

SALUD EN CHIAPAS

Órgano de difusión e investigación editado por el Instituto de Salud del estado de Chiapas. Vol. II. No. 1, enero - marzo de 2014.



**Estudio sobre redes
sociales de apoyo
durante el embarazo
y parto en Chiapas**

**Embriones
congelados**

**El modelo hexagonal
de la calidad**

**Tracoma
Antecedentes
históricos**



Crterios editoriales

La Revista Salud en Chiapas es una publicacin del Instituto de Salud del estado de Chiapas, con periodicidad trimestral.

Los textos enviados para su publicacin en la revista seran sometidos a un proceso de revisin del contenido como a correccin de estilo a cargo del Comit Editorial, el cual dictaminar sobre su inclusin en el documento y notificar al autor el resultado del dictamen.

Los textos debern enviarse al correo de la revista: saludlarevistaisech@salud.chiapas.gob.mx en formato Microsoft Word, fuente Times New Roman de 12 puntos, con 1,15 de interlineado, mrgenes correspondientes al diseo normal, citas y referencias de acuerdo con el sistema Harvard.

Artculos de investigacin

Los artculos pueden ser observacionales y experimentales. Todos los artculos de investigacin, debern ser sancionados por un comit de bioética institucional, hospitalaria o universitaria y debern acreditarse con el documento de sancin respectivo.

De acuerdo con la norma internacional, los artculos debern contener un mximo de 2,500 palabras –los cuadros, figuras y fotografas con sus respectivos pies, as como las notas bibliogrficas, no entran en el conteo de las palabras–.

El contenido del artculo debe incluir:

- a) Ttulo de la revista en espaol e ingls –no mayor de quince palabras–.
- b) Resumen estructurado en espaol e ingls. El resumen debe integrarse con un mximo de 250 palabras, y contener la razn del estudio, materiales y mtodos (que reflejen como se efectu el estudio), resultados (hallazgos principales) y conclusiones (interpretacin contrastada de los resultados).
- c) Palabras clave en espaol e ingls al final del resumen correspondiente al idioma –tres a diez palabras–.
- d) Introduccin. Antecedentes, planteamiento del problema y objeto de estudio.
- e) Estado del conocimiento.
- f) Materiales y mtodos. Enfoque epistemolgico, tipo de estudio, poblacin en estudio y caractersticas de la muestra, pruebas estadsticas utilizadas,

metodologa e instrumentos de recoleccin de los datos,

g) Resultados. Incluir los hallazgos del estudio, cuadros y figuras necesarios para su explicacin, sin repetir en el texto la descripcin de los cuadros y figuras.

h) Discusin. Que contraste lo encontrado en los artculos consultados con el resultado de la investigacin.

i) Conclusiones. Presentar los argumentos y afirmaciones derivadas de los resultados de la investigacin.

j) Referencias. Los nmeros de las referencias bibliogrficas se indicarn con nmeros arbigos dentro del texto como superndices y debern ser progresivos segn el transcurso del texto. Las referencias y bibliografa se instalaran en la parte final del artculo segn la modalidad Harvard.

k) Anexos, cuadros y figuras, debern ser enviados en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon.

Las imgenes incluidas debern enviarse en formato JPG de alta resolucin y debera anexarse la fuente de la que fueron tomadas, el autor, as como la nota explicativa correspondiente.

Cultura, humanismo y salud

En estas secciones se publicarn las expresiones culturales: grficas, plsticas, y literarias que por su belleza, a consideracin del Comit Editorial, merezcan su inclusin en la revista; en cuanto a las dos primeras, debern enviarse en los formatos electrnicos originales en los que se elabor cada figura (JPG o TIFF de alta resolucin, igual o superior a 1200 dpi). Los textos literarios podrn ser poéticos o cuento corto relacionado con la experiencia, dentro de la atencin de la salud en los ambientes del estado de Chiapas, con una extensin mxima 2,500 caracteres. Todos ellos debern contener el nombre del autor, la fecha y lugar de elaboracin.

Los trabajos debern entregarse en formato digital por correo electrnico.

Revista Salud en Chiapas
Instituto de Salud del estado de Chiapas
Comit Editorial
saludlarevistaisech@salud.chiapas.gob.mx

Directorio

Comité Editorial

Presidente

Dr. Carlos Eugenio Ruiz Hernández
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud

Secretario

Dr. Porfirio Cruz Sánchez
Srío. Técnico de la Secretaría de Salud

Coordinador

Dr. Alberto Federico Garzón y Rincón
Coordinador de Investigación y Servicios Editoriales
Secretaría de Salud

Integrantes

Dra. Norma Esther Sánchez Pérez
Jefe de la Jurisdicción Sanitaria no. 1, Tuxtla Gutiérrez
Instituto de Salud

Dr. Luis Bernardo Elizondo Coutiño
Subdirector de Educación y Enseñanza en Salud
Instituto de Salud

QFB. Adriana Gómez Bustamante
Jefe del Laboratorio Estatal de Salud Pública
Instituto de Salud

Dra. Ingrid Lizeth Villaseñor Fraga
Secretaria Técnica del Consejo Estatal de Trasplantes
Instituto de Salud

Dr. Luis Ángel Terán Ortiz
Secretario técnico de la Comisión Estatal de Bioética
Instituto de Salud

Dr. Fernando Ruiz Balbuena
Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital General
"Dr. Rafael Pascasio Gamboa" del Instituto de Salud

Dr. Alfredo Briones Aranda
Profesor e investigador titular "B" TC
Facultad de Medicina Humana "Dr. Manuel Velasco Suárez"
Universidad Autónoma de Chiapas

Revisión y corrección

Mtra. en Admón. María Soledad Morales Pérez
Jefe de Redacción
Coordinación de Investigación y Servicios Editoriales

Diseño editorial

LDG. Cristian Laguna Cruz
Diseño e Imagen Institucional del Instituto de Salud

No. de reserva ISSN 04-2013-100207254300-01

Salud en Chiapas es un órgano de difusión e investigación editado por el Instituto de Salud del estado de Chiapas, con fines de difusión y divulgación de las Ciencias de la Salud. Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso del comité editorial. Los artículos son responsabilidad de sus autores.
©Derechos Reservados 2014. Vol. II. No. 1, enero - marzo de 2014.
Dirección: Unidad Administrativa edificio "C" Col. Maya. CP. 29010.
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Conmutador: +52 (961) 61 8 92 50.
Línea gratuita DARTEL: 01 800 8222 736.
Contacto: saludlarevistaisech@salud.chiapas.gob.mx

Contenido

Editorial

Difusión de la ciencia

6 Estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en tres municipios de Chiapas

12 Embriones congelados

16 El modelo hexagonal de la calidad

Del pueblo, de su medicina, de su gente

22 El notable caso del doctor José Felipe Flores

Promoción y prevención

30 Tracoma
Antecedentes históricos

Tecnologías de la información al servicio de la salud

36 Inteligencia epidemiológica en Chiapas
Decisiones que descansan en evidencia

Nuestras instituciones

40 Sistematización educativa
Texto intersubjetivo

42 Cruzada Nacional contra el Hambre
Reporte Chiapas

Glosando la noticia

44 ¡Comer o no comer! Ése es el dilema...

Cultura

48 La muerte del insigne poeta Manuel Acuña

50 Poema: Ante un cadáver

52 Un extraño viajero de las cefeidas

Pensamiento vivo

54 Bioética: Sus orígenes y trascendencia en la salud pública y los derechos humanos



Portada: Trasplante de córnea. Hospital General "Rafael Pascacio Gamboa".
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Foto: Instituto de Salud.

Página actual: Atención a población indígena de San Cristóbal
de Las Casas, Chiapas. Hospital de las Culturas.
Foto: Instituto de Salud.



Panorámica de los Lagos de Colón, municipio de Comitán de Domínguez, Chiapas. Foto: Harvey Vázquez Cortés.

Editorial

Esta revista sale a la luz como el primer volumen del año dos 2014, con la misión de dar continuidad al esfuerzo editorial del Instituto de Salud del estado de Chiapas, publicación que en esta ocasión se dedica al doctor José Felipe Flores, insigne médico de la ilustración nacido en el Barrio del Cerrillo de la hoy San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, quien se formó y ejerció su profesión en la ciudad de Guatemala, en la que destacó como maestro de Prima Medicina de la Universidad de San Carlos y primer protomédico de la Capitanía General. Médico, maestro, físico, literato y escultor fueron sus atributos, que hicieron que el rey Felipe VII se fijara en él para nombrarlo Médico de Cámara.

En la revista sobresale por su importancia, sin demeritar los demás artículos, la colaboración del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); la que pone

en claro los resultados de un estudio cualitativo sobre las redes sociales y su importancia para el apoyo y seguimiento de las mujeres embarazadas hasta la conclusión de la gestación y atención del parto en los municipios de Chilón, Sabanilla y San Juan Chamula.

En cuanto a los aspectos culturales, da espacio a un cuento corto de anticipación que nos hace recordar que el humano no solamente es materia y espíritu, sino que la idea a veces convertida en sueño, nos hace ver eventos que alimentan la inquieta imaginación de los lectores.

Estamos seguros que esta revista será de su agrado.

*“Salud con educación”
Comité Editorial*



Grupo focal con madres de familia. Sabanilla, Chiapas.

Estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en tres municipios de Chiapas

Qualitative study on social support networks during pregnancy and childbirth by three municipalities of Chiapas

Dra. Susan K. Kolodin*

Dra. Gisela Rodríguez**

Resumen

Conocer los actores y factores que determinan el uso o no de servicios institucionales de salud para la atención del embarazo y parto es, sin duda, información relevante para reducir las brechas de equidad en salud de las poblaciones en extrema pobreza. El presente estudio cualitativo busca identificar los actores principales que prestan apoyo a la mujer durante el embarazo, el parto, y emergencias obstétricas y analiza los principales factores y motivaciones que influyen en la decisión de usar o no los servicios de salud durante estos procesos. El estudio se llevó a cabo en comunidades predominantemente indígenas de los municipios de

Chilón, Sabanilla y San Juan Chamula, Chiapas; con él se encontró que la mayoría de las redes de apoyo a la mujer embarazada están conformadas por la familia nuclear y extendida, particularmente las mujeres, y la mujer embarazada tiene poco o ningún poder de decisión de usar o no los servicios de salud. Los actores con mayor influencia en la toma de decisión son el cónyuge, la suegra, y la partera, y por tanto las estrategias encaminadas a reducir las inequidades en salud deben tener en cuenta las estructuras sociales en que las personas se desenvuelven¹.

¹ Para fines de este estudio, los actores se definen en relación con la mujer embarazada. Por tanto, el término "cónyuge" se refiere a la pareja de la mujer embarazada (ya sea en unión libre o matrimonio); "madre" se refiere a la madre de la mujer embarazada; "suegra" a la madre del cónyuge y "pareja" a la mujer embarazada y su cónyuge.

*Especialista Principal en Desarrollo Social, SM2015/BID.

**Consultora de Protección Social y Salud, BID.

Palabras clave: Redes de apoyo, mujeres embarazadas, familia, uso de servicios de salud.

Summary

Meet the actors and factors that determine the use or non- institutional health services for care during pregnancy and childbirth is certainly relevant information to reduce equity gaps in health of populations in extreme poverty. This qualitative study seeks to identify the main actors providing support to women during pregnancy, childbirth, and obstetric emergencies and analyzes the major factors and motivations that influence the decision whether to use health services during these processes. The study was conducted in predominantly indigenous communities in the municipalities of Chilón, Sabanilla and San Juan Chamula, Chiapas. The study found that most of the support networks for pregnant women are shaped by the nuclear and extended family, particularly women, and pregnant women have little or no power to decide whether to use health services. The most influential actors in decision making are the spouse, the mother-in-law and the midwife and therefore strategies to reduce inequities in health should take into account the social structures in which people operate.

Keywords: Support networks, pregnant women, families, health care use.

Introducción

Este estudio forma parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) para Chiapas, que tiene como objetivo contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil en 30 de los municipios más pobres de Chiapas a través de una estrategia de atención de salud integral. En el marco de este y otros proyectos se han realizado estudios sobre barreras de la oferta y demanda de servicios, como también sobre la toma de decisión para la utilización o no de servicios de salud durante el embarazo y parto.

Nazar (1999) señala que acudir al control prenatal está asociado con la confianza a los establecimientos de salud y la percepción de la morbilidad durante el embarazo. Estudios en las comunidades indígenas tsotsil y tseltal muestran que las decisiones tomadas alrededor de la atención prenatal, lugar de parto y emergencias obstétricas incluyen principalmente a los miembros de la familia y a la partera. Asimismo, Molina (2001) indica que la “atención del parto es un proceso colectivo en el que la mujer no puede decidir lo que necesita, sino que depende de lo que los responsables de ella consideren conveniente”.

Un estudio cualitativo realizado por Freyermuth (2003) en Chenalhó, analiza cómo la muerte materna no es producto de eventos independientes, sino que es

la culminación de toda una vida e identifica como principales determinantes: a) la violencia de género que pone en riesgo la salud de la mujer, y b) las percepciones en torno al riesgo y a la causalidad de la enfermedad durante la maternidad. La autora concluye que “la violencia doméstica y las redes de apoyo son fundamentalmente resultados de los vínculos creados por el matrimonio”, lo que define la vida futura de las mujeres. En el matrimonio se redelinea su posición en su familia de origen y se consolidan sus redes de apoyo, lo cual determina el proceso de la toma de decisión en caso de urgencias obstétricas, es decir, la asistencia de las mujeres a un centro médico depende de las “relaciones interétnicas, genéricas y generacionales que ocurren en el interior de la familia y de la comunidad” (Freyermuth y De la Torre, 2004; Freyermuth, 2010; Freyermuth y Sesia, 2009).

Estos estudios revelan la importancia de las redes de apoyo a la mujer embarazada y señalan al embarazo y parto como procesos colectivos; sin embargo, muchos de estos datan de hace más de diez años y los mensajes de salud pública y mercadeo social en torno a la salud materno infantil en Chiapas han sido generalmente dirigidos solo a las mujeres embarazadas, sin incluir a las personas cercanas a ellas que influyen en las decisiones. Esta estrategia ha tenido un impacto limitado en la mortalidad materna e infantil y sería oportuno preguntarse si este impacto puede ser atribuido, en parte, a la falta de conocimiento del proceso de toma de decisiones. De ahí la necesidad de identificar los actores y factores en la toma de decisiones, con miras a reformular las estrategias de comunicación y reflexionar las intervenciones desde la demanda de los servicios de salud.

Metodología

Este estudio es de carácter exploratorio y usa como base conceptual el análisis de redes sociales (ARS). El ARS establece que más allá de los atributos personales de cada individuo, existen relaciones entre diferentes unidades o redes sociales (personas, grupos, organizaciones, países), y estas relaciones o conexiones rigen el comportamiento de los individuos dentro de esta. En el ARS se examinó un número suficientemente explicativo de redes egocéntricas que apoyaron a la mujer durante el embarazo, el parto y emergencias obstétricas¹.

Técnicas de investigación

Se utilizaron tres técnicas de investigación:

- a) Entrevistas individuales semiestructuradas con

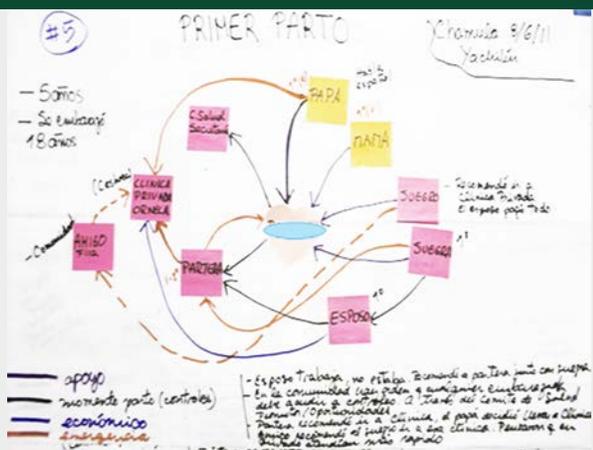
¹Las redes egocéntricas (también llamadas personales o locales) describen a un individuo y todas las personas con quienes este individuo se relaciona.

mujeres y hombres (con por lo menos un parto), parteras y proveedores de salud, b) Mapa de actores (Net_Map), que es una herramienta que se basa en la entrevista semiestructurada para mostrar de forma visual los actores de una red, sus relaciones y sus posibles influencias y c) cuestionarios cerrados.

La entrevista y el mapa de actores se centra en identificar a todos los actores siguiendo preguntas como: ¿quiénes estuvieron en el parto? Si la mujer embarazada fue a los controles prenatales, ¿quiénes la acompañaron? ¿Quién enterró la placenta?, etc. Luego se pregunta ¿Quién de estas personas le recomendó ir al centro de salud? ¿Quién tomó la decisión de tener su parto en la casa? (o ¿en el centro de salud?).

Se entrevistó a 54 mujeres y hombres para la realización de los mapas. Se obtuvieron en total 96 mapas de redes individuales debido a que en 42 entrevistas se capturó un mapa para el primer parto y otro mapa para el último parto o para una emergencia obstétrica y/o neonatal. Asimismo se aplicaron entrevistas a 9 proveedores de salud y 19 parteras.

Figura 1. Ilustración del mapa actores (Net_Map) basado en la entrevista semiestructurada.



Esta herramienta muestra de forma visual los actores de una red social, sus relaciones con el ego (mujer embarazada), el tipo de apoyo o vínculo que tienen y los tomadores de decisión enumerados con los numero 1 y 2 (en este caso la suegra y cónyuge de la mujer embarazada). Las líneas rojas muestran vínculos en relación a una emergencia.

La edad promedio de las personas entrevistadas se situó en 30.6 años para las mujeres y 30.9 años para los hombres. Entre las mujeres, la edad promedio de su primer embarazo fue a los 18.8 años, con un rango que varía de 13 a 36 años. 46% de las mujeres entrevistadas tuvo un parto en casa y 52% en un establecimiento de salud. De las mujeres que parieron en un establecimiento de salud, 44% lo hizo por posibles emergencias obstétricas y 36% de las

mujeres entrevistadas reportó que en, al menos, uno de sus embarazos había sufrido violencia doméstica.

Hallazgos

Entre los hallazgos más importantes se encuentran:

1. Las redes sociales de apoyo a la mujer embarazada están compuestas por a) la familia nuclear y extendida, predominantemente las mujeres; y b) la partera, que en un 43% constituye parte de la familia. Con poca o ninguna frecuencia se observa a los establecimientos y proveedores de salud, y otros actores comunitarios como parte de la red social de apoyo. Los actores clave de la red social y en la toma de decisiones sobre el lugar del parto son el cónyuge, la suegra, la partera, y la madre de la mujer embarazada. En casos de posibles emergencias, los cónyuges, juntamente con las parteras, tienen un rol más predominante que las mujeres (madre y suegra), y la red social de apoyo puede en algunos casos expandirse para incluir actores externos a la familia (amigos, vecinos, entre otros). La mujer embarazada tiene poco o nulo poder de decisión para usar o no los servicios de salud.

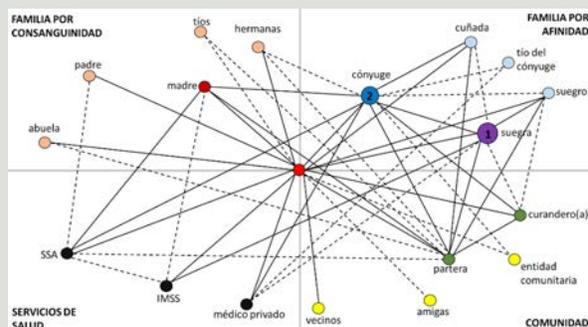
2. En Sabanilla y Chilón se identificó un total de 16 actores que podrían formar parte de la red de apoyo a la mujer embarazada. En Chamula, el número total de actores es 19^{III}. En los tres municipios, en los casos de mujeres jóvenes o primerizas se observan redes sociales de apoyo con mayor número de actores, donde las decisiones son tomadas a nivel de la red. Contrariamente, para partos subsiguientes, el tamaño de la red de apoyo disminuye y las decisiones se centran en la pareja. En casos de mujeres solteras o con cónyuges migrantes, el tamaño de la red se reduce a uno o dos actores, y en algunos casos estas mujeres no cuentan con ninguna red social de apoyo. Como resultado, las mujeres solteras que tuvieron el parto en casa no contaron con la ayuda de nadie, ni siquiera una partera, lo que deriva en un alto nivel de vulnerabilidad.

3. Los patrones de residencia determinan en gran medida la influencia de los actores. En los tres municipios el patrón de residencia de la pareja es patrilocal, y por tanto la familia del cónyuge, en particular la suegra, tiene mayor influencia en las decisiones sobre el embarazo y parto.

4. Existen diversos factores que influyen en el uso o no de los servicios de salud. En Chamula en particular, los factores culturales como el idioma, uso de parteras,

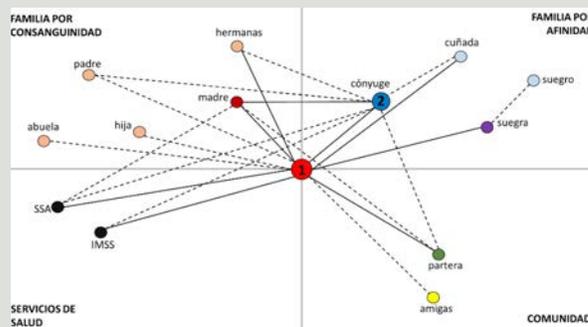
^{III}Los actores representan la suma de todos los actores (activos e inactivos) mencionados en las entrevistas por municipio. Los actores activos son aquellos que ofrecieron algún tipo de apoyo a la mujer embarazada mientras los inactivos son aquellos que fueron mencionados pero no tuvieron ningún rol.

Figura 2. Red general de los actores del primer parto en San Juan Chamula, Chiapas.



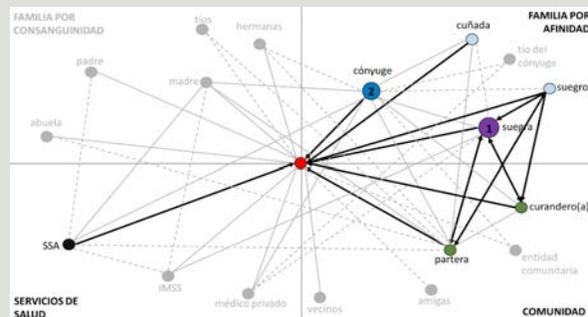
En el centro se ubica el ego (mujer embarazada) representada por un círculo rojo. Las rayas sólidas representan interacciones entre dos actores mencionados dos o más veces; las discontinuas hacia el ego, interacciones que solo fueron mencionadas una vez; las discontinuas entre actores, recomendación para buscar apoyo. Los números 1 y 2 representan a los tomadores de decisión (la suegra y cónyuge de la mujer embarazada).

Figura 5. Red social para último parto con madre/partera en casa. Chilón, Chiapas.



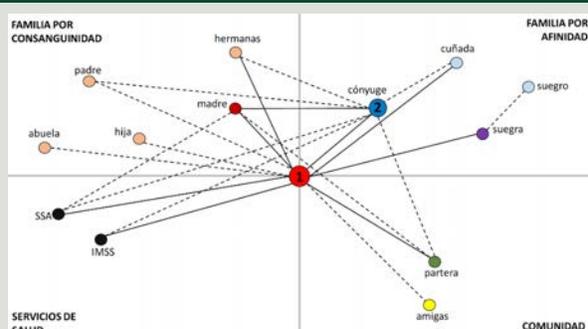
Parto en casa con solo dos actores: el cónyuge y la madre de la mujer embarazada. La madre de la mujer era partera y la decisión del parto en casa con partera fue de la mujer misma (#1), y el cónyuge (#2).

