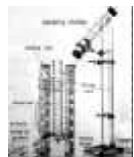


Contenido



- 3** Nota editorial
- 4** Simposio Cultura y Sociedad
Alfredo Paulo Maya
- 6** Apuntes sobre cultura y promoción de la salud
Luz María Arenas Monreal
Alfredo Paulo Maya
- 10** El padecer de los adultos mayores con diabetes
Elia Nora Argonis Juárez
- 15** La metrópoli, espacio social de multiculturalidad
Zuanilda Mendoza González
- 20** *Médicos Mexicanos*
Dr. Alberto Alcocer Andalón
Eduardo R. Zazueta Quirarte
- 23** *Casos y cosas curiosas de la Medicina*
El inusitado desarrollo de la cirugía cardiovascular en la segunda mitad del siglo XX
Felipe Maldonado Campos
- 26** *Revisión de libros*
Medicina Antigua
Rolando Neri Vela
- 27** Los oráculos en la investigación médica contemporánea
Carlos Gómez Fajardo
- 31** *Cartas al editor*
- 32** *In Memoriam*
Ricardo Pérez Gallardo y Morante
Ana Cecilia Rodríguez de Romo
Xóchitl Martínez Barbosa

Editora

Ana Cecilia Rodríguez de Romo

Coeditora

Xóchitl Martínez Barbosa

CONSEJO EDITORIAL

Agustín Albarracín Teulón (España)
Jorge Avendaño-Inestrillas (México)
Rosa Ballester (España)
Alberto Bernabeo Raffaele (Italia)
Enrique Cárdenas de la Peña (México)
Marcos Cueto (Perú)
Clementina Díaz y de Ovando (México)
Jacalyn Duffin (Canadá)
Ma. Rachel F. da Fonseca (Brasil)
Carolina Hannaway (Estados Unidos)
Fernando Martínez Cortés (México)
Anne-Marie Moulin (Francia)
Pedro Pruna (Cuba)
Pedro Ramos (México)
Max Shein (México)
Carlos Viesca (México)
Luis Alberto Vargas (México)

MESA DIRECTIVA 2001-2002

Dr. Guillermo Fajardo Ortíz
Presidente
Dr. Rolando Neri Vela
Vicepresidente
Dra. Ma. Magdalena Martínez Guzmán
Secretario General
Dr. César Arturo Frías Austria
Tesorero
Dr. Joaquín Ocampo Martínez
Secretario de Actas

Formación

Elvia Moreno Posadas

Impresión:

Trasso. Grupo Creativo Digital.
José Revueltas 305, Col. Villa de Cortés,
C. P. 03530, México, D. F.
Tel/Fax 5696 1571

*En el siguiente número se publicará una selección de trabajos presentados en el pasado **Congreso de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.***

ISSN 0304-9221

El *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* es una publicación semestral que aparece en marzo y en septiembre, editado por la *Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina*. Editora responsable, Ana Cecilia Rodríguez de Romo. Tiraje de 400 ejemplares. Certificado de Licitud de Título (en trámite), Certificado de Licitud de Contenido (en trámite), Reserva de Título en Derechos de Autor (00923/98). Distribuido por la *Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina*, Brasil 33, colonia Centro, México, D.F., C.P. 06020.

El órgano de difusión de la *SMHFM* está abierto a los estudiosos en el campo. Los trabajos serán sometidos a arbitraje por el Consejo Editorial para ser publicados. Todo material publicado en el *Boletín* queda protegido por derechos de autor. El *Boletín* no es responsable de las opiniones de los autores.

Las sesiones ordinarias de la *SMHFM* se efectúan los jueves cuarto de cada mes a las 20:00 hrs. en el auditorio de la Academia Mexicana de Cirugía, segundo piso. Torre de Auditorios, Unidad de Congresos, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, México, D.F.

SUSCRIPCIONES

La cuota de membresía anual a la Sociedad cubre el envío del *Boletín*. La suscripción particular anual es de \$300.00 pesos para la República Mexicana y de 50.00 dólares para el extranjero.

Los pedidos deben hacerse a nombre de la *Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina*. Brasil 33, colonia Centro, México, D.F., C.P. 06020.

Toda correspondencia relacionada con este *Boletín* debe dirigirse a las editoras, Brasil 33, colonia Centro, México D.F., C.P. 06020, correo electrónico: ceciliar@servidor.unam.mx.

Nota editorial

EN NOVIEMBRE del año pasado, se realizó el congreso de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, que le tocó en turno, brillantemente organizar, al doctor Carlos Fernández del Castillo y su mesa directiva. El Congreso se llevó a cabo en la Antigua Escuela de Medicina en el Centro Histórico de la ciudad de México.

De los trabajos presentados en esa reunión académica, se seleccionó el simposio *Cultura y Salud*, cuyos textos, después de ser sometidos al dictamen usual, integran el contenido de este número del Boletín.

Además de la historia y la filosofía, la SMHFM también cobija a la antropología médica. Los temas abordados pertenecen a un aspecto de esta disciplina y muestran la versatilidad de la medicina mexicana, característica determinante para la riqueza de su historia.

La difusión internacional del Boletín ha permitido que se lea fuera de nuestras fronteras. El doctor Carlos Gómez de Colombia, nos envía su propuesta de discusión de dos artículos que incluimos en la Sección *Revisión de libros* por tratar temas de interés actual. Así pues, esta sección se abre también para comentario de artículos y no solamente de libros.

La ocasión es excelente para agradecer y felicitar al doctor Carlos Fernández del Castillo y a su mesa directiva por el esfuerzo desplegado los dos años anteriores y desear al actual presidente, el doctor Guillermo Fajardo Ortiz y su equipo (2001-2001), el mejor de los éxitos y satisfacciones en beneficio de nuestra Sociedad.

La participación del doctor Max Shein en este número es invaluable. Muchas gracias a nuestro colaborador.

Ana Cecilia Rodríguez de Romo

Simposio Cultura y Salud. Presentación

Alfredo Paulo Maya*

LA SOCIEDAD Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina se ha caracterizado por promover la discusión académica desde diferentes perspectivas disciplinarias y teóricas, es por ello que al dar cuenta de los grandes paradigmas de las medicinas o al abordar aspectos relacionados con el proceso salud/enfermedad/atención, los miembros de nuestra Sociedad han recurrido a la historia, la filosofía, la medicina, la biología, la psicología y la antropología entre otras ciencias humanísticas y de la salud.

En el caso particular de la antropología, ésta ha guardado un estrecho vínculo con el quehacer de los antropólogos y médicos del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Al respecto debe ser destacado que en toda la América Latina, sólo en nuestra Facultad y en la Escuela Nacional de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, la antropología es considerada como una materia dentro del programa de estudio, situación que nos obliga a reflexionar sobre el compromiso humanitario implícito en la formación de los profesionales de la salud.

Debemos reconocer que a través del tiempo, las temáticas abordadas por los antropólogos y médicos se han venido transformando, ya que inicialmente los estudios se relacionaban con la cosmovisión y las prácticas "médicas" de las culturas prehispánicas. En este primer periodo la *Historia General de las cosas de la Nueva España* de Bernardino de Sahagún; la *Historia de las Indias de Nueva España e islas de tierra firme* de Diego de Durán y el *Tratado*

* Alfredo Paulo Maya. Docente del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina de la UNAM.

de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales desta Nueva España de Hernando Ruíz de Alarcón, fueron objeto del análisis antropológico. Otra vertiente se relacionó con la eficacia terapéutica de las plantas medicinales mexicanas, por lo cual las investigaciones se centraron en torno de la obra traducida por Martín de la Cruz *Libellus de medicinalibus indorum herbis* (libro de las hierbas medicinales de los indios), así como en la obra de Francisco Hernández, *Historia natural de la Nueva España*.

En otro momento las investigaciones antropológicas abordarían las enfermedades y prácticas médicas de las culturas indígenas contemporáneas, de esta forma conceptos como; medicina tradicional mexicana, síndrome de filiación cultural, eficacia simbólica, medicinas alternativas, modelos de atención, etc., serían incorporados y discutidos en las reuniones de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Sin embargo, en los últimos seis años las temáticas se han diversificado considerablemente, y si bien no se han dejado de analizar el sistema conceptual del cuerpo y las prácticas terapéuticas de los antiguos nahuas, la composición fotoquímica de las plantas medicinales mexicanas y la etiología de los síndromes de filiación cultural, se han agregado temas que tradicionalmente habían sido abordados por los médicos como lo son las adicciones, la desnutrición, las enfermedades crónico degenerativas, la calidad en los servicios hospitalarios, la relación médico paciente, etc. De esta forma, conceptos como la autoatención, modelos médicos, hegemonía, padecer, etnopsiquiatría, transculturación, carrera del enfermo, promoción de la salud, calidad de vida, epidemiología sociocultural, etc., han empezado a ser debatidos en conjunto por antropólogos, médicos e historiadores en las sesiones académicas de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Como parte del VI Congreso Nacional de Historia y Filosofía de la Medicina se realizó el simposio "Cultura y Salud", cuya intención fue presentar aportes de la antropología al campo de la medicina. Bajo esta misma lógica se seleccionaron los trabajos para la presente publicación.

En el trabajo titulado *Apuntes sobre cultura y promoción de la salud*, Luz María Arenas y Alfredo Paulo reflexionan en torno de lo que es considerado uno de los nuevos paradigmas de la medicina, la promoción de la salud. Retomando los planteamientos de la promoción para la salud y la educación para la salud, proponen como estrategia de acción, el fortalecimiento de procesos organizativos tendientes a modificar las condiciones que dificultan la vida de las comunidades. Basados en su experiencia como promotores de salud se



plantea la importancia que tiene para el trabajo en salud comunitario considerar el punto de vista de los "otros" y muy en especial las formas "culturales" de enfrentar el proceso salud-enfermedad-atención, razón por la cual la antropología desempeña un papel fundamental en la implementación de programas de salud comunitarios.

En el trabajo *El padecer de los adultos mayores con diabetes*, Elia Nora Arganis aborda una de las principales causas de muerte de nuestro país, la diabetes mellitus. Tomando como referencia 12 pacientes (mayores de 60 años) del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Iztapalapa, se muestra como los enfermos perciben, evalúan y responden a la enfermedad; dicho en otras palabras, da cuenta de un modelo explicativo del padecer. Los datos presentados por Elia Nora nos muestran la potencialidad de la antropología en el cuidado y atención de enfermedades crónicas degenerativas, aspecto que toma especial relevancia considerando que éstas implican un alto costo operativo y la cooperación del paciente por largos periodos de tiempo.

Por su parte, en el trabajo *La metrópoli espacio social de multiculturalidad ¿Médicos y enfermos en interacción o fricción cultural?* Zuanilda Mendoza señala que el espacio urbano se nos presenta con una aparente homogeneidad y una mayor comunicación entre sus miembros, sin embargo éste se caracteriza por la diversidad y la heterogeneidad cultural, aspecto que se verá reflejado en la totalidad de las relaciones sociales. Bajo esta perspectiva, Zuanilda nos muestra como en el acto clínico, la pluralidad cultural muchas de las veces se manifiesta a través de fricciones entre las percepciones y valores del médico y su paciente. Finalmente reflexiona sobre la importancia de la antropología, ya que su método de trabajo y análisis le ha permitido realizar una lectura profunda de la práctica médica y las interacciones sociales que en ella se expresan.

Apuntes sobre cultura y promoción de la salud

Luz María Arenas Monreal*
Alfredo Paulo Maya**

Resumen

Este manuscrito señala aspectos alrededor de la educación para la salud, en el marco de la propuesta de la promoción para la salud. Actualmente, la educación para la salud no está centrada en el cambio de conductas, sino en apoyar la potencialidad que la gente tiene de organizarse y modificar las condiciones de vida adversas que dificultan vivir la vida a plenitud. Se plantea la importancia que tiene para el trabajo en salud, considerar el punto de vista de los "otros" para entender las distintas maneras de interpretar y explicarse el mundo, y muy en especial en la forma de enfrentar el proceso salud-enfermedad-atención.

Palabras clave: cultura, educación, promoción, salud, proceso salud-enfermedad-atención.

Abstract

This manuscript points out aspects around the education for the health, inside the proposal of the promotion for the health. At the moment the education for the health is not centered in the change of behaviors but in supporting the potentiality that people to organized and to modify the adverse conditions of life that avoid them to enjoy the life. The document stands out the importance of considering the other's point of view in order to understand the different ways to interpret and to explain the world, especially in the way of facing the process health-illness-attention.

key words: culture, education, promotion, health, process health-illness-attention.

*Luz María Arenas Monreal. Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública.

** Alfredo Paulo Maya. Docente del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina de la UNAM.

Introducción

LA ANTROPOLOGÍA proporciona aportes significativos para quienes nos dedicamos al trabajo en salud, ya sea tanto en acciones asistenciales, preventivas o educativas. Esta disciplina da cuenta de las distintas maneras de entender e interpretar el mundo. De cómo cada cultura y grupo social da cuenta del proceso salud-enfermedad-atención.

