

# **INDIVIDUALIZACIÓN DIAGNÓSTICA Y DIVERSIFICACIÓN TERAPÉUTICA**

Memorias del Coloquio Internacional sobre Medicina Integrativa  
Ciudad de México, 4 a 7 de diciembre de 2017

Paul Hersch Martínez y Angel González Domínguez  
(coordinadores)

Programa de Medicina Integrativa  
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Programa Actores Sociales de la Flora Medicinal en México  
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA

## INDICE

<b>Introducción al coloquio</b>	<b>5</b>
<i>Paul Hersch Martínez</i>	
<i>Ángel González Domínguez</i>	
<b>El Programa de Medicina Integrativa: orígenes, fundamentos, principios y perspectivas.</b>	<b>8</b>
<b>Relevancia de la apertura al servicio público y derivaciones para las políticas de salud</b>	
<i>Paul Hersch Martínez</i>	

## PRIMERA SECCIÓN

### CONVERSATORIOS

<b>1. ¿Qué es y qué puede ser en nuestra práctica cotidiana una “medicina integrativa” y una “medicina personalizada” y sus derivaciones en la Salud Pública?</b>	<b>21</b>
<i>Alejandrina Cabrera Muñoz, Claire Harpet, Paul Hersch Martínez</i>	
<b>2. Retos epistemológicos y metodológicos inherentes a la evaluación del impacto clínico en procesos de individualización diagnóstica y diversificación terapéutica</b>	<b>33</b>
<i>Alberto Lifshitz, Alma López, Carlos Viesca Treviño</i>	
<b>3. Las perspectivas y retos de los servicios de base sustantivos: enfermería, droguería, trabajo social, archivo clínico</b>	<b>47</b>
<i>Alejandra García, Valeria Mendoza, Jaime Ramírez, María Rodríguez, Amy Soto</i>	
<b>4. La perspectiva de los pacientes y grupos organizados</b>	<b>58</b>
<i>Jean Christophe Charrié, Primitivo Rodríguez Hernández, María Elena Ramírez Oropeza, Rosa María Hernández Yañez, Laura Silva, Bernardo Carlos González Domínguez, Xoan Zenteno Cuevas</i>	
<b>5. Perspectivas de proyección al servicio público de otras modalidades diagnósticas y terapéuticas</b>	<b>75</b>
<i>Jorge Abia, Brenda Bogaert, Raquel Menéndez</i>	
<b>6. El servicio de Acupuntura</b>	<b>87</b>
<i>Tania Rivera, Beatriz Barrera, Eduardo Abrego</i>	
<b>7. Perspectivas del Programa de Medicina Integrativa</b>	<b>102</b>
<i>Manuel Chávez Ángeles, Paul Hersch Martínez, Adalberto Orozco</i>	
<b>8. De la etnobotánica a la fitofarmacología</b>	<b>117</b>
<i>Verónica Rodríguez, Paul Hersch Martínez</i>	
<b>9. Instituciones, regulaciones y distribución de recursos en torno a la fitoterapia</b>	<b>122</b>
<i>José Luis de Prado, Andrés Fierro Álvarez, Gustavo Morales</i>	

## SEGUNDA SECCIÓN

### PONENCIAS

<b>Calidad de la atención en el programa de Medicina Integrativa</b>	<b>139</b>
<i>Ángel González Domínguez, M. Cruz Sánchez</i>	
<b>La plante medicinale: de la tradition a la science</b>	<b>148</b>
<i>Alain Carrillon</i>	
<b>Organización y funcionamiento del Servicio de Fitoterapia Clínica</b>	<b>156</b>
<i>Araceli Castrejón Rojas, Adalberto Orozco Navarro</i>	
<b>Servicio de Autouroterapia</b>	<b>158</b>
<i>Bernardo Carlos González Domínguez</i>	
<b>Organización y funcionamiento del servicio de acupuntura</b>	<b>165</b>
<i>Tania Rivera</i>	
<b>Caso clínico. Diabetes mellitus 2</b>	<b>166</b>
<i>Adalberto Orozco Navarro</i>	
<b>Caso clínico: Abordaje endobiogénico en el diagnóstico y tratamiento del climaterio</b>	<b>174</b>
<i>María Isabel Arriaga Moreno</i>	
<b>Caso clínico: Sinusitis crónica</b>	<b>179</b>
<i>Miguel García Poujol</i>	
<b>Menopausia y climaterio: Estudio sobre el tratamiento de 50 pacientes con Fitoterapia Clínica en el Centro Especializado en Medicina Integrativa</b>	<b>185</b>
<i>Miguel García Poujol, Juan Alberto Chávez Castañón</i>	
<b>Clínica homeopática en un caso de psoriasis en placa</b>	<b>190</b>
<i>Elizabeth Riveroll Arriaga</i>	
<b>Entrevista al Dr. Jean Claude Lapraz</b>	<b>195</b>
<i>Jean Claude Lapraz, Paul Hersch Martínez</i>	
<b>Treating epilepsy: Insights from Martha Nussbaum's capability approach and Lao Tzu</b>	<b>201</b>
<i>Brenda Bogaert</i>	
<b>Problems of quality, harmonization, rational and related consumption of medicinal plants and proposals for their solution in European Union (and Lithuania)</b>	<b>206</b>
<i>Ona Ragažinskienė</i>	
<b>Historical traditions of herbalism in Lithuania</b>	<b>214</b>
<i>Zenona Šimaitienė</i>	
<b>Reflects of archaic treatments iun the Lithuanian traditional medicine</b>	<b>220</b>
<i>Tauras Antanas Mekas</i>	

## CARTELES

<b>Evaluación de la atención de Diabetes Mellitus por Fitoterapia Clínica</b>	<b>223</b>
<i>Benjamín Antúnez Flores y cols.</i>	
<b>Evaluación de la atención de Ansiedad por Fitoterapia Clínica. I</b>	<b>227</b>
<i>María Isabel Arriaga Moreno y cols.</i>	
<b>Evaluación de la atención de Ansiedad por Fitoterapia Clínica. II</b>	<b>230</b>
<i>María Isabel Arriaga Moreno y cols.</i>	
<b>Evaluación de la atención de Lumbalgia con Acupuntura</b>	<b>234</b>
<i>B. Barrera Acuña. y cols.</i>	
<b>Evaluación de la atención de Gonartrosis con Acupuntura</b>	<b>237</b>
<i>B. Barrera Acuña y cols.</i>	
<b>Evaluación de la atención de Gonartrosis con Autouroterapia</b>	<b>240</b>
<i>Bernardo González Domínguez, M. Cruz Sánchez.</i>	
<b>The vegetable raw materials and devices for preparing medicines from them - The exhibits in the Museum of the History of Medicine and Pharmacy of Lithuania</b>	<b>242</b>
<i>Ona Ražažinskienė, Tauras Antanas Mekas, Zenona Šimaitienė</i>	

## Introducción al Coloquio

*Paul Hersch Martínez, Ángel González Domínguez*

Las memorias que a continuación se presentan reúnen una parte sustantiva de las presentaciones hechas a lo largo del Coloquio Internacional sobre Medicina Integrativa llevado a cabo los días 4 a 7 de diciembre de 2017, y cuyas tres primeras jornadas se realizaron en el Museo Nacional de las Culturas de México y del Mundo, en la Ciudad de México, y la cuarta en la Facultad de Farmacia de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, en la ciudad de Cuernavaca.

El evento fue convocado por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México a través de su Programa de Medicina Integrativa, con el apoyo del Programa “Actores Sociales de la Flora Medicinal en México”, del Instituto Nacional de Antropología e Historia. En el encuentro aportaron experiencias y reflexiones de participantes de diversa proveniencia en nuestro país, además de contar con el aporte de ponentes y conferenciantes de Francia y Lituania.

El objetivo del coloquio fue presentar avances y analizar contextos y perspectivas del Programa de Medicina Integrativa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Dicho objetivo deriva del arranque, en octubre de 2011, de la prestación de servicios de atención médica a través de dicho programa, estructurado en una instancia central –el Centro Especializado en Medicina Integrativa- y diversos consultorios periféricos ligados al mismo, ubicados en diversas jurisdicciones sanitarias de la red de unidades médicas de la Secretaría de Salud en la ciudad de México. Los servicios que se otorgan desde el inicio del Programa son los de Fitoterapia Clínica, Acupuntura y Homeopatía. A partir de 2016 se integró al mismo el Servicio de Autouroterapia, actualmente en proceso de consolidación.

Para el desarrollo del Programa referido se seleccionó y capacitó a un grupo de médicas y médicos, que para el caso del Servicio de Fitoterapia Clínica implicó la impartición de un curso de 18 semanas de duración a cargo de un equipo mixto de profesores de la Sociedad Internacional de Medicina Endobiogénica y Fisiología Integrativa, de la Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica y del Instituto Nacional de Antropología e Historia, con participación a su vez de docentes del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Universidad Nacional Autónoma de México; para el caso de las áreas de Acupuntura y Homeopatía, se ubicaron egresados de instituciones de enseñanza superior que forman profesionales en esos ramos en el país. Así, a seis años de trabajo ininterrumpido, resultaba imperativo realizar un balance del proceso en sus diversas implicaciones.

Diversos alcances, impactos, dificultades y retos del Programa fueron motivo de presentaciones y análisis, en complementariedad con aportes de especialistas y académicos procedentes de otras instituciones relacionadas con la temática del evento. Cabe advertir que la Medicina Integrativa a que se refiere el Programa no consiste esencialmente en la integración misma de diversas modalidades diagnósticas y terapéuticas, sino en la integración de los pacientes y del personal institucional a una propuesta plural e incluyente de atención, enfocada en responsabilidades compartidas y complementarias en el proceso preventivo, diagnóstico y terapéutico, y en el rescate de la condición ciudadana de todos los participantes en su alcance individual y colectivo. Por ello, el Programa tiene por eje la confluencia de

estrategias de atención a diverso nivel, en función del paciente redimensionado como ciudadano en su contexto múltiple.

El coloquio se estructuró en cuatro modalidades de participación: a) conversatorios temáticos con invitados; b) presentación de ponencias; c) presentación de carteles y d) conferencias. Para las presentaciones de ponencias y carteles fueron convocados formalmente todos los integrantes del Programa de Medicina Integrativa, así como especialistas invitados, nacionales y extranjeros, en vinculación con el mismo. Los trabajos que aquí se presentan fueron integrados mediante un proceso que partió de la libre invitación al evento, de la participación efectiva en el mismo, de la consiguiente entrega formal de los trabajos por escrito, del dictamen de los mismos, de la disposición de respuesta a las observaciones y recomendaciones hechas y de la versión definitiva acordada con los autores resultante de todo el proceso. Los textos de las conferencias fueron también dictaminados, los conversatorios fueron grabados y transcritos, y las transcripciones resultantes fueron a su vez revisadas con los participantes. La coordinación de este trabajo, incluida la integración de estas memorias y de los dictámenes, corrió a cargo de quienes han coordinado en una primera etapa y han participado en esa coordinación en etapas posteriores del desarrollo del Programa (Paul Hersch Martínez<sup>1</sup> y Angel González Domínguez<sup>2</sup>); cabe reconocer en este marco el apoyo de los integrantes el equipo de trabajo del programa Actores Sociales de la Flora Medicinal del INAH, en particular el trabajo de Mariana Bestard Montalvo y María Grace Salamanca, participantes en la compilación, registro, transcripción, revisión y organización de los textos, así como el apoyo logístico de Raúl García Contreras, Ana Catalina Sedano Díaz e Ignacio García Madrid en el encuentro.

Queremos agradecer a todos los participantes en el Coloquio y en su organización. Gloria Artís Mercadet, directora del Museo Nacional de las culturales de México y del Mundo, y Karla Peniche, su brazo derecho, brindaron los espacios en el magnífico recinto de dicho museo para la realización del evento en la Ciudad de México, al tiempo que Verónica Rodríguez, titular de la Facultad de Farmacia de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, hizo lo propio para la cuarta jornada del encuentro. Agradecemos la participación fundamental del Adalberto Orozco, titular del Programa de Medicina Integrativa y del Dr. Angel González Domínguez, de la SEDESA, quien además de coordinar el apoyo institucional de la Secretaría de Salud participó en el dictamen y orientación de varias de las ponencias presentadas por personal de dicho Programa, así como el apoyo del doctor Plácido León, titular de la Dirección Médica, para la realización del Coloquio. A su vez, la participación de la Dra. Alma Ethelia López Caudana resultó fundamental en la orientación de varios de los trabajos presentados.

Sin duda, esta experiencia constituye un punto de partida incipiente pero promisorio en un proceso de análisis aun somero, y donde el ejercicio de sistematización de la atención médica en espacios asistenciales que no se encuentran orientados básicamente a la investigación sino a los servicios constituye un reto que hay que afrontar. En ese sentido, cabe hacer un reconocimiento a todos aquellos quienes, ante la oportunidad y el reto que significó este ejercicio de reflexión, hicieron su aporte de manera profesional. De la sistematización

---

<sup>1</sup> Consejo Asesor del Programa de Medicina Integrativa, SEDESA.

<sup>2</sup> Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, SEDESA.

continuada y rigurosa de la práctica en condiciones reales depende en buen grado la legitimación de todo proceso.

Pero además, en términos de la sistematización de estos saberes y en un aspecto que de ninguna manera es de menor importancia, se encuentra el reto epistemológico inherente al análisis de modalidades diagnósticas y terapéuticas que se enmarcan en paradigmas en mayor o menor grado marginales al biomédico y/o contrastantes con él. Las páginas que siguen se ocupan de varias particularidades resultantes de ese contraste.

Este pequeño paso reflexivo y analítico, esta incipiente sistematización, anuncian una tarea fundamental para los servicios, para la investigación, para el avance del conocimiento y para la formación de nuevos cuadros profesionales con un perfil acorde con los retos actuales y con los requerimientos de una práctica médica eficaz y verdaderamente personalizada en nuestro país, en un marco determinante, que es el de los servicios públicos de atención.

## El Programa de Medicina Integrativa: orígenes, fundamentos, principios y perspectivas.

Relevancia de la apertura al servicio público y  
derivaciones para las políticas de salud

*Paul Hersch Martínez*

Programa Actores Sociales de la Flora Medicinal en México  
Instituto Nacional de Antropología e Historia

Consejo Asesor del Programa de Medicina Integrativa, Secretaría de Salud de la CDMX

*Escribió Spinoza que las dos emociones básicas de los seres humanos son el miedo y la esperanza.  
Pero el miedo y la esperanza no se distribuyen por igual entre los grupos sociales  
o épocas históricas. Hay grupos sociales en los que el miedo supera de tal modo a la esperanza  
que el suceder del mundo los rebasa sin que puedan hacer que el mundo suceda.  
Boaventura de Sousa Santos*

### **Introducción**

Cabe de entrada, partiendo de la cita que precede este texto, señalar que hoy estamos al límite en cuanto a la incertidumbre abismal resultante de la distribución diferencial del miedo y la esperanza entre la población, incertidumbre que constituye hoy un problema de salud pública que puede ser difuso, pero no irrelevante. Esta tensión creciente entre el miedo y la esperanza atraviesa ineludiblemente el campo de las políticas de salud y de atención médica. Deseamos que este evento, aun en el limitado alcance que puede tener, ayude a fortalecer nuestra esperanza en una mejor y más accesible atención a la salud, y a generar vías de salida ante el incierto panorama que hoy viven amplios sectores de nuestra población.

El Programa de Medicina Integrativa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (en adelante PMI) dio inicio en octubre de 2011 a través de dos instancias: el Centro Especializado en Medicina Integrativa y la red incipiente de consultorios periféricos adscritos a dicho Programa, ambas instancias con tres servicios: Homeopatía, Acupuntura y Fitoterapia Clínica, añadiéndose luego el servicio de Autouroterapia.

Ahora bien, una manera de comprender el origen del Programa que hoy nos ocupa es partir de una pregunta clave: ¿Qué sucede cuando surgen condiciones propicias para una genuina participación social?: en síntesis, la respuesta inmediata es que *la población se expresa*. Y eso sucedió a raíz de las reformas habidas a finales de la década de los años noventa del siglo pasado, en que surgió la figura inédita del “Jefe de Gobierno” de la Ciudad de México, determinado por elección popular, sustituyendo a la del “Regente” que gobernó por muchos años la capital de la República, definido y subordinado hasta entonces a la voluntad presidencial. En ese proceso de cambio que no ha terminado, integrantes de la también entonces recién estrenada primera legislatura de la mayor ciudad del país, impulsaron la realización de consultas relativas a temas de salud y de atención médica, y una de sus

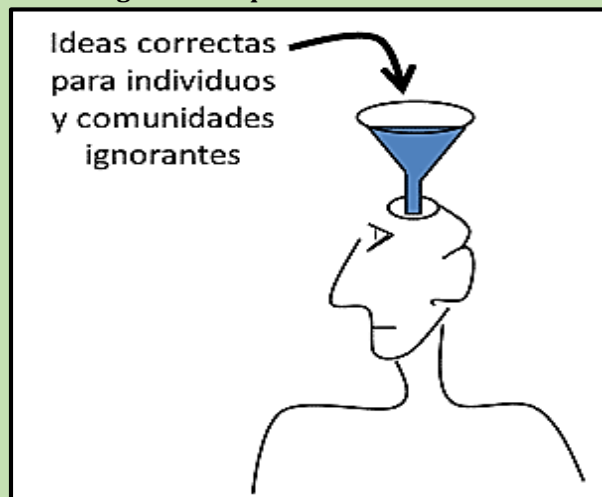


demandas fue, en síntesis, la mejora de la misma. Así, la primera Asamblea Legislativa del Distrito Federal, a través de su Comisión de Salud y Asistencia Social, organizó el foro “Hacia una nueva ley de salud del Distrito Federal”, del 26 al 28 de marzo de 1998, con dos temas centrales: a) los problemas prioritarios de salud en el D.F. y b) los servicios de salud en el D.F.

Este punto de partida del PMI debe destacarse, porque la demanda expresada entonces de mejora y diversificación de los servicios públicos de atención es la que fundamenta y legitima al Programa mismo, como efecto de la expresión de la población: es decir, el Programa tiene como sello de origen un proceso de interlocución y la voz de la ciudadanía. Esta referencia fundacional debe constituir un elemento de orientación permanente que subyace en la razón de ser del PMI.

