

Reflexiones sobre salud - enfermedad y cultura

Doctorante Rosa María Garza Marcué
rosmarcue@hotmail.com

Etnóloga Laura Elena Corona de la Peña
laura_elena_corona@hotmail.com
DIRECCIÓN DE ETNOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA SOCIAL - INAH

*Estoy y estuve en muchos ojos,
hoy sólo soy memoria y la memoria
que de mí se tenga.*

Elena Garro, Recuerdos del Porvenir

*Nunca antes sentí tanto dolor...
ese dolor tan profundo y silencioso
que estalló en todo mi cuerpo
cuando fui mudo testigo del sufrimiento
de un ser querido.*

L.E.C.P., Notas de hospital.

Decidimos escribir este texto un tiempo después de que vivimos momentos paralelos de angustia cuando en los últimos meses del 2005 nuestras madres estuvieron hospitalizadas, padecieron de dolores y tratamientos e incluso coincidieron una noche en el mismo hospital; su suerte sin embargo, dependió de su edad y gravedad. En esos días, tardes y noches que pasamos al lado de nuestras madres escribir fue una forma de desahogar los sentimientos de impotencia ante su sufrimiento causado por cirugías, sueros, sondas e innumerables procedimientos médicos. A la angustia propia de la hospitalización se sumó la ocasionada por la incertidumbre ante una huelga largamente anunciada y considerada justa;¹ la huelga se conjuró el 14 de octubre, pero los días anteriores fueron difíciles y en ellos se realizaron múltiples re-

uniones, entonces escuchamos las asambleas de los médicos y personal del tercer piso de medicina interna en las que manifestaban su compromiso con los enfermos: “cuando estalle la huelga no podemos negarnos a atender a ningún enfermo”.

Hoy día Emma continúa su vía crucis y aún no se establece un diagnóstico² preciso, en sus brazos quedaron las marcas de los múltiples y dolorosos intentos por canalizarla³ antes de optar por la instalación de un catéter subclavio,⁴ continúa con su colostomía⁵ y en este camino cercado de padecimientos iatrogénicos⁶ y tratamientos acertados hemos visitado tanto instituciones privadas como públicas de la Ciudad de México y en todos ellos hemos encontrado serias deficiencias pero también personas que aún tienen un trato humano y profesional para sus pacientes.

Rosa falleció después de una larga agonía durante la que vivimos múltiples sensaciones y experiencias que por lo intenso y doloroso ahora forman parte sustancial de nuestras vidas. Nuestra cotidianidad cambió, hubo que acomodar horarios comidas, trabajos. Así la solidaridad y reciprocidad como valores culturales entre pacientes y familiares adquiere un valor primordial y se convierte en una forma invaluable de relacionarse ante el dolor y el sufrimiento, esos días y noches en el hospital fueron una fuerte experiencia en la que se volvió habitual consolar al otro cuando el dolor propio es inmenso, lo mismo que presenciar la muerte tan de cerca y de manera casi cotidiana, cuando antes era una experiencia extraña y ajena.

Esta experiencia nos ha hecho reflexionar muchas cosas; sin embargo, destacan varias preguntas:

¿hasta dónde es necesario o deseable prolongar la vida?, ¿a qué costo? en ellas, por nuestra formación como antropólogas, nos enfrentamos a un punto central: el *concepto de salud-enfermedad y su trasfondo cultural*; aunque cabe apuntar que quedan otras preguntas urgentes: ¿cómo cambiar el modelo paternalista de atención médica y asumir la responsabilidad sobre nuestra salud y nuestro cuerpo?, ¿cómo detener el inminente deterioro de las instituciones de salud pública en nuestro país?, ¿cómo hacer que las políticas públicas, específicamente las referentes a la salud, respondan a las necesidades de los usuarios y no a los intereses de pequeños grupos de poder?