Para incorporar estos aportes se precisa que los trabajadores de la salud consideremos que todas las acciones cotidianas están permeadas por pautas culturales y las acciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención no son la excepción.

Este manuscrito presenta algunas reflexiones alrededor de la propuesta actual de promoción de la salud, señala algunos elementos generales de nuestra experiencia en educación para la salud y la importancia de considerar las pautas culturales en el proceso educativo tendiente a mejorar las condiciones de vida de la población.

Promoción de la salud y educación para la salud

La educación para la salud en el marco actual de la promoción de la salud tiene un enfoque distinto del que tradicionalmente se le había asignado. En décadas anteriores estaba centrada en producir cambios de conductas fijados y determinados de acuerdo a contextos ajenos a la propia gente a quienes los programas van dirigidos.¹

En 1986, a raíz del pronunciamiento realizado por la Organización Mundial de la Salud en Ottawa, Canadá, se adoptó como principal estrategia de acción la promoción de la salud, la cual tiene como objetivo "proporcionar los medios para que la población tenga el control de su vida y su salud". Considera cinco líneas de acción:

- Políticas públicas saludables.
- Creación de ambientes saludables.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Reforzamiento de la participación comunitaria.
- Desarrollo de aptitudes personales.^{2,3}

Dentro del marco de la promoción para la salud, la educación para la salud constituye una herramienta metodológica, que más allá de la modificación de conductas en los individuos, tiene como objetivo potenciar los conocimientos y habilidades que permitan a la población descubrir por sí mismos la causalidad del proceso salud-enfermedad-atención. Es pues

que el proceso educativo debe propiciar la organización de la población para que ellos mismos busquen y construyan formas que transformen las condiciones adversas que afectan la salud y su vida en conjunto.

Sin embargo el proceso de educación para la salud lleva implícito aspectos específicos en la forma de relacionarse con la población y en general propone que se tome en consideración la visión que de salud-enfermedad tienen los conjuntos sociales.

El punto de vista de los "otros" y la promoción de la salud

El trabajo en promoción de la salud pone en juego las creencias, nociones, conocimientos, prácticas y la manera en que los conjuntos sociales interpretan y entienden el fenómeno de la salud-enfermedad, así como todas aquellas acciones que realizan para conservar y potenciar la salud.

Es fundamental reconocer que en el momento en que se da un acercamiento ya sea entre trabajadores de la salud de instituciones oficiales o asesores de organismos civiles y la población, se presenta un fenómeno peculiar: por un lado los trabajadores de la salud/asesores son depositarios de un bagaje cultural que generalmente es diferente del que poseen los conjuntos sociales con quienes se interrelacionan. Esta relación puede convertirse en un desencuentro en la medida en que los asesores -por la situación de poder en que se encuentran- impongan su manera de entender e interpretar la salud-enfermedad sobre la visión específica de la población.⁴ Posterior a estas experiencias, los resultados suelen ser desalentadores y podríamos decir que tanto los trabajadores de la salud /asesores como la población pierden la posibilidad de entablar una relación que los enriquezca mutuamente.

En ese sentido, quienes realizamos promoción de la salud, no podemos desconocer la influencia que la cultura ejerce en la vida de las personas y la población en su conjunto, entendiendo a la cultura como el conjunto de elementos de la vida cotidiana de la gente que está constituido por pautas, creencias, códigos, prácticas y conocimientos que se aprenden y se comparten, que son supuestos pero también poderosos.⁵

La cotidianidad en su totalidad está matizada por la cultura. Específicamente en salud podemos encontrar que la concepción-embarazo, parto y puerperio, la crianza de los niños y las distintas entidades nosológicas, incluyendo los síndromes de filiación cultural, tienen un sello peculiar que la cultura de los grupos sociales le imprime.^{6,7}

Es pues que la antropología proporciona elementos que nos permiten entender el punto de vista de los "otros", lo cual puede apuntar a un trabajo más fructífero y a evitar enfrentamientos inútiles.

Inclusión de la cultura en promoción de la salud: nuestra experiencia

Tomando como referencia a Hueyapan,^{8,9} comunidad indígena del Estado de Morelos, inicialmente reconocimos que la gran mayoría de instancias gubernamentales y civiles, a pesar de implementar acciones de prevención y atención de la salud, no habían logrado establecer un vínculo estrecho con los diferentes sectores de población. Es pues que resultaba evidente el desconocimiento de la dinámica interna y los valores culturales de la población, por lo que los resultados obtenidos eran limitados.

Lo anterior nos obligó a reflexionar sobre las formas de concebir e implementar las acciones de educación para la salud. Desde nuestra manera de ver, el problema de los programas de salud radicaba en que estos basaban su estrategia de educación en la entrega de recursos para la salud, descuidando las formas en que estos son puestos a disposición de los diferentes sectores de la población.

Así, en el desarrollo de nuestro programa de salud enmarcada dentro de la estrategia de la promoción de la salud y la metodología de la educación popular en salud, los siguientes elementos han sido fundamentales para el entendimiento con los grupos.



Respeto

El respeto tiene varias dimensiones. Este se refleja en un reconocimiento y entendimiento continuo hacia la manera de interpretar el mundo y específicamente la salud-enfermedad. El respeto se da vinculado con el diálogo, de modo que se propicie un intercambio continuo de saberes entre ambas partes. Otro aspecto es el reconocimiento hacia las formas de organización, sitios y horarios para la realización de actividades, de tal manera que se evite la imposición y verticalidad.

El trabajo en promoción de la salud puede conducir (idealmente es lo que se pretende) a propuestas de acción que vayan dirigidas a modificar las condiciones adversas de vida que afectan a la gente. Cuando esto ocurre es preciso como asesores mantener una postura de respeto irrestricto hacia la manera en que la gente plantea que estas acciones, que pueden ser incluso proyectos grupales o comunitarios, se definan, diseñen y concreten. Es necesario entender el significado que las personas le otorgan a su barrio, colonia o pueblo; el sentimiento de arraigo que ellos poseen hacia su entorno es distinto del de los asesores y en ese sentido, la gente generalmente plantea que los proyectos o acciones se realicen en su propio espacio, aunque no se limita el intercambio con vecinos de otros asentamientos cercanos, para las personas siempre es muy importante tener dentro de su espacio lo que ellos mismos han generado.

Diálogo

Siendo un proceso educativo el que se encuentra en la base del trabajo de promoción de la salud, el diálogo con características de horizontalidad, que permita el intercambio genuino entre ambas partes, es una pieza fundamental. Así a través del diálogo se posibilita el entendimiento mutuo y la construcción colectiva del conocimiento, se discuten y reflexionan nociones, conocimientos, creencias y diversas prácticas en salud.

Valoración de su cultura

El proceso educativo se fundamenta de manera central en la propuesta de educación popular en salud. Así se inicia con recuperar los conocimientos que la gente posee y las diversas prácticas que a lo largo de su vida ha utilizado para enfrentar la salud-enfermedad. Este primer momento posibilita un acercamiento para entender el punto de vista y la manera de interpretar el mundo, además apreciar y valorar los aspectos propios de su cultura que les han dado aciertos en el

enfrentamiento ante las dolencias pero también para potenciar su salud. Con relación al último aspecto, consideremos la importancia de la lactancia materna y el apoyo de la pareja durante el parto, las cuales recientemente han sido revaloradas desde los sistemas oficiales de salud.

Posteriormente, durante el proceso educativo se van analizando y reflexionando diferentes contenidos que vayan posibilitando la construcción de nuevos conocimientos y adquisición de habilidades que permitan reconocer los distintos aspectos que intervienen en la salud-enfermedad. En la medida que se va avanzando en el proceso educativo, los grupos con quienes se trabaja van proponiendo acciones concretas para modificar las condiciones de vida en que se encuentran y la necesidad de organizarse o fortalecer sus propias organizaciones es un aspecto que toma un lugar fundamental. Nuevamente reiteramos que en todos los momentos, el diálogo, respeto y consideración de su cultura son elementos medulares en el trabajo de promoción de la salud.¹⁰

Conclusión

La propuesta actual de promoción de la salud con las cinco líneas de acción requiere acciones prácticas para su concreción, la inclusión de la cultura es fundamental en cualquier trabajo educativo. En ese sentido la antropología brinda elementos para comprender y tomar en cuenta el punto de vista de los actores y conjuntos sociales; en caso contrario los costos sociales pueden ser grandes y los resultados en el estado de salud y condiciones de vida de las personas y comunidades no se verán reflejados.



Referencias

1. Rice, Marilyn. "Educación en salud, cambio de comportamiento, tecnologías de comunicación y materiales educativos", *Bol Of Sanit Panam*, 1985, Vol.98, no.1, pp.65-77.
2. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa promoción de la salud. Ottawa, 1986.
3. Arroyo, Hiram V., Cerqueira, María T. (editores). *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: Un análisis sectorial*. Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico, p.327, 1997.
4. Polgar, S. "Health action in cross-cultural perspective", en: Freeman, H.; E. S. y Reeder, LG. (eds.) *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1963.
5. Peacock, J. *El enfoque de la antropología*. Herder, Barcelona, 1989.
6. Cominsky, Sheila. "La atención del parto y la antropología médica", en Campos R. (comp.), *La antropología médica en México*. Instituto Mora, UAM. México. 1992
7. Paulo, Maya, A. "Some reflections about Cases of 'Chipilez' in the State of Morelos, Mexico", en *Curare* 22. Germany, 1999 (1) pp. 71-75.
8. Arenas, Monreal, L., Paulo, Maya, A. "Promoción para la salud: análisis de un programa de nutrición en una comunidad indígena del estado de Morelos", en *Estudios Sociales, Revista de investigación del Noroeste*. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., Universidad de Sonora, El Colegio de Sonora, vol. VIII. Núm. 15, enero - junio, pp. 137-153, 1998.
9. Arenas, Monreal, L., Paulo, Maya, A. "Implicaciones de un programa de salud comunitaria sobre la calidad de vida de las mujeres en una comunidad indígena del estado de Morelos", en: Daltabuit M., Mejía J., Álvarez, R.L. (coord.) *Calidad de vida, salud y ambiente*, CRIM-IIA/UNAM, INI. México. 2000.
10. Arenas Monreal L, Paulo Maya A., López González H. "Educación popular y nutrición infantil: Experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México", *Rev. Saúde Pública*. Brasil, 1999, vol.33, no.2, pp.113-21.

El padecer de los adultos mayores con diabetes

Elia Nora Arganis Juárez*

Resumen

Este trabajo describe las creencias sobre el padecimiento de doce adultos mayores con diabetes mellitus. El padecer es visto como la experiencia de la enfermedad, incluye la manera en que el enfermo percibe, clasifica, explica, evalúa y responde a la enfermedad. Nuestro análisis sugiere que es de fundamental importancia explorar los modelos explicativos del padecer que se tienen en un contexto particular, lo que nos da la posibilidad de suministrar un cuidado de la salud adecuado y efectivo.

Palabras clave: diabetes mellitus, adultos mayores, modelos explicativos.

Abstract

This paper describes the perception of illness in twelve elderly patients with diabetes. It includes also the way they label, classify and explain their illness. Our analysis suggests explanatory models of illness that can help to provide more effective care.

Key words: diabetes, elderly patients, explanatory models.

*Elia Nora Arganis Juárez. Maestra en Antropología social. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. UNAM. Tel. 51 15 22 28. email: enarganis@correoweb.com.

Introducción

LA IMPORTANCIA DEL PADECER

LOS ESTUDIOS sobre el proceso de salud-enfermedad hacen evidente que los elementos psicológicos y socioculturales juegan un papel fundamental en las formas de entender y atender la enfermedad. En México, los trabajos del doctor Martínez Cortés destacan la existencia de una forma de ver la enfermedad como lesión del organismo, el modelo biológico lesional, frente a lo que denomina padecer médico: la manera personal en que determinado individuo, dadas sus características psíquicas y socioculturales, sufre su enfermedad, aspectos de gran importancia en la relación médico-paciente.¹

Del mismo modo, en la antropología médica norteamericana se distinguen tres dimensiones de la enfermedad: *disease*, se refiere a la anomalía en la estructura y/o función del órgano o sistema de órganos, es el campo del modelo biomédico; *illness*, son las percepciones y experiencias de ciertos estados devaluados socialmente, incluyendo (pero no limitándolo) a la enfermedad; y *sickness* que es utilizado para designar un término general que involucra a ambos, enfermedad y padecimiento pero desde una perspectiva social.²

Se considera entonces que el padecimiento es la experiencia de sentir y sufrir una serie de síntomas, tiene que ver con la experiencia vivida de vigilar los procesos corporales, las expectativas creadas alrededor de estos procesos, las categorías y explicaciones del sentido común accesibles a todas las personas del grupo social y los juicios de los pacientes sobre como enfrentarlos.³

Para entender el padecer, se establecen modelos explicativos que están determinados culturalmente, estos modelos son conjuntos de creencias que incluyen alguno o todos de estos cinco puntos: etiología, conjunto de síntomas, fisiopatología, curso de la enfermedad (severidad y tipo de rol del enfermo) y tratamiento. Se identifican tres modelos básicos: el profesional, el popular -que incluye a la familia y a la comunidad- y el folk, refiriéndose a los curadores no profesionales.⁴

Los modelos explicativos son manejados por curadores y pacientes en todos los sistemas de salud. Ofrecen explicaciones de las enfermedades y el tratamiento, guían las elecciones acerca de las terapias y terapeutas disponibles y dan significado social a la experiencia de la enfermedad. El modelo explicativo es una respuesta a un episodio de la enfermedad crónica o aguda, no es estático pero refleja las creencias manejadas en un momento determinado.