Lo anterior adquiere relevancia en un contexto general en el que priva aún a menudo la toma de decisiones al margen de la población, pues *decidir por la gente* no es, por supuesto, interlocución; *interlocución no es verter ideas correctas en individuos y comunidades ignorantes* (Figura 1); la interlocución remite, en los servicios de salud y de atención médica, a un reto hoy fundamental: *la emergencia de una ciudadanía sanitaria*, en el paso de la figura de un mero “usuario de servicios” a la de un ciudadano corresponsable, informado, propositivo y autocrítico, que participe en el cuidado de su salud sin que ello implique relevar a ese cuidado al ámbito de la mera responsabilidad individual. De manera correlativa, el personal en los servicios también ha de orientar sus pasos en esa dimensión de corresponsabilidad y ciudadanía. Y esa es la connotación central, esencial, de la dimensión integrativa del PMI.

**Figura 1. Lo que no es interlocución**



Fuente: elaboración propia

### ***Evolución de un requerimiento***

A partir de las demandas surgidas en dicho proceso de auscultación, se fueron llevando a cabo, entre el año 2000 y el 2008, cambios paulatinos en la Ley de Salud del Distrito Federal, hasta que en 2009 ésta fijó formalmente a la Secretaría del ramo en esa circunscripción, el mandato de

*Desarrollar e implementar un programa de medicina integrativa, en el que se incluya lo relacionado a la homeopatía, herbolaria, quiropráctica, acupuntura y naturoterapia, entre otros, que tenga como propósitos su integración y ofrecimiento en la unidades de atención a su cargo, el fomento a su conocimiento y práctica adecuada, así como la vigilancia de su uso terapéutico apropiado y seguro*<sup>3</sup>

Es decir, el Programa provino de una exigencia de la población y no de una iniciativa gubernamental por sí misma, de una exigencia sintetizable en una atención médica accesible y de calidad, con ambos parámetros clave: el primero esencialmente político en términos de equidad, y el segundo, coherente con dos principios clásicos, correlativos y eminentemente operativos: el de la *individualización diagnóstica* y, a partir de ello, el de la *diversificación terapéutica*.

En contraste con el discurso biomédico dominante en los servicios de atención, el marco explícito de todo ese proceso, por su origen y sus componentes, bien puede sintetizarse bajo un postulado que pareciera obvio, pero que resulta esencial subrayar como eje orientativo: el de que *la democracia es buena para la salud* (Benach y Muntaner, 2005: 115).

La figura 2, utilizada de hecho en la capacitación de los médicos del PMI en el programa de formación ya referido, expresa de manera sintética la reducción diagnóstica y terapéutica que constituye la antítesis de ambos postulados relativos a la calidad de los servicios de atención médica:

**Figura 2. Sacrificio de la individualización diagnóstica y de la diversificación terapéutica. Anuncio de la “Gastrocura Mayo”, México, 1934**



Fuente: Revista *Medicina*, octubre de 1934, no. 230, p. iv

<sup>3</sup> “Decreto por el que se expide la Ley de Salud del Distrito Federal”, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 677: 15, Ley de Salud del Distrito Federal, 2009, Artículo 24, inciso XXVI.

Como se puede apreciar, el anuncio de ese remedio en una revista médica mexicana de la primera mitad del siglo pasado presenta de manera caricaturizada dos planos de reducción en el ejercicio médico y por tanto dos retos, relativos a la calidad de los servicios de atención médica. El paciente se reduce a un estómago desprovisto no sólo de ser humano y de sociedad, sino de inervación e irrigación sanguínea, y la terapéutica se reduce a la aplicación de un polvo negro vertido en el cardias de ese estómago, en un acto a cargo de una especie de cirujano químico aséptico. La descontextualización es múltiple.

A su vez, cabe aquí reflexionar sobre la calidad misma de la exigencia de una atención médica apropiada y accesible, lo que no es un asunto banal. Y es que reconociendo en ello una gradación, no es lo mismo la exigencia asociada al burocratismo, a la dependencia, al clientelismo, la mercantilización y la subciudadanía, que la exigencia que proviene del ejercicio de la ciudadanía y de la corresponsabilidad inherente a ella. Se trata de requerimientos de una naturaleza cualitativa diferente. Reconocer esta gradación entre esos dos extremos que parecen abstractos pero que se expresan al fin y al cabo en comportamientos comunes de la vida cotidiana, es fundamental, porque pone de relieve, como referente necesario, la construcción de esa ciudadanía en el plano de la integralidad.

De ahí se deriva la necesidad de explorar lo que puede ser esa “integración” e “integralidad” en el marco de los servicios de atención, cuando se habla de un programa de “medicina integrativa”.

### ***Principios y perspectivas del Programa de Medicina Integrativa***

Partiendo de que los principios demandan precisiones y éstas, a su vez, una toma de posición, ¿a qué nos referimos con el término de “medicina integrativa” y a qué se pretende responder con esa propuesta? Y en un análisis contextual, ¿cómo se puede dimensionar dicha propuesta, aún en su escala tan pequeña en el marco de los servicios de salud pública de la ciudad de México y ante el problemático momento actual del país?

Retornando al origen del Programa de referencia, la exigencia manifiesta cuando se generaron condiciones propicias para una genuina participación social –es decir, en este caso política– remitió a la calidad y accesibilidad de los servicios. Sin embargo, en una perspectiva de conjunto, esa exigencia abarca pero trasciende los servicios médicos, y en ese sentido cabe enmarcarla en *la determinación social de esos servicios como expresión de colonialidad*. Es decir, no resulta algo excepcional reconocer que si la salud y la enfermedad se encuentran sujetos a procesos de determinación social, lo son también los servicios de atención, ni tampoco que la colonialidad tiene que ver con estos procesos, si la entendemos definible sintéticamente como el ordenamiento social vigente, heredado de la colonia y constituido por la jerarquización impuesta pero naturalizada de seres humanos, saberes, lugares y subjetividades (Restrepo y Rojas, 2010).

Este es el marco de la *ausencia programada* que denota cómo los saberes jerarquizados como inferiores son producidos como inexistentes en el ordenamiento actual de la colonialidad (Santos, 2005), y así estar adscritos a conjuntos sociales jerarquizados a su vez como inferiores, y en su origen, la ausencia programada de saberes remite a la ausencia programada de aquellos que generan esos saberes. Y ello, para el caso que nos ocupa, ocurre en el marco

de ese ordenamiento social, a través de diversas expresiones en el ámbito de los servicios médicos, como es el caso de la infantilización de los usuarios y la descalificación o la franca ausencia programada de sus saberes en torno a la salud y el cuidado, la estandarización de los pacientes y de los trabajadores, la mercantilización de los bienes y servicios, el soslayo o la franca banalización de la dimensión emocional y afectiva de todos los involucrados, así como la invisibilización de todo el conjunto de implicaciones del cuidado como elemento toral para la salud (Tronto, 1993).

De la necesidad de superar esa jerarquización múltiple y patogénica proviene el imperativo de redimensionar la “integralidad” cuando se habla precisamente de un Programa de Medicina Integrativa, pues ante la preponderancia de un abordaje biomédico atomizador y reduccionista (Dossey, 1986; Laurell, 1994), surge la necesidad de un proceso de integración que requiere análisis; es decir, *¿qué se ha de integrar? ¿con qué fin? ¿qué es o no es integrable? ¿integrar en la práctica diversas modalidades de atención médica? ¿realizar una integración epistemológica? ¿integración en qué planos, en qué escalas, con qué implicaciones y alcances? ¿integración de la población y de los trabajadores del sistema? ¿en qué términos y condiciones?*

Es en este plano que se requiere explorar qué aproximaciones pueden ser articulables en esa integralidad y cuáles son las priorizaciones inherentes a ello. Y es aquí donde cabe destacar como término referencial el de la *integralidad*, pues ante cometidos como el de la integración de técnicas, de sistemas y saberes, lo conducente es plantear la integración de la atención misma, lo que remite a su vez, prioritariamente, a *la integración de los sujetos mismos y de los conjuntos sociales implicables en dicho proceso*.

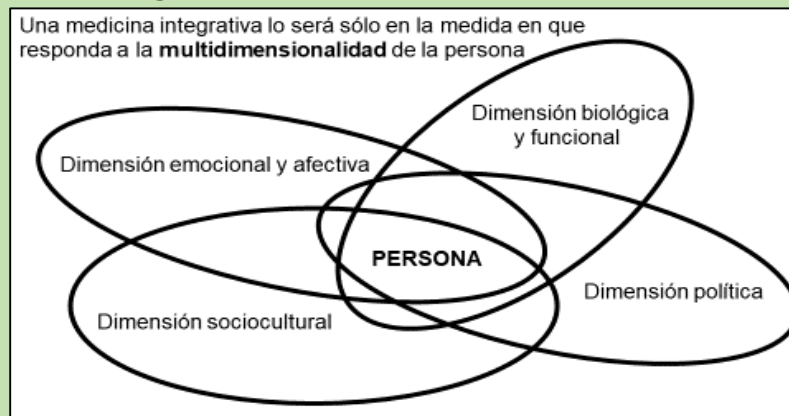
Se plantea aquí entonces que la exigencia de origen del PMI, expresada en particular a través de un proceso de participación social, deriva en la construcción de una ciudadanía sanitaria que implica, por consiguiente, la emergencia de pacientes y de trabajadores auto-responsables, no infantilizados ni auto-infantilizados. De ahí que lo “integrativo” de la propuesta no radique en una mera yuxtaposición en el uso de “hierbitas”, “chochos” o “agujas” y tampoco en el culto a lo exótico o a la exclusividad, como ofrecimientos rentables en la consulta privada, con su liga ineludible a la mercantilización de esa exclusividad, sino en una perspectiva contextual en el abordaje de los pacientes, lo que demanda redimensionar los servicios, la promoción de salud, la atención, la docencia y la investigación.

Desde esta óptica, el eje de la integralidad es *pensar y en particular en operar los servicios en función de la población*, comprendido en este conjunto los diversos actores sociales del sistema asistencial. Lo que integra es entonces la *calidad de la exigencia* de estos actores sociales en su conjunto y por tanto, la calidad de ciudadanía que se pretende como subyacente en todo el proceso. En este marco, la población es el eje primordial de integración, no las técnicas ni las disciplinas en sí.

Sin embargo, esta perspectiva contextual implica por fuerza reconocer la *diversidad de planos de atención* que parten de ubicar al *padeciente* en ámbitos progresivamente envolventes, donde su propia individualidad se encuentra enmarcada o potencialmente enmarcada en una unidad familiar, en un barrio, en una ciudad, en una entidad federativa, hasta llegar a un ámbito global, planetario. Y esta no es una ocurrencia, sino el efecto de un ejercicio de

ubicación frente a la crisis ambiental global en que nos encontramos actualmente. A su vez, siendo que en el individuo confluyen diversas vertientes (la propiamente biológica y fisiológica, la sociocultural, la emocional y afectiva, la política, etc.) en una dinámica relacional a permanencia, una “medicina integrativa” lo será sólo en la medida en que responda a la multidimensionalidad del individuo, lo que remite precisamente a un reto esencial para la biomedicina actual y que puede plantearse a su vez para cualquier modalidad de medicina, que es la *articulación de diversas medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas, tanto en su condición biológica estructural (genética, anatómica) y funcional (fisiológica), como en su dimensión sociocultural y política, afectiva y emocional y otras* (figura 3).

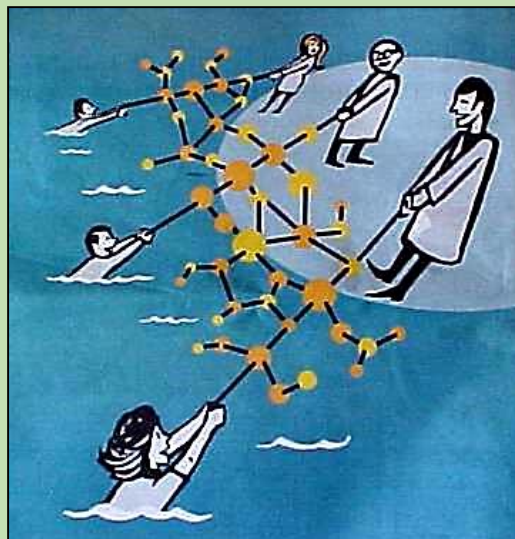
**Figura 3. Multidimensionalidad del individuo**



Fuente: elaboración propia

Por contraposición, un recurso gráfico permite de nuevo clarificar el otro polo (figura 4): la atomización reduccionista biomédica, que tiene expresiones actualizadas en la publicidad de los medicamentos, ilustrativa de la condición subordinada y pasiva que imprime su sello (y su molde) a la figura del padeciente, del votante, del consumidor y del subciudadano, y donde el verdadero protagonista del acto médico es la mercancía farmacéutica:

**Figura 4. Reducción del padeciente desde la publicidad de la farmacoterapia biomédica**



Fuente: *Salud*, Suplemento, diario *El País*, Madrid, 14 de abril de 2007, p. 40.

El protagonista es en este caso la molécula en el marco de la farmacoterapia dominante, pero la centralidad colocada en el recurso medicamentoso (Lebrun, 1993) coloca en un lejano segundo plano a quienes se aferran a él al prescribirlo y al recibirlo; este ordenamiento reduccionista, sin embargo, no es privativo de los fármacos sin que necesariamente se altere: ese espacio de primacía puede también ser ocupado en la representación por una planta medicinal, por una preparación homeopática o por una aguja, o hasta por una combinación de las tres.

Y como parte de ese mismo ordenamiento que proyecta también la primacía de un objeto terapéutico que tiene un carácter mercantil, la reducción del padeciente se establece en el marco de un modelo económico que va más allá, pues como afirma Santos,

*La reducción del bienestar material basado en el consumo de bienes disponibles en el mercado, deja de lado muchas dimensiones esenciales del florecimiento humano (espiritualidad, asistencia, solidaridad, valores éticos)*

(2016: 204-205)

### ***Propuestas de una medicina integrativa y de integralidad del cuidado en otros ámbitos***

*Cuando tu única herramienta es un martillo, todo problema parece un clavo...*

*Victoria Maizes*

Bajo el término de “medicina integrativa” se han generado diversas propuestas fuera de nuestro país que cabe ponderar someramente por su pertinencia en varios de sus componentes. Un proceso de interés es la conformación desde 1999 en los Estados Unidos de un “Consortio de centros académicos de salud para la medicina integrativa”, generado inicialmente por ocho universidades (Kligler y cols, 2004), justo en los mismos años en que se realizaron los foros ya referidos de consulta sobre salud y atención médica en la ciudad de México, por iniciativa de su primera asamblea legislativa.

La evolución de dicho agrupamiento de instituciones de formación superior refleja la creciente importancia conferida a la propuesta de una “medicina integrativa”: la cantidad de instancias participantes adscritas a ese grupo pasó a 23 en el 2004 y luego a 42 para el 2009 (Maizes y cols, 2009). Este proceso ha derivado en postulados y componentes programáticos precisos que tienen una naturaleza referencial, aunque existen algunas diferencias relevantes respecto a la propuesta del PMI en nuestro país.

Un elemento destacable en la reflexión sobre una “medicina integrativa” por parte de ese consorcio de centros académicos es la amplitud de lo que se plantea como tal, reflejando el marco académico-educativo en que se ha generado. *No se reduce a recurrir a terapéuticas no convencionales* asociadas al enfoque biomédico dominante, sino que se postula como un nuevo sistema de atención, que amerita un análisis detenido. Se le plantea como:

*un enfoque de la práctica de la medicina que recurre a la mejor evidencia disponible para **tomar en cuenta a la persona en su totalidad** (cuerpo, mente y espíritu), **incluyendo***

***todos los aspectos del estilo de vida. Enfatiza en la relación terapéutica y recurre tanto a los enfoques convencionales como a los complementarios/alternativos***  
(Kligler y cols, 2004:521; negritas añadidas)

También se postula y fundamenta, a nivel de la formación médica, la importancia de ciertos valores, conocimientos, actitudes y habilidades considerados como esenciales para ese planteamiento. Los aportes se han concretado en principios, como los explicitados por Maizes y cols, sintetizados en el cuadro siguiente:

**Cuadro 1. Algunos principios de la “Medicina Integrativa”**

1. El paciente y el médico son *socios* en el proceso de sanación
2. *Todos los factores* que influyen en la salud, el bienestar y la enfermedad se toman en consideración, incluyendo la mente, el espíritu y la comunidad, así como el cuerpo
3. El uso apropiado tanto de los métodos convencionales como alternativos facilita la *respuesta corporal innata de sanación*
4. Las intervenciones *efectivas naturales y menos invasivas* debe utilizarse siempre que sea posible
5. Una *buena medicina* se basa en una *buena ciencia*. Se orienta a inquirir y está *abierta a nuevos paradigmas*
6. En términos definitivos, *el paciente debe decidir cómo proceder* basado en valores, creencias y en la evidencia disponible
7. Al lado del concepto de tratamiento, conceptos más amplios como la *promoción de salud* y la *prevención de la enfermedad* son capitales
8. Los *practicantes* de la medicina integrativa deben *ejemplificar sus principios en sí mismos* y comprometerse a procesos de *auto-exploración y auto-desarrollo*

Fuente: Centro de Medicina Integrativa de la Universidad de Arizona (Maizes y cols, 2009:6)

Relacionados con lo anterior, otros elementos referenciales planteados para una medicina integrativa son la relevancia del cuidado centrado en el paciente, el empoderamiento y automanejo de los pacientes, un cambio conductual y comunicativo, la continuidad del cuidado, el trabajo de equipos de atención orientados a la salud y la importancia de generar propuestas de investigación a partir de la sistematización de impactos (Bell y cols, 2002; Maizes y cols, 2009). A su vez, entre los requerimientos destacados para la concreción de una medicina integrativa se encuentra reconocer que su alcance implica un cambio de sistema, la focalización en procesos preventivos y de promoción de la salud y la emergencia de nuevos modelos que provean atención. De no menor importancia es la incorporación de la autoatención a dichos modelos (Kligler y cols, 2004:526).

Todo lo anterior da cuenta, de manera muy somera, de aportes que por su pertinencia deben de ser tomados en cuenta en el impulso del Programa de Medicina Integrativa de los servicios públicos de salud de la ciudad de México, advirtiendo sin embargo ciertas características esenciales de nuestra realidad epidemiológica, cultural, económica y política, que demanda respuestas y propuestas que aprovechen otros desarrollos, pero que también trasciendan la imitación y respondan a nuestras particularidades.