Figura 3. Red social para un primer parto en SSA, San Juan Chamula, Chiapas.



Donde la suegra (#1) decidió que la mujer sería atendida por partera o curandera, y después en establecimiento de salud, a pedido del cónyuge (#2). La mujer embarazada no tuvo ningún poder de decisión.

Figura 4. Red general de los actores del último parto en Chilón.



Incluye a todos los actores mencionados en cada entrevista de este municipio. La conforman 13 actores, donde la gran mayoría son miembros de la familia de la mujer embarazada. Quien toma la decisión para un último parto es la pareja (mujer embarazada y cónyuge).

y la cosmovisión del parto como una celebración familiar y social tienen un alto grado de influencia para no buscar servicios institucionales. El poco y pobre flujo de información dentro y fuera de la red social también afecta profundamente las decisiones de usar o no los servicios de salud. La mayoría de los entrevistados señala que los controles prenatales en los establecimientos de salud son importantes, no así el parto institucional. Asimismo, si bien la mayoría de las personas considera que en caso de emergencias se debe acudir a los establecimientos de salud, pocos pudieron mencionar los signos de alarma del embarazo, y casi ningún entrevistado tenía plan de acción para una posible emergencia obstétrica.

5. En Sabánilla existe una mayor preferencia por parto institucional, particularmente entre los entrevistados más jóvenes. Sin embargo, la baja capacidad resolutoria de los centros de salud limita esta preferencia. Contrariamente, en Chamula aun con un mayor acceso a los servicios de salud (IMSS y Secretaría de Salud), la preferencia es por un parto en casa con parteras.

Conclusiones

Las estrategias encaminadas a reducir las inequidades en salud deben tener en cuenta las estructuras sociales en que las personas se desenvuelven, particularmente en comunidades indígenas y rurales. Este estudio evidencia que el embarazo y el parto se desarrollan en el ámbito de la familia, y los vínculos creados dentro de la red familiar determinan la salud de las mujeres. El hecho de que los principales tomadores de decisión sean el cónyuge, la suegra, y madre de la mujer embarazada, enfatiza la necesidad de informar e involucrar a estos actores en los cuidados del embarazo y parto.

La importancia del tamaño y presencia de una red social de apoyo se refleja en las mujeres solteras quienes, al contar con una red pequeña o ninguna red, enfrentan mayor vulnerabilidad durante el parto y durante emergencias obstétricas. Por tanto las estrategias de reducción de la mortalidad materna deberían incluir un enfoque particular para atender a mujeres en estas condiciones.



Entrevistas con madres de familia en San Juan Chamula, Chiapas.



Partera en la habitación donde atiende a las mujeres durante los partos. Chilón, Chiapas.

El poco y pobre flujo de buena información dentro de la red es un problema de repercusiones mayores, el más

evidente es una emergencia no identificada durante el embarazo y parto. Asimismo, la importancia de los factores culturales y el rol crucial de las parteras dentro de la red y durante emergencias obstétricas, resalta la necesidad de servicios de salud con pertinencia cultural y la inclusión activa de las parteras en el proceso de parto.

Las diferencias entre y dentro de los municipios (preferencias por lugar de parto entre Sabanilla y Chamula, y las diferencias generacionales entre las mujeres jóvenes y mayores) resaltan la importancia de estrategias integrales que consideren el contexto local y social de cada comunidad. Las decisiones relacionadas con la salud materna se basan en una racionalidad legítima dentro de un contexto social y es dentro de éste donde deben instrumentarse los enfoques para mejorar la salud.

Referencias

1. Banco Interamericano de Desarrollo. (2011). *Estudio de barreras de demanda y oferta con enfoque a nivel local y comunitario y cambio de comportamiento en municipios prioritarios de Chiapas, México*. Informe de las Regiones Altos Tseltal – Tsotsil y Tulijá Tseltal – Chol. Chiapas, México.
2. Freyermuth, G. (2010). *Desiguales en la Vida. Desiguales para Morir. La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la Inequidad*. Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas. Documento de Trabajo 2010/1, PNUD. Chiapas, México.
3. Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. CIESAS, Papeles de la Casa Chata, Serie: Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva, Mujeres y hombres en el siglo XXI. México.
4. Freyermuth, G. y De la Torre, C. (2004). *La mortalidad materna en México: Los programas de ampliación de cobertura y arranque parejo en la vida en Los Altos de Chiapas*. Sans Serif Editores. México.
5. Jiménez C. V. et al (1999). *La muerte materna en Tenejapa. Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas*. Conapo, México.
6. Nazar-Beutelspacher., A. (1999). *Efecto de la desigualdad socioeconómica sobre la atención prenatal en la Región Fronteriza de Chiapas, México*. Artículo en: Tuñón P., E. (1999). *Género y Salud en el Sureste de México*. Ecosur, UNFPA, Coespo. Talleres de Arte y Tipografía por Computación. México.
7. Tuñón P., E. (1999). *Género y Salud en el Sureste de México*. Ecosur, UNFPA, Coespo. Talleres de Arte y Tipografía por Computación. México. ●



Tomografía computarizada. Hospital de las Culturas,
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
Foto: Instituto de Salud.



Manejo de muestras en contenedores. Imagen: Photodisc by Getty Images. Laboratory Life V187.

Embriones congelados

Frozen embryos

Artículo de revisión

Dr. Luis Ernesto Hernández Gamboa*

Resumen

En esta revisión ponemos en claro dos de los puntos de mayor actualidad en los aspectos de la genética: las células madre y los embriones congelados. Aspectos sobre los que hay que discutir ampliamente con el fin de establecer los reglamentos necesarios para que la investigación y la experimentación no dañen la dignidad de la persona humana.

Palabras clave: Embriones congelados, consentimiento informado.

Summary

In this review we clarify two points in the most current aspects of genetics: stem cells and frozen embryos. Aspects that must be discussed widely in order to establish the necessary regulations for research and

experimentation not harm the dignity of the human person.

Keywords: Frozen embryos, informed consent.

Las nuevas tecnologías han modificado muchos de los principios de la cultura como el progreso, la democracia y la justicia, y han conducido todos los aspectos de la vida hacia la modernidad. La construcción del conocimiento trae beneficios médicos, sociales y culturales y, por tanto, ahora se le considera como el motor para el desarrollo social y económico de los países avanzados. Este concepto es indiscutible ya que se ha consolidado durante siglos de historia, particularmente en Europa. A través de los años, visiones filosóficas de creación artística e innovación científica permitieron el desarrollo social y el progreso cultural, que son únicos de la especie humana. Después del siglo de la química (siglo XIX) y física (S. XX) entramos en el siglo de la biología, en

*Coordinación de investigación y servicios editoriales.

el que la cultura y economía se basan en el avance del conocimiento en ciencias de la vida. Los avances más recientes en este campo determinan el amplio impacto de todas las formas de la biotecnología en la política, los derechos humanos y sobre aspectos de la vida cotidiana. En especial nos referimos a las células madre y a los embriones congelados. Hay evidencia de que el grado de conocimiento público de la ciencia tiene una relación lineal con el grado de aceptación o rechazo del desarrollo técnico científico.

Los temas políticos reales tienen en la actualidad un carácter biopolítico que a menudo se concentra en temas relacionados con el principio y el final de la vida, el medio ambiente y la producción de alimentos. Todos estos temas inevitablemente incitan la discusión sobre la justicia y entre las partes que a menudo tienen intereses contrapuestos.

Sin embargo, en el campo de la biopolítica la relación entre ciudadanos y el estado, así como entre la democracia y los derechos, no se ha redefinido aún. La comunidad científica requiere de tomadores de decisiones políticas para desarrollar lineamientos válidos para el manejo de un amplio rango de temas generados por la revolución biotecnológica y la investigación en células madre. La extrema importancia y urgencia de los límites en la investigación biotecnológica es un proceso que debería estar abierto a toda contribución de los ciudadanos.

La reproducción es una parte importante y central del plan de vida. El control sobre una capacidad reproductiva es entonces un elemento crucial de la autonomía de cada persona. Esto incluye los mismos derechos de reproducirse o de no hacerlo.

Las personas para las que se producen los embriones, dan su consentimiento informado para congelar los embriones supranumerarios y simultáneamente plantean lo que deberá hacerse con ellos en algún momento en su futuro.

Más de 30% de las clínicas para preservación de embriones congelados busca a través de ese consentimiento, contar con opciones sobre su actuar en caso de divorcio, muerte, discapacidad o desacuerdos de la pareja involucrada, plazo de congelación cumplido o falta de capacidad del pago de conservación. El resto se enfoca en el consentimiento del uso posterior del embrión para investigación.

Un creciente número de artículos se relaciona con la dificultad de los padres en cuanto a la decisión de la disposición de los embriones, en donde los responsables

de dicho resguardo en su mayoría, se encuentran frecuentemente ante la disyuntiva de utilizarlos para otras concepciones, continuar su resguardo, donarlos o destruirlos. Debido a la naturaleza privada de esta elección, no es de sorprender que los investigadores hayan identificado una amplia variedad de contextos que interfieren en el proceso de toma de decisiones.

En uno de los artículos revisados se comenta que se realizaron 342 entrevistas a 110 mujeres y 74 hombres de 106 familias que tienen embriones congelados almacenados. La mayoría era caucásica, con estudios, empleada, casada, educada, identificada como miembro de un grupo religioso y con un ingreso promedio de más de 100.000 dólares. La mediana del número de hijos vivos era de dos por familia. Los embriones conservados por familia tenían como mediana seis años de almacenamiento y el número promedio fue de cinco años en el momento de la entrevista final. El costo anual promedio de almacenamiento era de aproximadamente 500 dólares. Al final del estudio 26 de las familias (24%) eligieron por voluntad propia almacenar embriones indefinidamente, 42 (39%) se inclinaron por la donación a la ciencia, 6 (6%) hacia la utilización de embriones para otras tentativas de concepción, 7 (7%) donación a otros para la formación de familia y 3 optaron por la destrucción del embrión (3%). Las restantes 22 familias (21%) permanecieron indecisas.

Sin embargo detectan los autores, muchos participantes señalaron que la comunicación con la clínica de resguardo de los embriones disminuyó drásticamente después de que concibieron con éxito. Otros comentaron sobre las discrepancias percibidas entre la cantidad de información que recibieron en preparación para su procedimiento de fecundación *in vitro* y lo recibido con respecto a la disposición del embrión.

Una percepción de falta de información (desde clínicas de fecundación *in vitro*, organizaciones de investigación u otros lugares), –se reporta en el mismo artículo arriba citado–, era frecuentemente asociada a expresiones de temores generalizados sobre la ciencia, que inhibió la toma de decisiones de la disposición general; por ejemplo, los participantes expresaron preocupación por extravío de embrión, disposición o utilización en la creación de quimeras, fines eugenésicos, o tener embriones para experimentación o un “mercado negro”.

Ahora el planteamiento que al final detectan los autores se orienta a observar si el proceso del consentimiento informado en el momento de crío preservación prepara adecuadamente a los padres del embrión para afrontar los retos futuros posibles de la disposición del mismo.

Los investigadores observaron que hay unanimidad de opinión acerca de que los tenedores del embrión desean más información en el momento de crio preservación, pero no hay indicios significativos de que más información cambie sus decisiones de crio preservación.

La información científica debe ponerse a disposición de todo el mundo, de tal forma que permita que los ciudadanos puedan desarrollar sus propias ideas y tomar decisiones libres de prejuicios sobre temas importantes para su propia vida.

El conocimiento adquirido de los avances más recientes en la investigación debe considerarse como parte integrante de nuestra cultura. Esta es una disciplina que requiere paciencia y tiempo para captar conceptos que son esenciales para un juicio experto de aplicaciones prácticas.

Solo una cultura humanística puede arrojar luz sobre estos procesos y, por lo tanto, cualquier buen científico debe poseer este tipo de cultura. Por otro lado, todo buen erudito en disciplinas humanísticas no sólo necesita adoptar el método científico –que es universal–sino también debe estar familiarizado con los conocimientos científicos.

Entre los varios temas candentes en ciencias de la vida, la amplia gama de problemas planteados con relación a las células madre y embriones congelados juega un papel crucial y requiere el enfoque científico para un debate fructífero.

A nivel internacional, con mayor o menor énfasis, los responsables políticos tienden a discutir la naturaleza del embrión sin prestar atención a los conocimientos y opiniones de los científicos.

El ejemplo más dramático de esto es cómo algunos países siguen sin ocuparse de los embriones crio preservados derivados de la fertilización *in vitro*, aunque un gran cuerpo de ciudadanos analizan empíricamente que los estudios sociales de la ciencia tienen serios problemas bioéticos gracias a la íntima interrelación de orden epistemológico y social.

Existen tres maneras de manejar los embriones:

- 1) Dejarlos congelados indefinidamente.
- 2) Descongelarlos y descartarlos, acelerando su muerte.
- 3) Utilizarlos para la investigación en la diferenciación celular. Esto significa que podría decirse que “se mantienen los embriones vivos”, aunque a nivel

celular, proporcionando a la humanidad importantes conocimientos científicos sobre cómo usar las células en terapias con células regenerativas.

El principal argumento contra la tercera opción es la destrucción de embriones, al asumir que tal destrucción va contra la moral o, al menos cuestiona esta acción. El mismo argumento puede ser usado contra la segunda opción. La primera opción sólo aparentemente preserva la vida de los embriones que es sinónimo de muerte, aunque lenta. Hay que tener en cuenta que en determinadas circunstancias (el abandono de los padres, congelación a largo plazo, la incertidumbre sobre la seguridad de la implantación de embriones viejos, que fueron congelados según procedimientos inseguros, etc.) y después de cierto tiempo (para ser prudentemente establecidos), es imposible para el embrión desarrollar su potencialidad para convertirse en un feto y un bebé. En estas circunstancias, quienes creen que el embrión congelado es una persona deben aceptar, sin renunciar a sus creencias que dejar a los embriones congelados indefinidamente no es matarlos lentamente a través de omisión. Si esto es cierto, como suponemos, somos el círculo a la acción, sea cual sea la idea ontológica personal de lo que es un embrión.

La ética está determinada por la ideología y religión. Religión implica la adhesión a una visión del mundo en la que la vida está limitada (relegada) a la noción de elección fundamental, en la medida en que incluso se daría la vida en apoyo de esta elección. La ideología es una visión y evaluación del mundo marcada por la trascendencia social (ética política en Aristóteles). Por lo tanto, no podemos esperar que un hindú, un cristiano y un dialéctico materialista vayan a seguir la misma ética. El complejo mundo de hoy se basa en los avances científicos del conocimiento (economía, medicina, producción de alimentos, etc.) por lo tanto, incluso los laicos necesitan saber el principio básico de los continuos avances en conocimiento científico para vivir responsablemente en las sociedades modernas, pues el elemento básico de la ética es una conducta responsable (consciente y voluntaria) para tomar una decisión.

Adquirir los instrumentos conceptuales necesarios para evaluar las aplicaciones técnicas (parte integrante de nuestra cultura) requiere dedicación y paciencia, que es la única forma de ayudar a la toma de decisiones responsable. En esta época de las sociedades basadas en el conocimiento, esos instrumentos son necesarios, especialmente para los líderes de la sociedad como los responsables políticos, magistrados y periodistas.

Como se ha planteado, este obstáculo ciertamente deriva del rechazo al enfoque científico del problema. Es claro que las diferentes opiniones sobre el embrión derivan de los desacuerdos en una definición exacta del momento en que durante el proceso de desarrollo esa célula se convierte en un individuo. En este sentido, hay un creciente número de publicaciones, pero indubitablemente una idea ambigua. Debido a que un nuevo ser humano se forma de un proceso de desarrollo programado en la primera copia del nuevo ADN originado por la mezcla de la información de ambos padres, y se transforma en ADN del cigoto, los autores proponen lo siguiente: Solo cuando el nuevo genoma se ha formado estamos ante un nuevo individuo.

Este fundamento tiene su origen en el conocimiento biológico que permite claramente establecer el inicio del desarrollo de un nuevo individuo con la formación de la primera copia funcional de su genoma; es nuevo porque se creó algo inexistente antes de la mezcla de alelos debido a la recombinación genética de los genomas de ambos padres. Esto es funcional debido a que hasta el momento de pasar de 4 a 8 células en los humanos, los genomas de ambos padres en el núcleo del blastómero no se han integrado, mezclado y aun no se expresa su contenido genético. Hasta ese momento, la sobrevivencia de ese cigoto toma ventaja de todos los factores maternos que se encuentran en el citoplasma del oocito durante el período de folículo génesis. Como es bien conocido, la contribución de los padres se limita a la aportación de la mitad del genoma. Sin embargo, este nuevo conocimiento revoluciona la clásica visión de que desde el principio se inicia la copia del genoma y la retrasa hasta la transición de 4 a 8 células. Recientemente también se ha demostrado que el gene Oct 14 muestra dos conductas cinéticas distintas que predicen el destino celular durante la transición de 4 a 8 y no antes. En todas las formas de reproducción vegetal y animal se ha encontrado este principio ontogénico del origen del momento de la vida. En los mamíferos varía este momento; en el ratón se presenta en el paso de una a dos células, en el ser humano en el momento que ya se ha comentado. El cambio de 4 a 8 células sucede entre las 40 y 50 horas del desarrollo humano, lo que da tiempo a los investigadores para fusionar y detener el proceso sin entrar en debates filosóficos de existencia o de significado de la palabra embrión.

Como se puede notar, aún hay un largo camino por recorrer para desarrollar las bases ético científicas en estos terrenos; la disyuntiva es no frenar el avance del conocimiento, pero que éste se apegue a las normas éticas de respeto a la vida humana y a la identidad de

la persona. En esta revisión aportamos el conocimiento del momento real de la fusión de los dos genomas: paterno y materno; ¿será esa la clave? La puerta a la discusión se abre.

Referencias

1. Nachtigall, R., Kirstin, M., Mac Dougall, B. A., Lee, M., Harrington, J., and Becker, G. (2010) What do patients want? Expectations and perceptions of IVF clinic information and support with respect to frozen embryo disposition. *Fertil Steril*. 2010 November; 94(6): 2069–2072
2. Monti, M., Redi, C. (2011) *The biopolitics of frozen embryos* Int. J. Dev. Biol. 55: 243-247
3. Zurriarán, R. (2007) La progresiva desprotección jurídica de la vida humana embrionaria en España: de la ley 35/1988 a las leyes 14/2006 y 14/2007 *Cuad. Bioét. XX, 2009/2ª* 155.181
4. Ahuja, K. et al. (1996) *Egg-sharing in assisted conception: ethical and practical considerations* *Human Reproduction* vol.11 no.5 pp. 1126-1131.
5. Lyerly, A., Nakagawa, S., Kuppermann, M. (2011) *Decisional conflict and the disposition of frozen embryos: implications for informed consent* *Human Reproduction*, Vol.26, No.3 pp. 646–654, 2011
6. Haines, E., Taylor, K. (2011) The contributions of empirical evidence to socio-ethical debates on fresh embryo donation for human embryonic stem cell research *Bioethics*- 25 (6) 2011 334–341,
7. Heng, B. (2006). Donation of surplus frozen embryos for stem cell research or fertility treatment—Should medical professionals and healthcare institutions be allowed to exercise undue influence on the informed decision of their former patients? *J Assist Reprod Genet* (2006) 23:381–382
8. Scott, R., Williams, C., Ehrich, K., Farsides, B. (2012). Donation of 'spare' fresh or frozen embryos to research: who decides that an embryo is 'spare' and how can we enhance the quality and protect the validity of consent? *Medical Law Review*, 20, Summer 2012, pp. 255–303
9. Heng, B. (2007). Growing surplus of frozen embryos in China offers opportunities for the development of human embryonic stem cell banking *Regen Med* 2007 2 (6) 873-874
10. Nachtigall, R., Becker, G., Friese, C., Butler, A., MacDougall, K.(2005). Parents' conceptualization of their frozen embryos complicates the disposition decision *Fertil Steril*. 2005 August; 84(2): 431–434.
11. De Geyter C Assisted reproductive medicine in Switzerland *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13569 Van der Elst J Oocyte freezing: here to stay? *Human Reproduction Update*, Vol.9, No.5 pp. 463±470, 2003
12. Fisk, N., Roberts, I., Markwald, R., Mironov, V. (2005). Can Routine Commercial Cord Blood Banking Be Scientifically and Ethically Justified? *PLoS Medicine* 2005 2(2) 87-90
13. Lyerly, A., et al. (2010). Fertility patients' views about frozen embryo disposition: Results of a multi-institutional U.S. survey *Fertil Steril*. 2010 February; 93(2): 499–509. ●



Revisión oftalmológica en el Hospital de las Culturas. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Foto: Instituto de Salud.

El modelo hexagonal de la calidad

Hexagonal model of quality

Artículo de revisión

*Dr. Héctor Gabriel Robledo-Galván**

*Dr. José Meljem Moctezuma***

*Dr. Germán Fajardo Dolci****

*Lic. David Olvera López*****

Resumen

Se propone integrar en un solo modelo los principales componentes de la calidad de la atención a la salud. El modelo denominado Hexágono de la Calidad, incluye la dimensión técnica con los elementos de atención propiamente médica, la dimensión interpersonal, donde entra la percepción del paciente y su familia, la dimensión política para establecer políticas de Estado, la dimensión estructural que es básica para la operación de la unidad, la dimensión de desarrollo organizacional para la mejora

continua de la institución y la dimensión de costo beneficio que comprende el aspecto económico de la atención.

Palabras clave: Calidad en los servicios de atención a la salud, modelo de calidad en los servicios de salud, componentes de la calidad en la atención a la salud, calidad de la atención médica.

Summary

Intends to integrate into a single model the main components of the quality of health care. The model called the hexagon of the quality, includes the technical dimension with the elements of proper medical care, the interpersonal dimension, where gets the perception of the patient and his family, the political dimension, to

**Director General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud.*

***Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud.*

****Subsecretario de Integración y Desarrollo de la Secretaría de Salud.*

*****Director de Calidad de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud.*

establish State policies, the dimension structural that is basic to the operation of the unit, the dimension of organizational development, for the continuous improvement of the institution and the dimension of cost benefit that includes the economic aspect of care.

Keywords: *Quality in health care services, model quality in health services, components of quality in the health care, quality of medical care.*

Cuando se habla de calidad de la atención médica, fácilmente se provoca la respuesta de lo que es o de los elementos que la conforman y muchas de las opiniones se encuentran en función de las buenas o malas experiencias, propias o de familiares y amistades, según como se ha vivido y constatado lo que acontece en las unidades de atención a la salud.

En muchas ocasiones la respuesta se da en función de la infraestructura pero no se destaca la participación del equipo de salud, en otras se resalta el mal trato de algunas personas pero se elogia la infraestructura física o tecnológica. No falta quien observa con mayor detalle la limpieza de la unidad o la música ambiental. Muchas veces la percepción de la calidad recibida se

mide con la cuenta (en el caso de los servicios privados) en donde se considera justa (excepcionalmente), alta o muy alta, de acuerdo con lo desagregado de lo que se utilizó para atender al paciente.

Este modelo hexagonal no es estático, debe ser visto e interpretado como un concepto dinámico de interacción permanente, donde la gestión es la que da unión, rumbo y sentido a las partes; y los valores, los que dan cimentación, solidez y valor agregado a la misión organizacional.

Cada una de las dimensiones se describirá, en cuanto a lo que debe considerarse en cada una de ellas. No se utilizarán ejemplos ni otros elementos, por la limitación de espacio; sin embargo queda el compromiso de explayarse posteriormente, con el detalle que amerita el tema para su mejor comprensión.

