup> Ontología estudio del Ser; Epistemología estudio del Saber; Ética estudio de las dinámicas comunales e interpersonales; Deontología estudio de la ética específica de una disciplina específica.

En este contexto, la deontología médica es la ética específica de la medicina.

### Los cambios sociales

La relación que se establece entre médico y paciente se debe contextualizar en los sistemas sanitario y educativo, preferentemente en el ámbito universitario.

En definitiva, tanto los médicos como los usuarios, los centros de salud y los sistemas sanitario y educativo, forman parte de una sociedad que determina las necesidades de salud de los ciudadanos, y los recursos que se deben dedicar a tal fin.

La profesión médica, de la misma manera que el sistema sanitario en general, convive con un conjunto de procesos de cambio que determinan la sociedad del incipiente siglo XXI.

A pesar de estas consideraciones, hay que resaltar las voces de algunos profesionales que abogan por la integración de los requerimientos de índole económica con el ejercicio de la profesión médica, como una actividad orientada a la ayuda de los demás, en los procesos de enfermedad y de salud; señalan que una buena relación de ayuda no es incompatible con la racionalización de la gestión y el gasto sanitario.

### Procesos sociales que inciden en la profesión médica

Los principales son:

- Los valores de la sociedad y del sistema sanitario parecen confluir en una tendencia a gestionar mejor los recursos disponibles, según criterios de gestión empresarial y rendir cuentas.
- La opinión de los ciudadanos se ha convertido en crucial a la hora de solicitar unas prestaciones sanitarias adecuadas y un trato humano personalizado.
- El respeto de los principios éticos básicos y de las normas éticas básicas, se han plasmado en leyes aplicables al sistema sanitario.
- La feminización de la profesión médica;
- La aparición de nuevas enfermedades;
- El crecimiento de la población mayor de 75 años;

- La inmigración y los cambios en el concepto de salud.
- Percepción de pérdida de prestigio social de la profesión médica, y emergencia de otras profesiones de la salud.
- Aparición de nuevos modelos organizativos sanitarios en que se mercantiliza la salud, lo que propicia la presencia de productos de salud, y el predominio de una ideología economicista.
- El ejercicio de la medicina se desprofesionaliza y se proletariza, por lo que tiende a la estandarización y al establecimiento de pautas de trabajo, con el fin de reducir la incertidumbre.

Diversos factores contextuales que modifican tanto la realidad, como a las ciencias biológicas y de la salud.

### Competencias de la profesión médica

La competencia profesional se entiende como la capacidad de utilizar los conocimientos y aptitudes, para resolver los problemas que se presentan en el ejercicio de la práctica cotidiana y poder afrontar diferentes situaciones propias de su disciplina.

Existen diversas instituciones en el ámbito nacional e internacional, que definen las competencias necesarias para la formación de pregrado de los estudiantes de medicina, y han iniciado un debate sobre qué se requiere para ejercer la profesión médica.

Cabe destacar la importancia que se otorga a las habilidades de comunicación y a los componentes de inteligencia emocional que debe adquirir el profesional médico.

En este sentido, no hay duda de que la capacidad de comunicarse y relacionarse con el paciente, adquiere la misma importancia que cualquier otra.<sup>149</sup>

<sup>149</sup> Claramente cuidando no irse al otro extremo, dado que buenas habilidades comunicacionales, no sustituyen al conocimiento teórico y a la habilidad técnica.

## Dimensiones de la competencia profesional médica

Dimensiones	Componentes
<b>Cognitiva</b>	Conocimientos básicos, habilidades comunicativas básicas, aplicación de conocimientos a situaciones reales, utilización del conocimiento tácito y la experiencia personal, abstracción en la resolución de problemas, reconocimiento de déficits en el conocimiento, utilización de recursos, habilidades de examen médico.
<b>Técnica</b>	Habilidades quirúrgicas, incorporación del juicio científico, clínico y humanístico.
<b>Integrativa</b>	Utilización apropiada de estrategias de razonamiento clínico, interrelación de conocimientos clínicos interdisciplinarios.
<b>Contextual</b>	Manejo de la incertidumbre, ámbito clínico, utilización adecuada del tiempo.
<b>Relacional</b>	Habilidades comunicativas, manejo de conflictos, trabajo en equipo, enseñar a otros.
<b>Afectiva-moral</b>	Tolerancia a la ambigüedad y a la ansiedad, inteligencia emocional, respeto a los pacientes, responsabilidad ante los pacientes, y la sociedad.
<b>Hábitos mentales</b>	Observación de los propios pensamientos, emociones y habilidades, capacidad de atención, curiosidad crítica, reconocimiento y respuesta a los sesgos cognitivos y emocionales, voluntad de reconocer y admitir errores.

En ese sentido, la competencia comunicacional y relacional se puede enseñar, aprender, y por lo tanto evaluar. Asimismo, se han publicado estudios que establecen el perfil del profesional médico del futuro.

## Evidencias de la relación médico-paciente

Más allá de considerar la comunicación como una simple cuestión de buenas costumbres o buena educación, hay numerosos estudios que muestran su influencia en el resultado final del acto asistencial. En esta lógica, una comunicación deficiente puede tener diversas consecuencias negativas.

Las principales consecuencias negativas de una mala comunicación entre médico y paciente son:

- El 54% de las quejas y molestias de los pacientes no son detectadas por los médicos.
- En el 50% de las consultas, médicos y pacientes no se ponen de acuerdo sobre cuál es el principal motivo de consulta.
- Los médicos interrumpen a los pacientes después de que hayan expuesto su primera preocupación.
- Los médicos raramente preguntan sobre qué idea tiene el paciente sobre sus problemas de salud.
- Los médicos minusvaloran, incluso ignoran la necesidad que tiene el paciente para recibir información sobre el tratamiento.
- Los médicos abusan de un argot técnico que los pacientes no pueden entender.
- Los pacientes tienen gran dificultad para entender y expresar la información dada por el médico.
- El 50% de los pacientes no cumple, total o parcialmente, las pautas terapéuticas prescritas por el facultativo.
- La falta de cumplimiento terapéutico es muy cara.
- En un 70% de los casos, la mala comunicación entre médico y paciente acaba en litigios legales.
- La falta de capacidad para entender sus preocupaciones, explica la mayoría de casos de insatisfacción del paciente.

Por otro lado, otros estudios demuestran que una buena comunicación y una buena relación con el paciente revierten en resultados positivos.

En definitiva, la recopilación de estudios científicos demuestra que una buena comunicación por parte del facultativo es notablemente beneficiosa, tanto para el paciente como para el propio profesional.

Aspectos positivos de una buena relación entre médico y paciente:

- Utilizar más preguntas abiertas que cerradas y escuchar atentamente, facilita la comprensión de las preocupaciones de los pacientes.
- Si al paciente se le permite hacer preguntas, aumenta la información que éste entiende.
- Centrarse en las necesidades del paciente, contribuye a aumentar la satisfacción del paciente.
- La comunicación no verbal adecuada incrementa la satisfacción del paciente.
- Pedir al paciente que repita, con sus propias palabras, lo que ha entendido de la información que le ha facilitado el médico, aumenta un 30% la información que el paciente retendrá.
- Preguntar sobre las creencias, ideas, preocupaciones y actitudes del paciente, favorece el cumplimiento terapéutico.
- Permitir que el paciente hable de sus preocupaciones, mejora el control de la hipertensión.
- Demostrar interés por las expectativas del enfermo.

El acto médico se reconsidera a partir del comportamiento del enfermo desde una perspectiva comunicacional, y el médico no puede obviarlo, por lo que se le exige que aplique su experiencia en psicología comunicacional a su bagaje competencial, tal y como se está admitiendo desde ámbitos de la educación médica nacional e internacional.

Para cerrar:

Escuchando expresiones de diversos profesionistas CBS, varios de ellos señalan que ese tipo de dinámica interpersonal, señalada en esas propuestas humanistas, es virtualmente imposible de desarrollar en el ámbito público, debido a la saturación de pacientes, al horario apretado, al poco tiempo del que se dispone.

Dinámica y comunicación que podría darse en la consulta privada, pero difícilmente en las instancias gubernamentales, dados los mismos requerimientos institucionales.

Sumándose a esos rígidos esquemas burocráticos y administrativos, la intolerancia de las autoridades ante formas que afecten la logística y distribución de tiempos.

Pésima situación donde la institución olvida lo primordial: la vida y la persona.

### Referencias

Cléries, X. (2006). *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. España: Elsevier Masson.

Delas, J. (2002). *Informes clínicos. Manual d'estil*. España: Edicions Universitat de Barcelona.

## UNIDAD 2, SEMANA 7, LECTURA 24

### Sociología de la medicina

#### El sentido de la hospitalización

Concretamente queremos examinar la situación del enfermo en el hospital general y discutir las importantes consecuencias de la hospitalización para el enfermo. Antes de examinar la situación del enfermo dentro del hospital, puede ser interesante repasar brevemente algunas características del enfermo, de su percepción de la enfermedad y de su respuesta a ésta.

Algunas veces durante el desarrollo de una enfermedad, el individuo tiene que tomar varias decisiones respecto a su comportamiento. Estas decisiones están influenciadas por un gran número de factores socio-culturales y socio-psicológicos, tales como: los caracteres étnicos; la sensibilidad al dolor; y ciertas condiciones psicológicas tales como la aprensión, la ansiedad y el miedo.

Además, fenómenos psicológicos tales como la contradicción, la agresión, la pérdida de la masculinidad, la regresión hacia el comportamiento infantil y el egocentrismo, son respuestas frecuentes a la enfermedad.

La aparición de una enfermedad es un asunto intensamente personal, que exige respuestas de tipo personal o de apoyo de la comunidad que rodea al enfermo, en forma de preocupación y ayuda eficaz. En circunstancias normales, éste sería el tipo de respuestas de los miembros de la familia y de los amigos.

Pero cuando el enfermo es apartado del ambiente familiar y admitido al hospital, se encuentra no solamente privado de estas respuestas primarias, sino además expuesto a una serie de interacciones, tales como el comportamiento burocrático y oficioso del personal administrativo, o el aplomo científico de las enfermeras y los médicos.

El proceso de hospitalización está cargado de molestias potenciales, debido:

- A la separación del enfermo de los roles normales desempeñados en la familia y en la comunidad;

- A la ansiedad producida por la falta de comprensión de los procedimientos hospitalarios;
- Al temor por el pronóstico de recuperación;
- Al anhelo por la reanudación consecuente de los roles normales.

Dentro de la familia, cada miembro desempeña determinadas tareas y roles, que son complementarios con los de los otros miembros. En la hospitalización del varón adulto<sup>150</sup> -cuando enferma y se interna a quien es la cabeza de familia-, no sólo priva a esa parentela de sus ingresos procedentes del trabajo, también hace necesario que otra persona asuma el rol familiar de liderazgo.

En dinámicas heterosexuales ordinarias, si la esposa toma el lugar del marido en el mundo ocupacional, entonces hay que hacer ajustes para desempeñar su rol en la familia.

En ciertas Teorías de Género, se enuncia que la esposa realmente siempre está en múltiples jornadas, y es ella quien en verdad organiza y dirige a la familia. Siendo en modalidades ordinarias, el único rol del esposo, el de ser proveedor. En ocasiones.

Usualmente esta modalidad ordinaria asimétrica, se da más en las familias clase media-baja urbana, y baja provincial.

Del mismo modo, la hospitalización de la mujer adulta causa una interrupción en los roles familiares, que exige distintos tipos de adaptación en la dinámica y funciones.

Como lo comentamos al hablar del duelo, aquí la situación puede ser catastrófica, cuando la madre es la figura primordial de esa familia, y cuando existe una ausencia o presencia nula del padre.

Y si esa madre altamente significativa perece, se llega a dar el caso de familias que sufren una profunda cimbra y fractura de la cual ya no se van a poder recuperar: la importancia de una persona.

Con la hospitalización de un niño, hay que hacer otro tipo de ajuste dentro de la familia. Además la enfermedad de un niño exige atenciones especiales de los

---

<sup>150</sup> O en el caso de la mujer que liderea esa célula social.

padres; en la sociedad occidental generalmente es la madre quien dedica más tiempo al niño enfermo, protegiéndolo con su presencia contra la dureza de la vida hospitalaria, pero lo hace a expensas del resto de su familia, reduciendo su atención e interacción con los otros hijos.

Claramente nos referimos a los casos donde no hay proceso relacional de parte del padre.

No olvidar que hay: hombres malas personas, hombres buenas personas, malos patriarcados, buenos patriarcados, así como mujeres malas personas, mujeres buenas personas, malos matriarcados y buenos matriarcados:

No olvidar que vicios y virtudes, no son particulares a un género.

Retomando la cuestión de los “huecos familiares”, algo que fue usual en la generación de la pre-guerra y de la pos-guerra, es que la hermana mayor era la que terminaba criando a los hermanos chicos, cuando la madre se enfocaba en insertarse en procesos productivos, enfermaba o tenía embarazos de riesgo.

Otra consideración que es importante señalar, es la hospitalización debida a enfermedades mentales.

Hasta ahora, nos hemos referido simplemente al impacto sobre la familia por la hospitalización debida a enfermedades corporales, pero hay una diferencia cuantitativa y cualitativa cuando la enfermedad es mental.

De inicio porque usualmente llega a ser un período más largo de tratamiento, que para los casos de enfermedad corporal. Se suma que en las clases medias y bajas, lamentablemente hasta la fecha existen ciertos tabús en torno a esos padecimientos.<sup>151</sup>

Así pues, el trastorno en las relaciones de los roles puede durar más tiempo. Sin embargo, hay que advertir que la hospitalización de un miembro de la familia puede *reducir* la tensión en las relaciones familiares. Probablemente permanecerán las dificultades en los ajustes normales de los roles, pero éstas

---

<sup>151</sup> Mecanismo de defensa del yo, usual en ese tipo de dolencias o problemáticas, es el de Negación:

Rechazar una realidad dolorosa; evitar pensamientos amenazadores; eludir los estímulos displacenteros y anular sus efectos. De esa manera se esquiva la peligrosa situación externa.

pueden ser preferibles al problema de tratar con un miembro de la familia que está gravemente incapacitado.

Existe una gran cantidad de datos que indican que los miembros de la familia suelen ajustar su comportamiento para acomodarse a las peculiaridades de un enfermo mental.

La causa de la hospitalización del paciente como consecuencia de las relaciones interpersonales de su familia, consideraría la hospitalización del enfermo como un resultado que asegura las posiciones de los miembros familiares “sanos”, a costa del enfermo “expulsado”.<sup>152</sup>

En ese sentido es importante considerar *cuál* miembro de la familia es el enfermo.

A pesar de los peligros potenciales de la hospitalización, la experiencia actual no es siempre desagradable, especialmente para los enfermos agudos. Hay algunas características del modelo clásico de asistencia hospitalaria, que suelen mitigar las tensiones potenciales:

- 1.- La suposición de que el proceso de la enfermedad es reversible, sobre todo mediante el diagnóstico adecuado y la intervención técnica.
- 2.- El supuesto de que la condición del enfermo es aguda y autolimitada, y por ello incluye el uso solamente temporal del rol de enfermo.
- 3.- La consideración de los enfermos como casos u objetos de tratamiento, es decir, gente *a quien*, y *para quien*, se hacen las cosas.
- 4.- La esperanza de que los enfermos cumplirán las órdenes del médico y las otras normas del hospital, porque esto acelerará su recuperación y les capacitará para seguir su vida normal.

En la medida en que la idea del enfermo acerca de su inminente hospitalización corresponda al modelo clásico, se reducirá al mínimo la posibilidad de trastornos sociológicos y psicológicos.

<sup>152</sup> En AA, pero más en 4° y 5° paso, pueden observarse ejemplos así, de familias “normales y sanas”, con un único miembro “anormal y enfermo”; en un sentido Transpersonal, el enfermo está cargando con el peso de la sincronía y funcionalidad de la familia; será el chivo expiatorio que cargue con los elementos sórdidos, para que los demás se mantengan en la luminosidad.

Similarmente, el estar en un ambiente de aparatos extraños y complejos, puede acentuar la falta de comprensión sobre lo que ocurre, pero al mismo tiempo el personal sanitario puede expresar la aplicación de los métodos científicos, rigor y eficiencia que pueden darle seguridad al paciente.

Hay otras características de la vida hospitalaria que suelen mitigar las ansiedades del enfermo.

La mayoría de los hospitales modernos poseen habitaciones privadas o semiprivadas para pacientes que pueden costearlas. Así pues, para mucha gente la experiencia de la hospitalización es tal, que las posibilidades de ansiedad se reducen al mínimo. Cuanta más congruencia hay entre lo que el paciente espera y su experiencia actual, menos traumático será el episodio.

Este modelo funciona bajo la suposición de que la invalidez y la dependencia son más o menos permanentes, y el objetivo de la asistencia es procurar a los pacientes la máxima comodidad posible. En su forma extrema, Goffman describe este modelo como una “Institución Total”.

Una de las características básicas de estas instituciones y el origen de su definición como “total”, es que están organizadas para proveer de todas las necesidades básicas a la gente que allí vive.

Esto contrasta marcadamente con la vida no-institucional, en la cual las necesidades de alimentación, alojamiento, vestidos y actividades tales como trabajo y recreo, se consiguen o realizan en ambientes muy diferentes, con una gran variedad de gente.

Hay una atajante separación entre el personal administrativo de la institución y los administrados. Generalmente, la división entre los dos grupos es bastante amplia y existe poca movilidad entre ellos, con una tendencia a comunicaciones más bien formales entre el personal y los enfermos.

En resumen, una institución total provee todas las necesidades básicas de sus inquilinos; para conseguir este objetivo, está organizada con una autoridad centralizada, actividades reglamentadas, falta de diferencia social para con los pacientes, y restricciones severas de la movilidad espacial y social.

Goffman incluye en esa modalidad a los hospitales psiquiátricos y los sanatorios antituberculosos y leproserías.

Durante los últimos diez años, ha habido un aumento rápido de la literatura sobre las características generales de los hospitales mentales, y especialmente una controversia sobre la “custodia contra la terapéutica”.

Existe también una tendencia a la manipulación masiva de los enfermos. Esto significa el mantener a los pacientes inmovilizados en salas cerradas, y la reglamentación de los movimientos de éstos de un sitio a otro. Este es un método administrativamente eficaz, por el que un número escaso de personal, puede tratar con un gran número de enfermos. En los hospitales mentales, donde los pacientes no tienen mucho que hacer, el horario rígido de actividades es menos obvio que en las prisiones, un establecimiento militar o en los hospitales general.

La enorme distancia entre el personal y los enfermos es muy típico de los hospitales psiquiátricos tradicionalmente organizados. Una muestra de la separación de estos dos grupos es la existencia de instalaciones diferentes, tales como comedores, lavabos y salas de recreo. Parte de esa comunicación es oficial, como las sesiones terapéuticas o la visita médica. Con frecuencia este contacto es extraoficial, generalmente entre los enfermos y la clase más baja de los miembros del personal. De esta interacción surge la diferencia de *status* y tratamientos hacia los enfermos.

La caracterización por los ayudantes de los enfermos en “buenos” y “malos”, suele influir en la manera de pensar de los miembros profesionales del personal, especialmente porque tienen poco contacto directo con los enfermos.

Muchos de los actuales servicios para el tratamiento de los enfermos mentales, se parecen más al modelo de rehabilitación, porque están organizados como “comunidades terapéuticas” para suministrar una terapéutica “del medio”:

- En vez de haber una autoridad centralizada, hay autogobierno por los pacientes;
- En vez de la vida gregaria, se estimula la individualidad;
- En vez de la división entre el personal y los enfermos, hay un intento deliberado de reducir las diferencias de *status* y las barreras de comunicación.

El hospital general de la comunidad se diferencia de un hospital mental tradicional; sin embargo, tienen algunas características comunes. Muchas de las investigaciones

sobre la estructura social y las propiedades formales del hospital general, enuncian que los factores que caracterizan los hospitales generales pueden actuar: o para aliviar la tensión y la ansiedad, o para acentuarlas.

Considerando el hospital general en función de sus características “totales”, podemos analizar mejor el impacto potencial socio-psicológico de la experiencia del enfermo en su interior.

### Aspectos socio-psicológicos de la hospitalización

Cuando un enfermo entra en un hospital, lleva consigo su propia cultura -es decir, sus creencias, actitudes, valores y relaciones sociales-, además de sus pertenencias -tales como ropa y otros valores materiales-, su reputación o *estatus*, y su respeto; conjunto de elementos que le capacitan para presentarse ante el mundo.

La situación del enfermo en un hospital general no es muy diferente. El control de los recursos, como la autoridad, está concentrado en manos del personal. Esto les capacita para manipular el ambiente material. El control de los recursos incluye no solamente las cosas materiales, sino también la mentalidad. Titmuss dice que esta falta de información es la fuente más importante de las quejas de los enfermos en el hospital general.

El confinamiento en una zona, de la que el enfermo no puede salir sin permiso explícito del personal, permite saber dónde se encuentra; tiende a aislarlo de los demás, hace que el personal pueda determinar con quién puede relacionarse un enfermo y establecer relaciones sociales.

La limitación de movilidad también contribuye a intensificar el *estatus* de enfermo.

La hospitalización separa a los enfermos de los que están sanos.

La inmovilización en el hospital les separa más del contacto con otras personas, incluso con otros pacientes que quizás podrían aliviar un poco la situación del enfermo, introduciéndole en la nueva cultura.

Las condiciones que vemos en un hospital, varían con los conceptos que se encuentran en el modelo.

Existen pruebas de que cuanto más se acerquen las condiciones del hospital a las del modelo de una institución total, y se desvíen del tipo de vida normal del enfermo, tanto más grave puede ser su efecto psicológico sobre este.

En el caso de pacientes del hospital general, hay que recordar que a menudo están gravemente enfermos, sobre todo en el momento de admisión; por eso, al principio no se dan cuenta de estos aspectos de la despersonalización.

El enfermo puede desear el derecho a depender de otros y a ser cuidado diariamente. Además el grado de percepción de estos problemas, están influidos por determinados factores.

### Modos de adaptación a la hospitalización

Se consideran cuatro de ellos, por las que los enfermos pueden adaptarse a la hospitalización; son: el ensimismamiento, la agresión, la integración y la sumisión. Se definen del siguiente modo:

- 1.- *El ensimismamiento*: Una manera de enfrentarse con una situación hostil, es retirarse de ella, como una persona que quita la mano de un hornillo caliente.
- 2.- *La agresión*: Es la resistencia total a las reglas impuestas a los enfermos. Esta puede variar desde la desobediencia a las órdenes del médico, por ejemplo, en cuanto al reposo en cama o a la medicación.
- 3.- *La integración*: En la cultura del internado puede ser la manera más eficaz de mitigar la depreciación de la imagen de sí mismo. Es un modo de encontrar la paz, no solamente con los otros enfermos, sino también con otros aspectos del medio ambiente.
- 4.- *La sumisión*: En su peor faceta, el comportamiento que resulta de esta actitud de obediencia al régimen institucional, es la dependencia.

### Dos estudios sobre la respuesta del enfermo a la hospitalización

Es evidente que el *status* del enfermo como “bueno” o “malo” puede provocar diferentes clases de respuesta del personal; por ello, es lógico que un “mal enfermo” esté sujeto a más medidas de control social, y por lo tanto a factores despersonalizantes que pueden aumentar la desviación de su conducta, más que corregirla.

De igual modo, un “buen enfermo” puede recibir mejor trato, y tener como consecuencia nociva el aminorar su deseo de recuperación.

Parece ser que las posibles definiciones de enfermos “buenos” y “malos”, están relacionados con las expectativas del personal, respecto a las fases de su enfermedad en el hospital.

Se espera que los enfermos con enfermedades agudas sean sumisos; pero cuando pasa la crisis y el paciente empieza a recuperarse, se espera que muestre más interés por volver a su *status* anterior (de funcional y saludable), y por afirmar de nuevo su independencia del personal.

Así pues, en el hospital se muestra mayor tolerancia para las desviaciones de comportamiento hacia los enfermos que se están recuperando, porque ello indica una disminución en la separación de las normas del mundo exterior; es decir, el enfermo está mejorando y está deseando reincorporarse a la realidad.

Para cerrar:

Una vez más, se expone la importancia del elemento relacional, como catalizador positivo o negativo en el proceso de recuperación del paciente, y su reintegración a las dinámicas externas, familiares y laborales.

Sin olvidar lo intensas y problemáticas que serán las situaciones que encararán los pacientes con menos redes de apoyo y menos recursos económicos.

### Referencias

Coe, R. (1973). *Sociología de la medicina*. España: Alianza Editorial.

## UNIDAD 2, SEMANA 8, LECTURA 25

### Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario

#### Introducción

Uno de los principales retos del sistema de salud en México, es mejorar la calidad de la atención, y en los últimos años las instituciones de salud han centrado su interés en este tema y problemática.

En términos de la evaluación de la calidad de los servicios de salud, la satisfacción del usuario es uno de los aspectos que debe tomarse en cuenta como parte sustantiva de la atención, considerándola como una forma de evaluar los servicios otorgados, y como una estrategia para mejorar su planeación y organización.

La atención en los servicios de salud debe ser en forma oportuna y humanizada; atención que garantice el trato digno para el paciente, respetando sus derechos y los de su familia; fomentando la autonomía en el proceso de toma de decisiones y proporcionando siempre información completa e inteligible de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud, es el mejorar el nivel y la distribución del trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, entendiéndose este término como lo que sucede cuando los servicios de salud se diseñan y prestan; tomando en consideración las expectativas y preferencias de los usuarios en aquellos aspectos de su relación con los servicios de salud que no son propiamente médicos.

El concepto de satisfacción del paciente, se relaciona tanto con las interacciones clínicas, como en aspectos no médicos.

En México, entre noviembre de 2002 y abril de 2003, la Secretaría de Salud coordinó la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED) realizada en México y sustentada en un marco de referencia propuesto por la OMS.

Puentes Rosas y cols., llevaron a cabo un estudio cuya finalidad fue documentar las diferencias en el trato recibido por los usuarios de los servicios públicos de salud en México. Se encontraron diferencias importantes en la forma en que los diferentes proveedores públicos tratan a sus usuarios; independientemente de las condiciones socioeconómicas de los mismos, es un hecho que el trato influye decisivamente en la calidad de los servicios brindados por los diferentes proveedores.

Una evaluación sistematizada, periódica y permanente de la calidad con que se presta la atención y de la satisfacción de sus usuarios, es estratégica para la identificación, registro y seguimiento de los problemas hasta su solución, representando una metodología efectiva para mejorar la calidad en la prestación de los servicios.

### Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo, durante los meses de abril y mayo de 2008, en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, institución que ofrece atención a población abierta en el área de Ginecología y Obstetricia. Se realizó un muestreo estratificado proporcional de los usuarios que acudieron a los servicios de consulta externa, hospitalización y auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario estructurado a través de una entrevista personal, confidencial y autorizada. El instrumento de medición se basó en el cuestionario utilizado en la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño realizada en México por la Secretaría de Salud, adaptado y validado para tal fin por el equipo de investigación.

La base de datos se diseñó en Excel. Los datos se analizaron en el software estadístico *Statistic*. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables con frecuencias, porcentajes, media estadística y desviación estándar.

### Resultados

Se realizaron un total de 847 entrevistas, de las cuales 387 correspondieron a las usuarias que acudieron a consulta externa, 69 se realizaron en el área de hospitalización, y 391 a los usuarios de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

### *Consulta externa*

La edad promedio de las usuarias entrevistadas fue de 26.5 años; en cuanto a la escolaridad, 37% de las encuestadas contaban con estudios de bachillerato terminado; en lo que se refiere al número de visitas al hospital en los últimos 6 meses, aproximadamente 57% de las usuarias manifestaron haber realizado entre 1 a 3 visitas. Los niveles de aprobación de cada uno de los dominios, muestran que el porcentaje de entrevistados que aprueba la confidencialidad y la dimensión técnica con que se otorgan los servicios en el hospital, es mayor que la aprobación de los otros elementos: 95%

Para determinar la satisfacción del usuario, se creó un índice acumulativo del total de las calificaciones expresadas, estableciendo entre el puntaje máximo y mínimo posible de cada cuestionario, cinco intervalos de igual tamaño. El índice se codificó bajo el siguiente criterio: muy malo a aquellos cuestionarios que hayan acumulado de 15 a 26 puntos; malo 27 a 38; moderado 39 a 50 puntos; bueno 51 a 62 puntos; y muy bueno de 63 a 75 puntos.

Para finalizar el estudio en el área de consulta externa, se analizó la calificación por consultorio en base a la puntuación obtenida por la satisfacción del usuario, obteniéndose que el consultorio 1 donde se otorga consulta de control prenatal, y el de nutrición abocado a la orientación nutricional, fueron los mejor calificados.

### *Hospitalización*

La edad promedio fue de 26 años; el nivel de estudios que predominó en las encuestadas fue la secundaria terminada; con relación a los días de estancia hospitalaria, 58% de las usuarias permanecieron de 1 a 3 días hospitalizadas.

En cuanto a la aprobación por dominio en el área de hospitalización, se determinó la satisfacción del usuario en el área de hospitalización mediante un índice acumulativo del total de las calificaciones de cada cuestionario, el cual se codificó bajo el siguiente criterio: muy malo a aquellos cuestionarios que hayan acumulado de 16 a 28 puntos; malo de 29 a 41 puntos; moderado de 42 a 54 puntos; bueno de 55 a 67 puntos; y muy bueno de 68 a 80 puntos. La evaluación de la satisfacción del usuario en el área de auxiliares de diagnóstico y tratamiento a través del índice acumulativo del total de las calificaciones de cada cuestionario, se codificó del siguiente modo: muy malo de 14 a 24 puntos; malo de 25 a 35; moderado de 36 a 46; bueno de 47 a 57; muy bueno de 58 a 70.

### *Evaluación global*

La comparación entre los dominios mostró que la dimensión técnica, la confidencialidad y el trato digno, fueron los que tuvieron niveles altos de aprobación en todas las áreas; mientras que la atención pronta, la autonomía y la calidad de las instalaciones y servicios, tuvieron menor aprobación. Este último dominio presentó cifras notablemente bajas en los auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

### **Discusión**

En las tres áreas de estudios -consulta externa, hospitalización y auxiliares de diagnóstico y tratamiento-, el dominio con mayor porcentaje de aprobación fue dimensión técnica, es decir que el usuario aprueba los conocimientos del personal de salud para resolver el motivo por el cual solicitó la atención en el hospital.

Asimismo, los usuarios de estas áreas coincidieron en calificar como malo o muy malo el dominio calidad de las instalaciones y servicios, entendiéndose que no están conformes con las condiciones de los espacios físicos y la limpieza del hospital.

Además del dominio anterior, en el área de consulta externa, atención pronta obtuvo bajos porcentajes de aprobación; mientras que en hospitalización, autonomía también fue calificado con niveles bajos.

El trato adecuado es importante como factor determinante de la satisfacción del usuario, y los usuarios satisfechos suelen tener más incentivos para buscar atención cuando la requieren, relacionándose con regresar a solicitar servicios a la misma unidad de atención, por lo que es importante tomar en cuenta los puntos de mejora.

Todo el personal implicado en la prestación de servicios de salud, debe hacer uso de los resultados obtenidos a partir de las diferentes encuestas y métodos utilizados para medir la satisfacción y la calidad de la atención, y de esta manera contribuir a desarrollar servicios realmente adaptados a las necesidades de la población.

En general, la satisfacción del usuario representa una gran fortaleza para el hospital, debido a que en los resultados obtenidos, el nivel de satisfacción es alto, situación

que manifiesta la trayectoria y presencia del Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana en la sociedad de Xalapa y municipios aledaños, a lo largo de sus 70 años de operación.

Para cerrar:

Desde un punto de vista epistemológico, hubiese complejizado y mejorado el análisis, el que se hubiera incluido dentro del equipo de estudiosos y estudiosas, a alguien ajeno al Instituto de Ciencias de la Salud y al Hospital Escuela, dado que ambos organismos pertenecen a la Universidad Veracruzana, provocando con ello un sesgo, una tendenciación, al pertenecer, al estar los investigadores supeditados a esa instancia.

Algo que es importante señalar:

Es válido reconocer y retomar los puntos positivos de una institución, pero también es altamente necesario denotar los elementos negativos, porque si se invisibiliza lo cuestionable, jamás se resolverá. Si se niega la realidad, no se encara el problema, y por tanto no hay solución.

## Referencias

Gogeoascoechea-Trejo, M., Pavón, P., Blázquez, M., Blázquez, C., y Rabatte, I. (2009). *Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario*. México: Revista Médica de la Universidad Veracruzana.