En ese sentido, desde América Latina, otro referente de importancia es el de la denominada *integralidad del cuidado*, tal como se ha desarrollado en Brasil. El término de integralidad es una noción polisémica que sin embargo ha sido planteada como un referente en el campo de la atención médica, en aras de la construcción de un sistema de salud más justo y solidario (Pinheiro y de Mattos, 2008a), reconociendo a su vez tres principios de la misma: a) la superación del reduccionismo en sus diversos escenarios, b) el reconocimiento de los sujetos como tales en esos escenarios, y c) la apertura para el diálogo; de esa manera, la integralidad del cuidado constituye un referente orientativo en las políticas de salud, en la organización de los servicios y también en la buena práctica de los profesionales de ese campo (Pinheira y Mattos, 2008a).

Es importante destacar que en el origen de este planteamiento también aparece centralmente la demanda de atención a conjuntos de población y de individuos diferencialmente vulnerables, que proviene de la vulnerabilidad social y ambiental en que se encuentran (Luz, 2008:11).

En ese marco, la integralidad remite a otro término clave en cuanto a los servicios de atención médica: el de *cuidado*. Si bien pareciera obvio, el hecho es que la conjunción de la integralidad y del cuidado como referentes constituye un elemento estratégico hoy en debate en el ámbito de la salud colectiva (Pinheira y Mattos, 2008a). En ese marco, resulta fundamental la *participación decisoria* de los actores sociales involucrados (padecientes y trabajadores sanitarios), la *experiencia* misma de la población en cuanto a la atención, y la *producción de saberes* relacionados con ello. Lo anterior apela a la formulación y ejecución de políticas más justas y solidarias en salud y también en el campo de la ciencia y la tecnología (Pinheiro y Mattos, 2008b:8).

Ahora bien, ¿cómo se concreta ese referente de integralidad del cuidado en la práctica? A través de generar *plataformas de interlocución* (Hersch y Sedano, 2013:7) en los servicios, entendido esto como propiciar espacios dialógicos compartidos por prestadores de servicios y “usuarios” de los mismos, bajo el triple cometido planteado por Santos particularizado en la operación cotidiana de la atención, a través de la desmercantilización, la democratización y la descolonización (2006); es decir, teniendo precisando en qué sentido y cómo se pueden manifestar esos procesos en el ámbito de la salud y la atención. Por ejemplo, cuáles son en concreto las expresiones y consecuencias propicias para la salud, inherentes a no mercantilizar los servicios e insumos; a democratizar el acceso a los mismos y a colocar como referente a la salud como derecho ciudadano, o a identificar, en cuanto a la descolonización de los servicios, el impacto positivo de la lucha contra la discriminación y la exclusión en sus diversas manifestaciones.

Los programas de salud pública bajo premisas dialógicas demandan la participación decisoria de la población (Hersch, 1992). En ese marco es que cobran relevancia crítica las representaciones y prácticas de esa población que están involucradas en los procesos de atención, y con ello los saberes locales en juego, lo que contrasta con la descalificación e invisibilización usual de esos saberes y recursos como parte de la *ausencia programada* (Santos, 2005) inherente a una perspectiva monológica de la salud pública y de la atención



médica Una medicina integrativa demanda abordar las políticas y mecanismos necesarios para trascender esa ausencia programada en el campo de la salud y el cuidado.

***Relevancia de la pluralidad terapéutica en los servicios médicos***

No es una novedad reconocer que es inimaginable concebir una sociedad buena y justa que no coloque a la salud y al acceso igualitario a la salud como asuntos fundamentales. Y tampoco, siguiendo ese razonamiento, reconocer que la defensa de la salud y de la vida constituye un derecho de ciudadanía de todos los seres humanos y no sólo de algunos de ellos. En ese marco es que se retoma como un imperativo actual el de desmercantilizar la vida personal, social, política y cultural, como señala el mismo Santos (2016: 204). Y por consiguiente, cualquier propuesta de diversidad terapéutica puede encuadrarse en dos ámbitos contrastables, que al final determinan sus alcances e incluso su naturaleza misma, pues una cosa es plantear una “medicina integrativa” *en el marco del bien común y de la accesibilidad universal a los servicios de salud*, y otra es plantearla *en el ámbito del mercado, donde la salud y la curación constituyen objetos de consumo*, sintetizable bajo el lema del “Sálvese quien pueda” (figura 5).

**Figura 5. Dos contextos contrastantes y determinantes de una “medicina integrativa”**

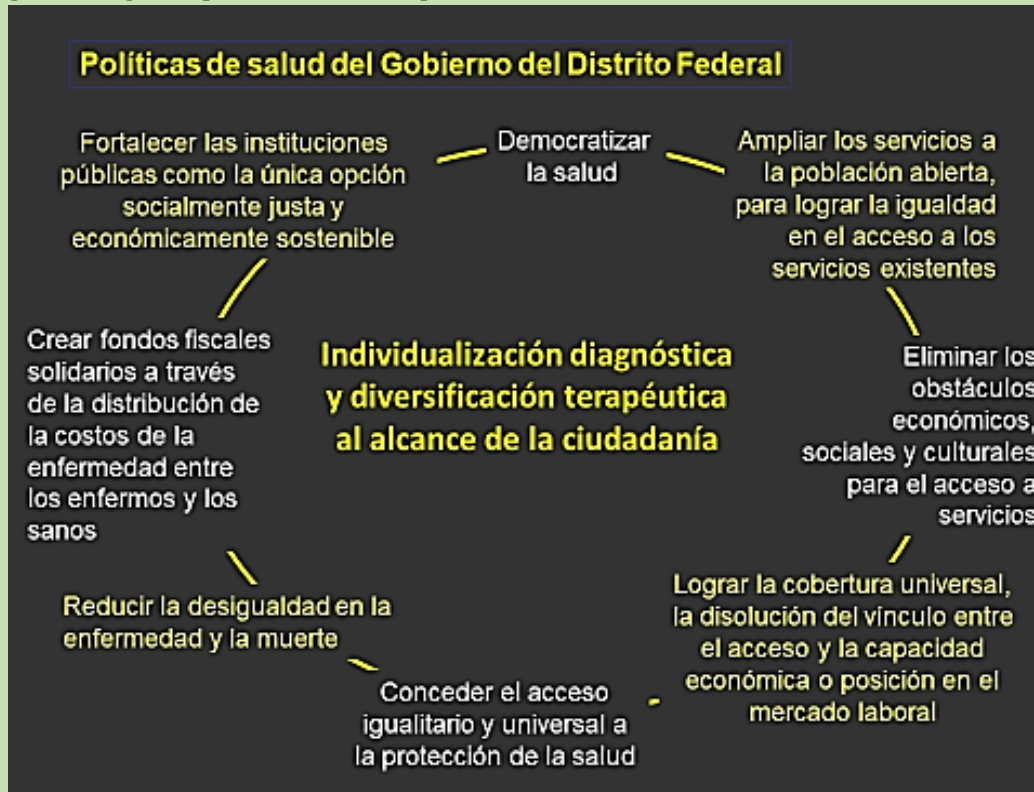


Fuente: elaboración propia

Así, la incorporación de diversas modalidades de atención médica en los servicios públicos de salud de la capital de la República implica rescatar esas modalidades de atención para el sector público, de tal forma que dejen de estar circunscritas al ámbito exclusivo de aquellos que las pueden pagar, brindar condiciones apropiadas para la investigación, objetivando sus efectos y alcances, y propiciar su desmercantilización.

Siguiendo esa misma lógica, otro *plano de integración* de la atención médica es su coherencia y articulación como expresiones de las políticas salud formuladas por el gobierno de la Ciudad de México desde el surgimiento de su democratización relativa y donde algunos de sus postulados iniciales aparecen en la figura 6.

Figura 6. Algunos postulados en las políticas de salud de la Ciudad de México desde 1998.



Fuente: elaboración propia a partir de los lineamientos generales de la gestión de la Dra. Asa Cristina Laurell en los Servicios de Salud del Distrito Federal (2000-2006).

En la búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios de salud de la población, el referente de la integralidad como se ha esbozado, implica partir de una perspectiva epidemiológica incluyente que reconoce como operadores de la determinación social de los problemas de salud a procesos como la subciudadanía y la falta de democracia, la impunidad, el racismo, el machismo, la degradación ambiental, y de ahí que la integralidad se inscriba como referente en la lucha por un sistema de salud universal, democrático, accesible y de calidad.

Es decir, en términos más específicos emanados de ese referente amplio, una perspectiva integral en el abordaje de los pacientes implica: a) una perspectiva dialógica al interior del mismo equipo de trabajo; b) la integración de la terapéutica a un ejercicio diagnóstico riguroso; c) la integración de la perspectiva vivencial de los usuarios de los servicios respecto a su operación; d) la integración de las instancias que componen el modelo, y e) la articulación, a su vez, del PMI a la estructura y los lineamientos centrales de los servicios de salud y atención al seno de la misma institución.

### **Conclusiones**

La Medicina Integrativa se plantea como un modelo sistémico de atención que va más allá de la inclusión de diversas modalidades médicas o de la yuxtaposición de sus diversas técnicas y recursos, aunque el alcance del término varía en otros países y contextos desde esa concepción a otras más incluyentes (Bell y cols., 2022; Coulter, 2003; Kligler y cols., 2004; Maizes, Rakel y Niemic, 2009; Wang y Xiong, 2012); Sin embargo, es necesario señalar que el carácter definitorio de la medicina integrativa que se postula en el PMI plantea en sí la armonización de diversos planos de integración, como se presenta en el cuadro siguiente:

#### **Cuadro 2. Planos de integración a considerar en el Programa de Medicina Integrativa**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integración de los pacientes y del personal médico y paramédico en un <i>esquema dialógico de co-responsabilidad y promoción de salud</i></li> <li>2. Integración del <i>servicio</i>, la <i>investigación</i> y la <i>docencia</i></li> <li>3. Integración, en el trabajo clínico y en su registro, de los <i>diversos ámbitos esenciales</i> para la atención y la salud, incluyendo la dinámica socioeconómica, ambiental, cultural, afectivo-emocional y de género de pacientes y personal</li> <li>4. Integración de la <i>dimensión ciudadana</i> de los pacientes y del personal en <i>procesos genuinos de participación social</i> esenciales para la atención y la salud</li> <li>5. Integración de la dinámica familiar como referente analítico y operativo imprescindible</li> <li>6. Integración de los <i>saberes de la población</i> relativos a la atención y la salud, tanto en su realidad aplicativa actual como en su potencial</li> <li>7. Integración, como principios rectores, de la <i>individualización diagnóstica</i>, la <i>diversificación terapéutica</i> y la <i>ética e integralidad del cuidado</i></li> <li>8. Integración entre <i>diversos niveles y opciones de atención</i> médica al interior de los servicios de salud de la Ciudad de México</li> <li>9. Integración de la <i>autoatención</i> y la realidad de la <i>medicina doméstica</i></li> </ol> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Cualquier propuesta relativa a la diversificación terapéutica en el ámbito de la salud pública requiere procesos de reflexión y divulgación que precisen sus alcances y que sensibilicen a la población, al personal de salud y a las dependencias oficiales en torno a **su sentido**, que no es el de promover terapéuticas aisladas y postuladas como fines en sí mismas, sino articuladas a procesos diagnósticos y subordinadas como medios para la atención de los pacientes.

En síntesis:

1. Una “medicina integrativa” lo ha de ser no sólo ni principalmente por incorporar diversas escuelas de pensamiento médico, sino esencialmente por integrar a los pacientes y a las colectividades de manera genuinamente participativa y co-responsable en los sistemas de atención,
2. Necesitamos reconocer como referente básico para cualquier iniciativa de medicina integrativa la ética e integralidad del cuidado.
3. En cualquier propuesta clínica integral, la diversificación terapéutica es un cometido que tiene su origen y sentido en un proceso aún más determinante, que es el de la

individualización diagnóstica, entendida como el reconocimiento de los diversos niveles de especificidad del ser humano que entran en juego en su salud y su atención.

4. Estas precisiones implican la adecuación de los servicios a la población que los hace posibles.

*Porque muchos de los sueños fueron reducidos a lo que existe y lo que existe es muchas veces una pesadilla, ser utópico es la manera más consistente de ser realista a comienzos del Siglo XXI*  
Boaventura de Sousa Santos

## Referencias

- Bell, Iris R., Caspi, Opher, Schwartz, Gary, Grant, Kathryn, Gaudet, Tracy, Richener, David, Maizes, Victoria y Andrew Weil (2002). "Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research", *Archives of Internal Medicine*, 162: 133-140.
- Benach, Joan y Carles Muntaner (2005), *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, Barcelona: Ediciones de intervención cultural/El viejo topo.
- Coulter, Bylan (2003), "Integration and paradigm clash. The practical difficulties of integrative Medicine", en: Tovey, P., Easthope, G. y J. Adams (eds), *Mainstreaming, Complementary and Alternativa Medicine. Studies in Social Context*, Londres: Routledge.
- Dossey, L. (1986), *Tiempo, espacio y medicina*, Barcelona: Kairós.
- Duraffourd, Christian y Jean-Claude Lapraz (2002), *Traité de Phytothérapie Clinique. Endobiogénie et Médecine*, París: Masson Ed. (edición en español: 2017, Somefic-Ed. Pax, México).
- Hersch, Paul (1992), "Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso", *Salud Pública de México*, 34(6); 678-688.
- Hersch, Paul y Ana Catalina Sedano (2013), "Las comisiones de salud como espacios dialógicos de relevancia para la epidemiología sociocultural. Ejemplos de caso en comunidades de Guerrero y Oaxaca", *Oxtotitlán. Itinerancias Antropológicas* 7(12): 5-13.
- Kligler, B. y cols, (2004), "Core Competencies in Integrative Medicine for Medical School Curricula: A Proposal", *Academic Medicine*, 79(6):521-531.
- Laurell, A.C. (1994), "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad", en: Rodríguez, M.I. (Coord), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*, Washington: Organización Panamericana de la Salud, pp. 1-12.
- Lebrun, J.P. (1993), *De la Maladie Médicale*, Bruselas: De Boeck Université.
- Luz, Madel T. (2008), "Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje", en: Pinheiro, R. y de Mattos, R.A. (Coords), *Cuidado as Fronteiras da Integralidade*, Río de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), pp. 11-22.
- Maizes, V., Rakel, D. y C. Niemic (2009), "Integrative medicine and patient-centered care", *IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public*, 35 pp.
- Pinheiro, Roseni y de Mattos, Ruben Araujo (2008a), *Cuidado as Fronteiras da Integralidade*, Río de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC).

- \_\_\_\_\_ (2008b), “Cuidado e Integralidade: Vida, Conhecimento, Saúde e Educação”, en: Pinheiro, R. y de Mattos, R.A. (Coords), *Cuidado as Fronteiras da Integralidade*, Río de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), pp. 7-9.
- Restrepo, Eduardo y Axel Rojas (2010), *Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos*, Popayán: Universidad del Cauca.
- Santos, Boaventura de Sousa (2005), *El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política*, Madrid: Trotta Ed.
- \_\_\_\_\_ (2016), *La difícil democracia: Una mirada desde la periferia europea*, Madrid: Akal Ed.
- Tronto J.C. (1993), *Moral Boundaries: A political argument for an ethic of care*. Nueva York: Routledge.
- Wang, J. y X. Xiong (2012), “Current Situation and Perspectives of Clinical Study in Integrative Medicine in China”, *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, Vol. 12, ID 268542, 11 pp.

## PRIMERA SECCIÓN. CONVERSATORIOS

### Conversatorio 1

#### **¿Qué es y qué puede ser en nuestra práctica cotidiana una “medicina integrativa” y una “medicina personalizada” y cuáles sus derivaciones en la Salud Pública?**

*Alejandrina Cabrera Muñoz, Claire Harpet, Paul Hersch Martínez*

*Paul Hersch:*

Hay dos términos que tienen hoy mucha presencia en los medios: “medicina integrativa” y “medicina personalizada”, no solo en el marco del Programa que nos ocupa en este momento. Podemos revisar en las fuentes de información qué se entiende por ambos, y encontraremos que existe una gran variedad de interpretaciones o de lecturas de ellos.

En el inicio de las discusiones, antes del arranque del Programa de Medicina Integrativa, buscando el eje común entre las modalidades que están incorporadas en el Programa actualmente, que son acupuntura, homeopatía, fitoterapia clínica y la de los uroantígenos, se trataba de pensar si había una afinidad en el método, en la aproximación al ser humano, en la modalidad de la estructura de cómo se formula la estrategia terapéutica, o cuál era el elemento que podía dar continuidad entre estas modalidades. Algunos compañeros plantearon que lo que

podía dar una unidad era la idea de ser medicinas personalizantes, o sea un enfoque centrando el trabajo en el paciente como persona.

Sin embargo, nosotros sabemos que el término de “medicina integrativa” tiene otras lecturas, Cuando uno entra con el término de medicina integrativa a redes en internet, hay otros términos que se vinculan casi inmediatamente: medicinas alternativas, complementarias y muchas más. Entonces, es la literatura que surge sobre esto y solamente bajo el rubro de medicinas complementarias o alternativas hay 124 revistas a nivel internacional dedicadas a estos temas. Son más los títulos de revistas indexadas sobre esto hoy, que las que hay para campos como la astronomía y la astrofísica y son unas cuantas menos de las que hay para antropología y etnología.

En el un flujo importante de información hoy, hay revistas que llevan por título el de medicina integrativa, y por lo tanto hay varias lecturas al respecto. Una de las lecturas dominantes, por ejemplo, en el caso de “medicina integrativa”, es el de integrar diversas modalidades de pensamiento médico. En el caso de la “medicina personalizada”, hay una presencia fuerte de propuestas que hablan de un diseño específico del tratamiento, pero predominantemente el énfasis está en términos de genómica, del perfil genético de la persona, ubicando cuál es la configuración que hace susceptible a una persona de enfermar de un determinado padecimiento.

Entonces la pregunta en este conversatorio es, desde la reflexión que se ha hecho aquí y se ha hecho en otros lugares también, ¿estamos hablando de lo mismo? y en el caso de que no, precisar hacia dónde se va y esa es la reflexión que queremos compartir en este momento, y a la que hemos invitado a las compañeras aquí presentes. Una visión más amplia de esta cuestión integrativa, personalizada, es el eje de este conversatorio y lo dejamos abierto.