El estudio de los modelos explicativos indica como los pacientes entienden episodios dados de enfermedad y la manera en que escogen y evalúan los tratamientos particulares. La variación en los modelos del médico y el paciente, manifiesta acercamientos o diferencias culturales subyacentes que pueden ocasionar conflictos entre médicos y pacientes, de allí que sea necesario analizar cuáles son las explicaciones sobre la enfermedad que ambos manejan.⁵

PADECER DIABETES DESPUÉS DE LOS SESENTA AÑOS

En México, como en otras partes del mundo, el mejoramiento en las condiciones generales de vida y el acceso a los servicios de salud, han provocado el descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y un ascenso de las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte. Los datos estadísticos muestran que se presentan con mayor frecuencia en las personas de más de 60 años.⁶

Los adultos mayores muchas veces no sólo enfrentan un padecimiento sino varios, porque surgen las complicaciones y otros malestares relacionados.⁷ Las enfermedades degenerativas ocasionan incapacidad e invalidez, además la biomedicina no las cura sino que sólo puede ofrecer cierto control. Al convivir mas tiempo con estas enfermedades, son vividas y reinterpretadas por los individuos que las sufren convirtiéndose en padecimientos.⁸

Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes representa un grave problema de salud, ya que en los últimos años se ha colocado entre las primeras diez causas de muerte.⁹ Este trabajo busca acercarse al modelo de explicación del padecer de un grupo de adultos mayores con diabetes que viven en la ciudad de México. Además de sufrir de diabetes, estas personas enfrentan el proceso de envejecimiento y una problemática social: el retiro del mercado de trabajo o la jubilación, acontecimientos que marcan de manera importante esta etapa de la vida, ya que los individuos experimentan una redefinición de sus papeles sociales porque ven disminuir sus recursos económicos, lo que muchas veces agrava su situación.¹⁰

Material y métodos

Para acercarnos al padecer de los adultos mayores con diabetes mellitus, se realizó una investigación, con pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 160 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la delegación de Iztapalapa, Distrito Federal. Después de una revisión de los expedientes, se eligió a una muestra de 8 mujeres y 4 hombres, con diagnóstico de diabetes mellitus,

a los que se aplicó una metodología cualitativa con entrevistas y la observación de sus condiciones de vida.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN SELECCIONADA

La población se ubica entre los 60 y 75 años de edad, tiene una escolaridad de primaria y primaria incompleta. El 50% de ellos son originarios de otros estados de la República y el 90% son católicos.

Casi todos los hombres entrevistados están pensionados o jubilados por el Seguro Social, las mujeres son amas de casa, aunque algunas señalan haber trabajado en algún momento de su vida, la mayoría de ellas son beneficiarias de los servicios del IMSS por ser madre o esposa del trabajador.

El nivel socioeconómico es bajo, el promedio de ingreso familiar es de uno a dos salarios mínimos. Cuentan con vivienda propia y los servicios urbanos varían de acuerdo a la colonia en que están ubicadas.

El diagnóstico de la diabetes mellitus fue realizado en su mayoría por los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y tienen un promedio de 10 años de sufrir la enfermedad.

Resultados

LAS EXPLICACIONES SOBRE LA CAUSALIDAD

Los modelos causales que manejan los pacientes son significativos en términos de la historia personal y su sistema de creencias. Aunque muchos de los enfermos dicen no saber la causa de su enfermedad, dentro de las entrevistas surgieron ciertas ideas como: situaciones de pobreza, trabajo excesivo y estrés emocional.

Encontramos que si bien se aceptan las explicaciones biomédicas de la herencia, ciertos eventos dentro de la historia personal del paciente se convierten en las causas que para ellos desencadenan su enfermedad. Los pacientes elaboran conceptos complejos sobre la diabetes donde los factores culturales y psicosociales son importantes para la comprensión del padecer. En este sentido podemos ver que el ámbito de las relaciones sociales que rodean a la persona es el elemento fundamental de las explicaciones.

En general, la diabetes mellitus se asoció significativamente a los sustos. Existen diferencias de género: para los hombres el origen de sus problemas de salud se encuentra relacionado frecuentemente con accidentes o acontecimientos imprevistos

en su trabajo, señalan como se vieron enfrentados a hechos violentos o accidentes que los llevaron a enfermarse; mientras que las mujeres interpretan las causas de su enfermedad dentro del ámbito de sus relaciones familiares, destacaron sobre todo situaciones emocionales: las impresiones, el coraje, el sufrimiento, las preocupaciones y los problemas familiares, en un sólo caso se consideró la alegría excesiva al celebrarse el matrimonio por la iglesia después de muchos años de vivir con su pareja.

LAS IDEAS SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU ATENCIÓN

Los personas han recibido las explicaciones médicas sobre su enfermedad, sin embargo, encontramos que no existe una idea clara de cómo esta enfermedad actúa. Relacionan a la diabetes con el azúcar en la sangre y la falta de insulina, pero la consideran como una entidad que es externa, que se apodera de las personas y se instala en ellos: *la diabetes todo lo destruye, es una enfermedad horrible, me cayó la diabólica, sube y baja en el cuerpo, es como un calor que seca.*

Los síntomas que describen los pacientes se ajustan a los cuadros clínicos de la enfermedad, aunque consideran que las molestias se incrementan con los problemas particulares de cada persona, donde nuevamente el contexto social es muy importante en el padecer: *hice un fuerte coraje y se me subió el azúcar.*

Respecto a su atención, la biomedicina es la práctica de atención más utilizada, existe confianza en los médicos, ya sea asistiendo a la clínica del IMSS que les corresponde, al centro de Salud de la SSA o a la medicina privada en los pequeños consultorios cercanos a sus domicilios.

Sin embargo hay una desconfianza de los medicamentos institucionales ya que se maneja la noción de que tienen menor eficacia y efectos secundarios que los comprados en las farmacias; también es una creencia común que la insulina es dañina y causa ceguera. Por el contrario se señala que *lo natural no hace daño*, con frecuencia se utilizan diversas plantas buscando un mejor control del *azúcar* y para disminuir el consumo de *las pastillas*. Existe además una idea generalizada de las dificultades para seguir las dietas y los ejercicios: *la dieta me mata, no puedo hacer ejercicio.*

Aún cuando se plantea la posibilidad de encontrar curación en medicinas alternativas, se utilizan muy poco los terapeutas populares. Si bien se considera que la diabetes es ocasionada por un susto, sólo en un caso se recurrió a un curandero. Las plantas medicinales son empleadas frecuentemente, pero se accede a ellas a través de recomendaciones de familiares y amigos.

Estas personas saben que su enfermedad es crónica y que no tiene curación, los médicos han insistido mucho con ellos sobre este tema: *El médico me dijo que si un médico de veras descubriera como curar la diabetes se haría millonario y le darían el premio Nobel.* Aún cuando algunos de ellos consideran la posibilidad de que pueda descubrirse una cura señalan que por su edad a lo mejor ya no les toca la curación.

CONCEPTOS RELACIONADOS

Las explicaciones sobre el padecer se relacionan con otros conceptos como la edad, la menopausia, la muerte o el apoyo recibido. Si bien la edad es un elemento que no se considera una causal directa de la enfermedad, se plantea que el envejecimiento es un desgaste del organismo, con la edad todo se acaba. La menopausia es un aspecto que algunas mujeres asocian a la aparición de su padecimiento pero no está muy claro si es un factor coincidente o desencadenante.

Asimismo existen ideas en relación a la muerte y al apoyo recibido que juegan un papel muy importante en la adherencia terapéutica: *de todos modos me voy a morir* es uno de los comentarios que en algunos casos se utilizan para dejar de lado los tratamientos. El apoyo de los familiares es percibido de manera diferencial, aún cuando los cónyuges o hijos consideren que les están prestando suficiente atención, son comunes los comentarios siguientes: *A los viejos no nos hacen caso, los hijos son causa de preocupaciones, no todos los hijos son iguales, con algunos se puede contar.*

Discusión

En nuestra investigación, encontramos que los enfermos de diabetes establecen explicaciones causales que relacionan el padecimiento de manera directa y específica a su historia personal: las circunstancias estresantes de la vida son el origen de la enfermedad.

Investigaciones realizadas por otros autores nos muestran situaciones parecidas a las encontradas entre nuestros informantes, por ejemplo Cohen, *et al* (1994)¹¹, Hernández (1995)¹² y Hunt, *et al* (1998)¹³, notaron que los pacientes y médicos consideran diferentes aspectos en sus modelos explicativos del padecer. Los pacientes enfatizan dificultades en el dominio social y el impacto en sus vidas, mientras que los integrantes del equipo de salud dirigen su atención a los problemas fisiopatológicos y al impacto físico de la enfermedad. Aunque los profesionales de la salud buscaban el mantenimiento de niveles aceptables de glucosa en la sangre, la prioridad de los pacientes fue encontrar maneras de vivir con la diabetes.

La comprensión de los modelos explicativos del padecimiento, de acuerdo al contexto en que se expresan, puede aclarar la toma de decisiones sobre los tratamientos. Las personas con diabetes, reconocen la eficacia de los médicos y de la prescripción médica en su enfermedad, aunque esto no impide el señalamiento de las dificultades en el tratamiento, así como la búsqueda de la eficacia curativa en la combinatoria con recursos herbolarios, combinatoria construida socialmente pero que aparece como respuesta individual de cada paciente. Como sugieren Heurtin-Roberts y Reinsin (1992),¹⁴ la variación entre médicos y pacientes en la explicación de la enfermedad, produce como resultado acciones que no son consistentes con el consejo biomédico.

De esta manera, los pacientes siguen una serie de estrategias para enfrentar su enfermedad que se caracterizan por la búsqueda incesante de encontrar soluciones a su padecer: prueban plantas medicinales recomendadas por familiares y amigos con la idea de que lo natural no hace daño y no llevan a cabo la dieta y el ejercicio por las condiciones particulares en que viven, situaciones similares han sido estudiadas en otros grupos de enfermos.^{15,16}

Las prácticas de atención que utilizan los enfermos son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente o desaparecen, ya que son estrategias cuya diferenciación está dada por las condiciones ideológicas y económicas que permiten establecer posibilidades y alternativas para enfrentarse de una manera dinámica e integral a su padecer.

Conceptos sobre el envejecimiento y las redes sociales de apoyo que se estructuran a su alrededor, son elementos que intervienen en la forma en que se siguen los tratamientos.¹⁷ Cuando se ha llegado a una edad avanzada y no se tiene el apoyo suficiente, es más difícil encontrar incentivos para mantener un cuidado de la salud adecuado.

El padecimiento se constituye entonces, en uno de los eventos más significativos en la vida de las personas, donde las categorías culturales interactúan con situaciones sociales y psicológicas para transformar la experiencia y la vida de los que sufren.¹⁸

Conclusiones

Debe considerarse que los pacientes interpretan su padecer, procuran hacer sentido de sus experiencias específicas con su enfermedad y las integran con conceptos generales del proceso de la enfermedad y manejo señaladas por el personal médico.



En la perspectiva del paciente, la explicación causal que ellos buscan es lo que podría haber estado mal en sus propias biografías, toman y evalúan acciones para conducir el padecimiento dentro de un contexto no sólo cultural sino socioeconómico que llega a determinar las posibilidades de atención a su padecer.

Es importante examinar los modelos explicativos del padecimiento que manejan los enfermos, los médicos no sólo deben llegar al diagnóstico sino también identificar el padecer del paciente. Dar información a los pacientes es más eficaz cuando se conocen y entienden sus ideas sobre el padecer, especialmente cuando se busca mantener la cooperación en los tratamientos largos que las enfermedades crónicas requieren.

Referencias

1. Martínez Cortés, Fernando. *Enfermedad y padecer*. Medicina del hombre en su totalidad. México, 1983.
2. Kleinman, Arthur. *Patients and Healers in the context of culture*. University of California Press, Berkeley, 1980.
3. Kleinman, Arthur. *The illness narratives*. Basic Books, 1988.
4. Hahn, R. y Kleinman, A. "Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions", en *Annual Review Anthropology*, 1983, vol. 12, pp. 305-333.
5. Kleinman, A., Eisenberg, L. y Good, B. "Clinical lessons from anthropologic and cross cultural research", en *Annual Internal Medicine*, 1978, vol. 88, pp. 251-258.
6. Secretaría de Salud. "La Transición en salud. Origen, rumbo y destino", *Cuadernos de Salud*. Secretaría de Salud. México, 1994. pp.20-33.