### UNIDAD 3, SEMANA 1, LECTURA 28

#### Juramento hipocrático

**S**ucintamente, la versión antigua de esta guía ética y disciplinar (¿siglo VI - V a. C. a siglo I d. C?) refiere lo siguiente:

- Apoyar al que me ha enseñado; transmitir los preceptos e instrucciones que he aprendido, a mis hijos y a los hijos de aquel que me ha instruido.
- Aplicar las medidas dietéticas en beneficio del enfermo; nunca le causaré daño ni le someteré a injusticia.
- No daré una medicina mortal a nadie que la pida, ni haré sugerencia al respecto. No daré remedio abortivo. Guardaré mi vida y arte con pureza y santidad.
- No usaré el cuchillo, delegaré eso a favor de los que realizan esa tarea.
- En cualquier casa que visite, entraré libre de toda injusticia intencionada, de toda mala obra, sin intereses sexuales.
- Cualquier cosa que vea u oiga en el curso o fuera del tratamiento, que haga referencia a la vida de la persona, en ningún caso será divulgada.

En su versión moderna, adoptada por la World Medical Association en su Asamblea General de 1948, revisada en 1968 y conocida como Declaración de Ginebra, enuncia lo siguiente...

“En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

Mostraré a mis maestros el respeto y la gratitud que le son debidos.

Practicaré mi profesión con conciencia y dignidad.

La salud de los pacientes será mi primer objetivo.

Respetaré los secretos que se me confíen aun después de morir el paciente.

Mantendré por todos los medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.

Mis colegas serán mis hermanos.

No permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o nivel social se interpongan entre mi deber y mis pacientes.

Mantendré el máximo respeto por la vida humana desde el momento de la concepción.

Incluso bajo amenaza, no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de humanidad.

Hago estas promesas de modo solemne, libremente y por mi honor.”<sup>153</sup>

Se presentan a continuación algunas perspectivas con relación a ambos documentos deontológicos.

Respecto a la versión antigua, Remis señala que...

“En muchas escuelas de medicina, se continúa enseñado de manera explícita o implícita, los preceptos del Juramento Hipocrático, sin discutir el por qué de su elección, ni analizar su contenido o su actualidad.

Su análisis muestra que:

La ética de los médicos hipocráticos fue formalmente religiosa; Invocaban a los dioses como testigos y no en auxilio para la cura de los enfermos; El compromiso asumido era con las deidades de su culto y no con los enfermos; Compartían sus bienes con sus maestros; Solo transmitían sus conocimientos a quienes pertenecían a su culto; La medicina la ejercían como una práctica no remunerada; Entre el médico y el paciente existía una relación de poder del primero sobre el segundo; No realizaban prácticas quirúrgicas.”<sup>154</sup>

<sup>153</sup> Juramento ubicado en el siguiente enlace, el cual fue revisado el 8 de mayo del 2021: <http://www.colmed5.org.ar/old/Codigoetica/codigosetica2.htm#JURAMENTO>

<sup>154</sup> Remis, Pasado y Presente del Juramento Hipocrático, p 140.

Debido a la diferencia actual de nuestra época, al contexto en que originalmente fue trazado, es que fue necesaria su actualización.

Parte de esa modernización pasa sobre la norma hipocrática de la no participación en el aborto; con relación a la participación contemporánea de la labor médica en ese aspecto, Remis señala...

“En los países en que se permite el aborto se sacrifica la ética profesional a la normativa jurídico-política.

El derecho a la salud y a la atención médica es diferente en distintos países. Numerosas asociaciones nacionales e internacionales apoyan que todos los seres humanos tengan idénticas posibilidades de recibirla, mientras que otras están dispuestas a tolerar grandes desigualdades.

Es compromiso del estado, la sociedad y los individuos lograr que estos derechos sean efectivos en forma justa y equitativa para todos.

Los médicos en algunos países confían en que sus gobiernos no los forzarán a hacer algo antiético, mientras que en otros países puede ser difícil para ellos cumplir con sus obligaciones éticas.

En realidad es el Estado el que establece de hecho lo que debe ser considerado por todos como lícito o ilícito, verdadero o falso, justo o injusto: es decir, determina los “valores” universales y establece además entre ellos la primacía que permite resolver las colisiones entre estos “valores”.”<sup>155</sup>

Ciertas posturas médicas se manifiestan abiertamente a favor del aborto, sobre todo para las clases bajas, en pos de no acrecentar las problemáticas derivadas de la pobreza.

Otras perspectivas sanitarias señalan que deben de modificarse las condiciones contextuales, de tal manera que se evite llegar al aborto, en los casos de embarazos no deseados.

Una realidad es que en estos puntos, donde se cruza lo profesional con lo legal y lo civil, la disciplina médica pierde autonomía y tiene que supeditarse -para bien y para mal-, en los encuadres gubernamentales -que como lo señala Remis-, en ocasiones provocan que el médico rompa sus criterios profesionales en pos de las

<sup>155</sup> Remis, Pasado y Presente del Juramento Hipocrático, p 141.

normales legales. El clásico caso de “algo” que en el ámbito de la cotidianeidad o en el plano legal es correcto, pero en el paradigma y la disciplina CBS no lo es.

Ante esa escisión, el autor argentino señala que es necesario replantear la necesidad de un juramento, que sea verdadero, que implique compromiso real y no solo un protocolo vacío; es necesario volver a contextualizar esa guía, ante las distensiones inexorables de los cambios históricos y jurídicos.

Por su parte, Patiño señala que si bien la figura de Hipócrates y su juramento -con sus modernas versiones- continúan iluminando el quehacer médico con su compromiso social y ético, en las actuales épocas de transformación, la atención médica se ha convertido lamentablemente en un bien de mercado.

La medicina como un producto que se debate entre el imperativo hipocrático de cumplir sus deberes con el paciente y la comunidad, y el mandato burocrático de las empresas aseguradoras que primordialmente se preocupan por no gastar y sí ganar lo más posible. Por ello...

“Ahora más que nunca, corresponde a la profesión salvaguardar los principios humanitarios y de compromiso social de la medicina, y la excelencia del ejercicio y de la educación médica, en total fidelidad con el Juramento Hipocrático.”<sup>156</sup>

Es necesario entonces renovar los elementos éticos y deontológicos de la medicina, pero sin olvidar su compromiso consigo mismo, con su disciplina, con la comunidad, con la persona y su vida; realidad mercantilista que es necesario superar, por el bien de las ciencias de la salud, de sus practicantes y pacientes.

Si las disciplinas sanitarias no se protegen contra el influjo cosificante que el estado y los corporativos les quieren imponer para usarlas en la resolución de sus fines privados, perderán lo que de científico y humanista tienen. Y en algunos lugares ya está ocurriendo, decisiones gubernamentales que disponen de las ciencias de la salud para sus agendas populistas y demagógicas.

Denotando las aristas de la labor de actualización ética, Gamboa-Bernal refiere que la revisión de la Declaración de Ginebra que en 2017 realizó la Asociación Médica Mundial (AMM), implica que en sus facetas negativas, la cultura actual tiende a lesionar al ser humano al tratarlo como a cualquier otra creatura, separándolo de una dignidad inherente de la que jamás se le debe de despojar. Refiere que...

<sup>156</sup> Patiño, El Juramento Hipocrático, p 64.

“La neta diferencia que se establecía en estas primeras declaraciones entre una medicina que busca el beneficio de las personas y aquellas conductas médicas que constituyen abuso, parecería que se ha venido desdibujando con el paso del tiempo.

Es cierto que muchas circunstancias han variado en los últimos setenta años, y que se han alcanzado avances sin precedentes en muchos campos del ejercicio profesional de la medicina. Sin embargo, se han presentado también muchas situaciones en las que ese trabajo ha destruido la confianza en el médico.

Tal vez la principal de ellas sea el desarrollo de unos sistemas de salud que se han abierto a una concepción economicista del ejercicio médico, renunciando al *ethos hipocrático* propio de la profesión.”<sup>157</sup>

De acuerdo a lo anterior, los mecanismos de mercado ya alcanzaron a las disciplinas sanitarias, volviéndolas despersonalizantes y cosificantes; revertiendo y pervirtiendo las dinámicas con los pacientes, en un proceso mediado más por lo monetario, que guiado por criterios humanistas.

En ese mismo sentido de trastocar lo axiológico, los altos valores, por las reglas legales y de mercado, refiere que la ética ya no es objetiva y vital, sino que se pervierte en un tipo de “ética pluralista”, donde lo primordial ya no es el bien y la vida, sino hacer lo lineal normativo, lo políticamente correcto, lo útil para las empresas y los grupos de poder.

Situación que es problemática en varios sentidos, debido a que las nuevas reglas éticas son establecidas:

- O en las asambleas médicas, por mayorías;
- O por indicaciones de las castas políticas.

Mayorías que no por el hecho de ser fracciones generales y dominantes, tendrán indiscutiblemente la razón de su lado.

Designaciones estatales que es altamente probable que se hagan sin el conocimiento, compromiso y experiencia disciplinar que poseen los profesionales de la salud. Nominaciones gubernamentales con trasfondos ajenos al bienestar de los pacientes, y a la integridad, seriedad y congruencia de las ciencias de la salud.

<sup>157</sup> Gamboa-Bernal, La Declaración de Ginebra, p 6.

Se trata entonces de cambios actitudinales, normativos, legales y paradigmáticos impulsados por criterios economicistas, legalistas y burocráticos.

Criterios utilitarios donde la vida humana ya no es lo primordial, sino que se le apareja con la de otros entes y especies; leyes y reglamentos mercantilistas donde la vida humana se tasa con relación a los gastos, pérdidas y ganancias que pueda generar.<sup>158</sup>

Gran peligro en verdad, es que la medicina se pliegue a las prácticas espurias a las que la presiona los organismos multilaterales, los estados dictatoriales, los sistemas de salud mercantilistas, esclavistas, inequitativos, o en el peor de los casos, las modas o tendencias. Al respecto Gamboa enuncia que...

“No se pueden abandonar los postulados claros y netos determinados por un *ethos hipocrático*, jerarquizados a partir del bien del paciente, no de su autonomía; de la relación costo-beneficio, de la medicina del deseo, de las necesidades de una ciudadanía global, etc.

Situar la autonomía por delante de la dignidad, como se hace en la última versión de la Declaración de Ginebra, implica un giro filosófico notable que devuelve al ser humano a un estado donde el individualismo prima sobre las demás consideraciones, donde el bien común pierde su naturaleza y su sentido, donde el relativismo es la medida de todas las cosas.

Ejercer con *ethos hipocrático* implica no estar al servicio de los deseos, intereses o caprichos del paciente, sino atento a sus reales necesidades.”<sup>159</sup>

Es esta una pertinente crítica a las actualizaciones que los organismos internacionales -tanto civiles como legales y sanitarios-, han ejercido sobre las instituciones y disciplinas de salud, usando a la medicina como un instrumento que se deberá alinear con su agendas y procedimientos. Instituciones y disciplinas que de fondo, ya no tendrán como propósito el desarrollo pleno y libre del humano, y de la comunidad.

El cambio de sexo en niños, sería una situación que ejemplifica acciones, legalizaciones, permisividad y fomento gubernamental, en torno a un tema extremadamente complejo, que tiene demasiadas aristas, y que es improbable

<sup>158</sup> Cfr. Gamboa-Bernal, La Declaración de Ginebra, p 8.

<sup>159</sup> Gamboa-Bernal, La Declaración de Ginebra, p 14.

que ellas sean estudiadas y conocidas por los implicados y defensores estatales y civiles.

Tema donde las ciencias biológicas y de la salud, tendrían que ser guías, baluartes y educadores; proporcionando referencias y explicaciones desde los hechos y conocimientos fisiológicos. Lamentablemente son situaciones y tópicos en donde lo que más medra a nivel de lo comunitario es lo emocional, y en lo institucional lo predominante será lo demagógico y populista.

Claramente no ocurre que en esas problemáticas se considere de manera primordial a los CBS:

Se escucha a políticos en radio, televisión y redes, enarbolar causas en las cuales ellos tienen trasfondos, pero no se escucha a especialistas, investigadores ni institutos hablar sobre ello.

Se concede espacio en los espacios y discursos oficiales a abanderados de los partidos y cámaras, pero no se invita ni se acepta la presencia y el conocimiento de los profesionales de la salud.

Mucha política y poca ciencia.

Lamentablemente, lo peor del mundo actual, ha hecho mella tanto en la disciplina médica, como en sus asociaciones, y peor aún en sus marcos éticos y en los esquemas cognitivos y conductuales desde los cuales se forma, se enfoca al paciente y se actúa.

Una última recomendación del autor colombiano será que...

“Quedará a la discreción de las facultades de Medicina el poner en sus currículos los acentos y contenidos convenientes para que el *ethos hipocrático* se conserve y la profesión médica pueda seguir gozando de la confianza, el respeto y el honor, que solo se mancillan cuando en la práctica profesional se cede terreno por intereses autónomos y economicistas.”<sup>160</sup>

<sup>160</sup> Gamboa-Bernal, La Declaración de Ginebra, p 15.

Es entonces necesario que la medicina se guarde de las tendencias que laceran y destruyen sus valores fundamentales:

- Su búsqueda por el conocimiento;
- La priorización del beneficio del paciente;
- La salvaguarda de la vida humana;
- La evitación de lo malicioso;
- La confidencialidad.<sup>161</sup>

Finalmente, y desde una perspectiva filosófica, Singh refiere lo siguiente...

“Luego de un largo y tortuoso proceso histórico, que incluyó guerras, revoluciones, luchas de clases, etcétera, hoy la Bioética promueve el respeto a la dignidad de la persona como uno de los principios básicos de su paradigma humanista y democrático, para la esfera de las ciencias biológicas y de las ciencias médicas.

En la sociedad contemporánea este principio ha de ser, entonces, una de las bases para, por una parte, subvertir las relaciones despóticas, autoritarias, jerárquicas o paternalistas, propias del paradigma hipocrático tradicional sobre las relaciones entre los sujetos de salud, ya que, al no reconocer la autonomía de los pacientes, fomentan el irrespeto de la dignidad de la persona.

Por otra, debe actuar como principio que valore la dignidad de la persona, mediante la promoción del establecimiento de relaciones más libres, democráticas e igualitarias entre estos sujetos.”<sup>162</sup>

En esta visión filosófica, se designa de un modo negativo, coercitivo y piramidal, al estatuto hipocrático, sugiriendo que se debe de trasponer, con miras a su superación, en un modelo relacional y asistencial más simétrico, horizontal, en donde se respete y dignifique al paciente.

Al parecer ese filósofo no está familiarizado con los análisis deontológicos realizados por personal sanitario, no obstante lo insertamos como parte del

<sup>161</sup> Este autor, Gamboa, congruente con su línea teórica y axiológica, se manifiesta en contra del aborto.

Ciertas posturas lo criticarán por no atender el contexto de las clases bajas, para las cuales más embarazos y más hijos solo acrecentarán su miseria.

Otras perspectivas señalarán su integridad al preservar lo más sagrado de la existencia: la vida.

<sup>162</sup> Singh, Persona y Dignidad en la Historia de la Filosofía, pp 1423-1424.

proceso dialéctico, que tiene como propósito ampliar el acercamiento al objeto de estudio y posibilitar la aprehensión y comprensión de lo expuesto. En ese sentido se retoma de lo citado el elemento libertario y humanista que debería predominar en la interacción de los implicados en los servicios de salud; dinámicas libres e igualitarias donde se busque la utopía democrática que se contraponga a los dogmas ortodoxos y politicoides.

Como cierre de este apartado, acotamos la siguiente reflexión epistemológica y ética:

Para todas las disciplinas que en verdad se preocupan por el conocimiento y por la existencia humana, es altamente necesario guardarse de la influencia perniciosa que las instituciones utilitaristas buscan ejercer en ellas, con vistas a convertirlas en servos, en instrumentos, en ayudantes para sus propios fines neuróticos, destructivos y antivida.

Por eso la idea y objetivo de que la universidad sea autónoma; por eso la intención y esfuerzo de separar la educación y la ciencia de los influjos sórdidos de lo gubernamental:

- Para no afectar por el progreso disciplinar;
- Y para mantener la integridad paradigmática, ajena a los proyectos y agendas de los sectores perniciosos que mienten y usan a la población, y que usan al Saber y a los especialistas para homogenizar y fiscalizar a la persona y a la comunidad.

En ese sentido, las ciencias biológicas y de la salud tendrán que esforzarse para salvarse a ellas mismas de los conceptos y preceptos que la llevan a convertirse en una herramienta alienadora al servicio del Estado.

Gran esfuerzo que será necesario, si es que se quiere mantener una autonomía donde siga existiendo el cuestionamiento, la duda y el análisis de la ciencia.

De lo contrario, el profesional sanitario absorbido por el sistema será cada vez más un *Saludócrata*, ya no un científico sino un burócrata de la salud. Ejemplos institucionales y contemporáneos ya hay muchos, donde la figura y función del CBS es tan solo la de un oficinista salutífero, un burócrata colaborativo, sumiso y apologista del caudillo de turno.

¿Dónde quedó la ciencia? Supeditada a lo no científico, al antivalor y a la antivida.

## Referencias

COLMED. (2013). *Códigos de ética médica*. Argentina: Colegios de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

Gamboa-Bernal, G. (2018). *La Declaración de Ginebra revisada a la luz de la nueva cultura*. Colombia: Universidad de la Sabana.

Patiño, J. (2005). *El Juramento Hipocrático*. Colombia: Revista Colombiana de Cirugía.

Remis, J. (2009). *Pasado y presente del Juramento Hipocrático. Análisis de su vigencia*. Argentina: Revista Argentina de Radiología.

Singh, C. (2015). *Persona y dignidad en la historia de la filosofía: su significación para la bioética médica*. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo.

Versiones electrónicas de ambos juramentos, se ubican en el siguiente enlace, el cual fue revisado el 8 de mayo del 2021:

<http://www.colmed5.org.ar/old/Codigoetica/codigoesetica2.htm>

La versión electrónica del texto de Remis, se encuentra en el siguiente link, el cual se revisó el 8 de mayo del 2021:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382538474001>

Enlace al documento de Gamboa-Bernal, visualizado el 8 de mayo del 2021:

<https://www.redalyc.org/journal/832/83257398001/83257398001.pdf>

Dirección electrónica del texto de Singh, revisado el 8 de mayo del 2021, y ubicado en este link:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757221019>

Versión online del ensayo de Patiño, ubicado en la siguiente dirección electrónica, misma que se inspeccionó el 8 de mayo del 2021:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v20n2/v20n2a1.pdf>

## UNIDAD 3, SEMANA 2, LECTURA 27

### Manual de ética médica<sup>163</sup>

El texto plantea un análisis del comportamiento del médico y de la toma de decisiones de éste, pero no desde el enfoque científicista, sino con un enfoque axiológico y ético<sup>164</sup>, modalidades en las cuales también tendrá que entrenarse el profesionalista de la salud.<sup>165</sup>

En ocasiones los consensos pueden ayudar a tomar decisiones éticas, pero para otras circunstancias y problemáticas, no hay una respuesta unánime, previa; ante ello se hacen necesarios análisis axiológicos, éticos y deontológicos, realizados en plenarias, en reflexiones conjuntas.

La definición de Ética usada en el texto es...

“El estudio de la moralidad -una reflexión y análisis cuidadosos y sistemáticos de las decisiones y comportamientos morales, sean pasados, presentes o futuros-.

La moralidad es la dimensión valórica de la toma de decisiones y del comportamiento.

El lenguaje de la moralidad incluye substantivos como “derechos”, “responsabilidades” y “virtudes”, y adjetivos como “bueno” y “malo”, “correcto” y “equivocado”, “justo” e “injusto”.

De acuerdo a estas definiciones, la ética es principalmente una cuestión de saber, mientras que la moralidad es hacer.”<sup>166</sup>

<sup>163</sup> Revisión de la página 15 a la 34.

<sup>164</sup> Axiología estudio de los valores. Ética son los elementos formales de los cuales se derivan los aspectos procedimentales, que en forma de moral, regulan los procesos intergeneracionales, intergenéricos e intragenéricos, de una cierta comunidad, de una cierta época.

<sup>165</sup> En un sentido metodológico y epistemológico diremos que los CBS son mixtos, híbridos, puesto que si bien parten y son mayoritariamente cuantitativos, conllevan una fracción cualitativa:

Con lo intrapsíquico de salud mental, y lo contextual de ciencias sociales.

<sup>166</sup> Asociación Mundial de Medicina, Manual de Ética Médica, p 9.

Así, lo ético es lo cognitivo que permite el actuar, que a su vez se implica en lo moral.

Definición de ética que es general.

De manera específica, lo que estudia el texto es la Ética Médica, la rama de la ética que aborda temas morales de la práctica médica.<sup>167</sup>

La Ética Médica a su vez se correlaciona paradigmáticamente con la Bioética. Complementación que se hace, desde el actuar del médico, con relación a los distintos avances y descubrimientos científicos.

Si bien de manera milenaria -desde los griegos-, la ética ha estado ligada a la profesión médica, en últimos tiempos se ha ido complementando con otras disciplinas, entre otras:

- Con los Derechos Humanos, que genera preceptos que trascienden los tópicos nacionales y culturales.
- Con el Derecho, con relación a los elementos legales implicados en la atención de paciente; por cierto, en ciertas circunstancias, la ética médica prescribirá un actuar que, en bien del paciente, actuará por encima de los elementos legales.

Si bien la Medicina posee muchos recursos en torno a la dimensión biológica, tiene límites en cuanto a otras áreas y problemáticas, tales como: la individualidad, cultura, religión, libertad, derechos y responsabilidades del Ser Humano.

Amén del conocimiento intrínseco de la disciplina, existen valores centrales (elementos axiológicos) en la medicina, tales como la compasión, la competencia y la autonomía, que junto al respeto de los Derechos Humanos Fundamentales, sirven a la Ética Médica.

Tales valores se explican del siguiente modo:

- **Compasión:** definida como el entendimiento y preocupación por la

---

<sup>167</sup> Como lo hemos comentado, más allá de la ética general, las éticas específicas de cada actividad técnica o profesional se denominarán Deontología.

Entonces, la ética médica, particular a la disciplina CBS, será su deontología específica.

aflicción del Otro. El médico debe identificar los síntomas del paciente y su trasfondo, para ayudar a sanarlo.

Los pacientes responden mejor al tratamiento al percibir que el médico aprecia su situación y los visualiza como humanos.

- **Competencia:** los médicos tienen un largo proceso de formación, con el propósito de asegurar su competencia, pero debido al rápido avance de conocimientos y tecnologías, es un reto mantenerse competentes.

Y aparte de los cognoscente, deben desarrollar conocimientos y actitudes éticas ante los nuevos problemas y cambios en los ámbitos médicos, sociales y políticos.

- **Autonomía:** también entendida como autodeterminación, referida a la libertad para tratar a los pacientes y determinar los niveles y tipos de formación y praxis. Hay países donde el gobierno ha impuesto control a los médicos.

En otros ámbitos existe otro tipo de autonomía, en la que se reconocerá al paciente.

Entre ambos tipos de autonomía -del paciente y del médico-, existen diversas circunstancias y conflictos. Aunado a lo anterior, otro referente importante es el contenido en la Declaración de Ginebra, estatuto que si bien puede variar de un país a otro, o de una región a otra, contiene constantes, como lo son el interés por el bienestar del paciente, la no-discriminación, confidencialidad y atención incondicional.

La Ética es pluralista, puede ser influida por diversos factores, tópicos y contextos, uno de ellos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, siendo de los elementos principales que se rescatan de ella para la práctica médica:

- Derecho a la vida;
- A no ser discriminado;
- No sufrir tortura ni trato cruel, inhumano o degradante;
- Libertad de opinión y expresión;
- Derecho a acceso igualitario a los servicios públicos de un país y a la atención médica;

Aparte del elemento contenido en los D.H., otras instancias influyen en el actuar y alcances del médico:

- Legislaciones en general;
- Preceptos religiosos;
- Y organizaciones de médicos y de no-médicos.

No obstante, esas directrices solo realizan indicaciones en planos generales, por lo que es el médico específico en sus circunstancias individuales, quien tiene que decidir por sí mismo sobre la manera correcta de actuar.

El identificar el modelo de comportamiento consensual, también es una herramienta importante, que servirá para guiar la conducta; claramente es importante distinguir cuándo seguir lo mayoritario y cuándo no.

La relación entre el médico y el paciente ha cambiado.

Anteriormente existía una casi completa decisión del proceso por parte del médico, ahora, la noción de autoatención y autonomía del paciente, han modificado la situación.

Antes el médico sólo era responsable ante sí mismo sobre su actuar, ahora tiene responsabilidades adicionales:

- Ante sus pacientes;
- Ante terceros tales como hospitales y organizaciones de salud;
- Autoridades médicas reguladoras;
- Y tribunales de justicia.

Otro elemento que influye, más allá de la responsabilidad del médico por su paciente, es la responsabilidad que tiene en las necesidades de la sociedad, lo que se implica por ejemplo en la distribución de los recursos de salud escasos.

Situaciones producto de los nuevos saberes y tecnologías, tales como: la reproducción asistida, la genética, la informática aplicada a la salud, y las tecnologías que aumentan y alargan la calidad de vida. Innovaciones que implican la participación del médico, y por ello, son necesarios diversos análisis por parte de los distintos implicados.

Si bien las diversas problemáticas históricas y contextuales son diferente en cada país dependiendo del tema (eutanasia, aborto, tecnologías, confidencialidad, etc.), la Asociación Médica Mundial (AMM) ha logrado consensos en cuanto a los temas éticos polémicos y los valores fundamentales de la ética médica (compasión, competencia y autonomía).

Creada en 1947, la AMM ha buscado evitar conductas antiéticas. Buscando actualizar el Juramento Hipocrático para su uso en el siglo XX, en su segunda asamblea de 1948 desarrolló la Declaración de Ginebra; ésta ha sido revisada en varias ocasiones, siendo la última en 1994.

Otra de sus tareas fue la elaboración del Código Internacional de Ética Médica, adoptado en la tercer asamblea de 1949, y revisado en 1963 y 1983.

Respecto a las normas éticas para la investigación en seres humanos, en 1964 se elaboró la Declaración de Helsinki, cuya última revisión fue en el 2000.

Para consensuar acuerdos en los diversos documentos sobre los diversos temas, es necesario un 75 % de votos a favor, durante la asamblea anual.

En ciertos temas, la AMM coincide con los planteamientos contextuales y generales, tales como en lo correspondiente al consentimiento informado.

Pero en otros -tales como la confidencialidad-, la postura de los médicos se contraponen con la de los gobiernos, los administradores de sistemas de salud, y las empresas comerciales.

En torno al abordaje de las problemáticas éticas específicas, se consideran dos tipos principales de enfoques: los No Racionales y los Racionales. Se explican a continuación.

### *No Racionales:*

- **Obediencia**, implica seguir las reglas o instrucciones de las autoridades, sin importar si se está o no de acuerdo con ellas.
- **Imitación**, guiándose con lo opinión o modelo de alguien más; observando y asimilando lo hecho por los consultores más antiguos.
- **Sentimiento o deseo**, definido desde la subjetividad, siendo el modelo ético el particular.

- **Intuición**, comprendida como la percepción inmediata de la manera correcta de actuar en alguna situación o problemática.
- **Hábito**, basado en un rango de acción ejecutado con anterioridad.

### *Enfoques Racionales:*

- **Deontología**, basándose en reglas fundadas y aceptadas.
- **Consecuencialismo**, basa la toma de decisiones éticas en un análisis de las consecuencias o resultados probables de las distintas opciones y acciones, siendo la acción correcta la que produce mejores resultados.
- **Principlismo**, utiliza principios éticos como base para tomar decisiones morales; aplica estos principios a casos o situaciones particulares para determinar qué es lo correcto, tomando en cuenta las reglas y consecuencias.

Los cuatro principios éticos más importantes son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- Ética de las virtudes, se centra menos en la toma de decisiones y más en el carácter de quienes la toman, como reflejo de su conducta.

Virtudes deseables para el médico: compasión, honestidad, prudencia y dedicación.

Para cerrar:

Ninguno de los enfoques ha logrado una aprobación universal.

Diversos tipos de épocas, entornos, instituciones, personas y problemáticas, implicarán tipos distintos de elección racional o no racional.

Algo que hemos comentado y seguiremos repitiendo:

No existen elementos éticos y axiológicos universales.

Ellos serán siempre históricos, contextuales, específicos a ciertas condiciones espacio-temporales; y obviamente influidos por instancias positivas y negativas, a favor y en contra del entorno y la persona.

## Referencias

Asociación Mundial de Medicina. (2005). *Manual de ética médica*. Francia: AMM.

La tercera edición del 2015 del Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, puede revisarse en su versión electrónica en el siguiente enlace, ubicada el 26 de noviembre del 2021:

[https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics\\_manual\\_3rd\\_Nov2015\\_es.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_es.pdf)

Aquí se puede visualizar el Manual de Políticas de la Asociación Médica Mundial, en su versión del 2019, revisada el 26 de noviembre del 2021:

<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2019/10/HB-S-Version-2019.pdf>

## UNIDAD 3, SEMANA 3, LECTURA 27

### Capítulo II El médico y el paciente<sup>168</sup>

#### ¿Qué tiene de especial la relación médico-paciente?

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica. La Declaración de Ginebra exige al médico “velar ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica estipula: “El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad”.

Como muchos pacientes no son capaces, o no quieren tomar decisiones sobre su atención médica, la autonomía del paciente es a menudo muy problemática. Igualmente problemáticos son otros aspectos de la relación, como la obligación del médico de mantener la confidencialidad del paciente en una era de historiales médicos computarizados, de atención administrada, y del deber de mantener la vida frente a las peticiones para apresurar la muerte.

#### El respeto y la igualdad de trato

La creencia de que todos los seres humanos merecen respeto e igualdad de trato es relativamente reciente. En la mayor parte de las sociedades, el trato irrespetuoso y desigual de las personas y grupos era aceptado como normal y natural.

La esclavitud fue una práctica que no fue erradicada en las colonias europeas y en Estados Unidos hasta el siglo XIX y todavía existe en algunas partes del mundo.

El cambio gradual y todavía en marcha de la humanidad a la creencia en la igualdad humana comenzó en los siglos XVII y XVIII en Europa y América del Norte.<sup>169</sup> Fue

<sup>168</sup> Revisión del Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (AMM), de la página 35 a la 62.

<sup>169</sup> Más allá de la leyenda negra hispanofóbica, no olvidar que las Leyes de Indias, el Derecho Indiano, fue un primer y fenomenal intento por considerar a los indígenas como personas con derechos, en condiciones de igualdad con los españoles de la península, ésto en 1555.

motivada por dos ideologías opuestas: una nueva interpretación de la fe cristiana y un racionalismo anticristiano.

En el siglo XX se elaboró el concepto de igualdad humana desde el punto de vista de los derechos humanos.

Una de las primeras acciones de la recién creada Naciones Unidas fue la formulación de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), que estipula en su artículo 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.

La profesión médica ha tenido opiniones algo conflictivas sobre la igualdad y los derechos del paciente a lo largo de los años.

Por un lado, al médico se le ha dicho: “No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente” (Declaración de Ginebra).

La confianza que es esencial en la relación médico-paciente generalmente se ha interpretado como que el médico no debe dejar a los pacientes que atiende. El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (AMM) indica que la única razón para terminar la relación médico-paciente, es si el paciente necesita otro médico con conocimientos distintos.

No obstante, existen muchas otras razones por las que un médico quiera poner término a la relación con el paciente; las razones pueden ser totalmente legítimas o pueden ser antiéticas.

Cuando se considere esta situación, el médico debe consultar su código de ética y otros documentos de orientación pertinentes y examinar cuidadosamente sus motivos.

---

González citando a Lalinde, refiere... “El Derecho castellano no ha desconocido el Derecho indígena, que reconoce en 1555, cuando Carlos I y doña Juana disponen que las “leyes y buenas costumbres” de los indios para el buen gobierno y policía, así como sus “usos y costumbres” sean observados, si no se encuentran con la religión o con las leyes, y que la disposición [del año 1555] supone el reconocimiento amplio del Derecho indígena y no pierde vigencia, pues es recopilada.”

Lalinde en González, El Componente Indígena del Derecho Indiano, p 221.

Muchos médicos, en especial los del sector público, a menudo no pueden elegir a qué pacientes tratar:

- Algunos pacientes son violentos y son una amenaza para la seguridad del médico;
- Otros sólo pueden ser descritos como ofensivos por sus actitudes y comportamiento antisociales;
- La atención de pacientes infecciosos plantea otro desafío para el principio de respeto y trato igualitario para todos los pacientes.