El enfoque va más allá, inclusive aventurar si una “medicina personalizada” o un tratamiento personalizado implica que la medicina como tal pueda ser *personalizante*, es decir, que tenga una opción, una función en el paciente, la función de que el paciente pueda recuperarse en su condición de persona. Si la medicina personalizada puede ser personalizante es un planteamiento que abre posibilidades interesantes de reflexión. El asunto es, a su vez, que si dentro de una determinada medicina, o si las llamadas “medicinas alternativas” que tanto están en boga, tocan este punto y en su caso qué tanto lo tocan. No todas, pero varias, repiten el modelo de adecuar al paciente a la terapéutica o al diagnóstico, y no al revés; entonces en ese sentido es que comparto esta pregunta: ¿Qué implica personalizar?

*Alejandrina Cabrera:*

Para contestar estas preguntas hice una serie de puntos que quiero compartir desde la salud pública y la salud colectiva, que es una visión latinoamericana de la salud pública, una visión crítica de la salud pública. Empezaré poniendo a la planta, la dalia, que es originaria de la Ciudad de México, de Xochimilco y Milpa Alta y fue domesticada por los primeros pobladores del sur de la ciudad. Existe una variedad y se ha comercializado, pero al final de cuentas sigue teniendo

su uso alimenticio, es hipoglicemiante y nos ayuda para los bochornos. Muy parecido a la dalia es este proceso que hemos iniciado de recuperación.

Vamos a tratar de contestar la pregunta. Si es personalizada o personalizante nosotros pensamos que todo tiene un contexto, que nada tiene o viene por generación espontánea, y que nuestro contexto tiene un espacio y un territorio. Este espacio y este territorio nos construyen como sujetos, como personas; y la forma en que nos vamos humanizando o deshumanizando en el territorio, es la forma en que nos enfermamos, nos sanamos, nos morimos, nos cuidamos y nos atendemos. Entonces, los paradigmas de la curación dominante han atomizado el conocimiento y lo han fragmentado, y eso tiene su límite, es por ello que siempre estamos buscando cómo curarnos independientemente de quién y con qué.

Para hablar del contexto, recordemos que nosotros humanizamos este territorio. Domesticamos este territorio. En función de cómo nos apropiamos del territorio se producen sujetos u objetos, dependiendo si tenemos el control o no sobre el territorio. Desde la época novohispana esta ciudad siguió creciendo y es una de las seis ciudades más grandes del mundo y vive de ciudades alrededor. Además, los habitantes de esta ciudad dependen de cómo nos insertamos a los procesos económicos.

Desde los años 30, la ciudad de México tuvo una acelerada urbanización, y es a partir de los años ochenta en donde la economía básicamente financiera e inmobiliaria son las que deciden la distribución del espacio. Actualmente, los desafíos de cualquier problema de salud en la ciudad de México tienen que ver con la distribución de esos espacios. Si nos hemos excluido o no de las riquezas que produce. Esta ciudad produce el 28% del PIB nacional, pero éste no necesariamente regresa a ella. Además, la ciudad se ha conectado en los procesos de globalización mundial, y eso hace que no todos en la Ciudad de México quepan y aquí lo vemos plasmado en un mapa. En el centro la marginación es menor y en las orillas, la exclusión es mayor, vemos la redistribución del espacio y vemos cómo se distribuye la desigualdad y la exclusión en la Ciudad de México.

Este es el desafío de cualquier sistema de salud y de la forma en que se producen las enfermedades. Este es también el desafío de la medicina integrativa de este programa, de tal manera que en el centro podemos tener poblaciones envejecidas, con menor marginación y mayor capacidad de pago para los servicios como estos. Este Programa tuvo el propósito político de que esta oferta terapéutica que estaba en el espacio privado entrara al servicio público. El propósito político es de facilitar el acceso a la diversidad terapéutica, porque en el centro es muy probable que esta gente consuma esta clase de servicios.

Unicada alrededor en la ciudad se encuentra la población joven y de mayor marginación; podemos observar cómo la distribución de las enfermedades crónico-degenerativas es diferencial, unos pueden pagar, otros no. La salud materna y de la infancia también tienen diferenciales, básicamente en la periferia, y la “medicina integrativa” y todas estas ofertas terapéuticas tienen que ver con esta distribución del espacio y esta marginación. Un elemento

clave que determina la distribución y la forma de enfermar y morir en la Ciudad de México es también la movilidad.

En la Ciudad de México se mueven siete millones de personas al día; este proceso de distribución del espacio urbano tiene que ver con un altísimo grado de gentrificación, una redistribución del espacio público y privado determinado por las empresas inmobiliarias. Nuestros pacientes -básicamente los de la periferia- tienen que ver con procesos de segregación y de depredación. Nuestra ciudad de México ha perdido una gran cantidad de masa biológica que era parte de nuestra riqueza, como la dalia.

Ante esta realidad, los pacientes (más adelante habrá compañeros que van a hablar de este caminar de la atención) han acudido a los centros de medicina integrativa y los núcleos que están en el sur de la ciudad y en el centro, como el centro de Santa Catarina en Tláhuac (habrá compañeros que se extenderán en este tema) pero esta es la respuesta histórica de la población, en donde han aprovechado, o no, las oportunidades de las políticas públicas en la ciudad. Por ejemplo, en Santa Catarina es donde actualmente hay un grupo de personas que crearon un modelo de atención; arriba hay un temazcal, abajo tienen un invernadero de plantas y a este proceso histórico que es defendido por la población se suma esta propuesta de diversificación terapéutica. Se trata entonces de fortalecer procesos que las propias comunidades han hecho; otro ejemplo de ello se ubica en Milpa Alta.

Por lo tanto, este proceso de seis años no sólo ha puesto a disposición esta diversificación, sino que también ha producido conocimiento médico clínico mexicano, y ésto es muy importante, en una relación diferente, en paz, en armonía, produciendo conocimientos. Una relación humana, en donde los pacientes tienen un diferente grado de autonomía en torno a su cuerpo y a su enfermedad.

¿De qué se trata esta propuesta en términos de políticas públicas?, uno de los usuarios dijo: “este es un intento muy corto, muy corto de fortalecer el vínculo del ejercicio del derecho a la salud”; no el de protección a la salud, porque los derechos humanos no se fragmentan. Hay derechos humanos o no hay, entonces esta clase de ejercicios cotidianos que producen conocimiento, que cuestionan el modelo médico fragmentado de la clínica que ha servido para ganancias, que reapropian y producen conocimiento mexicano y ahora lo hacen con todos los procesos de compartición de saberes con los compañeros franceses. Creo que la clínica mexicana que se está haciendo en los lugares de este programa está siendo otra. Lo más importante es que cualquier política pública reconstruya el vínculo gobierno-sociedad y sobre todo que produzca ciudadanía. Entonces, el acceso a una diversificación terapéutica en donde el sujeto o la persona (ahí está la discusión) se constituya como sujeto pensante, como dijo el compañero usuario, es lo importante aquí.

¿Qué se puede hacer?, seguir produciendo conocimiento colectivo entre pares y, junto con los “usuarios”, que este conocimiento sea el sustento para generar nuevos modelos de atención; los que tenemos no nos sirven, es por eso que a veces no cabe este programa en el servicio público convencional: un programa que contribuya al ejercicio de ciudadanía, que responda al derecho



a la salud, que impacte en nuevas formas de control de enfermedades y que habilite a los sujetos a enfrentar en mejores condiciones el desafío de las enfermedades.

La enfermedad es un momento de la vida. Yo puedo ser diabética, pero ando por la vida y puedo ser feliz, aunque tenga diabetes. Hay que fortalecer la investigación, la docencia y el servicio como un bien común, como un bien de la ciudad y sumarse a los nuevos perfiles profesionales de acuerdo a los cambios en las escuelas. Un problema que han tenido que luchar los colegas de fitoterapia clínica, es tener que luchar por su existencia, por ser reconocidos; entonces otra vez, otro enfrentamiento con un paradigma de un conocimiento que es normativo, pero que lo va permitir en la medida que nosotros luchemos por ello. Entonces medicina personalizada sí, pero en un contexto político.

*Claire Harpet:*

Voy a cambiar un poco lo que iba a decir para adaptarme a lo que se está diciendo ahora, quisiera reaccionar a algunas palabras claves que me parecen esenciales. Paul habló de medicina personalizada que iría hacia una medicina personalizante. La dificultad de definir algunos términos que son esenciales para comprender los distintos cuidados a la salud. La cuestión de territorios y los espacios habitados es esencial, y para darles un ejemplo escogí algunos territorios franceses, pero no de la metrópoli, sino de ultramar. ¿Por qué son tan interesantes estos territorios a nivel cultural? Porque conservaron algunas prácticas tradicionales si podemos decirlo, sobre todo en lo que tiene que ver con la terapéutica. Esa es la primera parte, y hay una palabra que me parece esencial reposicionar en la actualidad en nuestros debates, y es la cuestión de la hospitalidad, y para eso voy a retomar si me lo permiten una cita de uno de nuestros filósofos franceses, Derrida, y él dice lo siguiente: “la hospitalidad tiene que ver con el encuentro y reconocimiento del otro en su diferencia y en su singularidad”.

Ahora, si volvemos a la raíz del término y pensamos en nuestras instituciones hospitalarias, ¿nos damos cuenta que efectivamente se trata de recibir al otro en su diferencia y en el reconocimiento de sus necesidades específicas?

Resulta que nosotros con estos territorios de ultramar tenemos una historia muy particular marcada en gran medida por el sufrimiento, porque en la época de la colonización hubo una voluntad muy clara de aniquilar completamente la diferencia cultural para imponer la cultura occidental. Estos territorios en la actualidad son territorios donde existe una medicina de punta, de vanguardia, igual que en la metrópoli. Reciben los mismos cuidados sanitarios, todo esto siguiendo un ideal de democracia. Y resulta que una parte de la población, acude al hospital lo más tarde posible o no va para nada al hospital, pienso en particular en la Polinesia Francesa, donde la gente no se reconoce en los cuidados que le están ofreciendo.

Entonces estamos ante un doble sufrimiento, el del enfermo y por otra parte también el sufrimiento del cuerpo médico que se siente impotente, incapaz de ofrecer los cuidados necesarios a esta gente, y este punto me parece esencial porque estamos hablando de la persona y cuando hablamos de la persona no estamos hablando únicamente de la persona que está

recibiendo los cuidados, sino también de quien da los cuidados, del personal médico y paramédico.

Actualmente los médicos, son médicos franceses generalmente formados en Francia y que después se van a territorios franceses de ultramar, y de pronto están ante personas totalmente desconocidas y cuyo manejo les resulta complejo. Les voy a hablar solo de una de las islas, Guyana, pues cada una de ellas tiene una historia colonial muy específica.

Siempre se cree que la medicina “tradicional” ya desapareció en ese territorio porque se hizo un trabajo para eliminarla, e insisto mucho en esto de “tradicional” entre comillas, porque la medicina oficial ha insistido tanto en arcaizar este tipo de medicina sin tomar en cuenta que esta medicina también ha tenido su propia evolución acompañando la evolución de la sociedad; esta medicina “tradicional” sigue estando muy anclada en las poblaciones locales, y por lo tanto tenemos todavía practicantes de esta medicina que siguen siendo muy activos. Sin embargo, esta medicina se practica en la sombra, en el silencio, lejos de la biomedicina. Y gracias a ciertos médicos, me parece importante subrayar, que sienten la necesidad de colmar una carencia en su práctica médica cotidiana, surge cierto acercamiento. Hay en el hospital de Guyana un médico cancerólogo que vive en Polinesia desde hace 20 años, que ha tratado de saldar esta separación brutal que existe entre su práctica médica tal como se la enseñaron y la práctica tradicional tal como existe en Polinesia, intentando hacer un puente, este médico es Erick Para, y él habla de “medicina integrativa”, la cual se presenta en dos formas; lo primero que hizo que fue una verdadera hazaña, es que logró hacer que el tradi-practicante médico entrara al hospital, y aquí quiero hacer una pregunta para Paul, pues aquí hay un reconocimiento muy importante y necesario en el status del médico y en contraste, ¿cuál es el lugar que se le otorga al médico tradicional aquí en México? ¿Cuál es la implicación o involucramiento de estos médicos tradicionales que han recibido toda esta herencia? y la segunda parte es, ¿cuál es la forma de implicación o el status de estos médicos tradicionales en las escuelas oficiales?

A los médicos modernos no se les forma en las medicinas tradicionales Polinesias, en cambio sí se ha hecho todo un trabajo para la comprensión y el conocimiento de la cultura Polinesia, con el propósito de saber qué está esperando el paciente, cuál es el enfoque de la atención médica que se está requiriendo, un enfoque antropológico de la enfermedad y de los cuidados sanitarios. Con el reconocimiento de ello según la cultura, hay distintas percepciones, distintos saberes y es más importante todavía si la enfermedad es brutal, aquí estamos hablando en cancerología. Entonces para el médico es determinante entender no solamente la manera en que el enfermo entiende la enfermedad, sino también la manera en que quiere ser acompañado en la recta final de su vida.

Para terminar, aunque podemos abrir el debate, nosotros estamos implementando para el nuevo inicio del año próximo, una formación para los médicos que va a ser una sensibilización a la cultura y a la salud, pero que no está orientada a formar a los médicos en las medicinas tradicionales, sólo se trata de una sensibilización cultural. Para responder a la pregunta de Paul, yo creo que la medicina personalizante requiere forzosamente pasar por un sentido muy específico de la palabra *hospitalidad*, que tome en cuenta las diferencias de los demás para

integrar no solamente los conocimientos de los médicos tradicionales, sino también lo que puede aportar la medicina oficial cuando está abierta a un cuidado más adaptado a los pacientes. Y bueno, tal vez para complejizar un poco más el debate, me gustaría agregar dos palabras adicionales: reflexionar sobre una *medicina relacional* y una *medicina plural*.

*Alejandrina Cabrera:*

Cuando se trata de sentarse a definir conceptos sin contextos y sin procesos, creo que nos podemos perder; yo quería hablar sobre estos conocimientos y sobre su incorporación en la formación en campos de la salud. Pues el proceso es que no están ahí, y no están ahí porque han sido discriminados; hay un proceso de discriminación epistemológica y como muchos compañeros que están aquí, toda su cotidianidad es porque están haciendo emerger y valer este conocimiento que no es nuevo, que no es del siglo XIX, cuando el conocimiento de las plantas y otras alternativas terapéuticas formaba parte de la formación médica, pero el proceso mercantil las desplazó y la ciencia participó en eso; no se trata de una situación espontánea: es el resultado de un epistemicidio del conocimiento de las formas de curar de las poblaciones.

*Paul Hersch:*

El punto que señala Claire es importante, es interesante; ustedes están hablando de una medicina integrativa, pero ¿dónde están los saberes de la cultura en salud de la población?, ¿dónde están los terapeutas populares que tienen bajo su cargo una buena proporción no cuantificada de la demanda de atención?, esto es importante de abordar, tratar de ver de qué manera está presente en la agenda. Está presente este reto que también ya se ha abordado en México anteriormente. El mismo gobierno de la ciudad de México asumió como una parte de este proceso una apertura hacia las prácticas médicas populares tradicionales o pseudotradicionales en la demarcación de la metrópoli y de hecho el jueves en la sesión matutina el Dr. Roberto Campos nos platicará de su experiencia en la introducción de hamacas en hospitales en Campeche y la introducción de dietas locales en hospitales. Entonces son dos ámbitos diferentes que no debieran estar separados, eso es tan importante que hay un conversatorio referente a este tema, coordinado por la maestra Abigail Aguilar.

Un punto que me parece importante es la atención que significan hoy las presiones de la uniformización, la estandarización; hay una rebelión, hay una inconformidad muy sana del ser humano respecto a ser estandarizado, pero hay una presión de la modernidad actual tendiente a estandarizar; en la producción industrial si no hubiera estandarización no se podría generar una buena parte de la producción, y como tú dices, hablando de la singularidad del paciente, y de la singularidad del médico, ambas demandan respeto y en este sentido ello también es un reto, porque pareciera que las medidas en salud pública demandan una estandarización, pareciera que hay una contradicción del cometido de salud pública de dar una respuesta uniforme y eficaz ante los problemas de la colectividad, y al mismo tiempo la exigencia de que la dignidad humana se oponga a la estandarización, la exigencia del respeto a la singularidad de cada quien, y creo que esa discusión está muy fuertemente presente en este tema. Me parece es un asunto capital que hay que abordar.

Una de las claves que explica la persistencia de las prácticas populares de atención, es que ellas no están estandarizadas y están aportando otras salidas. La especificidad en la historia de la biomedicina se colocó en el medicamento y no en el paciente. Cada paciente -como cada médico- es irreplicable, pero la presión es hacia la uniformidad absoluta, y esto lo vemos en muchos ámbitos de la vida moderna; hay o debiera haber una fuerte lucha por rescatar la especificidad de cada paciente y la especificidad de cada médico.

*Claire Harpet:*

Para reaccionar a lo último que dijiste Paul, constatamos que muy a menudo, cuando vamos al médico decimos “la medicina me va a curar”, y ya no decimos “mi médico me va a curar”, y esto me parece bastante significativo de la relación que tenemos con el médico. Balint decía que el primer remedio es el médico, y entonces yo les hablaba de medicina relacional y la medicina relacional estaba en el centro de la atención médica. Los ejemplos de la Polinesia presentan realmente lo que podríamos llamar una crisis de valores de la relación entre el paciente y el médico. Es fácil ver en los territorios de ultramar franceses lo que sucede, pero no se engañen...en el mismo territorio de la metrópoli, tenemos los mismos problemas. Respecto a mi propia investigación pensé que había algo más visible si empezábamos con la zona de ultramar, pero todo esto con la voluntad de terminar por trabajar en el territorio de la metrópoli. Donde la medicina popular aún existe, aunque se ha tratado de erradicar de manera absoluta, y sí, tienes razón, hay una paradoja entre la salud pública en Francia y los medios que se les da a los médicos para dar una atención singular a cada uno de los pacientes, por eso me parece que tal vez antes de atender a nuestros enfermos tal vez habría que pensar en atender a nuestros médicos.