7. Borges, Y.A., Gómez, D.H. "Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México", *Salud Pública de México*. Enero-Febrero 1998, vol. 40, no.1, pp.11-23.
8. Fitzpatrick, R. et al. *La enfermedad como experiencia*. Fondo de Cultura Económica, México, 1990.
9. Secretaría de Salud. *Encuesta nacional de enfermedades crónicas*. Secretaría de Salud, México, 1994.
10. García, H. "Sistemas de soporte a la vejez. Apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey", en: *La Población de México al final del siglo XX*. Hernández, B.H., Menkes, C. (Coord.), vol. 1, pp. 403-416, CRIM, Sociedad Mexicana de Demografía, UNAM, Cuernavaca, Morelos, 1998.
11. Cohen, M.Z. et al. "Explanatory models of diabetes: patient practitioner variation", *Social Science and Medicine*, Gran Bretaña, 1994, vol. 38, no. 1, pp. 59-66.
12. Hernández, C.A. "The experience of living with insulin-dependent diabetes: lessons for the diabetes educator", *Diabetes Educator*, 1995, vol.21, pp. 33-37.
13. Hunt, L.M., et al. "¿ Por qué me tocó a mi? Mexican american diabetes patient's causal histories and their relationship to treatment behaviors". *Social Science and Medicine*, Gran Bretaña, 1998, vol. 46, no. 8, pp. 959-969.
14. Heurtin-Roberts, S. and Reinsin, E., "The relation of culturally influenced lay models of hipertension to compliance with treatment", *American Journal of Hipertension*. 1992, vol. 5, pp. 787-792.
15. Arganis, J.E.N. *Estrategias para la atención a la diabetes mellitus, de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz*. Tesis de Maestría en Antropología Social, E.N.A.H., México, 1998.
16. Mercado, M.F.J. *Entre el Infierno y la gloria*. Tesis de doctorado en Ciencias sociales, El Colegio de Michoacán, México, 1996.
17. Robles, S.L. y Moreno, L.N.C. "El anciano, la enfermedad crónica y su familia". En *Dinámica Demográfica y cambio social*, Carlos Welti, (Coord.), pp. 37-51, Programa Latinoamericano de Actividades en Población, 1996.
18. Kleinman, A., P. Brodwin, et al. "Pain as Human experience: An Introduction", en: Del Vecchio M., P. Brodwin, B. Good y A. Kleinman (Ed.) *Pain as Human experience. An Anthropological perspective*. 1992, University of California Press, Berkeley, pp.1-28.

La metrópoli, espacio social de multiculturalidad ¿médicos y enfermos en interacción o fricción cultural?

Zuanilda Mendoza González*

Resumen

Las grandes Metrópolis, centros de atracción, mosaico polifacético, muestra indiscutible de la diversidad. Espacio social en donde interactúan diariamente médicos y enfermos, sujetos producto de una cultura que se hace manifiesta en su forma de padecer y de dar respuesta a un problema de salud. Atender al proceso salud/enfermedad como un espacio social del vivir diario, puede constituirse en la mirilla a través de la cual se identifique un proceso intrincado de transformación. Muchas de las acciones realizadas desde la institución de salud, no reconocen la diferencia cultural de los grupos sociales y en esos términos desarrollan su acción educativa, preventiva y de atención. Esto limita la relación que se establece con poblaciones como las indígenas en la ciudad.

Palabras clave: Metrópoli, relación médico paciente, diversidad cultural, racismo.

Abstract

The metropolis constitute a social space of medical-patient interaction. Many activities carried out by health institutions do not recognize the cultural diversity of indigenous social groups, diversity that hinders the relationship with those groups settled in big cities.

Key words: Metropolis, doctor-patient relationship, cultural diversity, racism.

* Zuanilda Mendoza González. Maestra en Antropología Social, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Brasil 33 col. Centro, D.F. Tel 562-33114.

Introducción

EL OBJETIVO de este trabajo es dar curso a la polémica que surge de las siguientes interrogantes: ¿es la urbe el espacio de la homogeneidad?, ¿a qué se enfrenta un médico y un enfermo al interactuar desde construcciones culturales diferentes?, ¿qué importancia tienen los factores socioculturales en el ejercicio diario de la práctica médica en un contexto urbano?, ¿qué aportación puede hacer la perspectiva antropológica al desempeño cotidiano del acto clínico?

De manera inicial, procuraré apuntar ciertos elementos teórico-conceptuales de los cuales parto, para posteriormente remitir a algunos ejemplos en lo concreto y concluir señalando lo que, desde mi posición, serían algunas aportaciones de la antropología a la práctica médica.

Las ciudades son escenarios donde se entrecruzan diferentes matrices culturales. La heterogeneidad multicultural es un dato básico a reconocer. La ciudad como espacio social de concentración, interacción y fricción entre diversos grupos étnicos, de procedencias y culturas diferentes.

Es necesario centrar la atención en situaciones de interculturalidad, obviamente más aparentes en la urbe, donde las fronteras se disuelven. Sólo haciendo visible la heterogeneidad, la coexistencia de varios códigos simbólicos, los préstamos y transacciones interculturales, se es capaz de dar respuestas a las interrogantes de transformación.



La comunidad indígena triqui, migrante a la Ciudad de México, presenta condiciones precarias de vida diaria, que constituyen riesgos para la salud. *Fotografía tomada por el personal del Centro de Salud "Luis E. Ruíz", SSA.*

Es indiscutible que no podemos considerar a los miembros de cada sociedad como pertenecientes a una sola cultura homogénea y teniendo conocimientos y saberes únicamente coherentes con ella.¹

Incluso podemos aseverar, que las poblaciones indígenas reconocen que la preservación PURA de sus saberes tradicionales, no es el camino exclusivo ni más apropiado para reproducirse y mejorar su situación, de esto se desprenden su progresiva inserción y sus demandas de recibir los avances de una sociedad moderna.

Es pertinente abordar los procesos de interacción social y contraste entre los conjuntos sociales en contextos de diversidad cultural.²

Asumimos que la desigualdad entre indígenas y mestizos no desaparece en la ciudad, donde a pesar de la disminución de la distancia cultural, tiende a transformarse en una desigualdad de clase,³ la cual se reproduce en todos los espacios sociales, incluido el de la biomedicina. La diferencia



Su principal actividad productiva es el comercio informal, a través de la cual han logrado sobrevivir en esta gran urbe.

de clase en la condición de existencia urbana, se fortalece, sin eliminar la diferencia étnica, esta última hace de este un fenómeno diverso. No es igual ser pobre en la ciudad, que ser pobre e indígena.

La identidad es un fenómeno que emerge de la relación entre el individuo y la sociedad,⁴ y se hace evidente, aun en actos estandarizados y despersonalizados, como los que recientemente se están dando en la práctica médica.

Son diversos los campos donde podemos fijar nuestra atención para dar cuenta de este proceso de cambio y permanencia. Es para nosotros de relevancia atender al proceso salud/enfermedad como un espacio social del vivir diario, que puede constituirse en la mirilla a través de la cual, identificar un proceso intrincado de transformación social.

Hay que enfatizar en el proceso salud/enfermedad como categoría de análisis, variable mediadora entre los determinantes socioeconómicos y culturales, respondiendo a racionalidades diferentes que dependen del grupo social en el que se encuentre. Los procesos enfermantes deben ser vistos a la luz de las características socioeconómicas y culturales asociados a ellos, permitiendo articular características macroestructurales con formaciones familiares y reproductivas específicas, y dar lineamientos para identificar la vía de acción de lo social en procesos individuales y biológicos de salud enfermedad.⁵

Partimos de que es en el contacto con los otros que se configura una definición, representaciones y prácticas sociales, la conservación o transformación, en donde lo propio se juega con lo extraño, dando cuenta de la conformación de una nueva manera de saber.⁶

El contacto con las instituciones (escuela, biomedicina, religión), con interlocutores y agentes sociales transformadores, darán cuenta del grado de pérdida o constancia de lo que constituye una matriz cultural respecto del proceso salud/enfermedad.

El conjunto social con el que ahora estoy trabajando y motivo de esta reflexión, son indígenas migrantes a la zona metropolitana de la Ciudad de México desde hace más de 10 años. Indígenas que como la mayoría de los migrantes urbanos viven en condiciones de marginación y pobreza. En la urbe, interactúan con un sin número de instancias e instituciones para poder resolver los avatares de su vivir diario. En un espacio diferente del de su región de origen, donde abruptamente tienen que integrarse, siendo necesario manejar una serie de códigos que les permitan interactuar. Entre ellos cabe señalar el manejo del idioma, el

reconocimiento de los requisitos burocrático-administrativos necesarios en cualquier trámite o gestión, los rituales institucionales incluido el médico, el uso diferencial de ciertos espacios y tiempos, entre otros.

Para este conjunto social, la enfermedad constituye una de las preocupaciones centrales cuando se presenta, sobre todo cuando afecta a la población infantil. Para poder resolver un problema de salud, echan mano de los recursos de atención a los que tienen acceso. Siendo en el ámbito urbano estos recursos más cercanos y más diversos, lo que les da la posibilidad de resolución más eficiente y rápida.

Es importante reconocer que antes de recurrir a una instancia de atención los grupos sociales, en especial la madre de familia, elabora un diagnóstico presuncional respecto del padecer que aqueja a su familia, una vez elaborado dicho diagnóstico decide que alternativa se tomará, en la mayoría de los casos es la autoatención el primer paso con el que la madre pretende resolver la problemática.⁷ Si ésta no da el resultado esperado, se recurrirá a una instancia más especializada ya sea en el terreno de la biomedicina o de la medicina popular.

La comunidad reconoce e identifica los problemas de salud que le aquejan, muchas veces este perfil de su patología no corresponde cabalmente con el perfil que elaboran las instituciones de salud. Existiendo aquí un elemento central de ruptura entre las necesidades que del grupo se desprende y la oferta que la institución puede proporcionar.

Ellas señalan como principales causas de enfermedad en la población infantil los cuadros gripales, anginas, tos y diarreas; en segundo término nosologías no reconocidas por la biomedicina pero que la población identifica y maneja conforme a sus pautas culturales, éstas son para la población infantil: mal de ojo, espanto y aires. Para el caso de la población adulta, las enfermedades reconocidas por la comunidad como principales causas de afección son: cuadros gripales, dolor de espalda y caries. Entre los síndromes culturalmente delimitados encontramos: aire, latido, brujería y espanto.

Es importante señalar en la población adulta la incidencia creciente de enfermedades crónicas, como la diabetes, así como el alto consumo de bebidas alcohólicas y sus repercusiones en términos de daños a la salud y muerte.

Las causas de mortalidad reconocidas por la población para el caso de la muerte infantil: cuadros gastrointestinales agudos (vómito y diarrea) asociados en la mayoría de los casos con síndromes de filiación cultural y con limitaciones en la posibilidad de atención médica, ya que todas las muertes infantiles referidas tuvieron lugar en la región de origen.

Para el caso de la población adulta, las causas de mortalidad reportada fueron muerte materna y brujería para las que se presentaron en su lugar de origen; en cambio las que sucedieron en la ciudad de México fueron alcoholismo y diabetes.

Los recursos de atención con los que cuenta la comunidad, en el ámbito de la biomedicina son el Centro de Salud de la Ssa, localizado a 4 cuadras de distancia en donde se les da asistencia médica gratuita. Tres o cuatro farmacias localizadas en sus alrededores, en donde se les proporciona medicamentos sin necesidad de consulta médica. Algunos recurren con médicos particulares cuando cuentan con recursos económicos para pagar la consulta, siendo de su principal preferencia algunos médicos recomendados por parientes y paisanos. Ningún grupo familiar cuenta con seguridad social ni otro tipo de asistencia social.

Entre los recursos de la medicina popular, la comunidad recurre a curadores de su región de origen que también han migrado y ejercen su acción curativa ahora en la zona metropolitana de la Ciudad de México, en Candelaria hemos podido identificar cuatro curadores, dos de ellas parteras y dos brujas, a las que recurren todas las familias del predio. En ocasiones ante la necesidad de un curador más eficaz o especializado, recurren a curanderos de la calle de López o de MAIZ (asentamientos triquis urbanos).⁸

Es posible afirmar que estos conjuntos sociales, aún con sus limitaciones económicas y socioculturales recurren a una gran diversidad de instancias de atención dependiendo del diagnóstico que la madre elabore ante el padecimiento, por supuesto esto no siempre quiere decir curación.

La relación que este grupo de familias indígenas establece con el Centro de Salud es una relación particular, ya que por intereses institucionales se creó hace algunos años un programa de atención a población indígena, sólo en este centro de salud.

El interés surge no de la institución, sino de la iniciativa personal de una médica del centro de salud, la cual a través de sus actividades de campo entra en contacto con la comunidad y logra la aceptación de una serie de acciones realizadas con la colectividad. Es importante mencionar aquí, la intervención favorable del líder de la comunidad que permitió la introducción en la misma.