1. Dimensión técnica. (Para algunos autores es la dimensión primordial de la calidad). Esta es la dimensión sustantiva en cuanto al acto o actividad eminentemente médica. Es en esta dimensión donde se ubica la calidad en el proceso de atención médica al enfermo, desde el diagnóstico que parte del interrogatorio, la elaboración



de la historia clínica, la correcta exploración, la solicitud de los exámenes de laboratorio y gabinete, hasta la definición de un adecuado y óptimo esquema de tratamiento. Cada una de estas etapas está sujeta a variabilidad que depende de la formación, la capacidad y la capacitación del equipo de salud: los médicos, las enfermeras y los técnicos que participan en el proceso. El principio que se propone radica en no aceptar la implantación de métodos y procedimientos de diagnóstico y tratamiento con gran diversidad y distancia de lo que se considera, por los expertos y órganos colegiados, como el estado del arte en la materia. El análisis y la evaluación de la prestación de servicios de salud deben darse a través de los conocimientos vigentes y de vanguardia disponibles, sobre la *lex artis* médica, entendida ésta como “ley del arte” o regla de actuación de la profesión que sea, que en nuestro caso es la medicina.¹ Un tema particular en la materia se refiere al cuidado y tratamiento paliativo en la calidad de la atención que se debe brindar a los pacientes que padecen una enfermedad grave o potencialmente mortal y en no pocos casos, en etapa terminal².

2. Dimensión interpersonal. El trato humano, amable, digno y respetuoso, lo que se conoce como calidad percibida por el paciente y sus familiares³. Este componente es el primer paso que debe cuidar el equipo de salud para atender a los pacientes. La dimensión interpersonal tiene a su vez tres elementos básicos: el trato propiamente al paciente y en su caso al familiar; el que este trato sea amable y cortés durante todo el tiempo, desde que los usuarios cruzan la puerta de entrada, hasta que salen y no sólo en momentos esporádicos que se dan en aquellos servicios donde la amabilidad depende del personal en turno y, finalmente, el trato al egresar de la unidad, el proceso de alta en las condiciones que se genere (curación, estabilización o muerte) debe ser con eficiencia, calidez y respeto.

El Dr. Germán Fajardo Dolci⁴ incluye como elemento esencial para la evaluación de la calidad que se otorga en los servicios de salud, la expectativa de los pacientes y sus familiares, con respecto a lo que esperan de una atención. En consecuencia con lo anterior, define la calidad como: “Otorgar al paciente atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”⁵.

3. Dimensión política. La calidad de la atención requiere de leyes, reglamentos, lineamientos y toda aquella normatividad que induzca y, en su caso, obligue a un cumplimiento lo más fidedigno posible, de lo que se ha establecido como las mejores prácticas.

Si para un procedimiento de diagnóstico o tratamiento se ha logrado llegar a un consenso, entonces debe instrumentarse en la institución y darle seguimiento. Los mejores instrumentos de política pública en esta materia son el Plan Nacional de Desarrollo⁶ y el Programa Sectorial de Salud⁷.

No menos importante es la vinculación con instituciones y organismos del ámbito internacional, donde se establezcan compromisos, acuerdos de cooperación, convenios, etc. que beneficien a ambas partes. Los acuerdos y convenios con OPS, OMS y otros organismos internacionales son muy comunes para desarrollar proyectos de interés mutuo y de gran beneficio a la población, sin reducir importancia a la participación de organismos como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otros de perfil financiero.

4. Dimensión estructural. El recurso humano, denominado también capital humano, está conformado tanto por los integrantes del equipo de salud –médicos, enfermeras y técnicos que participan en el acto médico–, como por los del equipo de apoyo, donde se incluye a los directivos y administrativos. La participación de estos últimos debe ser insoslayable ya que sin el soporte de apoyo en las unidades de salud –de la recepcionista, el camillero, las trabajadoras sociales y el cuerpo directivo–, la operación de la unidad no sería posible. La dimensión estructural en esta materia propone contar con todos los recursos necesarios, por unidad y turno, para cubrir de manera óptima el servicio. La capacitación y actualización permanente es un componente fundamental para trabajar con calidad; de nada sirve contar con los especialistas más destacados en el área médica si no conocen y, en consecuencia, no saben operar el nuevo equipo diagnóstico o de tratamiento que recientemente adquirió la unidad. La capacitación y actualización periódica debe ser una política irrenunciable para todo el personal⁸.

Los recursos físicos –la infraestructura. Se refiere a las instalaciones físicas, al inmueble donde se otorgan los servicios de salud; desde un consultorio o centro de salud hasta un hospital de alta especialidad. La unidad debe contar con instalaciones funcionales y óptimas para el tipo de servicio que se imparte⁹, y el mayor rigor posible en materia de seguridad.

Es primordial considerar en las instalaciones lo que se conoce como amenidades, que pudieran parecer secundarias o incluso para algunos irrelevantes; sin embargo para hablar de calidad se debe contar con servicios de apoyo complementarios como televisión en salas de espera y en los cuartos de hospitalización, de ser posible, además de un sillón sofá o un sofá

cama para los familiares. No está por demás subrayar la importancia de contar con instalaciones cómodas, seguras, limpias, ventiladas, agradables a los sentidos: con colores que infundan tranquilidad, con aromas agradables, poco ruidosas y de preferencia con música ambiental de fondo, baños en buen estado, habitaciones dignas y decorosas, servicios de alimentación higiénicos y seguros, con hospitalización, con rampas o elevadores acordes al tamaño de la institución¹⁰, etc.

Recursos tecnológicos. Un componente ineludible de la calidad en la atención a la salud es la tecnología de soporte. Si analizamos un consultorio médico, la tecnología es básica; pero requiere, al menos, de un estetoscopio, baumanómetro, otoscopio, oftalmoscopio y faringoscopio, así como una báscula, un negatoscopio y un botiquín con lo necesario¹¹. En caso de ser consultorio de alguna especialidad, debe contar además con el equipo específico. Para el equipamiento, la Secretaría de Salud ha publicado suficientes normas oficiales mexicanas y guías de equipamiento que permiten a cualquier médico identificar lo mínimo que debe tener o instalar¹².

Si la unidad es una clínica, centro de salud, hospital o centro médico, debe disponer de la tecnología adecuada para el diagnóstico y, en su caso, tratamiento establecido. Por ello la definición de Crosby es la más aplicable a los servicios de salud, la calidad se evalúa conforme con lo establecido, lo comprometido. No se espera que un consultorio de primer contacto de atención o un centro de salud comunitario tenga un tomógrafo, porque no está establecido que lo deba tener ya que lo que se hace en este tipo de unidades son procedimientos diagnósticos o terapéuticos de otra índole (más sencillos). En cambio, no es aceptable que ésta tecnología esté ausente en un hospital de alta especialidad¹³.

Recursos materiales. Entendidos como aquellos que se utilizan para la operación cotidiana de la unidad en todos sus aspectos. Desde luego que se requiere desde gasas, alcohol, algodón y abatelenguas para un consultorio, hasta reactivos, placas y otros consumibles e insumos para los equipos de diagnóstico y tratamiento. Algunos insumos para la operación además de los sustantivos son los de apoyo a la operación administrativa tales como material de limpieza, tóner, papelería básica, agua, luz, teléfono, etc. No puede haber calidad de atención en un lugar donde se vaya la luz constantemente o donde falte agua, por mencionar dos obviedades. Se puede trabajar en un lugar con una pared a la que le falte pintura pero no en un quirófano que no fue limpiado con los químicos indicados después de una cirugía.

Es fundamental que los recursos materiales estén en tiempo y forma y no demoren días, semanas o a veces meses en ser restituidos pues los procesos se afectan de manera considerable¹⁴.

La gerencia de los medicamentos debe tener un giro en esta década ya que no es raro saber de la ineficiencia para su disposición y entrega a los pacientes. Contar con ellos por medio de estrategias operativas eficientes debe ser el reto en este rubro, ya sea en la administración propia o al subrogar el servicio a un tercero. En la literatura de gerencia hospitalaria se sugiere separar la administración de la farmacia interna de las unidades, de la farmacia de consulta externa¹⁵.

Recursos financieros. Al igual que los recursos materiales, los recursos financieros son indispensables para la calidad en la operación de cualquier organización. En las instituciones públicas, los sueldos y salarios son parte de los costos fijos, como el agua, la luz, el teléfono, el internet, etc. La transparencia y rendición de cuentas aunadas a los sistemas de control y seguimiento de ingresos propios y ejercicio de presupuesto, son políticas ineludibles e incuestionables. Debe haber total vinculación con las instancias fiscalizadoras, externas e internas, para evitar desvíos de recursos.

La suficiencia presupuestal es básica para poder cumplir con el programa de trabajo. La adecuada e inteligente elaboración de la propuesta es fundamental para la correspondiente asignación de recursos. Es común escuchar que se pidió un monto determinado y sobre ese se autorizó la mitad o dos terceras partes.

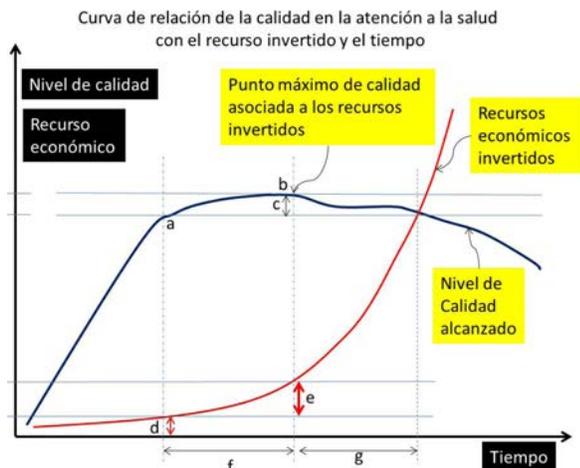
5. Dimensión de desarrollo organizacional. Es fundamental para la calidad que las organizaciones identifiquen adecuada y oportunamente las incidencias y reincidencias de lo que acontece. Tan importante y necesario es identificar los errores, los desaciertos, las equivocaciones, las fallas, las omisiones, etc. de cualquier índole como los aciertos y las experiencias de éxito y las innovaciones que favorecieron la operación institucional y generaron éxitos específicos o generalizados, temporales o permanentes. El concepto es que las organizaciones deben aprender de lo que acontece en el día a día, de los triunfos y fracasos para tomar medidas de prevención y corrección en un caso o de implementación y multiplicación en el otro caso.

Las organizaciones que aprenden, y las de salud no son la excepción, sobresalen de las demás ya que reducen riesgos y errores y multiplican éxitos, de manera que la sociedad a la que pertenecen los divulga y los promueve. Este aprendizaje en el sector privado es fundamental para sobrevivir en un mercado de libre

competencia; la atención al cliente diferencia en la iniciativa privada a las buenas de las malas empresas y ello puede significar su permanencia o desaparición del mercado, este enfoque es reciente y está descrito en los textos de la nueva administración pública¹⁶.

6. Dimensión de eficiencia: relación costo/beneficio. La calidad no necesariamente aumenta cuando se invierten más recursos, hay un límite donde no es posible aumentar la calidad y se corre el riesgo de demeritar el trabajo y mermar la calidad¹⁷. Obsérvese en el gráfico que en el punto “a” se alcanza un nivel de calidad muy alto a un costo razonable “d,” en este momento se es muy eficiente; posteriormente, al consumir el tiempo “f” se alcanza el mayor nivel de calidad posible (depende de los parámetros de medición de cada organización) en el punto “b”, sin embargo, debe considerarse que el recurso económico “e” incrementó un poco más de lo que incrementó el nivel de calidad “c”. A partir de ese momento, inicia una disminución en los niveles de calidad pues empiezan a generarse mayores gastos, simplemente por el tiempo que consume el proceso “g” y los riesgos que implica, particularmente en las unidades hospitalarias.

Los costos de la atención empiezan a subir vertiginosamente y no se obtiene más calidad en ningún momento. Es una responsabilidad ineludible, del equipo de salud, para con el paciente y con la institución, proceder de manera adecuada y oportuna con la calidad óptima al costo óptimo. Un primer componente para efectuar este análisis es la edad del paciente. Hasta cuánto se debe invertir como familia, como sociedad, como estado para preservar la salud o la vida de un paciente. Si bien estas interrogantes pertenecen al terreno de la ética y la deontología médicas, no deja de ser un tema de calidad y gerencia que a todos compromete.



Consideraciones finales:

- La calidad de la atención médica debe medirse por los resultados. Los resultados se miden con indicadores y estos son universales. Las preguntas deben ser: ¿cuántos pacientes se curan o mueren en comparación con periodos anteriores?, ¿cuáles son los cambios en las tasas de sobrevivencia y en la no interferencia con la calidad de vida?, ¿cuántos pacientes presentan menos reacciones alérgicas a los medicamentos?, ¿cuánto han disminuido las caídas de camillas por mes, semestre o año?, ¿se han incrementado o no las infecciones nosocomiales, por institución o por servicio?, ¿las iatrogenias han aumentado o disminuido?, etc.
- De nada sirve tener razonablemente clasificadas las dimensiones donde se pueden identificar los factores que influyen o determinan los niveles de calidad que se ofrecen en las unidades si no se evalúan los efectos asociados en favor o en contra.
- De poco sirve tener muy sólidamente armada una o varias dimensiones si las otras están débiles o incompletas. Se requiere la intervención en todas las dimensiones, con el cuidado y esmero necesarios para atender y cumplir lo que cada variable exige.
- Las dimensiones son simplemente una forma de clasificar por temas los conceptos que deben considerarse para que los factores que determinan la calidad estén presentes en el check list de cada equipo de salud.
- Existen otras formas de clasificar los factores de la calidad, todas son válidas pues el objetivo es el mismo: que estén cubiertos al menos los elementos señalados en cada una de las dimensiones.
- No es suficiente con que se atienda y se cubra todo en un momento determinado y posteriormente se pierda el control y cumplimiento del rubro en cuestión. El factor de permanencia en el tiempo es fundamental para hablar de calidad; la temporalidad es sólo un espejismo de calidades efímeras que pueden ser incluso, demagógicas para ciertos fines.
- La calidad es cuestión de actitud y método, de recursos y resultados. Se debe continuar en la búsqueda de más elementos que se incorporen a los modelos de calidad sin que aumenten su costo (como se describe en la dimensión de eficiencia: costo/efectividad).

- La mejora continua es la mejor estrategia para estar siempre en búsqueda de áreas de oportunidad para hacer mejor las cosas y superar las metas establecidas, tal como se describió en la dimensión de desarrollo organizacional.
- La calidad no es un proceso en sí mismo, es la integración funcional y dirigida de todos los recursos hacia un fin común.
- El recurso más importante y por mucho el más valioso es el humano, bien llamado capital humano. Éste debe seleccionarse adecuadamente, capacitarse, actualizarse, motivarse e impulsarse dentro de la organización para que crezca junto con la misma. Todos los trabajadores son importantes, desde los médicos especialistas de gran prestigio internacional, hasta los trabajadores de puestos más sencillos que cumplen con sus funciones para disponer de una organización digna y adecuada para prestar el servicio encomendado.
- La participación convencida y decidida de todos los integrantes del equipo de salud frente a los pacientes, con un trato cálido, humano, respetuoso y digno, tanto para él como para sus familiares es el punto de partida. A ello debe sumarse el uso adecuado, responsable y óptimo de los recursos (tecnológicos, materiales y financieros) para buscar un fin común, la atención del paciente, ya sea para recuperar su salud o para brindarle una rehabilitación adecuada o la paliación necesaria.
- Finalmente cabe resaltar que la calidad de la atención a la salud, se debe medir durante todo el proceso y particularmente con el resultado final de lo alcanzado en la atención al paciente.

Referencias

1. Medicina y Derecho Lex artis. lunes, 24 de enero de 2011 [Internet] [Acceso 10.08.12] Disponible en: <http://medicinavderecho.blogspot.mx/2011/01/lex-artis.html>.
2. González, B. M. (2007) *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte al enfermo de cáncer*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.2007 ISBN 978-84-9835-131-136 p.
3. Seclén-Palacin, J. et.al. (2005) *Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados*. An Fac. Med. Lima 2005 66(2),128-129 p.
4. Fajardo, D. G. (2008). *Calidad de la atención, Ética Médica y Medicina Defensiva*. R. Conamed, 2008; 13:3-4 p.
5. Medigraphic Literatura Biomédica, *Revista Mexicana de Anestesiología* Vol. 34. No. 4 octubre-diciembre 2011 [Internet] [acceso 30.06.12] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114c.pdf>
6. *Plan Nacional de desarrollo del Gobierno Federal* [Internet] [acceso 04.10.12] Disponible en: <http://pnd.presidencia.gob.mx/>
7. *Diario Oficial de la Federación*. Programa sectorial de Salud 2007-2012. 17.01.2008 [Internet] [acceso 20.06.12] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5028687&fecha=17/01/2008.
8. Davini, M. C., Nervi L. et. al. *Capacitación del Personal de los Servicios de Salud*, OPS, OMS, Serie: Observatorio de los recursos Humanos No 3, 2012, 26-27 p.
9. *Innovaciones en Gestión Hospitalaria, el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*, Secretaría de Salud, México 2006, 106-109 p.
10. Salinas, J. L., González, H. E. *Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: Conceptos e indicadores*; Revista Electrónica: Psicología para América Latina, [Internet] [acceso .04.10.12] Disponible en: <http://www.psicolatina.org/08/evaluacion.html>
11. *Diario Oficial de la Federación*, Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000 Publicada en el DOF el 17 de abril de 2000, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. [Internet] [Acceso 04.10.12] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2053911&fecha=17/04/.
12. *Tecnologías en Salud, Volumen 2, Modelos y Guías de Equipamiento Médico*, Primera edición, 2007 [Internet] [Acceso 04.10.12] Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/TecnologiasSaludV2.pdf>
13. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad CCINSHAE, [Internet] [acceso 05.10.12] Disponible en: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/hrae.html>
14. Ramírez, A. N., Cinta, D. M., *Evaluación de la Calidad del Servicio de Nutrición del Hospital "Dr. Luis F. Nachón"*, Tesis para obtener el grado de maestría por la Universidad Veracruzana y el Instituto Nacional de Salud Pública, Noviembre de 2009, pp. 31 [Internet] [acceso 06.10.12]. Disponible en: www.uv.mx/msp/alumnos/.../NANCY_RAMIREZ_ABURTO.pdf
15. Martínez Matamoros Alejandro, *Gestión de Medicamentos*, Atlantic International University, Honolulu, Hawaii Septiembre 2009, pp 12-14 [Internet] [acceso 06.10.12] Disponible en: <http://www.achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/externos/varios/6.%20GESTION%20DE%20MEDICAMENTOS%20organizational%20performance%20in%20healthcare%20healthcare%20administration.pdf>
16. *Desarrollo Organizacional, La organización por procesos en los hospitales*, [Internet] [acceso 06.10.12] Disponible en: <http://gerenciainstitucionesdesalud.blogspot.mx/p/disenio-organizacional.html>
17. Donavedian Avedis, *La Calidad de la Atención Médica, Definición y Métodos de Evaluación*, Ed. Prensa Médica Mexicana S.A. 1984. pp 8-14. ●

El notable caso del doctor José Felipe Flores

*Maestro en DCS Alberto Federico Garzón y Rincón**

En 1998 tuve el privilegio de redactar el prólogo de la segunda edición del libro: José Felipe Flores, científico chiapaneco de la ilustración hispanoamericana, de José Aznar López, editado por el Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas, México, mismo que se autonombra segunda edición, porque fue tomada de la edición original: El Doctor Don José de Flores, una vida al servicio de la ciencia, de José Aznar López y editado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la editorial universitaria, Vol. número 33, Guatemala C.A. 1960 y en 2010, la Universidad Autónoma de Chiapas da a la luz a la tercera edición, con la presentación de Heraclio Zepeda.

Esta historia de las ediciones refleja la pugna intelectual que subyace en cuanto a la propiedad nacional del personaje pues, mientras que en España lo conocen como un sabio español, para los guatemaltecos es de origen guatemalteco y para los chiapanecos es un destacado paisano; empero, al decir de los que saben, cuando el hombre adquiere la universalidad pierde su gentilicio.

Pues bien, este interesante personaje, a pesar de ser de gran importancia para entender la evolución de la medicina y a pesar de las publicaciones que se han hecho acerca de su persona, continúa entre las sombras, desconocido en muchas latitudes. Es por esto que hablaremos de él en este artículo.

Chiapas entra a la historia del mundo occidental en 1523 cuando cuatro hombres, comandados por el capitán Luis Marín son enviados por Hernán Cortés a pacificar la provincia de Chiapa... Estos hombres eran Bernal Díaz del Castillo, Rodrigo de Nao, natural de Ávila, Francisco Martín de Vizcaya y Francisco Jiménez de Extremadura, quienes al frente de 27 soldados de caballería, quince ballesteros y ocho escopeteros, 60

soldados de espada y rodela y 80 mexicanos, con una pieza de artillería y mucha pólvora inician la conquista de Chiapas.

El capitán Marín dejó allí un destacamento al dar por terminada la dominación y marchó hacia Tabasco, acompañado del cronista Bernal Díaz del Castillo; pero la región no quedó sometida y apenas abandonó Chiapas, los indios se rebelaron y mataron a los miembros de la guarnición.

El capitán Diego de Mazariegos fue comisionado por Cortés en 1527 para conducir una expedición con el fin de someter a los chiapanecas. Pasó el poblado zoque de Tochtla (la conejera) hoy Tuxtla Gutiérrez, y siguió hacia el cañón del río Chiapa. Los indios se resistieron y Mazariegos pudo tomar por fin la capital indígena solo después de varios días de cruenta guerra, con lo que los moradores huyeron hacia los montes que rodean el cañón, donde el río se precipita. En su persecución pudo advertir que no menos de 2000 de los 4000 pobladores de Napiniaca (Pueblo Grande, hoy Chiapa de Corzo) se arrojaron al abismo donde el río se encajona, ahora conocido como el Sumidero, antes de someterse al español, y entonces evitó que hicieran lo mismo los que quedaban, pues todos pensaban arrojarse a la barranca. (Díaz del Castillo, B. 1632).

Con la caída de la capital de los chiapas, los demás pueblos se sometieron, ya que faltaba el liderazgo de uno de los pueblos más poderosos de la región, y Mazariegos pensó permanecer allí para buscar sitios donde fundar poblaciones que consolidaran la dominación hispana. El 10. de marzo de 1528, Mazariegos fundó a la orilla del río Chiapa, cerca de donde estuvo Napiniaca, la primera población hispana en Chiapas: Villa Real de Chiapa, hoy Chiapa de Corzo. Siguió hacia las montañas hasta encontrar el valle de Hueyzacatlán (vocablo náhuatl que traducido al castellano quiere decir lugar cerca del zacatonal, mismo que proviene de la traducción del tzotzil; jovel,

*Coordinador de Investigación y Servicios Editoriales



Dr. José Felipe Flores.

cuyo significado es zacate alto), que le pareció bueno para hacer otra fundación y el día 31 del mismo mes fundó otra Villa Real de Chiapa (hoy San Cristóbal de Las Casas) -donde fijó su residencia-, a la que agregó el distintivo: “de los españoles” para diferenciarla de la anterior, que fue Chiapa de los Indios.

Durante la segunda audiencia, el 21 de junio de 1529 se le cambió la denominación por la de Villa Viciosa, adjetivo que se le otorga por ser un área vigorosa y fuerte, especialmente para producir. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española).