En esta ocasión nos concentraremos solamente en la cuestión del *concepto salud-enfermedad y su trasfondo cultural*, al respecto y con una perspectiva muy general, encontramos en nuestro país al menos dos realidades enfrentadas: por un lado la visión impuesta por el sistema de salud occidental caracterizado por ser de tipo curativo,⁷ fragmentario⁸ y especializado;⁹ y por otro el resultado de la confluencia de múltiples tradiciones entre las que se encuentran los diversos sistemas de salud indígenas y el español (mezcla a su vez de varias tradiciones). Refiriéndonos específicamente a los sistemas de salud indígenas podemos afirmar que en ellos tanto el paciente como la salud-enfermedad forman parte de un complejo sistema de múltiples interacciones, de manera que los diagnósticos y tratamientos se contemplan como procesos holísticos.¹⁰

Cada uno de los sistemas de salud tiene sus propios conceptos y nombres para referirse a lo que en este texto hemos nombrado salud-enfermedad, paciente, tratante, diagnóstico y tratamiento; a esta amplia diversidad debe añadirse



Aldea Kwikuru, Brasil, © Museo Nacional de las Culturas-INAH

la pluralidad de perspectivas tanto de los enfermos como de quienes los tratan, en las que inciden sus propios sistemas de creencias, su experiencia y cercanía a uno u otro sistema de salud. Otro aspecto en el que encontramos diversas posturas de distintos sistemas de salud es en cuanto a su forma de concebir a la muerte, en el caso de la medicina occidental nos parece que busca por lo general mantener la vida a toda costa y que en este afán muchas veces quedan en segundo plano el deseo de vivir y la calidad de vida.

En el caso de nuestras madres, su tratamiento central corrió a cargo del IMSS y deseamos compartir con el lector algunas de nuestras vivencias y observaciones en espera de que puedan servirle en situaciones similares o simplemente para la reflexión, cabe mencionar que también incluimos algunos testimonios del periodo en que una de nosotras trabajó en el IMSS como dietista. Diremos en principio que, de acuerdo con nuestra experiencia, el IMSS se rige por un sistema de organización vertical cuya co-



lumna vertebral es los médicos y donde el paciente “se ve mejor calladito”, es decir tiene mínima incidencia en las decisiones sobre su propio diagnóstico y tratamiento, de ahí que sea tan justo y exacto el término de “paciente” para designar a quien muchas veces debe esperar emulando a Job a que se le “atine” un diagnóstico y se decida cual será su tratamiento. El poder de decisión lo tiene el médico y el “otro”, el paciente, cuando mucho puede quejarse con los directivos (también médicos) o firmar su al-

ta voluntaria con lo que rompe la relación con la institución de salud, al menos temporalmente; pero mientras el paciente se mantenga dentro del sistema debe someterse a las decisiones de su médico tratante, quien delega muchos de los procedimientos al personal hospitalario que funge como el ejecutor directo.¹¹

Desde esta perspectiva, en el IMSS encontramos que el tratamiento médico tiene como núcleo una relación asimétrica en la que quien ostenta el poder, por su pre-

sunto conocimiento es el médico y que el “otro”, el paciente, es quien es calificado, clasificado y literalmente “manipulado”;¹² de manera que entre los médicos es muy común que el paciente se contemple más como un objeto que como un sujeto, es decir como un “problema” por descifrar, por lo que es usual marcar la distancia de distintas formas; una de las más comunes es el uso del lenguaje especializado. Cada mañana, en el mejor de los casos, el paciente hospitalizado recibe la visita de su médico tratante acompañado la mayoría de las veces por estudiantes, el médico pide a los familiares esperar afuera y el grupo de médicos rodea por turnos a cada paciente, a quienes por lo general se les pregunta como: *¿cómo sigue madrecita?*, *¿cómo va esa herida?*, *¿ya orino?*, *¿esta comiendo?*, etc., a veces se los saluda y muy pocos los llaman por su nombre. Una vez instalados frente al paciente, el médico o uno de los estudiantes describen a los demás el problema del que se trata:

Es un femenino de 70 años con ca¹³ de colón y metástasis¹⁴ al riñón, se le practicó una cirugía entero-entero¹⁵ y se le colocó una colostomía, un penrose,¹⁶ una sonda nasogástrica¹⁷ y una foley.¹⁸ Se le iniciará la vía oral¹⁹ en 48 horas.

Durante la visita el médico tratante hace preguntas a los estudiantes y en ocasiones alguno revisa las heridas y otros signos clínicos del paciente, mudo testigo de todo este dialogo “entre especialistas” y en el que él es el objeto estudiado; así transcurre la visita médica en la que sólo se vuelve a hablar con el paciente si es que se le dará de alta, para darle las indicaciones administrativas y uno que otro consejo para su cuidado en casa.