*Alejandrina Cabrera:*

Quiero agregar algo, y es que esta sociedad de consumo nos deshabilita y ya veremos durante la semana cuando vayan presentando los colegas y las colegas las formas de abordaje de los pacientes, donde su explicación de lo que sucede tiene que ver con las emociones del paciente, que también son emociones del médico, y que en procesos de trabajo en línea de las instituciones, cuya lógica tiene que ver con producción de servicios más que con curación de pacientes, esta dimensión se tiene que anular y se le anula en sí misma.

Yo espero que en las mesas los colegas médicos y médicas relaten una reconstrucción del sujeto que también como médicos y médicas nos recuperamos, porque los procesos del trabajo en línea nos deshumanizan y además en una sociedad de consumo, eres entonces un objeto. Muchos colegas en el campo de la fitoterapia clínica, yo veo el trabajo que hacen en la entrevista, cada una de ellas es única, particular, irreplicable, no se puede estandarizar y también acupuntura, porque va a hablar de la felicidad del sujeto, ¿y eso cómo se norma?, ¿cómo se mide? y ¿quién va a estar en ese diálogo escuchando la felicidad, no solo el sufrimiento?; hay momentos en la historia clínica en donde le preguntan al paciente ¿y cuándo ha sido feliz en su

vida?, en su infancia... eso no se puede estandarizar, yo lo que creo que estos procesos son en contracorriente, son de resistencia y son procesos que nos rehabilitan como sujetos.

Por último, quiero decir que estamos en una coyuntura, la crisis mundial, económica, también es una crisis de paradigmas y éste es el momento también y para los que estamos en este pensamiento subalterno es una oportunidad, porque podemos tocar ya los puntos débiles de este pensamiento normativo que ya no funciona. Eso es lo que quiero decir.

## Intervenciones, preguntas y comentarios

*Alain Carillon:*

Creo que aquí hemos tenido intervenciones fundamentales para este congreso. Porque creo que acaba de ser descrito todo el sentido de este congreso. A mí me gustaría hablar de los términos de medicina integrativa y de medicina personalizada, porque creo que todo está en el sentido de las palabras, ¿qué quiere decir la “medicina integrativa” en el nivel clásico?, es algo que nos vino de Estados Unidos y que se volvió muy a la moda. Y ya todo mundo dice que hace “medicina integrativa”; entonces se ha dado una *confusión total entre la herramienta terapéutica y la utilización de la herramienta terapéutica* en una reflexión y en un concepto particular.

Desde el punto de vista clásico, la medicina integrativa es un conjunto de herramientas terapéuticas que se reúnen y constituyen un arsenal terapéutico. *La reflexión que va a integrar al enfermo no existe*, y como lo describieron Claire y Paul, es una medicina integrativa, *pero donde el enfermo está completamente desintegrado de la reflexión, desintegrado a nivel social, antropológico, etcétera*, y también esta *desintegrado en su reactividad fisiológica que le es totalmente específica*, entonces aquí tenemos todo un aspecto social y antropológico por supuesto, y además tenemos toda la *relatividad fisiológica y fisiopatológica del paciente que es única*. Entonces, en la connotación usual de la “medicina integrativa” el paciente está totalmente desintegrado.

Con el término “medicina personalizada” tenemos exactamente el mismo problema. En su definición clásica, la medicina “personalizada” es el mismo problema, porque clásicamente hablando es una herramienta terapéutica personalizada... pero a nivel genético o celular. Y en su utilización no se toma en cuenta, en absoluto, ni la especificidad, ni la reactividad fisiológica específica del paciente; entonces es una medicina “personalizada”, pero no es una *medicina de la persona*, y en esto me gustaría insistir, porque es importante.

En este sentido este congreso es importante, porque en las distintas áreas terapéuticas que están representadas aquí, ya sea la fitoterapia clínica, la homeopatía, la acupuntura, etcétera, vamos a tener herramientas terapéuticas que están *incluidas en una reflexión de la persona, donde el enfermo realmente forma parte integral de la reflexión*: este era el punto en el que yo quería insistir. Me imagino que habrá términos que habrá que definir mejor, entonces yo creo que esa es una reflexión que tenemos que hacer entre todos, ¿cómo podemos definir mejor todos estos términos para no caer en la trampa de las palabras, que de repente ya son palabras

vacías, sin sentido? y volveré a esto durante mi intervención, pero quería señalarlo desde ahora, porque justamente creo que estamos hablando de lo que es el sentido de este congreso.

*Paciente:*

Buenas tardes, soy sobreviviente de cáncer, soy paciente, la mayoría de aquí deben de ser doctores y sin darme cuenta he sido parte de este término que llaman “medicina integrativa”, porque así lo decidí yo. Entonces, en un punto de la plática de la doctora francesa, dijo que la medicina es lo que se piensa que cura, que en algún momento de la historia así se pensaba, pero ella dijo, “hay que regresar al médico, que es el que cura”.

En mi caso hay un momento en mi recuperación que escuché una conferencia que muy afortunadamente me empoderó, para que pudiera ser yo la que recuperara mi sanación y mi salud. En el momento en el que yo fui la responsable de mi salud, es que tomé la decisión de no seguir la cuarta quimioterapia y dejarla en tres de las 6 que me recomendaron. Tuve la fortaleza de decir “no” al doctor que decía que tenía que tomar la 4, 5 y 6. Mis resultados de antígenos ya eran lo suficientemente bajos como para dejar de tomarlas, y en ese momento decidí sanar integrando un abanico de todo lo que están mencionando, de acupuntura, de homeopatía, de una cuestión emocional en donde entré a un ciclo de terapias Ericksonianas para curar mis emociones desde antes de nacer; cuidé mi dieta quizás de una manera obsesiva, porque a veces tiendo a serlo, y quizá también es gracias a eso que también estoy bien. Integré también un tratamiento de altas dosis de vitamina C y es muy importante también mencionar el trabajo del Centro de Apoyo de Cancerología, porque ahí también tienen homeopatía, meditaciones, Qi gong que yo hace años había tomado y las retomé; me hice de todo este abanico de diferentes saberes de medicina y me he sanado, entonces quería compartirlo desde ahí.

*Médico homeópata del PMI:*

Es importante poner en la mesa como lo han hecho todo este tiempo, la reflexión que debe hacer el médico frente a su paciente de su situación de salud. Pareciera que la reflexión es algo que se ha olvidado dentro de la consulta médica, la reflexión frente al paciente y para el paciente. Debido al tema que sacó el Doctor Paul, los términos de estandarización, éstos han anulado por completo el criterio médico, y han anulado la posibilidad de reflexión del médico frente a su paciente, y por eso lo que el colega francés expuso es importante, que quede bien claro que una cosa es “medicina integrativa”, en la que parece ser que hay una confusión en donde por un lado parece ser que se integran las disciplinas médicas para el paciente, eso más bien pareciera ser medicina complementaria, y otra cosa con la que se confunde la medicina integrativa es que pareciera ser que radica únicamente en considerar las partes que componen al universo, es decir pareciera ser que ser un médico, con una visión integrativa, es yo veo que tienes un problema digestivo, te doy tus medicamentos para problemas digestivos, pero si yo veo que tiene un trastorno emocional te mando con el psicólogo, y entonces ya estamos haciendo “medicina integrativa”, y no es así.

Por eso pongo a la mesa el siguiente término para que no exista esa confusión de palabras, el de “integralidad”, que es justamente de lo que hablaba la doctora respecto a la medicina relacional, si hay un problema digestivo que tiene un trasfondo emocional, el médico tiene que hacer la reflexión; no voy a abordar solamente el problema digestivo y de manera independiente el problema emocional, puedo encontrar la manera de encontrar el punto donde convergen estas dos situaciones para entonces poder dar un tratamiento que tenga un trasfondo con integralidad. Son las grandes diferencias entre estos conceptos y por esto lo digo, invito a que en el criterio del médico no exista solo una cosa que se llama estandarización; debe de existir, ante todo, la posibilidad de ser un ser que encuentra la relación, la reflexión, en el conflicto personal del sujeto que sea su paciente.

*Participante del público:*

Muy interesante la manera de iniciar este congreso, abre un poco la visión hacia una forma distinta de la medicina; decía la Dra. Cabrera no podemos dar definiciones fuera de contexto, eso es bastante cierto y en los médicos adquiere una característica particular, porque hemos ido paulatinamente dejando atrás a las humanidades médicas, las humanidades médicas son fundamentales.

El médico tiene como primera obligación establecer si puede o no ayudar al paciente, y si no lo puede ayudar, eso no lo exenta de la logoterapia, de buscar darle consuelo al paciente: esta es una obligación del médico hacia con paciente, por eso son indispensables las humanidades médicas. Es importante delimitar el campo de acción del médico, hay una sobrecarga extraordinaria de medicina de primer nivel, la medicina de primer nivel nos lleva a realizar actividades que no corresponden al médico; muchas de las razones por las que acude el paciente podrían ser solucionados con el espléndido trabajo de las trabajadoras sociales, de dietólogas, de cualquier otro tipo de consejeros y no necesariamente tienen que ir con el médico a plantear los conflictos.

Eso hace que la sobrecarga de trabajo para el médico sea extraordinaria y las posibilidades de pasar a segundo o a tercer nivel también aumentan, si tan solo tuviéramos mayores posibilidades de filtrar al paciente. Las humanidades médicas han sido eliminadas de algunas escuelas particulares; en las escuelas oficiales no es así, en la UNAM, en el IPN tienen bien presentes éstas. Fitzpatrick en su texto sobre la brevedad como experiencia, nos refiere claramente cómo el médico se comporta de manera clasista con los pacientes con un nivel socioeconómico más bajo, con un nivel socioeconómico más alto o similar, y establece que en esos niveles se otorgan en la medicina pública 10, 30 y 60 minutos a cada uno de los estratos, y eso refleja esa carencia de principios firmes de las humanidades médicas, bueno eso es todo; el tiempo es muy breve y la experiencia es inmensa.

*Jean-Christophe Charrié:*

Para hacer una medicina personalizada se requiere que el médico haga una reflexión. ¿Ustedes están de acuerdo con eso, no? Y sin embargo, ¿cuál es el tiempo total que les dan a ustedes

como médicos para entrar en esta reflexión? En Francia se han hecho estos estudios, y una consulta promedio de medicina general dura nueve minutos con 50 segundos, y el tiempo dedicado al paciente en esta consulta es en realidad de menos de un minuto 30. Entonces esta ambición nuestra de hacer una medicina de la persona, es una ambición que también mencionó nuestra amiga Claire, pasa forzosamente por ocuparnos de los médicos, porque hay que saber que en la actualidad el médico en la mayoría de los casos hace una medicina estandarizada, estadística, sintomática, rápida, y pasa a otra, y uno viene a ver al médico por un problema y luego volvemos por un segundo problema. *Cuando se hace una medicina de la persona no nos interesa un problema: nos interesa toda la dinámica de un paciente. Es decir, si queremos hacer una medicina de la persona se necesita tiempo y darle tiempo a la persona no es perder tiempo, es aportar una atención médica de calidad muy superior al paciente de tal manera que este paciente requerirá cada vez ir menos al médico.*

*Alejandrina Cabrera:*

La pregunta sobre la medicina personalizada o personalizante es muy antropocéntrica; yo creo que las opciones que hay en este Programa, más las que están afuera, nos hacen una conexión no nada más entre los humanos y humanas, *sino con la naturaleza misma*. Yo quisiera aportar aquí esta propuesta: desde el feminismo o los feminismos se han cuestionado otro tipo de biología; en la partería, el centro es pensar o dejar de pensar en la arrogancia de ser humanos y pensarnos que somos naturaleza, que somos parte de la especie humana; si nosotras en la partería no pensamos de esa manera, no podemos dejar libres los partos, los nacimientos; los niños nacen con, sin y a pesar del médico. Y eso nos hace pensar que somos naturales, así que yo también les recomiendo un blog que se llama “La otra biología”, que también está ya rompiendo este paradigma hegemónico de la biología.

Otro aporte que nos dan también los pueblos originarios en nuestro continente, es que también se ubican como seres naturales, como seres-universo, y eso está también en el paradigma de la acupuntura; entonces la condición humana es una condición construida con la naturaleza. Y otro punto dentro de lo personalizante y personalizado, relacionado con el testimonio que nos acaban de decir, es que la reconstrucción del sujeto, en esta sociedad tan difícil de consumo, pasa por tres dimensiones y nuestra compañera nos ha compartido con su experiencia con el cáncer: Uno, que tomó el control de su vida; Dos, la autonomía, y Tres, la autodeterminación. Son tres dimensiones de un proceso muy largo de reconstitución del sujeto y que no lo hace sola. Ella no puede sobrevivir porque sí, sino porque *tuvo una red humana de apoyo*, y creo que estas son pistas para el siguiente paso de este proyecto, que hay que seguir aportando desde los feminismos, *colocarnos como seres-naturaleza*, desde los pueblos originarios la lucha por la autonomía, el autocontrol y la autodeterminación.

*Claire Harpet:*

Gracias, no sé cuántos en la sala serán pacientes; bueno, pues quisiera darles las gracias a todos ustedes por estar aquí, porque efectivamente, como lo decía mi colega, la sesión de la atención médica centrada del paciente es absolutamente determinante; muchas gracias a la persona que



dio su testimonio, yo creo que entre más testimonios tengamos, más habrá una toma de conciencia que será cada vez más importante. Estamos aquí hablando de una comprensión ideal del paciente, una comprensión que lo considere en toda su riqueza, y la relación entre el paciente y el cuerpo médico una vez más, cabe decirlo, si no es de confianza, no puede llegar de ninguna manera al bienestar, a una verdadera cura. El hecho de que sea el paciente la persona que estaba enferma y que sanó la que presenta su testimonio, eso es algo importante y creo que realmente se tiene que dar la palabra a los pacientes. En Francia hay grupos de pacientes, los pacientes expertos, que participan realmente en el abordaje de la atención médica y los médicos escuchan lo que dicen estos pacientes.

## Conversatorio 2

### **Retos epistemológicos y metodológicos inherentes a la evaluación del impacto clínico en procesos de individualización diagnóstica y diversificación terapéutica.**

*Alberto Lifshitz, Alma López Caudana, Carlos Viesca Treviño*

Introducción al conversatorio

*Paul Hersch:*

La validación de la experiencia terapéutica es importante, sabemos que la anécdota tiene una limitación, sabemos que algunas veces hay una voluntad del médico y del paciente para ver las cosas como se quieren ver. Es por eso que bajo el cometido de control epistemológico se han diseñado estudios placebo, doble ciego, etcétera, y en este proceso, está el reto de cómo entrar en una validación ante aproximaciones diagnóstico-terapéuticas a veces muy disímiles o de difícil armonización y que están forman parte de este Programa: acupuntura, homeopatía, fitoterapia clínica, autouroterapia. Cada abordaje tiene su propia lógica. Es por eso que el día de hoy tenemos aquí la oportunidad de que nos acompañen tres colegas médicos que han reflexionado y han trabajado los procesos de validación terapéutica desde la clínica, el Dr. Alberto Lifshitz, la Dra. López Caudana y el Dr. Carlos Viesca.

*Alma López:*

Buenas tardes, quiero anticiparme y aclarar que lo que voy a compartir son realmente reflexiones. Tuve oportunidad de acercarme hace un año a este Programa (de Medicina Integrativa); me pareció muy importante contribuir de alguna forma con él, compartiendo aspectos que he tenido posibilidad de abordar, y también me pareció una oportunidad de aprender mucho. Yo me adscribo como médica clínica, algo que va a permear en todo lo que voy a manifestar, con incursión en el área de investigación. Esta participación me ha parecido una oportunidad para seguir identificando puntos de anclaje con algunos cuestionamientos que me

he ido haciendo a lo largo de mi desempeño clínico. Cuando me invitaron a opinar sobre este tema, inmediatamente dije sí; después me arrepentí un poco, pero me dije, “bueno pues hay que resolver los retos y el reto es hablar de estos retos”. En fin, tengo la certeza de que voy a salir muy gratificada de esta experiencia.

Mi manera de abordar este título del conversatorio, que es tan complejo, es ir desagregando el enunciado -título- que ustedes acaban de ver en pantalla. Considerando los retos epistemológicos, creo que no hay que detenerse mucho, todos conocemos el significado de la epistemología; lo que me gustaría rescatar de este concepto y que quedara como evidencia de mi participación es una reflexión sobre cómo se construye el conocimiento. Esas formas de construcción del conocimiento a las cuales se hace referencia al hablar de abordaje epistemológico, donde un aspecto muy importante es la relación que tiene el propio investigador con la construcción del conocimiento, y que la aproximación a ese conocimiento debe tomar en cuenta el contexto donde se desenvuelven las personas, en este caso los médicos. Tal abordaje se puede dar desde la perspectiva social o individual, por lo que me planteo y comparto con ustedes esta pregunta: ¿Qué es lo que determina la forma de aproximación de los médicos al conocimiento? Específicamente, en procesos de abordaje terapéutico diferentes al que se identifica como predominante en la práctica asistencial.

Es necesario recordar cuál es el sustento filosófico que permea nuestra práctica médica; recapitular las características que tiene, y el enfoque predominante que plantea, según el cual hay una explicación única y causal, y existen leyes que son generales, universales; que reivindica al método científico como única forma válida de conocimiento. En general, dicho enfoque propone que tienen menos valor aquellas teorías que se crean a partir de principios que de alguna manera se pueden interpretar como subjetivos, y que únicamente son importantes los conocimientos que se determinan de una manera objetiva.

Este acercamiento se basa en la observación y en la experimentación, privilegia la cuantificación, lo verificable, niega lo intangible, privilegia la forma sobre el contenido, el fenómeno sobre la esencia y realmente nos conduce a dejar de lado o marginar aspectos esenciales, como son los significados de los procesos. Lo que creo es que un reto fundamental desde el punto de vista epistemológico es cuestionar esa perspectiva, que deja de lado todos esos procesos llamados “intangibles”, toda vez que ese enfoque minimiza la complejidad de los procesos y de los fenómenos que subyacen al proceso de salud-enfermedad y nos orilla a minimizar también la importancia de las condiciones culturales y sociales que los determinan.

De repente, en el enfoque cuantitativo positivista, a uno le es relativamente fácil decir que incorpora el estudio de esas condiciones al incorporar ciertas variables, pretendiendo que eso es suficiente porque tales variables se consideran un reflejo del ámbito social, y uno centra su atención en operacionalizarlas, un procedimiento común y simplista en la aproximación cuantitativa. Yo creo que señalar las limitaciones de ese enfoque es parte de lo que aquí se debe discutir.