Siendo teniente de gobernador de la provincia don Diego Olguín, el 11 de septiembre de 1531, nuevamente se cambió su nombre a Villa de San Cristóbal de los Llanos. Cuatro años después le es otorgado el escudo de armas por el rey Carlos I de España y V de Alemania, mediante cédula real del 1º. de marzo de 1535, a solicitud del síndico procurador Juan Méndez de Sotomayor. El escudo original se perdió y lo que conocemos ahora son versiones modificadas del original, que en sus cambios y transformaciones a partir de 1892, al trasladarse los poderes de San Cristóbal de Las Casas a la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, por costumbre se adoptó como emblema del estado de Chiapas. (Castro A. J. L. 1988)

El 7 de julio de 1536 se le otorgó la categoría de ciudad y se le cambió el nombre por el de Ciudad Real de Chiapa. En 1543 el fraile y sacerdote dominico Fray Bartolomé de Las Casas se convierte en el primer obispo de Chiapa y se traslada a Ciudad Real.

En 1577 se creó la alcaldía mayor de Ciudad Real de Chiapa, designándose como primer alcalde mayor a don Juan de Meza.

San Cristóbal de Las Casas, al parecer desde su fundación fue dividida en barrios que representaban su advocación religiosa, a la vez que diferenciaban a sus habitantes; los de mayor alcurnia eran los representados por los santos más importantes. De esta manera el diseño de la ciudad obedeció al dispuesto por la Iglesia Católica, ya que alrededor de un templo o ermita se disponían las casas de sus habitantes.

Podemos decir que los barrios más antiguos de esta ciudad, fueron: el barrio de Mexicanos, en el que se dispuso que vivieran los nahuas y tlaxcaltecas que acompañaron a los españoles en la conquista de las Chiapas. El barrio de La Merced, fue ocupado por los peninsulares de alcurnia, de la misma manera el barrio de La Asunción, centro religioso de la ciudad, elegido como catedral y que construida en 1528, tiene como

padre párroco a Fray Bartolomé de Las Casas, quien le diera su patronímico a la localidad.

El barrio del Cerrillo, colindante con el de Santo Domingo de Guzmán se caracteriza por la presencia del templo de La Transfiguración del Señor construido en el siglo XVII; este lugar sirvió para establecer los linderos de un sector para la residencia de los mestizos, era el barrio de los ladinos, los que se dedicaron a la forja del hierro e hicieron de ella un arte del que se enorgullece actualmente la ciudad. Este barrio fue concebido para los desheredados, que eran rechazados por los indios y a su vez marginados por los españoles por ser producto de relaciones del amancebamiento de un español y una natural.

En 1751 precisamente en este barrio nace un niño mestizo, al que pusieron por nombre José Felipe Flores y a quien en su trayectoria profesional se le conocería como José de Flores y que en la Historia de Chiapas se identifica como el prohombre de la Revolución Intelectual Ladinista.

Desde pequeño destacó por su habilidad en el dibujo y el modelado con barro, capacidad que fue nodal en su futuro.

Estudió sus primeras letras en su pueblo natal, para después ingresar al Seminario Tridentino en el que cursó Latinidades.

Muy joven emigró a la capital antigua de Santiago de Guatemala e ingresó a la Universidad de San Carlos para estudiar Medicina, donde llega a ser alumno aventajado del Dr. Ávalos y Porres, por lo que en 1773 se gradúa como Bachiller en Medicina; –el último bachiller graduado en esa ciudad, pues precisamente en ese año fue destruida por un terrible terremoto–.

Recién graduado fue requerido para intervenir en la epidemia de tifus exantemático que asoló a la ciudad después de los terremotos. La labor de Flores fue encomiable. Él mismo llegó a contagiarse de la enfermedad, y en esa ocasión fue tratado por su maestro.

En 1774 tomó a su cargo la dirección del hospital de San Juan de Dios, por el fallecimiento del doctor Francisco Azeytuno, médico encargado del nosocomio.

En 1778 Flores concursa, por oposición, para obtener la cátedra de Prima Medicinae, exponiendo el tema: “Ventajas de la inoculación de las viruelas y la necesidad de establecer esta operación en este reino para precaver los estragos de esta funesta enfermedad”.

La cátedra no le fue otorgada porque lo novedoso del tema no cabía dentro de los conocimientos de la época.

En 1779 logra el grado de Licenciado en Medicina, con una tesis aprobada con todos los votos (nemine discrepante). En 1780, el día 4 de abril, consigue el grado de Doctor, con honores.

En ese mismo año asoló a Guatemala una epidemia de viruela, que solo en los partidos de los Amatitanes y Zacatepeques causó diez mil muertes entre niños y jóvenes indios, hasta el punto de crear un verdadero conflicto para el cobro de los tributos.

Flores pidió permiso al capitán general Matías de Gálvez para aplicar la técnica de inoculación, que había dado buenos resultados en otros países y tras de una discusión encarnizada con sus oponentes, logra el permiso, aplica la técnica y hace que descienda la mortalidad a uno por cada doscientos habitantes.

En 1796 libra de la epidemia de viruela a las provincias de Yucatán y Tabasco. Su informe fue nodal para que en el siglo XIX el Dr. Balmis hiciera su viaje a las provincias de América latina, llevando la vacuna de Jenner.

En 1783 el doctor Flores consigue la cátedra de *Prima Medicinae*, en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, introduciendo en la enseñanza de la medicina estudios preliminares de geometría, física experimental, química y geografía y la modificación de la enseñanza de la anatomía.

En la física experimental se adelanta a su tiempo, a Galvani y Belli, formulando una teoría de la electricidad animal para explicar el movimiento muscular, muy semejante a la expuesta por estos autores años después.

En atención a lo dispuesto por las universidades de México y Lima, por el oidor Saraza y Arce, que especificaban que durante los cuatro cursos de la carrera, obligatoriamente el estudiante debía someterse a un examen público, puso en Guatemala tal práctica concediéndole tanta importancia que pronto los exámenes se vieron abarrotados por literatos e intelectuales.

En las funciones se tocaban los temas de anatomía y fisiología usando esqueletos y modelos anatómicos de cera confeccionados por él mismo. Los médicos formados estaban tan perfectamente instruidos que merecieron el aplauso del público y la confianza y admiración del gobierno y del pueblo.

La excepcional importancia de la obra de Flores es la parte concerniente a la anatomía. Usó evidentemente láminas, gráficos y esculturas de cera.

Esto no era nuevo ni lo desconocía el sabio. No ignoraba que en el siglo XVI, se habían inventado las estatuas anatómicas, construidas por Jacques de Angoûlema en 1570, ni tampoco desconocía los esfuerzos de todos sus seguidores, Zumbo en 1701, Guillermo de Deones en 1711 y el español Sánchez de Herrera al principio del siglo XVII; pero todos esos trabajos adolecían del mismo defecto; eran de una sola pieza o de varias pero separadas e inconexas. Es decir, simples piezas anatómicas.

El mérito de Flores estriba en que en su lucha, ante la escasez de cadáveres, diseña sus estatuas, estas eran articuladas, armables y desarmables, según los cortes clásicos de la disección.

La historia no le hizo justicia, ya que concedió la paternidad de ese invento al abate Félix Fontana, muerto en Florencia en 1805. Esto sucedió porque Fontana trabajó pensionado por un mecenas, nada menos que el duque de Toscana y sus obras se conservaron y se exhibieron en museos; en cambio las estatuas de flores sirvieron para formar médicos, sin merecer el cuidado especial de toda obra de arte.

Finalmente las estatuas se perdieron hacia 1821, año de gran intranquilidad política en ese país. Solamente se conservó la de angiología, hasta 1921 en que fue destruida por un incendio.

Sin embargo, las evidencias existen y basta con la descripción de una de las estatuas de cera de Flores para ver la diferencia:

“Este es un hombre desnudo, su cutis, la frescura de su color, el vello, las venas, sus justas proporciones y aptitud natural lo representan con tanta propiedad y viveza, que a la primera vista engaña. Para demostrar el cerebro se hace una incisión en cruz al cutis del cabello, se arremangan para abajo los cuatro ángulos, se ve la calva con porciones de los músculos.

La bóveda del cráneo tiene dispuesto un corte circular, el que levantado presenta la duramadre con todos sus vasos.

Separada esta membrana se ve la pía, de la que apartando una porción se demuestra perfectamente. Se ve el cerebro, sus senos, ramificaciones y pequeños vasos. Apartados los lobos se ve la hoz, y quitada ésta sigue el cuerpo caloso que se desarma sucesivamente

en todas sus piezas correspondientes". (Viejobueno, J., 1790)¹

El 21 de junio de 1793, el doctor Flores es nombrado primer Protomédico de Guatemala.

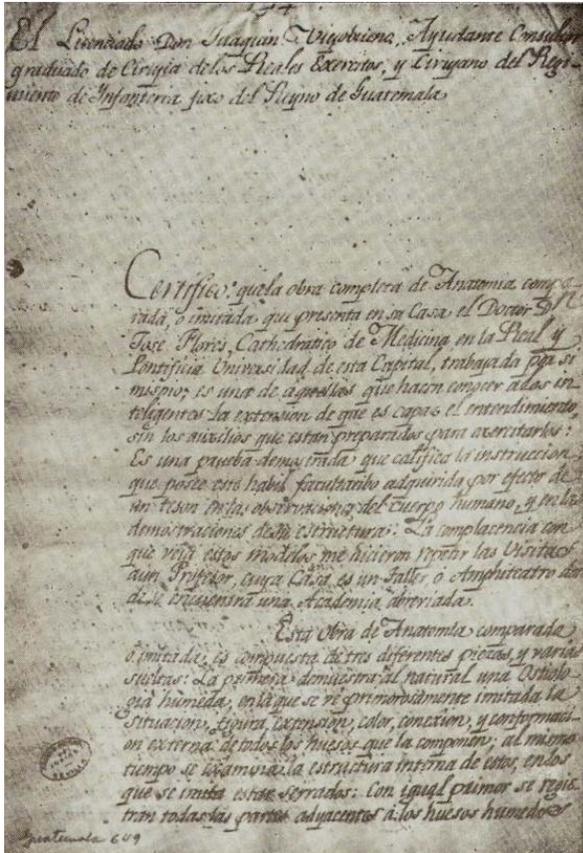


Imagen tomada del libro José Felipe Flores, científico de la Ilustración Hispanoamericana, segunda edición, página 60.

El 16 de abril de 1794, Flores recibe en premio a su fecunda tarea como médico y catedrático, por orden directa del rey de España, el nombramiento de Médico de Cámara de Su Majestad, a condición de ceder a la universidad todos sus instrumentos, libros, máquinas y piezas anatómicas; para lo que sirvió como testigo el gran marino español don José Domás y Valle, capitán general del reino de Guatemala.

Después de recibir el premio se dio cuenta que era preciso ponerse en contacto con los hombres más sabios de Europa para continuar su formación y desarrollar sus dotes intelectuales, por lo que pide permiso al gobierno para un viaje de estudios, mismo

¹Joaquín Viejobueno, ayudante consultor graduado de cirugía de los reales ejércitos y cirujano del regimiento de infantería fijo, del reino de Guatemala -1790.

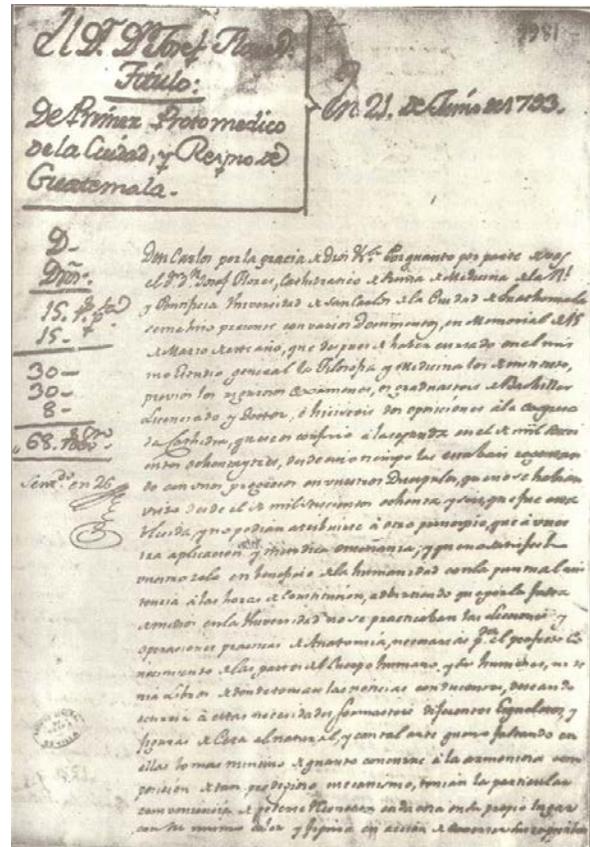


Imagen tomada del libro José Felipe Flores, científico de la Ilustración Hispanoamericana, segunda edición, página 75. Título de primer protomédico del Reino de Guatemala, extendido a favor de José Felipe Flores.

que le es concedido por el rey el día 10 de junio de 1796.

El permiso era por cuatro años, con el fin de estudiar en los gabinetes, laboratorios y jardines y oír a los sabios profesores de Medicina. Inicia su viaje el 23 de noviembre de 1796 saliendo de Puerto Trujillo a la Habana.

Algunas de sus epístolas hablan de su satisfacción, al comprobar que sus teorías expuestas en la cátedra de Guatemala, se correspondían con la realidad científica de la época.

Así pasó de los Estados Unidos a Europa, recorriendo los jardines laboratorios y gabinetes científicos de Hamburgo, de Holanda, de Flandes y de Francia, concretamente de París, donde vivió todavía algunas de las revueltas de la Revolución Francesa, y pasó después a Madrid donde estuvo tres meses.

En su visita a Italia, Suiza y de nuevo París, decidió quedarse para trabajar su proyecto de óptica; el que

Señor

Habiéndose

El Rector y Claustro de la Universidad de Guatemala, da Cuenta a V. M. expresando su agrado, de que en cumplimiento de la R. Orden de 16. de Abril de 1700. en que se le concedió el sueldo de 1200. p. al D. D. José Flores, con celeridad de poder sus Instrumentos Esqueléticos, y Libros, a esta Universidad, los ha entregado, informando que el expresado D. confirió, con aplicación de sus Mús. Tareas.

comunicado a esta Universidad por el Presidente Gobernador, y Capitan General de este Reyno con el correspondiente Oficio la R. Orden de V. M. de 16. de Abril del presente año expedida por el Ministerio de Gracia, y Justicia, en que V. M. informado del particular zelo, con que el D. D. José Flores, primer Proto-Médico de esta Capital, ha dirigido en obsequio de la humanidad sus Mús. Tareas; no solo en las lecciones, y Operaciones practicas Anatomicas, formación de Esqueletos, sino tambien en el exquisito Acopio de Maquinas, Instrumentos, y Libros, se ha dignado V. M. distinguir con los honores de Médico de la Real Ca-

Ca-

Guatemala 647

Imagen tomada del libro José Felipe Flores, científico de la Ilustración Hispanoamericana, segunda edición, página 102. Acta de entrega, por parte de Flores a la Universidad, de todos sus instrumentos y figuras anatómicas.

concluyó al llegar de nuevo a la península por el año de 1808.

Flores termina su experimento en catóptrica, con el que logra eliminar la aberración cromática de las lentes de los telescopios de Herschell y cede su logro al rey de España; pero es cuestionado por el capitán de navío, don Julián Canelas, quien emite un dictamen contrario, aunque estructurado en forma cortés y sin negar la validez de los principios científicos que Flores utilizó.

No obstante no cabe duda que el sabio se adelantó en la corrección de la aberración cromática en la física de los cristales en la actualidad.

Flores inicia su nuevo proyecto en 1804: en todos sus escritos habla de un nuevo barco cuyo motor fuese el elemento mismo sobre el que navegase, sin necesidad de velamen arboladuras y jarcias.

El motor al que se refería no podía ser otro que la máquina de vapor de Watt, ya que el mismo, habla de su viaje a Inglaterra para conocer este ingenio. Allí construyó su barco a escala.

A su regreso a España reconstruyó el modelo con las piezas que pudo salvar, pues en su viaje de regreso, el barco en que viajaba naufragó.

Flores presenta su invento a la Junta de Marina el día 7 de agosto de 1814. Aquí se pierden todas las evidencias sobre el invento de Flores... ¿Secreto de Estado? ¿Indiferencia sobre la posible utilidad de la propuesta? ¿Resistencia de los marinos a abandonar la fuerza de los vientos por la hipotética fuerza motriz del vapor?

De esto solamente nos podemos mover en el terreno de las hipótesis. Seguramente el buque de Flores fue el primero que construyó España, un buque impulsado por una rueda de paletas lateral, puesto a la navegación en Sevilla y de cuyo constructor no se sabe nada.

Lo cierto es que en 1817 era botado en los astilleros de la compañía del Guadalquivir cerca del basamento del puente de San Telmo, en la orilla de Triana, el buque de vapor Rey Fernando. ¿Será una Coincidencia que fuese Sevilla, donde Flores desarrolló su invento el lugar elegido para su construcción? ¿No es una coincidencia que después del Vapor Clermont, de Fulton en 1807, España haya sido el tercer país Europeo en beneficiarse con un barco de vapor?

La verdad es que después de esta propuesta, a Flores se le prohibió regresar a Guatemala, a pesar de que él insistió vehementemente para cumplir con un deber moral.

La razón real era que hombres como Flores, capaces de diseñar tales máquinas, podrían levantar a los reinos americanos en una lucha para independizarse de España.

Flores es pensionado por el gobierno español prohibiéndosele estudiar o proponer nuevos inventos y tiempo después, con las independencias de México, Guatemala y Chiapas, y específicamente el día 15 de septiembre de 1821 en que oficialmente se separa el Reino de Guatemala de la Corona de Castilla, le es suspendida la paga y cae en la indigencia.

Los últimos reportes que se encuentran sobre José Felipe Flores es que, en los últimos años de su vida, se le veía “todo chocho, flaco, sucio y astroso pidiendo limosna en los pasillos de Palacio”; eso sí, con un título expedido por la Corona Española como “Emigrado Leal” el día 15 de marzo de 1824, que a la vez le concedía la paga de mil reales anuales para su supervivencia.

Tres meses y cinco días después fallece Flores sin gozar en su totalidad los beneficios de su pensión.

Desgraciado fin para el anciano sabio, generoso y humano. Desgraciado fin, perfectamente ligado a la no menos desgraciada etapa de historia de la España de esos tiempos.

Referencias

- Autores varios. (1990). Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano, editada por Michel Feher con Ramona Naddaff y Nadia Tazi. Madrid, España.
- Aznar, J. (1998). José Felipe Flores Científico Chiapaneco de la Ilustración Hispanoamericana. Texto rescatado por Ricardo Cuellar Valencia y reeditado por el Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.
- Brian, I. (1968). Historia de la Medicina. Ediciones Grijalbo. México.
- Díaz del Castillo, B. (1632). Historia Verdadera de la Conquista de la Nueva España. Madrid.
- Lyons/Petrucci. (1994). Historia de la Medicina. Mosby Doyma Libros. Barcelona, España.
- Castro, J. L. (1988). Cuadernos Municipales. Número 1, primera edición. Chiapas, México. ●



Aplicación de abate.
Programa Estatal contra el Dengue.
Foto: Instituto de Salud.



Estudio de concordancia. Revisión oftalmológica en niños de 1 a 9 años en el municipio de Tenejapa, Chiapas. Foto: Instituto de Salud.

Tracoma

Antecedentes históricos

*Dra. Fabiola Hernández Pérez**

Con la presente entrega comenzamos el estudio de una de las enfermedades del rezago; en este primer artículo se exponen los antecedentes históricos del padecimiento, tanto su evolución desde la antigüedad, como el panorama mundial para concluir con la revisión en el estado de Chiapas. En una segunda entrega se examinarán los aspectos clínico epidemiológicos, con los cambios que se han realizado a lo largo de los años y por último, en la tercera, se abordarán las medidas emprendidas para su control y las alternativas de control de ceguera, en el entendido de que mientras no se corrijan los factores causales de la misma, seguiremos encontrando casos que en etapas tempranas no llegarán a producir la ceguera, objetivo que se persigue para la certificación de la eliminación.

Las evidencias de esta enfermedad se remontan al año 8000 a. C. Fue descrita en documentos pertenecientes a China 2700 años a. C.; en Asia del Sur, en la India, entre 1000 y 500 años a. C.; Mesopotamia, en Sumeria, 2000 años a. C; a lo largo del río Nilo en el antiguo Egipto en el papiro Ebers (1550 años a. C.), en la Grecia antigua

(460-380 a. C.) por Hipócrates y entre los indígenas australianos. El primer griego en utilizar la palabra tracoma fue Dioscórides (129-200 d. C.) quien describió la presencia de párpados rugosos en pacientes con la enfermedad. También hay evidencia de su existencia en varios países de Europa (Italia, Francia, Alemania, Holanda, España, Portugal, Inglaterra) durante los años 1200-1276 d. C. (Schlosser, 2008).

Es hasta el siglo XIX que el tracoma adquiere importancia como enfermedad, recordemos que la mayoría de la población rural en Europa vivía en condiciones de hacinamiento e insalubridad, y las tropas militares se veían afectadas por esta patología, y la diseminaban rápidamente entre la población civil (Schlosser, 2008; Taylor, 2009). En respuesta a este padecimiento se funda en Londres en 1805 el dispensario para tratar enfermedades oculares y ópticas, que finalmente se establece como hospital de especialidades oftálmicas. Los nuevos hospitales para tratar enfermedades oculares se establecían en diversas regiones de Europa, América y Australia. En 1857 se efectúa en Bruselas el primer Congreso Internacional de Oftalmología, donde se discutió el problema del tracoma. El declive del tracoma empezó durante el siglo XX como resultado

*Coordinadora del Programa de Prevención y Control del Tracoma. Instituto de Salud. Estado de Chiapas.

de la mejora de las condiciones de vida y el empleo de medicamentos como las sulfas.

Finalmente, el tracoma desapareció en Europa y América del Norte en 1950, con excepción de la región sureste de los Estados Unidos de América (EUA), donde continuó como un problema latente entre la población indígena. Su desaparición entre los indígenas del sureste de EUA se logró cuando las condiciones socio ambientales mejoraron. Los últimos casos de tracoma se reportaron entre la población Navajo en los años ochenta (Jones, 1980; Friederich, 1982). En la región de las Américas se han reportado focos localizados de tracoma en el estado de Chiapas (México), Guatemala, Brasil y recientemente en Colombia (OPS, 2011).

A nivel mundial, en el año 2009 se estimó que la enfermedad activa afectaba aproximadamente a 40 millones de personas y 8.2 millones presentaban triquiasis tracomatosa (π), en riesgo de quedar ciegos (Mariotti, 2009). Algunas de las regiones que presentan la enfermedad no han sido evaluadas aún o están en el proceso, por consiguiente los datos de la prevalencia mundial del tracoma deben tomarse con cautela (Hu et al., 2010, Miller et al., 2010). En el congreso Mesoamericano de las Enfermedades del Rezago (2009), se incluyó al tracoma dentro del sexto objetivo de desarrollo del milenio (ODM) el cual hace referencia a “Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades”.

En 2010, el Programa Estatal de Prevención y Control del Tracoma (PEPCT) del Instituto de Salud, del estado de Chiapas, participó en la primera “Reunión Regional de Gerentes para la Eliminación del Tracoma en las Américas”, realizada en Bogotá, DC, Colombia, a partir de la cual se inició la elaboración de los lineamientos para la certificación de la eliminación de la ceguera por tracoma para el año 2012. Durante la segunda reunión de gerentes realizada en la ciudad de Guatemala, los países acordaron adoptar como base para la elaboración de los expedientes (dossier), la “Guía de Gerentes de Tracoma”, para solicitar a la OMS la certificación de la eliminación del tracoma como causa de ceguera, (Solomon et al., 2006). México participó en la Décimo Sexta Reunión Anual de la Alianza Mundial para la Eliminación del Tracoma, de la OMS, en la sede de la OPS en Washington DC, donde se destacó su esfuerzo en materia de prevención y control del tracoma.