Esos mismos estudiantes que no contestaron bien las preguntas del médico se acercan al paciente horas después para hacerle la “curación”



Kaibi, tejiendo redes en tiras verticales, Xingu, Brasil, © Museo Nacional de las Culturas-INAH.

de sus heridas, que generalmente consiste en un lavado y la aplicación de antisépticos;²⁰ el paciente guarda silencio y muchas veces se pregunta si esos “practicantes” han hecho ese tipo de curaciones antes, si eso sí saben hacerlo, etc.; por momentos el dolor no es soportable y brotan lágrimas o se murmuran quejas, los médicos le dicen “*ya voy a terminar*”, “*no se mueva*”, en estas situaciones suele ser necesario un analgésico²¹ y en otras se indica algún opiáceo,²² pero la mayoría de las veces se hace la curación sin ninguno de ellos, a decir de los médicos: “*para evitar que el paciente se haga adicto*”. Las dudas del paciente sobre la pericia de los estudiantes para hacer las curaciones se despejarán días después, cuando es sometido a un lavado quirúrgico urgente por una inminente infección, todo a pesar de los fuertes antibióticos²³ que se le administran por vía intravenosa.

Las horas en el hospital pasan lentamente para el paciente y son insuficientes para sus familiares, que al igual que él deben cambiar su rutina de vida y tratar de darle ánimos mientras son testigos de su sufrimiento, decaimiento y tal vez de su fallecimiento. En busca

de la salud no se repara en gastos y, dentro de las posibilidades de cada familia, éstas buscan y adquieren cualquier cosa que les recomienden los médicos o el personal hospitalario, así como los medicamentos que aunque están en el cuadro básico del IMSS en la vida real no están disponibles. Además de los gastos es indispensable aprender, y casi volverse experta en técnicas de manejo y cuidado de enfermos, por eso es común intercambiar recetas y remedios que alivien las incomodidades hospitalarias de nuestros enfermos (almohadas de alpiste, colchones de aire, masajes, miel de abeja para llagas y heridas, etcétera); lo mismo que burlar vigilancias y retenes para estar más tiempo con ellos o ingresar al pariente o amigo que viene de muy lejos y quiere dar cariño y apoyo a nuestras enfermas. Pero aún más importante es reclamar trato digno para nuestro familiar y para nosotros y exigir información, pues el manejo que se hace de ésta es privilegiado; así como luchar para no permitir los regañones y malos tratos del personal hospitalario, cuando uno “los importa” inquiriendo sobre el estado de salud de nuestros familiares internados. Incluso

son comunes casos de “rapiña” en los que algunos empleados aprovechan el dolor y la vulnerabilidad de los deudos para conseguir materiales de curación u otros bienes que luego revenden.

Familiares, enfermos y personal compartimos tiempo y espacio conformando una “comunidad” con su propio lenguaje e intereses en la que los cargos están delimitados en torno a la reciprocidad y al trabajo como valores identitarios que nos vinculan fuertemente, así los hijos devuelven a sus padres parte del esfuerzo que ellos les brindaron: “con estas manos que tu cuidaste, hoy quiero arrojarte, cuidarte, llevarte, alimentarte; a ti que me arropaste, consolaste, guiaste y cuidaste con todo tu corazón y tu energía”, es un acto de amor recíproco que queda en la memoria.

Durante la hospitalización de uno de sus miembros la familia entra en crisis, más aún si el enfermo es el jefe de la misma, de manera que se pone a prueba a todos los integrantes, algunos se desentienden y otros descuidan su salud mientras la tensión crece ante la falta de un diagnóstico o ante el inminente final, los problemas y permisos laborales, el mantenimiento de la casa, los niños, etc.; la urgencia está en la salud del enfermo y la restauración del orden familiar, en esta circunstancia los conflictos no se hacen esperar aunque la mayoría de las familias se organizan para estar al pendiente y con ello inician una cadena de desvelos, carreras y nuevas funciones para la mayoría de sus integrantes. Terminada esta dolorosa experiencia llega el tiempo de reconciliarse con aquellos que en esos tiempos te llenaron de amor, apoyo y consuelo, porque en este trance es necesario saber aquí y ahora, en este infierno, con quién cuentas; así los tejidos sociales, si bien se rompen también se recom-

ponen en el amor y la solidaridad, por lo que la familia nuclear sobrevive fortalecida.