En cuanto a los retos metodológicos, el principal es que cada uno de nosotros, en los diferentes escenarios en los que nos manejemos, logremos tener una comprensión adecuada, y ejecutar de manera adecuada diferentes herramientas que nos permiten desarrollar investigación. De acuerdo con lo que he comentado, espero que sea obvio que no me estoy refiriendo solamente a metodologías cuantitativas, si bien los médicos que nos dedicamos a los procesos de investigación de manera general adolecemos de herramientas para la ejecución de metodología cualitativa. Vuelvo a insistir en que todo esto, lo digo desde la perspectiva de mi práctica clínica. Me parece obvio identificar que quienes se han desenvuelto en el área social pues son expertos en todas esas metodologías, y probablemente también su acercamiento hacia herramientas cuantitativas no sea necesariamente tan sólido. Ahora bien, creo que ambas metodologías son útiles en la medida en que su utilización parta de un cuestionamiento, tanto de dónde surgen, cómo se dan, qué tanto son aplicables, y de las implicaciones que tiene su aplicación en nuestro ejercicio clínico. Estamos obligados a desarrollar destrezas en metodología de todo tipo, toda vez que nuestra práctica implica el abordaje de personas, implica la interacción con personas cuyo proceso de salud y enfermedad está determinado socialmente, que tienen una experiencia vital y en quienes se expresan aspectos de tipo biológico y social.

Mi experiencia también me lleva a decir que otra dificultad que tenemos los clínicos es que no hemos aprendido a sistematizar, a pesar de que por definición tendríamos que haber incorporado esa habilidad. Desde mi perspectiva, no la hemos desarrollado totalmente. También creo que nos es necesario aceptar que todo lo que realizamos debe ser sometido a una evaluación. Con cierta frecuencia me ha tocado darme cuenta que bajo la amplia capa (le voy a llamar así) de lo que es el “juicio clínico”, podemos caer en errores que desafortunadamente no son en algún momento identificados, por lo que también es un reto el que estemos dispuestos a ser evaluados.

También es necesario suprimir esa tendencia a aceptar que los diagnósticos se configuran de manera individual; quiero decir, conforma a lo que cada quien pueda interpretar. Bajo la perspectiva de que existen procesos de individualización diagnóstica y de diversificación terapéutica, un riesgo es caer sólo en interpretaciones, sin que sean sometidas a evaluación. He tenido oportunidad de comentarlo con el grupo (de médicos del Centro Especializado de Medicina Integrativa (CEMI), y ésto nos lleva a reflexionar qué tanto esa amplia capa del juicio clínico, en este proceso de “personalización” o “individualización diagnóstica”, es algo con lo cual nos podemos cobijar y nos aleja de la reflexión, que debe estar presente en todo momento en que tenemos un acercamiento con algún paciente.

Sobre la evaluación del impacto clínico, he mencionado que en el abordaje del paciente tienen predominancia los aspectos biológicos funcionales, olvidando que en él existen aspectos psicológicos, sociales y emocionales. También considero necesario afirmar que la evaluación del impacto clínico no se logra únicamente implementando intervenciones. Una intervención en nuestra práctica clínica, al ser evaluada, nos puede conducir a obtener herramientas consideradas de mucha fortaleza, pero estoy convencida de que las intervenciones no son la única manera adecuada de aproximarnos a documentar el conocimiento que se deriva de nuestra práctica clínica. Si nos quedamos con esta idea, estamos en un riesgo muy grande como

clínicos, que es precisamente el riesgo de olvidar toda la valía que tiene el trabajo que desarrollamos diariamente; de olvidar que todo ese trabajo, en la medida en que logremos sistematizarlo, incluso describirlo, mostrarlo, va a poder fortalecernos y decir “bueno, esto es valioso, aunque no es una intervención”. Ya sabemos que se tiene que seguir un largo camino, pero es un paso inicial para lograr construir conocimiento con diferentes abordajes, cualitativos y cuantitativos. No hay saltos, creo que tenemos que hacernos a la idea de que esto se puede lograr de manera progresiva y poco a poco.

Ahora bien, en cuanto a los procesos de individualización diagnóstica y de diversificación terapéutica, respecto a los retos metodológicos y epistemológicos para este tipo específico de aproximaciones, empezaré planteando la pregunta “¿Será que realmente los retos metodológicos y los epistemológicos son distintos para diferentes tipos de práctica clínica?”. Es decir, retos diferentes a los que predominan a nivel institucional -la alopátia- y que se han considerado como “alternativos”, que son todos estos procesos de los que hemos estado aprendiendo esta mañana. Y planteo que los retos metodológicos son comunes a todos ellos.

Lo primero es aceptar que un proceso o un cometido de individualización diagnóstica o de diversificación terapéutica no tendría por qué permitirme asumir que las conclusiones a que yo llegue son válidas, cualesquiera que éstas sean. Precisamente esa diversidad tendría que permitirme a mí, como clínico, la facilidad de someterme a evaluaciones. ¿Qué es lo que determinará que un médico u otro no puedan ser sujetos a evaluación práctica? Yo creo que aquí no hay que convertir en exclusiva de cierto tipo de práctica esa necesidad de evaluación. En la medida en que se realicen tales evaluaciones, se podrá demostrar la solidez que las diferentes prácticas tienen, así como sus limitaciones.

La condición de diversificación terapéutica, por otro lado, tiene que enfrentar dos retos en el aspecto metodológico. Puede requerir de un tiempo más prolongado para llegar a concretar un procedimiento de investigación. Aclaro que esto es bajo la perspectiva predominante, que es cuantitativa, que desafortunadamente es aquella en la que he tenido más posibilidades de incursionar. Por otra parte, ya que el paciente es un ser capaz de tomar decisiones, no tiene por qué suponerse que se está apegando al abordaje “alternativo” de manera exclusiva, de la misma manera que ocurre cuando se abordan pacientes en la práctica alopática. Uno debe tener presente, y estar recordando, que el paciente tiene derecho de echar mano de otro tipo de herramientas, y lo mismo sucede con los pacientes de este tipo de aproximación. Y esta condición debe ser tenida en cuenta al momento de implementar procedimientos de evaluación del impacto clínico de los procesos que se aquí se están analizando.

Por otra parte, creo que los retos epistemológicos son comunes, dado que somos médicos inmersos en un mismo modo de organización social; no hemos estado sujetos a procesos formativos diferentes, los cuales no lograron en general que alcanzáramos un ejercicio continuo y constante del pensamiento crítico o de la sistematización, y que hemos aceptado como válida la idea generalizada, que desde mi punto de vista es equivocada, de que la investigación requiere de capacidades especiales y poco asequibles, de manera que no todo mundo la puede desarrollar.

Creo que este es un reto común para todos nosotros ¿Y por qué considero esto? Considero que todos nosotros, porque nuestra práctica se desarrolla en un mismo sistema de salud, compartimos dificultades derivadas de la forma en que están organizados los servicios de salud, donde la prioridad y para lo que estamos formados, es la asistencia y no la investigación, según hemos comentado en diferentes escenarios. Estoy convencida de que es necesario crear escenarios favorables para que se aplique el método científico en cualquiera de las vertientes de aproximación al conocimiento y al ejercicio clínico por la que optemos.

Considero que toda esta discusión tendría que converger en unos puntos esenciales planteados por algunos teóricos del área social: reivindicar que la investigación, en cualquiera de los escenarios en que se desarrolle, y bajo la perspectiva metodológica que se pueda y se desee implementar, debe ser un instrumento de respuesta a necesidades sociales de salud de diferentes grupos poblacionales. Entonces entenderemos qué características pueden tener los pacientes que solicitan la orientación, qué orientación es la que nosotros les podemos dar. Aquí es necesario recordar una propuesta teórica que dice que el trabajo de investigación no debe ser únicamente una intelección, no debe ser simplemente para descubrir problemas, sino que debe ser un acto cuyo objetivo sea romper estructuras mentales, con la finalidad de contribuir a fomentar una conciencia crítica de nuestra realidad.

Para finalizar, no puedo dejar de insistir en abandonar la idea que privilegia la investigación cuantitativa. Tenemos que acercarnos a los científicos sociales; que nos orienten, dado que lo que necesitamos es implementar diferentes tipos de herramientas para avanzar en el propósito que nos hemos trazado a través del camino de investigación, sean cuales sean las particularidades que decidamos, para concretar finalmente el objetivo común de transformar nuestra realidad.

*Carlos Viesca:*

A ustedes gracias por aguantar todo lo que les voy a decir, ya que seguramente va a haber muchas insensateces. Me gustaría partir de la visión clara que nos ha dado la doctora respecto a la *episteme*, epistemología, teoría del conocimiento. Recordemos que la gran revolución de la filosofía se da después de la Edad Media, cuando se abandona la metafísica para hablar de episteme. Preguntémosnos cómo es la realidad, preguntémosnos cómo entendemos la realidad y desarrollemos preguntas, métodos y cuestionamientos para tratar de explicar qué es lo que sucede a nuestro alrededor.

Históricamente, si nos vamos a los orígenes de la medicina occidental, tenemos dos situaciones que a mí me parecen muy importantes. Una, que aparece en los textos hipocráticos, es que para hablar de medicina tenemos tres elementos: el enfermo, la enfermedad y su médico. Aquí, curiosamente Hipócrates no dice “el médico”, dice “su médico”, y ésto ya da una diferencia cualitativa fundamental. La otra aparece en un texto de Platón, en las leyes, en donde dice: hay dos tipos de medicina, la medicina de ciudadanos y la medicina de esclavos. Las dos situaciones

tienen similitudes muy serias con lo que sucede en la actualidad y que ustedes las podrán identificar fácilmente.

“Medicina de ciudadanos”, de gentes pensantes, razonables, racionales, es aquella donde se establece un diálogo, en donde el enfermo o paciente tiene que expresar lo que le pasa, y el médico aprende particularidades de la enfermedad individuales, sí, pero al mismo tiempo va a ver cómo las inserta en una visión general de lo que significa la enfermedad en otros pacientes y hará una abstracción de lo que significa la enfermedad para él, cómo define la enfermedad, de qué color la viste, cómo la reconoce, y ese médico va a regresar al paciente esos conocimientos generales para que el paciente tenga una visión, no solo la suya individual, sino algo que se basa en la experiencia que le está transmitiendo ese médico. Este es el proceso de enfermedad “entre hombres libres”, diría Platón. Se plantea también algo que los textos hipocráticos recuerdan y que también las correctas medicinas de esta humanidad reconocen, y es que se desarrolla una amistad entre el paciente y su médico, entre el médico y su paciente, y aquí el *su* es fundamental.

En cuanto a la “Medicina de esclavos”, aquí no hay problema, el médico no necesita ser ni tan ducho en el arte de platicar, ni de conocer: va a ver a grandes rasgos qué le pasa a una comunidad de pacientes y va a decir en este común denominador tenemos estos elementos, tenemos este diagnóstico como común denominador y este tratamiento como un denominador masivo, que no tiene que ver ni con la experiencia ni la expectativa del paciente, y así podemos hacer recetas colectivas y hacemos una buena “medicina de esclavos”.

Estas dos imágenes las tenemos en nuestra práctica médica diaria, no solo en la Ciudad de México sino prácticamente en todo el mundo. ¿Cuándo el paciente significa? Punto central para construir una *episteme*, no basada estrictamente en la enfermedad, sino en esa relación enfermo, su enfermedad y su médico, y ¿cómo convertimos esto en un conocimiento más amplio, que sea abstracto, que sea aplicable o aplicable parcialmente a otros casos de semejantes dependiendo aplicabilidad de similitud o disimilitud? ¿Entonces qué tenemos? tenemos elementos para construir un conocimiento; ahora hablamos de medicina integrativa y de esto hemos platicado mucho el Dr. Hersch y yo: ¿Qué tanto nuestra medicina occidental resuelve todo esto?, por obligación, porque es la medicina oficial; por necesidad, porque es la más accesible o la que se hace accesible a través de políticas públicas o ¿qué tanto faltan otras cosas?

En México tenemos una situación muy particular, tenemos herencia de culturas milenarias, herencia de las escasas culturas madres que existen en la humanidad, culturas mesoamericanas, indígenas con una visión del universo diferente a la que tuvieron los antiguos griegos, diferente de la que tenemos nosotros, y la nuestra un poco diferente de la que tuvo Copérnico. ¿Cómo entendemos el universo?, ¿cómo entendemos al hombre en el universo, el diseño del cuerpo en el universo, las relaciones entre universo y ser humano, entre salud y enfermedad?: estamos hablando de una construcción interpretativa de la realidad que puede ser muy diferente o muy semejante a la que tienen otros pueblos, o diferente a la que nosotros mismos tenemos en nuestra propia evolución histórica, que también cambia.

Es decir, por mucho que queramos, no podemos pensar exactamente igual que el médico de Quetzalcóatl, éste no podía pensar exactamente igual que el de Moctezuma I y éste no podía pensar igual que Martín de la Cruz, autor del precioso códice de la Cruz-Badiano, y nosotros tampoco: hay diferencias que están marcando evolución en el tiempo, evolución de la relación con la enfermedad, y evolución en relación con otras culturas que también se enfrentan al problema de la enfermedad; entonces “integrativo”, ¿qué significa? y ahora ya puse otra piedrota en el zapato... ¿Qué significa “integrativo” en términos del ser humano?: tiene una necesidad de atención de la salud, sí, ¿pero quién es? ¿quién ha sido? ¿cómo llegó hasta este momento? ¿qué padece? ¿cómo lo padece? y ¿qué significa ese padecimiento para su vida, para su proyecto de vida? Porque podría ser una bendición enfermarse en ciertos momentos, o podría ser una maldición horrible la misma enfermedad, la misma intensidad, con los mismos síntomas... ¿qué significa para la vida de esa persona en ese momento en particular?

Por otro lado, tenemos que la persona va a expresar una necesidad: “necesito que me atiendan”, ¿por qué?... vamos a lo más burdo: “porque quiero tener ganancias secundarias”, y digo “¡ay!”, y me dicen entonces sólo “sana sana, colita de rana”, o puede ser una enfermedad que me impide trabajar y necesito trabajar, o puede ser que tenga una enfermedad (le decía a un buen amigo podólogo) “tú eres importantísimo, porque yo me he dado cuenta de que pienso con los pies, porque cuando me duelen los pies no entiendo nada”. O sea, ¿qué significa un callo en un determinado momento para un filósofo soberbio?, ¿o qué significa un callo para quien quiere una incapacidad?, significa que el médico que le va a extender la incapacidad se la debe de creer; ese es otro problema que también hay que plantear.

¿Cuál es la expectativa del paciente? Y la expectativa tiene otra vez una situación vivencial como con la que estaba jugando, una interpretación cultural: ¿qué le dice su cultura? ¿qué aprendió en su casa? ¿cómo consideran la enfermedad en general, esa enfermedad en particular?, ¿cómo se llama? ¿cómo se maneja en su entorno familiar, cultural, social, y esto nos va a llevar otra vez a plantear ¿qué espera? Por ejemplo, me dice un paciente, “oiga doctor, esta enfermedad es incurable, porque todos los familiares que la han padecido han muerto de ella”. Y sin embargo, después del ejercicio diagnóstico ¿qué era? una vulgar diarrea por *Salmonella* sensible a todos los antibióticos, pero no los tenían ahí. Entonces, el paciente la declara enfermedad incurable y se puede morir de un infarto cuando le dicen que tiene esa *Salmonella*, y así continúa el mito de la enfermedad incurable. Entonces volvemos a las tres preguntas, ¿qué espero?, ¿qué conozco? y ¿qué me hace padecer de manera diferente un determinado problema?

Tuve en la práctica clínica varios ejemplos. Pacientes que se mueren por el nombre de la enfermedad, y se mueren de esa enfermedad por supuesto que sí; sin embargo, si les decimos otro nombre no se mueren. Cuando se les dice “tiene un cáncer”, o aún “está curado su cáncer”, pueden presentar un infarto. Una paciente me pedía: “si tengo esa enfermedad que usted ya sabe cuál es, no me lo diga, porque de seguro me muero”.

Ahora les voy a hablar de la *Tlatlacotic*, una planta que se estudió intensivamente desde el siglo XIX en el Instituto Médico Nacional, y en el Instituto de Biología, y se volvió a estudiar en la Facultad de Medicina en los años 30, se ha estudiado aquí y allá. El anuncio original de esta

planta, que me llamó la atención, era, si a alguien por bostezar muy fuerte o gritar se le traba la quijada, dale *Tlatlacotic* y se compondrá, ¿qué estudiaron por muchos años los farmacólogos?, si el *Tlatlacotic* era algo que quitaba la contractura muscular, pero en el siguiente renglón del código decía: “este *Tlatlacotic* lo hará vomitar fuertemente y la quijada regresa a su lugar”. Entonces, ¿es un relajante muscular o es un emético?, nuestra tradición nos lo dice claramente y la farmacología nos falló; ¿qué quiero decir con esto?: que hay que desconfiar de las dos. No siempre la tradición nos habla claramente y no siempre la farmacología nos falla, y entonces ¿cómo conjugamos las dos experiencias para que algo sirva?: con la experiencia clínica.

Una siguiente situación que creo que es muy importante: ya no vivimos en la cultura mexicana mesoamericana, ni mexicana, ni maya. En Francia, ya no se vive en la cultura gala original o de los primeros romanos, con Julio Cesar, o luego Carlomagno, y en la India ya no se vive en el imperio mongol. Con esto quiero decir que el mundo se ha relacionado, y que ahora vivimos en entornos obligadamente transculturales, que a veces queremos que sean pluriculturales pero que tampoco puede ser, porque siempre hay relaciones y hay intercambios.

En medicina tenemos un problema muy serio: excluimos todas las medicinas que no son occidentales, porque hablamos desde un lenguaje de oficialidad política, oficialidad científica. El viernes platicaba con unos compañeros dedicados a investigación educativa que decían sobre estos investigadores que publican en revistas de alto impacto, de los que no publican artículos, publican *papers*, ¿no es esto una forma de colonización de la investigación?, de qué forma la descolonizamos, y si pensamos en “medicina integrativa”, tenemos esa tarea como elemento central: dar la voz a esas investigaciones que puede que no lleguen a esos *papers*.