Historia del tracoma en México

Antes de la llegada de los europeos al continente americano, los mayas describieron la existencia de granulaciones conjuntivales entre su población. La enfermedad en México era muy poco conocida hasta finales del siglo XIX. En 1896 se llevó a cabo el

Segundo Congreso Médico Panamericano celebrado en México, donde se plasmó la división de opiniones de los expertos acerca de esta enfermedad. Por otra parte, el Hospital de Oftalmología había registrado 44,200 casos de tracoma entre indígenas del valle de Toluca y Texcoco. Además el Dr. Chávez describió que lo que favorecía la transmisión de la enfermedad eran las condiciones de hacinamiento, falta de higiene y saneamiento básico que predominaban en aquella época, y la presencia de migrantes con tracoma procedentes de países endémicos: Sudáfrica, Palestina, Siria (Chávez, 1906).

En 1920, el Dr. Solórzano Morfín describió la presencia de tracoma entre militares y civiles de Veracruz. El Dr. Vélez y otros médicos oculistas de la época documentaron la presencia de esta enfermedad en población migrante, indígenas y población civil que llegó a México durante los años 1918-1922.

Con este antecedente y con el objetivo de saber la distribución del tracoma en México, el Dr. Vélez hizo llegar una solicitud y cuestionario a los médicos oculistas y delegados sanitarios de la República Mexicana para que reportaran los casos de tracoma. Con los resultados de la encuesta, logró documentar la presencia de tracoma en las siguientes áreas: Celaya, Irapuato, León, Salamanca y Silao (estado de Guanajuato); Guadalajara (estado de Jalisco), Monterrey (estado de Nuevo León); Saltillo (estado de Coahuila); Ometusco (estado de México); y también en localidades de los estados de Chihuahua, Nayarit, Sinaloa; además de casos reportados en Chilpa (estado de Puebla); La Piedad (estado de Michoacán); Peñón (estado de Veracruz) y Sonora. Estos últimos agregados al listado que se tenía en 1922. En la ciudad de Tapachula en el estado de Chiapas, no se reportaron casos entre la población nativa sino únicamente en inmigrantes; durante ese periodo la mayoría de los médicos reportaron pocos casos y pensaban que el tracoma era importado y poco contagioso (Vélez y Chavira, 1923).

Después de que se demostró la existencia del tracoma en México y dado el incremento de los casos que coincidió con la presencia de inmigrantes asiáticos en nuestro país y con base a las experiencias de otros países, en 1927 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) y en el Código Sanitario, la prohibición expresa de ingreso al país a pacientes con tracoma por ser una enfermedad infecto contagiosa. Específicamente, el artículo 262 consideraba al tracoma como una enfermedad de declaración obligatoria, la que tendría medidas estrictas para los delegados sanitarios de puertos y fronteras a fin de evitar la inmigración de personas portadoras de tracoma.

La aparición de casos de conjuntivitis en personas procedentes de la península de Yucatán y las costas del Pacífico coincidió con la intensificación de inmigrantes asiáticos que llegaban a los puertos de Manzanillo en el estado de Colima, Salina Cruz en el estado de Oaxaca y se establecían principalmente en los estados del sureste, con la consecuente expansión de las afecciones oculares y el beriberi. Durante su recorrido por la República Mexicana, el Dr. Valenzuela registró que aproximadamente el 40% de los inmigrantes procedentes de diversas partes del mundo (los más de ellos asiáticos) presentaban tracoma y los pocos casos que existían entre los nativos se manifestaban en su mayoría en mujeres y niños (Valenzuela, 1931). En el estado de Sonora en 1940 se reportaron afecciones por tracoma en varias localidades de la zona norte y de la región oriental. Para 1942 se observó una reducción en los casos, atribuible a la implantación de las medidas de control y tratamientos, mediante soluciones antisépticas, raspado quirúrgico y la utilización de antibióticos del tipo de sulfonamidas (Ontiveros, 1943).

El tracoma fue estudiado por diversos grupos de investigadores y científicos nacionales e internacionales que pusieron en evidencia la enfermedad desde 1906 (Chávez, 1906). Sin embargo, durante el periodo de 1944 a 1961 no existen reportes de esta patología. Es en 1962 que se retoman los estudios de esta enfermedad en el campo de la investigación en el estado de Chiapas.

En 1965 se fundó el Instituto Mexicano de Oftalmología Tropical, donde se atendían varios padecimientos oculares, con mayor énfasis casos de tracoma (Torroella y Portillo, 1965).

En las décadas de los ochenta y noventa se efectuaron actividades de prevención y control en la región chiapaneca conocida con tracoma; sin embargo, la frecuencia e intensidad de las mismas se vio afectada por dificultades económicas, geográficas y políticas.

Para 1990 la Dra. Melgar, Directora de Salud, Recreación y Deporte del Estado de Chiapas, realizó una reunión interinstitucional en Oxchuc, municipio de los Altos de Chiapas para dar a conocer el proyecto de introducción del agua en algunas localidades afectadas por tracoma. Al mismo tiempo se impartieron pláticas a la población referentes a la prevención de la enfermedad.

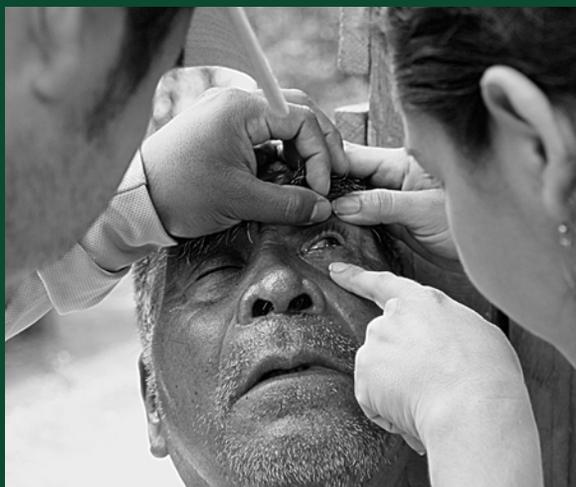
En 1994 el Club Rotario del Oriente, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y el Club Rotario Los Gatos de California, EUA, comenzaron la construcción de una clínica para el tratamiento del tracoma en los Altos de

Chiapas, misma que no fue posible poner en marcha (García-Villegas et al., 2009).

Ochoa y colaboradores, en 1996, inician estudios epidemiológicos, antropológicos y de servicios de salud entre la población de la región endémica. Como resultado de estas investigaciones se desarrollaron materiales de divulgación que versaban sobre diagnósticos comunitarios y municipales de tracoma dirigidos a las autoridades locales.

En el año 2000, Médicos sin Fronteras-Holanda (MSF-H) propusieron formalizar y sistematizar reuniones interinstitucionales para la lucha contra el tracoma en Chiapas.

Con el objetivo de reducir la incidencia de tracoma en los Altos de Chiapas, en el año 2001 se realizó el proyecto de introducción de agua que estuvo a cargo del Instituto Mexicano de Tecnología del Agua (IMTA) y la Comisión Nacional del Agua (CNA), (IMTA-CNA, 1991; García-Villegas et al., 2009).



Revisión oftalmológica a paciente con triquiasis tracomatosa. El Corralito, Oxchuc, Chiapas. Foto: Paola Figueroa.

Para el año 2004, el Instituto de Salud crea una coordinación del programa de tracoma en el ámbito estatal, en Tuxtla Gutiérrez y se asigna la operación del programa a la Jurisdicción Sanitaria II, con sede en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. La principal estrategia de dicho programa fue la creación de brigadas exclusivas, formadas por médicos y técnicos en salud, capacitados en la exploración ocular, tratamiento y referencia de casos, los cuales realizaban barridos casa por casa para la revisión y detección de casos en la población de las comunidades de los municipios del área conocida con tracoma.

En el mismo periodo se definió el universo de trabajo que incluyó 246 comunidades de los cinco municipios conocidos con tracoma a través de la integración de la estrategia de organización operativa llamada Microrregionalización.

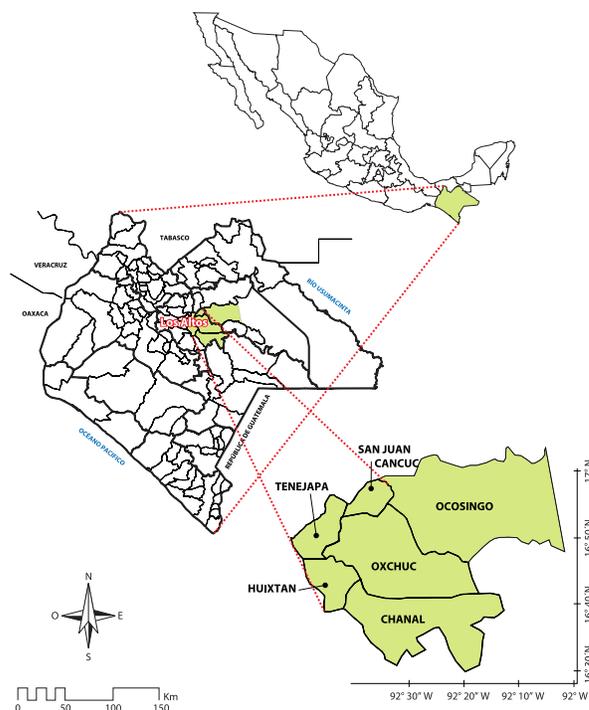
También en 2004, el Instituto de Salud y la Red Social de Combate al Tracoma dieron a conocer en San Juan Cancuc, Chiapas, el proyecto regional Mejoramiento de las condiciones ambientales de poblaciones indígenas. En ese entonces, el grupo de trabajo de la red social realizaba reuniones bimensuales y en ocasiones mensuales en las que se informaba de las diferentes acciones que llevaban a cabo las instituciones participantes en la red y los resultados de las mismas.

La delimitación del área conocida con tracoma en el estado de Chiapas se inició en 1962 por el reconocido oftalmólogo Dr. Javier Torroella quien observó que, aproximadamente 65% de personas padecían la enfermedad en los municipios indígenas tseltales de Oxchuc, Chanal, Huixtán, Tenejapa, Tenango (municipio de Ocosingo) y Guaquitepec (municipio de Chilón), que sumaban alrededor de 60 mil habitantes. En esa época el municipio más afectado era Oxchuc, donde estimó que el 10% de la población presentaba ceguera. Fue para 1965 que logró identificar el agente causal de la ceguera (Torroella y Portillo, 1965; González-Almaráz, 1993).

Así mismo, en la década de los ochenta Taylor y colaboradores realizaron estudios en una comunidad del municipio de Oxchuc donde encontraron que un tercio de los niños de entre 2 y 5 años de edad y 20% de los menores de 14 presentaban tracoma activo, 35% de las personas tenían tracoma cicatrizal que incrementaba con la edad; es decir, que las personas mayores de 40 años presentaban tracoma cicatrizal en su totalidad. El 8% de las personas con TT requerían depilación o cirugía y 4% estaban ciegos, la mayoría por tracoma (Taylor et al., 1983).

Los resultados de los estudios antes comentados, aunados a los de Taylor en 1985 y Wilson en 1987, confirmaron que Chanal, Huixtán, Oxchuc, Tenejapa y San Juan Cancuc presentaban casos de tracoma en todas sus fases. Esto permitió que en la década de los ochenta se delimitara la zona con padecimientos de tracoma a la región de los Altos de Chiapas y a sus municipios indígenas, como la única zona de tracoma en Chiapas y en México. (Taylor, 1985; Wilson, 1987).

Con la finalidad de garantizar la ausencia de tracoma en los demás municipios del estado, en el 2006 se estableció la notificación negativa; esta se mantiene activa a través de los epidemiólogos de las



Fuente: Instituto de Salud del estado de Chiapas. 2014.

jurisdicciones sanitarias mediante la Red de Vigilancia Epidemiológica, mientras que los casos positivos son notificados para su tratamiento y vigilancia.

Referencias bibliográficas

- Abdou, A., Munoz, B.E., Nassirou, B., Kadri, B., Moussa, F., Baarè, I., Riverson, J., Opong, E., Sheila, West., (2010). How much is not enough? A Community Randomized trial of a Water and Health Education program for Trachoma and Ocular C. trachomatis infection in Niger. *Trop Med Int Health* 15(1):98-104
- Burton, M. J., Holland, M. J., Faal, N. et al. (2003). Which members of a community need antibiotics to control trachoma? Conjunctival chlamydia trachomatis infection load in Gambian villages. *Invest Ophthalmol. Vis. Sci.*; 44:4215-4222.
- Chávez, L. (1906). Trachoma en Mexico, *Public Health Pap Rep*; 32:230-7.
- D'Amaral, R. K., Cardoso, M. R., Medina, N. H., et al. (2005). Factores asociados ao tracoma em área hipoendémica da região sudeste, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 21(6): 1701-1708.
- Friederich, R. (1982). Eye disease in the Navajo Indians. *Ann Ophthalmol*; 14: 38-40.
- García-Villegas, H., Pérezares-Ruiz, J., Castrillón-Rivera, L., Aceves-Pastrana, P., Lobato-Díaz E. (2009). *El tracoma*. Asociación Mexicana de Salud y Economía.
- González-Almaraz, G. (1993). *Infecciones por C. trachomatis*. México, D.F. Impresiones Arena Solano. p. 29-58.
- Hu, V. H., Harding-Esch, E. M., Burton, M. J., Bailey, R. L., Kadimpeul, J. and Mabey, D.C. (2010). Epidemiology and control of trachoma: systematic review. *Tropical Medicine and International Health*; 15 (6):673-691. ►

- Huerta, L. (2007). *Gaceta UNAM*. Respaldada UNAM campaña contra el tracoma No. 3954
- Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH). (2005). *Informe del Programa Estatal de Prevención y Control del Tracoma*.
- Jones, B. R. (1980). Changing concepts of trachoma and its control. *Trans Ophthalmol Soc UK*; 100: 25-29.
- Kalua, K., Chirwa, T., Kalilani, L., Abbenyi S., Mukaka M., Bailey R. (2010). Prevalence and risk factors for trachoma in central and southern Malawi. *PLoS One*; 5(2):e9067 1-7.
- Mabey, D. and Solomon, A. W. (2003). Application of molecular tools in the control of blinding trachoma. *Am. J. Trop. Med. Hyg*; 69(5):11-17
- Mariotti, S. P., Pascolini, D., Rose-Nussbaumer, J. (2009). Trachoma: global magnitude of a preventable cause of blindness. *Br. J. Ophthalmol*. 93: 563-568.
- Miller, H., Germán-Gallego, G., Rodríguez, G. (2010). Evidencia clínica de tracoma en indígenas colombianos del departamento de Vaupés. *Biomédica*; 30(3): 432-39.
- Ontiveros-Caso, P. (1943) El tracoma en México. Tesis de licenciatura; Facultad de Medicina UNAM; México, DF.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2011. *Eliminación del Tracoma en las Américas*. Primera Reunión Regional de los Gerentes de Programas. Bogotá D.C., 23-25 de mayo de 2011.
- Report of the Eighth Meeting of the WHO Alliance for the Global Elimination of Blinding Trachoma, 2004
- Resnikoff, S., Pascolini, D., Mariotti, S. P., Pokharel, G. P. (2008). Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. *Bull World Health Organ*; 86: 63-70.
- Schemann, J. F., Sacko, D., Malvy, D., et al. (2002). Risk factors for trachoma in Mali. *International Journal of Epidemiology*; 31: 194-201.
- Schlosser, K. (2008). *Trachoma through history* (special edition). International Trachoma Initiative (ITI).
- Solomon, A., Peeling, R., Foster A. and Mabey, D. (2004). Diagnosis and assesment of trachoma. *Clinical Microbiology Reviews*; 17(4): 982-1011.
- Solomon, A.W., Holland, M.J., Burton, M.J. et al. (2003). Strategies for control of trachoma: observational study with quantitative PCR. *Lancet*, 362, 198-204.
- Solomon, A.W., Zondervan, M., Kuper, H., et al. (2006). *Trachoma control: A guide for programme managers*. World Health Organization, the London School of Hygiene & Tropical Medicine, and the International Trachoma Initiative.
- Taylor, H. R. (2009). Doyne Lecture: trachoma, is it history?. *Eye*; 23:2007-2022.
- Taylor, H. R., Velasco, F. M., Munoz, E. C., Ruvalcaba, A. M., Greene, B. M. 1983. Trachoma en Chiapas, Mexico. *Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Subtrop. Sante Publique*; 60:17-27.
- Torroella, J.J., Portillo, C. (1965). Hallazgo en una zona en el estado de Chiapas con enfermos tracomatosos. *An. Soc. Mex. Oftalmol*. 1965(3):161-8.
- Valenzuela, F. Las causas de la invasión del tracoma en México. *An. Soc. Mex. Oftalmol.*;15(16):450-66.
- Velez, D., Chavira R. 923. Distribución geográfica del tracoma en México. *An. Soc. Mex. Oftalmol.*; (5):109-13.
- West, S. K., Muñoz B., Lynch, M., et al. (1996). Risk factors for constant, severe trachoma among preschool children in Kongwa, Tanzania. *American Journal of Epidemiology*; 143(1): 73-8.
- Wilson, M., Keyvan-Larijani, E., Millan-Velasco, F., Tielsch, J.M., Taylor, H.R. (1987). The epidemiology of trachoma in Chiapas (México). *Rev. Int. Trach. Pathol. Ocul. Trop. Subtrop. Sante Publique*; 64:159-74.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Makink Progress Toward the Global Elimination of Blinding Trachoma*. 10th Meeting of GET2020 Report. Geneva, Switzerland. ●

Campaña "Con agua, jabón e higiene el tracoma previenes" en la localidad de Tzajalchén, municipio de Tenejapa, Chiapas. Foto: Instituto de Salud.





Ultrasonido. Clínica de la Mujer.
Comitán de Domínguez, Chiapas.
Foto: Instituto de Salud.



Escarabajo transmisor de la enfermedad de Chagas (*Triatoma infestans*). Foto: Instituto de Salud.

Inteligencia epidemiológica en Chiapas Decisiones que descansan en evidencia

Dra. María Griselda Salazar Aguirre*
Luis Miguel Godoy Ríos**

Resumen

La prevención de enfermedades transmisibles siempre ha sido un tema de preocupación en los diferentes países del mundo y en cada una de las épocas de la sociedad humana. Pero el concepto de vigilancia y de inteligencia epidemiológica, desde una perspectiva sistemática moderna, es relativamente nuevo en la historia de la ciencia de la salud en el mundo. Sin embargo ha mostrado un rápido desarrollo y transformación a partir de las nuevas tecnologías de comunicación y de información. Actualmente la vigilancia o inteligencia epidemiológica no se podría entender sin el uso exhaustivo de la información, por lo cual se ha convertido en una actividad multidisciplinaria, en donde trabajan simultáneamente profesionales especializados en salud pública y especialistas en gestión de la información. Ese concepto se ha trasladado para conformar la nueva

Unidad de Inteligencia Epidemiológica del Instituto de Salud, del estado de Chiapas, con el propósito de mejorar el manejo de la información y servir para la toma de decisiones en bien de la salud de la población del estado.

De la vigilancia a la inteligencia epidemiológica

A lo largo de la historia, la vigilancia epidemiológica ha sido una práctica regular en los sistemas de salud en todos los países; sin embargo, tradicionalmente se enfocaba en la detección y atención de ciertas enfermedades transmisibles, como la viruela, con el fin de aislar a la persona enferma. En 1963 Alexander Langmuir amplió el uso del término “vigilancia” a la recolección, análisis y difusión de los datos para prevenir epidemias¹.

Fue hasta el año de 1971 cuando el mismo Langmuir³, favoreció una concepción de la vigilancia, como “inteligencia epidemiológica”. Paquet³ la definen como: “Todas las actividades relacionadas con la

*Analista de Negocios de Tecnologías.

**Analista del Centro de Información Epidemiológica. Instituto de Salud. Chiapas. México.

identificación temprana de amenazas potenciales a la salud, su verificación, evaluación e investigación para recomendar medidas de prevención y control". Esta conceptualización se encuentra vigente en la actualidad. La Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 de vigilancia epidemiológica⁶ y la Secretaría de Salud del gobierno federal⁵ es un reflejo de su aplicación.

La Norma Oficial Mexicana establece los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional y su ejecución involucra a los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud. Su ejecución puntual favorece la sistematización de información sobre las condiciones de salud de la población para la toma de decisiones sustentadas en evidencia.

En México, a partir de la epidemia de cólera de 1991⁴, se dirigió la mirada hacia la ocurrencia de fenómenos perturbadores tanto de carácter natural como antrópico, en virtud de la evidente debilidad en los sistemas de registros disponibles. En este mismo año surgen las primeras versiones de sistemas integrados de registro con enfoque epidemiológico de morbilidad, como el Epi-1-84 realizado en papel y en 1992 la primera versión del Provac.

Para la Organización Panamericana de la Salud² el término "sala de situación" hace referencia a un espacio físico, un ambiente de trabajo, un espacio de interacción y discusión de equipo, dinámico, flexible. Un lugar con acceso a la información, a los medios de comunicación. Un espacio donde se realice el proceso de análisis de situación de salud, donde se presenten los informes técnicos, los gráficos, mapas o fotografías, y donde se realice el monitoreo de los eventos considerados prioritarios o durante la ocurrencia de contingencias o acontecimientos epidemiológicos que representen una amenaza a la población.

Su función esencial es la identificación de daños y riesgos de la población en espacios y tiempos determinados, donde son propicias las condiciones que determinan un menor o mayor grado de ocurrencia que favorezca o no las condiciones de vida de las personas. Este análisis inicia su proceso como análisis descriptivo y comparativo de los datos, desde las perspectivas demográfica, geográfica, epidemiológica, económica, política y pluricultural.

La inteligencia epidemiológica en Chiapas

El 15 de enero de 2007, en el estado de Chiapas se integró de manera informal el Centro de Información Epidemiológica (CIE) que es el espacio físico y virtual donde la información en salud procedente de una o varias fuentes, es analizada e interpretada de manera sistemática y continua por un equipo multidisciplinario. Ésta área se fortaleció con infraestructura y capital humano en el año 2009, derivado de la necesidad urgente de integración de datos para la toma oportuna de decisiones ante la epidemia de influenza Ah1n1. Para el año 2011, el CIE se integró oficialmente a la estructura institucional como Área de Información Epidemiológica, con dependencia jerárquica y financiera, de la Dirección de Salud Pública.



En el año 2013 se hace evidente en el estado la necesidad de contar con una unidad de inteligencia epidemiológica especializada que fuese más allá de la vigilancia y se considerara como un centro de inteligencia de salud; un área en donde además de disponer de datos e información se facilitara la toma de decisiones oportuna, se privilegiara el análisis más profundo y preciso de los elementos que inciden en el estado de salud ante situaciones en un tiempo y espacio específicos, y se diera paso de forma automática a la investigación en salud, a efecto de crear con esto, la necesidad de contar con personal cada vez más calificado y con perfiles de especialización adecuados para la resolución de los problemas actuales de salud pública.

Para su operación, la Unidad de Inteligencia Epidemiológica realiza sus funciones a partir del análisis de la vigilancia basada en eventos y la vigilancia basada en indicadores³. La Unidad de Inteligencia Epidemiológica cubre estos dos aspectos con personal que se encarga de obtener la información necesaria. En el caso de la vigilancia basada en eventos se cuenta con personal que realiza un monitoreo diario en diferentes medios de comunicación; igualmente, colabora personal especializado en una área de

caracterización que realiza la interpretación de los datos.