El desempeño de las actividades en el predio, se han realizado con relativa fluidez y facilidad. Hay que señalar las actividades de vacunación, desparasitación, adiestramiento en la utilización del suero oral, higiene y manejo del agua. En

cambio las actividades realizadas en el área física del Centro de salud, han sido más difíciles y bloqueadas por una serie de actores de la institución de salud.⁹

La consulta se les proporciona de manera gratuita, así como los servicios de laboratorio y gabinete. Las acciones solamente son realizadas por la médica encargada del programa, el resto del personal médico desconoce las acciones y se niega a participar. Por parte del personal de enfermería, administrativo y de los servicios auxiliares, la población indígena recibe frecuentemente muestras de incompreensión, discriminación e incluso rechazo, por considerarlos individuos ignorantes, necios y reacios a obedecer las indicaciones que se les proporcionan, es decir a querer cambiar y mejorar. Esto ocasiona, que al estar ausente la encargada del programa, la población de la comunidad indígena prefiera no acudir a la institución y resuelve a través de otros recursos su problema de salud.

Cabe señalar que muchas de las acciones realizadas desde la institución de salud, son vistas por gran parte de su personal como dádivas u obsequios que se le proporcionan a esta población. Y no como acciones que reconocen la diferencia cultural del grupo y en esos términos desarrollan su acción educativa, preventiva y de atención.

Es la población indígena la que presenta una actitud más flexible y moldeable a la interacción con los diferentes actores de la institución. Muestran siempre una disposición para aprender cada uno de los requisitos que deben ser cubiertos para poder recibir la asistencia y dar atención así a sus problemas de salud. Incluso han aprendido a utilizar los servicios especializados y de urgencias en los hospitales.

Por parte de los prestadores de servicio, su actitud surge de considerar que la población que acude a los servicios mantiene una conformación sociocultural estandarizada y homogénea, no reconocen diferencias, y en consecuencia pretenden realizar su acción terapéutica o preventiva de una manera uniforme con toda la población. Esto limita la relación que se establece con poblaciones como las indígenas en la ciudad, generando que la población no acceda a este tipo de servicios.

Conclusiones

Hay que regresar al punto de partida, es decir a las interrogantes que dieron inicio a este trabajo.

Es indiscutible que la ciudad es un mosaico polimorfo, donde la diversidad y la heterogeneidad se hace manifiesta en todos los espacios. Y precisamente la heterogeneidad cultural,

condiciona que las relaciones sociales, incluidas las de la práctica médica, sean más complejas y dinámicas.

El encuentro entre un médico y un paciente en el acto clínico urbano, es una expresión esencialmente social que permite poner de manifiesto las contradicciones económico-políticas y culturales de sus actores. Un vínculo donde pueden surgir diferencias de clase, racismo y exclusión del otro. Solo teniendo en consideración los factores socioculturales del enfermo será posible hablar de calidad en la atención médica, al descuidar este aspecto se descuida la percepción y las necesidades reales de nuestros enfermos, así como otros valores sociales a los que no se les da un peso justo.

Como antropólogos nos encontramos en una situación privilegiada en la intersección entre los datos y los discursos. El trabajo de campo, herramienta invaluable, permite tener una lectura más profunda de las interacciones sociales. Nos permite dejar hablar a nuestros pacientes, a los médicos, a los que viven la ciudad. Lugar donde ante la aparente mayor comunicación y racionalidad de la modernización, se suscitan nuevas formas de racismo y exclusión. Una ciudad donde no se necesita ser indígena para vivir la fragmentación y la parcialidad.

Considero que la antropología es una disciplina social que nos permite tener una perspectiva diferente de nuestra práctica médica, al reconocer y reflexionar respecto de la complejidad de los procesos sociales en donde incuestionablemente está inserto el acto médico. Solo tomando en cuenta estos enfoques podremos tener una comprensión y sobre todo una actitud más equitativa y humana en nuestra relación con ese otro, que para nuestro caso es nuestro paciente.

Referencias

1. Friedman, Jonathan. "Toward a global Anthropology", en: Friedman, J. *Cultural Identity and Global Process*, Sage Londres, 1995, pp. 224-245.
2. García Canclini, Néstor. "Culturas híbridas, poderes ocultos", en: García Canclini, N. *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Grijalbo, México, 1990, pp. 263- 327.
3. Cardoso de Oliveira, R. *Etnicidad y Estructura Social*, CIESAS, México, 1992.
4. Simmons, A. "Explicando la migración: la teoría de la encrucijada", en: *Estudios Demográficos y Urbanos*, COLMEX, México, 1988, pp. 5-31.

5. Ferreira Rea, M. "Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia", en: *Rev. Saúde Pública*, 1994, vol. 28, núm. 5, pp. 365-72.
6. Méndez D. "Etnia, Migración y Salud infantil en la ciudad de Guatemala", en: *Estudios Sociodemográficos de Pueblos Indígenas*, CELADE, Chile, 1994, pp. 349-364.
7. Osorio, Rosa M. *La cultura médica materna y la salud infantil*. Tesis de Maestría, ENAH, México, 1994.
8. Cuestionario aplicado a las familias de la comunidad triqui de Candelaria, mayo 2000.
9. Informes del Programa de Atención a Población Indígena, Centro de Salud Dr. Luis E. Ruiz, Ssa, México, enero a agosto 2000.

Médicos mexicanos

Dr. Alberto Alcocer Andalón. 1932-1987. Cirujano, pionero e historiador

Eduardo R. Zazueta Quirarte*

Resumen

Cirujano potosino, maestro de muchas generaciones de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Ejemplo a seguir, por su dedicación, compromiso de vida, humanismo y su producción científica amplia, reconocida tanto en México como en el extranjero. Encarnó las características del pionero, el hombre que se hace a sí mismo, soportó el vendaval con la espalda erecta, gracias a la tenacidad, al esfuerzo constante. Historiador de la medicina local y regional, por excelencia. Sus múltiples investigaciones publicadas son referencia obligada para cualquiera que se interese en esta área de la ciencia histórica. Se presenta un bosquejo biográfico, recordando a este importante médico mexicano.

Palabras clave: Alcocer, historia de la medicina, San Luis Potosí, flebología.

Abstract

Mexican surgeon of the State of San Luis Potosí, teacher of the University of the State for many years. He embodied the characteristics of a self made scientist, who represents an example of tenacity and dedication to medicine and history. His numerous papers and investigations constitute an obligatory reference for those interested in regional medical history.

Key words: Medical history, San Luis Potosí, Flebology.

*Dr. Eduardo R. Zazueta Quirarte. Clínica Diaz Infante, Arista 750, Col. Moderna, San Luis Potosí, S.L.P. CP: 78250
Tel. (4)814 47 65 Fax. (4)812 62 75

Dr. Alberto Alcocer Andalón. 1932 - 1987

LA CIUDAD de San Luis Potosí fue fundada en 1592, y casi desde el principio hubo médicos entre los primeros pobladores; en opinión de Montejano, autoridad en historia regional, la mayoría eran aventureros, gente de paso, pero algunos sí llegaron a establecerse.¹ Durante el virreinato, dos médicos destacaron: don Joaquín Eguía Muro, graduado en la Real y Pontificia Universidad de México, quien en 1790 escribió una monografía sobre el absceso hepático, que obtuvo el primer lugar en el concurso convocado por el Protomedicato, por cierto, el premio fue compartido con Manuel Moreno, a la sazón director del Real Colegio de Cirugía. Fue el primero en escribir científicamente sobre el absceso hepático y el primero en el mundo en reportar la perforación a pericardio, según nos dice el desaparecido médico potosino, don Fernando Quijano. El segundo médico importante de la era virreinal fue don José Ignacio García Jove, igualmente graduado de la Real y Pontificia Universidad de México; alcanzó la posición de presidente del Protomedicato, conservando este puesto muchos años, hasta su muerte, en 1823. Este distinguido médico pugnó por unificar medicina y cirugía en una sola carrera.²

Durante el siglo XIX, destacaron individualidades en el mundo de la medicina en San Luis Potosí, como Mariano Güemes, quien curó una herida de esófago y tráquea en 1811. En San Luis estuvieron médicos extranjeros, como Francesco Antomarchi, el médico de Napoleón, ejerció su profesión en San Luis en los 1830s y, desde luego, Alfonso Cosso, de origen italiano quien logró ligar un aneurisma de carótida con éxito en 1863, el segundo en México y tercero en América. Un mexicano, Juan Cabral y Aranda, en 1872 usó la antisepsia de Lister, con ácido fénico, por primera vez en el continente, solamente cinco años después que Lister. El más destacado de los médicos del siglo XIX fue don Miguel Otero y Arce, fundador del primer hospital infantil de México, y de los primeros en el mundo, en 1893.³

Es esta apasionante labor de la investigación histórica la que motivó al Dr. Alcocer hurgar, olfatear en archivos, poner las manos en papeles impregnados del aroma del tiempo, fue su segunda profesión. Esta actividad lo llevó a publicar numerosos artículos sobre la historia de la medicina de San Luis Potosí. Mucho de lo que sabemos sobre este tema, como lo que mencioné al principio sobre los médicos de los siglos XVI al XIX, lo debemos a este historiador. Montejano quien diría, a raíz de su prematura muerte: *El Dr. Alcocer ocupa ya un merecido lugar entre los mejores historiadores de casa...*, y él mismo agregaría:

A su natural ingenio, a su felicísima y brillante memoria, a su sólida formación y a su amor a la profesión que ejercía, se sumó su pasión por la historia regional. Colaboró eficazmente para la fundación de la Asociación Mexicana de Historia Regional y a la del Archivo Histórico del Estado. Gracias a éste se pudo tener a mano información valiosísima para el conocimiento de nuestro pasado. Fruto de estas investigaciones fueron su Historia de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, publicada con motivo del primer centenario de la misma, en la que no sólo aclara muchos puntos, desconocidos unos, discutidos otros, pero completa, documentada y con suficiente amplitud en la temática.⁴

Pero ¿quién fue Alcocer Andalón? un hombre recio, alto, fornido, trabajador incansable, cirujano del Hospital Central de San Luis Potosí, a quien conocí en los corredores del mismo, siendo yo estudiante de medicina, allá por el año de 1969. Alcocer fue un distinguido estudiante en la Universidad de San Luis; en cuanto se graduó de médico cirujano en 1955, ingresó al internado en el Hospital Central, donde se formó como cirujano. Su interés principal era la cirugía vascular, puso la mira en Francia y consiguió una beca de la Universidad para hacer estudios de postgrado, acudiendo a la Facultad de Medicina de la Universidad de Estrasburgo, donde trabajó bajo la dirección de los famosos profesores Fontaine y Weiss. En 1960 regresó a San Luis y se reintegró a "su querido" Hospital Central, para ya nunca abandonarlo, ahí permanecería hasta su muerte ocurrida en 1987.

De cirujano adjunto, escaló puestos gradualmente, llegando a Jefe de Cirugía. El fundó el Departamento de Cirugía, y lo organizó. Más adelante sería Subdirector Médico y, finalmente, Director del mismo. En la Escuela de Medicina impartió numerosas cátedras, como la de Anatomía Humana, la de Técnica Quirúrgica, el famoso "Segundo Curso de Cirugía", para los alumnos de cuarto año; fructífera labor realizó en las aulas, por un total de treinta y dos años. Llevó a cabo numerosos trabajos de investigación clínica, que publicó en revistas locales, nacionales e internacionales, sobre todo en angiología, la que dirigía el prominente profesor Martorell, barcelonés.

Fue un pionero, en el amplio sentido de la palabra. Fernando Quijano lo cita como el primero en practicar en México la trombectomía venosa iliofemoral.⁵ Pionero, porque se formó a sí mismo, en un hospital de provincia, llegando a ser autoridad en su especialidad, lo que quedó demostrado en 1986, cuando se le invitó y acogió en la Academia Mexicana de Cirugía, el sillón de cirugía cardiovascular. Pionero, por



residir en los límites del conocimiento, por interesarse en mejorar lo ya existente, siempre con una mente abierta a la pregunta, al cuestionamiento. Sus investigaciones clínicas, siempre apegadas al método científico, eran cuidadosas, esmeradas. Hizo escuela, dio el ejemplo, encontrando colaboradores para sus trabajos entre sus colegas del hospital, sus residentes y alumnos.

Fue humanista, no sólo porque haya dedicado largas horas de labor a conocer los personajes del pasado, a través de sus investigaciones históricas, sino porque antepuso su trabajo con la gente pobre, en las salas del hospital, al trabajo privado, remunerativo. Fue humanista, pero en las trincheras, preocupándose por aquellos que nada tienen, acudiendo a prestar sus servicios a cualquier hora, aún siendo director del hospital.

En cuanto a su trabajo como historiador, su esfuerzo fue reconocido, al ser reelecto para el puesto de Presidente de la Academia Potosina de Historia, de la que fue líder por varios periodos. Aceptado por la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, de inmediato se aplicó a presentar en su seno trabajos y a publicar en el Boletín de la misma.