La vez pasada me mandaron dos artículos escritos por unos compañeros, uno de Abu Dhabi y otro de Dubai, que de entrada me dijeron “no los vamos a recibir, porque la forma de pensar de estos árabes es diferente a la mía” y les dije, “me disculpan, yo los voy a revisar y voy a decidir qué es lo que tienen y qué es lo que nos es útil”. Eso fue en la revista de investigación del IMSS; ¿por qué no abrir canales y plantearnos cómo piensas tú diferente de mí y cómo podemos establecer un diálogo a futuro? yo pienso que eso lo venimos tratando de hacer desde hace rato algunas personas. Pero ¿cómo establecemos un diálogo entre los diferentes sistemas médicos que existen en esta humanidad a la que pertenecemos?, la mayoría tienen una congruencia, tienen una visión del mundo y nos están ofreciendo un conocimiento que no necesariamente es el mismo tipo de conocimiento que nosotros aprendimos en la escuela. Tenemos que abrir un diálogo “a través de”, entre varios protagonistas; podemos llegar a acuerdos, a conocimiento, de eso se trata. ¿Cómo resignificamos?, otro punto importantísimo.

Cuando ofrecemos un resultado de una investigación, más formal, más cerrada, más dura, estamos ofreciendo algo que significa para nosotros un “criterio de certeza”, que ahora ya la doctora nos dijo, y estoy totalmente de acuerdo con ella, que es una ilusión. Una ilusión de validez, validez sí, pero es una validez en un contexto científico de investigación determinado, y aquí me refiero a “científico” en el sentido más amplio de la palabra; llamaría científico a Hipócrates, a Maimónides, a uno de nuestros curanderos mazatecos: ciencia entendida como conocimiento, no como “ciencia positiva”, como la definió en cierto momento Claude Bernard.



Así que esta validez tiene varias significaciones, ¿qué significa en ese contexto y en esa visión del mundo?; pero también nos tendríamos que plantear qué significa en mi visión del mundo, en mi contexto y qué me dice en cuanto a cuáles son las necesidades sociales de atención a la salud.

Por ejemplo, se ha discutido muchísimo, qué se investiga en términos de medicamentos; por lo regular, medicamentos para enfermedades que no siempre son las más frecuentes en grupos sociales vulnerables y que además van a ser muy caros. Medicamentos que se enfocan a resolver problemas que se han hecho evidentes a partir de una epidemiología que cambia, pero también de una necesidad económica de grupos poderosos económicamente hablando y que necesitan que les resuelvan un tipo de enfermedad que no es de la misma importancia en otros grupos sociales o en otros entornos socioculturales, o en otros países. No es la misma necesidad en áreas rurales mexicanas donde sigue habiendo amibas, lombrices y muchas otras cosas, distintas de las que tenemos en el Instituto Nacional de Oncología. Deberíamos de tener medicamentos para las dos necesidades, pero no eliminar una que pertenece a grupos marginales.

Otro punto es la justicia social como punto central de una “medicina integrativa” y de una atención integral de la salud. Desde mi posición, vamos a pensar, como médico en el sistema de salud pública en México, dispongo de un cuadro básico; ahora disponemos de un cuadro básico de plantas medicinales en la Ciudad de México, ya tenemos un cuadro base de medicinas alternativas, que se tiene que ir enriqueciendo. Ahora ¿por qué lo puedo usar yo médico alópata o por qué puede usar un medicamento alópata un médico Tarahumara? Y dije médico de adrede: no “médico graduado de la facultad de medicina”, otros dirían curandero, pero es médico, también igual que todos nosotros, ¿cómo usaría los recursos cada quién? Pues tendrán que resignificarlo de acuerdo a sus conocimientos, a sus creencias, a su visión del mundo, y entonces darle un sentido de validez.

Aquí tendríamos a la evaluación como punto central para poder jugar con todos estos factores. Yo puedo utilizar un medicamento, un antibiótico que mata bichos invisibles y mi compañero lo va utilizar para matar espíritus que causan el mismo síntoma o la misma lesión, estoy jugando con dos cosas: síntoma y lesión, medicina sintomática, la cual es muy importante, pero también hay medicina que busca la base con la que entendemos la enfermedad como muy importante. Mi paciente muchas veces va a ocuparse más del mal espíritu que le está haciendo cosquillas en el intestino, sobre que yo le diga que tiene un déficit de vellosidades intestinales.

¿Cómo resignificamos los medicamentos y cómo resignificamos el lenguaje de comunicación con los pacientes? Otro punto central, ¿a dónde vamos con todo esto?, a que no solo es posible, sino que es deseable, que en nuestro contexto busquemos atención universal de la salud. En primer lugar, atención primaria, se nos ha olvidado terriblemente porque hemos priorizado una visión positivista de una visión de tercer y de cuarto nivel en áreas ultra especializadas pero definidas desde la medicina occidental, no es como si habláramos de áreas ultra especializadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría donde estuvieran como responsables un par de *Marakames* huicholes, tarahumaras o algún curandero Chamula que van a tratar

enfermedades mentales traducidas a idiomas culturales, y lo mismo podríamos decir de otros elementos y especialidades.

Integración cultural, integración de distintos sistemas médicos, se ha planteado ¿cuál es el papel de la acupuntura en la atención a la salud en la Ciudad de México?, ¿cuál es el papel de la medicina ayurvédica? ¿cuál es el papel de la medicina china?, el concepto integral de la medicina china, porque la acupuntura es un procedimiento, es una herramienta, no es todo y, cómo podemos integrar otras medicinas, hay una medicina islámica que tiene mucho de hipocrática y tenemos mexicanos que padecen sus enfermedades de acuerdo a las visiones del mundo que definen cada una de estas medicinas. Tenemos que ponerlas en la mesa y plantearnos cómo crear una *episteme* o una *metaepisteme* integrativa creo que es una tarea muy difícil pero que tenemos que emprender con todos los rigores metodológicos, los que se nos han enseñado y muchos que podríamos ir agregando.

*Alberto Lifshitz*

Yo también agradezco la invitación y confieso que apenas me está bajando la angustia de la incertidumbre por dos circunstancias. Me ha bajado uno, por ver las caras bondadosas de todos ustedes, espero no equivocarme en mi juicio, y la otra, porque ya no me veo precisado a definir la medicina integrativa o cómo integrar todas estas cosas. Entiendo que yo voy a plantear como veo yo la medicina y ya después se discutirá todo lo que ustedes quieran, y entiendo que estos 15 minutos son para provocar así que ahí les va.

Yo también soy un clínico que todas los días ve pacientes , casi siempre enfermos y utilizo medicamentos de la industria farmacéutica y tengo todos los defectos y los errores que ustedes ya han marcado de esta forma hegemónica de atención médica, que por cierto, sé que está en la ley pero yo me he opuesto siempre a la denominación alopática, porque creo que es en contraste con la homeopatía y que más bien el término lo han de haber inventado los homeópatas que no traduce la característica fundamental de la medicina que yo practico por lo menos. No sé cómo llamarla, pero ustedes tienen muchos otros nombres, yo le llamaría medicina científica.

Decía yo que todos los días veo pacientes, pacientes en una tercera acepción, aparte de las dos ya mencionadas. Por “paciente” yo entiendo, individuo que entra en contacto con un sistema de salud, esté enfermo o no y lo importante para mí es el paciente y ayudar al paciente. No tengo la visión de la salud pública, no tuve una formación de eso, yo tengo la visión de la salud individual y confieso abiertamente, sí me preocupa la familia de mi pacientes, sí me preocupa el entorno de mi paciente, pero alrededor de mi paciente, me preocupa ayudar a mi paciente, cualquier forma que yo lo pueda ayudar está bien si tiene buenos resultados no importa cómo, si ya quiero generalizar un remedio: como me fue bien con este paciente, ya lo voy a usar con todos los pacientes que se les trabe la mandíbula, ya es un poco diferente, ahora sí tengo que tener criterio un poco más científico.

A todo lo “científico” le estoy poniendo comillas. Si lo quiero generalizar lo tengo que validar, para ver si el tratamiento es generalizable o no, y como ustedes saben en la historia, ha habido

infinidad de remedios, pero no todos han sobrevivido al paso del tiempo. Hay dos elementos muy importantes, uno es el efecto placebo que nos ha permitido sobrevivir como profesión a pesar de que no teníamos remedios verdaderamente eficaces y otra no menos mágica que es la tendencia de las enfermedades a curarse solas. Nos hemos dejado engañar en beneficio de los pacientes, no lo critico, por el ubicuo efecto placebo, que desde que el paciente llega con el médico dice, desde que lo vi ya me siento mejor, porque el médico actúa como placebo y por la tendencia de las enfermedades de curarse solas, cuando damos un remedio y el paciente se cura a pesar del remedio. Entonces creo que esta forma de ver la terapéutica obliga a validar cualquier remedio que nosotros propongamos, o que hayamos visto anecdóticamente, entonces hacer toda la investigación que permita determinar que un remedio es verdaderamente eficaz, pues metodológicamente es complejo, tampoco es que se necesite ser un genio, pero sí tiene que haber un cierto método para poderlo probar.

Me parece que la integración, así estoy entendiendo lo que aquí se ha dicho, la integración de diversos enfoques en favor del paciente yo la suscribo entusiastamente, me parece que es perfectamente válida, esta forma de atender al paciente, lo importante es que él mejore, que esté contento, que esté satisfecho, que recupere la salud si es que la perdió, o que la conserve si no la ha perdido me parece bien y esto es perfectamente válido para suscribirlo; pero generalizar un remedio, decir “este es un remedio válido”, pues sí requiere una metodología más allá de la impresión que cada quien pueda tener.

### Intervenciones, preguntas y comentarios

*Claire Harpet:*

No es una pregunta, es solo abundar en el sentido de las presentaciones, en Francia, un etnopsiquiatra que se apellida Tobie Nathan, habla de la influencia que sana, toda la dimensión simbólica e histórica del paciente tiene un rol en este proceso de sanación, y eso participa de manera integral en el sistema de curación, es como un complemento a lo que se mencionó.

*Jean Christophe Charrié:*

Otra observación pequeña, se habla a menudo del efecto placebo, y se nos olvida seguido el efecto *nocebo*, hay palabras del médico que pueden tener un efecto contrario al efecto placebo, es decir hay colegas que advierten a su paciente que si usted no sigue mi tratamiento va a morir en 6 meses.

*Otro participante:*

Pues yo me congratulo de haber tenido como jefe por más de veinte años a Carlos Viesca, me ha hecho pensar de una manera muy distinta la medicina y del trato cotidiano en el aprendizaje que nos brindó como nuestro jefe y considero que quizá el que se haya separado de la jefatura le permite ahora tener un campo más amplio de influencia en esa forma de ver al paciente, esa manera de entender a la medicina, es justo la esencia de una corriente de pensamiento como

esta, que busca no dejar de lado aspecto alguno del proceso salud- enfermedad, de su paciente, de su médico, efectivamente como bien lo señalas, esta insistencia tuya en los compañeros del departamento, y pues ha permeado en varios compañeros y tenemos una corriente de opinión diferente. Ojalá y pudiésemos permear más en los distintos programas de estudios de nuestra facultad y de otras, para que la visión del paciente sea diferente. Yo aplaudo lo que la doctora nos habla respecto a la epistemología del conocimiento, pero siento que queda ese pequeño huequito que has llenado con tus consideraciones claramente filosóficas. Hace rato intenté señalar que lo fundamental de la formación del médico es no separarlo de las humanidades, y las humanidades médicas no sólo entendidas como el aspecto de filosofía de la medicina, sino de todo otro tipo de saberes que se conjugan en la atención del paciente y la identificación del proceso salud enfermedad desde un contexto amplio, nuevamente te agradezco, gracias Carlos.

*Médica Karla Mercado:*

Buena tarde, mi nombre es Karla Mercado, yo soy médica general de la UAM Xochimilco, y mi participación es para apoyar la visión que acaba de compartir el compañero, y precisamente es hacer como una crítica hacia la formación médica. Les platico un poco mi caso y creo que es el caso de muchos. Me ha tocado estar en otros congresos, en otros encuentros, que precisamente concluimos en que la formación médica desde las universidades no nos da las herramientas o el proyectil y nos mandan a la guerra sin fusil. En mi caso, cuando yo llego a hacer el servicio social en el estado de Chiapas, nos mandan con una formación demasiado de segundo nivel, y entonces creo que desde esta perspectiva que estamos buscando una medicina integrativa, desde ahí, ya está la falla, porque una integración al primer nivel no la tenemos, una formación hacia el primer nivel no se ve.

Entonces cuando yo estoy en una comunidad que está alejada de la ciudad, la más cercana a 4 horas, dos horas de terracería, dos horas de carretera, que no son carreteras muy buenas, y llego a un hospital, cuando quiero trasladar a un paciente, porque en la comunidad en la que estoy no le puedo resolver un caso y llego a un segundo nivel y tampoco en el segundo me resuelven y entonces tengo que ir a buscar a la ciudad. Desde este punto de vista a nosotros como médicos generales no nos enseñan de primera instancia cómo resolver un caso o que quizá qué podemos hacer como más inmediato en este sentido. Necesitamos tener más herramientas desde la universidad, porque no nos enfrentan a este proceso del acercamiento o el encuentro con el paciente para que te puedas entender, para la integración de la cultura, para la integración de otros sistemas.

En mi caso tuve la fortuna de ser o acompañar o que me acompañaran las parteras y pude aprender mucho de ellas, pero es hasta este momento que yo me encuentro en el servicio social que empiezo a ver todo esto, no solamente como ver la parte de la medicina alopática, sino que hay otras formas de atención. Esa es mi crítica, gracias.

AC

Se han dicho cosas importantes e interesantes, yo quisiera hacer una vinculación de esto que se ha mencionado con la visión de endobiogenia que trabajamos nosotros, hemos comentado antes que la visión clásica de medicina integrativa tiene esas limitaciones porque están basadas en el énfasis en el medicamento y no en el paciente. ¿Por qué hablar de la herramienta terapéutica, del arsenal terapéutico y no del paciente o al margen del paciente? Desde esta perspectiva habría dos perspectivas de integración, toda la visión cultural, social, antropológica, que es fundamental, pero también está la dimensión fisiológica de esa integración que tiene una especificidad. No me voy a detener en este momento, pero es algo que comentamos en la mañana, la importancia de esta integración, de la especificidad la visión integral de la fisiología de cada paciente. Voy a poner un ejemplo muy simple: El virus de la gripe no es la causa de la enfermedad gripe, es el factor desencadenante, y el error frecuente que se comete es confundir el factor desencadenante y la causa ¿cuál es la causa de la enfermedad llamada gripe?

Es el caso de recurrir a la fisiología, que no puede establecer un mecanismo de defensa frente a un agresor que es el virus, lo que deviene evidentemente es toda la dimensión clínica de la gripe, es el mismo virus, pero unos hacen la gripe con temperatura, otros no hacen ninguna gripe, otros ante esa exposición mueren. En el verano no hay gripes, el virus no se fue de vacaciones siempre está, es que la fisiología está funcionando de manera diferente en cada quien. Entonces ésta es una cosa que ya se ha escrito de no confundir el factor desencadenante con la causa. A nivel psicológico es lo mismo, actúan una gama de agresiones psicológicas que son factores desencadenantes, pero ¿por qué alguien va a hacer una úlcera de estómago, otro un eccema, otro, hipertensión, frente al mismo agresor externo? lo que marca la diferencia es la fisiología en función de un punto débil de esa fisiología que no puede enfrentar al agresor, este es el enfoque de las llamadas enfermedades psico-somáticas, que no hay que confundir la causa y el factor desencadenante. Este es el esfuerzo de integrar al paciente, la persona de manera completa a nivel evidentemente de su fisiología y de toda su reactividad respecto sí mismo, su enfermedad, respecto a su medio ambiente.

*Alma López:*

Hoy reconocemos que todas las enfermedades son multi- causales por eso está pasando a la historia el diagnóstico etiológico, el tratamiento etiológico ya no es vigente ya que en todas las enfermedades participan una serie de factores, lo acaba de comentar la persona que hablo. Un mismo agente puede producir una gama muy amplia de enfermedades dependiendo de una serie de circunstancias que yo creo que tiene que ver con el paradigma de la multi- causalidad.

*Carlos Viesca:*

En el mismo sentido ahora que estaba usted hablando, a mí el virus de la gripe no me puede enfermar cuando voy de vacaciones, pero cuando regreso soy altamente vulnerable sobre todo si regreso a un trabajo que no me gusta, triplemente vulnerable. Esto va en muchos sentidos ya no podemos hablar de una cadena causal como se modelo hace 150 años en el positivismo estoy pensando otra vez en Claude Bernard, que además es un autor que yo admiro y leo

frecuentemente independientemente que ya no esté de acuerdo en muchísimas cosas que dijo, pero cada vez me hace pensar cosas nuevas, se los recomiendo.

El efecto *nocebo* también es importantísimo, cómo funcionan las enfermedades por sugestión. Estaba yo recordando un precioso trabajo de antropología publicado por ahí de 1940 en donde la persona que no sabe que le hicieron vudú, ni se enferma, ni se muere, para que eso pase, tiene que saberlo, es un efecto *nocebo* de una palabra, de un símbolo de algo que lo hace saber. Yo tuve una anécdota que se las cuento porque les va a simpatizar. Primer trabajo que tengo una vez recibido, llego a una clínica en el estado de Guerrero, donde a los 10 días encuentro en la bolsa de mi bata un muñeco con alfileres en los ojos, en los brazos, en la barriga, en todos lados, afortunadamente había estudiado antropología...otra vez volvemos a la necesidad de las humanidades. ¿Qué hice? Llamé a los que trabajaban conmigo, saqué el muñeco de la bata, les dije: “miren me encontré esto, por supuesto que esto es para mí, pero díganle al que lo puso que el que se va a morir es él” prendí un cerillo, quemé el muñeco y lo tiré a la basura. Al día siguiente, llegó una esposa a pedir perdón por su marido que era el que me había puesto el muñeco.