Aquí el tema a menudo es el VIH/Sida, no sólo porque es una enfermedad que es una amenaza para la vida, sino porque se asocia con frecuencia a prejuicios sociales. No obstante, existen muchas otras enfermedades infecciosas graves, incluidas algunas que se transmiten con más facilidad al personal de la salud que el VIH/Sida.<sup>170</sup>

La relación médico-paciente es de naturaleza íntima, lo que puede producir una atracción sexual. Una regla fundamental de la ética médica tradicional indica que esta atracción debe resistirse. El juramento hipocrático incluye la siguiente promesa: “Siempre que entrare en una casa, lo haré para bien del enfermo. Me abstendré de toda mala acción o injusticia y, en particular, de tener relaciones eróticas con mujeres o con hombres...”. En los últimos años, muchas asociaciones médicas han reafirmado esta prohibición de relaciones sexuales entre el médico y sus pacientes.

Esta razón se aplica también a los médicos que tratan a sus familiares, lo que se desapruueba enfáticamente en muchos códigos de ética médica. Sin embargo, al igual que otras afirmaciones en los códigos de éticas, su aplicación puede variar según las circunstancias.

---

<sup>170</sup> Como sociólogos observadores de la labor de los CBS, denotamos que si de por sí se trataba de profesiones de alto riesgo, ahora, en estas épocas de pandemia, los profesionales de la salud se encuentran aún más expuestos a correr enormes y peligrosos riesgos para ellos, y sus cercanos.

Definitivamente los profesionales sanitarios deben de poseer o construirse una ética y vocación fortísimas.

### La comunicación y el consentimiento

El consentimiento informado es uno de los conceptos centrales de la ética médica actual. El derecho del paciente de tomar decisiones sobre su salud se ha establecido en declaraciones legales y éticas a través del mundo. Una condición necesaria para el consentimiento informado es la buena comunicación entre el médico y el paciente.

Cuando el paternalismo médico era normal, la comunicación era relativamente simple: consistía en las instrucciones del médico al paciente para seguir tal o cual tratamiento.

Las técnicas de una buena comunicación no surgen en forma natural para la mayoría de la gente, deben adquirirse y mantenerse con un esfuerzo consciente y una revisión periódica.

Dos obstáculos principales en la buena comunicación entre médico y paciente son las diferencias de idioma y de cultura. Si el médico y el paciente no hablan el mismo idioma, será necesario un intérprete. Lamentablemente en muchas circunstancias, no hay intérpretes calificados, y el médico debe buscar a la mejor persona disponible para esta tarea.

Si el médico ha logrado comunicar al paciente toda la información que necesita y quiere saber sobre su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento, entonces el paciente podrá tomar una decisión informada sobre qué hacer.

Aunque el término “consentimiento” implica la aceptación del tratamiento, el concepto de consentimiento informado se aplica igualmente al rechazo del tratamiento o a la elección entre tratamientos alternativos.

Existen dos excepciones para solicitar el consentimiento informado en pacientes competentes:

- Situaciones en las que el paciente entrega su autoridad de toma de decisión al médico o a terceros.
- Casos en que la entrega de información pueda perjudicar al paciente. En estas circunstancias se invoca el concepto tradicional de “privilegio terapéutico”.

En el contexto de la creciente tendencia globalizadora, se considera la salud como un producto de consumo y a los pacientes como consumidores.

Los pacientes y sus familias con frecuencia exigen acceso a servicios médicos, que en opinión de los médicos, no son apropiados. Este problema es especialmente grave cuando los recursos son limitados y el aplicar tratamientos “inútiles” o “sin beneficios” a algunos pacientes, significa que otros pacientes no serán tratados.

*Inútil o sin beneficios* puede entenderse de la siguiente manera.

El médico puede determinar que un tratamiento es “medicamento” inútil o sin beneficios:

- Porque no ofrece una esperanza de recuperación o mejoría razonables;
- O porque el paciente no podrá experimentar ningún beneficio permanentemente.

El principio del consentimiento informado incluye el derecho del paciente a elegir entre las opciones presentadas por el médico. Unos de los principales temas de controversia en ética, derecho y política pública, es saber hasta qué punto los pacientes y sus familias tienen derecho a servicios no recomendados por el médico.

### **La toma de decisiones por los pacientes que no son capaces de decidir por sí mismos**

Muchos pacientes no son capaces de tomar decisiones por sí mismos.

Cuando prevelece el paternalismo médico, el médico era considerado el representante apropiado para un paciente incapacitado. El médico podría consultar a los familiares sobre las opciones de tratamiento, pero es él quien toma la decisión final.

Los médicos han perdido poco a poco esta autoridad en muchos países, ya que los pacientes pueden nombrar a sus propios representantes que decidan por ellos en caso de que estén incapacitados. Los principios y procedimientos para el

consentimiento informado que se analizaron en la sección anterior, son aplicables a la toma de decisiones por representación y a los pacientes que toman sus propias decisiones.

Los criterios principales que se deben utilizar en las decisiones de tratamiento por un paciente incapacitado son sus preferencias, si son conocidas. Las preferencias pueden estar estipuladas en una *voluntad anticipada* o pueden haber sido comunicadas al representante designado, al médico o a otros miembros del equipo médico.

Puede ser difícil evaluar la capacidad para tomar decisiones médicas, en especial en gente joven y en los que el potencial de razonamiento ha sido afectado por enfermedades graves o crónicas.

Con frecuencia, los pacientes no pueden tomar una decisión razonada, bien pensada, sobre distintas opciones de tratamiento, debido a la incomodidad y la distracción que les produce la enfermedad.

### Confidencialidad

El deber del médico de mantener la información del paciente en secreto, ha sido la piedra angular de la ética médica desde tiempos de Hipócrates. El juramento hipocrático estipula lo siguiente: “Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas”.

El juramento y otras versiones más recientes, no permiten excepciones a este deber de confidencialidad. El alto valor que se le otorga a la confidencialidad se basa en tres elementos: la autonomía, el respeto por los demás y la confianza. Se entienden del siguiente modo:

- La autonomía se relaciona con la confidencialidad, porque la información personal sobre una persona le pertenece a ella, y no debe ser dada a conocer a otros sin su consentimiento.
- La confidencialidad también es importante porque los seres humanos merecen respeto. Una forma importante de demostrarles respeto es mantener su privacidad.

- La confianza es parte esencial en la relación médico-paciente. Para recibir atención médica, el paciente debe revelar información personal al médico y a otros que pueden ser perfectos extraños para él, información que no querría que nadie más supiera.

La Declaración del AMM sobre los Derechos del Paciente, resume el derecho del paciente al secreto de la siguiente manera:

- Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente, y toda otra información de tipo personal.
- La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso.
- Toda información identificable del paciente debe ser protegida.

Como lo estipula esta Declaración de la AMM, hay excepciones para el requisito de mantener la confidencialidad. Algunos no son problemáticos, pero otros plantean problemas éticos muy difíciles para el médico.

Las violaciones rutinarias del secreto se dan con frecuencia en la mayoría de las instituciones de salud.

Otra razón para faltar a la confidencialidad que es aceptada en forma general, es el cumplimiento de requisitos legales.

Si el médico está convencido de que cumple con las exigencias legales para revelar la información médica de un paciente, es mejor que hable con el paciente sobre la necesidad de toda revelación, antes que lo haga y obteniendo su cooperación.

La atención médica de los sospechosos o delincuentes convictos plantea dificultades particulares con respecto a la confidencialidad. Aunque el médico que atiende a una persona en custodia tiene una independencia limitada, debe hacer lo posible por tratar a estos pacientes como lo haría con los otros. En especial, el médico debe respetar la confidencialidad al no revelar detalles de la condición médica del paciente a las autoridades de la prisión, sin obtener antes el consentimiento del paciente.

## Problemas éticos relacionados con el comienzo de la vida

Muchos de los problemas más importantes en la ética médica están relacionados con el comienzo de la vida humana. Se definen algunas de las categorías principales:

- Anticoncepción. Aunque existe un reconocimiento internacional cada vez más grande del derecho de la mujer de controlar su fertilidad, incluida la prevención de embarazos no deseados, el médico debe enfrentar y explicar los riesgos de los distintos métodos anticonceptivos.
- Reproducción asistida. Para las parejas que no pueden concebir en forma natural, existen varias técnicas de reproducción asistida.
- Selección genética prenatal. Ahora se dispone de pruebas genéticas para determinar si un embrión o un feto tiene ciertas anomalías genéticas, y si es masculino o femenino.
- Aborto. La AMMA reconoce la diversidad de opinión y creencias, y concluye que “esta es una cuestión de convicción y conciencia individuales que debe ser respetada”.
- Recién nacidos con graves complicaciones. Debido al alto grado de prematuridad o anomalías congénitas, algunos tienen muy pocas posibilidades de vida.
- Problemas en la investigación. Estos incluyen la producción de nuevos embriones, o la utilización de embriones “extras”.

## Problemas éticos relacionados con el término de la vida

Los problemas asociados de la vida, varían de intentos para prolongar la vida de pacientes moribundos a través de tecnologías muy experimentales, como la implantación de órganos animales, a esfuerzos para poner término a la vida en forma prematura por medio de la eutanasia y del suicidio con ayuda médica. Estos dos términos se definen del siguiente modo:

- *La eutanasia*: significa la realización en forma intencional y con conocimiento, de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona.

- *La ayuda para el suicidio*: significa proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona, los medios o procedimientos o ambos necesarios para suicidarse.

El rechazo de la eutanasia y de la ayuda para suicidios, no significa que el médico no pueda hacer nada por un paciente con una enfermedad que amenace su vida, que se encuentre en una etapa avanzada, y que no haya opciones de curación apropiadas. El tema de la muerte presenta muchos otros desafíos éticos para los pacientes, sus representantes y los médicos. La toma de decisiones con respecto al término de la vida para los pacientes incapacitados, plantea mayores dificultades.

Si el paciente ha expresado con anticipación sus deseos de manera clara, la decisión será más fácil, aunque a menudo estas instrucciones son muy vagas y deben ser interpretadas con relación a la condición actual del paciente.

Si el paciente no ha expresado en forma adecuada su voluntad, el representante apropiado debe utilizar otros criterios para las decisiones de tratamiento, especialmente por el mejor interés del paciente.

A modo de conclusión:

Las películas: “Wit/Amar la vida”, “Mar adentro”, “My sister’s keeper/La decisión más difícil”, “Leaving Las Vegas/Adiós a las Vegas”, entre otras, proporcionan material para discusión en torno al tópico y cuestionamientos ontológicos:

¿Cuándo una vida ya no es tal?

Si no hay calidad de vida, buenas condiciones de existencia, ¿es válido o necesario seguir aferrándose a una existencia masoquista, dependiente, dolorosa y desgastante, tanto para la persona como para sus cuidadores?

¿Cuáles son los trasfondos para aferrarse a una situación sin resolución ni recuperación?

La eutanasia y el suicidio son temas extremadamente complejos que aparejan ámbitos legales y sanitarios, pero también intrapsíquicos; temas cargados de emociones y creencias de distinto tipo.

Tema multidimensional que en su plano existencial, merece profundos cuestionamientos.

Situación donde a nivel intrapsíquico, lo jurídico y biológico tienen sus límites, ante las emociones enlazadas, ante la cercanía o implicación, ante la pérdida inminente de lazos sagrados.

Como parte de la reflexión individual dejamos el siguiente cuestionamiento, dialéctica necesaria: ¿Cuáles serían argumentos a favor y en contra de la eutanasia y del suicidio asistido?

### Referencias

Asociación Médica Mundial. (2005). *Manual de ética médica*. Francia: AMM.

González, M. (2011). *El componente indígena del derecho indiano y la obra de Alfonso García-Gall*. España: Universidad Complutense; Cuadernos de Historia del Derecho.

Versión electrónica del texto de Gonzáles sobre el derecho indiano, revisado el 26 de noviembre del 2021, ubicado en el siguiente enlace:

<https://revistas.ucm.es/index.php/CUHD/article/download/41516/39604/>

## UNIDAD 3, SEMANA 4, LECTURA 30

### Consejos de esculapio

Sucintamente refiere lo siguiente, con relación a aquellos que desean ser médicos:

- La mayoría de ciudadanos, al terminar su jornada laboral, podrán alejarse de cualquier tarea o responsabilidad, el médico no, ya no dispondrá jamás de su sueño, tiempo y paz.
- Pobres y ricos buscarán más o menos de tus servicios, impidiendo esos compromisos profesionales la ausencia y la propia enfermedad.
- Pese a tu capacidad cognitiva y compromiso académico, serás juzgado por las casualidades e incluso por la apariencia.
- Será necesario luchar contra el peso de la superstición de los ignorantes.
- Menester es desarrollar paciencia y confidencialidad.
- Ante la duda del estudioso, el vulgo acudirá con las mentiras rápidas, cómodas y complacientes de los charlatanes.
- Rara vez vendrán agradecimientos de la volubilidad humana, incluso tus honorarios harán que el convaleciente que mejoró gracias a ti, se enfade o te denigre.
- Te tocará oler, ver y tocar los aspectos más sórdidos de la corporalidad humana.
- Incluso fuera de tu consulta, el mundo estará lleno de enfermos, y no pocos de tus cercanos querrán consultas gratis en tu tiempo libre.
- Cuestión absurda, el que las vidas que hayas salvado, sean arrebatadas por una tragedia cualquiera.
- Necesaria será una actitud estoica, en una profesión donde abundan los decesos y donde pocos serán los agradecimientos.<sup>171</sup>

<sup>171</sup> Para complementar este elemento ético y axiológico, incluimos la referencia del texto de la doctora Imelda.

Para cerrar:

Y si a lo anterior añadimos el menosprecio gubernamental, la situación se complica, porque hiperbólicamente ese desprecio ha exponenciado la agresión de los sectores irracionales de la población.

Pocos sexenios recordamos donde los chivos expiatorios, donde los distractores, donde los estímulos ideológicos, fueran el personal de salud, pero así es:

Los han usado como carnada, para distraer a la población de los problemas más graves de la administración. Despreciar y sacrificar al personal sanitario, es altamente deshonoroso, implica una nula honorabilidad y lealtad.

Pésima constante de lo peor de la humanidad: copiar con rapidez y a la perfección los malos hábitos, las conductas destructivas, los actos sádicos. El pueblo odiando a quien el caudillo les ordena odiar.

Profesiones que antes eran más valoradas y mejor remuneradas, hoy están a la baja; por ello se hace necesario resignificar aún más la vocación del CBS:

¿Qué es lo que motiva al estudiante a adentrarse a esa profesión?

Lo que antes había, ya no lo encontrarán.

Situación compleja, como la realidad misma.

La realidad ha cambiado, son otros tiempos.

## Referencias

Rodríguez, I. (2014). *Tradiciones del compromiso médico*. México: FES Zaragoza, UNAM.

Versión electrónica del texto “Tradiciones del compromiso médico” de la doctora Imelda Rodríguez; revisado el 2 de diciembre del 2021.

[https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/Tradiciones\\_del\\_compromiso\\_medico.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/Tradiciones_del_compromiso_medico.pdf)



### UNIDAD 4, SEMANA 1, LECTURA 31

#### Responsabilidad profesional<sup>172</sup>

La responsabilidad se refiere a la obligación o merecimiento de una pena, como resultado de la ejecución de un acto específico, dentro de la cual asimismo se puede hablar particularmente de las responsabilidades civil y penal.

Si se trata de la responsabilidad de un médico, hay una confluencia entre el ejercicio de la medicina, los Derechos Humanos en general y los derechos de la personalidad de cada sujeto. Esto incluye aspectos filosóficos, jurídicos y médicos.

Cuando surge una demanda contra un médico, las autoridades judiciales tienen el deber moral de evitar la publicidad del asunto, porque va en ello el prestigio del médico. Se exige discreción y atingencia, para no vulnerar el respeto a la dignidad del médico, la estima social a un profesionalista de esa categoría.

En busca de la decisión definitiva, hay mucho que pensar, qué proponer, qué hacer, con un sentido de equilibrio, de justicia y de equidad para ambas partes.

Nuestro código civil no ha sido explícito en los aspectos de la responsabilidad del médico ni de ninguna otra profesión. No hay un precepto expreso que señale la responsabilidad del médico, ni la del abogado. En cambio, sí lo hay en el *Código Penal*, cuando se trata de un hecho criminal, producto de la ignorancia, de la negligencia, de la falta de atención o de cuidado, y que llega a constituir un delito.

<sup>172</sup> La primera parte de este resumen, versará sobre las palabras del Dr. Ignacio Galindo Garfias. La segunda sobre la ponencia del Dr. Jaime de la Garza Salazar.

Existe en el Código Civil italiano -que no es uno de los más modernos y avanzados-, un precepto que se refiere a la responsabilidad civil de los profesionistas *Artículo 2236 del Código Civil Italiano*. Es muy importante tenerlo presente en la práctica para delimitar la responsabilidad del médico. Debe entenderse qué se entiende por culpa grave en la disciplina jurídica.

La falta de conocimientos, la impericia, la negligencia, se consideran culpas graves en el médico.

Puede decirse que en su ejercicio, no sólo tiene la obligación, sino también el deber jurídico de aplicar una técnica profesional adecuada de la que debe responder ante el paciente y la sociedad.

Respecto a la víctima o los deudos debe proceder a la reparación del daño.

En lo que concierne a la sociedad, se plantea además si el médico debe o no seguir ejerciendo la profesión por constituir un peligro social.

Esta situación también puede ocurrir en otras profesiones. No es particular del médico.

Sin embargo, en el médico el problema es más serio, ya que están en riesgo la vida y la salud de un individuo, que constituyen los valores sociales más altos.

El médico debe reparar el daño en forma pecuniaria. Y la responsabilidad ante la sociedad puede originar la suspensión temporal o definitiva de su actividad profesional.

### **Comentarios en torno a la ponencia “Responsabilidad Profesional”**

Son muy escasas las facultades de medicina en nuestro medio que traten este tema mediante una cátedra de deontología (*deon*: deber y *logos*: tratado), que es la ciencia de lo que se debe hacer, del deber, de la obligación moral.

No recuerdo en mis más de treinta años de médico, haber recibido en forma de cátedra, una lección de esta ciencia. Lo que sí recibí fueron los consejos de mis

maestros durante mi preparación de más de diez años en la especialidad en los Estados Unidos de América.

El enfermo -en mi especialidad de oncólogo-, se entrega de lleno, consciente del origen de su padecimiento, y en múltiples ocasiones, conocedor de su corto tiempo de supervivencia.

Por esto como médicos, debemos ejercer la libertad de que disfrutamos, sin más fiscalización que la de nuestra conciencia, sabedores de que la sociedad se inclina a juzgar nuestros actos profesionales por los resultados finales.

Se les recuerda a los jóvenes médicos en preparación:

*Da a cada uno lo que le es debido, trata a los demás como quisieras ser tratado por ellos.*

El médico debe ser hombre de ciencia, muy responsable de su deber y excesivamente cuidadoso de su dignidad profesional, por lo que la experiencia de los demás puede serle de gran utilidad. La profesión de la medicina es muy diferente a todas las otras profesiones; definitivamente las cualidades morales del médico constituyen la mejor garantía del éxito.

En nuestro Instituto Nacional de Cancerología, el mayor número de quejas, son las relacionadas con el tiempo que el enfermo se tarda en ser visto por su médico.

Esto es entendible por el gran número de enfermos que son vistos diariamente y la atención que cada uno requiere. En mi especialidad -que es específicamente la oncología médica-, los enfermos habitualmente han sido ya vistos y tratados por el cirujano, el radioncólogo, y en muchas ocasiones, por la cada día frecuente medicina *alternativa*. Por esto cuando hablamos de nuestros pacientes, tenemos que referirnos a aquellos que son terminales, y respecto de los cuales esperamos un desenlace en días u horas.

Lo que se recomienda siempre para estos enfermos es mantener *una buena calidad de vida*.

En caso de infecciones, se prescriben antibióticos con el único fin de mantenerlo libre de síntomas o signos muy molestos.

Con mucha frecuencia, en nuestra experiencia personal y con enfermos en estados terminales, somos requeridos por la familia para no mencionar el diagnóstico al paciente, lo que nosotros procuramos respetar.

Hay incluso enfermos que sufren la agobiante sed de ser engañados, y viven -caso sin saberlo-, esperando angustiosamente que la verdad que unos médicos les han dicho, vengan otros a arrancarla y sustituirla por una consoladora mentira.

El médico debe actuar con prudencia dependiendo de cada caso.

En algunas ocasiones en las que el enfermo nos cuestiona directamente, estamos obligados moralmente a comunicarle su estado, tanto de su diagnóstico como de las probabilidades terapéuticas y de los resultados.<sup>173</sup>

Para cerrar:

Son las anteriores, visiones distintas aunque complementarias y definitivamente indelebiles: la responsabilidad en el plano legal; las correspondientes a los elementos éticos específicos a la disciplina CBS; las pertenecientes al proceso relacional, con los usuarios de la atención sanitaria.

Obligaciones externas, internas, jurídicas, paradigmáticas e interpersonales.

Altos y diversos compromisos los que se le exigen al profesional de la salud.

Responsabilidad que si bien ya existía en ciertas modalidades y grados en otras épocas, se acentúa de diversos modos con los registros y difusión que permiten las tecnologías y las redes.

## Referencias

CNDH-IIIJ-AM. (1995). *La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos-Instituto de Investigaciones Jurídicas-Academia Nacional de Medicina.

<sup>173</sup> Se deja como referencia complementaria, el texto de Ríos y Fuentes, “El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada”.

Ríos, A., y Fuentes, A. (2017). *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Versión electrónica del texto de Ríos y Fuentes, “El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada”, revisada el 2 de diciembre del 2021.

<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37807.pdf>

## UNIDAD 4, SEMANA 2, LECTURA 32

### Código de conducta en la práctica de la medicina<sup>174</sup>

#### La medicina

#### Introducción general

La medicina, las leyes y los valores sociales no permanecen estáticos y deben estar sujetos a un examen en forma periódica.

A lo largo de la historia, los conceptos éticos, médicos, legales y los valores sociales, así como el marco moral, no siempre han coincidido.

La ética no es invariable, en algunas ocasiones los médicos están expuestos a cambios no controlados que ocurren en el ambiente.

Los médicos están sujetos, tanto legal como moralmente, a ser sancionados.

En ocasiones, el CBS debe escoger sobre cuál conducta seguir, ya que no siempre la ley y la moral son concordantes.

El profesional de la salud siempre deberá atender a sus principios morales, aún más si es creyente religioso, ya que de ello depende la identidad y la capacidad que tiene de prestar un servicio tan íntimo como el que presta a la población que atiende.

Por otro lado, el trabajador sanitario creyente debe respetar los diferentes credos de sus pacientes.

#### Principios universales de la práctica ética de la medicina

Existen principios universales a los que todo médico deberá atenerse en su práctica médica. Principios tales como: la beneficencia; la filantropía; la capacidad

<sup>174</sup> En su momento, el Dr. Carlos Fernández del Castillo, fue presidente de la fundación Medica Sur; cuando habla de “nuestra institución”, se refiere a ese nosocomio.

de promover el bien y prevenir el deber de no dañar a los pacientes y de respetar su identidad; sus conceptos; su dignidad; su autonomía en la toma de decisiones; respetar el derecho del paciente de no ejercer coerción hacia la toma de tal o cual medida.

Son principios básicos que el médico deberá anteponer ante cualquier paciente, en cualquier institución, ante cualquier gobierno, en cualquier momento y en cualquier circunstancia.

Lo mismo ocurre con la preservación del secreto médico, ligado a la propia vida de sus pacientes.

En el contexto socioeconómico existen aún dilemas importantes en la práctica ética, como son:

- La misma distribución de recursos económicos que los Estados asignan a la población derechohabiente;
- La distribución sin equidad y sin justicia;
- El no poner al alcance de la población -en el mismo nivel-, los mecanismos de terapéutica, así como el acceso a la atención médica, segregando a sectores de la población.

### Intereses de los médicos e intereses de los pacientes

Se siguen buscando, consensuando y refinando códigos de conducta que considere factores tan importantes en la práctica médica como es la lealtad a la profesión; la regulación de las relaciones médico-pacientes; las relaciones de los médicos entre sí; de manera ordenada regular los honorarios y las cuotas médicas; y los propósitos de los trabajos de investigación clínica en humanos.

### El código de conducta y disposiciones generales

Los códigos de conducta deberán estar inspirados siempre en la conducción ética de la práctica médica. Estos códigos deberán obligar a todos los médicos que

participan en una determinada institución o grupo, y a los trabajadores de la salud que auxilien al médico en su práctica hospitalaria.

La labor del médico no puede de manera alguna, estar en contra de las disposiciones generales de salud, a menos que ésta dañe o interfiera los principios morales y religiosos.

Ninguna ley podrá obligar a un médico a poner en práctica procedimientos que su dignidad, moral o religión le impidan hacerlo.<sup>175</sup>

Los médicos -según el código de conducta que los rige-, deberán estar prestos a colaborar, no sólo en la asistencia clínica, sino también involucrarse en la docencia y la investigación, ya que es obligación profesional la transmisión de los conocimientos a las generaciones que nos sucederán, y el descorrer el velo de la ignorancia en aspectos que desconocemos, por medio de estudios de investigación. Esto es parte intrínseca de la práctica médica.

### El médico y el paciente

A nivel de institución, los médicos deberán estar ciertamente comprometidos a que el interés principal, tanto de los médicos como los trabajadores de la salud, será el bienestar y la salud de los pacientes.

Los procedimientos diagnósticos y los tratamientos deberán estar sustentados siempre sobre bases científicas, de preferencia en estudios basados en la experiencia de los grandes centros de investigación.

Las instituciones médicas y los médicos deben tener un trato universal y equitativo con los pacientes. De ninguna manera establecerán diferencias con respecto a nacionalidad, raza, sexo, orientación política, condición social, creencias religiosas o cualquier argumento de tipo personal o de cualquier índole.

La atención médica deberá hacerse siempre con diligencia y anteponerse ante cualquier asunto particular.

<sup>175</sup> Aunque como se comentó en las unidades previas, hemos llegado a una etapa de la historia, donde lo legal, institucional y mercantilista deforma y trastoca los valores e ideales médicos.

### De la lealtad a las instituciones

El desarrollo de los grandes centros de investigación en el mundo y en nuestro país -de cuyo ejemplo son los organismos cupulares de la seguridad social y los institutos nacionales de salud-, se han desarrollado gracias a la voluntaria y libre adhesión de sus componentes médicos y trabajadores de la salud, a una mística de trabajo en la que los médicos y los empleados se han comprometido, mediante una identidad y una regla no establecida abiertamente, a que su institución sea la mejor, la más excelente, la que ofrezca el mejor servicio y la que tenga mayor compromiso en docencia y en investigación.

Dada la debilidad de la naturaleza humana, cualquier persona puede cometer errores. Con el fin de preservar los valores morales de una institución, todos los médicos y profesionistas afines se deben comprometer para que, con la mayor prudencia y educación, estén dispuestos a corregir los errores de conducta de sus compañeros, siempre en forma confidencial y discretamente para evitar malos entendidos o supuestas ofensas.

En nuestro país, los médicos están además sujetos a todos los códigos civiles, penales, hacendarios y a los preceptos que establece la *Constitución Política*, y la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Sería muy conveniente que estas leyes, en forma de resumen o memorándum, se hicieran accesibles a todos los médicos para que prácticas absurdas como la dicotomía o la iatrogenia pudieran reducirse cada vez más en nuestro país.

### De las relaciones médico-paciente

En términos ideales, los códigos de conducta deberán contemplar el derecho de los pacientes para elegir o cambiar de médico, y asimismo el derecho del médico para aceptar a una persona como su paciente.

Los pacientes deberían tener idealmente libertad no sólo para escoger al médico, sino a la institución hospitalaria en la que ellos quisieran ser atendidos.

La institución médica hospitalaria deberá facilitar sus instalaciones a los médicos para que ejerzan, con libertad profesional e independencia de criterio, su práctica médica, siempre y cuando tengan un comportamiento científico, ético y honesto.

El médico deberá respetar en forma cuidadosa la vida privada de los pacientes.

En la atención a los pacientes, siempre se les debe dedicar el tiempo necesario para captar e informarse de los síntomas y signos que manifieste, y con esto elaborar su historia clínica y llegar a conclusiones después de haber revisado sus diagnósticos sobre bases científicas, al alcance de las circunstancias, y ofrecer así al paciente un diagnóstico y tratamiento racionales.

### De las conductas en pacientes terminales

La atención médica deberá limitarse a la aplicación de recursos paliativos o para lidiar con los sufrimientos físicos y morales que sufren los pacientes; desde el punto de vista médico, ya no hacer nada si el enfermo no sufre, respetando la dignidad de una vida humana que se extingue, y asimismo, dar apoyo emocional a los familiares allegados.<sup>176</sup>

El criterio de viabilidad deberá discutirse al menos entre dos médicos expertos en medicina crítica o terapia intensiva, incluidos el médico de cabecera y los allegados del enfermo; asentando la conclusión a la que se arribe en el expediente clínico, con la firma de los médicos tratantes.

### De los trasplantes de órganos

Nuestra institución<sup>177</sup> sólo considera la donación de órganos de acuerdo con las disposiciones de la Ley General de Salud o lo que su reglamento establece, así como cuando haya aceptación del disponente originario de manera voluntaria y por escrito. Nuestra institución autorizará la extracción de tejidos y órganos de personas vivas para trasplantes, siempre y cuando se cumplan los requisitos de la ley general de salud y su reglamento aplicable al caso.

---

<sup>176</sup> Sugerencias que si ya era difícil de aplicar, con el advenimiento de la pandemia se hicieron virtualmente imposibles de seguir:

Aumentó aún más la lejanía de los familiares con el paciente, y el trato del cadáver se hizo más despersonalizado. Tiempos duros donde ya ni siquiera los rituales funerarios se pudieron seguir.

<sup>177</sup> Recordemos que el autor habla contextualmente desde Médica Sur.

### De la investigación científica

La institución considera que la investigación científica es la base fundamental del progreso de la medicina. Esto incluye la experimentación sobre seres humanos que debidamente informados y protegidos otorguen su consentimiento.

Considera que la salud de toda persona es prioritaria sobre cualquier protocolo de investigación.

Se autorizarán solamente los protocolos de investigación de la institución, y previo consentimiento del paciente.

### De las relaciones entre médicos

Todos los médicos tienen el compromiso de compartir sus conocimientos y experiencias con sus colegas.

Cuando exista un disentimiento en cuestiones profesionales, no deben establecerse polémicas delante de los pacientes o del público.

Las aclaraciones deberán hacerse siempre en privado.

Hay obligación de no externar críticas despectivas relativas a los colegas.

Asimismo, se estipula la obligación de no atraerse los pacientes de los colegas.

### De la dicotomía

En nuestra institución se considera como no ética e inaceptable la dicotomía en la referencia de pacientes dentro y fuera de la institución; se considera no ética la referencia habitual o frecuente de pacientes a laboratorios o gabinetes donde se proporcionen porcentajes sobre la facturación.

Por otro lado, consideramos que los médicos están obligados a salir en defensa de los colegas que sean víctimas de amenazas, demandas o denuncias injustas.

## De los honorarios profesionales

Los honorarios profesionales serán dignos pero no abusivos. Se considera que en la institución hacen referencia primordialmente a la experiencia y habilidad técnica, al trabajo intelectual, a la responsabilidad profesional, al prestigio personal, a la condición económica del enfermo y a las circunstancias del caso, así como al prestigio y buena fama de la institución.

Los honorarios médicos deben avenirse a los tabuladores que periódicamente actualizará la institución.

## De la publicidad como profesionista

nal no aprobada por la institución. El uso del escudo, logo y lema para tales fines, deberá estar sujeto a la aprobación institucional.

Tampoco se considera ético que los médicos de la institución se anuncien o concedan entrevistas a los medios de comunicación, levantando falsas esperanzas en el tratamiento de cualquier padecimiento, propagando conceptos médicos infundados, despertando sospechas comerciales o expresando falsos méritos.

## Principios irrenunciables de las instituciones

Las instituciones deben establecer en su acta constitutiva los propósitos que las orientan. Por encima de los empeños comerciales, existenciales o académicos, un principio irrenunciable sería el de establecer una práctica ética de la medicina.

Es por esto que nuestra organización ha querido contribuir, aunque sea en pequeña escala, a esta área del comportamiento humano y de la medicina, en la que aunque nosotros los médicos somos fundamentalmente los proveedores del servicio, no es infrecuente que estemos del otro lado de la mesa y seamos también pacientes.<sup>178</sup>

<sup>178</sup> Como texto complementario, insertamos el documento “Principios éticos de la práctica médica” de Aguirre-Gas.