Alcocer encarnó al prototipo del académico fuerte, severo, de amplia cultura, de conocimientos sólidos; y su reverso, el humanista, el historiador, el prolífico escritor. Se le extraña, porque el hueco que dejó, sobre todo en el campo de la investigación histórica, no ha sido llenado. Se le recuerda, por sus obras, como todo gran hombre debe ser recordado. El Dr. Jesús E. Noyola, actual Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, diría en sus honras fúnebres:

Parecía incomprendible que aquel que encarnaba la seriedad académica, científica y quirúrgica de nuestra Facultad de Medicina hubiese sido aniquilado súbitamente, en plena madurez, cuando su sola presencia daba estabilidad a nuestro más antiguo nosocomio y una solidez que se antojaba pétrea al academismo, no sólo médico sino universitario.

Por todas estas razones, y con el apoyo de la Asociación Mexicana de Cirugía General, bajo los auspicios de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, me dediqué a investigar su vida; fruto de esta investigación, se publicó su biografía, que titulé: *Dr. Alberto Alcocer Andalón. Cirujano potosino*,⁶ con la intención de dar a conocer la trayectoria del hombre, el cirujano vascular, el historiador, el pionero y el humanista que podría ser paradigma de los cirujanos mexicanos. La Asociación Mexicana de Cirugía General se ha unido a este deseo de honrar al distinguido potosino, dando su nombre al XXIV Congreso Nacional de Cirugía, que se llevó a cabo en la Ciudad de San Luis Potosí a fines del 2000.

Termino, citando a Sam Walter Foss, de su poema, "The house by the side of the road":

*There are hermit souls that live withdrawn...
There are souls like stars, that dwell apart...
There are pioneer souls that blaze their paths
Where highways never run
But let me live by the side of the road
And be a friend to man*

Traducido libremente, puede leerse:

*Hay almas hermitañas que viven aisladas...
Hay almas como estrellas que moran aparte...
Hay almas pioneras que iluminan su paso
Donde no existen carreteras
Pero dejadme vivir al lado del camino
Y ser amigo del hombre.*



Referencias

1. Montejano A., R. *San Luis Potosí. La Tierra y el Hombre*. Editorial Universitaria Potosina. 1999, p. 163.
2. Quijano P., F. *Hechos Notables de la Medicina Potosina*. Editorial Universitaria Potosina. 1996, pp. 11 - 14.
3. Alcocer A., A. *La Cirugía Potosina de 1592 a 1911*. Academia de Historia Potosina, Serie Cuadernos. 1981, pp. 11 - 17.
4. Alcocer A., A. *Historia de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*. Aconcagua Ediciones, San Luis Potosí. 1976.
5. Quijano P., F. *Historia de la Cirugía en San Luis Potosí*. Editorial Universitaria Potosina. 1994, p. 117.
6. Zazueta Q., E. *Dr. Alberto Alcocer Andalón. Cirujano Potosino*. Editorial Universitaria Potosina. 2000.

Casos y cosas curiosas de la Medicina

El inusitado desarrollo de la cirugía cardiovascular en la segunda mitad del siglo xx. Experiencias de un grupo quirúrgico pionero.

Felipe Maldonado Campos*

Resumen

Se presentan las experiencias de un grupo de trabajo en cirugía cardiovascular de los Hospitales Juárez y Español de México desde 1950 a la fecha con hincapié en la importancia que tuvieron los trabajos iniciales de cirugía cardíaca abierta como infraestructura en el desarrollo posterior que tuvo esta cirugía.

Palabras clave: Hipotermia, pioneros en cirugía, cirugía a corazón abierto.

Abstract

This paper relates the experience of a cardiovascular surgical team, working in two important hospitals in Mexico City (Hospital Juárez and Hospital Español) since 1950 to this date. It underlines the pioneering nature of their work in open heart surgery.

Key words: Hypothermia, surgical pioneers, open heart surgery.

* Dr. Felipe Maldonado Campos. Expresidente de la Academia Mexicana de Cirugía y de la Sociedad Mexicana de Angiología. Exjefe de los Servicios de Cirugía Cardiovascular de los Hospitales Juárez y Español de México. Río Tiber 13, tercer piso, Col. Cuauhtémoc, C. P. 06500. México. D. F. Tels. 5525-39-30 y 5511-76-15.

ALGUIEN HA dicho que para escribir la historia de una actividad humana las más de las veces se necesita el paso de toda una vida y en ocasiones hasta de generaciones. Sin embargo, en la historia que nos ocupa hoy, este aspecto es muy especial por el tiempo tan corto que se desarrolla con un progreso vertiginoso.

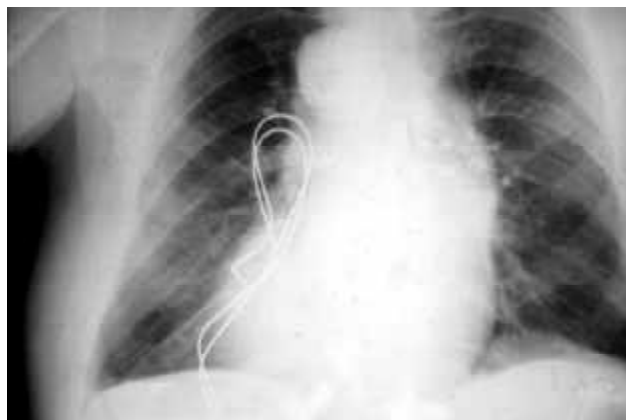
Por azares del destino, a mí me tocó vivirla profesionalmente desde sus inicios en la década de los cincuentas hasta la actualidad. Indudablemente soy un cirujano muy afortunado y además me considero privilegiado al poder estar aquí para relatarles mis experiencias que ya forman parte de la historia del siglo pasado.

Escogí la palabra pionero para esta presentación porque considero que tal como la define el diccionario interpreta perfectamente la actitud, objetivos y conducta de las gentes que iniciaron estas actividades de la cirugía cardiovascular.

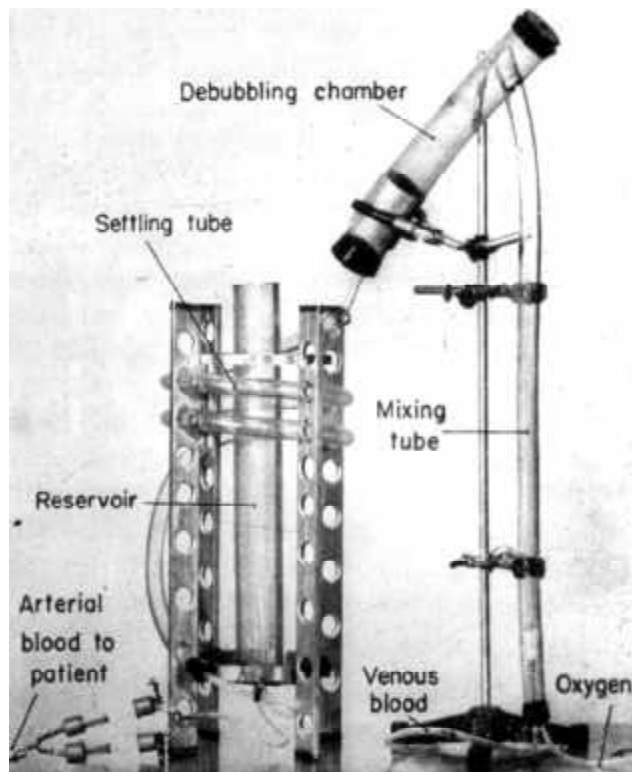
El diccionario dice al respecto: pionero, persona emprendedora y osada que es la primera en explorar un territorio desconocido y que con inquietud y sacrificio prepara y allana el camino o abre nuevas rutas para otros que vienen después.

En nuestro caso esos otros son las generaciones de cirujanos que llegaron posteriormente.

Este avance vertiginoso e incontenible de la cirugía cardiovascular que se inicia a principios de los cincuentas, fue producto de la perseverancia, coraje y audacia del cirujano para descubrir procedimientos nuevos y utilizarlos en sus pacientes, así con sus resultados demostrarle al mundo científico que la solución verdadera de la mayoría de las enfermedades cardiovasculares es quirúrgica.



Radiografía de tórax de un paciente con electrodos epicárdicos y generador de pulsos tipo Chardak implantado en el Hospital Español de México. Dr. Felipe Maldonado.



Oxigenador artificial diseñado por Richard de Wall en la Universidad de Minesota. Tomado del trabajo original.

Los caminos más escabrosos y difíciles que tuvo que allanar el cirujano como pionero, los hizo luchando a brazo partido contra la mentalidad anacrónica de la mayoría de los cardiólogos de esas épocas, sobre todo en nuestro país.

Naturalmente que fueron muchas personas que colaboraron en esta etapa del desarrollo de la cirugía cardiovascular y cada uno en su actividad, fueron pioneros: anestesiólogos, enfermeras, perfusionistas, ingenieros biomédicos, hemodinamistas y uno que otro cardiólogo visionario.

En realidad esta detonación científica de principios de los cincuentas se venía gestando años atrás con numerosos trabajos de investigación en muchas partes del mundo y este fenómeno sobreviene cuando se dan a conocer los primeros resultados experimentales con éxito, de dos técnicas mediante las cuales se lograba el objetivo anhelado por muchos años: suspender la circulación y abrir las actividades cardíacas, una fue la hipotermia y otra la circulación extracorpórea; la primera fue descrita y utilizada por Swan en Denver Colorado en 1953,¹ la segunda fue reportada en 1955 por De Wall y Lillihei en Minesota.²

Al conocerse los exitosos resultados con estos procedimientos, todos los grupos quirúrgicos cardiovasculares del mundo iniciaron sus estudios y trabajos para tener su propia experiencia y así se inició una carrera desenfrenada, primero en la investigación experimental de dichas técnicas y después con su utilización en el ser humano en nuestro país.

En realidad sólo se podían utilizar técnicas ya probadas e investigadas en el extranjero. Por lo tanto, una vez seleccionada alguna, se procedía a repetirla tal y como la habían descrito sus autores; primero utilizándola en el animal de experimentación para hacer nuestras propias observaciones y una vez denominada y aplicada con éxito, pasar a utilizarla en el ser humano. Esto significó pasar muchas pero muchas horas en cirugía experimental tratando a la vez de lograr una integración perfecta del grupo quirúrgico; nosotros empezamos a experimentar con la técnica de hipotermia De Swan en 1953³ y con circulación extracorpórea según la técnica del grupo de Minesota en 1956.⁴

De acuerdo con el poder económico y facilidades tecnológicas de cada grupo, era la importancia de la o las innovaciones que aportaba y esto se reflejó en continuas novedades y numerosos avances tecnológicos. Muy poco tiempo después de la utilización con éxito de la circulación extracorpórea, se iniciaron las investigaciones para provocar paro cardíaco utilizando diversas sustancias que llamaron cardioplégicas,⁵ así se llegó a la meta tantos años anhelada por el cirujano: trabajar con el corazón abierto y en paro total.⁶ Los cirujanos que habíamos hecho cirugía cardíaca cerrada y vimos llegar estas condiciones de trabajo quirúrgico, nos dimos cuenta que estábamos en la entrada de un nuevo mundo, un mundo inmenso de un potencial quirúrgico inimaginable para el tratamiento de las cardiopatías congénitas valvulares o isquémicas. También la cirugía vino a resolver el tratamiento de las enfermedades del sistema de estimulación y conducción eléctrica del corazón, primero con el uso del marcapasos transitorio⁷ y después definitivo. Nuestro grupo empezó a utilizar en 1960 el primer marcapasos definitivo creado por Chardack, el cual tenía muchas limitaciones técnicas pero aún así nos ayudó a salvar vidas, y también la cirugía abrió un nuevo mundo para este tipo de pacientes que antes morían irremediamente.

La última etapa en la aplicación de las técnicas ya mencionadas, fue para el tratamiento de la cardiopatía isquémica; en este aspecto nuestro grupo adquirió una gran experiencia en el Hospital Español donde iniciamos el tratamiento quirúrgico de la cardiopatía isquémica desde 1970, utilizando procedimiento de revascularización directa a coronarias con puentes ortocoronarios o con mamaria interna.

El presente trabajo forma parte de un documental visual, un video elaborado con la transcripción de películas originales de 16 milímetros filmadas esos años a los cuales ya me he referido. En él se pueden apreciar como se utilizaban algunos procedimientos y técnicas que actualmente se utilizan pero ya perfeccionadas; también les dará una idea de las limitaciones técnicas con las que se trabajaba, pero así se empezó y sirvió de base para que se perfeccionaran unas, se desecharan otras hasta llegar a las que utilizamos actualmente de rutina.

Nuestro reconocimiento a los Hospitales Juárez y Español donde se hizo todo este trabajo a través de medio siglo; en el antiguo Hospital Juárez de Plaza San Pablo se efectuaron todos los estudios experimentales de nuestro grupo y ahí operamos los primeros casos de cirugía cardíaca cerrada que se trataron en ese hospital y posteriormente los casos de cirugía cardíaca abierta^{8,9} para lo cual tuvimos primero que organizar la unidad de terapia intensiva.^{10,11} El Hospital Español nos proporcionó su extraordinario material de pacientes cardiovasculares único en México (95% del total con enfermedades degenerativas) y que nos dio oportunidad de tener una experiencia valiosísima en este aspecto.