Cada paciente, cada familiar, cada trabajador de la salud vivimos y sufrimos la enfermedad y la muerte de manera distinta, siempre en función de nuestras propias experiencias, conceptos y expectativas sobre la salud, la vida y la muerte. Nos parece pertinente, para analizar la manera en que están organizadas estas formas de vivir la enfermedad y la muerte, utilizar los planteamientos que sobre el signo cognitivo hace Umberto Eco (1975 [1988:89]), para quien éstos están constituidos “siempre por uno (o más) elementos de un PLANO DE LA EXPRESIÓN colocados convencionalmente en correlación con uno (o más) elementos de un PLANO DEL CONTENIDO”. Desde este punto de vista, la amplia diversidad de perspectivas (contenidos) pueden agruparse en tendencias que se manifiestan en valores generales (expresiones), materia del análisis antropológico. En nuestro caso particular y de acuerdo con nuestra reciente experiencia encontramos los siguientes:

Es importante aclarar el sentido de los conceptos mencionados para poder analizar este sistema de salud:

Por *salud* se entiende el estado de equilibrio dinámico entre el organismo y el ambiente que mantiene las características del mismo dentro de los límites normales de acuerdo con raza, género, y fase en el ciclo de vida (Osol, 1983:1168);²⁶ mientras que la *enfermedad* se describe como un padecimiento, afección o fracaso de los mecanismos adaptadores de un organismo para contrarrestar adecuadamente los estímulos o tensiones a los que es sometido (Osol, 1983:446). En cuanto al concepto de *vida*, se considera como la suma de las propiedades mediante las cuales un organismo crece, se reproduce y se adapta a su ambiente (Osol, 1983:1355,1356); por lo que se considera que una persona está viva mientras muestre indicios de vida. El concepto opuesto *muerte*, se define como cese de la vida más allá de la posibilidad de resucitación mediante procedimientos médicos (Osol, 1983:874). De lo anterior se derivan dos puntos de

reflexión que nos parece importante destacar:

1. La inalcanzable y a toda costa anhelada vida eterna, es un deseo paralelo al de la eterna juventud.
2. El ejercicio del poder en el que se enfrenta un “yo” contra un “otro”, es un aspecto que si bien está presente en todos los ámbitos de la actividad humana, en el proceso salud-enfermedad tiene implicaciones prácticas que dificultan el bienestar del paciente.

Sobre el primer punto comentaremos que como producto de los valores de la medicina occidental, el objetivo de su ciencia médica ha sido por años la prolongación de la vida y de la juventud, entendida esta última como la etapa más funcional y estética del organismo. Al respecto compartiremos dos testimonios:

Corría el año de 1992 cuando no se conocía mucho sobre el SIDA y en el hospital al que nos referimos se recibió el primer paciente con este diagnóstico, le asignaron la cama 301 y lo manejaron como *aislamiento*

| Sistema de salud occidental | | |
|------------------------------------|------------------------------|--|
| Concepto | Contenido | Expresión |
| Proceso salud-enfermedad | Salud | Acciones preventivas individuales y diferenciadas ²⁴ |
| | Enfermedad | Diagnóstico diferenciado ²⁵ |
| Proceso vida-muerte | Vida | Rechazo generalizado a la eutanasia y el aborto |
| | Muerte | Se busca mantener signos vitales de la persona mientras sea posible |
| Relación médico-paciente | Relación asimétrica | Poca incidencia del paciente en su diagnóstico y tratamiento; la responsabilidad de su salud recae en quien detenta el poder: “el médico”. |
| Juventud | Estado de plenitud funcional | Es deseable mantenerse joven al menos en apariencia |

tomando las mayores precauciones posibles. Se trataba de un soldado de 35 años de compleción robusta; durante días su médico tratante y sus compañeros comentaron el caso en la sala de médicos; se preguntaban la forma del contagio y en el aire flotaba la duda sobre la sexualidad del paciente, hasta que finalmente se obtuvo su "confesión": *en el ejército se pasan muchos meses aislados y uno tiene necesidades*. También en esa sala se debatía la forma de darle un trato humano al paciente y no arriesgarse al contagio y allí mismo, casi un mes después, el médico responsable del "301" comentaba a sus compañeros: *en su cultivo se encontró neumococo*; el médico sabía que

en cualquier momento no podría respirar y dudaba de conectarle uno de los únicos dos respiradores que tenía el hospital, pensaba que no tenía caso y además se contaminaría el aparato; se hizo un silencio y en eso llegó corriendo la enfermera a avisarle que el paciente se estaba ahogando; el médico se levantó corriendo y le conectó el respirador, minutos después el "301" falleció.