Para cerrar:

Los tiempos van cambiando; hay un cambio de eras; las circunstancias que conocieron los CBS de la generación de la pre-guerra, la pos-guerra e incluso la generación X, ya no existen.

Estamos en el tipo de épocas que Kuhn explicó como enigmas, crisis y revolución; donde se rompen paradigmas; cuando los viejos métodos, teorías y técnicas tienen qué desecharse o renovarse, porque enfrentan retos y realidades nuevas para las cuales no estaban preparados. Nadie lo estaba, ni siquiera Primer Mundo.

Nuevos desafíos que cobrarán su cuota de vidas, de existencias segadas, hasta que la construcción de nuevos conocimientos permita, si no frenar, por lo menos nivelar los embates de esas amenazas desconocidas y mutables.

Nuevos lapsos y distintas incógnitas que requieren se potencialicen las nuevas mentes para hacer frente a las transformaciones que siguen.

Y para que las nuevas mentes encaren los nuevos retos y problemáticas, la ciencia básica, la ciencia aplicada, la tecnología y el análisis conjunto, serán elementos esenciales, si es que en verdad se desea desarrollar el conocimiento, y si es que los sectores irracionales lo permiten.

### Referencias

Aguirre, H. (2004). *Principios éticos de la práctica médica*. México: Academia Mexicana de Cirugía.

Fernández, C. (2002). *Código de conducta en la práctica de la medicina*. en *Código de ética*. México: Academia Mexicana de Cirugía.

Versión electrónica del texto de Aguirre, “Principios éticos de la práctica médica”; revisada el 2 de diciembre del 2021.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc046m.pdf>

## UNIDAD 4, SEMANA 3, LECTURA 33

### Medicina y sociedad

La medicina saldrá favorecida, y ganará en coherencia como sector, con un conjunto de fines de aceptación universal que represente sus valores fundamentales. De este modo no sólo se facilitarían el intercambio de conocimientos y la puesta en marcha de iniciativas de salud universales, sino que además supondría la posibilidad de comparar la medicina con unas normas que fueran más allá de las idiosincrasias y particularidades locales. De este modo se ayudaría a mantener la integridad de la medicina frente a presiones políticas o sociales, para no servir a unos fines anacrónicos o ajenos a ella.

Asimismo contribuiría a un mayor entendimiento y a un criterio más informado por parte de los pacientes, del tipo de asistencia que deberían recibir, así como a una mayor comprensión por parte de los médicos de su propia función y de las obligaciones y expectativas que de ella se derivan.

*Los fines de la medicina: ¿inherentes a la misma o derivados de la sociedad?*

Acerca de la naturaleza de la medicina y sus fines, existen desde hace tiempo dos visiones opuestas y complementarias a la vez:

- La una intenta discernir los fines inherentes a la medicina;
- La otra procura descubrir los fines creados en la sociedad, en un tiempo y en el marco de una cultura determinados.

La medicina se verá inevitablemente influida por los valores y fines de las sociedades de las cuales forme parte, pero esto no implica que sus propios valores puedan o deban someterse a los mismos.

La perspectiva social, por el contrario, hace énfasis en la forma en que varían la naturaleza y los fines de la medicina a lo largo del tiempo y entre las distintas culturas.

Por consiguiente, la medicina se percibe como un conjunto de conocimientos en constante evolución, y una diversidad de prácticas de la medicina se encuentran bajo reflejo de la época y la sociedad de las cuales forman parte, al servicio de los

finés que la sociedad considere oportunos, y sujetos a las mismas restricciones que las demás instituciones sociales.

Lo más apropiado es un diálogo abierto y continuo entre medicina y sociedad, en el que ambas puedan expresar su manera de entender la enfermedad y la muerte, así como su opinión sobre la prestación de asistencia sanitaria.

¿Qué puntos de vista y qué límites se deberían tener en cuenta?

Desde el punto de vista médico, la ética y la integridad de la práctica de la medicina se consideran evidentemente de gran importancia. También podemos comprender por qué las miles de expresiones en que se plasman estos fines y valores, dan credibilidad a la perspectiva social.

Si optamos por el término medio podríamos decir que ambas posturas están en lo cierto:

- La medicina posee unos fines esenciales moldeados por unos ideales;
- Y unas prácticas históricas más o menos universales, pero sus técnicas y conocimientos también se prestan a una influencia social considerable.

El auténtico peligro reside en someter la primera postura a la segunda, en lugar de mantenerlas en una tensión que resulte provechosa.

La privatización, es decir, la transferencia al sector privado de funciones antes reservadas a los entes públicos, tiende a convertir la medicina en una mercancía; aunque el uso de la privatización por parte de los gobiernos de forma complementaria a la asistencia pública, puede atenuar esa tendencia.<sup>179</sup>

La sociedad por su parte, deberá decidir el tipo y la cantidad de recursos sociales y económicos que pondrá a disposición de la medicina.

---

<sup>179</sup> Otra perspectiva, de liberalismo económico, refiere que lo más recomendable es que exista la menor intervención del Estado, que no es saludable que el gobierno decida sobre asuntos medulares de la sociedad.

Lo único que tendría que hacer el aparato gubernamental, es cuidar que no existan abusos de particulares, pero que éstos son los que deben de hacerse cargo de los aspectos principales de la economía, incluyendo salud y educación.

Lo contrario, solo lleva a una burocratización que producirá resultados altamente ineficientes. La sugerencia es entonces:

Menos impuestos, menos intervención del Estado, más participación de la iniciativa privada.

Para ello habrá de determinar el peso relativo que se le otorgarán a las necesidades médicas y sanitarias frente a otros bienes esenciales, como los sistemas de vivienda, defensa, educación, empleo y transporte.

El aborto, la esterilización y las diversas técnicas de reproducción asistida, por ejemplo, se verán influidos por valores religiosos, mientras que el grado en que se permite al paciente la autodeterminación en decisiones sobre su tratamiento, dependerá de visiones más amplias sobre el derecho de los ciudadanos a participar en aquellos asuntos relacionados con su bienestar. Todo lo cual pudiera estar en conflicto con los fines de la medicina, o al menos percibirse de este modo.

### Determinación de los fines de la medicina

#### *La definición de “salud” y de otros conceptos clave*

Resulta prácticamente imposible hablar de los fines de la medicina sin abordar, al mismo tiempo, todo un conjunto de ideas que conforman el significado y el propósito de la medicina.

La medicina se preocupa de la salud, pero ¿qué es la salud exactamente?

Si una de las razones por las que perdemos la salud es la enfermedad, ¿qué es la enfermedad?

Y si la falta de salud se manifiesta en forma de malestares y dolencias, ¿qué significan exactamente estos términos?

Se ha observado con frecuencia que la salud tiene algo paradójico: es un bien preciado, pero cuando se posee, pasa prácticamente desapercibido.

Para perfilar una definición: con “salud” nos referimos a la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente.

La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración, y por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales.

Nuestra definición difiere de la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1947, que con su énfasis en la salud como estado de “completo bienestar físico, mental y social”, llegaría a ser tan influyente.

No es posible, ni ahora ni nunca, que la medicina aporte un bienestar “completo”, ni siquiera en el sentido físico, con el que está más familiarizada.

Hay una mirada de factores que constantemente se oponen al proceso de estabilidad y crecimiento de la persona y la comunidad.

La salud es el concepto clave de la medicina, además del más decisivo, puesto que determina en gran medida el modo en que se entienden sus fines; pero existen también otros conceptos importantes como: mal, enfermedad, malestar o padecimiento, y dolencia.

Se entienden del siguiente modo:

- Con el término “mal” nos referimos a una variedad de estados, además de la enfermedad que supone una amenaza para salud: discapacidad, lesión y defecto. El daño en resumidas cuentas, proviene de dentro de la persona y no del exterior.
- Con “malestar” o “padecimiento”, nos referiremos a la sensación subjetiva por parte de una persona, de que su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria.
- Con “dolencia”, nos referiremos a la percepción por parte de la sociedad del estado de salud de una persona, lo cual implica normalmente que desde el exterior se percibe una alteración del funcionamiento normal, físico o mental, de la persona.

### *Los cuatro fines de la medicina*

Las necesidades de salud de las distintas personas serán a su vez diferentes; al igual que las necesidades de una misma persona podrían variar durante el curso de una misma enfermedad. También se debatió acerca de la convivencia de hablar de “valores fundamentales” en vez de “fines” de la medicina, o de considerar los fines más como ideales de referencia que como fines formales. En general, se estuvo de acuerdo en la utilidad de seguir hablando en términos de “fines”.

El debate sobre el establecimiento de prioridades en los fines de la medicina giró también en torno a una segunda cuestión, relativa a la importancia que se habría de atribuir a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como fin de la medicina. Nos limitamos por tanto a subrayar su importancia, de la cual no carecen los demás fines que exponemos.

No otorgamos prioridad a ninguno de ellos; el peso de cada uno será mayor o menor dependiendo de las circunstancias.

*La prevención de enfermedades y lesiones, y la promoción y la conservación de la salud*

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son valores elementales de la medicina por tres motivos.

En primer lugar, el sentido común nos dice que es preferible evitar enfermedades y lesiones en la medida de lo posible.

La importancia de la promoción de la salud en la infancia, que presenta un índice de mortalidad aún alto en muchas partes del mundo, resulta indiscutible.

En segundo lugar, aumentan los indicios que apuntan a la existencia de beneficios económicos derivados de los intentos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, gracias a una menor tasa de morbilidad y de enfermedades crónicas en edades más avanzadas, con la reducción de la carga económica que esto conlleva.

En tercer lugar, es importante hacer ver a la profesión médica y al público en general, que la medicina abarca mucho más que la salvación y el tratamiento de los ya enfermos, y que los sistemas de asistencia sanitaria van más allá de la “atención al enfermo”.

Al proponer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como uno de los fines fundamentales de la medicina, no pretendemos restar importancia a las dos cuestiones siguientes:

- Primero, que la muerte sólo se puede posponer, no evitar;
- Y segundo, que la enfermedad en general no se puede conquistar; sólo se pueden superar algunas enfermedades en el transcurso de la vida de las personas.

Por otra parte, se ha alegado que dado que los principales determinantes del estado de salud son los ingresos, la clase social, el nivel de educación y las oportunidades sociales en general, la medicina no puede hacer mucho, para cambiar de forma significativa la salud de una población.

Como mucho, puede aliviar al ya enfermo.

En la misma línea se ha argumentado que si nos centramos demasiado en influir y cambiar el comportamiento de los individuos, podemos acabar “culpando a la víctima”, como si determinado comportamiento fuera la causa determinante de la mala salud.<sup>180</sup>

Al considerar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como valores fundamentales no sólo de la salud pública, sino también de la medicina, en los próximos años se podría forjar una relación mucho más estrecha entre dos áreas críticas de la asistencia sanitaria, que llevan demasiado tiempo trabajando por separado, a menudo, en competencia la una con la otra.

La salud pública está bien situada, mediante sus capacidades epidemiológicas, para trazar las pautas de enfermedad, accidente y discapacidad, y poner estos conocimientos a disposición de los médicos.

### *El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males*

La mayoría de la gente recurre a la medicina para el alivio del dolor y el sufrimiento. Sufren algún tipo de dolor en el cuerpo y buscan ayuda, o tienen problemas psicológicos y desean aliviarlos.

Si bien con frecuencia el dolor y el sufrimiento se conjugan en un mismo paciente, no son necesariamente la misma cosa.

---

<sup>180</sup> Lo que hemos comentado en el término “patologizar”, donde se hace primordialmente responsable a la persona sobre su situación corporal y contextual. Un fallo en esta postura, es que se olvida el influjo negativo de la geopolítica y del biopoder.

Dándole un giro a esta posición, se cae en una modalidad donde se victimiza al humano; posición en donde la persona no es responsable, solo es producto de sus circunstancias.

Ambos extremos son cuestionables:

- Uno por no considerar los factores históricos;

- Y otro por evitar que la persona asuma la responsabilidad correspondiente, que desde su indolencia, ignorancia, errores, mala voluntad y complicidad, son factores en la concretización de los elementos y sectores negativos de la comunidad.

El alivio del dolor y del sufrimiento se encuentra entre los deberes más antiguos del médico y entre los fines más tradicionales de la medicina. Por diversas razones, sin embargo, la medicina que se practica hoy en día en todo el mundo, no suele cumplir correctamente con ese fin.

La medicina de cuidados paliativos es un área incipiente de gran importancia que aborda cuestiones complejas que aún no se entienden plenamente. Se le debería prestar el apoyo necesario para el desarrollo que merece.

En el caso del alivio del sufrimiento, la situación es parecida.

Aunque se conocen métodos farmacológicos eficaces para el alivio del dolor, el sufrimiento mental y emocional que acompaña en ocasiones a la enfermedad, no se suele detectar, ni tratar de forma adecuada.

De especial trascendencia es el sufrimiento ocasionado por problemas de salud mental, desde enfermedades graves como la esquizofrenia o la depresión, hasta problemas más moderados, pero no obstante serios, como la neurosis, las fobias y los trastornos de la personalidad.

Los pacientes recurren a médicos y enfermeros en su calidad de seres humanos, en busca de algún tipo de respuesta.

La medicina habrá de reconocer sus propias limitaciones; no todo en la vida puede quedar bajo el control de una medicina tan constreñida en sus posibilidades, como aquellos seres humanos a los que sirve.

### *La atención y la curación de los enfermos, y los cuidados a los incurables*

Las personas suelen recurrir a la medicina porque se encuentran mal, han sufrido alguna lesión o padecen una discapacidad mental o física. La medicina responde buscando la causa del mal, suponiendo que podrá encontrarla en un órgano o miembro lesionado o enfermo. Cuando se da ese caso, la medicina intenta curar el mal y hacer que el paciente recupere su antiguo estado de bienestar y normal funcionamiento. La rehabilitación es una rama importante de la medicina moderna que se encuentra en expansión debido al desarrollo de numerosos métodos que permiten a pacientes lesionados o enfermos, recuperar funciones vitales y poder reintegrarse a la sociedad. Se trata de una forma de medicina que se encuentra a medio camino entre la curación y los cuidados: en algunos casos puede lograr la

recuperación de la función normal, en otros, la logra sólo parcialmente, y en otros, ayuda a ralentizar una degeneración progresiva.

Los enfermos de sida, niños discapacitados o jóvenes lesionados, requieren tanta atención de este tipo como puede ser el caso de los ancianos.

En la actualidad, muchas enfermedades que hace una o dos generaciones hubieran provocado la muerte, ahora permiten seguir viviendo, unas veces mejor que otras, a las personas que las padecen. Por lo tanto, estas personas aspirarán no sólo a una medicina más curativa, sino también más humanitaria.

### *La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila*

El tratamiento médico debería mantenerse en sano conflicto con el deber de la medicina de aceptar la muerte como el destino de todos los seres humanos.

Debería ofrecerse de forma que fomente y no de forma que amenace, la posibilidad de una muerte tranquila.

Lamentablemente con demasiada frecuencia, la medicina contemporánea considera la muerte como enemiga suprema.<sup>181</sup>

La noción de muerte “prematura” es relativa, puesto que depende de las circunstancias históricas y culturales y de las técnicas, las tecnologías y los conocimientos médicos disponibles.

Aunque evitar la muerte prematura debería ser uno de los principales fines de la medicina, sería un error actuar como si todas las muertes fueran prematuras, al igual que lo sería hacer demasiado énfasis en la necesidad de evitar muertes a expensas de otras necesidades sanitarias importantes.

### *La búsqueda de una muerte tranquila*

Una muerte tranquila puede definirse como una en la que el dolor y el sufrimiento se reduzcan mediante unos cuidados paliativos adecuados; en la que los cuidados se consideren igual de importantes para los que no vayan a sobrevivir, como para los que sí.

---

<sup>181</sup> Sin olvidar el influjo en amplios sectores de la población mexicana, de los peores elementos de la tradición judeocristiana, con sus introyectos de culpa, apego, angustia y remordimientos.

### *La retirada de tratamientos de soporte vital*

Entre los criterios para su retirada se encontrarán los problemas que suponga el tratamiento para el paciente, los posibles beneficios que pueda tener para el mantenimiento de un tipo de vida aceptable para el paciente, y la disponibilidad de recursos para tratamientos agresivos en cuidados de agudos.

## **Los fines erróneos de la medicina y el uso incorrecto del conocimiento médico**

Los fines de la medicina son tan ricos como diversos. La medicina puede emplearse en la salvación de vidas, la tortura de prisioneros, el alivio del dolor, la asistencia en la pena de muerte, la interrupción del embarazo, el tratamiento de la infertilidad, etc. Los posibles usos incorrectos de la medicina se pueden dividir, en cuatro categorías: los que son aceptables; los inaceptables; los que se sitúan fuera del ámbito de los fines tradicionales; los que pueden ser aceptables.

### *Malos usos y usos inaceptables del conocimiento médico*

Un mal uso, o un uso inaceptable del conocimiento médico, puede definirse como aquel en que el propio objetivo es moralmente condenable o aquel que se produce en un contexto inapropiado.

### *Usos no médicos aceptables del conocimiento médico*

Mientras que el uso aceptado y normal de la medicina tiene como fin la salud, sus técnicas pueden utilizarse para lograr muchos objetivos que nada tienen que ver directamente con la misma.

### *Uso de la medicina aceptables bajo determinadas circunstancias*

Con el desarrollo de las tecnologías genéticas y farmacológicas, este uso se ha percibido como posibilidad real. En los últimos años también se ha observado el surgimiento de la medicina predictiva, las pruebas para la detección precoz de enfermedades hereditarias, el diagnóstico prenatal y la terapia fetal.

### *Uso de la medicina inaceptables, excepto en circunstancias muy concretas y excepcionales*

Los conocimientos genéticos se encuentran en un nivel de desarrollo tan avanzado, que resulta posible obtener cierta información predictiva razonablemente fiable acerca de la futura salud del recién nacido e incluso del feto dentro del útero.

### *La autonomía y el bienestar social como fines médicos*

El ámbito propio de la medicina es el bien del cuerpo y de la mente, y no el bien completo de la persona, al que sólo puede contribuir como un factor más, e incluso en ese caso, únicamente en determinados aspectos de la vida.

Para cerrar:

Es importante por tanto no desconocer el contexto donde se ubica la disciplina sanitaria, con el propósito de estar alerta sobre los elementos cuestionables de ese entorno, que podrían afectar negativamente el discurrir cognitivo y técnico de las ciencias de la salud.

Una vez más, mediación entre lo histórico, lo contextual, lo legal y lo paradigmático.

## Referencias

Fundación Víctor Grífols i Lucas. (2004). *Los fines de la medicina*. España: Víctor Grífols i Lucas.

## UNIDAD 4, SEMANA 4, LECTURA 34

### Ensayo sobre el dolor humano

#### Dolores ónticos

En 1836 John Stuart Mill señalaba: “Uno de los efectos de la civilización consiste en que el espectáculo e incluso la misma idea de dolor se sustrae cada vez más a la visión de aquellas clases que más disfrutaban de los beneficios de la civilización”. Constantin Noica, filósofo rumano ha sumado a las enfermedades somáticas y psicológicas, las enfermedades del espíritu, a las que también llama ónticas<sup>182</sup> o constitutivas del Ser.

Dichas enfermedades pueden entenderse como estados de pesar o condiciones del ser humano que dan cuenta... “del sentimiento de exilio en la tierra, la alienación, el tedio metafísico, el sentimiento del vacío y del absurdo, la hipertrofia del yo, el rechazo de todo, la protesta sin objeto”.<sup>183</sup> Es decir, una sensación que experimenta la persona de estar vacío, o visualizar la realidad como algo vacío y sinsentido.<sup>184</sup>

<sup>182</sup> Recordemos que la Ontología es la disciplina filosófica que estudia al Ser, es decir, los elementos que integran al humano.

<sup>183</sup> Rodríguez, Ensayo sobre el Dolor Humano, p 211.

<sup>184</sup> Crisis que fue magistralmente plasmada y descrita por el existencialismo, más precisamente en su modalidad pesimista. Emil Michel Cioran fue uno de sus representantes principales. Refiere el escritor rumano...

*“A mis semejantes ya los conozco.*

*A menudo he leído en sus ojos ausentes y vacíos el sinsentido de mi destino o he reposado de mis rebeldías durante las pausas de sus miradas.*

*Pero su angustia no me es ajena. Ellos quieren, quieren, incesantemente.*

*Y como no había nada que querer, mis pies pisaban sus huellas como si fueran espinas, mi sendero serpenteaba por el lodo de sus anhelos y blanqueaba con una inútil aureola su búsqueda vana.*

*Ellos no saben que el paraíso y el infierno son floraciones de un instante, del instante mismo, que no hay nada más allá de la fuerza de un éxtasis inútil.*

*En su camino de mortales, no he encontrado la parada eterna sobre la bóveda de los instantes. Veo un árbol, una sonrisa, un orto, un recuerdo. ¿Acaso no existo yo ilimitadamente en cada uno de ellos?*

*¿Qué otra cosa puedo esperar además de esa visión definitiva, esa incurable visión del relámpago temporal?*

*Los hombres sufren de futuro, irrumpen en la vida, huyen en el tiempo, buscan.*

*Y nada me hiere más que sus ojos anhelantes, vanos.”*

Cioran, Breviario de los Vencidos, p 4.

El exceso de individualismo, sin ser sinónimo de conciencia ni de libertad, ha promovido que en la Modernidad, el humano se haya desnutrido a sí mismo, a tal grado que ha perdido identidad, impulso y morada.

Asimismo, podemos encontrar otras experiencias relacionadas con el dolor, de las que difícilmente se ocuparían las estadísticas epidemiológicas.

Vidas que aunque aparentemente están dentro de los parámetros de la satisfacción y la funcionalidad, padecen crisis existenciales que los cimbran; personas que aunque no padecen frío ni hambre, tienen rota su alma, fisurado su corazón.

Casos singulares de hombres y mujeres que “lo tienen todo”, y no obstante hay huecos y amargura que no sanan ni se llenan con nada.

Se ilustrará con algunos ejemplos otros padecimientos ónticos, consciente de que esta visión de la epidemiología, rebasa los alcances del presente trabajo, por la extensión que estos padecimientos tienen en el mundo. A pesar de que muchas veces sea una realidad oculta.

Cada año, suceden cerca de 300 millones de accidentes laborales no mortales, y entre 1998 y 2001 los accidentes que provocaron tres días o más de baja laboral aumentaron de 56 millones a 69 millones. Solamente en China ocurrieron 90 mil 500 accidentes laborales en el 2004 y en América Latina se registraron 39 mil 500 en el mismo año.

Este tipo de accidentes crean condiciones nuevas en la vida cotidiana de los trabajadores y sus familias, porque lastiman el cuerpo y la confianza de las personas frente a su trabajo, porque pueden incapacitar o dejar secuelas permanentes a los afectados.

Muchos de estos accidentes son la causa principal del dolor crónico que padecen los trabajadores retirados o pensionados.

En la investigación que realizó Anabella Barragán titulada *Etnia y Dolor*, se alude a los mismos problemas de salud que refieren las poblaciones indígenas que se albergan en la Casa de los Mil Colores. Barragán refiere que la cosmovisión indígena incluye la relación de estas dolencias con los desequilibrios entre lo frío/caliente, las penas de amor, y las muertes de seres queridos, mencionando que éstas últimas se consideran “dolores del alma”. Asimismo, menciona que los

indígenas recurren principalmente a los masajes, limpias, emplastos, pomadas, punciones, infusiones o tés para atender el dolor.

Los usos del dolor autoinfligido como mecanismo para solventar el miedo, la soledad, la desesperanza, la impotencia o la minusvalía, son otro de los recursos que se emplean para *adaptarse* a la sociedad, para soportar la vida, para aguantar la existencia, o para sentir algo.

En la investigación de Conterio y Favazza se estima que el 0.75% de la población occidental presenta conductas de autolesión. Estudios más recientes en Estados Unidos reportan que el 1% de norteamericanos se autolesiona.

En una encuesta de 1986, se encontró que el perfil típico de una persona que se autolesiona es con mayor porcentaje del sexo femenino, entre 25 y 35 años de edad, y que se hace daño desde su adolescencia.

Tiende a ser de clase media o alta, inteligente, bien educada y con un historial de abuso físico y/o sexual, o bien de un hogar con al menos un padre alcohólico, y que con frecuencia presentan desórdenes de la alimentación.<sup>185</sup>

Algunos datos de la investigación son los siguientes:

Clasificación de las lesiones más frecuentes:

- Cortarse 72%
- Quemarse 35%
- Golpearse 30%
- Interferencia con la curación de heridas 22%
- Arrancarse el cabello 10%
- Romperse huesos 8%
- Varios métodos 78%

<sup>185</sup> Como lo hemos comentado, existen ciertos casos de personas que con todo y venir de condiciones familiares positivas, de buenas dinámicas intrafamiliares, de un entorno de afecto y apoyo, presentan crisis existenciales.

No debidas a su entorno ni a una psicopatología, sino entre otras causas, debido a una visión alterna sobre ellos y ellas mismas, y sobre la realidad.

Los encuestados admitieron haber realizado en su vida un promedio de 50 actos de autolesión; dos terceras partes admitieron haberse realizado una lesión durante el último mes. Cabe señalar que el 57% alguna vez tomó una sobredosis de droga; la mitad de ellos por lo menos cuatro veces utilizaron drogas; y una tercera parte de toda la muestra esperaban morir antes de cinco años. La mitad de la muestra había estado hospitalizada (240 días en promedio), debido a la autolesión.

Refiere Rodríguez que si las mujeres son socialmente más reprimidas para manifestar la ira en forma extrovertida y violenta, tienden con mayor frecuencia a ejercer la violencia contra sí mismas.<sup>186</sup>

Ciertos estudios refieren que hay más mujeres que hombres que se autolesionan.

Entre las razones que expresan quienes se autoinfligen dolor, se mencionan las siguientes:

- Escapar al sentimiento de vacío, de irrealidad o de temor.
- Acabar o disminuir la tensión, el miedo o la angustia.
- Encontrar alivio. Cuando emociones intensas se acumulan y no se sabe hacer frente a la situación, causar dolor reduce el nivel y tensión emocional acumulado.
- Para ubicarse y poder manejar los estados de despersonalización, disociación y enajenación.
- Para lograr un estado de euforia, hacer frente a la depresión y prevenir el suicidio.
- Validar el dolor emocional: las heridas sirven como evidencia de que sus sentimientos son reales.
- Castigarse a uno mismo por ser “malo” o “mala”.

---

<sup>186</sup> Lo que en psicología clínica se denomina Retroflexión: hacernos a nosotros mismos, lo que quisiéramos hacerle al Otro.

Ejemplo: no puedo golpear a mi padre, entonces me lacero a sí mismo y ahí libero una parte de tensión.

Otro mecanismo psíquico que se manifiesta, es el Desplazamiento:

No puedo devolverle el golpe al Estado represor, pero rompo el foco del poste de la iluminación pública o destruyo los juegos de un parque, en un anhelo por liberar la tensión que su agresión me provocó.

Una de las peores manifestaciones del desplazamiento, es el maltrato infantil, cuando la madre golpea al infante, como mecanismo para vengarse de los abusos de su pareja.

Existen también formas de *sublimar* el dolor mediante los usos del cuerpo. El pintor mexicano Guillermo Heredia expuso su obra en septiembre de 2006 y llama la atención que para su realización, mezclara su sangre con pintura dorada con la que pintó sus cuadros, argumentando: “Te remiten al barroco. La sangre y el oro te hablan del sacrificio para alcanzar la gloria”.

Otros mecanismos para infligir dolor tienen que ver con el destierro por causas políticas, económicas, territoriales, religiosas, lingüísticas, culturales. Hasta el año 2000 se habían movilizado a más de 30 millones de personas en el mundo, por estas razones.

El dolor infligido a la mitad de los niños y de los adolescentes del mundo, mediante la privación de lo básico para vivir, por la deficiencia en la atención de la salud, por orfandad o abuso sexual, por discriminación contra las niñas, explotación laboral o por mutilaciones ocasionadas durante las guerras.

En el informe de la UNICEF del 2004, se señala que más de 1000 millones de menores en el mundo no tienen acceso al menos a una de las siete necesidades básicas: alojamiento, agua potable, saneamiento, educación, información, servicios de salud y alimentación.

El dolor de los moribundos y de sus familiares... Esa sensación de mil muertes anticipadas de las que nos hablan los escritores mexicanos Villaurrutia, Gorostiza, Sabines, Garibay y Torres Bodet. Ese dolor de presentir la muerte y de darse cuenta de que nadie muere para sí mismo, porque la realidad de la muerte está en el Otro; situación que despliega cualquier sospecha cuando se afirma: *fulanito se murió*. Anuncio que termina por confirmar el instante y hecho intransferible de la muerte.

Dolor por la muerte del Otro, que provoca duelos, que genera depresión, que cimbra familias.

En el suicidio, todo sucede entre un cuerpo y un ser interior. Todo sucede entre aquella interminable división celular y la ausencia sólida e impenetrable de la conciencia. El suicidio rompe cada molécula del aire que esparce la invisible y absoluta soledad de quien se logró despojar al fin del miedo básico.<sup>187</sup>

<sup>187</sup> El suicidio tiene muy diversas significaciones a lo largo de las épocas y en las diferentes culturas.

En algunas es un acto de cobardía; en otras una ofensa contra los dioses; en algunas como las influidas por la tradición judeocristiana, un pecado; visiones todas ellas peyorativas.

El suicidio de nuestros jóvenes mexicanos también habría que estudiarlo en el contexto de la vivencia del dolor. Cada muerte dice algo de la sociedad en la que ocurre y de las condiciones del suicida para decidir su muerte.

Hace 100 años Durkheim había dicho con razón, que el suicida es una persona que no sólo se ha desvalorizado a sí misma, sino que tampoco encuentra ningún valor digno de vivirse en su alrededor.

El 77.4% de los jóvenes que se suicidan, deciden morir en casa; y el 64.8% muere por estrangulación.

El estrangulado muere en el cobijo de un lugar cómodo, para protegerse hasta el último momento; simbólicamente regresa al útero.

Se ahorca, corta el aire, se desconecta, se suspende, apaga la voz y queda pendiente como plomada al universo. Vacío total bajo los pies, sobre la cabeza, a sus extremidades.

Deshabité su lugar, guardó el secreto de la razón para morir, no deja huellas, resguarda sus verdades. Se esfuma, es humo y se ahoga con su lengua. Negro su cuerpo, obscura su vida-niña hasta la muerte. Dicen que *Dios aprieta, pero no ahorca...* no hace falta.

Angustia adolescente que no encuentra escapatorias simples, ni tampoco tiempo o interés de los adultos que puedan contener esa fuerza.

De eso habla con claridad incomparable un texto de Rosario Castellanos que responde a una pregunta que le formularon en una entrevista; nos habla de esa tristeza abrumadora que parece gritar, que paraliza y nos obliga a buscar la desaparición en medio de la nada.

De acuerdo a criterios internacionales establecidos a partir de investigaciones y foros de análisis, se han reconocido como causas del suicidio en adolescentes las siguientes:

---

Pero ha habido sectores que le dieron un sentido honorable, positivo, como en cierta rama de los Estoicos, donde el suicidio -tomar la decisión consciente de terminar con la vida-, era un signo de madurez.

Sociológicamente interpretamos las designaciones negativas, como aquellas que buscan impedir que el asalariado, el supeditado, el cautivo, escape de su cautiverio.

Que las empresas se queden sin explotados, no es bueno para el negocio.

- Debilidad en las condiciones internas del sujeto.
- Personalidad no bien estructurada y problemas mentales.
- Padecimiento de trastornos afectivos, depresión, y estrés excesivo.
- Antecedentes de maltrato infantil, discriminación y pobreza.
- Autoestima empobrecida.
- Frustraciones repetidas e intolerancia a la frustración.
- Abandono, desamparo y aislamiento emocional.
- Ambiente social y familiar hostil.
- Temor a no cumplir con los criterios de “éxito”.
- Fantasías “románticas”.
- Gusto por el peligro.
- Consumo de drogas, alcohol y relación con armas.

En esta lista de razones para morir, coexisten la desesperanza y el abandono de una familia y de una sociedad que ha ido perdiendo funciones de socialización y de apoyo a los miembros que las constituyen.

Es parte del peso que cargan las nuevas generaciones a costa de sí mismos, es como la piedra de Sísifo: una marcha absurda, pesada, estéril, que no lleva a nada.

Cuando el dolor vence toda resistencia y la muerte significa el mejor amparo, es porque algo se ha roto en la estructura de la vida.

Cuando un joven decide suicidio, es porque algo de esa persona ya se había muerto antes que su cuerpo; una herida que con nada del mundo se sanaba.