Referencias

1. Swan, H. Zeavin. "Surgery by direct vision in the open heart during. Hypothermia." *JAMA*. 1953, vol. 153, pp. 1081.
2. Dewall R. Warden, H. Lillihei W. *The helix reservoir bubble oxygenator and its clinical application. Extracorporeal circulation*. Thomas Publisher, Springfield. Illinois, USA, 1958, pp. 41-56.
3. Maldonado C.F. y Alamilla G.G. "Empleo de hipotermia para hacer cirugía intracardiaca abriendo cavidades derechas. (trabajo experimental)". *Rev. Med. Hosp. Esp. Mex.* 1958, vol. 8, pp. 155-177.
4. Alamilla G.G. y Maldonado C.F. "Circulación y oxigenación extracorpórea experimental". *Rev. Med. Hosp. Esp. Mex.* 1957, vol. 7. pp. 3-19.
5. Maldonado C.F. "Paro cardíaco controlado durante oxigenación extracorpórea (trabajo experimental)". *Memorias de la XIII Asamblea Nac. de Cirujanos*. 1959, vol. 4, pp.155-162.
6. Maldonado C.F. y Alamilla G.M. "Efecto del clorhidrato de metoxifenil aminoetanol sobre la recuperación del débito cardíaco después del paro provocado". *Bol. Inst. Est. Med. Biolo*, UNAM, Méx. 1996, vol. 9, pp. 25-40.
7. Hervella P.L. y Maldonado C.F. "Bloqueo aurículo ventricular completo en el infarto del miocardio reciente, el uso del marcapaso transitorio". México. 1969, vol. 19, pp. 563-569.
8. Maldonado C.F. Oropeza M.G. "Cirugía de corazón, experiencia inicial en un hospital general. *Cirugía y Cirujanos*. 1983, vol. 51, pp. 11-17.
9. Vázquez O.G., Conde M.J., Maldonado C.F., Oropeza M.G. "La cirugía de corazón en el Hospital Juárez". *Neumología y Cirugía de Torax*. 1983, vol. 44, pp. 9-15.
10. Maldonado C.F. "Estudios hemodinámicos en el enfermo grave su valor y aplicaciones en enfermos cardiovasculares". *Cirugía y Cirujanos*. 1970, vol. 42, pp. 460-471.
11. Maldonado C.F. *Cuidados postoperatorios en cirugía cardíaca. Cuidados intensivos en el enfermo grave*. Cia. Editorial Continental. México. 1973, pp. 615-626.

Revisión de libros

Medicina Antiqua. Vienna, Österreichische Nationalbibliothek, Co. Vind. 93. 63 páginas de texto, y 322 páginas a color. ISBN 1872501206.

Dr. Rolando Neri-Vela*

EN LOS AÑOS que comprenden la denominada Edad Media, y de la que algunos historiadores han dicho que fue una etapa de la humanidad sumida en el oscurantismo, se produjeron varios hechos de gran importancia para el futuro del hombre: nacieron los estudios generales, que después fueron universidades; se fundaron infinidad de hospitales, gracias a la caridad cristiana; se llevaron a cabo las Cruzadas, con el consecuente intercambio de conocimientos y mercancías; se construyeron las grandes catedrales europeas; la Iglesia alcanzó el liderazgo en las grandes naciones; nació el Imperio Carolingio; se desarrolló la banca; los árabes enriquecieron al mundo con su cultura; el pensamiento medieval se elevó a metas jamás sospechadas, entre otras proezas más.

Pues bien, el año 1999 vio nacer una edición del texto medieval *Medicina Antiqua*, publicado por Harvey Miller Publishers, de Londres, dentro de una serie de Manuscripts in Miniature, No. 4.

La introducción es hecha por Peter Murray Jones, becario y bibliotecario de King's College, en Cambridge, una autoridad en manuscritos médicos ilustrados.

*Dr. Rolando Neri-Vela. Profesor e investigador del Depto. de Historia y Filosofía de la Medicina, UNAM. Brasil 33, Col. Centro, C. P. 06020. Tel. 562-33138

Este es uno de los libros médicos más admirados de la Edad Media, siendo un compendio de los textos populares reunidos en el siglo VI.

Algunos autores han especulado, que el presente manuscrito estuvo tal vez asociado con la corte del emperador Federico II, el Stupor mundi, quien fue rey de Sicilia en la primera mitad del siglo XIII. Pero el origen del códice Vindobonensis 93 queda aun en el misterio; no tenemos información acerca de su producción salvo lo que podemos inferir del manuscrito y sus ilustraciones, tal como lo conocemos actualmente.

Para tener más misterios acerca de la obra, después de que se hizo la primera impresión del libro, las preguntas afloraron aun más en la mente del lector. El texto y sus ilustraciones son ambiguos en varios aspectos, como es lo sorprendente en relación con la mitología pagana de dioses y héroes tanto en el texto como en la imagen.

Contiene escritos acerca de hierbas y materia médica hechos por autores fuertemente influidos por los trabajos de Plinio y Dioscórides.

De las cincuenta copias existentes de esta prestigiada miscelánea producida antes del fin del Medioevo, el presente artículo es uno de los más seductores.

Elaborado en el sudeste de Italia en la primera mitad del siglo XIII, está bellamente ilustrado a color con plantas, animales y escenas de tratamientos médicos.

El códice contiene un grupo de textos que ganaron gran popularidad, primero, tal vez, en el norte de África, pero más importante aun para nuestros propósitos, en la Europa cristiana, desde etapas tardías de la Antigüedad hasta la Alta Edad Media.

El escrito está cuidadosamente hecho como un libro gótico italiano, miniado.

Dentro del cuerpo del volumen se integran los nombres de plantas, vegetales y minerales usados antaño para el tratamiento de las diversas enfermedades del hombre. Contiene vasta información acerca de la materia médica y de sus usos terapéuticos, de índole eminentemente práctico, aunque hay en él encantamientos, oraciones a deidades paganas, amuletos y pronósticos.

En esta interesante obra podemos encontrar retratos de autores, Hipócrates, Platón y Dioscórides; escenas mitológicas, de las cuales la más espectacular es la de Precatio terrae (fol 9r); contiene vistas panorámicas de ciudades,

identificadas algunas veces como lugares históricos o míticos, tal como se señala en el texto a Creta y Sicilia en el folio 72r; escenas médicas y quirúrgicas, como es el caso del folio 15r, en el que ilustra a un médico dando una infusión de *herba vettonica* a una persona con enfermedad ocular, o en el folio 47v en la que se aplica un unguento a los ojos del enfermo, ilustraciones de plantas y animales, cuadros arquitectónicos, etc.

Luis Weckmann, en su monumental obra *La Herencia Medieval de México*, ha dicho:

El legado que nuestro país ha recibido del Medioevo -basicamente de España pero no solo de ella- forma parte aún de la experiencia diaria del mexicano. Ha perfilado su idiosincracia en tal medida que no es exagerado decir que, en múltiples aspectos, somos más "medievales" que buena parte del Occidente, y desde luego más que los propios españoles

Cuando exploramos el texto y las ilustraciones del códice Vindobonensis 93 por sí mismo, necesitamos mirar hacia el desarrollo de la tradición a la que pertenece.

De esta manera, a raíz de la colonización europea de América, se tomaron como modelos para hacer libros acerca de la naturaleza americana, los realizados siglos atrás; bástenos citar, como ejemplo, el códice Badiano.

La medicina europea que arribó al Nuevo Mundo estaba influida en gran medida de ideas mágicas, y pervivía aún la doctrina hipocrático galénica, además de los autores árabes como Avicena y Dioscórides, principalmente.

Así, pienso que los historiadores de la medicina debemos tener el interés de introducirnos en la vida medieval, para poder comprender mejor nuestro entorno presente.



Los oráculos en la investigación médica contemporánea

Carlos Alberto Gómez Fajardo*

EN BIOÉTICA es inevitable considerar en destacado lugar lo pertinente a la investigación en medicina. El Código de Nuremberg es uno de los documentos más importantes al respecto; su influencia cubija a todo el planeta. En diversas épocas y países, desde la terminación de la segunda guerra mundial, los principios plasmados en este texto han marcado su peso conceptual en la promulgación de normas y leyes relacionadas con los procesos de investigación en medicina. A pesar de los códigos existentes, es aún por desgracia grande el desconocimiento de los mismos en muchas instancias de la profesión. Con este comentario se pretende que el lector de la literatura médica agudice un poco sus sentidos en relación a las graves implicaciones éticas existentes en el campo de los conocimientos científicos. Como ejemplo tomamos dos artículos publicados recientemente en el mismo número de una de las más importantes publicaciones periódicas del ámbito médico en el mundo:

New England Journal of Medicine, vol. 342, Marzo 30, 2000

La revista *New England Journal of Medicine* tiene una tradición de casi dos siglos en el campo de la difusión de los conocimientos médicos. Es uno de los medios más confiables y serios. En todos los continentes independientes de la lengua materna de sus lectores, las pautas ofrecidas por esta fuente son tenidas en cuenta. Algo así como una nueva especie de Oráculo de Delfos, el que fuese tan severo con el infortunado Edipo. Sin exagerar, el Oráculo de Delfos es a Edipo lo que el NEJM es a la medicina contemporánea. Basta con interrogar al respecto a un estudioso residente de medicina interna que comienza a preparar sus "seminarios" en busca de buenas presentaciones ante su micro-ambiente académico. Cuando el residente se refiere al "último journal" buena parte de los contertulios callan, asombrados ante tan profundo pozo de erudición y sabiduría... Pero, no dejan de tener sus problemas los oráculos contemporáneos. Tomemos dos de los artículos que aparecen en el citado número.

* Dr. Carlos Alberto Gómez Fajardo. Ginecólogo, miembro de la Sociedad Antioqueña de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina UPB. Medellín, Colombia. e mail: cgomezfaj@geo.net.com

"Carga viral y transmisión heterosexual del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1"

Se trata de un estudio retrospectivo realizado en Uganda, en el cual se examina la "carga viral" en relación a otros factores de riesgo para la transmisión heterosexual del HIV-1. Esta investigación fue avalada por comités de revisión de instituciones como la Universidad de Columbia (Nueva York), y la Universidad Johns Hopkins (Baltimore). Sus autores añaden que contaron con el apoyo del ministerio de salud del país africano. Por períodos de varios meses los pacientes son seguidos con parámetros de laboratorio en relación al HIV y a otras enfermedades de transmisión sexual. Se cuantifica la cantidad de "compañeros sexuales" que se van convirtiendo, con el paso del tiempo, en seropositivos para HIV. No se les da tratamiento para el SIDA. (Se argumenta que las drogas antiretrovirales no se consiguen en Uganda, y que en consecuencia los niveles del RNA viral no se han modificado por este factor). Eso sí, los autores reparten condones a quienes los soliciten, y sin costo... En los casos de las otras enfermedades de transmisión sexual detectadas en el estudio (sífilis, gonorrea, clamidia, tricomoniasis), a algunos de los diagnosticados se les proporciona tratamiento con antibiótico. A los otros se les dice que no hay, que lo consigan.... En un agudo comentario editorial, aparecido en la misma revista, Marcia Angell se pregunta si las políticas de protección a los intereses económicos de los poseedores de las patentes de los antirretrovirales están justificando el monopolio de las marcas que los hace inaccesibles para la mayoría de la población. En uno de los pies de página de la referencia citada aparecen los laboratorios que de algún modo participan en el estudio. Sí es, en todo caso, muy claro, que en los Estados Unidos una investigación con estas características de brutal discriminación hacia la población estudiada, no hubiese sido aprobada por los comités de Ética. La ética pragmática utilitaria tiene oscilaciones geográficas. Se hace en Uganda lo que no en los Estados Unidos.

"Terminación médica del embarazo"

Este grupo de "investigadores" franceses hace una revisión de los modernos fármacos que inducen el aborto en las primeras fases de la gestación. Obsérvese, de paso, que desde hace mucho la literatura internacional se refiere a "terminación", intentando evitar el efecto fatal contenido de manera implícita en el término "práctica del aborto". Se habla en este artículo sobre todo de los inhibidores de la síntesis de progesterona y de las sustancias inhibitorias del trofoblasto. Se refieren a eficacia, efectos colaterales, aceptación y disponibilidad.

Ninguna consideración de envergadura acerca de los interrogantes éticos planteados por aquellos quienes encontramos todavía en el espíritu de la medicina, la radical condición de profesión al servicio del respeto a la vida humana, como principio de todos los otros derechos. Y muy especialmente, al servicio de los enfermos, de los niños, y de los más débiles y menesterosos. No sólo se hace mención al final de la referencia, de que en algunos países subdesarrollados aún quedan algunos médicos que no saben practicar abortos o que no los aceptan. Se da a entender, más allá de los meros aspectos farmacológicos considerados en la publicación, que el aborto es progreso, que es un alcance de la tecnología puesto al servicio del hombre. Es la muerte selectiva como logro de la tecnología médica. También, en un interesante pie de página, aparecen los organismos involucrados en la investigación.

En conclusión: vale la pena elevar el nivel de crítica ante la lectura, pero no basta en este nivel de crítica la preocupación por los aspectos metodológicos de los estudios.