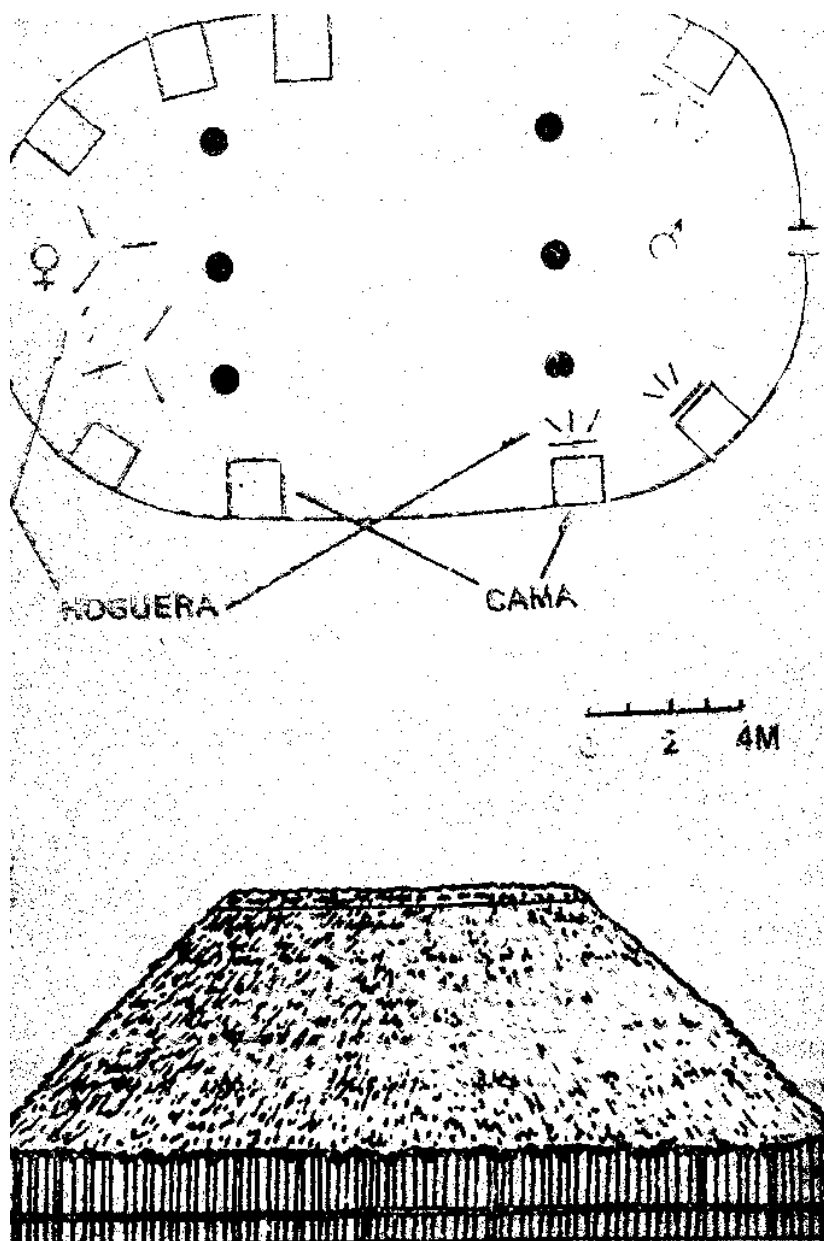
Un joven de 23 años, militar en servicio sufrió un accidente automovilístico durante el cual se le encajó la culata de su rifle causándole severos daños. Durante al menos seis meses se le mantuvo con vida aunque cada vez menos conciente y con más son-

das, aparatos, etc. Su padre se hacía cargo de su cuidado y sufría día a día con el dolor de su hijo y ante el pronóstico de que "si vive será con muchos daños" solicitaba a los médicos se le dejara descansar; sin embargo, ellos le explicaron que mientras hubiera vida había esperanza y que era antiético pensar en "desconectarlo". Así pasaron los días y a pesar de todos los esfuerzos médicos y del dedicado cuidado de su padre, Miguel cada día se moría un poco más y finalmente, con 25 kilos menos, su hígado y riñones inservibles, su abdomen abierto y sus ojos sin mirada murió; ese día su padre, con un palpito de dolor e impotencia se despidió de todos y nos mostró una foto del verdadero Miguel, del que realmente vivía antes del accidente.