Para cerrar:

Recordamos el caso de jóvenes universitarios, clase media, hijos de familia, hijos de universitarios, incluso de linajes familiares CBS, que con todo y haber logrado su carrera anhelada, arrastraban una desazón que pese a buscar diluirla atiborrándose de sustancias espirituosas y sensaciones placenteras, la angustia, enojo e insatisfacción no cedían, persistían.

Y no es una distensión inusual; el número tan representativo de pregrados y posgrados, estudiantes y estudiosos del área de la salud con problemas en su alimentación, con adicciones y tensiones existenciales producto de sus malas elecciones de vida y neuróticas relaciones familiares y de pareja, nos hace inferir que hay un problema ahí; y que son necesarias estrategias que les permitan encarar, resanar y resolver esas tensiones que más allá de su eficiencia laboral, los vuelve seres incompletos, infelices e insatisfechos.

Un alma rota, llegado el momento, afectará la integridad y eficiencia del mejor de los nuestros, del mejor profesionalista.

Ignorar ese dolor no es una solución, jamás se resolverá por sí solo.

### Referencias

Cioran, E. (1998). *Breviario de los vencidos*. España: Tusquets Editores.

Rodríguez, I. (2007). *Ensayo sobre el dolor humano*. México: UNAM, FES Zaragoza.

Versión electrónica del texto de Cioran, “Breviario de los Vencidos”, revisado el 2 de diciembre del 2021.

<http://crimideia.com.br/blog/wp-content/uploads/2010/02/emil-cioran-breviario-de-los-vencidos.pdf>

## UNIDAD 4, SEMANA 5, LECTURA 36

### El médico y la muerte

#### Introducción

La muerte individual aparece en el mundo biológico al mismo tiempo que la reproducción sexual, y desde un punto de vista evolutivo, parece ser consecuencia de ella, porque cuando un ser vivo pierde la capacidad de dejar descendencia, también cesa de tener relevancia en el proceso de la evolución.

La universalidad de la muerte nos irrita y hasta nos confunde, pero sólo cuando la contemplamos sin los anteojos darwinianos, y desde las alturas de nuestros deseos y aspiraciones de inmortalidad, apoyados en la mitología y en las promesas de casi todas las religiones, tanto politeístas como monoteístas.

Las relaciones del médico con la muerte son bastante más complejas, que lo sugerido por su imagen romántica de Caballero Andante combatiendo y derrotando a la muerte.

#### Parte I

##### Ética médica laica

Entendemos por ética médica laica, los principios morales y las reglas de comportamiento que controlan y regulan las acciones de los médicos cuando actúan como tales, derivados únicamente de los objetivos de la medicina, sin participación o influencia de otros elementos no relacionados con esos objetivos.

Estos otros elementos son de dos tipos:

- Los englobados dentro de la ética general o normativa, que son válidos no sólo para los médicos, sino para todos los sujetos humanos;
- Y los incluidos en la ética trascendental o religiosa, que son válidos sólo para los que comparten las creencias propias de las distintas ideologías religiosas.

La mayor parte de los textos de ética médica, son mezclas de principios y normas derivadas de estas tres esferas de la ética: la laica (deontología médica), la general, y la trascendental.

Las dos primeras pretenden apoyarse en la razón y están abiertas al análisis y a la discusión basada en argumentos históricos o actuales, pero siempre objetivos, mientras que la tercera emana del dogma y se basa en la fe, por lo que no está sujeta a discusión.

Otro término que está de moda es **bioética**, que con frecuencia se usa como sinónimo de ética médica, aunque desde luego no lo es.

La ética médica es pues la rama de la bioética que tiene que ver únicamente con los aspectos específicos de la práctica de la profesión, y es a la que se limita este apartado.

### *Los objetivos de la medicina*

Es tradicional que al hablar de ética médica se haga referencia a diferentes códigos, tanto antiguos como recientes, como el Juramento Hipocrático, el Código de Asaf, la Plegaria del Médico (atribuida en forma apócrifa a Maimónides), la ética médica de Percival, la Declaración de Ginebra, el Código de la Organización Mundial de la Salud, etc. Todos estos códigos son híbridos formados por tradiciones antiguas, por costumbres regionales más o menos limitadas, y por distintos mandamientos religiosos. Su valor es mucho más histórico que actual, o bien son tan generales que equivalen a la expresión de muy nobles sentimientos, pero nada más.

La medicina es tan antigua como la humanidad, y a lo largo de su historia ha cambiado mucho, pero desde siempre ha conservado esos mismos tres objetivos y por ahora no se concibe que en el futuro pueda transformarse, tanto como para modificarlos o abandonarlos.

### *Un código de ética médica laica*

A lo largo de la historia el acto médico ha sido siempre el mismo: un ser humano que solicita ayuda para resolver su problema médico, y otro ser humano que acepta dársela y lo hace, con más o menos éxito.

Los ambientes y las circunstancias en las que ocurre este acto médico han cambiado a través del tiempo, y en nuestra generación se han hecho tan complejas

que la relación médico-paciente original, se encuentra gravemente amenazada con transformarse en algo muy distinto. Pero a pesar de la amenaza, todavía es válido decir que la esencia y la naturaleza de la medicina se definen en función de la relación médico-paciente.

Todo lo que favorezca al establecimiento y la persistencia de una relación médico-paciente óptima, será éticamente bueno, deberá calificarse como positivo desde un punto de vista ético-médico.

La expresión “*relación médico-paciente óptima*” conviene caracterizarla.

Desde luego se trata de una relación interpersonal, que puede contar con testigos pero no con interferencias, entre el paciente y su médico, y entre el médico y su paciente.

Como todas las relaciones humanas, ésta también tiene una historia natural, un principio en el que el miedo y la incertidumbre iniciales por parte del enfermo, y la apertura y el trato receptivo y respetuoso por parte del médico, se irán transformando poco a poco en la tranquilidad y la confianza del enfermo, y el trato amable y afectuoso, pero cada vez con más conocimiento del problema de su paciente, por parte del médico.

Este proceso consta de los siguientes cuatro principios o reglas de comportamiento, que el médico debe observar para que su actuación profesional pueda considerarse como ética:

- 1.- Estudio continuo. El médico tiene la obligación de mantenerse al día en los conocimientos y las habilidades técnicas de su especialidad, con objeto de ofrecerle a su paciente la mejor atención posible en cada momento, por medio del estudio continuo de la literatura médica científica.
- 2.- Docencia. La palabra “doctor” se deriva de la voz latina *docere*, que significa “enseñar”. El hecho de que el sinónimo más usado del término “médico” en nuestro medio sea la voz “doctor”, no es casual ni está ausente de razones históricas.
- 3.- Investigación. El médico tiene la obligación moral de contribuir a aumentar el conocimiento científico en que se basa su propia práctica profesional y la de sus colegas. La investigación es una de las obligaciones éticas del médico.

- 4.- Manejo integral. El médico debe tener siempre presente que el enfermo acude a solicitarle ayuda para que lo cure o lo alivie de su padecimiento, lo que es algo distinto de su enfermedad, aunque el primer término incluye al segundo.

## Parte II

### *Definición legal y médica de la muerte*

En México, la Ley General de Salud (reformada el 26 de mayo de 2000), define la muerte de la manera siguiente:

“Art. 344. La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales.

II. Ausencia de automatismo respiratorio, y

III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestando por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

I. Angiografía cerebral bilateral que demuestra ausencia de circulación cerebral, o

II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.”<sup>188</sup>

De acuerdo con esta definición, el diagnóstico de muerte cerebral requiere ausencia de funciones de la corteza y del tallo, junto con falta de circulación cerebral.

<sup>188</sup> Cámara de Diputados, Ley General de Salud, p 105.

Sin embargo, se ha propuesto que sólo se tome en cuenta la falta permanente e irreversible de las funciones de la corteza cerebral, como ocurre en sujetos descerebrados que conservan al automatismo cardiorespiratorio.

En su versión actualizada del 2021, la Ley General de Salud, en tu Título Décimo Cuarto refiere lo siguiente en el Capítulo IV, Pérdida de la Vida...

“Artículo 343. Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Artículo 344. Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- I. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista;
- II. Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

Artículo 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud y con la autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales cuando se presente la muerte encefálica comprobada y se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere el artículo 343.”<sup>189</sup>

<sup>189</sup> Cámara de Diputados, Ley General de Salud, p 147.

Éste es un pequeño paso donde jurídicamente se actualiza lo correspondiente al fenómeno de la eutanasia, no obstante, aún falta más evolución del marco legal y de los elementos éticos y axiológicos.

Con relación a otros países y culturas, México va a la zaga.

### El suicidio asistido y la eutanasia

Con relación a este tópico, citamos los argumentos de Pérez Tamayo en su postura a favor del bien morir...

“Considerando los objetivos de la medicina, el dilema ético médico planteado entre el suicidio asistido y la eutanasia, por un lado, y su rechazo, por el otro, en casos que cumplen con las características de irreversibilidad y de solicitud consciente y reiterada de terminar con la vida, sea por sufrimientos insoportables o por la anticipación de una muerte indigna precedida por la destrucción progresiva del individuo, en mi opinión debe resolverse a favor del suicidio asistido y la eutanasia.

De esa manera se cumple con la función de apoyar y consolar al paciente, ya que no se le puede ni curar ni aliviar.

No hay ninguna *razón ética médica* para que el médico se rehúse a contribuir con sus conocimientos a terminar con la vida de un paciente cuando éste ya no desea seguir viviendo por las causas mencionadas, o cuando su inconsciencia no le permite solicitarlo, pero los familiares cercanos conocen sus deseos.

El rechazo de la eutanasia no se hace por razones de una ética basada en los objetivos de la medicina (aunque a veces así se señale), sino por otras que no tienen nada que ver con la medicina.”<sup>190</sup>

Es decir, que cuando es una situación que ya no es vida, que ya no es existencia digna, en donde ya no hay calidad de vida, es válido optar por el cese de nuestro caminar por esta tierra.

Como se ha comentado anteriormente, siguen existiendo trabas, vericuetos y complicaciones legales e institucionales, amén de los pésimos introyectos religiosos en amplios sectores de la población mexicana.

<sup>190</sup> Pérez, *El Médico y la Muerte*, p 16.

Ojalá los argumentos del Dr. Pérez Tamayo sean considerados en las posteriores reformas legales.

Que lamentablemente -y por nuestra situación geopolítica de tercer mundo y neocolonia-, en la versión 2021 de la Ley General de Salud, en su Título Octavo Bis “De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal”, Capítulo I “Disposiciones Comunes”, que comienza en la página 74, se habla del derecho del enfermo terminal a recibir cuidados paliativos:

El cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo.

El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Pero, ni remotamente se habla del derecho de la persona a disponer y terminar su propia vida.

Las ideologías del tercer mundo siguen imperando.

Se habla de garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos que se encuentran en situación terminal -la persona con una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses-, pero el Estado, y el capital que controla al gobierno, no permiten que la persona disponga de su propia vida, y termine con su existencia.

El Estado no lo permite, el gobierno no lo autoriza, en México 2021 sigue siendo ilegal. Básicamente prohibido.

Parfraseando al Dr. Pérez Tamayo, decisiones gubernamentales y legales que no tienen nada que ver con la medicina; se rechaza la eutanasia por razones que no son de una ética basada en los objetivos de la medicina, sino que son de otra índole.

Una vez más, decisiones del área de la salud, que no son tomadas por CBS, sino por políticos y mercaderes.

Marionetas gubernamentales para las cuales la persona sin recursos ni conocimiento, que están sufriendo monstruosamente, de modo estéril,

masoquista, sin sentido ni utilidad, es nada. Vidas, lágrimas y dolor que para ellos es nada.

Por último, trasladamos aquí las palabras del grupo *The Voluntary Euthanasia Society*, iniciado en 1935, y que en 1974 realizaron una proclama a favor de la eutanasia; sus palabras son éstas...

“Los abajo firmantes declaramos nuestro apoyo, basado en motivos éticos, a la eutanasia benéfica.

Creemos que la reflexión de la conciencia ética ha llegado al punto que hace posible que las sociedades elaboren una política humana en relación con la muerte y el morir.

Apelamos a la opinión pública ilustrada, para que supere los tabúes tradicionales y para que se mueva en la dirección de una visión compasiva, hacia el sufrimiento innecesario en el proceso de la muerte...

Por razones éticas nos declaramos a favor de la eutanasia...

Mantenemos que es inmoral tolerar, aceptar e imponer sufrimientos innecesarios...

Creemos en el valor y en la dignidad del individuo.

Ello exige que sea tratado con respecto, y en consecuencia, que sea libre para decidir sobre su propia muerte...

Ninguna moral racional puede prohibir categóricamente la terminación de la vida, si ha sido ensombrecida por una enfermedad horrible, para la que son inútiles todos los remedios y medidas disponibles...

Es cruel y bárbaro exigir que una persona sea mantenida en vida, en contra de su voluntad, rehusándole la liberación que desea, cuando su vida ha perdido toda dignidad, belleza, sentido, y perspectiva del porvenir.

El sufrimiento inútil es un mal que debería evitarse en las sociedades civilizadas...

Desde el punto de vista ético, la muerte debería ser considerada como parte integrante de la vida.

Puesto que todo individuo tiene derecho a vivir con dignidad, también tiene el derecho de morir con dignidad...

Para una ética humanista, la preocupación primaria de médico en los estadios terminales de una enfermedad incurable, debería ser el alivio del sufrimiento.

Si el médico que atiende al enfermo rechaza tal actitud, debería llamarse a otro que se haga cargo del caso.

La práctica de la eutanasia voluntaria humanitaria, pedida por el enfermo, mejorará la condición general de los seres humanos, y una vez que se establezcan las medidas de protección legal, animará a las personas a actuar en ese sentido, por bondad y en función de lo justo.

Creemos que la sociedad no tiene ni interés ni necesidad verdaderas en hacer sobrevivir a un enfermo condenado, en contra de su voluntad; y que el derecho a la eutanasia benéfica, mediante procedimientos adecuados de vigilancia, puede ser protegido de los abusos.”<sup>191</sup>

Ideas que definitivamente son progresistas, liberales y humanistas. Compasión para el que está sufriendo, reconocimiento de su voluntad.

Para cerrar:

No es un mito que tercer mundo se encuentra desfasado del desarrollo tecnológico y cultural, con relación a Occidente.

Algunos hablan de diez años de retraso, pero una vez más, con base en los anteriores argumentos -de un grupo que se hizo público en 1935, y que expuso esa proclama en 1974-, nos hace ver todas las décadas de atraso que nuestra ciencia, instituciones y poblaciones padecen. De un rango de noventa años.

Increíble que hace casi cien años, ellos ya estaban propugnando por derribar esas nocivas, sádicas y utilitarias leyes.

Nosotros, primitivos y retrógradas, estamos esperanzados en el petróleo, atascados en el populismo, clamando por disculpas, adorando a políticos, mereciendo nuestra alienación.

¿Dónde está la opinión pública ilustrada mexicana?

<sup>191</sup> Pérez, El Médico y la Muerte, pp 17-18.

Lo estructural, lleva una inherente aquiescencia; aprobación explícita o implícita tanto de las masas cultas como de las incultas.

Sin olvidar a los CBS que traicionando su formación científica, le han hecho comparsa a la administración populista e irracional.

### Referencias

Cámara de Diputados. (2009). *Ley General de Salud*. México: Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión.

Cámara de Diputados. (2021). *Ley General de Salud*. México: Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión.

Pérez, R. (2003). *El médico y la muerte*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Versión electrónica de la Ley General de Salud en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación, del 19 de febrero del 2021. Enlace revisado el 3 de diciembre del 2021.

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_190221.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf)

## UNIDAD 4, SEMANA 6, LECTURA 37

### El médico frente a la muerte

#### Introducción

La muerte siempre ha sido un acontecimiento complejo. En la antigüedad, las sociedades tradicionales atendieron y escucharon al moribundo hasta el último suspiro.

La problemática de la muerte en la Edad Media era un asunto público y colectivo, se asumía con naturalidad, como muestran algunas obras de la literatura que describen el correcto morir. En esa época, el médico tenía la obligación de informar al moribundo; en “El Quijote” le aconseja: “Cuide de la salud de su alma, porque la de su cuerpo corre peligro”.

A inicios del siglo XIX surge el temor a la muerte, correlativo a la privación que se hace del derecho del hombre a saber que va a morir. El médico según un diccionario de ciencias médicas de la época, si no puede salvar a un enfermo, debe evitar encontrarse a su lado en el último suspiro.

A principios del siglo XX, después de la primera guerra mundial, se prohíbe el duelo, y después de la segunda guerra mundial, se llega a la medicalización completa, se pierde lo único que se mantenía: el momento de la muerte con la revisión de la vida y la despedida.

Es preciso esperar al último tercio del siglo XX para que una médica, Kübler Ross, en su libro “La muerte y los moribundos”, aborde la dignidad del moribundo y exija reconocerla como un acontecimiento esencial.

En el siglo actual, la demanda social de ayudar a una muerte digna a los pacientes terminales, ha permitido en algunos países (Holanda, Bélgica y Luxemburgo), que el médico facilite una muerte tranquila, si es solicitada por un paciente terminal.

En nuestro país se dan actitudes opuestas, la negación y reducción de la muerte a un hecho biológico se nos ha demostrado en toda su dureza en el conflicto acaecido en el hospital.

Desde otra posición, Blanchot analiza la obra de Rilke y plantea que el hombre de antes sabía que la vida contenía la muerte y deseaba que no fuera un accidente; al interrogarse acerca del ser de la muerte, reflexiona que no es sólo una realidad biológica, y que no ha de estar en el momento último, sino en la profundidad de la vida y formar parte de la existencia.

La confrontación con la muerte, los moribundos y el duelo, es y será una realidad cotidiana para los médicos en su práctica clínica.

La muerte es uno de los problemas esenciales de la humanidad, frente a la que se presenta un intenso temor, y los médicos -como humanos que son-, también sienten esos temores.

La muerte del paciente está muy presente en el quehacer de los profesionales, y les genera sentimientos muy diversos, entre ellos impotencia y culpa, que pueden ser reprimidos, hacerse inconscientes y manifestarse a través de síntomas somáticos o psíquicos.<sup>192</sup>

### **Interrogantes del médico, informar: a quién, qué, cómo y cuándo**

La información en las enfermedades graves o terminales siempre ha planteado un dilema ético al médico, debido a la contemporánea actitud social de ocultación de la muerte.

La institución sanitaria y los médicos dentro de ella, han defendido la necesidad de ocultar al paciente todo lo referente a su enfermedad, en la idea de que no actuar de este modo, produce un estado de desesperanza en el enfermo que repercute negativamente en su recuperación.

---

<sup>192</sup> Una vez más, cualquiera que ha estado en AA o 4° y 5° paso, sabe que en las conductas adictivas, destructivas o autodestructivas, hay un porcentaje amplio de elementos y problemáticas emocionales.

El alto número de personal CBS con comportamientos adictivos o destructivos (conductas de riesgo dicen ustedes), puede explicarse entre otras causas, por el ambiente tenso vivido en las instalaciones sanitarias, con sus compañeros de trabajo y con sus pacientes.

Endurecerse y hacerse indiferentes, otro mecanismo de defensa usual: la estrategia del caracol, del armadillo y de la tortuga.

Desafortunadamente, con esa protección también pierden, al rigidizarse. El endurecimiento quita flexibilidad y con ello vitalidad.

Ese endurecimiento tendrá un coste a nivel existencial que puede afectar lo relacional y anímico.

Uno de los diagnósticos que mayor angustia moviliza es el cáncer, a pesar de que en la actualidad un alto porcentaje de los pacientes se curan.

Los médicos con frecuencia ocultan el diagnóstico, aún en circunstancias en las que el enfermo les haya pedido la verdad; cuidar estos aspectos es fundamental porque el sufrimiento del paciente deriva de la relación con el médico.

La comprensión de que los temores frente a la muerte están en el origen de esta ambivalencia de sentimientos, les permite centrarse en la demanda del paciente y familiares, que en ocasiones son contradictorias y ponen en una difícil situación al médico.

El médico puede reconocer que estos mecanismos son defensas frente a la ansiedad que les genera la muerte, y esta reflexión permite que se manifiesten los siguientes interrogantes:

¿Qué informar, cómo y a quién?

A estas preguntas respondemos con Ibáñez: a quien pida, busca y quiera información.

Pues quien nada pregunta, nada quiere saber; el límite de la información, es el deseo de no saber del paciente.

Es necesario hablar con los pacientes acerca de la situación en la que se encuentran, para que puedan enfrentarse mejor a la enfermedad y prepararse para la muerte.

Freud a principios del siglo XX expresó este deseo: cuando llegara el momento de su muerte, demandaba que se le tratara con respeto y se le advirtiera para estar preparado, quería tener información sobre cualquier fase de su enfermedad, y pedía que se le permitiera morir con dignidad.

### **Negación de la muerte y relación médico-paciente**

En la relación médico-paciente, las ansiedades más intensas en el enfermo se derivan del pronóstico de su enfermedad.

- En el médico, por las carencias personales para enfrentar el sufrimiento y la muerte del paciente, o cuando existe desconocimiento de algún aspecto de la enfermedad.
- En la relación médico-paciente, en los momentos cercanos a la muerte, es habitual que surjan malentendidos e incomunicación, pero como nos recuerda Tolstoi: el problema se produce cuando las dificultades se incrementan y se produce el aislamiento del enfermo, quien vivirá en soledad este momento crucial de su vida.

Ya Freud nos señalaba que el temor a la muerte de los pacientes, era uno de los aspectos más difíciles de la medicina, y que el médico no debía engañar a los enfermos.

La inclusión de los temores, ansiedades y mecanismos defensivos del médico, nos permite comprender la dinámica de la relación y entender las dificultades de algunos pacientes en el trabajo de elaboración del final de su vida.

Los temores y ansiedades del médico son mayores cuando se teme que la información pueda desencadenar el suicidio del paciente.

Esta situación se produce con mayor frecuencia cuando la enfermedad orgánica se asocia a depresión grave, pero si bien es cierto que estas situaciones requieren extremar el cuidado en la información que se le ofrece al paciente, en ocasiones, es un temor sobrevalorado para no afrontar las dificultades inherentes a estos procesos.

En la medicina actual se reconoce y asiste a la muerte corporal, pero no al hecho psicológico y social.

Esta concepción, hemos señalado que es producto de una cadena de negociaciones que se transmiten a través de las generaciones, en unas condiciones histórico y sociales que determinan creencias y modalidades de comportamiento en la institución médica, familiar y en el propio enfermo. El paciente niega la gravedad de su enfermedad, y al hacerlo, niega la posibilidad de su muerte, como consecuencia no se plantea solicitar ayuda al Otro.

La muerte es negada en la medicina y en la extensa formación de los profesionales, aunque paradójicamente el aprendizaje se inicie en el contacto con el cadáver.

En casos extremos, el comportamiento del médico puede oscilar: entre el abandono, o la identificación masiva con el enfermo y la familia, haciendo inviable su función terapéutica.

Para entender los mecanismos defensivos del médico y del paciente hacia la muerte, nos resulta de gran interés las aportaciones psicoanalíticas de Freud en su obra *“Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte”*, quien plantea que el humano muestra una inclinación a prescindir de la muerte y a eliminarla de la vida.

Freud afirma que el miedo a la muerte que domina al humano es más frecuente de lo que se reconoce y procede casi siempre del sentimiento de culpabilidad, y que el hombre puede aceptar la muerte si se trata de un extraño o de un enemigo, pero no cuando se trata de sus personas amadas.<sup>193</sup>

Como plantea Freud, la muerte es más traumática en la medida en que se conecta con deseos de muerte que inconscientemente se han tenido respecto a las personas significativas.

A su vez, cuanto más el médico haya reprimido los sentimientos y pensamientos de muerte hacia los otros, más mecanismos defensivos tendrá que poner en marcha para enfrentar/evitar la muerte.

### Proceso grupal: de no “querer saber” a ¿Cómo acompañar al paciente moribundo?

Aunque el médico tenga clara la obligación de informar al paciente y familiares, con frecuencia se siente inhibido y bloqueado en su tarea clínica porque no sabe qué hacer ante la muerte de sus pacientes. El imperativo ético de informar puede

---

<sup>193</sup> Como lo hemos comentado, el duelo solo se da, cuando quien fallece es una figura primordial, esto es, significativa.

Significativo en un sentido de vínculo profundo, de valioso.

Porque en ocasiones Freud usa la noción de significativo, para referirse a aquellas con gran significado simbólico-contextual. No porque sean lazos muy valiosos, sino porque en ese entorno, se validan culturalmente demasiado. El clásico ejemplo: “tienes que quererlo, porque es tu padre”. Aunque sea una mala persona, o una nulidad relacional, y en ese sentido, odiarlo causará culpa al no cumplir los comandos comunitarios introyectados y modelados.

significar mayor exigencia superyoica e inhibición, como observamos en el bloqueo relatado con gran emoción, por una médica entrevistada por Gómez...

“Me preguntó cogiéndome del cuello, ¿es un cáncer?

No fui capaz de decírselo, me había preparado, y no pude decirle la verdad, después ya no habló más.

Me acobardé, me lo preguntó entre gritos y lloros, me pareció que quería que le dijera que no; se murió sospechando y sola, os tenía que haber pedido ayuda”.<sup>194</sup>

La elaboración de los afectos y sentimientos frente a la muerte de sus pacientes, es una tarea más necesaria si el profesional tiene rasgos obsesivos o melancólicos; si no se realiza este trabajo, es mayor el riesgo de identificaciones patológicas que tanto daño hacen al paciente y familiares.

El médico puede llegar a una situación de confusión, experimentar intensa ansiedad, y defensivamente responder con actitudes de frialdad, huida y abandono del paciente.

En esas circunstancias no puede informar, acompañar y apoyar al paciente y a la familia, en tan doloroso trance.

Los médicos deben reconocer la necesidad de cuidarse para cuidar a los otros, y plantearse la necesidad de buscar estrategias que no dañen la salud mental del paciente, de la familia y de él mismo.

Insistimos en que la formación del médico durante su etapa de residente, ha de incluir espacios de elaboración y expresión de las ansiedades frente a la muerte de sus pacientes, para que puedan contenerse y procesarse las intensas tensiones generadas por la muerte de sus pacientes.

El médico ha de aprender a no hacer nada -que no significa dejar morir, sino permitirlo-, tratar de evitar el sufrimiento a quienes van a morir, y procurar ayudarles a vivir mejor; hasta que llegue la muerte.

<sup>194</sup> Gómez, El Médico ante la Muerte, p 77.

Concluimos con otra frase de Freud...

“¿No sería mejor dar a la muerte, en la realidad y en nuestros pensamientos, el lugar que le corresponde y dejar volver a la superficie nuestra actitud inconsciente ante la muerte, que hasta ahora hemos reprimido tan cuidadosamente?”

Esta actitud ofrece la ventaja de tener más en cuenta la verdad y hacer más soportable la vida...

Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte.”<sup>195</sup>

La muerte de alguien ajeno, es totalmente intrascendente.

Encarar el cese de la existencia de una figura significativa, puede llegar a ser uno de los golpes más duros de la existencia.

Encarar la muerte misma, dependerá de los sentidos, significados, ideales y misiones que cada uno elija y construya.

Como expone la lectura, los CBS deberán mediar entre una actitud humana y compasiva que permita hacer acompañamiento, y un comportamiento profesional, científico y ético que no se deje arrastrar y nublar por la visceralidad y la tragedia.

Para cerrar:

De manera usual, la represión no funciona, lo reprimido saldrá con más fuerza aún. Se somatizará y manifestará con acciones que no siempre serán las más saludables para el individuo.

Se hace necesario buscar estrategias de procesamiento emocional (ejercicio, yoga, manualidades, terapia, arte, etc.), que sean lo menos dañino posibles.

Enfrentar un malestar anímico o existencial con adicciones o sadomasoquismo, dejará más heridas o problemáticas, aunadas a las que se quiere desaparecer u olvidar.

Como testigos de la formación y profesión CBS, nos percatamos de que es una

<sup>195</sup> Gómez, El Médico ante la Muerte, p 81.

profesión dura, pesada, altamente demandante, no solo desgastante físicamente por las desmañanadas, desveladas y malpasadas, sino también por la situación anímica, al estar discurrendo siempre entre personas insanas no solo en sentido biológico, sino también existencial.

En sentido transpersonal se sabe que cárceles, cuarteles militares y hospitales son lugares de mucha tensión, que afectarán y homogenizarán no siempre para bien, a la persona que labora en ellos.

Cuidar su integridad existencial, es parte de la autorresponsabilidad de los profesionales de la salud; lo contrario, el descuido, inercia y desidia, afectará a nivel personal y también en su ámbito profesional.

Sin olvidar también sus procesos relacionales, afectados por la tensión laboral y los remanentes institucionales negativos que llevan a casa.

### Referencias

Freud, S. (1972). *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*. España: Biblioteca Nueva.

Gómez, R. (2012). *El médico frente a la muerte*. España: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el siguiente enlace se encuentra una versión electrónica del texto de Freud “Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte”, revisado el 3 de diciembre del 2021:

[https://drive.google.com/file/d/1i\\_4eylfZhPVUBEL9LbYy9TRkoGJeEuQG/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1i_4eylfZhPVUBEL9LbYy9TRkoGJeEuQG/view?usp=sharing)



# Sobre el comportamiento del gobierno mexicano hacia los CBS

## Capítulo 5

### Resumen

En la Introducción de este trabajo contextualizamos la problemática y actitud gubernamental excluyente y violentadora hacia los profesionales de la salud mexicanos, desde la categoría Neocolonia, la cual sólo se acotará.

En el Desarrollo sustentaremos el uso de esa categoría. Presentamos una esquila que elucida en torno al vocablo “héroe”, usado por el gobierno mexicano para referirse al personal de salud; esquila que nos servirá como base para el proceso reflexivo. Argumentaremos en torno a lo referido en ella, y sobre el actuar gubernamental.

En las Conclusiones se recapitula sobre las declaraciones públicas y el actuar del representante del poder ejecutivo, con relación al personal sanitario.

Declaraciones que fluctúan entre designaciones propagandísticas y mercadológicas sobre los trabajadores sanitarios -que sirven para transmitir a la población un mensaje público que denote preocupación gubernamental por su pueblo-, y acciones en las que predomina un menosprecio preocupante, que más allá de los agradecimientos simbólicos, concretiza actitudes donde se ignora, culpabiliza y relega a los profesionales de la salud.

### Palabras clave

Neocolonialismo, personal sanitario, héroes, gobierno.

## Introducción

Lo referido en el presente análisis, se ubica en las condiciones y problemáticas de la república mexicana; no obstante, al parecer hay ciertos elementos similares que también padecen otros países de Centro y Sudamérica: una indiferencia del gobierno por su población en general y por sus profesionales de la salud en particular. Poblaciones que histórica y sociológicamente han sido denominadas neocolonias, y tercer mundo; en el Desarrollo sustentaremos el uso de estas designaciones.

Guiándonos con la segmentación epistemológica que realiza la Universidad Autónoma Metropolitana, en la división de sus áreas de conocimiento y licenciaturas, retomamos y utilizamos de su esquema la sigla CBS -Ciencias Biológicas y de la Salud-, que de manera general abarca las carreras de biología, química, odontología, enfermería y medicina. (Universidad Autónoma Metropolitana, 2019)

Acotándolo a las carreras del área de la salud, CBS se refiere al tipo de disciplinas que se estructuran desde los enfoques cuantitativos y desde el modelo fiscalista, para construir su conocimiento y sus modelos de intervención. Licenciaturas que privilegian las metas numéricas, puesto que desde lo cuantitativo se permite medir lo que es con lo que será, lo planeado con lo logrado, siendo a su vez eso tasable lo que permite tomar acciones correctivas.

En este contexto, los profesionales de la salud serán entonces denominados CBS, eso desde el elemento epistemológico que rige su formación y disciplina.

En esa misma lógica, los NO CBS son aquellos que no poseen la formación y experiencia de lo cuantitativo enfocado en lo biológico, fisiológico y sanitario.

A inicios del año 2021 apareció y se difundió en redes sociales, una carta escrita por un profesional de la salud, en ella se critica la infame designación gubernamental que ubica al personal de salud como “héroes”. Descriptivo cruel, burlesco y malintencionado, dado el pésimo, sádico e indiferente actuar gubernamental, a lo largo de toda la pandemia, y desde los distintos actos de agresión e indiferencia que el Estado ha ejercido sobre los CBS.

A continuación, la definición de neocolonia, los puntos principales de la misiva y posteriormente nuestro análisis.

### Desarrollo

Es importante explicitar la semántica de la categoría neocolonia, dado que ello permite clarificar y develar las estructuras históricas y los trasfondos a los cuales responde un país, su construcción, funcionamiento y prioridades.