No se trata de meros problemas metodológicos. Existen problemas éticos. La importancia de estos, en muchas ocasiones, aunque muchos quieran deliberadamente hacer caso omiso de ella, es de vida o muerte. Evidentemente, estos problemas en ocasiones son dejados de tener en cuenta por una literatura que se autocalifica como de elevado nivel científico, como en el caso de los dos ejemplos comentados.

Estamos haciendo referencia a los derechos más fundamentales del hombre: del derecho de la vida de la persona humana, fundamento antropológico de los otros derechos. De los principios de beneficencia y autonomía para la auténtica validez del consentimiento. De la justicia en la aplicación de los recursos terapéuticos.

Se trata, en fin de la inobjetable realidad lógica de que en los aspectos científicos la ética precede a la mera ansia de saber. Actuamos como médicos y como "científicos", pero debemos saber valorar las consecuencias de estos actos, antes de ejecutarlos.

EL NEJM, dentro de sus aportes positivos-muchísimos y por diversos méritos-, representa también los peligros que entraña un particular y extendido modo de ver el mundo. El materialismo cientificista que desconoce o malinterpreta el hecho ético. Es una aberración particularmente peligrosa y vecina del quehacer médico de cada día.

Los horrores de la década de los treinta, el movimiento eugenésico, la medicina de los nazis, los estados comunistas totalitarios que aplastaron sistemáticamente y por todos los

medios la dignidad de la persona humana, no son cosa del pasado. Tuskegee se llevó a cabo en los Estados Unidos. Esta anómala situación pasó durante años inadvertida para la sociedad. No debe seguir ocurriendo igual.

Referencias

1. *Código de Nüremberg. Declaración de Helsinki-Tokio. Códigos, convenios y declaraciones de Ética Médica, Enfermería y Bioética.* Colección Bíos y Ethos. ed. El Bosque, Santafé de Bogotá, 1998.
2. Quinn, T. C., Waver, M.J., Sewankambo, N. *et al.* "Viral load And Heterosexual Transmission of human immunodeficiency virus type 1". *N Engl J Med* 2000; 342:921-9.
3. Angell Marcia. Editorial: Investigator's responsibilities for human subjects in developing countries. *New Engl J Med* 2000; 342:967-9.
4. Varga Andrew. "Experimentación Humana", en: *Bioética, principales problemas.* Ed. Paulinas, Bogotá, 1990.

Libros recibidos

Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime. Micheline Louis-Courvoisier. Georg, Ginebra Suiza, 2000. 336 páginas, ilustraciones.

How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History. John C. Burnham. Wellcome Institute for the History of Medicine. Londres, suplemento 18, 1998. 200 páginas, ilustraciones.

High Life. A History of High Altitudes Physiology and Medicine. John B. West. New York, Oxford University Press, 1998. 350 páginas, ilustraciones.

El conocimiento científico. C. A. da Costa Newton. Instituto de Investigaciones Filosóficas, Colección Filosofía de la Ciencia, UNAM, México, 2000. ISBN 968-36-7760-6, 314 páginas.

Enfermedad y Maleficio. Noemí Quezada. Instituto de Investigaciones Antropológicas, 2a. edición, UNAM, México, 2000 ISBN 968-36-8420-3, 181 páginas.

El profesor de Anatomía. Vicente Guarner. Porrúa Editores, México, 2000. ISBN 970-701-068-1, 204 páginas.

Indicaciones para los autores

El *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* acepta artículos originales relacionados con la historia, filosofía y antropología de la medicina. Además, incluye artículos por invitación, simposia, reseñas de libros y notas breves acerca de investigaciones históricas. Los editores se reservan el derecho de adecuar los trabajos al estilo del *Boletín*.

Además del disquete con el texto capturado en *Word for Windows*, el autor enviará dos impresiones en papel con el texto a *doble espacio*. La extensión de los originales no debe ser mayor de 15 cuartillas en total. Incluir una hoja de presentación con el nombre completo del autor, sus grados académicos y su dirección, teléfono y fax o correo electrónico. Cada artículo debe entregarse con un resumen, no mayor de diez líneas tanto en español como en inglés y cinco palabras clave en español y en inglés. No se incluirán notas al pie de página. Las referencias y las notas se numerarán en el texto en forma consecutiva. Al final se presentarán en forma de lista en el mismo orden en que aparecen en el texto.

El material de archivo debe acompañarse del nombre o tipo de documento, fecha del archivo y clasificación. Las fotografías en blanco y negro, bien contrastadas, tamaño postal, numeradas e identificadas por el reverso y con una leyenda explicativa en hoja por separado.

Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina

CALENDARIO DE SESIONES 2001

22 de febrero

Sesión solemne de inauguración del XLIV programa científico anual

22 de Marzo

El proceso salud-enfermedad en su contexto histórico.
Dr. Leopoldo Vega Franco

22 de Marzo

El nacimiento de la salud pública en México.
Dra. Ana Maria Carrillo Farga

26 de Abril

Santiago Ramón y Cajal. Genio inmortal y pensador universal.
Dr. Victoriano Llaca

26 de Abril

La mujer en la ciencia: tres mil años de historia.
Dra. Ernestina Jimenez Olivares

24 de Mayo

Sesión solemne: 450 años de la fundación de la Real y Pontificia. Universidad de México

28 de Junio

La frenología en neurociencia. Un paradigma con vigencia intermitente.
Dr. Julio Sotelo

Comentarista: Dra. Ana Cecilia Rodríguez de Romo

25 de Julio

Tres poetas médicos mexicanos de la era moderna.
Dr. Enrique Cárdenas de la Peña

23 de Agosto

INGRESO Y PROMOCIÓN DE NUEVOS SOCIOS

Las instituciones de atención médica del siglo XX. Origen, desarrollo y prospectiva.
Dr. Emilio García Procel

27 de Septiembre

TRABAJOS LIBRES

25 de Octubre

Reflexiones acerca del proceso de envejecimiento a través de los autorretratos de Rembrandt.
Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo

22 de Noviembre

SIMPOSIO: Al rescate de la auténtica comida mexicana.
Moderador: **Dr. Luis Alberto Vargas**

LAS SESIONES SON LOS JUEVES A LAS 20:00 HORAS EN EL AUDITORIO DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA SEGUNDO PISO DEL BLOQUE "B" DE LA UNIDAD DE CONGRESOS DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DEL IMSS.

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz

Carta al editor

EN EL NÚMERO anterior, publicamos los comentarios del doctor Joaquín Ocampo al artículo, "Medicina y mejoramiento racial: la eugenesia en México", de la doctora Laura Suárez y López Guazo. Ahora reproducimos la respuesta de la autora a la carta de Joaquín Ocampo.

Estimado Dr. Joaquín Ocampo:

En primer lugar recibe un cordial saludo, agradeciendo tu atención a la lectura de mi artículo "Medicina y mejoramiento racial: la eugenesia en México".

Con relación a tus comentarios, quiero señalarte que las concepciones eugenistas de la Dra. Rodríguez Cabo, me llamaron mucho la atención, por lo que me di a la tarea de buscar sus antecedentes, su formación y analicé gran parte de sus publicaciones. La mayor parte de ellas, revelan una postura radical, que refleja un sustento ideológico, perfectamente comparable al eugenismo nazi.

Considera que los factores ambientales -educación, nutrición, condiciones de la crianza- poco pueden hacer con los sujetos portadores de tareas hereditarias. Su concepción es diametralmente opuesta a la del eugenismo francés, que impulsa múltiples facetas relacionadas con la puericultura y con los cuidados relativos a la salud materna pre y postconcepcional.

Considero importante señalar que, como la Dra. Rodríguez Cabo, diversos eugenistas mexicanos radicales, -galtonianos- aprovecharon el marcado impulso al nacionalismo y la ideología socialista del cardenismo, para impulsar sus rígidas propuestas eugenistas, con una aparente cercanía a los postulados del cardenismo, con la pretensión de poder incidir en los programas de salud pública de esa época. Situaciones similares se expresan en los marcados cambios en los discursos del Dr. Alfredo Saavedra, personaje central del movimiento eugenista en México.

Con relación a lo que señalas de la lobotomía practicada por Clemente Robles, a petición y consecuente con el diagnóstico del Dr. Salazar Viniegra, en ningún momento sostengo que se haya practicado con fines eugenésicos, sólo lo destaco, para reflexionar acerca del poder de los médicos, con relación a la suerte de los sujetos que caen en sus manos. En este sentido, para aspectos relacionados con la salud mental, hay muchos casos estudiados con profundidad, como la suerte del multihomicida llamado Chacal de Tacuba, Gregorio Cárdenas, que estuvo sujeto a más de tres dictámenes médicos, para establecer su responsabilidad -y suerte- en los delitos que se le demostraron. Al respecto, la revista *Criminalia*, posee excelentes muestras.

Te envió un abrazo

Dra. Laura Suárez y López Guazo.

In Memoriam

Ricardo Pérez Gallardo y Morante

**Ana Cecilia Rodríguez de Romo
Xóchitl Martínez Barbosa**

FUNDADOR y primer presidente de nuestra Sociedad, el doctor Ricardo Pérez Gallardo y Morante falleció al iniciar el presente año. Al médico humanista, promotor y fundador de la entonces llamada Sociedad de Historia de la Medicina dedicamos estas líneas que recuerdan una de las facetas de su vida: su actividad como profesor en la Facultad de Medicina a través del expediente que se conserva en el Archivo Histórico de dicha Facultad.¹

Nacido en 1911, Ricardo Pérez Gallardo se tituló en 1935 con la tesis cuyo nombre es de llamar la atención: *El Complejo Enfermedad*. Hablemos un poco de ella. Fue escrita en un lenguaje claro, con un excelente manejo del español; desde entonces se manifestaba su cualidad de escritor y amante de las letras, que después le inclinaría a formar una Sociedad de Escritores Médicos, y a publicar la *Antología de Escritores Médicos Mexicanos*, presentada precisamente en una de las sesiones de la Sociedad. Pues volviendo a la tesis, en ella postuló y defendió el argumento de que la enfermedad es un complejo que está lejos de afectar solamente la esfera biológica. Proponía al INCONSCIENTE como elemento que aprisionaba al hombre pero que también lo sustrafía del medio para protegerlo mejor. El doctor Pérez Gallardo concluía en su tesis afirmando que la existencia del complejo enfermedad es indudable y esencialmente distinta a la neurosis. Su influencia era evidente, condicionando la evolución del padecimiento orgánico y el médico debía individualizar la enfermedad, porque si en algunos casos era útil obviar lo psíquico, en otros podía favorecer y profundizar la enfermedad.

A partir de estas reflexiones, Pérez Gallardo inició su práctica de la medicina, destacando como un médico humanista

Dos años después de obtener el título de médico, el doctor Pérez G. ingresó a la Facultad de Medicina (julio 1937) para



hacerse cargo del gabinete de investigación clínica del Hospital General.

En 1939, el entonces director de la Facultad, doctor José Aguilar Álvarez, lo propuso como "anatomopatologista" en el mismo hospital. En 1943 sustituyó a Alfonso Pruneda en la cátedra de Patología General, y junto con Mario Salazar Mallén y Marcelo del Razo Ulrich, realizó el concurso de oposición por la misma plaza. En

una decisión poco usual, el jurado constituido por Salvador Zubirán, Alfonso Pruneda y Francisco de P. Miranda, aprobó a los tres y entonces se abrieron tres plazas de Patología General.

Años más tarde, con la reforma al Plan de Estudios durante la gestión de Raoul Fournier como director de la Facultad, la cátedra de Patología General se convirtió de la noche a la mañana en la de Historia y Filosofía de la Medicina, y automáticamente los maestros de la primera pasaron a ser encargados de la docencia de la segunda. Al decir del doctor Pérez G.,² el programa inicial se desarrolló a criterio personal; Salazar Mallén se extendía por la medicina griega, Fernández del Castillo por la medicina mexicana y Pérez G. por la del siglo XIX. Posteriormente, en reuniones de trabajo, los tres maestros lograron unificar el programa, ocasión que dio pie al nacimiento de la idea de formar una Sociedad de Historia. Recordaba Pérez Gallardo -cuando asistió a la ceremonia conmemorativa de los 40 años de nuestra Sociedad en 1997- que en este empeño se unieron los doctores Raoul Fournier, José J. Izquierdo, Rulfo y el Lic. Manuel Marín, quien se encargó de la parte legal. Una vez constituida la Sociedad en 1957, Ricardo Pérez Gallardo fue designado como su primer presidente. En una estancia por Europa aprovechó para obtener material para la cátedra de Historia y entrevistarse con Pedro Laín Entralgo.

Treinta y dos años después de haber ingresado a la Facultad de Medicina, el doctor Pérez Gallardo renunció en 1969 por motivos de salud. Dejó la Sociedad cuando proyectaba la fundación de otra agrupación, la de Escritores Médicos.

Referencias

1. Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, UNAM, Personal Académico, vol.83, exp.1320.
2. Sesión conmemorativa del 40 aniversario de la SMHFM, *Acta de sesión*, 20 de marzo de 1997.