En cuanto a la segunda encontramos que la relación médico-paciente es un punto nodal en la atención a la salud y en ella se encuentran dos realidades con sus propias experiencias, conocimientos y expectativas; se trata la mayor de las veces de una relación asimétrica en la que quien ostenta el conocimiento tiene el poder de decisión y esto le confiere un halo diabólico o de santidad o bien lo convierte en una especie de "padre", ilustraremos esta reflexión con varios testimonios:

En la consulta externa un médico recibió como paciente a un señor de 50 años y de acuerdo con su criterio consideró que se trataba de un padecimiento psicossomático y le dijo al paciente que no tenía nada, terminó la consulta y el señor se dirigió a la puerta de la clínica, ahí mismo cayó muerto. En el hospital fue muy comentado el caso y los médicos hicieron frente común con su compañero durante todas las investigaciones, después de ellas se le liberó de toda responsabilidad.

Una señora de 54 años acudió a consulta porque le resultaban dolorosas las relaciones sexuales, estaba ase-



Casa comunal Jíbaro Perú-Ecuador, Brasil, © Museo Nacional de las Culturas-INAH

gurada por el trabajo de su esposo y contaba con escasos recursos económicos, el médico le dijo que no se podía hacer nada, que si le dolían mejor no las tuviera; ella le comentó que sabía de la posibilidad de hacer una cirugía a lo que el médico le dijo: *las cirugías tienen muchos riesgos, mejor no tenga relaciones.*

En un hospital pasaron visita los médicos internos, uno de ellos revisó la hoja de enfermería y le dijo al otro *tiene bajo el potasio*, entonces decidieron administrárselo, trajeron la bolsa y trataron de aplicárselo por vía intravenosa, aunque la bolsa indicaba que la administración debía ser parenteral, la paciente sintió un ardor insoportable al iniciar el paso del líquido, se llamó a un médico de base y éste indicó que se quitara la bolsa y le pidió a la paciente que le avisara si sentía alguna contracción o palpitación.²⁷

Los familiares de los pacientes por lo general se apoyan entre sí y se dan consejos: *cuide a su paciente, esos médicos internos nada más andan practicando, no saben bien las cosas y como se ponen a decidir pueden ser peligrosos; mi hija tiene aquí más de un mes y yo le he dicho que se cuide y se defienda, sobre todo cuando vienen los médicos y nos sacan a los familiares, también he ido varias veces con el subdirector para reportarlos, es la única forma.*

Durante una cirugía de terceros molares el médico no logró extraer el superior derecho y éste se alojó en el seno maxilar²⁸ junto con 5 torundas; sin embargo, ante la insistencia de la paciente de que no lo había extraído él le aseguro que no se había dado cuenta porque estaba “anestesiada” (se le había aplicado anestesia local). Días después la inflamación era notable y la radiografía ortopantográfica²⁹ reveló que la muela se encontraba en el seno maxilar; la paciente acudió a un cirujano maxilofacial y por recomendación de éste a un otorrino; se decidió operar con anestesia total, cuando la paciente



Kaipó, Brail, © Museo Nacional de las Culturas-INAH

preguntó sobre el procedimiento quirúrgico el médico le contestó “usted no se preocupe de eso, sólo siga las instrucciones”.

Si bien el panorama luce poco prometedor, la tendencia mundial en cuanto a la práctica médica se dirige hacia la instalación de otro paradigma, el de la responsabilidad de la propia salud y el trato humano y profesional de los pacientes; aunque su aplicación ha tenido avances desiguales en las distintas regiones del planeta. Al respecto mencionaremos que el 18 de septiembre de 1947 surgió la Asociación Médica Mundial (AMM) que en su página web (AMM 2003:s/p) relata que se fundó:

...cuando médicos de 27 países diferentes se reunieron en la Primera Asamblea General de la AMM, en París. La organización fue creada para asegurar la independencia de los médicos y para servir los niveles más altos posibles en conducta ética y atención médica, en todo momento. Esto fue particularmente importante para los médicos después de la Segunda Guerra Mundial y por esto, la AMM siempre ha sido

una confederación independiente de asociaciones profesionales libres. La AMM es financiada a través de las cuotas anuales de sus miembros, que ahora han aumentado a 80 países aproximadamente.