Neocolonia deriva de colonia; colonia es la posesión del colonialista; en ese sentido, la neocolonia es la propiedad del neocolonialista.

Una colonia es asumida y controlada por el colonialista, mediante la invasión, con fuerzas bélicas, con ejércitos regulares o irregulares, que, vía la violencia, el asesinato y la tortura, someterán a la población, nulificarán a la resistencia, destruirán a los rebeldes, desaparecerán a los líderes, y tras ello podrán disponer de los recursos naturales y humanos.

Tras la ocupación belicosa y sustentada en ella, los colonialistas podrán explotar a la población y expoliar a la naturaleza de ese entorno que no es el suyo, de ese país que no les corresponde.

Ahora, como en esa modalidad rapaz las hegemonías buscan eficientizar recursos, maximizar ganancias y reducir pérdidas, por ello se busca prescindir de las fuerzas bélicas regulares e irregulares. Comienzan a dejar de invertir en violencia explícita, y comienza a enfocarse en desarrollar y ampliar el influjo de los medios ideologizantes.

Cuando el influjo ideológico permite controlar un enclave sin la presencia y acción de fuerzas armadas, podemos decir que la colonia se convirtió en neocolonia: un refinamiento de los procesos de expolio, que no usan violencia sino elementos simbólicos.

De ese modo, si bien en un primer inicio el colonialista llega, bombardea, invade, asesina y viola, pero tras subyugar a la población y volatizar a los rebeldes, retira a sus mercenarios, y procede a controlar el enclave mediante violencia implícita, mediante autoridad anónima, con un proceso de condicionamiento que en un terrible eufemismo es denominado aculturamiento o transculturación; es en ese momento cuando el colonialista se convierte en neocolonialista. (Granados, 2016)

Control mediante la inoculación de una cosmovisión que racionaliza, valida y justifica la ocupación, explotación y expoliación, y gracias a ella ya no son

necesarios los soldados y armamentos que repriman; ahora serán mecanismos ideológicos los que controlarán a la persona y a la comunidad; serán elementos legales y culturales los que habitarán al hombre y a la mujer de la neocolonia, a permitir que su energía y recursos sean dispuestos por potencias extranjeras.

Dicho de otro modo, la ideología son los introyectos tempranos, constantes, multidimensionales e ininterrumpidos que las hegemonías utilizan para que los habitantes de esas regiones se plieguen a sus agendas y proyectos; para que la población perciba, piense, sienta y actúe con base a los intereses del predominio.

En esa lógica, una persona o comunidad, que en lugar de defender su libertad y autonomía, defienda los actos utilitarios del explotador, es una persona o comunidad condicionada, reificada, ideologizada.

En ese sentido estratégico, no por nada en las neocolonias se difundió una religión ideologizante, una versión de la tradición judeocristiana donde predominan conceptos de obediencia, pasividad, resignación, y un sentido peyorativo para la violencia, una valoración negativa para la resistencia reactiva.

Violencia que claramente las hegemonías no tienen empacho en utilizar. Religiones que matarán todo germen de resistencia, crítica y rebeldía.<sup>196</sup>

En conceptualizaciones contemporáneas, se denomina al neocolonialismo un sistema de dominación de amplio espectro, e incluso de espectro completo o total (Bertaccini, 2011), ¿por qué?

Si el neocolonialista crea, programa, difunde y controla los elementos culturales hegemónicos de su neocolonia: su lenguaje, ética, axiología, religión, leyes, educación, ciencia y tecnología, sería absurdo considerar que no controlan también su sistema económico y político.

---

<sup>196</sup> Es importante no confundir religión con espiritualidad.

La religión es primordialmente negativa, la espiritualidad es positiva.

La religión son todos los abusos, crímenes, mercantilismo y suciedad del Vaticano; son los Borgia, los asesinatos, las torturas, el Santo Oficio, las indulgencias; son la complicidad al permitir una doctrina que esclaviza.

La espiritualidad se refiere a lo transpersonal, a la dimensión más cualitativa de lo humano, a la búsqueda de lo trascendental, de la alta vibración; se refiere al aprendizaje y crecimiento, a la búsqueda de la sincronización con el *Todo*, con *Aquello* y con lo superior.

Bajo esta lógica, los principales elementos de la cosmovisión del enclave sometido, forman parte del *habitus*, de los elementos simbólicos y fácticos utilizados para condicionar a los pobladores hacia la obediencia y complicidad.

Pero si bien los principales, institucionales y hegemónicos elementos culturales son parte de los procesos reificantes, existen de manera periférica y secundaria, cuerpos de saber, disciplinas, paradigmas, proyectos, comunidades y personas que se desmarcan de la labor condicionante y condicionada.

Seres que intentan esfuerzos epistemológicos, fácticos, éticos, individuales y comunitarios, que buscan contraponerse, resistir y medrar más allá de lo marcado por la hegemonía cultural. Sectores que aunque son minoritarios, tienen compromisos sólidos con el conocimiento, el crecimiento, la persona y la comunidad.

En esta línea argumentativa, la economía de una neocolonia, y sus dirigentes políticos, responden de manera fundamental y ulterior a los intereses del neocolonialista.

Obviamente en ese sistema no existe la democracia, e irrecusablemente, tampoco el estado de derecho.

En ese régimen cualquier político y funcionario, son representantes no de la población, sino de los intereses de esos poderes extranjeros.

Ellos los colocan ahí, y por tanto a ellos sirven.

Las leyes, constituciones y estructuras jurídicas, son herramientas que:

- O sirven a la hegemonía para proteger sus propiedades y proyectos;
- O son para controlar a la población y evitar que se solivianten contra el poder;
- O son mera pantomima de leyes, derechos, igualdad, no arbitrariedad y transparencia.

De manera general, en este tipo de enclaves, no hay justicia ni veracidad, no hay soberanía ni colectividad regulativa.

Entonces...

La categoría neocolonia clarifica, más allá de discursos nacionalistas e idealistas -que en esta lógica son primordialmente propagandistas, ideologizantes-, el actuar de partidos políticos, gobernadores, diputados, senadores y presidentes.

Actuar que se mueve más de modo utilitario hacia el beneficio de las clases altas internacionales dueños del país, que en pos del bienestar, libertad, crecimiento, salud y educación de su población.

En ese sentido, bajo un análisis sociológico que considere la geopolítica<sup>197</sup> y la noción de neocolonia, son absurdas las declaraciones del Subsecretario de Salud del Gobierno de México Hugo López-Gatell del 27 de junio del 2021 en Canal 22<sup>198</sup>, meros distractores, contrainformación, mentiras para justificar y esperarar.

Nos referimos a su enunciado que parafraseamos a continuación, en el que afirma lo siguiente:

Hay una “derecha internacional” con una campaña más allá del país, que mediante el discurso de la narrativa de falta de medicamento para los niños con cáncer, quieren crear olas de simpatía en la población, para efectuar un golpe golpe de estado al gobierno mexicano.

Acción que es de manual.

Movilización de los niños enfermos de cáncer, que es una telenovela, afirmaron los anfitriones del programa televisivo.

---

<sup>197</sup> Geopolítica se refiere al análisis macro que estudia los diversos predominios que han existido, en cada época y en cada lugar; dicho de otro modo, estudia quién domina, en qué ubicación espaciotemporal, y de qué modo.

Algo que es importante entender, es que la geopolítica es muy mudable, es un continuum de luchas por acceder a la cima de la pirámide; estamos siendo testigos del ascenso del oso y del dragón, y del rezago de Occidente.

<sup>198</sup> Su explicación sobre el desabasto y la corrupción de las industrias farmacéuticas empieza en el minuto 8:02; y la declaración específica que referimos comienza en el 21:01 y termina en el 21:46. (Chamuco TV, 2021)

No sobra comentar que dicho programa está patrocinado por la administración pública mexicana

Aclaremos:

Golpe de estado es el que padeció Mohammad Mossadegh en Irán, Jacobo Árbenz en Guatemala, Jaime Roldós en Ecuador, John F. Kennedy en Estados Unidos, Salvador Allende en Chile, Omar Torrijos en Panamá, Sadam Husein en Irak, Muamar Gadafi en Libia, y Colosio en México.

A excepción de Mohammad Mossadegh y Jacobo Árbenz, ninguno de los demás sobrevivió.

El resto de dirigentes fueron asesinados.

Sacrificados en pos de salvaguardar los intereses de las clases altas internacionales, los corporativos que forman la corporativocracia.

De los sobrevivientes, es importante precisar lo siguiente:

Tras su derrocamiento, Mossadegh tuvo como castigos complementarios el estar tres años en prisión, aislado, confinado, y posteriormente padeció diez años de arresto domiciliario, hasta que falleció. Pese a haber defendido a su país, a su pueblo y a su petróleo, un tribunal militar lo encontró culpable de traición.

Por su parte, Árbenz vivió lo que le quedó de vida en el exilio, hostigado y siempre vigilado, jamás regresó a su país, al menos ya no vivo. A raíz de lo padecido en esa persecución, dos de sus hijas se suicidaron. Tras el golpe de estado, Guatemala padeció, fue infectada con revueltas intestinas, una guerra civil de casi cuatro décadas, que causó un aproximado de 250,000 muertos y 50,000 desaparecidos.

Todas esas muertes, tanto de los presidentes como de la población, fueron orquestadas por los poderes económicos que controlan y se encuentran detrás del gobierno norteamericano.

Con base a esos hechos históricos, se sostiene que Obrador fue puesto y está sostenido por capitales extranjeros:

- Por eso pervive, pese a las evidencias de corrupción y nepotismo;
- Por eso sus decisiones utilitarias a favor de las camarillas financieras y en contra del bienestar del país;

- Por eso su repetida negativa a juzgar y encarcelar a los previos empleados de los corporativos -a los expresidentes-, porque son del mismo equipo, porque sirve a los mismos intereses que los presidentes previos.
- Por eso sigue laborando el narcotráfico y la delincuencia organizada, pese a que controla cámaras, al ejército y guardia nacional.<sup>199</sup>

Los discursos justicieros e incendiarios del presidente mexicano Obrador, son solo propaganda que hasta la fecha le ganan la simpatía y el control de diversos sectores de la población culta e inculta, pero más allá de esas proclamas, está igualmente supeditado a los mismos consorcios que los presidentes previos.

Volviendo al subsecretario de salud Gatell, con esos comentarios denota:

- O su ignorancia en temas de historia y geopolítica;
- O su complicidad con el montaje pseudoizquierdista del que es parte el tabasqueño.

Ausencia completa de su formación científica, vergüenza para el gremio médico, un cómplice más.

Es importante entender que el neocolonialismo jamás dudará ni ha dudado en volver al colonialismo y utilizar el brazo armado, para quitar de en medio a aquellos que no confluyen con sus proyectos y prioridades.

Si no confluyen, los eliminan; cooperan, y por tanto los sostienen.

La ecuación es simple, su respuesta es siempre sencilla.

---

<sup>199</sup> En esta hermenéutica, se enuncia que el narcotráfico es un giro alterno de los capitales; una diversificación de los proyectos de las clases altas internacionales.

Un giro del cual consiguen recursos económicos, pero más importante aún: se trata de una más de sus herramientas de control para la población.

No por nada los procesos mundiales para la legalización de la cannabis, con todo y las evidencias, con todo y el conocimiento de que una de las consecuencias de su consumo constante, es la alteración y disminución de los procesos perceptuales y cognitivos. Sustancia psicoactiva que ha sido asociada consistentemente con diversos problemas de salud, muchos de los cuales tienen en común una alteración en las manifestaciones cognitivas de la conducta, incluyendo la memoria, la atención, la emoción y la toma de decisiones. (Torres, G., y Fiestas, 2012)

Solo desde esta explicación se entiende que el narcotráfico se encuentre en todos los países, atraviese fronteras, salte aduanas, burle radares norteamericanos, y utilice recursos federales para su procesamiento, almacenamiento y transporte.

La sociopatía de las hegemonías no respeta raza, género o edad; son sociópatas con vacíos empáticos que les impide sentir culpa o remordimientos ante las vidas que siegan.

Y esa amoralidad, esa conducta antivida, no pocas veces se transmite y manifiesta en sus empleados.

Hasta aquí terminamos con la definición de nuestra categoría base.

Ahora...

La esquila que utilizamos de referente principal, reseña lo siguiente...

“No somos héroes. Somos médicos. Dejemos las cosas claras el día de hoy.

Estamos en una de las mayores crisis de salud de la humanidad, y los médicos somos llamados nuevamente para salvar a las personas, vidas y enfermos; algunos incluso hemos sido llamados a regresar de nuestro retiro.

Les reitero a mis colegas:

No aceptemos este discurso de que somos abnegados héroes. ¡Basta!

Veo a los medios y al gobierno llamando a los médicos: “héroes”, superhumanos, hombres que no duermen y arriesgan su vida, genios ilustrados. Y hasta aplausos nos brindan por la noche.

¡Héroes pero en un infierno!

Muchos profesionales de la salud han muerto en el mundo durante esta epidemia, y nadie se pone a pensar que no somos soldados en una guerra, somos padres y madres, que tenemos hijos, familias, que tenemos cuentas por pagar.

No veo al gobierno becando a nuestros hijos, ni a nadie preocupado por nuestras deudas.

Pero eso sí, quieren que nuestro trabajo sea gratuito y altruista.

Somos masacrados por el Estado, por abogados y aseguradoras.

Sufrimos ataques de nuestros derechos y prerrogativas por parte de políticos, directivos, empresas e incluso por otras profesiones que dicen que somos como ellos, aunque ellos nunca se ofrezcan al sacrificio de ningún tipo.

¿Dónde están los homeópatas, acupunturistas, curanderos, osteópatas y quiroprácticos, en estas horas epidémicas de gran necesidad para los enfermos?

No veo a ningún homeópata en terapia intensiva luchando por la vida de un paciente, ¿o sí?

¿Dónde están los armonizadores faciales, esteticistas, biomédicos, fisioterapeutas de botox y rellenos, nutricionistas, expertos en inmunoshot, inmunolocal y en remedios mágicos tan apreciados?

¿Dónde están los políticos de éste país que dicen que un médico es arrogante y que solo queremos privilegios?

Las aseguradoras que cómodamente encuentran un gran momento para no gastar y suspenden las operaciones y tratamientos en **aras de la salud**.

Entonces...

Ahora que los médicos estamos en primera línea sin máscaras, sin goggles, ni equipos de protección personal adecuados, sin gasas o cubrebocas, sin armas terapéuticas, sin ayuda, sin reactivos para detectar enfermedades, que no se compran por mantener subsidios, becas y apoyos para votantes...

Por eso no hay estudios ni diagnósticos suficientes en esta epidemia.

Mientras, un estudiante de especialidad o residencia recibe ayudas ridículas de apenas unos cuantos pesos a la quincena por muchísimas horas de trabajo.

¿Somos héroes?

¡Nada de eso!

Entiendo que es una lucha mediática de egos entre los políticos por aprovechar los reflectores, porque de eso viven.

Pero es hora de que la medicina sea valorada en éste país.

Es hora de tener salarios dignos, justos y compatibles con la importancia de nuestra profesión y nuestro trabajo.

Es hora de dejar de malbaratar nuestra profesión ante las compañías aseguradoras, hospitales y administradoras de salud.

No somos héroes, somos profesionales que igual que todos, somos quizás imprescindibles.

Nos diferenciamos por la naturaleza de nuestro trabajo y la enorme responsabilidad. Ni mejor ni peor, sino una profesión diferente.

Necesitamos dejar de aceptar esto de ser “un apóstol” y un héroe.

Eso del apostolado es un pretexto para que el Estado y el mercado médico continúen sin valorarnos, porque debemos ser abnegados y altruistas.

Ahora es el momento de cambiar ese juego.

Requerimos trabajar con el equipo necesario.

No somos soldados para ir a una guerra y morir... ¡No!

Después de estudiar 20 o 24 años, sólo somos doctores, sólo somos seres humanos, pero también tenemos familia, a la cual diariamente vemos y abrazamos, llenos de gérmenes adquiridos en nuestro trabajo, sin que nadie valore esto.

¿Quién no atendió, hizo traqueostomía o le tosió en la cara un paciente con tuberculosis o pseudomona multirresistente, y después de eso salió a echarse unos tacos?

Sé que tenemos un sistema inmunológico de recolector de basura, pero eso es una ruleta rusa:

Un día una bala nos tocará a nosotros, a nuestros hijos o esposa, que te darán un beso al llegar de tu trabajo.

Después de la crisis y de esta grave contingencia, los convoco a unirnos y exigir un giro radical en la forma en la que nos tratan las aseguradoras, hospitales públicos y privados, los empresarios de la medicina y principalmente el gobierno de nuestro país.

Dejemos de cargar la responsabilidad de la falta de medicamentos, suturas, material y estudios, cuando es responsabilidad del Estado proveerlos.

Dejemos de soportar que a nosotros nos reclame el paciente y hasta nos demande civil y penalmente, cuando se destinan cantidades multimillonarias a campañas políticas, partidos, legisladores, gobernadores, policías ineficientes, corruptos jueces y magistrados con sueldos millonarios.

Y mientras se sigue sacrificando como hasta hoy, la salud y la educación del pueblo.

Yo, tú y todos los médicos, levantemos la voz en cuanto esta contingencia pase.

Porque somos médicos, porque somos personas.

¡Porque no somos héroes! (Perez, 2020)

Pues bien...

¿Qué hacer cuando los mismos encargados de este sistema de salud exponen a sus subordinados?

¿Qué hacer cuando los responsables adoptan esa postura indiferente, irresponsable y sádica hacia sus niveles a cargo?

Pésima situación donde los funcionarios y jefes de área y servicio, aceptan las directrices gubernamentales que, rayando en lo ilegal e inhumano, laceran los derechos, seguridad e integridad del personal a su cargo.

El CBS, el profesional de las ciencias biológicas y de la salud tiene el respeto que exige. Y no por nada miembros de la sociedad civil claman por un juicio legal ante el actuar del gobierno federal y de López-Gatell.

Ejemplo de esa indiferencia institucional, fue cuando personal sanitario del Estado de México denunciaron la falta de especialistas en enfermedades respiratorias; cuando médicos del Hospital General de Zona 53, exigieron al Director del Instituto Mexicano del Seguro Social que cumpliera los lineamientos de reconversión hospitalaria en los hospitales COVID, denuncia que no tuvo efecto, solicitud pública que fue ignorada por ese directivo y por el resto del escalafón.

Se sumó a esa demanda, el reclamo por el inadecuado equipo de protección suministrado por la institución, lo que se tradujo en las decenas de contagios entre el personal. (Chavez, 2020)

Algunos casos hubo, donde algunos valientes trabajadores de clínicas y hospitales sí manifestaron públicamente la falta de insumos y equipo de trabajo. (Badillo, 2020)

Mal equipamiento que se tradujo en riesgos altos, infecciones y las subsecuentes defunciones. Manifestaciones que claramente fueron negadas o minimizadas por los funcionarios responsables.

Manifestaciones que no obstante la nula respuesta federal y su correspondiente negación de la realidad, fueron aún más valerosas y valiosas, dadas las comunes acciones de amenazas para aquellos que rompen el silencio y no se alinean con las “normas” implícitas de no generar revueltas ni señalar los fallos de las autoridades.

Tampoco fueron pocos los casos, donde el personal tuvo que comprar o improvisar su propio equipo de seguridad, ante el silencio, negativa e indiferencia de los funcionarios federales. (Leon, González, y Ortega, 2020)

No les suministraban, y cuando lo hacían, eran pocos o de los no adecuados.

Reconversión hospitalaria cuyo mal protocolo y equipamiento lo pagaron los pacientes y los trabajadores.

Infectados que volvieron, pero otros que ya no lo hicieron; algunos que se fueron adultos, pero otros, que por sus complicaciones, fallecieron jóvenes.

¿Recuerdan el pliego petitorio del médico interno de pregrado (MIP) fallecido en el Hospital General de Ecatepec “Jose María Rodríguez”?

Nos referimos al caso del MIP que falleció por falta de equipo de bioseguridad.

El joven médico continuó laborando en el servicio de urgencias de dicho hospital, aún cuando ya presentaba síntomas.

Ante las críticas y la difusión pública del caso, la institución se deslindó y señaló que el joven no se encontraba en ese servicio, y que “no se veía tan mal”, por eso siguió laborando.

El interno continuó con sus guardias, reanimando y tomando muestras: sin guantes, bata, cubrebocas y goggles.

Enfermó, y por su parte acudió a consulta particular, pero cuando empeoró fue llevado por sus familiares al mismo lugar donde prestaba sus servicios. Ahí falleció.

El hospital informó que la institución garantizaba la protección, prevención, diagnóstico y atención a su personal.

La institución sostuvo que el joven interno no laboraba en área Covid, que se le hicieron los estudios correspondientes, y que la institución contaba con suficientes camas para la atención. (Salinas, 2021)

No por nada México se encuentra en el primer lugar mundial en muertes de personal de salud por COVID.

En septiembre del 2020 ya teníamos ese deshonroso récord mundial, y hubo un salto temible, de 1,320 fallecimientos confirmados (Forbes, 2020), a 1,410 trabajadores fallecidos. (González, 2020)

Para octubre del 2020, ya eran 1,744 las defunciones. (Facultad de Medicina, 2020)

El 5 de julio del 2021, eran 4,057 los caídos. (Gobierno de México, 2021)

El 25 de octubre del 2021 eran 4,517 los fallecidos. (Salud, 2021)

Y en la información más actualizada, en el informe del gobierno de México del 12 de enero del 2022, se contabilizan 4,628 lamentables muertes por COVID en personal de salud

De esos 4,628 muertos:

- 44.66 % son de medicina,
- 30.68 % administrativos,
- 18.73 % enfermería,
- 3.50 % dentistas y
- 2.42 % laboratoristas.

En cifras, tenemos que son:

- 2,067 de medicina,
- 1,420 administrativos,
- 867 de enfermería,
- 162 dentistas,
- 112 laboratoristas. (Salud, 2022)

No olvidar que esos desastrosos decesos son sólo de personal en instancias adheridas y registradas en las redes gubernamentales.

Muertes que son resultado de malas decisiones gubernativas e irresponsabilidad estatal; consecuencias de política antes que ciencia.

Sobre ello refiere el Institute for Global Health Sciences en “La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso”... “Culpar a gobiernos anteriores por la caótica situación del sistema de salud se ha convertido en un mantra recurrente del actual presidente de México. Estos ejemplos muestran que emergencias epidemiológicas previas se manejaron con rapidez y competencia.” (Institute for Global Health Sciences, 2021).

Muletillas demagógicas en un actuar demagógico.

En ese mismo estudio de la Universidad de San Francisco, se refiere que si bien la capacidad estatal, la solidez de los sistemas de salud, y las condiciones sociales son los factores que determinan los resultados de una buena gobernanza ante una emergencia, lo que ocurrió y ocurre en México es muy diferente a lo marcado por ese esquema.

La constante desde el inicio de la pandemia fue: una deficiencia importante en los procedimientos de toma de decisiones, que llevaron a fallas en la evaluación de riesgos; el diseño de políticas de salud cuestionables y la adaptación defectuosa de las mismas.

De acuerdo a ese estudio, las principales fallas en el proceso de toma de decisiones, y del modelo para la gestión de la emergencia sanitaria fueron: la excesiva concentración de autoridad y decisiones en el poder ejecutivo; insuficiente o nula deliberación de las decisiones del ejecutivo con órganos sanitarios colegiados; no se permitió que las decisiones presidenciales fueran supervisadas, contrastadas o complementadas por especialistas independientes; negativa del Estado a la participación y escucha de estudios y estudiosos que ejecutaron análisis y evidencias científicas sobre el nuevo virus; politización de los aspectos técnicos de la evaluación de riesgos, planificación e implementación, debido a la falta de autonomía de las instituciones de salud; ligado con los dos puntos anteriores, marginación de organismos científicos, universidades y sociedad civil, en cuanto a propuestas y respuestas ante la pandemia; conflictos políticos y partidistas que dificultaban consensos, racionalidad y acciones coordinadas entre los niveles de gobierno.

Estas fallas produjeron acciones erradas y lamentables entre las que se cuentan las siguientes:

Decisiones clave que se basaron en supuestos injustificados; no se reconoció el grado de riesgo emergente; funcionarios sanitarios que al supeditarse y adherirse a las políticas defectuosas, eludieron responsabilidades señalando culpas; exclusión de la ciencia en la política de salud pública; debido el sectarismo dominante en la política mexicana, respuesta fragmentada de los niveles de gobierno; priorización de lo financiero y partidista, por encima del interés humanista y comunitario; y conflictos políticos que generaron información contradictoria, lo que desinformó a amplios sectores de la población mexicana.

Desinformación que llevó a vastas porciones de la comunidad a dos extremos igualmente perniciosos:

- Minimizar al virus,
- O fatalizar la pandemia.

De todo lo anterior, quizás el mayor pecado de las disciplinas sanitarias -de la medicina y enfermería como ejes, columna, chasis e infraestructura del sistema de salud-, fue su silencio general; pasividad pública y en el peor de los casos complicidad ante las erradas decisiones gubernamentales; subordinación a la política, supeditación a la burocracia.

Papeles pasivos y secundarios; aceptar el silencio y la exclusión a lo largo de la pandemia; aceptar el centralismo y la pérdida de autonomía, ante el populismo e irracionalidad del caudillo de turno.

En el plano formativo, no negamos el mal actuar que en ocasiones existe entre ciertos médicos adscritos y la Coordinación de Enseñanza, no obstante, ¿dónde queda la instrucción de los valores y la ética médica en la que uno ayuda hasta donde es posible?

Porque también es irresponsable y no heroico ayudar a costa de tu vida; porque la situación se complica y potencializa, y se convierten de un enfermo, en dos.

Porque los protocolos de reanimación existen y son internacionales, porque aún a nivel nacional hay protocolos ya hechos a estas alturas, e indican todos lo mismo:

- Si no hay equipo de protección para el médico, no hay reanimación.
- Si hay datos de enfermedad, no laboras ni expones a los demás.

¿Dónde queda entonces esa responsabilidad que pedimos a todos los NO CBS, si los que somos y tenemos supuestamente conocimiento de causa, no lo somos?

Definitivamente no vamos a cambiar esas deformadas conductas comunitarias y pésimas líneas gubernamentales con discursos, pero sí podemos actuar con ética y racionalidad al menos a nuestro alrededor, al menos en nuestra área de influencia y trabajo.

No hagamos héroes ni víctimas, mejor seamos responsables de lo que nos toca.

Sin duda eso de ser “héroes” es el discurso estatal para comprometerte; es como hacerle creer al soldado que está luchando por un ideal nacional, cuando en realidad está siendo usado y sacrificado por los intereses políticos y monetarios de unos cuantos.

Pero en la disciplina médica hay una regla básica donde para actuar, debe el personal sanitario tener seguridad, y si no, no hay nada. Y no es por no ser como Esculapio o Hipócrates; tiene su lógica, y en estos momentos de pandemia es un razonamiento, una norma y una lógica más pertinente aún.

Pero tristemente si no exigimos por nosotros, absolutamente nadie lo hará.

Exigencias ausentes ante un estado de cosas, donde lo utilitario se ha vuelto la norma, por encima de lo humanista y lo ético. En ese sentido, Solano Gámez en “Resiliencia y Covid 19” refiere algo similar a las problemáticas mexicanas, en las condiciones colombianas y de otros países de Sudamérica; al respecto señala...

“Somos testigos del colapso de los sistemas sanitarios de países desarrollados, también llamados de altos ingresos, como Italia, España, Francia, Estados Unidos, Alemania e Inglaterra, que considerábamos modelos de sistemas de salud y seguridad social, y sucumbieron ante las necesidades de infraestructura y personal sanitario ocasionadas por la pandemia.

Esta fractura implica un quiebre de los modelos de cuidado y la pérdida de valores humanos.

Latinoamérica, con sistemas de salud precarios, varios de ellos apéndices de modelos de la lógica neoliberal, como los casos de Chile y Colombia, con privatización de la salud en esquemas de subsidio a la demanda. Otros con esquemas mixtos como Perú, Argentina y Ecuador, con una débil infraestructura

sanitaria y de la mano de presidentes con gobernabilidad cuestionada, se ha visto severamente afectada, con tasas de letalidad elevadas. (Solano, 2020)”

Sistemas de salud donde lo que impera es la inequidad, en una sociedad extremosa, desigual, y con una débil infraestructura hospitalaria, todo ello ante una enfermedad compleja.

Sistema de salud que carga con: rezagos históricos, centralismo burocrático, pocos recursos financieros, factor humano subvalorado, con pocas garantías y equipo para que el personal haga su labor.

Condiciones harto similares...

Dañosas y cuestionables similitudes en Centro y Sudamérica, por efecto del neocolonialismo, y México no es la excepción:

- Regiones enteras rezagadas, supeditadas;
- Con amplios porcentajes de pobreza extrema;
- Con amplios sectores de población iletrada, crédula y fanática;
- Dependientes de la ciencia y tecnología de Occidente; conocimiento que es propiedad de los neocolonialistas; investigaciones de punta, hechas primordialmente en primer mundo.

Aunado a lo anterior -a la problemática de enseñanza y al rezago sanitario-, se suma lo que las nuevas y contemporáneas generaciones de universitarios están padeciendo:

Las deficiencias teóricas y técnicas producto de la enseñanza no presencial, el aprendizaje online para el que pocos estamos preparados. Insuficiencias cognitivas y prácticas que será complejo subsanar; deficiencias que probablemente afectarán a varias generaciones de profesionales y usuarios.

No queremos cerrar este apartado sin exponer dos tópicos más:

- La rifa del avión presidencial y de los inmuebles incautados;
- Y los números que sostienen nuestra enunciación sobre los trágicos resultados, producto de malas y utilitarias decisiones gubernamentales en torno a la pandemia.

### *Sobre la rifa...*

Es importante no olvidar ese episodio de los más representativos y vergonzosos de la actual administración, algo que debería de pasar a la historia como ejemplo particular de un engaño de lo más vil, y de lo peor de la demagogia:

Las supuestas rifas, de la aeronave para transporte de los mandatarios, y de inmuebles incautados a delincuentes.

Supuestamente lo recabado por la venta de los boletos del avión, se utilizaría para la compra de equipo y material hospitalario, y para la ampliación de instalaciones sanitarias. (AMLO, 2020)

En cuanto a lo recabado por los boletos para los inmuebles confiscados a narcotraficantes y políticos corruptos, los recursos se utilizarían para apoyar y premiar deportistas. (Forbes Staff, 2021)

Sin embargo, ni los premios del avión fueron entregados a los ganadores, ni el equipo llegó a los hospitales.

De los inmuebles, se refiere que hay ganadores de algunos de ellos, y otros siguen esperando el premio; por otro lado, sigue sin definirse el apoyo a los deportistas, con un comité envuelto en diversas acusaciones de corrupción.

Y si nos basamos en acciones y promesas obradoristas previas, los premios que no han llegado, definitivamente no llegarán.

Como tampoco la justicia, menos aún el fin de la corrupción; seguirán imperando el cuatazgo, el cinismo y la impunidad.

Esos son los premios que los dirigentes tienen por su lealtad al neocolonialista.

### *Sobre la cantidad de muertos en México, por Covid y por las malas decisiones de los López...*

Hasta el 27 de marzo del 2022, van en México 322,750 lamentables muertes.

Quinto lugar mundial después de Rusia, India, Brasil y Estados Unidos. (Ritchie, Mathieu, Rodés-Guirao, et al 2022)

Algo “curioso”:

El 5 de diciembre del 2021 se registraban 295, 203 decesos.

El 30 de noviembre del 2021 iban en México 293,950 fallecidos por Covid.

El 20 de septiembre del 2021 se contabilizaban 271,765 a causa de ese virus.

El 19 de julio del 2021 iban 236,469 atroces muertes.

Previamente el 18 de julio se registraban 236, 331; de un día a otro murieron 138 personas.

Dos meses antes, el 17 de mayo, se contabilizaban 220, 493; en dos meses hubo 15,838 fallecidos.

El 12 de mayo eran 219, 323 muertos; aumentaron 1,170 en cinco días.

Dos meses previos, el 5 de marzo del 2021, iban 189, 578 defunciones.

Curioso, cuando según las declaraciones oficiales, las infecciones y decesos van a la baja.

Según las autoridades, el manejo de la pandemia ha sido ejemplar, y por ello el cambio de semáforos, y por ello se decidió el retorno de las actividades, y el regreso presencial a las escuelas.