Con respecto a la vigilancia basada en indicadores, la unidad utiliza como fuente de información los sistemas documentales y automatizados que se encuentran en las diferentes dependencias del sector salud y el Instituto de Salud. Esto implica que la información se debe encontrar estructurada y disponible para su utilización; sin embargo, el diagnóstico de la información en salud muestra que los datos e información se encuentran segmentados, duplicados, incompletos y en ocasiones no se dispone de ellos. Esta situación evidenció la necesidad de agregar un componente adicional a la Unidad de Inteligencia Epidemiológica que se encargue de auditar y ordenar los sistemas de información, para facilitar su generación y recuperación, a efecto de lograr su uso eficaz y eficiente.



Se agrega también el componente de investigación, para completar el ciclo del cuidado de la salud; ciclo que inicia con la detección de la problemática, su adecuado registro y seguimiento, una eficiente gestión de datos e información, análisis, investigación, y generación de nuevos conocimientos basados en evidencia para hacer frente a los complejos escenarios en materia de salud de la entidad.

Conclusión

Los eventos epidemiológicos enfrentados en los últimos años, llevan a la conclusión de que la prevención es la principal acción a realizar, pero también es necesario prepararse para responder en caso de que surja la eventualidad, con la finalidad de reducir los daños que ocasione. Es este sentido por

lo que resulta trascendental contar con una unidad especializada que pueda reaccionar efectivamente ante tales circunstancias y el común denominador de estas acciones es tener disponible la información necesaria.

Cada vez se vuelve más inexcusable el uso intensivo de la información para fundamentar la toma de decisiones, la cual para ser útil debe estar disponible en el momento que se necesite, en la cantidad exacta y con la relevancia adecuada según la situación. Únicamente al comprender que la información no solo es un insumo, sino el principal capital de trabajo para generar inteligencia corporativa, lograremos coadyuvar en el mejoramiento de la salud de nuestras comunidades, ya que la gestión de la información constituye el principio y el final de todos los procesos y conocimientos en salud.

Referencias

1. Foster S. O. & Gangarosa E. (1996). *Passing the Epidemiologic Torch from Farr to the World: The Legacy of Alexander D. Langmuir*. American Journal of Epidemiology, 144, (Supplement 8), S65-S73.
2. Moya J. Baptista R. J. Martinello A. Bandarra E. Bueno H. y Libanio O. M. N. (2010). *Salas de situación en salud: compartiendo las experiencias de Brasil*. Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 4 de noviembre del 2103 en: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1220&Itemid=801
3. Paquet C. Coulombier D. Kaiser R. Ciotti M. (2006, december). *Epidemic intelligence: a new framework for strengthening disease surveillance in Europe*. Eurosurveillance volume 11/Issue 12. Consultado el 4 de noviembre del 2013 en: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4033
4. Secretaría de Salud. (n. d.). *UIES: Unidad de inteligencia para emergencias en salud*. México: Dirección general adjunta de emergencia en salud.
5. Secretaría de Salud (2008). *Programa de acción específico 2007-2012: Sistema nacional de vigilancia epidemiológica*. México. Consultado el 4 de noviembre del 2013 en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/sinave/Progacc20072012.pdf>
6. Secretaría de Salud (2013, febrero 19). *NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica*. Diario oficial de la federación. Consultado el 4 de noviembre del 2013 en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/sinave/NOM-017-SSA2-2012_para_vig_epidemiologica.pdf ●



Personal de vectores.
Labores de búsqueda entomológica nocturna en
diversas regiones del estado de Chiapas.
Foto: Instituto de Salud.



Sistematización educativa Texto intersubjetivo¹

Dr. José Antonio Santiago Lastra*

Genealogía de la sistematización

La sistematización como proceso metodológico de investigación–acción empezó en la década de los ochenta del siglo pasado, como una manera alternativa de generar conocimiento colectivo; parte de la propuesta metodológica de la Educación Popular para recuperar las voces de los maestros. Es en esencia una propuesta que nace de tres planteamientos políticos radicales:

1. Hacer docencia implica hacer investigación, requiere pensar y pensarse.

¹Texto de conocimiento colectivo generado a partir de los diálogos establecidos entre los participantes y la facilitadora del Taller de Sistematización Educativa Gabriela Messina. Realizado en febrero de 2013 en El Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

2. Cada sujeto tiene un saber, y ese saber le permite ejercer sus derechos.
3. La investigación no solo la hacen los investigadores sino todo sujeto que comparte su conocimiento y mediante la acción de compartir es retroalimentado.

Acercamiento a una definición de la sistematización

Para aproximarnos a una definición de sistematización, empezaremos por definir lo que no es la sistematización: No es ordenar o documentar, no es un método deductivo–inductivo, tampoco se trata únicamente de reconstruir e interpretar, aunque en ello ya está la idea de transformación social y producción de ideas de forma colectiva en comunidad (donación recíproca). La sistematización es deconstruir, es una manera distinta de pensar y mirar la distancia entre discurso y práctica, es una suerte de juego entre lo abstracto y lo concreto, es mirar desde el lugar que ocupamos, mirar al sujeto que mira, es intertextualidad. La sistematización es preguntar de otra manera, no mediante estructuras

*Profesor Titular de la Universidad Intercultural de Chiapas.

simples de causa y efecto, sino mediante la observación de las huellas y de las huellas de las huellas, es un proceso de construcción iterativo de conocimiento basado en la experiencia y saberes colectivos.

La sistematización permite salirse del formato convencional, de prácticas homogéneas dominantes y desnaturalizar categorías o hábitos, catálogos o inventarios; estar conscientes de que las cosas se pueden hacer así o de otra manera igualmente válidas; buscar las puertas de entrada a otros mundos posibles, y la otredad, el otro, es el que da plena existencia de uno mismo. Incluso, la sistematización cuestiona un tiempo lineal (por ejemplo, en el presente está todo el pasado y el futuro, solo es una concreción del presente).

Desde la pregunta y cómo preguntamos

Cuando solo se esquematiza o documenta, la experiencia se pierde. Es necesario empezar por preguntar cuál es el sentido del discurso y de la práctica. La experiencia no se fracciona ni se categoriza o analiza, más bien se trata de conectar con lo que la experiencia hace pensar. Es preciso romper con los esquemas militares industriales (jerárquico extractivo) y asumirnos como seres inacabados, humanos y con sentimientos. A partir de ello se puede contribuir a una nueva manera de hacer ciencia: sentidos, sujetos relacionados, complejidad, incertidumbre; buscar y explorar para entender la huella y la huella de la huella.

La pregunta no es para obtener una respuesta, es para abrir un campo de reflexión mediante la escucha, el habla y la observación que permita reflejar, interpretar y valorar. Para lograr este proceso se requiere de empatía y respeto al sujeto parlante, compartir la mirada y el lenguaje, generar confianza y apertura a otros puntos de vista, permitirse andar por lo ajeno y bajo otros marcos de referencia, desde otro lugar, desnaturalizar conceptos y acciones e incluir sentimientos y juicios de valor.

La pregunta y la transformación social

No se trata sólo de preguntar, sino preguntar la pregunta; ésta debe ser situada o específica, es una acción con tres direcciones: 1. qué se pregunta, 2. a quién se pregunta y 3. de qué, o acerca de qué se pregunta, esto remite a un sistema de referencia (por ejemplo, cuando un niño pregunta ¿qué hora es?, no quiere saber un número, quiere saber si ya toca comer, jugar, ver regresar a mamá, entre otras cosas) -esto es mirar la estructura de la pregunta-. El recuerdo también puede ser una buena fuente de sistematización de la experiencia, y no sólo lo memorable o coyuntural, sino también lo cotidiano. De igual forma el objeto ausente puede ser lo significativo de la experiencia, esto depende de quién observa o lee la experiencia, pero todos los indicios pueden ser significativos y la

sistematización debe permitir conmovirse, transitar a una transformación ética y sanación de los sujetos, para ello la interpretación de la experiencia debe ser intersubjetiva, lo más amplia o participativa posible; la tarea es crear las condiciones necesarias para la lectura de la experiencia en una actitud relacional de igualdad, que considere el contexto de la pregunta y el contexto de los sujetos, para que estos salgan fortalecidos del proceso, lo que permita contra argumentos y resignificaciones del individuo y del colectivo.

La experiencia y la investigación educativa

El centro de la educación debe ser la relación entre experiencia y saber, no entre teoría y práctica. Cuestionarse por lo educativo es abrir una pregunta más que querer cerrarla, la pregunta que tiene sentido es la pregunta que despierta la experiencia, que evoca un saber pedagógico y que pueda ser vivido como saber singular o personal.

La investigación educativa tiene que ser en sí misma una experiencia de aprendizaje. Se niega la causa necesaria o suficiente y reconoce distintos sistemas u órdenes para interpretar la realidad. Las secuencias de investigación están traslapadas y son cíclicas, lo que busca es mostrar experiencias y tanto el que la escribe como el que la lee aprende, y su validez parte de la evocación que en cada uno se da. Consiste en preguntar, observar, escuchar, hablar, interpretar y escribirlo todo. Tiene una estructura (no jerárquica y con niveles de autonomía y toma de decisiones entre sus elementos) que permite definir un campo de acción (relatar una situación y las categorías teóricas presentes en la experiencia) y la intencionalidad de la pregunta (hacer visible el contexto, lo que nos evoca y lo que se aprende), se apoya o alimenta de las metodologías participativas, testimonios, percepciones y representaciones sociales.

Conclusiones

Las sociedades modernas pierden la experiencia, por lo tanto generan sujetos mudos, como consecuencia de una vida cotidiana, rutinaria, de actividades simultáneas y contingentes que al final del día dejan vacíos. Caemos en fatalismos e incluso culpamos al individuo y no a los sistemas contextuales que orillan al individuo. Naturalizamos la violencia, patrones de colonialismo, estructuras de conocimiento norte/sur.

Por lo tanto, mediante la sistematización es posible recuperar la experiencia social, sobre todo de las comunidades del sur, para romper la hegemonía simplificadora del norte y la idea de que solo el norte produce el conocimiento y el sur sólo sirve para aplicarlo. Este sería el principal objetivo de la sistematización educativa en las comunidades de Latinoamérica. ●

Cruzada Nacional contra el Hambre

Reporte Chiapas

Dr. Luis Gerardo Ruiz Carrillo

El mejoramiento de la alimentación y los hábitos alimenticios es una de las prioridades en salud que paulatinamente se hace presente en la percepción de la población por la importancia que adquiere para el funcionamiento óptimo del organismo.

Para nadie es desconocido el hecho de que México ocupa el primer lugar en obesidad en el mundo, lo cual cobra especial relevancia en la niñez dado que este grupo vulnerable de la población tendrá mayores posibilidades de convertirse en portador de alguna enfermedad crónica no trasmisible como la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia o la suma de todas ellas que, aunadas a la obesidad, integran el síndrome metabólico. Estas enfermedades traen consigo graves consecuencias para la salud si no son detectadas y controladas a tiempo.

Esa detección y control trae aparejado un cambio de actitud y de estilo de vida de la población, con un nivel de educación en salud lejano a lo que presenta en el momento actual.

La población del país muestra ambos extremos en la nutrición, un amplio número de personas obesas, que como ya se comentó propician el triste primer lugar mundial de obesidad infantil; pero también un número importante de desnutridos en diferente grado, incluso en los más avanzados.

La población infantil seleccionada para obtener los beneficios del programa Sin Hambre, instrumentado por el gobierno federal alcanza un total de 141,316 infantes menores de cinco años, distribuidos a lo largo de la geografía estatal.

Se cuenta con los datos de los mismos, clasificados en los tres grandes rubros que permiten entender la nutrición en el momento actual en su desarrollo y en la repercusión en la estatura. Estos son peso para la talla, peso para la edad y talla para edad.

Una subdivisión que se tiene es por edad: menores de 6 meses, ya que las recomendaciones actuales hablan de que es durante este periodo cuando la alimentación será exclusiva al seno materno. De los 6 a los 23 meses, periodo en donde el infante es ablactado y lleva a cabo una etapa de maduración y crecimiento importante y, por último, de 2 a 4 años 11 meses, etapa preescolar de maduración de varias funciones del organismo.

Es a partir de esta información que se empezará a trabajar con estos menores en tres perspectivas: incrementar el peso de los desnutridos, controlar el peso y sobre peso de obesos, y conservar el peso de los niños que se encuentran en los rangos normales.

En comunicaciones posteriores hablaremos de los cambios que presente esta población en control, y las distintas intervenciones que se desarrollan.

Niños beneficiarios	Peso para la edad (P/E)										
	Sin desnutrición				Con desnutrición						Total
	Obesidad	%	Normal	%	Leve	%	Moderada	%	Grave	%	
Menores de 6 meses	806	8	9,107	85	602	6	139	1	41	0	10,695
De 6 a 23 meses	1,717	5	26,917	72	6,797	18	1,619	4	333	1	37,383
De 2 a 4 años	2,678	3	63,125	68	22,459	24	4,433	5	543	1	93,238
Total	5,201	4	99,149	70	29,858	21	6,191	4	917	1	141,316

Niños beneficiarios	Peso para la talla (P/T)						
	Sin desnutrición				Con desnutrición		Total
	Obesidad	%	Normal	%	desnutrición	%	
Menores de 6 meses	1,869	17	7,959	74	867	8	10,695
De 6 a 23 meses	5,453	15	25,964	69	5,966	16	37,383
De 2 a 4 años	11,057	12	65,938	71	16,243	17	93,238
Total	18,379	13	99,861	71	23,076	16	141,316

Niños beneficiarios	Talla baja para la edad (T/E)	
	Talla baja	%
Menores de 6 meses	2,992	28
De 6 a 23 meses	12,097	32
De 2 a 4 años	32,414	35
Total	141,316	100



Niños del municipio de San Juan Chamula, Chiapas.
Foto: Instituto de Salud.

¡Comer o no comer! Ése es el dilema...

Por: Cantaclaro

La dieta, el peso de la herencia o el envejecimiento, pueden hacer que el organismo empiece a acumular grasa en los adipocitos, en la íntima de las arterias y en las células hepáticas, en forma de triacil gliceroles. Las grasas, entre ellas los triglicéridos y el colesterol, al combinarse con otras sustancias, taponan progresivamente la íntima de las arterias, lo que aumenta el riesgo de que esas obstrucciones deriven en un infarto de miocardio o un ictus apoplético.

Por otra parte, la pobreza, la marginación y el abandono, aún fustigan a gran parte de la población de nuestro estado, condición que hace patente hasta la fecha cuadros de desnutrición en todas las edades, pero que tiene un impacto mayor en los dos extremos de la vida; hablamos de la desnutrición infantil y la del anciano.

Lo anterior nos coloca en un estado de transición nutricional, situación que de por sí es un problema complejo.

Una de las noticias que ha acaparado la atención de la gente interesada en la salud es el desarrollo de temas que hablan sobre la obesidad. Se ha dicho que la obesidad es la epidemia del siglo, sobre todo en México que ocupa el primer lugar mundial en esta patología; parece que después de habernos dormido en un mundo de niños y personas mayores abandonadas y emaciadas, pobres, sucias y astrosas, de repente despertáramos en un mundo imaginado por Botero.

De aquí que se difunden multitud de publicaciones sobre este tema, en las que se señalan las causas de la obesidad que repentinamente ha brotado en el mundo, en nuestro país y por ende en nuestro estado. Lo curioso es que la mayor parte de los autores hace a un lado la desnutrición y privilegian la obesidad, cuando en realidad ambos estados forman parte de una entidad nosológica a la que denominamos malnutrición, y que el equilibrio entre ellos o nutrición es el resultado de un estado armónico entre la economía, la cultura, la educación, los aspectos sociales y la información genética de los grupos humanos, objeto de nuestra preocupación.

La obesidad no es un problema actual sino que se ha gestado poco a poco a través del paso del tiempo, en el proceso de desarrollo e integración a la vida posmodernista, con todo su desencanto por lo que la época del modernismo no pudo resolver. Todo esto emparejado con la ansiedad y el estrés, problemas que carga sobre su espalda cada una de las personas de este globalizado y deshumanizado planeta.

Asimismo, el panorama se vuelve más obesogénico con el impacto mediático que pondera las bebidas ricas en azúcares y las golosinas hechas de harinas y grasas que saturan el mercado sin recato alguno, y que surgieron y se multiplicaron como un apéndice maléfico del siglo pasado, adosadas al desarrollo de las comunicaciones masivas y de gran penetración.

Bien se decía que existían dos tipos de enfermedades, las de la pobreza y las de la abundancia y ahora nos toca asistir al choque de ambas, sobre una medicina que más se dedica a la resolución de complejos excepcionales con el uso de tecnologías muy avanzadas, pero que no soluciona los problemas básicos de salud de las comunidades humanas.

Actualmente vivimos una época de gran demanda hospitalaria y migración al tercer nivel, esperanzados en la solución de la obesidad con instrumentaciones cosméticas y cirugías bariátricas, con lo que se especula más que nada en el costo de la solución del problema y se hacen a un lado los asuntos meramente humanos.

En buena parte de la población domina el pensamiento de que el obeso no es más que un ser deforme y por lo tanto despreciable, que ha llegado a ese estado por su glotonería... Sin reflexionar que gravita alrededor de ellos una multitud de situaciones de índole genético, o bien costumbres de la alimentación, trastornos de la conducta alimentaria, y los neuroendocrinos como la disfunción hipotalámica, el síndrome de Cushing, el hipotiroidismo, el pseudohipoparatiroidismo, el hipogonadismo y el hiperinsulinismo que impactan, cada uno en su caso, en el deseo irrefrenable de comer o en una acumulación inadecuada y excesiva de la grasa corporal.

Según Luis Cherro, un ciudadano uruguayo que padece de obesidad, con un peso de 135 kilogramos, declaró en los medios: “Estamos fuera del sistema; no encontramos ropa de nuestra talla y cuando la hayamos parece más un disfraz de jardinero, y es sumamente cara [...] Los gordos no podemos hacer cosas tan elementales como cortarnos las uñas de los pies o atarnos las cintas de los zapatos, ni siquiera podemos viajar cómodos en los medios de transporte. Estamos excluidos de una gran cantidad de actividades, no nos aceptan en los trabajos o se ríen de nosotros, o bien somos el centro de bromas y burlas de la gente que nos circunda [...]”.

Parece que todos estos sentimientos deprimen al obeso, sin otra forma de canalizar su angustia que a través de la acción que más lo tranquiliza: comer.

Con sobrada frecuencia discriminamos a los obesos e irremediablemente vamos para allá, al forjar un futuro de obesidad y de patologías ligadas con este mal.

Ahora bien, aquí tenemos ya el problema ¿Cómo podremos solucionarlo? En primer lugar debemos comprender que la obesidad al igual que otras patologías ligadas a ella, como lo es la diabetes mellitus, son multifactoriales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “...una enfermedad crónica, compleja y multifactorial prevenible. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético; en su origen, se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el sexo, talla y edad” (INSP, 2006).

“De la misma manera y en general, encontramos que la obesidad y el sobrepeso se producen de manera gradual, es decir, el aumento de peso se da en forma paulatina, debido al consumo excesivo de alimentos con gran contenido de azúcares y grasas, como: refrescos (bebidas gaseosas), bebidas alcohólicas, botanas, harinas, alimentos elaborados con exceso de grasas, aderezos y frituras, entre otros. Lo anterior se ha relacionado con la transición epidemiológica nutricional y de alimentos tradicionales-industriales, que explican cambios importantes en la cultura alimentaria en México. Otros factores que influyen en la problemática son los asociados con la admisión de estilos de vida no saludables y los precipitados procesos de urbanización en los últimos años” (Guerra et al, 2006).

En un análisis de la historia genética, podemos aducir que al humano primitivo no le resultaba fácil obtener

los alimentos para él y su familia; debía gastar mucha energía para conseguirlos y durante el trabajo biológico de adaptación fue modificando su estructura genética y proteómica, lo que le permitió sobrevivir a los períodos de hambruna por medio del almacenamiento de grasas, de las que obtenía la energía necesaria cuando los alimentos escaseaban.

Imaginemos al hombre primitivo a finales de la última glaciación discurriendo en una irregular caravana por los impresionantes panoramas de bosques congelados, detrás del rastro de las manadas de alces o de bisontes. En ocasiones el nido de una grulla le aseguraba una alimentación excepcional o el barritar de un mamut herido, la promesa de proteínas cárnicas que, cuando las obtenía, había que comerlas hasta la saciedad y más allá de ella, para asegurar así las reservas de grasas que le proporcionarían la energía y el calor corporal necesarios para sobrevivir. Estas caminatas milenarias, fueron adaptando su cuerpo, desde su genética, dándole una habilidad lipofágica a sus adipocitos. Estas reservas seguramente en poco tiempo eran utilizadas, pero los adipocitos permanecían abiertos para la captación de grasas.

Al encontrar ambientes propicios para la labranza da principio la época del sedentarismo, que en Mesoamérica coincide con el descubrimiento del teosinte y su modificación genética, hasta transformarse en maíz hace aproximadamente siete mil años, momento en el que cesan las migraciones y los humanos de América se convierten en agricultores.

Desde ese momento, en el hombre, la capacidad genética de almacenar grasas se ve alterada, ya que el gasto de la misma se reduce considerablemente, a pesar de que tanto la agricultura como la ganadería son actividades que implican un alto desgaste calórico. Hace unos 7000 años el hombre empezó a practicar la agricultura y con esto comenzó a almacenar alimentos y dominar las formas y las fuentes de producción de alimentos, lo que hizo más segura y menos penosa su obtención.

En nuestra época ha cambiado todo, el constante desarrollo tecnológico favorece una total economía orgánica con pocas pérdidas de energía y una gran reserva de la misma en forma de depósitos de grasa. Con la magia del teléfono celular, que se ha convertido en una extensión del cuerpo de la mayor parte de las personas, si tienen con qué pagar, les basta una llamada para obtener comidas elaboradas que llegarán hasta su sillón más cómodo, sin que tengan que levantarse de él, en el que se reclinan por horas para ver televisión; ya no es necesario hacer las caminatas del “homo cazador”.

Las amas de casa hacen su compra desde las páginas de la Internet, sin recurrir al esfuerzo recolector. Lo que es más grave es que durante estos 7.000 años, solamente se han sucedido unas 500 generaciones, insuficientes para cambiar la estructura genética de los humanos y, aún más si pensamos que no han transcurrido ni siquiera cien años del bum de la tecnología de la comunicación y de la información y que la existencia de los servomecanismos a nuestros días no va más lejos de cincuenta años, se descarta totalmente la adaptación genética humana al confort en el que vivimos.

Por lo anterior es congruente pensar que la estructura genética que le permitió al hombre sobrevivir en condiciones adversas aún perdura, por lo que los mecanismos de reserva de energía son los mismos aunque el gasto de ésta por esfuerzo haya disminuido y el ingreso de nutrientes sea cotidiano y mal balanceado en favor de los hidratos de carbono. Por lo que esa estructura genética no es la óptima para el estilo de vida actual, y los procesos de reserva de energía ahora son el motivo de un padecimiento que acorta sus expectativas de vida.

Por lo que respecta a los aspectos culturales, en México se vive la cultura del azúcar; con frecuencia las madres han usado el dulce como un medio de contención o premiación al comportamiento de los hijos, y este sabor dulce ha sido indispensable en la compleja, rica y variada gastronomía mexicana; en la que se mezcla con frecuencia la grasa, los almidones y el dulce, en una magnífica cocina que invita a degustar los más extravagantes platillos.