El objetivo de la AMM es servir a la humanidad mediante el esfuerzo por alcanzar los niveles más altos en educación médica, arte de la medicina, ética médica y atención médica para todas las personas del mundo.

La AMM ha tenido distintas reuniones en varios países y en ellas se han discutido distintos temas, entre los que destacan los puntualizados por De la Fuente (1996:59): 1) intervenciones médicas relacionadas con la iniciación, prolongación e interrupción de la vida; 2) aplicación de procedimientos de diagnóstico y tratamiento más eficaces y también más peligrosos; 3) uso de fármacos que alteran la conciencia, el humor y la conducta; y 4) implicaciones de experimentación clínica en seres humanos. Producto de estas reuniones son las diversas declaraciones emitidas con respecto a cuestiones de ética médica que

incluyen los llamados “derechos del paciente” y “derechos del médico”. En espera de que este nuevo paradigma termine de instalarse en nuestro país, sólo nos restan dos cosas por hacer:

1) Agradecer con el alma haber encontrado médicos humanos y cálidos que nos aseguraron no practicar curaciones invasivas ni violentas que prolongaran innecesaria y dolorosamente la vida de nuestras madres y que en uno de los casos también se preocuparon por ofrecernos apoyo psicológico a ambas (madre e hija) para afrontar, entender y dejar llegar lo que venía, para así esperar, esperar y saber que lo que se estaba viviendo era un tiempo paradójicamente trágico y precioso, por lo que era preciso aprovecharlo y vivirlo con intensidad para hablar y hacer todo aquello que después ya sería inútil.

2) Participar activamente en el cambio de paradigma ejerciendo nuestros derechos como pacientes y familiares, pero también tomando en nuestras manos la responsabilidad de nuestra salud y de nuestro cuerpo.

Notas

¹ Con la que se buscaba defender un sistema de seguridad social que aún con todas sus fallas es imprescindible.

²Arte o acción de determinar la naturaleza de la enfermedad en un paciente (Osol, 1983:387). Calificación que da el médico a un padecimiento (enfermedad) según los signos (aspectos visibles directa o indirectamente) que advierte y los síntomas (aspectos que refiere el paciente).

³ Instalación de venoclisis, es decir, de un sistema de inyección de líquidos (nutritivos o de fármacos) en el interior de una vena (Osol, 1983:1347) en la que se utiliza como impulso la fuerza de la gravedad o una bomba de infusión, generalmente se instala en las extremidades superiores.

⁴ Tubo hueco que puede ser de distintos materiales (Osol, 1983:233) que se introduce por una de las dos

venas subclavias (se extienden desde la clavícula hasta la vena cava superior) para distintos procedimientos de entrada y salida de líquidos. Según nos explicó uno de los médicos tratantes es la opción más indicada para pacientes cuya estancia hospitalaria será prolongada, pero por su alto costo en nuestro país se restringe su uso en los hospitales del sector salud.

⁵ Formación quirúrgica de un ano (terminación intestinal por la que se excreta la materia fecal) artificial en la pared abdominal anterior (delantera) o en la región lumbar (Osol, 1983:293).

⁶ Relacionado con la medicina o los médicos (Osol, 1983:696). Término utilizado para referirse a daños causados al paciente en el sistema de salud.

⁷ Centra su práctica en la solución, control o paliación (eliminación sólo de los síntomas) de problemas y da poca importancia a la prevención. Cabe aclarar que en la actualidad existe la tendencia a incrementar las acciones preventivas, con lo cual, además de reducir los costos de la atención médica, se mejora el rendimiento de la población productiva.

⁸ Considera al individuo, lo mismo que a cada padecimiento y órgano del cuerpo como entidades aisladas, las cuales estudia y trata de manera separada con pocas o nulas referencias a interacciones más amplias.

⁹ Producto de la visión fragmentaria propia de este tipo de práctica médica se da una tendencia a la especialización del personal médico.

¹⁰ Tendencia que busca entender los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan; corresponde a una actitud integradora que orienta hacia una comprensión contextual de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos. La holística se refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que por lo regular no se perciben si se estudian los aspectos que conforman el todo, por separado (Barrera Morales 2001:s/p).

¹¹ Nos referimos a los departamentos de enfermería, nutrición, laboratorio,

radiología, etc.; quienes a su vez requieren de la solución de aspectos operativos que están a cargo del personal administrativo, de archivo, de mantenimiento, de intendencia, etc.