Desde ese manejo de la pandemia “que es ejemplo en el mundo”, habían muerto también 758 menores de edad, eso en agosto del 2021. (Redacción El Economista, 2021)

El 7 de noviembre del 2021, se registraban 904 niños muertos por Covid. (COPARMEX, 2021)

El 30 de enero del 2022, la propia Secretaría de Salud había reportado 1,088 defunciones en el rango de edad de 0 a 17 años. (El Sol de México, 2022)

Y hasta el 20 de marzo del 2022, se contabilizaban en la plataforma Tableau Public un total de 1,249 fallecimientos por Covid en bloques de edad 0-2, 12-14 y 15-17 años. (Tableau Public, 2022)

¿Éstos números indican que se venció a la pandemia?

### Conclusiones

Tras el análisis anterior, realizamos los siguientes cuestionamientos, que tienen como base las reflexiones de una ética, comprometida y excelente profesional de la salud<sup>200</sup>:

¿Qué pasaría si los profesionales de la salud realizaran un paro nacional?

¿Quién tendría que pagar por la atención?

¿Qué haría el gobierno sin ningún médico trabajando?

Seguramente el presidente seguiría diciendo que los médicos son los culpables por la mala calidad en la atención.

¿Pero cuándo la población se ha quejado, porque administrativamente son 15 minutos de consulta por paciente?

Y si tú como médico no estás de acuerdo, la institución te supe y te despide.

¿Cuándo la gente ha exigido al Estado que los médicos vean menos pacientes por consultorio, que se contraten más médicos, y construyan nuevas clínicas?

La población no exige, y el Estado no prevé ni prioriza.

No prioriza la salud de la población, ni las condiciones de trabajo del personal sanitario.

En esa línea del vilipendio presidencial, no olvidemos la “excelente” descripción que hizo el representante del poder ejecutivo sobre los profesionales de la salud; puntual definición que es necesario tener muy presente y no olvidar.

El máximo líder mexicano dijo en una primera declaración del 8 de mayo del 2020, que los médicos eran mercantilistas, porque solo veían ganancias en sus pacientes. (Noticieros Televisa, 2020)

<sup>200</sup> Nos referimos a la Dra. Rocío Paniagua, con la que tenemos el honor de colaborar.

Posteriormente, el 11 de mayo del 2020, supuestamente aclaró lo del día 8, pero añadió lo siguiente...

“¿Cuántas operaciones se hacen sin necesidad, o no existe eso?

Desde luego no podemos generalizar.

*[...Aquí, una reportera lo interrumpió y le comentó...*

*“Ese tipo de declaraciones no abonan al ambiente que hay de violencia contra los médicos.”*

*El supremo dirigente de México le contestó lo siguiente.]*

No, sí abonan. ¿Cómo no van a abonar? [...] Es distinto completamente. Abonan para que les de vergüenza. A los que hacen eso.

Antes no se hablaba de ese tema, claro que no les gusta.

Algunos hasta les daban medallas al mérito.

¿Qué nos decían antes? Estudia para que cuando grande, seas como Don Fulano, un reverendo ladrón.

Se dedicaban a robar, a engañar, y no perdían ni siquiera su respetabilidad.

Eso ya no se puede.

¿Les molesta? Pues sí.

Fíjate, ni sabía yo cuál era el motivo. Porque yo no tengo problema de conciencia.

Ni sabía.

Ahora quién sabe qué van a decir.

No los médicos, sino los adversarios.” (UnoTV, 2020)

Son estas palabras, pero sobre todo los constantes actos de agresión y apatía hacia el personal sanitario, lo que sostiene nuestro enunciado sobre la execrable, humillante e incongruente designación de “heroes”.

En la misma generalidad del desprecio, la minimización y la culpabilidad, no olvidar tampoco cuando el ejecutivo culpó y atacó a los trabajadores sanitarios por no comprar ellos mismos el medicamento para los niños con cáncer.

Ni olvidar que responsabilizó al director del Hospital Federico Gómez por el desabasto y descontrol de los tratamientos oncológicos. (Redacción Aristegui Noticias, 2020)

A nivel de estrategia es una buena cortina de humo, una excelente estrategia de contrainformación, la de crear chivos expiatorios que distraerán a la opinión pública de los problemas graves de la sociedad.

Hacerlo con los CBS, sacrificarlos para que la comunidad los mastique y se olvide de las crisis económicas y sanitarias, no es algo que podamos llamar honorable.

Importante también es recordar las declaraciones que Gatell hizo el 30 de marzo del 2020, con relación a lo ocurrido en el Hospital General de Zona N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Monclova, cuando el gobierno estatal y federal quisieron cubrir la falta de recursos y lo precario del equipo e instalaciones, para encarar a su paciente cero.

En esa ocasión, Gatell responsabilizó a los médicos del contagio en esa instalación, cuando descalificó a su propio gremio y enunció que los médicos seguramente se habían infectado en su “consulta privada fuera del hospital”, y no en el IMSS donde laboraban. (Boletín, 2020)

Lo que ha predominado a lo largo de la pandemia, es una mala planeación de los servicios de salud.

La apuesta sigue siendo curar, en vez de contratar a trabajadores sanitarios que hagan medicina preventiva, con una logística y presupuesto para ese fin.

Atención primaria que es ignorada, que no se considera prioridad, y que por tanto es proscrita. (León, 2020)

Lamentable situación:

- Las masas desde su ignorancia, comodidad y complicidad, no exigen.
- Los profesionales de la salud éticos y reflexivos, son ignorados y sacrificados.
- Las únicas voces de médicos que son oídas por el Estado, son aquellas deshonestas, irresponsables e inmorales, que confluyen más en los proyectos políticos, que desde el método científico.

- Gatell y Obrador han traicionado a la población, no han cumplido las funciones correspondientes a sus cargos.
- Ambos en repetidas ocasiones han culpabilizado al personal de salud por acciones y problemáticas que tienen su origen en las utilitarias decisiones de esos dos funcionarios.

Malas decisiones y pésimas acciones que en sus peores resultados mantienen a México en su deshonroso primer lugar internacional en muertes de personal sanitario. Decisiones irresponsables que nos mantienen miserablemente a nivel global, en el “lugar de honor” por fallecimientos dentro del personal de salud. (Amnistía Internacional, 2020)

Amén de ello, continuamos en el vergonzoso cuarto lugar mundial en lamentables fallecimientos por COVID.

Vergüenza para el país, lamentable para las disciplinas sanitarias.

Hechos, actos, datos, evidencias, que indican el pésimo actuar de la actual administración; una ignominiosa realidad que los sectores ideologizados niegan y justifican.

Decir que como país vamos bien, con esos números, con esas cifras de mortalidad, implica un alto nivel de sociopatía, mentira, cinismo e impunidad; actos criminales por el que cualquier ciudadano normal ya estaría preso, pero ellos no.

El actual presidente sigue sonriendo, celebrando el “triunfo histórico democrático del pueblo de México”, beneficiando a sus cercanos (Pío, Felipa, Martín Jesús, Ackerman, Bartlett, etc.), y manteniéndose despreocupadamente en esa modalidad, porque se sabe resguardado, gracias a lo mismo que tuvieron los anteriores:

La protección al ser útil a las clases altas internacionales.

Como se argumentó en el Desarrollo: al ser México una neocolonia, si no hay democracia ni justicia, tampoco hay estado de derecho.

Absurdo entonces que el dispositivo juzgue y elimine a sus propias herramientas funcionales.

No así a las voces racionales, disidentes, que proponen y se desmarcan del discurso y actuar oficial; sobre ellos sí cae todo el peso del totalitarismo gubernamental; y si la propaganda, la burla y la descalificación no bastan, para eso está el ejército en las calles, para amedrentar y presionar.

¿Los pacientes? Los hechos indican que es lo que menos le interesa al Estado.

¿El personal de salud? Empleados que no han merecido el mínimo de respeto, ya no digamos reconocimiento o retribución. Siguen laborando sin el suficiente equipo de protección, y ya tampoco sin el Concepto 014 infectocontagiosidad no médica.

No solo a la población se la está sacrificando, también a los CBS.

Por todo la anterior:

- Afirmamos que para el Estado mexicano -para el presidente Obrador y para el subsecretario Gatell-, son nada los fallecimientos de la población en general, y del personal sanitario en particular.
- Para esos políticos, los trabajadores de la salud no son héroes.
- Son meros números, herramientas totalmente prescindibles.
- Reses sacrificadas que en nada afectan a sus proyectos e intereses, de ellos y de sus trasnacionales amos.
- Si algo sobra en esta modalidad rapaz, es gente para inmolar.
- Es necesario cuidarnos y no colaborar con esas agendas cosificantes.
- Creer en su propaganda de pseudo izquierda, implica ser copartícipe de actos utilitarios que lesionan a la comunidad.
- El partidismo no es opción que solucione las problemáticas comunitarias, creerlo es caer en una ingenuidad que raya en complicidad.
- Derecha e “izquierda”, están supeditadas al capital extranjero.
- La opción por lo menos micro, es la autogestión; abogar en contra del centralismo y favor de una mayor participación comunitaria, tanto a nivel económico como en el ámbito político.

- Sería vital confluir con el personal sanitario, para hacer oír sus quejas y recomendaciones; en problemáticas biológicas, tiene más qué decir la ciencia que la politiquería.
- Si la comunidad apoyara al personal sanitario, serían un factor formidable en la modificación de la realidad social.

Falta saber si el condicionamiento que nos ha dejado la maquinaria ideológica, se puede desfasar.

## Referencias

- AMLO. (2020). *Sorteo de la lotería alusivo al avión presidencial fue un éxito, afirma presidente, 2020*. Lopez Obrador. <https://lopezobrador.org.mx/2020/09/17/cpm-17-09-2020/>
- Amnistía Internacional. (2020). *Global: análisis de Amnistía revela que más de 7000 profesionales de la salud han muerto a causa de la COVID-19, 2020*. Amnistía Internacional. <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/09/amnesty-analysis-7000-health-workers-have-died-from-covid19/>
- Badillo, D. (2020). Falta de insumos, el constante llamado de alerta del personal de salud ante el Covid-19. *El economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Falta-de-insumos-el-constante-llamado-de-alerta-del-personal-de-salud-ante-el-Covid-19-20200414-0151.html>
- Bertaccini, R. (2011). *Militarización imperialista: máscaras nuevas para proyectos viejos* (V. E. Nacional & la A. B. de E. de Defensa (eds.)).
- Boletín. (2020). *Muestra IMSS vulnerabilidad*. Boletín. Sector Público. <http://boletin.org.mx/Noticia/muestra-imss-vulnerabilidad>
- Chamuco TV. (2021). *Hugo López-Gatell*. <https://www.youtube.com/watch?v=0c7Pf1J1400>
- Chavez, V. (2020). Denuncian que pacientes COVID-19 en Edomex están en riesgo por falta de especialistas. *El financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/edomex/denuncian-que-pacientes-con-covid-19-en-edomex-estan-en-riesgo-por-falta-de-especialistas/>

- Colegio Médico del Perú. (2020). *El Perú ocupa el tercer lugar en ranking de médicos fallecidos en América latina a causa del Covid-19*. Consejo Nacional. <https://www.cmp.org.pe/el-peru-ocupa-el-tercer-lugar-en-ranking-de-medicos-fallecidos-en-america-latina-a-causa-del-covid-19/>
- Colegio Médico del Perú. (2021). *Médicos fallecidos por Covid-19 en Iberoamérica. Información actualizada al 13 de julio de 2021*. Consejo Nacional. <https://www.cmp.org.pe/medicos-fallecidos-por-covid-19-en-iberoamerica/>
- COPARMEX. (2021). Los niños, el sector más olvidado por el Gobierno. *Confederación Patronal de la República Mexicana*. <https://coparmex.org.mx/los-ninos-el-sector-mas-olvidado-por-el-gobierno/>
- El Sol de México. (2022). Más de mil menores han muerto por Covid en México. <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/cuantos-ninos-han-muerto-por-covid-en-mexico-7881235.html>
- Facultad de Medicina. (2020). Boletín sobre Covid-19. Salud pública y epidemiología. *Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM*. [http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No.12-00-Boletín-completo\\_v2.pdf](http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No.12-00-Boletín-completo_v2.pdf)
- Forbes. (2020). México, el país con más personal médico muerto por coronavirus. *Forbes*. <https://www.forbes.com.mx/noticias-mexico-pais-con-mas-personal-medico-muerto-por-coronavirus/>
- Forbes Staff. (2021). Gobierno obtiene 193 mdp por rifa de inmuebles para atletas olímpicos y paralímpicos. *Forbes México*. <https://www.forbes.com.mx/gobierno-obtiene-193-mdp-por-rifa-de-inmuebles-para-atletas-olimpicos-y-paralimpicos/>
- Gobierno de México. (2021). *COVID-19 México. Personal de salud*. Secretaría de Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651787/PERSONALDESALUD\\_05.07.21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651787/PERSONALDESALUD_05.07.21.pdf)
- González, M. (2020). Coronavirus en México: por qué es uno de los países con más muertes de personal sanitario por covid-19 en todo el mundo. *BBC*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-54276312>
- Granados Monroy, E. D. (2016). Fundamentos de Psicología Política de Wilhelm Reich. En *Fundamentos de Psicología Política de Wilhelm Reich*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. <https://doi.org/10.22201/fesz.9786070278402e.2016>

- Institute for Global Health Sciences. (2021). La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso. En *Universidad de California en San Francisco*.
- Leon, M., González, H., Ortega, A. (2020). Médicos compran su propio material e improvisan ante casos de coronavirus. *Expansión Política*. <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/04/01/medicos-compran-sus-propio-material-e-improvisaante-covid-19>
- León, A. (2020). COVID 19, una nueva etapa de liderazgo perdido. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. <https://www.redalyc.org/journal/1696/169663817002/>
- Martínez, B. (2022). Tableau Public. México: Casos COVID-19, pacientes y estudios completados. Fallecimientos positivos COVID-19, acumulados y por semana de defunción. <https://public.tableau.com/app/profile/bomv/viz/COVID-19Mexico/CasosReporteSS>
- Noticieros Televisa. (2020). *Conferencia matutina AMLO/8 de mayo del 2020*. <https://www.youtube.com/watch?v=7GNFt-ik-pU>
- Perez, R. (2020). No somos héroes, somos médicos, la revolución de las batas blancas. *Formato siete*. <https://formato7.com/2020/05/03/de-razones-y-pasiones-no-somos-heroes-somos-medicos-la-revolucion-de-las-batas-blancas/>
- Redacción Aristegui Noticias. (2020). Van contra director del Hospital Infantil; AMLO lo culpa por desabasto de medicamentos. *Aristegui Noticias*. <https://aristeguinoticias.com/2301/mexico/van-contra-director-del-hospital-infantil-amlo-lo-culpa-por-desabasto-de-medicamentos/>
- Redacción El Economista. (2021). ¿Cuántos niños han muerto por Covid? Cifras hasta agosto de 2021. *El economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Cuantos-ninos-han-muerto-porCovid-Cifras-hasta-agosto-de-2021-20210902-0046.html>
- Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L. et al. (2021). *Coronavirus (COVID-19) Deaths 2021*. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data. <https://ourworldindata.org/covid-deaths>
- Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L. et al. (2022). *Coronavirus (COVID-19) Deaths 2022*. Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data. <https://ourworldindata.org/covid-deaths>

- Salinas, J. (2021). Reportan falta de insumos en el hospital general de Ecatepec. *La jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/01/07/estados/reportan-falta-de-insumos-en-el-hospital-general-de-ecatepec/>
- Salud, S. de. (2021). *Personal de Salud 25 de octubre del 2021*. Gobierno de México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678408/PERSONALDESALUD\\_25.10.21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678408/PERSONALDESALUD_25.10.21.pdf)
- Secretaría de Salud. (2022). Informe integral de Covid-19 en México. Número 01-2022. México: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/01/Informe-Integral\\_COVID-19\\_12ene22.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/01/Informe-Integral_COVID-19_12ene22.pdf)
- Solano, A. (2020). Resiliencia y Covid 19. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. <https://doi.org/https://doi.org/10.18597/rcog.3531>
- Torres, G., y Fiestas, F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a19v29n1.pdf>
- Universidad Autónoma Metropolitana. (2019). *Plan de Desarrollo 2019-2024*. [http://www2.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/departamentos/dsb/plan-desarrollo/desarrollo\\_19.pdf](http://www2.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/departamentos/dsb/plan-desarrollo/desarrollo_19.pdf)
- UnoTV. (2020). *Conferencia matutina de AMLO 11 de mayo del 2020*. <https://www.youtube.com/watch?v=ip7sx2tloD4>



# México y la pandemia por COVID-19

## Capítulo 6

### Introducción

A un año desde que el primer caso de COVID-19 se confirmara en México, muchos investigadores y observadores analizan con conocimientos actuales, cuáles fueron los aciertos y errores de la estrategia del gobierno ante la pandemia.

El presente trabajo es una recopilación de los datos arrojados por expertos en la materia. Se hace un breve análisis sobre la gestión del gobierno mexicano en su intento por aminorar las repercusiones en la salud pública y en la economía del país durante la emergencia sanitaria por COVID-19.

### Desarrollo

Los primeros casos de neumonía detectados en Wuhan fueron reportados a la OMS el 31 de diciembre de 2019. Aún se desconocía el virus causal de la enfermedad. Es hasta el 7 de enero de 2020 que las autoridades de China confirman que han identificado el virus como un nuevo coronavirus.

Para el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declara al coronavirus una emergencia internacional de salud pública, todo tras confirmarse casos de contagio en países como Francia, Estados Unidos, Japón y otros 17 lugares fuera de China.<sup>201</sup>

El primer caso de COVID-19 se detectó en México el 27 de febrero de 2020. El 30 de abril, 64 días después de este primer diagnóstico, el número de pacientes aumentó exponencialmente, alcanzando un total de 19,224 casos confirmados y 1,859 fallecidos (9,67 %).<sup>202</sup>

<sup>201</sup> Datos obtenidos de la página <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/14/cronologia-del-coronavirus-asi-empezo-y-se-ha-extendido-por-el-mundo-el-mortal-virus-pandemico/> revisada el 8 de mayo de 2021.

<sup>202</sup> Cfr. Suárez, Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020, p 2.

Transcurrieron poco más de 50 días desde que el mundo tuvo conocimiento de la nueva enfermedad, hasta la detección del primer caso en México. Para ese momento México y su sistema de salud no estaba preparado ni prevenido para todo lo que ocurriría meses después.

Cuando el mundo tuvo conocimiento abierto sobre lo que ocurría con la nueva enfermedad al otro lado del planeta, se creó una gran expectativa en cuanto a la respuesta que se tomaría para lidiar con este fenómeno nuevo y desconocido. El gobierno mexicano recibió múltiples recomendaciones por parte de científicos y académicos expertos, con el objetivo de aportar ideas en la planificación de una estrategia sólida que ayudara a minimizar las pérdidas humanas y económicas que se tenían previstas una vez que la pandemia llegara al país.<sup>203</sup>

Los expertos esperaban contribuir a un cambio positivo o rectificación en el actuar de las autoridades, sin embargo, la estrategia que eligió el gobierno desde un inicio, fue la que se mantuvo y mantiene hasta la fecha. Ésto a pesar de que la pandemia por COVID-19 es un fenómeno de constante cambio, que día a día arroja nueva información referente al virus causante de esta enfermedad.

La estrategia que México adoptó para la vigilancia epidemiológica del SARS-Cov2 fue el modelo “centinela”. El cual también fue utilizado durante la emergencia sanitaria por influenza.

Este modelo recopila una muestra representativa de los casos en el país, con datos detallados que generan información para estimar la magnitud del problema, documenta su distribución y propagación. Basado en eso se elabora la estrategia para enfrentar dicho problema.<sup>204</sup>

Estrategia que se encuentra en contraste con las recomendaciones de la OMS de aislar, tratar y rastrear los contagios por coronavirus a través de la realización de pruebas para la detección del virus.<sup>205</sup>

Como se menciona en un resumen de la conversación que mantuvo la BBC con López-Gatell sobre la gestión y decisiones frente al COVID-19 en México...

<sup>203</sup> Cfr. <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/14/cronologia-del-coronavirus-asi-empezo-y-se-ha-extendido-por-el-mundo-el-mortal-virus-pandemico/> revisada el 8 de mayo de 2021.

<sup>204</sup> Cfr. Melesio, Opinión: México ya solo depende de sus ciudadanos para detener al coronavirus.

<sup>205</sup> Ídem.

“El primer propósito técnico de esta estrategia es que el número de casos diarios en el momento de máxima intensidad epidémica sea siempre menor a la capacidad del sistema de salud, que nunca se rebase.

El segundo objetivo es ganar tiempo. Ningún sistema de salud del mundo está de antemano preparado para un evento como este. Así que queríamos posponer todo lo posible el momento de máxima intensidad de transmisión y, por lo tanto, de número de hospitalizaciones.

Y el tercero es reducir el número total de casos, que según algunas estimaciones del modelo puede ser hasta del 10 %, aunque no es el objetivo fundamental.

Lo que sí es un objetivo es reducir las muertes que puedan darse por falta de atención médica, que la causa de la muerte sea porque se saturó el hospital y la persona no pudo ser atendida.”<sup>206</sup>

De lo anterior se entiende que parte de la estrategia que manejo el gobierno mexicano no fue contener los casos, evitar en la medida de lo posible la propagación de contagios o evitar muertes relacionadas a COVID-19. Se aposto por una “pandemia larga” que permitiera dar atención a los pacientes infectados sin saturar los hospitales.

Desde su inicio, las autoridades en México no pretendían llevar a cabo una estrategia de contención de contagios, por lo que el aislamiento siempre fue manejado como opcional.

En palabras del subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Hugo López-Gatell, la estrategia del gobierno para hacer frente al coronavirus COVID-19 parte de las predicciones del modelo centinela, con lo cual se asume que no se puede detener la pandemia, pero sí se puede administrar para que dure más, sin colapsar el sistema de salud ni afectar la economía del país.<sup>207</sup>

El médico de enfermedades infecciosas y ex zar de México contra la gripe H1N1, el Dr. Alejandro Macías, piensa que la escasez de fondos fue la razón verdadera por la cual las pruebas fueron limitadas... “Puedes comprar miles de pruebas, pero si no tienes el personal para realizarlas, no puedes hacer mucho”, agrega

<sup>206</sup> González, Coronavirus en México.

<sup>207</sup> Cfr. Ramos, Pandemia larga, pero manejable, la apuesta de las autoridades de Salud.

Celia Mercedes Alpuche Aranda, investigadora de enfermedades infecciosas del Instituto Nacional de Salud Pública y ex director de InDRE.<sup>208</sup>

Considérese lo siguiente:

- Las pruebas tienen un costo nominal de \$ 2,300 pesos.
- El año pasado, el gobierno etiquetó \$ 500 millones de pesos **(el costo de 217,000 pruebas) para la promoción del béisbol.**<sup>209</sup>

Eso proporciona indicios respecto a las prioridades gubernamentales.

El tema sobre las pruebas para detección del virus no es lo único que ha recibido críticas, también en su momento lo fue el no cerrar las fronteras de México, y permitir el libre acceso al país. Pensando el Estado en que no ayudaría a frenar la propagación del virus y que solo causaría daño a la economía. Actualmente se reconoce que el cierre de fronteras o monitoreo del flujo a través de ellas, puede ayudar en la detención de la propagación.

Al inicio de la pandemia, la población del país tuvo mucha confusión sobre el uso del cubrebocas o mascarillas.

López-Gatell no ordenó su uso, ya que daría una “falsa sensación de seguridad”, y eso provocaría que la gente bajara la guardia y tomara más a la ligera otras medidas como el distanciamiento social y el lavado de manos. Fue hasta que la presión de expertos hizo de esta medida algo primordial y urgente, cuando el estado lo hizo obligatorio.<sup>210</sup>

Gran parte de la confusión que se generó durante los primeros meses de pandemia en México, fueron los dobles mensajes que daba el gobierno.

Por un lado, el titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell promovía durante las conferencias matutinas el lema “Sana Distancia”.

<sup>208</sup> Pérez, Mexico’s controversial coronavirus czar, pp 1261-1262.

<sup>209</sup> Melesio, Opinión: México ya solo depende de sus ciudadanos para detener al coronavirus.

<sup>210</sup> Cfr. Pérez, Mexico’s controversial coronavirus czar, pp 1261-1262.

Mientras, el presidente López Obrador continuó celebrando reuniones masivas en todo México, como parte de su gira presidencial.<sup>211</sup>

A pesar de adoptar como medida estricta el uso de cubrebocas, el presidente nunca lo usaba en sus apariciones públicas. Incluso en espacios cerrados.

Esta falta de coherencia y liderazgo provocó que se minimizara el impacto real que la pandemia causaría en la salud y economía de millones de mexicanos.<sup>212</sup>

México como muchos otros países, centralizó la toma de decisiones relacionadas al manejo de la pandemia. Un reducido comité fue el encargado de decidir en qué momento se debían imponer o levantar las medidas de confinamiento; cuándo era o no obligatorio el uso de cubrebocas; cómo debía distribuirse la vacuna; y quién debía tener atención prioritaria. Dejando a un lado la participación de gobiernos estatales y municipales.

Esto a pesar de que las condiciones y prioridades sanitarias fueran diferentes por regiones a lo largo de la pandemia.<sup>213</sup>

Aunque no todo en la centralización puede ser problemático. Sin embargo, se pudo optar por una colaboración coordinada entre gobierno federal y estatal. Acciones conjuntas para mantener en equilibrio las necesidades económicas y de salud pública de cada entidad.

Permitir la participación, genera una mayor solidaridad y apoyo entre los gobiernos.

### Conversión hospitalaria

Como daño colateral, al convertir hospitales en solo atención para pacientes COVID-19, y por tanto tiempo, muchos otros servicios de salud pública se vieron afectados:

Retrasando cirugías ya programadas; se afectó a cientos de vidas debido a la falta de insumos, falta de personal médico o quirófanos para afrontar y contener

<sup>211</sup> Cfr. Pérez, México's controversial coronavirus czar, pp 1261-1262

<sup>212</sup> Cfr. Ibarra-Nava, México and the COVID-19 response, pp. 1-3.

<sup>213</sup> Cfr. Rajan, ¿Cuál gobierno pospandémico?

otras afecciones de salud, en servicios como son Traumatología, Oncología, Pediatría, etc.

No obstante estas tragedias, López-Gatell enunció... Logramos la meta que nos propusimos: “Que nadie se muera por no recibir atención médica”.<sup>214</sup>

De este análisis y retrospectiva surgen algunas interrogantes:

- ¿Cuántos pacientes que padecen otra enfermedad, agravaron?
- ¿Cuántos siguen sin recibir atención especializada?
- ¿Cuántos de estos pacientes llevan más de un año con una reducida calidad de vida, debido a que sus cirugías o tratamientos se siguen aplazando en tiempo y forma?

Sobre esos cuestionamientos, nos basamos en una revisión de datos oficiales abiertos de atención hospitalaria que la secretaria de Salud Federal publica para verificar el comportamiento de la atención médica por año.

La información corresponde a los hospitales públicos del sector salud, sin contar datos de IMSS, ISSSTE, ni particulares.

La revista Animal Político en su versión digital envió la recopilación de esos datos al investigador Juan Pablo Díaz -experto en bioestadística de la Universidad de Toronto-, y Alonso Santaolla -científico de datos-, para determinar matemáticamente cuantos mexicanos podrían haberse quedado sin atención médica.<sup>215</sup>

Parte de los datos que arrojó esa investigación fueron los siguientes:

- En el tema de urgencias, los expertos concluyen que 2 millones 502 mil 376 personas (con un intervalo de predicción del 90 por ciento), se quedaron sin recibir este servicio de marzo a octubre en las unidades del sector salud.
- Mientras que en hospitalizaciones serían 428 mil 406 personas que no pudieron ser internadas, con el mismo intervalo de predicción.

<sup>214</sup> Rajan, ¿Cuál gobierno pospandémico?

<sup>215</sup> Cfr. Ángel, Casi tres millones de personas se quedan sin atención en hospitales públicos por pandemia.

- En total, se trataría de 2 millones 930 mil 782 personas que no accedieron a dichas atenciones hospitalarias hasta octubre de 2020.<sup>216</sup>

### Hospitalizaciones por COVID-19

El país, como muchos otros, no se encontraba preparado para la emergencia sanitaria derivada del SARS-Cov-2.

Llegó en un momento inestable en materia de lo económico y lo político.

Sin precedentes claros, o un manual de cómo se debe actuar en estas situaciones de salud pública, el gobierno optó por minimizar la pandemia.

El mensaje que dio el presidente López Obrador, al comienzo, y durante los días más críticos de la pandemia, fue: “Los pacientes deben quedarse en casa, solo si sus síntomas son muy graves, deberán buscar pruebas y tratamiento.”

Esto generó temor generalizado por acudir a un hospital público.

Desafortunadamente muchos de los pacientes llegaban con síntomas graves, complicando de esa manera su pronóstico, que ya resultaba reservado, debido a que el personal de salud mexicano, no contaba con el equipo necesario para su propia protección.

A pesar de esto, el personal sanitario continuó brindando atención, poniendo su propia vida en riesgo.

Esto pudo haberse evitado, si las autoridades gubernamentales no hubiesen subestimado el riesgo de COVID-19 en México, y hubieran instituido planes de respuesta adecuados al comienzo de la pandemia, o incluso antes de que el virus llegara a México.<sup>217</sup>

En pacientes hospitalizados en situación crítica, un último recurso es el uso de un ventilador especial. En México, muchos pacientes no tuvieron la oportunidad de saber cómo responderían a la intubación antes de fallecer.

---

<sup>216</sup> Ídem.

<sup>217</sup> Caldera-Villalobos, The Coronavirus Disease (COVID-19) Challenge in Mexico, p 2.

Tal como enuncia el analista político, enfocado en Latino América, Nathaniel Parish...

“De los 100,104 pacientes confirmados oficialmente que murieron de Covid-19 en México al 19 de noviembre de 2020, solo 29,745 estaban conectados a un ventilador antes de morir.

Más de 2 de cada 3 pacientes confirmados con Covid-19 en México, nunca fueron intubados antes de morir.”<sup>218</sup>

Esto quiere decir que en México, la mayoría de los pacientes con Covid-19 fallecieron sin ser intubados.

Además de los pacientes que si fueron intubados, más de 8 de cada 10 no lograron sobrevivir.

No se adquirió el equipo suficiente, ni se contaba con los técnicos expertos para el manejo de este equipo, factores importantes en la atención de pacientes críticos.<sup>219</sup>

### Del personal de salud

La OMS coloca a México como el país más mortal de América para el personal sanitario.

Un informe de Amnistía Internacional del 3 de septiembre, decía que habían muerto más trabajadores de la salud mexicanos a causa del COVID-19, que en cualquier otro país.

Desde enero de 2020 hasta el 13 de abril de este año, **han fallecido por coronavirus 3,534 sanitarios**, más de 7 trabajadores de la salud al día.

Casi el triple de los registrados por Estados Unidos, el país con más defunciones por Covid-19 en el mundo.<sup>220</sup>

<sup>218</sup> Parish, ¿Why is Mexico Failing to Confront the Covid-19 Pandemic?

<sup>219</sup> Ídem.

<sup>220</sup> Cfr. Agren, Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths.

Personal de salud, que se ha dedicado a combatir una pandemia sin precedentes. Con recursos limitados.

El 2 de septiembre, Carissa Etienne enunció que en una encuesta encontró que casi la mitad de los trabajadores de la salud mexicanos, no recibieron EPP en el trabajo.

El desahogo en las salas de urgencias fueron las consultas privadas.

Muchos de estos consultorios ubicados en colonias, donde los pacientes tenían un fácil acceso para revisión y diagnóstico.

Son 71,286 médicos de consultorios privados, según cifras del Instituto Nacional de Estadística, que no han sido contemplados por el Plan Federal de Vacunación.<sup>221</sup>

### Conclusiones

Si bien la falta de información que se tenía a nivel mundial sobre el nuevo coronavirus, fue en gran medida lo que llevó en un inicio a complicar la atención en pacientes infectados, México apostó por mantener su misma estrategia desde el comienzo. A pesar de que todos los días se tenían actualizaciones sobre esta enfermedad.

Las instituciones gubernamentales encargadas del manejo de la pandemia, prefirieron no optar por más posturas y estrategias epidemiológicas, o más y mejores recomendaciones en la atención de pacientes.

Millones de mexicanos, incluidos los profesionales de la salud, trabajaron con escasos recursos.

Ellos han demostrado una fuerte resistencia y solidaridad, en medio de una pandemia sin precedentes.

<sup>221</sup> Cfr. Reina, Los médicos de barrio y consultas privadas.