Quién no recuerda la canción de nuestro inolvidable Cri-cri, El Rey Bombón Primero, que despertaba nuestra imaginación y avidez por los dulces; y más tarde cuando adolescentes teníamos que declamar “Suave Patria” de don Ramón López Velarde, poeta zacatecano, en esa parte que dice: “Cuando nacemos nos regalas notas, / después un paraíso de compotas; / y luego te regalas toda entera, / Suave Patria, alacena y pajarera [...]”

Quién no ha degustado en “Todos Santos” el dulce de calabaza o las calaveritas de azúcar, o un atole champurrado caliente, mientras se recuerda a los seres queridos que ya partieron. En fin, la cultura del mexicano ha sido una cultura de azúcar.

Ahora, en los días actuales se suma la industrialización de las bebidas y alimentos, con todo el poder económico y del máquetin que martilla en el cerebro, consume, come, toma, que así serás más moderno y agraciado.

Y ahora, con respecto al asunto educativo, es conveniente revisar nuestro actuar; las nuevas generaciones aprenden de lo que ven. El currículo oculto es más impactante que el currículo pensado y diseñado de forma cuidadosa. Si yo veo a mis padres, imito sus costumbres alimentarias. Por lo tanto la educación en salud alimentaria debe ser efectiva y universal. No es raro que en los coffee breaks de las reuniones en Salud, a nivel internacional, se ofrezcan galletas y café, en lugar de frutas frescas de la región, situación que debe ser corregida ya que “no se puede predicar con el pecado”.

El problema se complica si la persona sufre algunas de las patologías que señalamos con anterioridad; por lo que el abordaje del problema de la obesidad, debe obedecer a una estrategia que vea al humano como un “ente” con su significado de totalidad, mundos concretos, creencias y pensamientos.

En este sentido celebramos la medida que se ha tomado para disminuir la ingesta excesiva de azúcares y grasas en alimentos y bebidas procesadas y comercializadas, pero creemos que es insuficiente; porque como se menciona, tendrá más efecto en las personas de menores recursos. En realidad se necesita una serie de medidas que ataquen el problema, si no en todas, en la mayoría de sus aristas debe conducirse el comportamiento social hacia una nueva cultura de equilibrio alimentario, a través de la educación en salud y la toma de conciencia social.

Con respecto a la desnutrición, el otro polo del problema, mientras México sufre un crecimiento acelerado en la prevalencia de la obesidad y las enfermedades crónicas, la presencia de deficiencias en micronutrientes y desnutrición persisten con cifras elevadas. La prevalencia actual de desnutrición crónica de 12.5%, la coloca por arriba de lo esperado que es < 2.5%.

Ahora bien, atendiendo a las entidades federativas, los estados del sur de México, como Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Yucatán, presentan las prevalencias más altas de desnutrición crónica en el país. Con la consecuente tasa de talla baja, de anemia y la espada de Damocles pendiente de un hilo, la desnutrición implica que 60% de las muertes anuales en niños menores de cinco años, tenga ésta como primera causa.

En este orden de cosas, en el estado de Chiapas se inició con gran esperanza la campaña para revertir el hambre y la desnutrición, con la puesta en marcha por el ejecutivo federal del programa “Cruzada Nacional Contra el Hambre”, apoyada por la Secretaría de Desarrollo Social, la cual tratará de contrarrestar la

pobreza y el bajo desarrollo social en los municipios más pobres del país.

Ahora bien, en el pináculo de la malnutrición y sumidos en las disquisiciones de que si la obesidad obedece a una condición especial de las papilas gustativas y que si tiene una complicada relación con el apetito y el sentido del gusto... En este vínculo tan complejo, los científicos han comenzado a estudiar el papel del gusto en las personas con sobrepeso (como explica la BBC Salud, el 7 de diciembre de 2013), y que si la desnutrición obedece a un extraño, tanto como injusto, designio de la selección natural, como diría Manuel Freytas en IAR Noticias, en su nota El nuevo modelo: Selección natural, los millonarios y el estado de calamidad pública, del 14 de septiembre de 2009: "Es la nueva teoría de la 'selección natural de las especies', no ya formulada por Darwin sino por las corporaciones transnacionales y las potencias imperialistas centrales que han convertido al planeta en un gran mercado. Con una lógica imperante: la supervivencia sólo está reservada a los que tienen dinero para pagarla [...]". Nos ponemos a pensar: ¡Comer o no comer!, allí está el dilema; a lo que la respuesta inmediata sería: ¡Comer, pero comer bien, sana y equilibradamente!

Referencias

Diario Salud (25 de noviembre de 2013). El poder de los alimentos; publicado en: <http://www.diariosalud.net>

Noticias de Medicina, Salud, Medicamentos y Farmacia DiarioSalud.net - PharmaNews - Portal y AgenciaPowered by M: consultado el 05/01/2014

BID (15-02-2012) Desnutrición infantil: ¿Cómo fue la alimentación de los niños y niñas en la década pasada?, publicada en <http://datos.bancomundial.org/desnutricion-infantil-como-fue-la-alimentacion-de-los-ninos-y-ninas-en-la-decada-pasada%20>, consultada el 22/01/2014.

Diario Salud (24/01/2008). Se Gesta la "Revolución de los Gordos", publicado en <http://www.diariosalud.net> - Noticias de Medicina, Salud, Medicamentos y Farmacia DiarioSalud.net - PharmaNews - Portal y AgenciaPowered by Mambo; consultado el 22 de enero de 2014.

Canizales-Quinteros, S. (2008). Aspectos Genéticos de la Obesidad Humana; Revista de Endocrinología y Nutrición, Medigraphic Artemisa Vol. 16, No. 1 enero-marzo 2008, PP. 9-15.

Romero, C. (2006). La obesidad y un kilo. Rev.Urug.Cardiol. [revista en la Internet]. (2006) Dic [citado 2014 ene 28]; 21(3): 223-239. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-00482006000300008&lng=es.

Diario Salud. La Obesidad Puede Alterar el Sentido del Gusto; disponible en: <http://www.diariosalud.net> -Noticias de Medicina, Salud, Medicamentos y Farmacia DiarioSalud.net - PharmaNews - Portal y AgenciaPowered by Mambo. Consultado el 22 de enero de 2014. ●



Alimentos de bajo contenido calórico. Foto: National Institutes of Health. United States Department of Health and Human Services.

La muerte del insigne poeta Manuel Acuña

Por: Gonzalo Barret

En el instante en que entramos a una escuela de medicina podemos percibir el ambiente de sucesos que han discurrido dentro de los recintos que constituyen el complejo arquitectónico. Eso mismo sentí cuando, con el fin de entregar un artículo para una revista, visité al doctor Joaquín Ocampo en el Palacio de Medicina de la Ciudad de México; aquel vetusto edificio diseñado por el arquitecto Pedro de Arrieta, quien inició los trabajos de construcción en 1732 concluidos en 1736.

Parece que las piedras de la construcción se animaran y estremecieran con algo etéreo, impregnadas de una fuerza que se empeña en mantener unidos los objetos sobre los que se derramó el espíritu de las personas que transitaron en ella; vivencias, drama, dolor, angustia, inconformidad, celos y desesperanza parecen afanados en permanecer anclados en lo terreno, con más fuerza que los sentimientos nobles. Pues bien, este edificio, me decía Joaquín se construyó dentro de la zona céntrica de la ciudad, ya que era necesario dar un mensaje a sus habitantes, pues en él eran reclusos en oscuras celdas los “enemigos de la iglesia” que, a menudo, no eran más que presos políticos del virreinato.

El edificio corresponde con la plaza de Santo Domingo. Su diseño, de acuerdo con el contexto urbano es singular ya que su acceso principal, construido en bisel, ve hacia la esquina noreste de la plaza.

Su patio principal, al interior, eliminó las columnas en las esquinas, con el fin de dar mayor visibilidad; hacia sus adentros, destaca un arco que parece flotar pues su apoyo estructural está muy bien simulado. El tezontle y la cantera se fusionaron para dar más solidez al edificio. Por ahí se llegaba a las antiguas celdas, algunas de ellas modificadas. Un poco más al fondo se hacen visibles las arcadas notables y una escalera neoclásica que conduce a la planta alta del edificio.

Así conocí, guiado por un experto, cada uno de los detalles y recovecos de este histórico edificio... Allí, las celdas históricas, más allá la de La Mulata de Córdoba, la sala de tortura que aún guarda el dolor y los gritos de los desafortunados que sentenció

“La Santa Inquisición”; por último me condujo a un pequeño cuarto del corredor bajo del segundo patio, conocido como el cuarto de los poetas, porque allí mismo habitó el infortunado poeta liberal Juan Díaz Covarrubias, quien en cumplimiento de su sagrado deber de médico, al asistir a los heridos de la batalla de Tacubaya, fue aprehendido y fusilado por órdenes del traidor Miguel Miramón, con civiles y soldados que corrieron igual suerte, el 11 de abril de 1859. Ahora, la historia los recuerda como los “Mártires de Tacubaya”. En ese mismo lugar, un joven estudiante de medicina decidió quitarse la vida, la noche del 6 de diciembre de 1873.

Al salir del edificio mi amigo me comentó: “La Inquisición fue abolida en México hacia 1820, después el edificio tuvo varios dueños y sirvió para diversos fines, hasta que en 1854, un grupo de profesores de medicina compró el edificio con el fin de hacerlo sede permanente de la Escuela Nacional de Medicina, también conocida como escuela de Santo Domingo, por encontrarse ubicada en la plaza de dicho nombre en el centro histórico de la ciudad de México. La escuela permaneció en ese sitio durante 102 años hasta su traslado a Ciudad Universitaria”.

Ahora, recientemente remozado, las celdas se han ampliado y convertido en salas temáticas de un excelente museo que representa las atmósferas de la evolución de la medicina en México.

Antes de retirarme a la casa de mi familia y aun viendo el edificio, mi pensamiento se obstinaba en preguntarse ¿qué sentimientos tan encontrados afligieron el atribulado corazón del joven Manuel Acuña Narro? El triunfo, a su corta edad, se abría ante él; seis años de éxitos. El 9 de mayo de 1871 se estrenó la pieza dramática “El Pasado”, que surgió de su inspiración y que lo colocó como uno de los escritores más destacados de la ciudad.

Muy ligado a su vida encontramos el nombre de una mujer, Rosario de la Peña, el gran amor que seguramente pesó sobre su ánimo y sobre su decisión de quitarse la vida. El atractivo de esta mujer se oculta entre los pliegues de la historia como uno de sus grandes misterios, pues ella misma, junto con la desmedida pasión de Acuña, también causó el exagerado deseo

de Manuel M. Flores, la otoñal adoración de Ignacio Ramírez y el cariño ferviente de Martí.

En ocasión del vigésimo cuarto aniversario de la muerte del joven Acuña, el literato Juan de Dios Peza¹ dijo:

“Todo se va, todo se muere. A medida que se avanza en el camino del mundo, se van dejando pedazos del corazón sobre la fosa de cada uno de los seres queridos que nos abandonan para siempre [...] ¡Parece que fue ayer...! –cuando el poeta más inspirado de la generación de entonces, puso fin a sus días cegado por no sabemos qué internas y pavorosas sombras. Vivíamos él y yo tan ligados, fuimos tan íntimos amigos, que puedo asegurar, sin jactancia, que pocos le estudiaron como yo tan de cerca, por lo cual juzgo un deber narrar sobre su vida y sobre su muerte, en esta tristísima fecha, no sólo porque a través de los años se ha adulado su historia, sino también porque muchos se interesan cuando leen sus versos en saber con toda la verdad posible cómo era, cómo vivió y cómo murió el infortunado poeta. Así es que refundiendo antiguos apuntamientos, enlazando recuerdos que todavía están frescos en mi memoria, y juzgando con mayor experiencia lo que en aquella época no pude apreciar, si encuentro ocasión oportuna para escribir un artículo en que han de campear la verdad y la justicia. Lo recuerdo como si lo viera en la víspera de su fin trágico. Delgado de contextura, con la frente limpia y tersa sobre la cual se alzaba rebelde el oscuro cabello echado hacia atrás y que parecía no tener otro peine que la mano indolente que solía mesarlo; cejas arqueadas, espesas y negras, ojos grandes y salientes como si se escaparan de las órbitas; nariz pequeña y afilada; boca chica, de labio inferior grueso y caído, ornada por un bigote recortado en los extremos; barba aguzada y con hoyuelos; siempre vestido con levita oscura de largos faldones, rápido en el andar y algo dificultoso en su palabra.

Triste en el fondo pero jovial y punzante en sus frases, sensible como un niño y leal como un caballero antiguo; le atormentaban los dolores ajenos y nadie era más activo que él para visitar y atender al amigo enfermo y pobre.

¹Juan de Dios Peza, fue estudiante predilecto en la Escuela Nacional Preparatoria de Ignacio Ramírez, “El Nigromante” y de Ignacio Manuel Altamirano; al terminar sus estudios en ese prestigiado centro escolar ingresó a la Escuela Nacional de Medicina y se hizo gran amigo de Manuel Acuña, aunque nunca terminó sus estudios en esa disciplina.

Acuña tenía siempre en su derredor un cortejo de amigos que lo amábamos sin doblez, sin rencillas, sin envidia de su genio, sin censurar sus extravagancias, evitándole todos los disgustos y siendo los primeros en aplaudir sus obras (...) El viernes 5 de diciembre de 1873, anduvimos juntos desde la mañana y nos fuimos por la tarde a la Alameda. El viento arrancaba las hojas amarillentas de los fresnos y de los chopos que al caer bajo los pies del poeta atraían sus miradas de mayor tristeza. Mira –me dijo mostrándome una de esas hojas– ¡una ráfaga helada la arrebató del tronco antes de tiempo! –Allí me recitó la poesía «El Génesis de mi vida» que alguien extrajo de sus papeles el día de su muerte. Era una poesía lindísima de la cual vagamente recuerdo uno que otro verso. Ya sentados en una banca de piedra me dijo: Escribe –y me dictó el soneto «A un arroyo» poniéndome después de su puño y letra una cariñosa dedicatoria–. Este soneto es el último que escribió; muchos creen que el «Nocturno» es su obra postrera, pero sus amigos nos sabíamos de memoria esos versos desde tres meses antes de aquel día a que me refiero.”

[...] Abandonamos la Alameda a la hora del crepúsculo, lo dejé en la puerta de una casa de la calle de Santa Isabel y me dijo al despedirnos:
–Mañana a la una en punto te espero sin falta.
– ¿En punto? –le pregunté.
–Si tardas un minuto más...
– ¿Qué sucederá? –Que me irá sin verte.
– ¿Te irás, a dónde?
–Estoy de viaje... sí... de viaje... lo sabrás después.

Estas últimas palabras cayeron sobre mi alma como gotas de fuego. Quise preguntarle más; pero él se metió en aquella casa y yo me fui triste y malhumorado como si hubiera recibido una noticia infausta. Yo sólo sabía que aquel gigantesco espíritu estaba enfermo y temía una crisis. Acuña llegó algo tarde a la escuela en aquella noche; rompió y quemó muchos papeles que tenía guardados; escribió varias cartas listadas de negro, una para su ausente madre, otra para Antonio Coellar, otra para Gerardo Silva, dos para unas amigas íntimas. Dicen que al día siguiente se levantó tarde, arregló su habitación, se fue después a dar un baño, volvió a su cuarto a las doce, y sin duda en esos momentos, con mano segura y firme escribió las siguientes líneas: «Lo de menos será entrar en detalles sobre la causa de mi muerte, pero no creo que le importe a ninguno; basta con saber que nadie más que

yo mismo soy el culpable— diciembre 6 de 1873.
—Manuel Acuña»

Salió después a los corredores, estuvo conversando de asuntos indiferentes, y cerca de las doce y media volvió a meterse a su cuarto. Fácil es presumir lo que sucedió entonces. Yo llegué a visitarlo a la una y minutos, porque un amigo me detuvo en la puerta de la Escuela. Encontré sobre la mesa de noche una bujía encendida y a Acuña tendido en su cama con la expresión natural del que duerme. Toqué su frente guiado por extraño presentimiento y la encontré tibia; alcé en uno de sus ojos un párpado y la expresión de la pupila me aterró; volví entonces con sobresalto el rostro hacia la mesa de noche y me encontré en ella, junto a la vela, un vaso en que se apoyaba el papel que antes he copiado. Me incliné para leerlo y un acre olor de almendras amargas me descorrió el velo de aquel misterio. Aturdido, loco, llamé a los entonces estudiantes y hoy médicos Vargas, Villamil y Oribe, que vivían en el cuarto de junto. Oribe se precipitó sobre el cadáver queriendo volverlo a la vida y le hizo una insuflación de boca a boca, al tiempo que Vargas movía el tórax para producir la respiración artificial. Todo fue en vano. Oribe cayó presa de un vértigo intoxicado por el olor del cianuro, pues Acuña había apurado cerca de dos dracmas de esta substancia.

La fatal noticia circuló instantáneamente en la escuela. El prefecto del establecimiento, Dr. Manuel Domínguez, los médicos y los alumnos que a esa hora estaban allí, acudieron al lugar del siniestro y rivalizaron en empeño y actividad para tratar de devolverle la vida ¡la vida que una hora antes le había abandonado! Llegó a pocos momentos mi amigo Francisco Sosa, y a las cuatro de la tarde el Sr. Gaxiola, Juez en turno, que dictó las medidas oportunas, concediendo que fuera en la Escuela de Medicina y no en el Hospital de San Pablo donde se hiciera la autopsia del cadáver.

Los miembros todos de la «bohemia literaria» visitaron por la tarde al poeta muerto, que al anochecer fue colocado en la ex capilla de la escuela. Alejandro Casarín, acompañado del inolvidable Alamilla, sacó en yeso blando la mascarilla del rostro, para hacer un busto y trazó a lápiz un magnífico retrato”.

Más adelante Peza comenta: «A las doce del día, el primer puñado de tierra cayó sobre el ataúd de quien fuera víctima del hastío, de la nostalgia moral; de esa enfermedad sin nombre que marchita las flores del alma cuando apenas están en capullo. Así el destino

apagó la llama de su vida, pero no logrará extinguir su imperecedera memoria».

Dejemos hasta aquí el relato, e incluyamos el poema que lo ha identificado más en el gremio médico...

Ante un cadáver

Manuel Acuña

¡Y bien! Aquí estás ya..., sobre la plancha
donde el gran horizonte de la ciencia
la extensión de sus límites ensancha.

Aquí, donde la rígida experiencia
viene a dictar las leyes superiores
a que está sometida la existencia.

Aquí, donde derrama sus fulgores
ese astro a cuya luz desaparece
la distinción de esclavos y señores.

Aquí, donde la fábula enmudece
y la voz de los hechos se levanta
y la superstición se desvanece.

Aquí, donde la ciencia se adelanta
a leer la solución de ese problema
cuyo solo enunciado nos espanta.

Ella, que tiene la razón por lema,
y que en tus labios escuchar ansía
la augusta voz de la verdad suprema.

Aquí está ya... tras de la lucha impía
en que romper al cabo conseguiste
la cárcel que al dolor te retenía.

La luz de tus pupilas ya no existe,
tu máquina vital descansa inerte
y a cumplir con su objeto se resiste.

¡Miseria y nada más!, dirán al verte
los que creen que el imperio de la vida
acaba donde empieza el de la muerte.

Y suponiendo tu misión cumplida
se acercarán a ti, y en su mirada
te mandarán la eterna despedida.

Pero ¡no!..., tu misión no está acabada,
que ni es la nada el punto en que nacemos,
ni el punto en que morimos es la nada.

Círculo es la existencia, y mal hacemos
cuando al querer medirla le asignamos
la cuna y el sepulcro por extremos.

La madre es solo el molde en que tomamos
nuestra forma, la forma pasajera
con que la ingrata vida atravesamos.

Pero ni es esa forma la primera
que nuestro ser reviste, ni tampoco
será su última forma cuando muera.

Tú sin aliento ya, dentro de poco
volverás a la tierra y a su seno
que es de la vida universal el foco.

Y allí, a la vida, en apariencia ajeno,
el poder de la lluvia y del verano
fecundará de gérmenes tu cieno.

Y al ascender de la raíz al grano,
irás del vergel a ser testigo
en el laboratorio soberano.

Tal vez para volver cambiado en trigo
al triste hogar, donde la triste esposa,
sin encontrar un pan sueña contigo.

En tanto que las grietas de tu fosa
verán alzarse de su fondo abierto
la larva convertida en mariposa,

que en los ensayos de su vuelo incierto
irá al lecho infeliz de tus amores
a llevarle tus ósculos de muerto.

Y en medio de esos cambios interiores
tu cráneo, lleno de una nueva vida,
en vez de pensamientos dará flores,

en cuyo cáliz brillará escondida
la lágrima tal vez con que tu amada
acompañó el adiós de tu partida.

La tumba es el final de la jornada,
porque en la tumba es donde queda muerta
la llama en nuestro espíritu encerrada.

Pero en esa mansión a cuya puerta
se extingue nuestro aliento, hay otro aliento
que de nuevo a la vida nos despierta.

Allí acaban la fuerza y el talento,
allí acaban los goces y los males
allí acaban la fe y el sentimiento.

Allí acaban los lazos terrenales,
y mezclados el sabio y el idiota
se hunden en la región de los iguales.

Pero allí donde el ánimo se agota
y perece la máquina, allí mismo
el ser que muere es otro ser que brota.

El poderoso y fecundante abismo
del antiguo organismo se apodera
y forma y hace de él otro organismo.

Abandona a la historia justiciera
un nombre sin cuidarse, indiferente,
de que ese nombre se eternice o muera.

Él recoge la masa únicamente,
y cambiando las formas y el objeto
se encarga de que viva eternamente.

La tumba sólo guarda un esqueleto
mas la vida en su bóveda mortuoria
prosigue alimentándose en secreto.

Que al fin de esta existencia transitoria
a la que tanto nuestro afán se adhiere,
la materia, inmortal como la gloria,
cambia de forma; pero nunca muere.

Bibliografía y electrografía

Acuña Manuel (ND) Manuel Acuña - Poemas de Manuel Acuña <http://www.poemas-del-alma.com/manuel-acuna.htm#ixzz2t23m1HdW>, Consultada el 11 de febrero de 2014.

El Palacio de Medicina (ND) http://www.ciudadmexico.com.mx/attractivos/palacio_medicina.htm, Consultado el 9 de febrero del 2014.

Recintos Históricos, Fundación UNAM (ND) http://fundacionunam.org.mx/recintos_historicos/index.php?q=palacio_medicina Consultado el 3 de febrero del 2014.

Wikipedia http://es.wikipedia.org/wiki/Juan_de_Dios_Peza (2014) Acuña Manuel; Consultado el 5 de febrero de 2014.

Peza Juan de Dios. Prólogo a las obras literarias de Manuel Acuña. Consultado en <http://www.musica-y-letras.com/oe-manuel-acuna-prologo-juan-peza.html> el 2 de febrero de 2014

Acuña, M. Peza, J. D. (1898). Obras de Manuel Acuña; Maucci, Universidad de Harvard, digitalizado el 23 de mayo de 2007.

Campos, M. A. (2013). Manuel Acuña, poeta mayor, ensayo. La Jornada Semanal. México. ●

Un extraño viajero de las cefeidas

Cuento corto

Dr. Alberto Federico Garzón y Rincón*

Cuántas veces Ram se había situado en la sala de mandos del complejo intergaláctico Piscis-Cetus 39847RO, al que por cariño le llamaba Certus, aunque en realidad solamente llevaba a su mando un milmillonésimo angular del ciclo galáctico.