¹² En los casos más invasivos con el equivalente para el médico de una varita mágica, el bisturí.

¹³ Abreviatura de *cáncer*. Padecimiento caracterizado por la aparición de uno o varios tumores (masa anormal resultante de la multiplicación celular excesiva) (Osol, 1983:212).

¹⁴ Dispersión de una enfermedad desde un foco primario hasta otro distante (Osol, 1983:836).

¹⁵ Procedimiento quirúrgico en el que se unen dos porciones intestinales que encontraban separadas.

¹⁶ Orificio de drenaje generalmente preparado durante una cirugía para permitir la salida de líquidos desde una cavidad en el periodo postoperatorio.

¹⁷ Sonda que se inserta por uno de los orificios nasales y que llega a la cavidad gástrica, puede utilizarse para drenar líquidos o bien para administrar alimentos al paciente (Osol, 1983:883,1223).

¹⁸ Sonda provista de un globo, que se introduce a la vejiga urinaria y a través de la cual el paciente drena la orina sin realizar esfuerzo (Osol, 1983:565).

¹⁹ Se refiere a la administración de alimentos o medicamentos por la boca.

²⁰ Compuesto orgánico o inorgánico que detiene o inhibe el crecimiento de bacterias sin necesidad de matarlas (Osol, 1983:110).

²¹ Medicamento que alivia el dolor, existen distintos tipos según el mecanismo que siguen para cumplir su función (Osol, 1983:82).

²² Narcótico que tranquiliza o adormece los sentidos, generalmente derivado del opio (Osol, 1983:941).

²³ Medicamentos que por distintos mecanismos matan microorganismos, generalmente se obtienen a partir de otros microorganismos (Osol, 1983:105).

²⁴ Específicas para reducir factores de riesgo como sobrepeso, tabaquismo, sedentarismo, etcétera.

²⁵ Tratamiento encaminado a la curación, paliación o rehabilitación dirigido a un órgano (hígado, cora-



Kaiapo, Brasil, © Museo Nacional de las Culturas-INAH

zón, intestino, etc.) o sistema (digestivo, respiratorio, circulatorio, etcétera) específico.

²⁶ Cabe aclarar que existen múltiples definiciones de salud y no se ha llegado a un acuerdo general.

²⁷ Para cumplir la pena de muerte, uno de los métodos utilizados es la aplicación de KCL (cloruro de potasio), esto se debe a que en dosis elevadas puede provocar un paro cardíaco en sístole (momento de contracción del músculo cardíaco).

²⁸ Hueco o cavidad dentro del hueso maxilar.

²⁹ En la que se aprecia en un solo plano la totalidad de la dentadura.

Bibliografía

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, *Página oficial* [en línea], Texinfo ed.

[Francia]: Asociación Médica Mundial © 2005 Asociación Médica Mundial, disponible en World Wide Web <http://www.wma.net/s/policy/c8.htm>>

BARRERA Morales, Marcos Fidel, “Holística” [en línea], Texinfo ed. [Argentina]: *Monografías* 1997 Lucas Morea / Sinexi S.A., mayo 2001, disponible en World Wide Web: <http://www.monografias.com/trabajos7/holis/holis.shtml>>.

DE LA FUENTE, Juan Ramón, “Medicina y valores humanos”, en De la Fuente, Juan Ramón y Rodolfo Rodríguez-Carranza (coords.), *La educación médica y la salud en México. Textos de un debate*, México, Siglo XXI editores/FM-UNAM, 1996, pp. 59-69 (Salud y sociedad).

ECO, Umberto, *Tratado de semiótica general*, España, Edit. Lumen, 1988.

OSOL, Arthur (coord.), *Diccionario breve de Medicina de Blakiston*, La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1983 (Ediciones científicas).

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA DE LA LENGUA, “XXI Edición del Diccionario de la Real Academia Española” [en línea], Texinfo ed. [Perú]: *Terra* 2005, Terra Networks Perú S.A., disponible en World Wide Web <http://diccionario.terra.com.pe/cgi-bin/b.pl>>

WILLIAMS, John R., *Manual de ética médica* [en línea], Texinfo ed. [Francia]: Unidad de Ética de la Asociación Médica Mundial © 2005 Asociación Médica Mundial, disponible en World Wide Web <http://www.wma.net/s/policy/c8.htm>>