## Referencias

- Agren, D. (2020). *Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths*. Elsevier.
- Ángel, A. (2021). *Casi tres millones de personas se quedan sin atención en hospitales públicos por pandemia*. México: Animal Político.
- Caldera-Villalobos, C. (2020). *The Coronavirus Disease (COVID-19). Challenge in Mexico: A critical and forced reflection as individuals and society*. United States: Front Public Health.
- González, M. (2020). *Coronavirus en México. Hugo López-Gatell, subsecretario de Salud: “Muchos se frustraron por no ver en México las escenas dramáticas de Europa”*. México: BBC News.
- Ibarra-Nava, I. (2020). *México and the COVID-19 response*. México: Disaster Med Public Health Prep.
- Melesio, L. (2020). *Opinión: México ya solo depende de sus ciudadanos para detener al coronavirus*. United States: The Washington Post.
- Parish, N (2020). *¿Why Is Mexico failing to confront the Covid-19 pandemic?* United States: Forbes.
- Pérez, R. (2020). *México’s controversial coronavirus czar*. México: Science.
- Rajan, R. (2020). *¿Cuál gobierno pospandémico?* México: El economista.
- Ramos, C. (2020). *Pandemia larga, pero manejable, la apuesta de las autoridades de Salud*. México: Animal Político.
- Reina, E. (2021). *Los médicos de barrio y consultas privadas: héroes olvidados de la pandemia*. México: El país.
- Suarez, V., y Suarez M. (2020). *Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020*. México: Elsevier.
- <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/14/cronologia-del-coronavirus-asi-empezo-y-se-ha-extendido-por-el-mundo-el-mortal-virus-pandemico/>  
Página donde se ubica el artículo “Cronología del coronavirus: así empezó y se ha extendido por el mundo el mortal virus pandémico”. Revisada el 8 de mayo de 2021.

# Conclusiones generales

**S**i bien es primordial el estudio de las dimensiones biológicas y sociológicas en cuanto a la configuración de lo humano, es necesario complejizar y profundizar aún más en el análisis de la estructuración de la persona.

No basta con considerar naturaleza y cultura, sino que es necesario reconocer y estudiar las otras dimensiones que confluyen en lo humano, a saber: lo Etológico y lo Transpersonal. Se explican del siguiente modo:

- *Dimensión biológica.* Efectivamente, una parte de nosotros es primordialmente física, básicamente materia, elementos que se igualan y correlacionan con otros fenómenos de la naturaleza.
- *Dimensión social.* Pertinente la parte social, entendida como los diversos sectores y procesos económicos, históricos y culturales que influyen en lo humano en pos de focalizar al Ser y a la comunidad hacia las agendas de los corporativos.<sup>222</sup>
- *Dimensión etológica.* La dimensión animal de la persona; nuestra pertenencia comportamental a los linajes de mamíferos y homínidos; donde los instintos de sexualidad, agresividad y relación, se manifiestan como factores que movilizan el comportamiento del humano, más allá de lo que la conciencia y las disciplinas idealistas reconocen, entienden y aceptan.

Así como una parte de nosotros es totalmente materia, procesos biológicos, otra fracción de nosotros ostenta conductas que desde hace millones de años, otras formas de vida (reptiles, aves y mamíferos) han manifestado ya.

- *Dimensión transpersonal.* La dimensión más cualitativa de lo humano, el devenir, lo espiritual; experiencias, estados, procesos y vivencias que van más allá de la lógica fiscalista; que existen pese a que el realismo ingenuo

---

<sup>222</sup> Para un acercamiento más amplio en torno a la geopolítica y el biopoder, chéquese “Fundamentos de Psicología Política de Wilhelm Reich”.

- las niegue; momentos de vida, que pese a que los enfoques cuantitativos más lineales las descalifiquen, existen.

Lo que en el ámbito de la cotidianidad es lo metafísico o sobrenatural, académicamente se denomina transpersonal, y son sucesos que son vistos, escuchados, percibidos o evocados, pero que usualmente la lógica occidental los niega, ignora y desconoce; se queda corta.

Entonces, es necesario ampliar nuestra visión de lo humano a por lo menos cuatro dimensiones que confluyen en la configuración del tipo de persona que somos y no somos, del tipo de hombre y mujer que somos y no somos.

El humano compuesto por cuatro facciones principales:

- Lo biológico.
- Lo sociológico.
- Lo etológico.
- Lo transpersonal.

Lo totalmente material, el poder histórico, lo animal y lo espiritual.

Ingredientes de la persona; fuerzas y procesos que están dentro y fuera de nosotros, y que nos están afectando para bien y para mal. Lo sepamos o no, nos guste o no, estemos de acuerdo o no.<sup>223</sup>

Ignorar la complejidad de lo humano, nos lleva a visiones parciales, reduccionistas, incompletas de lo que es la persona, su estructura, y las diversas problemáticas que acaecen en él por influjo de esas corrientes y realidades.<sup>224</sup>

Es nuestro propósito, compartir esta visión inter y transdisciplinaria que ante todo busca sumar, complejizar y profundizar en la visión de los CBS, ante ese objeto de estudio tan multidimensional, tan multiperspectual que es el humano.

<sup>223</sup> Para una revisión más amplia en torno a los servos del poder, revítese “Notas sobre y contra los Mitos, Sujetos de Conocimiento y Figuras de Autoridad”.

<sup>224</sup> Para un acercamiento al estudio de las estructuraciones del Ser, repátese “Hermann Hesse: viejo cánico, maestro multixistencialista”.

Si en verdad te interesa tu carrera, si en verdad estás comprometido con tu disciplina, si priorizas el conocimiento, es necesario ir más allá de los paradigmas hegemónicos de las instituciones y estadios históricos.

Solo una visión dialéctica, permitirá abarcar si no la totalidad, si ámbitos más amplios, profundos y abarcativos de lo humano.

Visiones monometodológicas o uniperspectuales sólo entregarán las mismas parcialidades lineales y reduccionistas que llegado el momento ya no permiten avanzar.

Si te interesa de verdad el conocimiento, lo harás:

- Con la institución;
- Sin la institución;
- Pese a la institución;
- Y más allá de la institución.

Son primordiales las bases; indispensables los fundamentos; gatear antes que caminar; las vocales antes que las consonantes.

Sin compromiso, empeño y dedicación, no hay nada; como dijo Skywalker: talento sin entrenamiento, no es nada; como dijo Strange: años de estudio y práctica, son los que consolidan las habilidades.

Amén de ello...

Importa lo estructural como también el impulso, la potencia, la enérgica creatividad, la fusión y el rompimiento de paradigmas.

Partes de, pero no te reduces a...

A veces incluso la estructura y la comunidad lega y disciplinaria se contrapondrán a la creación y revolución.

No olvides: las mayorías nunca tienen la razón. La verdad no pasa por las hegemonías. La esencia no viene en los medios de comunicación. El Estado siempre miente.

Y si tu saber y habilidades no son por lo menos en una fracción micro para el Otro, para la comunidad, estarás colaborando con lo irracional; ayudando a perpetuar el absurdo; reproduciendo lo dañino; serás parte del problema.

Saludos, suerte y fuerza en tu senda:

*Doctora Irma Araceli Aburto López*  
*Profesor Erick Daniel Granados Monroy*  
*Dra. Paulette Mariel Arellano Aldama*  
*Cirujano Dentista Lizeth Carcaño Santillán*

# Referencias

- Agren, D. (2020). *Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths*. Elsevier.
- Aguilar, A. (2013). *¿Sobran o faltan médicos en México?* México: Excelsior.
- Aguirre, H. (2004). *Principios éticos de la práctica médica*. México: Academia Mexicana de Cirugía.
- Aisenson, A. (1981). *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Alexievich, S. (2001). *Voces de Chernobyl*. España.
- Asociación Médica Mundial. (2005). *Manual de ética médica*. Francia: Asociación Médica Mundial.
- Ángel, A. (2021). *Casi tres millones de personas se quedan sin atención en hospitales públicos por pandemia*. México: Animal Político.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. (2020). *Anuario Estadístico de Educación Superior*. México: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.
- Anzures, M. (1983). *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*. México: UNAM.
- Barragán, A. (2007). *La Enfermedad como experiencia*. en *Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia-Instituto Nacional de Antropología e Historia-Consejo Nacional de la Cultura y las Artes.
- Breilh, J. (1979). *Epidemiología: economía, medicina y política*. México: Fontamara.
- Caldera-Villalobos, C. (2020). *The Coronavirus Disease (COVID-19). Challenge in Mexico: A critical and forced reflection as individuals and society*. United States: Front Public Health.
- Cámara de Diputados. (2009). *Ley General de Salud*. México: Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión.

- Cámara de Diputados. (2021). *Ley General de Salud*. México: Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión.
- Camberos, M., y Bracamontes, J. (2015). *Las crisis económicas y sus efectos en el mercado de trabajo, en la desigualdad y en la pobreza de México*. México: Contaduría y Administración.
- Campos, M., y Balam, X. (2020). *Infraestructura hospitalaria: debilidad extrema*. México: México Evalúa.
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2018). *Sistema Universal de Salud. Retos de Cobertura y Financiamiento*. México: CIEP.
- Cioran, E. (1998). *Breviario de los vencidos*. España: Tusquets Editores.
- Cléries, X. (2006). *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. España: Elsevier Masson.
- Coe, R. (1973). *Sociología de la medicina*. España: Alianza Editorial.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2015). *Consecuencias de largo plazo de las armas nucleares en la salud*. España: ICRC.
- Colegio de Médicos. (2013). *Códigos de ética médica*. Argentina: Colegios de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos-Instituto de Investigaciones Jurídicas-Academia Nacional de Medicina. (1995). *La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos-Instituto de Investigaciones Jurídicas-Academia Nacional de Medicina.
- Cuellar, R., y Peña, F. (1985). *El cuerpo humano en el capitalismo*. México: Folios.
- Delas, J. (2002). *Informes clínicos. Manual d'estil*. España: Edicions Universitat de Barcelona.
- Díaz, E. *¿Para qué epistemología en tiempos aciagos?* Argentina.
- Fernández, C. (2002). *Código de conducta en la práctica de la medicina*. en *Código de ética*. México: Academia Mexicana de Cirugía.
- Fernández, J. (2012). *El periquillo sarniento*. México: Secretaría de Educación Pública.

- Forster, F. (1960). *Problemas psicológicos del enfermo crónico*. en *Enfermedades de larga duración. Tratamiento del enfermo crónico*. México: Editorial Interamericana.
- Freud, S. (1972). *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*. España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1992). *Obras completas. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. Argentina: Amorrortu.
- Fundación Víctor Grífols i Lucas. (2004). *Los fines de la medicina*. España: Víctor Grífols i Lucas.
- Gamboa-Bernal, G. (2018). *La Declaración de Ginebra revisada a la luz de la nueva cultura*. Colombia: Universidad de la Sabana.
- García, A. (2019). *¿Qué es el Subejercicio del Gasto Público?* México: El economista.
- Gogiascochea-Trejo, M., Pavón, P., Blázquez, M., Blázquez, C., y Rabatte, I. (2009). *Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario*. México: Revista Médica de la Universidad Veracruzana.
- Gómez, R. (2012). *El médico frente a la muerte*. España: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- González, M. (2011). *El componente indígena del derecho indiano y la obra de Alfonso García-Gall*. España: Universidad Complutense; Cuadernos de Historia del Derecho.
- González, M. (2020). *Coronavirus en México. Hugo López-Gatell, subsecretario de Salud: "Muchos se frustraron por no ver en México las escenas dramáticas de Europa"*. México: BBC News.
- Granados, E. (2012). *Análisis dialéctico-crítico de la categoría "mente" en su ámbito conceptual de "individualidad" en Priest*. México: UNIGEA-Razón y Palabra.
- Granados, E. (2013). *Ciencia, ficción y realidad*. México: Razón y Palabra.
- Granados, E. (2016). *Fundamentos de Psicología Política de Wilhelm Reich*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza.
- Granados, E. (2020). *Notas sobre y contra los mitos, sujetos de conocimiento y figuras de autoridad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza.

- Granados, E. (2021). *Hermann Hesse: viejo cándido, maestro multiexistencialista*. México, Universidad Nacional Autónoma de México. FES Zaragoza.
- Heinze, G., Olmedo, V., Bazán, G., Bernard, N., y Guízar, D. (2018). *Los médicos especialistas en México*. México: Gaceta Médica de México.
- Hesse, H. (1957). *El Juego de los abalorios*. España: Aguilar.
- Ibarra-Nava, I. (2020). *México and the COVID-19 response*. México: Disaster Med Public Health Prep.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2005). *Clasificación de instituciones de salud*. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- INEGI. (2019). *Estadística en salud en establecimientos particulares 2018 generada a partir de la información de 2,863 establecimientos de salud*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2020). *Estadísticas de Salud en establecimientos particulares*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2020). *Censo de población y vivienda 2020*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2020). *Producto Interno Bruto de México durante el segundo trimestre de 2020*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2020). *Sector Privado. Información referente a los servicios, los recursos humanos y materiales, la morbilidad y mortalidad hospitalaria que proporcionan los establecimientos particulares de salud*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). *Brechas en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el sistema nacional de salud. Informe final*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud Pública 2018-19. Resultados nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Kant, I. (1995). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. México: Porrúa.
- Kendall, P., y Reader, G. (1998). *Manual de sociología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Langdon, E., y Wiik, F. (2010). *Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud*. Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- López, N. (2001). *Origen monogenista y unidad del género humano: reconocimiento mutuo y aislamiento procreador*. España: Universidad de Navarra. Facultad de Ciencias.
- López, J. (2010). *Diabetes y curso de vida. Trayectoria de pareja en la experiencia de la diabetes en hombres y mujeres del oriente de la ciudad de México*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Márquez, G. (2016). *Cien años de soledad*. Chile: Sociedad de Escuelas Católicas de Santo Tomas de Aquino.
- Martínez, F. (2002). *Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica*. México: Anales Médicos. Asociación de Médicos del Hospital ABC.
- Martínez, H. (2009). *Positivismo y antipositivismo*. México: Facultad de Contaduría y Administración. Blog de Sergio Paz.
- Marx, C. (1980). *El capital. Crítica de la economía política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Materán, A. (2008). *Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa*. Venezuela: Universidad de los Andes, Geoenseñanza.
- Melesio, L. (2020). *Opinión: México ya solo depende de sus ciudadanos para detener al coronavirus*. United States: The Washington Post.
- Méndez, J., y Llanos, A. (2021). *Presupuesto para Salud 2021: Prioridad en la creación de plazas médicas*. México: Centro de Investigaciones Económica y Presupuestaria.
- Menéndez, E. (1978). *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. México: Editorial Nueva Imagen.
- Mercado, F. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de una enfermedad crónica en un barrio urbano*. México: Universidad de Guadalajara.
- Moreno, L. (2006). *El encuentro con el médico. Expansión de la grieta que puede conducir a la crisis y la acción reconstructiva o delimitadora*. en *El drama social de las personas con diabetes*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia. Posgrado en Antropología.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2020). *Panorama de la educación 2020*. Francia: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Parish, N (2020). *¿Why Is Mexico failing to confront the Covid-19 pandemic?* United States: Forbes.
- Patiño, J. (2005). *El Juramento Hipocrático*. Colombia: Revista Colombiana de Cirugía.
- Pérez, R. (2003). *El médico y la muerte*. México: UNAM.
- Pérez, F. (2004). *El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del modelo ecológico de Bromfenbrenner*. España: Universidad Camilo José Cela, Revista de Psicología y Psicopedagogía.
- Pérez, R. (2020). *Mexico's controversial coronavirus czar*. México: Science.
- Porter, R. (2004). *Breve historia de la medicina. De la antigüedad hasta nuestros días*. México: Taurus.
- Rajan, R. (2020). *¿Cuál gobierno pospandémico?* México: El economista.
- Ramos, C. (2020). *Pandemia larga, pero manejable, la apuesta de las autoridades de Salud*. México: Animal Político.
- Reina, E. (2021). *Los médicos de barrio y consultas privadas: héroes olvidados de la pandemia*. México: El país.
- Remis, J. (2009). *Pasado y presente del Juramento Hipocrático. Análisis de su vigencia*. Argentina: Revista Argentina de Radiología.
- Ríos, A., y Fuentes, A. (2017). *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Rodríguez, I. (2007). *Ensayo sobre el dolor humano*. México: UNAM, FES Zaragoza.
- Rodríguez, I. (2012). *Contexto socioeconómico y salud en México 1940-2010*. México: UNAM.
- Rodríguez, I. (2014). *Tradiciones del compromiso médico*. México: UNAM, FES Zaragoza.
- Rodríguez, A., y Mendoza, G. (2015). *Comparación del paradigma de la persona completa con otros paradigmas existentes*. Venezuela: Universidad Nacional Experimental Politécnica.

- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. España: Paidós.
- Rosental, M., y Iudin, P. (1965). *Diccionario filosófico*. Uruguay: Ediciones Pueblos Unidos.
- Ruiz, J., Molina, J., y Nigenda, G. (2003). *Médicos y mercado de trabajo en México*. México: Caleidoscopio de la salud.
- Singh, C. (2015). *Persona y dignidad en la historia de la filosofía: su significación para la bioética médica*. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo.
- Suarez, V., y Suarez M. (2020). *Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020*. México: Elsevier.
- Secretaría de Salud. (2005). *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*. México: Secretaría de Salud.
- Turner, V. (2002). *Dewey, Dilthey y drama. Un ensayo en torno a la antropología de la experiencia*. en *Antropología del ritual*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Viancha, M., Bahamón, M., Tobos, A., Alarcón, L., y Uribe, J. (2012). *Sexualidad en jóvenes: un análisis desde el modelo ecológico*. Colombia: Fundación Universitaria Los Libertadores.
- Zurita, B., y Ramírez, T. (2003). *Desempeño del sector privado de la salud en México*. México: Caleidoscopio de la salud.
- [http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO\\_EDUCACION\\_SUPERIOR-LICENCIATURA\\_2019-2020.zip](http://www.anuies.mx/gestor/data/personal/anuies05/anuario/ANUARIO_EDUCACION_SUPERIOR-LICENCIATURA_2019-2020.zip)  
Enlace donde se encuentra el Anuario Estadístico de Educación Superior, ciclo escolar 2019-2020, de donde se extrajo la matrícula nacional de estudiantes de la carrera de Medicina, los egresados y titulados. Revisado el 8 de mayo del 2021.
- <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-2021-prioridad-en-la-creacion-de-plazas-medicas/>  
Documento del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, de donde extrajimos los datos sobre la reducción de recursos federales destinados a la salud. Revisado el 11 de octubre del 2021.
- <https://ciep.mx/gasto-en-salud-per-capita-menos-usuarios-del-sistema-de-salud/>  
Información del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria,

sobre el gasto per cápita en el sistema nacional de salud, para el año 2016; revisada el 2 de noviembre del 2021.

<https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>

Información del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, sobre el gasto per cápita en el sistema nacional de salud, para el año 2021; revisada el 2 de noviembre del 2021.

[http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas\\_medico\\_enf\\_esp.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas_medico_enf_esp.pdf)

Versión electrónica sobre los datos del personal médico y de enfermería del Instituto Nacional de Salud Pública, revisada el 8 de mayo del 2021.

<https://www.cndh.org.mx/noticia/muere-fray-toribio-de-benavente-motolinia-defensor-de-los-pueblos-indigenas>

Página donde se encuentran elementos biográficos de Motolinía. Revisado el 8 de mayo del 2021.

<https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/14/cronologia-del-coronavirus-asi-empezo-y-se-ha-extendido-por-el-mundo-el-mortal-virus-pandemico/>

Página donde se ubica el artículo “Cronología del coronavirus: así empezó y se ha extendido por el mundo el mortal virus pandémico”. Revisada el 8 de mayo de 2021.

<https://codigof.mx/presupuesto-publico-para-salud-2021/>

Nota informativa de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, de donde se extrajeron los datos sobre porcentaje del PIB y del presupuesto total del 2021, dedicados a la salud. Revisado el 11 de octubre del 2021.

<http://www.colmed5.org.ar/old/Codigoetica/codigosetica2.htm>

Versiones electrónicas del Juramento Hipocrático y de la Declaración de Ginebra. Revisada el 8 de mayo del 2021.

<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37807.pdf>

Versión electrónica del texto de Ríos y Fuentes, “El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada”. Revisada el 2 de diciembre del 2021.

<http://crimideia.com.br/blog/wp-content/uploads/2010/02/emil-cioran-breviario-de-los-vencidos.pdf>

Versión electrónica del texto de Cioran, “Breviario de los Vencidos”. Revisada el 2 de diciembre del 2021.

<http://www.dcne.ugto.mx/respaldo1/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Voces%20de%20Chernobil%20-%20Svetlana%20Aleksievich.pdf>  
Versión electrónica del texto “Voces de Chernóbil”. Revisado el 8 de mayo del 2021.

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>  
Decreto del 29 de noviembre del 2019, donde se desaparece la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular, y se crea el Instituto de Salud para el Bienestar. Revisada el 8 de mayo del 2021.

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_190221.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf)  
Versión electrónica de la Ley General de Salud en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación, del 19 de febrero del 2021. Revisada el 3 de diciembre del 2021.

[https://drive.google.com/file/d/1i\\_4eylfZhPVUBEL9LbYy9TRkoGJeEuQG/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1i_4eylfZhPVUBEL9LbYy9TRkoGJeEuQG/view?usp=sharing)  
Versión electrónica del texto de Freud “Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte”, revisado el 3 de diciembre del 2021.

<http://www.eepsys.com/es/notas-sobre-el-metodo-dialectico/>  
Texto donde se refiere el sustento epistemológico de dicho esfuerzo heurístico cualitativo. Revisado el 8 de mayo del 2021.

<https://www.eleconomista.com.mx/economia/Que-es-el-subejercicio-del-gasto-publico-20190909-0066.html>  
Versión electrónica del texto de Ana Karen García en torno al subejercicio en el presupuesto federal mexicano; revisado el 11 de octubre del 2021 y el 4 de noviembre del 2021.

<https://www.eleconomista.com.mx/politica/Zoe-Robledo-un-itamita-con-determinacion-20190608-0025.html>  
Artículo de Diego Badillo titulado “Zoe Robledo, un itamita con determinación. Perfil del nuevo titular del IMSS”. Información revisada el 5 de noviembre del 2021.

[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)  
Versión electrónica sobre los datos de atención sanitaria pública y privada, del Instituto Nacional de Salud Pública, revisada el 8 de mayo del 2021.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628286/ANEXO\\_DPE\\_DEDI\\_019\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/628286/ANEXO_DPE_DEDI_019_2021.pdf)

Informe de Autoevaluación del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020 del Hospital Juárez de México, donde se presentan porcentajes de mortalidad hospitalaria; revisado el 28 de octubre del 2021.

[https://gpseducation.oecd.org/Content/EAGCountryNotes/EAG2020\\_CN\\_MEX\\_es.pdf](https://gpseducation.oecd.org/Content/EAGCountryNotes/EAG2020_CN_MEX_es.pdf)

Versión electrónica del documento de la OCDE sobre educación. Revisada el 8 de mayo del 2021.

[https://www.icrc.org/es/download/file/10635/consecuencias\\_de\\_largo\\_plazo.pdf](https://www.icrc.org/es/download/file/10635/consecuencias_de_largo_plazo.pdf)

Versión electrónica del texto “Consecuencias de largo plazo de las armas nucleares en la salud”, del Comité Internacional de la Cruz Roja. Revisado el 8 de mayo del 2021.

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/134>

Información del programa IMSS Bienestar, donde se señala su historia, funciones y parte de su logística; en ella se señala el cambio de nombre de IMSS Oportunidades a IMSS Bienestar. Revisada el 21 de noviembre del 2021.

<https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202110/485>

Información del Instituto Mexicano del Seguro Social, sobre su productividad del 1 de abril al 17 de octubre del 2021, y el planeo para su jornada de recuperación de servicios médicos, del 29 al 31 de octubre del 2021. Revisada el 21 de noviembre del 2021.

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/memoria/2019/08-FormacionPersonalServiciosSalud.xlsx>

Información del 2019 de parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde marca el total de médicos en cursos de especialización. Información revisada el 22 de noviembre del 2021.

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/memoria/2020/08-FormacionPersonalServiciosSalud.xlsx>

Memoria Estadística del 2020 del IMSS, Capítulo VIII. Formación de Personal de los Servicios de Salud, donde reporta el total médicos en especialización. Datos ubicados el día 22 de noviembre del 2021.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/EstadisticaSalud2019\\_09.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/EstadisticaSalud2019_09.pdf)

Versión electrónica sobre los datos en servicio de salud privado del INEGI, revisada el 8 de mayo del 2021.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf)

Versión electrónica del censo 2020, del INEGI, revisada el 8 de mayo del 2021.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/pib\\_pconst/pib\\_pconst2020\\_08.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/pib_pconst/pib_pconst2020_08.pdf)

Versión electrónica sobre el PIB del INEGI, revisada el 8 de mayo del 2021.

[https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144)

Información de Mortalidad General y de Sitio de Ocurrencia de la Defunción, de 1990 a 2020; ubicada en la página del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, y revisada el 28 de marzo del 2022.

Como respaldo a esa misma información, la siguiente dirección:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1kfTSIW6yeodU8AvfngVsfpz6IDohvXWN/edit?usp=sharing&oid=100347440558854824633&rtfpof=true&sd=true>

<https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/#>

Información del INEGI sobre los porcentajes de derechohabiencia al sistema de salud, hasta el 2020; revisada el 11 de octubre del 2021.

<https://www.inegi.org.mx/temas/recursospriv/#Tabulados>

Versión electrónica de los datos del 2020 del INEGI, referentes a los servicios, los recursos humanos y materiales, la morbilidad y mortalidad hospitalaria de los establecimientos particulares de salud, ubicado el 12 de octubre del 2021.

<https://www.inegi.org.mx/temas/recursospriv/>

Versión electrónica de los datos del 2020 sobre el número de establecimientos sanitarios privados, revisado el 12 de octubre del 2021.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc046m.pdf>

Versión electrónica del texto de Aguirre, “Principios éticos de la práctica médica”. Revisada el 2 de diciembre del 2021.

<https://www.mexicoevalua.org/la-infraestructura-hospitalaria-debilidad-extrema/>

Versión electrónica del texto de Campos y Balam sobre el subejercicio en las instituciones sanitarias durante el 2020; revisado el 11 de octubre del 2021.

<https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>

Información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, en torno al número de médicos y enfermeros que había en México en el año 2019; datos recabados el 5 de noviembre del 2021.

[Coronavirus \(COVID-19\) Deaths - Statistics and Research - Our World in Data](#)

Datos sobre el número de fallecidos por Covid en México. Información revisada el 6 de diciembre del 2021.

[https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=337-salud-mexico-2004&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=337-salud-mexico-2004&Itemid=493)

Versión electrónica y completa de “Salud: México 2004”, revisada el 8 de mayo del 2021.

<https://psicologiagrupal.cl/wp-content/entradaspesadas/tratamientops%C3%ADquicoFreud.pdf>

Una versión electrónica de “Tratamiento psíquico” de Freud, se encuentra en este enlace; revisada el 8 de mayo del 2021.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30047941/>

Heinze, G., Olmedo, V., Bazán, G., Bernard, N., y Guízar, D. (2018). *Los médicos especialistas en México*. México: Gaceta Médica de México. Información revisada el 5 de noviembre del 2021.

<http://revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/533/562>

Análisis donde se desarrollan los conceptos de lo Disciplinario, lo Multidisciplinario, lo Interdisciplinario, lo Transdisciplinario y lo Interárea. Revisado el 8 de mayo del 2021.

[http://www.razonypalabra.org.mx/N/N86/L86/Granados\\_L86.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N86/L86/Granados_L86.pdf)

Documento, donde en la parte de Materiales y Métodos, se encuentra, del Enfoque Cualitativo de Investigación, el Método Doxográfico. Revisado el 8 de mayo del 2021.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382538474001>

La versión electrónica del texto de Remis en torno al Juramento Hipocrático, se encuentra en el siguiente link, el cual se revisó el 8 de mayo del 2021:

<https://www.redalyc.org/journal/832/83257398001/83257398001.pdf>

Enlace al documento de Gamboa-Bernal sobre la Declaración de Ginebra, visualizado el 8 de mayo del 2021.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757221019>

Dirección electrónica del texto de Singh sobre Persona y Dignidad en bioética, revisado el 8 de mayo del 2021.

<https://revistas.ucm.es/index.php/CUHD/article/download/41516/39604/>

Versión electrónica del texto de Gonzáles sobre el derecho indiano, revisado el 26 de noviembre del 2021.

<https://saludenmexico.ciep.mx/images/sistema-universal-de-salud.pdf>

Versión electrónica del texto del CIEP “Sistema Universal de Salud”, revisado el 11 de octubre del 2021.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v20n2/v20n2a1.pdf>

Versión online del ensayo de Patiño sobre el Juramento Hipocrático, ubicado en la siguiente dirección electrónica, misma que se inspeccionó el 8 de mayo del 2021.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/cya/v60s2/0186-1042-cya-60-s2-00219.pdf>

Versión electrónica de Camberos y Bracamonte sobre crisis económica y pobreza en México, revisada el 8 de mayo del 2021.

[http://www.secst.cl/upfiles/documentos/19072016\\_1207am\\_578dc39115fe9.pdf](http://www.secst.cl/upfiles/documentos/19072016_1207am_578dc39115fe9.pdf)

Enlace que contiene una versión electrónica del texto de Márquez, “Cien años de soledad”. Revisado el 8 de mayo del 2021.

<http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

Información actualizada sobre los recursos de las instituciones públicas de salud; es del 2018 y es proporcionada por la Dirección General de Información de Salud; revisada el 2 de noviembre del 2021.

[https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics\\_manual\\_3rd\\_Nov2015\\_es.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_es.pdf)

Tercera edición del 2015 del Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, revisada el 26 de noviembre del 2021.

<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2019/10/HB-S-Version-2019.pdf>

Manual de Políticas de la Asociación Médica Mundial, en su versión del 2019, revisada el 26 de noviembre del 2021.

<https://www.youtube.com/watch?v=cpRUDS2A2To>

Video de las condiciones de pobreza extrema que se ubican en el área californiana denominada Skid Row. Revisado el 8 de mayo del 2021.

GENERALIDADES MÉDICO CIRUJANO – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (unam.mx)

Información sobre el perfil de egreso del médico zaragozano, revisada en este enlace el 8 de mayo del 2021.

<https://www.zaragoza.unam.mx/portal/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/FundamentosPsicologiaPolitica.pdf>

Versión electrónica del texto “Fundamentos de psicología política de Wilhelm Reich”. Revisada el 8 de mayo del 2021.

<https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/NotassobreycontralosMitos.pdf>

Versión electrónica del texto “Notas sobre y contra los mitos, sujetos de conocimiento y figuras de autoridad”. Revisada el 8 de mayo del 2021.

[https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/csociales/Hermann\\_Hesse-may04.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/csociales/Hermann_Hesse-may04.pdf)

Versión electrónica del texto “Hermann Hesse: viejo cánido, maestro multiexistencialista”. Revisado el 8 de mayo del 2021.

<https://www.zaragoza.unam.mx/titulacion-medico-cirujano-2/>

Enlace donde se describen las opciones de titulación para medicina, en la FES Zaragoza. Revisada el 8 de mayo del 2021.

[https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/Tradiciones\\_del\\_compromiso\\_medico.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/Tradiciones_del_compromiso_medico.pdf)

Versión electrónica del texto “Tradiciones del compromiso médico” de la doctora Imelda Rodríguez. Revisada el 2 de diciembre del 2021.

[plan\\_estudios\\_medico\\_cirujano.pdf](#) (unam.mx)

Información sobre la fundamentación institucional formativa, temática y curricular. Revisada el 8 de mayo del 2021.

[https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/medico/programasacademicos/humanidades/programa\\_humanidades\\_primeropdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/medico/programasacademicos/humanidades/programa_humanidades_primeropdf)

Programa de la licenciatura en medicina y de la materia Humanidades, desde donde se sustenta la repetición de la lectura 5 para varias semanas. Revisado el 18 de noviembre del 2021.

# Acotaciones humanistas

## Ideas sociales para primer año de medicina



En este texto tratamos de buscar y aportar un poco de racionalidad en este loco mundo vacilante; una fase histórica desquiciada, donde la ciencia, la salud, educación y seguridad no son una prioridad para el Estado.

La misma Medicina ha sido menospreciada, degradada, sacrificada, una tremenda traición de parte de aquellos que no entienden, que no quieren entender su valor y necesidad para la comunidad y para la persona.

Seres dolientes que solo cuentan como votos.

Muertes invisibilizadas que solo son cifras.

Feminicidios y niños con cáncer que son opositores y golpistas.

Masacres que dan risa.

Son tiempos oscuros, para el país, para la ciencia, para la universidad...



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,  
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,  
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.  
Col. Ejército de Oriente.  
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México,  
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,  
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,  
San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