Era tan poco el tiempo, que aún no había explorado la totalidad de las maravillas tecnológicas con las que se había construido el complejo vehicular el que, al decir de sus diseñadores, era lo más sofisticado que existía hasta la fecha de su creación RETSO 2447, después del descubrimiento de la primera civilización alienígena por el planeta Terrum, tercero de la decadente estrella G2 antes conocida como Sol.

Aún le impresionaba la prontitud con la que sus instrumentos reaccionaban al mando telepático de sus instrucciones, tanto así que los botones y palancas ahora le parecían un simple adorno “retro” de lo que fueran los anteriores vehículos para desplazarse en el basto universo.

Estaba tan impresionado con la tecnología moderna que no puso ningún obstáculo, cuando el comando galáctico le solicitó hacer un viaje a la constelación de Tauro para recolectar algunos cilones de aldebaranio de las lunas que circundan el octavo planeta de Aldebaran, la enigmática estrella anaranjada pulsante irregular.

Apenas había recorrido 5,1 años luz de distancia en el tiempo record de tres traslaciones de Terrum alrededor de G2, haciendo gala de su conocimiento sobre los atajos interestelares conocidos como foramibus, en los que la velocidad de la luz era un mero juego de niños; pero se encontraba nostálgico, parecía muy cercano el momento en el que se despidiera de Marcia, su compañera, la que le recriminara que a su regreso ella habría envejecido 15 ciclos guardianos, mientras en él no se habría hecho patente el paso del tiempo, a lo que Ram le propuso que se sometiera a un sueño

hibernante mientras regresaba, para detener los estragos de este lapso sobre su organismo, que al fin y al cabo los nautas intergalácticos tenían derecho a esa prestación en sus parejas.

Evocó su recuerdo y casi al instante el visor de la nave reprodujo la figura de Marcia sobre la plataforma visual en una imagen holográfica perfecta; parecía que ella estuviera presente físicamente ante él. –¡Dragones galácticos!– exclamó, mientras su razonamiento le reprochaba el acceder a esta misión en lugar de permanecer a su lado, ya que a pesar de ser una persona joven tenía suficiente antigüedad en el servicio como para desempeñar un trabajo de escritorio... Se repetía a cada momento que a sus noventa y ocho ciclos guardianos, menos de la mitad de la esperanza de vida, no podía evitar buscar las emociones que conllevan los viajes interestelares; con lo que justificaba su lejanía.

Estaba tan ensimismado en su soliloquio que no se dio cuenta de la entrada a un nuevo foramibus que lo llevaría directamente a la constelación de Tauro, en la que Aldebaran es la estrella más brillante; su color anaranjado ha llamado la atención desde tiempos inmemoriales y su tamaño contrasta con G2 quien se muestra minúsculo ante esa estrella gigante.

Ante tal distracción había que recurrir a los protocolos de emergencia y estos indicaban pulsar un botón rojo; el único de la nave que podía pulsarse físicamente.

Casi sin pensarlo Ram lo hizo, se abrió una compuerta y de ella escurrió un material viscoso, una masa amorfa que parecía estar formada por plasma; ante los ojos atónitos de Ram paulatinamente fue tomando la forma humana... –¡Sapos alienígenas!– exclamó con ojos desorbitados, mientras ese extraño artilugio se presentaba en el más claro lenguaje de Terrum:

–Mi nombre es Ordo 479820, derivado de objeto robótico deductivo obediente con 479820 billones de YiBs de memoria artificial, lo que me hace el

*Coordinador de Investigación y servicios editoriales.

ordenador más avanzado construido hasta la fecha; toda la memoria se encuentra almacenada en cada una de las moléculas y los átomos de plasma que conforman mi cuerpo y tengo el espacio suficiente para almacenar la memoria contenida en el total de células que conforman tu cuerpo... ¡Ah!, y algo más... Vengo equipado con un paquete completo de sentimientos humanos, los que puedo replicar fácilmente. Mi cuerpo puede tomar la forma que tú desees y, aún más, puedo satisfacer cada uno de los deseos fisiológicos y sentimentales que quieras. Desde el momento que tomaste el mando de Certus, un dispositivo especial pudo leer en tu ADN hasta tus más recónditos secretos. En ese momento Ram pensó en Marcia y Ordo, casi al instante tomo su forma... –¡Murciélagos jovianos! –exclamó Ram, mientras su lívido explotaba–, pero eso sería inadecuado, casi como una masturbación en el espacio. Lo que el necesitaba era alguien con quien hablar; práctica tan arcaica, pero de excelentes resultados sedantes, sobre todo ahora, en este apuro ante el insondable e imperturbable universo.

Habría que resolver el problema, –pensó Ram– a lo que inmediatamente Ordo respondió:

–La más segura de todas las acciones sería esperar a que nuevamente coincidieran los momentos en la incesante evolución del sitio en que nos encontramos anclados para entrar al portal del agujero de gusano debido, pero eso se llevaría con certeza ocho decaiones...

–Es que estamos hablando de ochenta ciclos gardianos; ¿y Marcia?, ¿y mi vida? Regresaría a Terrum envejecido.

A lo que Ordo respondió: –Te olvidas del recurso del sueño hibernante.

Pero Ram era un hombre de acciones, por lo que dispuso ir tras el portal, alcanzarlo e introducirse en él, a una velocidad cercana a la de la luz. Poco tardó en darle alcance y meterse en la boca en el tiempo record de 0,5 de un ciclo gardiano. El tiempo se dilató cuando los motores taquiónicos hicieron explosión y el ingenio transitó a 60 veces la velocidad de la luz.

Cuando salieron del foramibus habían transitado ya 60.1 años luz; pero... el panorama era diferente, no aparecía Aldebaran; su presencia debía ser inconfundible; su masa ochenta veces más grande que G2 debía dominar el vasto espacio. En su lugar, el panorama era desolador: una estrella de 21 mil unidades astronómicas, aún lejana, dominaba el panorama.

–Parece ser Delta Cephei –interpeló Ordo

–Sí, es una cepheida –continuó Ram.

No hubo tiempo para más. El ingenio se estremeció como una hoja seca, crujió y su ruta se invirtió; los giróscopos dejaron de funcionar y las luces internas parpadearon, mientras el ordenador central de la máquina pronunciaba voces de alarma.

¿Cuál sería el motivo del comportamiento tan extraño del aparato? –Pensaba Ram–. Ordo respondió al pensamiento: –Es un agujero negro, hemos caído en el área de influencia de un agujero negro; se encuentra situado precisamente detrás de nosotros–. Ram enfocó el visor posterior de la nave y lo pudo ver... Allí estaba, como un ojo maligno, engullendo todo lo que se encontraba cerca de él, y Ram, Ordo y el ingenio se encontraban allí mismo, en su horizonte de sucesos; pareciera que el túnel se había curvado y los depositó ahí, en la Vía Láctea, en el mismo vecindario de Terrum, pero en un tiempo diferente; había sido un viaje en el espacio –tiempo excepcional, trasponiendo el límite–; ahora se encontraban en una dimensión diferente y precisamente la estrella binaria que observaban era la causante del fenómeno.

Certus nuevamente tembló, no había tiempo que perder, debían alejarse cuanto antes de su zona gravitatoria. Nuevamente los motores taquiónicos tronaron pero fueron insuficientes. La nave irremediamente sería tragada por el agujero negro y Ram, su historia, sus sueños y su amor por Marcia desaparecerían. Era una situación de emergencia, Ordo se acercó a Ram y su mano se transformó un instrumento agudo, algo así como una aguja que rápidamente y sin dolor introdujo en la órbita del ojo derecho del capitán hasta llegar al centro de su cerebro y empezó a absorber todo: sus vivencias, conocimientos y recuerdos; toda su vida... y por medio de un procedimiento de corta y pega lo dispuso en el espacio reservado de su plasma. Tomó de nuevo su disposición informe y mientras Ram sentado en su silla de mando permanecía inerte, la nave iniciaba su tránsito por un negro túnel, en el que la esencia humana en un continente artificial construido con una aleación de Aldebaranio y Natrio cuya condición de plasma inmune a todas las injurias se preservaría, se conservaría para siempre, y un día, tal vez un día Ramord, desde los abismos del universo, allí donde se tocan la materia y la antimateria, regresaría a Terrum para contar las incidencias de un extraño viaje desde las cefeidas a través del horizonte de sucesos de un agujero negro. ●

Bioética: Sus orígenes y trascendencia en la salud pública y los derechos humanos

Dr. Manuel Velasco Suárez*

Bioética: de bios vida y ethos (athike), moral. Es el tratado de los principios éticos relacionados con la biología y el comportamiento humano, respetuoso de la voluntad libre y cabal conciencia para la preservación de la vida y la búsqueda del bien común, de la salud y respeto de los derechos humanos.

La revolución biológica ha dependido más de la conciencia intelectual del hombre que del frío avance puramente tecnológico; sin embargo, la era de los antibióticos, del microscopio electrónico, del conocimiento de los virus, de la genética y busca del mapa genoma humano está arraigada en la biotecnología, necesitada urgentemente de la Bioética antes que se corra el riesgo de perder el destino humano.

Los valores éticos frecuentemente sobrepasados por la conveniencia y elegancia de la tecnología y sus excesos de soberbia, tan presentes en nuestros días de la negligencia moral, deben encontrar en los trabajadores de la salud, particularmente en los médicos y sanitaristas la convicción de preservar la vida ante todo y promover la cultura de la salud en todos los niveles de la educación, en la continuidad de la existencia equilibrada con la ecología.

La bioética ha existido con otros nombres desde los tiempos de la Helade en Atenas con las enseñanzas de Platón, Sócrates y cuando Aristóteles enseñaba sus lecciones político morales en la academia a Nicomaco (Jardines de Academus), incluidas las incursiones en relación de saber y percibir, de manejar ideas y pensamientos, emoción y conductas. Distinguiendo a los hombres por los valores de la inteligencia y su aplicación en el comportamiento, etc. Posteriormente Hipócrates analiza y propone bases conceptuales morales sintetizadas en su juramento médico.

Durante 2,500 años la ética médica se basó en la tradición hipocrática de la filosofía natural y luego en conceptos galénicos registrados como válidos en la

historia de la medicina hasta hace apenas algo más de un siglo...

La ética que trata de las obligaciones del ser humano se amplía con la moral de los derechos y deberes del hombre y de la sociedad hacia la naturaleza, trasladando los derechos sociales a las instancias que cuidan y protegen el entorno de la vida, su ambiente y atmósfera, fuera de los cuales no se podría subsistir. Los derechos humanos y los de la naturaleza deben figurar en la responsabilidad social de quienes no deben subordinar su conciencia a los aspectos transitorios de las políticas locales de salud, a veces ceñidas a intereses partidistas.

Más allá de programas regionales está el hombre: “Uno es todo el Género Humano”...

Las guerras y genocidios han despertado la conciencia de quienes defienden la vida y los derechos humanos ante los panoramas más desoladores de los campos de batalla, pero sobre todo después de la brutal tragedia nuclear sobre Hiroshima y Nagasaki (1945) haciendo obligatoria la aplicación de la bioética preventiva.

Potter, V.R., (1970) médico oncólogo fue quien acuñó al término bioética, invitado a crear una nueva concepción de las obligaciones médicas, extendidas a todas las ramas de las ciencias naturales e investigaciones biológicas, para salvar los escollos que pueden establecer diferencias entre la ética y la biología, cuando es el hombre mismo quien participa del ambiente que hace posible su existencia y también exige su protección y respeto.

La bioética, humanizando a las ciencias médicas, pretende ayudar con el mayor respeto a la población en general y procura para los pacientes la conciencia del derecho que los asiste a vivir y también morir dignamente. Lleva implícita la recuperación de la libertad y de la dignidad que no se puede ejercer sin suficiente información y conocimiento de la moral natural y ética profesional.

*Prof. Emérito de la Facultad de Medicina de la UNAM. Fundador Director Emérito del INNN “MVS”. Secretario del Consejo de Salubridad General.

Durante siglos la medicina y la religión mantuvieron relaciones mutuas. Se puede afirmar que la ética nació y subsiste desde sus orígenes filosóficos apoyada en la razón y buen juicio sustentado en principios y orientaciones justas de carácter universal contra la destrucción de la vida y en defensa de la dignidad humana.

La bioética ha provocado distintas reacciones de organismos internacionales, gobiernos de los estados, autoridades judiciales, legislativas, religiosas y sociedades científicas del más alto nivel, pues obliga a defender los valores de la vida.

Es satisfactorio observar que las ciencias biomédicas están buscando la normatización co-activa para que los gobiernos, las políticas de salud pública y las disciplinas tecnológicas reconozcan los valores incommovibles de la población humana y de la naturaleza.

Núremberg, Helsinki, Roma, Tokio, las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, son instancias que se recordarán siempre como sedes de reuniones internacionales y de pronunciamientos en defensa de la libertad, de los derechos humanos y de la protección de la naturaleza.

El acta de Núremberg, Helsinki I, Helsinki II, Tokio III, Roma IV, ha puesto de relieve las obligaciones éticas en todos los actos médicos desde el primer contacto en los servicios de salud hasta la investigación en humanos y de salud pública.

La conciencia médica del Siglo XX ha comprendido integralmente en el enfermo su condición física y psicológica biosocialmente inseparable, aún en el caso de ser privado de su libertad como efecto de procedimientos científicos y tecnologías invasivas y hasta agresivas que no hayan reparado sobre consecuencias de su abuso, fallando a la dignidad y voluntad humanas para la deliberación y justificación moral.

En tal contexto los derechos de las poblaciones humanas crecen en la misma proporción de la ética y conciencia de libertad.

La conceptualización bioética va más allá con el respeto a todas las formas de vida y reconocimiento de los deberes que deben compartirse para la preservación de la salud y el bienestar individual y colectivo.

El propósito fundamental de la ética es distinguir y elegir lo bueno, lo correcto, lo útil, lo acertado del comportamiento en situaciones que requieren mayor ponderación, desde las aparentemente menores de la

vida cotidiana hasta las mayores, de repercusión social en las políticas de salud pública.

La bioética en su mismo eje axiológico exige responsabilidad moral y capacidad técnica y profesional para el mejor ejercicio de las acciones médicas y sobre todo de investigación en salud, que no solo tomen en cuenta la biología de la existencia, sino la integralidad psicosocial dignificante del hombre; algunos de los postulados en los que se sustenta, han sido materia de reformulación constante, de manera paralela con los cambios educativos, culturales, socioeconómicos, políticos y hasta los circunstanciales creados por los avances de la ciencia y la tecnología con efectos sobre la ecología, la naturaleza y la salud pública.

La controversia ente las teorías bioéticas y la influencia pragmática del desarrollo y la investigación incide en la concepción del respeto a los seres vivos, en su medio ambiente e interdependencia biológica y sociocultural. La bioética relacionada con la salud pública y los derechos humanos, ensancha sus márgenes en el análisis crítico del comportamiento humano frente a los problemas de investigación con seres vivos y aspectos relativos al saneamiento ambiental, con preservación del agua y atmósfera limpia sin controvertir los derechos de nadie...

Los avances en materia de salubridad general requieren de ajustes normativos, de acuerdo con las teorías del conocimiento, la metodología educativa y las novedades de las ciencias biológicas, psicológicas y sociológicas para alcanzar el equilibrio vital y bienestar social.

Las circunstancias poblacionales que enmarcan el derecho a la protección de la salud y a la asistencia médica son aceptables si reúnen cualidades éticas de equidad y calidad, independientemente de la condición socio económica de las personas, desde la maternidad, el nacimiento, período perinatal, vigilancia del desarrollo, la vacunación universal y la nutrición adecuada, incluyendo la dotación de agua potable y avenamientos residuales, etc. Tratándose de cuidados médicos generales, deberán ofrecerse en todos los niveles de atención, incluyendo la cirugía general y especializada, hasta trasplantes de órganos y tejidos, todo dentro de la vigilancia ética de los derechos humanos.

Aun cuando la bioética supone la continuidad y consistencia de la ética médica, los más recientes desarrollos tecno científicos han creado nuevos retos de la biología para la moral de la salud pública, con los embriones de probeta, la eugenesia y la eutanasia, el sida, manejo de la sangre, comercio de órganos y

cadáveres, bancos de semen, de embriones y de fetos, utilitarismos del aborto, etc, etc. Asumimos su importancia, sugiriendo la reflexión moral relevante en su conceptualización biomédica, cuando las más antiguas formas de la ética médica resultarían mal equipadas para manejar estos delicados asuntos.

En el amplio campo de salud pública los indicadores de vulnerabilidad, si bien permiten formular programas preventivos, en su prioridad de aplicación, deben impedirse las violaciones a la bioética, considerando que para que el ser humano disfrute plenamente de su derecho a la vida y protección de su salud, es indispensable su desarrollo espiritual en condiciones de libertad.

Toda violación de los derechos individuales públicos en materia de salud representa una omisión y negligencia bioética.

El solo prestigio científico y el dominio de técnicas refinadas, no son lo suficientes para penetrar en la esencia de la vida, es necesaria la conciencia bioética para no subordinar los principios y valores morales a los espejismos tecnológicos, a la frialdad de la ciencia que desconozca la dignidad humana y derechos a la protección de la salud social e integridad inviolable de la persona.

Nota: Desafortunadamente es en países sub-desarrollados donde se observan los mayores déficit educativos, se registran frecuentemente violaciones a los derechos humanos y coexisten descuidos en la salubridad general, la falta de satisfactores básicos y desdén por los valores ecológicos, agresiones a la naturaleza a los que suman altas tasas de mortalidad infantil y falta de control y autoridad moral para combatir la criminalidad y la opresión.

Los profesionales de la salud, ante la reflexión fundamentada de su vocación, no pueden, ni deben permitir reducir su responsabilidad y las motivaciones verdaderas de su oficio y profesión, que se concretan en la prevención de enfermedades y catástrofes, señalar su epidemiología, diagnosticar tempranamente, disminuir el dolor, tener compasión ante los sufrimientos de sus semejantes, curar cuando sea posible y luchar contra la muerte, teniendo conciencia de sus deberes éticos y de los derechos de todo ser humano... ni prolongar la agonía, ni acelerar la muerte...!.

Los grandes cambios que ocurren en el mundo exigen la revisión y reconstrucción de la posición actual de médicos y profesionales frente a los grandes

aspectos de la ética médica, de la jurisprudencia y del comportamiento social.

Las revoluciones que han sucedido a la industria, además de sus repercusiones económicas inciden cada vez más en la moral, a pesar de que semánticamente el mismo concepto había caído en desuso, pero ahora con la bioética resurge con positivas influencias en la medicina, los derechos humanos y sobre todo en la salud individual y colectiva.

Dos aspectos de la biomedicina, estarían representados por la revolución terapéutica que desde 1937, con las sulfamidas y después con los antibióticos, (1943) sacudió a la medicina. Luego la revolución biológica, con el conocimiento genético y la patología molecular, ha convertido fervorosamente la moral médica antigua en la bioética.

La moral, si bien fija las reglas del comportamiento en función de la cultura, las creencias y costumbres de la sociedad, la bioética encuentra el orden natural que norme la conducta en relación con el análisis circunstancial de “los conjuntos”, partiendo de ejemplos particulares.

Las primeras cuestiones éticas en la revolución terapéutica, se refiere a los ensayos con medicamentos nuevos en tres niveles:

- 1) La primera aplicación al hombre;
- 2) Los ensayos en voluntarios sanos, con riesgos mínimos y cubiertos por adecuados seguros, sin diligencias de retribución económica.
- 3) Los ensayos comparativos (placebo) tratando moralmente conocer todos los efectos del medicamento, necesarios unos y riesgosamente inmorales otros, ya que en las pruebas a los enfermos no solo se les trata por su enfermedad actual, sino en posibilidades futuras parecidas o distintas de otros padecimientos.

La misma informática en el futuro tendrá que garantizar la ética del secreto y fundamentar los límites de los riesgos.

La “esperanza en la desesperanza” individual en casos de trasplantes, por ejemplo a veces soslaya sus peligros del rechazo, no solo inmunológico, sino del anonimato que debe guardarse en los registros y la posible violación como también puede pasar con “herencia de la inteligencia en niños probeta”.

La **revolución biológica** tiene tres tipos de dominios:

- El de la reproducción
- El de la herencia
- El del sistema nervioso.

En el dominio de la reproducción, por ejemplo, la molécula RV-486 de Baulieu y los ensayos de vacunación contra el embarazo si bien tienen “efectos felices” cuando se trata de proteger a la mujer enferma joven, es muy distinto cuando se utiliza para limitar la demografía en el mundo pobre -y podrán volverse armas temibles en las manos de un dictador que trate de controlar el futuro biológico de la especie humana-.

Se continúa discutiendo los asuntos relativos a la fecundación *in vitro* y la procreación asistida médicamente, con problemas éticos de los embriones supernumerarios cuyo destino es cuestionable frente a las esterilidades femeninas y el fomento a la adopción de niños huérfanos.

En el campo de la herencia genética, los casos se multiplican en el análisis ético cuando ya es posible conocer algunas enfermedades que aparecen en la infancia (talasemia) o después de los 40 años como la corea de Huntington.

¿Quién tomará la decisión en casos de suspensión del embarazo?

¿Cómo debe realizar el consejo genético?

¿En qué condiciones es posible reconocer la predisposición a una enfermedad y la esperanza

de limitar sus riesgos o el temor de asistir al desarrollo de medidas de exclusión?

La posibilidad de modificar el patrimonio genético primero en el colibacilo y después en el hombre ha suscitado ambivalencia entre esperanza y desconfianza.

Las acciones sobre “el germen” serían prohibitivas por la transformación del genoma, pero podría ocurrir que la acción sobre el (único) órgano potencialmente responsable de una enfermedad (hígado, médula ósea) podría justificar la acción sobre el soma modificando el pronóstico de algunas enfermedades genéticas.

El dominio sobre el sistema nervioso, no es tan evidente como el optimismo de investigadores de laboratorio o en la audacia del quirófano. Sus progresos se esperan en la psicofarmacología y la neurocirugía funcional, con el trasplante de tejidos y prospección de la naturaleza de las moléculas terapéuticas... El riesgo ocurriría si se tratara de cambiar clandestinamente a los tigres por corderos.

La inexorable enfermedad de Parkinson y las coreas han ofrecido un campo de resultados fugazmente halagüeño, pero es prematuro analizar sus consecuencias a largo plazo. ●





Tradicional danza de los parachicos en el marco de la "fiesta grande" del municipio de Chiapa de Corzo, Chiapas.
Foto: Harvey Vázquez Cortés.

Acciones relevantes en Salud



Arranque estatal de la campaña "Reafíliate al Seguro Popular" presidida por el Gobernador del estado, Lic. Manuel Velasco Coello, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.



Arranque de la 1a Semana Nacional de Salud 2014. "Mientras tú los quieres, las vacunas los protegen."



El Gobernador del Estado, Lic. Manuel Velasco Coello recorre el Centro Médico "Jesús Gilberto Gómez Mazza" en compañía del secretario de salud, Dr. Carlos Eugenio Ruiz Hernández.



Sexta Jornada de Cirugías Gratuitas de Labio y/o Paladar Hendido. Sistema DIF Chiapas, Operation Smile México e Instituto de Salud. San Cristóbal de las Casas.



Entrega de equipamiento a las áreas de urgencias y gineco-obstetricia en el hospital María Ignacia Gandulfo por parte de la Presidenta del DIF estatal, Sra. Leticia Coello de Velasco en el marco de la presentación del Programa Intersectorial de Atención a la Discapacidad Integral.



Recorrido del Secretario de Salud, Dr. Carlos Eugenio Ruiz Hernández por el Hospital de las Culturas. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



GOBIERNO DEL
ESTADO DE CHIAPAS

**SECRETARÍA
DE SALUD**

CHIAPAS NOS UNE