La antropología sí sirve y sirve mucho, en relación con lo que decía la compañera. Importantísimo, estamos cambiando nuestros planes de estudio de medicina para tener atención de tercer nivel ultraespecializada pero al mismo tiempo tampoco salimos preparados para ejercerla, salimos preparados para empezar otra carrera, que es lo que está sucediendo, estamos jugando a equipararnos con los niveles de exigencia de ciertas universidades norteamericanas, europeas que dicen ahora nos basamos en la convención de Bolonia. Lo que preparamos son embriones de ultra especialista y debemos de preparar médicos, médicos generales que sepan cuando derivar a los pacientes que lo ameritan y que sepan resolver cosas de medicina de primer contacto que es son el 80% de lo que se necesita. Necesitamos un cambio profundo de los planes de estudio, de nuestras escuelas de medicina, pero necesitamos un cambio profundo también de los sistemas nacionales de salud porque de nada sirve que preparemos médicos que no puedan encontrar trabajo.

Otra vez doble tarea, nos tenemos que volver horriblemente molestos, el Dr Lifshitz, creo que la doctora también, el Dr Hersch y yo nos hemos dedicado a volvernos profundamente molestos para nuestros directores, para nuestras autoridades en salud a las que tenemos acceso y que a veces nos aguantan porque somos sus amigos, pero unos amigos muy molestos, pero creo que esa es nuestra función de pronto surge algo que pueda ser funcional y que sirva.

*Alberto Lifshitz:*

En realidad, más que comentar acerca de lo que han compartido de nosotros, yo no quisiera cerrar esta participación sin antes retarlos a que cuestionemos de todo lo que se ha hablado hoy, sobre todo a los que somos médicos clínicos y tenemos la fortuna de serlo, pues replantear a partir de esta discusión, qué es lo que nosotros queremos hacer en pro de nosotros construir nuestro propio conocimiento para beneficio de nuestros pacientes y sobre todo cómo queremos o cómo podemos hacerlo.

### Conversatorio 3

## Las perspectivas y retos de los servicios de base sustantivos: enfermería, droguería, trabajo social, archivo clínico.

*María Rodríguez Saldívar, Valeria Mendoza Soto, Amy Susana Soto Moreno,  
Alejandra García Torres, Jaime Ramírez Santiago*

*María Rodríguez (MR)*

Buenos días, yo trabajo en el área de trabajo social. La función del trabajador social es muy importante, afortunadamente, en todas las áreas de educación, rehabilitación, salud y enseñanza.

En este caso nos hemos desarrollado en áreas específicas: Atención directa, medicina preventiva y promoción de la salud. En atención directa, reforzamos las capacidades de los pacientes para afrontar sus problemas en el estado de salud actual y futura, para integrarse a la vida social de una manera sana de auto- cuidado. En medicina preventiva, tratamos de evitar problemas a futuro tanto en el individuo, como en su entorno familiar-social. Es importante que la población que se atiende en este tipo de medicinas integrativas reconozcan, respeten y cuiden las diferentes plantas, la naturaleza y todo el proceso que conlleva la producción de su fórmula magistral, glóbulos, agujas, moxas. En el área de promoción, realizamos acciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades de autodeterminación en su salud individual, familiar y colectiva.

Las acciones que se realizan son de orientación, información para mejorar la adherencia al tratamiento, apoyo y educación en el área de salud. Para esto se dan talleres a los usuarios sobre cómo funciona nuestro organismo, la planta, el glóbulo, como funciona cada terapia que reciben. Se les apoya cuando tiene algún problema, incapacidad física o también cuando su nivel cultural es bajo, porque nos llegan de provincias donde su estrato social es muy bajo. Se trata de apoyar en lo posible a esas personas, hay personas que no saben leer, firmar, entonces tratamos de motivar, inculcar, que al menos sepan firmar y que traten de hacer por aprender a leer porque es muy importante.

En el aspecto de apoyo de educación en el área de la salud procuramos dar pláticas de pasillo, en la sala de espera, de algunos temas preventivos, por cambio de estación... si hay bastantes mujeres que generalmente si los son, se enfoca más en la situación preventiva que educación a la salud, en los hombres igual, detección oportuna de problemas de cáncer etc. A mí, me gusta mucho hablar sobre el aspecto de ecología, entonces hemos rebasado muchas cosas en ese aspecto, hemos hecho mal como sociedad y es en lo que tratamos de hacer cambios de la mejor manera posible.

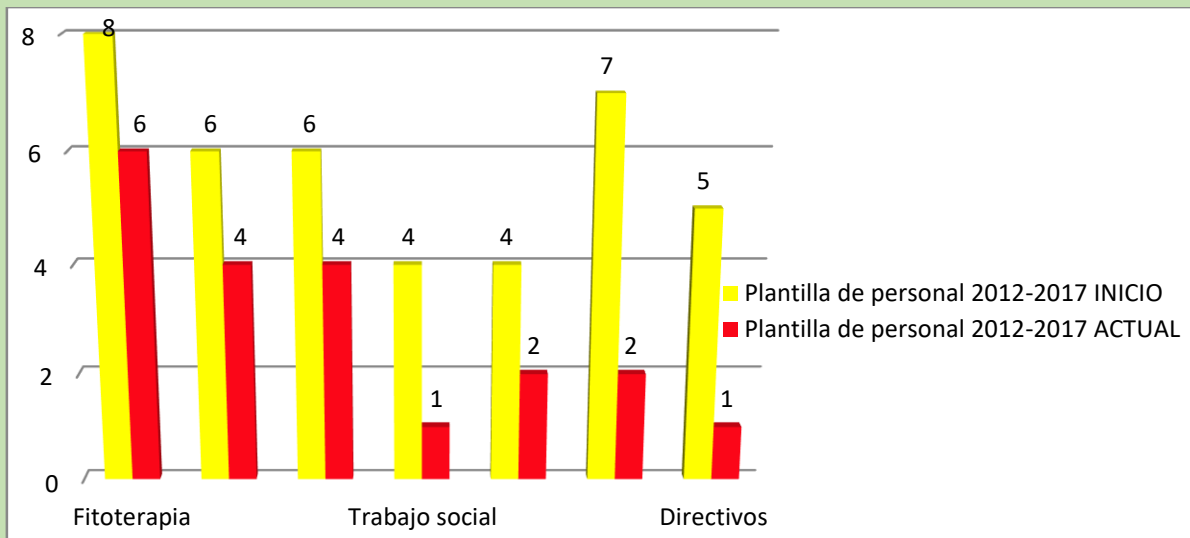
El área de atención la fortalecemos tratando de que los pacientes tengan una mejor adherencia al tratamiento médico, fortalecemos el tratamiento médico, clarificamos la responsabilidad como pacientes en su proceso de sanación, porque generalmente es cierto, se ponen en manos del médico, confían en su médico pero le dejan todo al médico y al tratamiento, se les dice que deben poner más de su parte, en el aspecto emocional, en el aspecto de amor a la vida, en el aspecto de que tiene mucho que hacer todavía etcétera. También reforzamos la importancia en hacer cambio de hábitos positivos y se les trata de inculcar que formen cooperativas familiares, porque, por ejemplo, aquí en este país, las semillas, almendras, todo los que son las nueces, son muy costosas pero es importante consumirlas porque tiene elementos que les van a ayudar, es lo que tratamos de hacer en esta área.

Afortunadamente los pacientes tienen mucha confianza en el médico, en los médicos que los han tratado, el médico con el que están y también les decimos que una gran parte de su curación depende del trabajo de cada paciente, el 70-90% de malos hábitos generalmente que hemos llevado a cabo nos han propiciado algún desbalance a nuestro organismo entonces ¿Qué hay que hacer? Se les trata de motivar en el aspecto de que reconozcamos que es lo que debemos hacer que nos conviene en la situación en la que nos encontramos.

Dentro de las cosas que me ha dado la experiencia de formar parte del equipo de medicina integrativa, puedo decir que todavía hay mucho que hacer para fortalecer el área de prevención, tanto en las actividades del personal como en las actividades del paciente, en cuanto al tiempo dedicado a los mismos. Muchas veces los pacientes llegan agresivos, frustrados, desesperados, impacientes, desencantados e inconformes, y poco a poco conforme acuden a sus citas se van observando cambios sobre todo en su actitud.

Ahora me parece importante mencionar, nosotros somos muy poco personal ahora. En el 2012 teníamos bastante personal y ha ido bajando con el tiempo, por ejemplo, en los médicos de fitoterapia eran 8 quedaron 6, acupuntura eran 6 y quedan 4, homeopatía eran 6 y quedan 4. En trabajo social éramos 4 y queda 1, droguería han pasado 4 personas ahora son 2, administrativos han pasado 7 personas y quedan 2, directivos han sido 5 personas y ahora una solo en función de coordinador.





Esto es muy importante, hacemos lo que más podemos, afortunadamente trabajamos en equipo, tratamos de hacer una integración como equipo y vamos saliendo, pero hay muchas cosas más que podríamos hacer sin contamos con más equipo.

Dentro de la parte de perspectivas, ser requiere que enfoquemos una dirección más adecuada en lo que se refiere a tomar en cuenta todo lo que tenemos bueno, todo lo que hemos avanzado y todas las debilidades que tengamos trabajarlas en equipo, reunirnos como equipo y seguir con ese deseo de hacer más, lo que se nos permita en la vida y en el trabajo.

Urge reforzar el equipo de trabajo de coordinación, tanto como nosotros como para poder difundirlo en otras instituciones de salud de primer y segundo nivel. Generar dinámicas de comunicación asertiva, porque somos tan poquitos que a veces nos tenemos que pasar la voz entre nosotros y solo así nos enteramos. Articular las experiencias de logros, errores y satisfacciones, de mejora he integrar los comités de salud local y si se puede más, federal, creo que es muy importante.

Lo feo es que tenemos poco personal, adaptarnos mejor a las áreas de servicio y tener comunicación lo reitero, integración de equipo de enfermería ahorita que gozamos de ello. Los usuarios son muy demandantes en todos los servicios y a veces no se cuenta con todo el abasto para poder satisfacerlos, hay de todo, lo hemos vivido, pero vamos saliendo adelante. Es importante conservar, mantener, cuidar, renovar crear estrategias para que este tipo de medicinas saludables lleguen a la mayoría de la población no solo en la ciudad de México, si no a nivel nacional, por lo que agradezco a la Secretaría de Salud, a los Servicios de Salud Pública, el Programa de Medicina Integrativa dentro de la Clínica de Especialidades 4 CEMI y al área de Trabajo social donde me desempeño con agrado por la innovación de este tipo de actividad a favor de la salud que propicia la unión con otros grupos de personal de salud como educadores, nutricionistas, psicólogos, sociólogos, cuidadores ambientales. Estamos en crecimiento constante por lo que la intervención de trabajo social genera la participación en esta etapa de servicio. Por mi parte esa es mi presentación muchas gracias.

*Valeria Mendoza Soto (VM)*

Buenos días, a mí me toco presentar el *área de servicio de droguería*, me presento mi nombre es Valeria Mendoza y yo trabajo en conjunto con la señorita Marisol Baeza a que no la pude convencer para que me acompañara aquí.

Ok... muy en general ¿Qué es la droguería?. Es un servicio sustantivo donde se realizan entre otras las siguientes funciones.

- Elaboración de fórmulas magistrales
- Preparación de tinturas, filtración y envasado
- Entrega de agujas para el área de acupuntura, así mismo llevar el control de agujas en hojas de registro
- Anotar las recetas en la bitácora de medicamento de Fitoterapia (registro de las fórmulas magistrales de cada médico en la libreta, por promedio 3 por paciente.
- Elaborar la etiqueta del frasco de cada fórmula magistral en promedio 3 formulas por paciente
- Entrega de medicamento de Homeopatía
- Anotar el control de medicamento homeopático en Cardex
- Hacer el control de medicamento de fitoterapia en Cardex entrada y salida
- Llevar el control de frascos de Pet de 120 mil
- Actualizar las existencias semanalmente y entregarlas a los médicos de Fitoterapia
- Recibir plantas y almacenarlas adecuadamente
- Ordenar el medicamento de fitoterapia (plantas, aceites esenciales, tinturas madres y alcohol), homeopático y agujas de acupuntura
- Subrayar la receta al paciente con lo que no hay en existencia en Droguería
- Anotar en la hoja de registro el nombre del paciente, folio de gratuidad, fecha y nombre del médico quien envía la receta.

Nosotros estamos organizados con una recepción y entrega de preparados e insumos, un área de preparación de medicamentos de fitoterapia, un área donde almacenamos los medicamentos

que estamos usando y un almacén para medicamentos de fitoterapia, de homeopatía e insumos de acupuntura.

Las áreas de atención son 3: acupuntura, que lo que realizamos es de agujas, área de homeopatía, que se entregan medicamentos de tipo decimal, y el área de fitoterapia, aquí lo que hacemos es la preparación de tinturas madre y preparación y entrega de fórmulas magistrales.

*Alejandra García Roble (AG):*

Buenos días, mi nombre es Alejandra García Roble, enfermera en la unidad CEMI un programa proyecto que yo quiero mucho y por eso estoy participando.

Las actividades que se realizan al ser enfermera en el CEMI son las siguientes:

Aquí tenemos que cada una de las actividades que se realiza el personal, no porque el personal no conozca sus deberes, sino porque el personal se adapta a un programa que es un poquito diferente, se usan tecnicismos diferentes porque ustedes escuchan hablar de homeopatía, acupuntura, de fitoterapia y estas están en todas las unidades. Eso hace que uno poco a poco vaya aprendiendo. A veces llega la persona y dice, esto no lo conozco y no lo puedo trabajar, claro que sí se puede trabajar, solo hay que ir aprendiendo, claro que se puede trabajar con lo que nosotros hacemos diariamente, para conocer un poco y poder orientar y canalizar a los servicios correspondientes a el paciente que nos llega.

Aquí si se trata de motivarte e invitarte a hacer que el personal de enfermería se integre a este programa que no es nuevo, este programa nosotros ya tenemos varios años trabajándolo, pero da muchos frutos muy bonitos en cuanto al trato con el paciente. Los pacientes son en su mayoría pacientes de edad, entonces hay que tratarlos con mucho cariño y afecto, proteger al paciente, proteger al médico también porque como el personal es insuficiente y realmente si se realizan las exploraciones en cada área, entonces hay que estar pendiente de lo que está pasando, saber los procesos que van a pasar; por ejemplo, en fitoterapia, un masaje donde al paciente lo van a explorar todo, entonces el médico desde que el paciente entra ya está listo todo.

Se cuenta con un área para somatometría, si nos dan todos los recursos para realizar nuestras actividades como son nuestras básculas con estadímetro, nuestra cinta métrica, herramientas que deberíamos tener en todas nuestras unidades, sin embargo la enfermera en fitoterapia, desde el momento en que está trabajando con un paciente, empieza a observar la enfermedad, que problema trae este paciente, que trae de obesidad, de hipertensión, cualquier problema que traiga al estar nosotros en contacto con él, podemos ver que a este paciente lo vamos a informar y al médico también si trae la presión alta, sobre peso, todo eso.

Las actividades con el paciente son principalmente de orientación, desde archivo se le hace leer y firmar todas las recomendaciones para que haga un buen funcionamiento del servicio, sin embargo la enfermera refuerza todo esto, como la asistencia con puntualidad, porque los tiempos están programados y si el paciente llega tarde ya atraso al médico o si el médico lo

pasa, el mismo se acorta su tiempo de atención por su retraso de llegar tarde, ya es así rápido el tiempo se está acabando y está esperando el otro paciente.

La toma de signos vitales y somatometría se hacen todas, se hace todo lo que es la prevención y diagnóstico oportuno, todo esto la enfermera lo hace en cualquier unidad. Las orientaciones sobre los programas de salud, todos los programas de la secretaria se aplican aquí también, ya sea que se oriente para el Papanicolaou, una radiografía, que se haga sus estudios en laboratorio, si va a ir a algún laboratorio y no tiene IMSS se lleva a trabajo social para que lo asesoren para saber dónde puede acudir a realizarse sus estudios. Todo esto depende de la edad y sexo del paciente, por ejemplo, un paciente joven te pone a trabajar más rápido que uno de edad que le cuesta trabajo subirse a la báscula por ejemplo... hay muchas cosas pueden retrasar el trabajo.

Aquí en este programa se manejan los expedientes electrónicos, entonces todo lo que es la historia clínica, la información de la nota médica y todo está en su expediente electrónico. Sin embargo, la enfermera maneja una carpeta a parte en donde entran todos sus estudios, si el paciente hace pagos de recibo también hay que archivarlo, cualquier hoja, archivarlo críticamente en el módulo para que el médico tenga acceso a ella. Esto causa un poco de conflicto porque las unidades generalmente manejamos un archivo clínico físico en donde están las carpetas con los expedientes y si de pronto dicen bueno es que el manejo de expediente electrónico que ya se maneja en muchas unidades o muchos hospitales y todo, pues aquí si causa un poco de controversia porque son físicos allá y acá son electrónicos.

Otra de las actividades es dar orientación a los pacientes de acuerdo a la terapia. Por eso es que se les invita a talleres, no porque esto sea difícil de aprender o no se pueda uno aprender la tecnología que se usa en estos programas, sino que por ejemplo; en acupuntura se manejan los materiales que tienen un nombre especial y en fitoterapia igual, no hay una fórmula repetida porque su diagnóstico es exclusivo de lo que su cuerpo tiene, no es un padecimiento que sea generalizado. En alopatía el paciente entra con una gripa le dan sus anti-histamínicos, tiene que tomar algún antibiótico o algo para su dolor... y aquí no, aquí el médico le refuerza la enfermedad, todos le refuerzan al paciente como tiene que seguir su tratamiento.

Los ejercicios de Qi- gong, también eso en caso de pacientes que van muy lastimados o cansados y es un recurso que pueden aprender y es muy sencillo. Eso ya salió un publicado por la Secretaria de Salud y vienen todos los ejercicios que son sencillos, muy útiles, son masajes con puntos de acupuntura para ayudar al paciente a sentirse mejor.

Respecto a las necesidades del programa... falta personal, en realidad desde que inició el programa en general, y por eso es que estamos aquí en este foro para invitar al personal para que se motive y aprenda otras formas de curar, otras formas muy distintas que ustedes encuentran como algo maravilloso porque manejas plantas, agujas, homeopatía... es maravilloso, y cuando la gente aprenda a tener salud con estas terapias, aprenderá a estar mucho mejor.

Aquí tenemos que la medicina integral la componen la medicina convencional y la medicina alternativa, eso es integral, nosotros no estamos compitiendo con los médicos alópatas ni nada, nosotros estamos dándole otras opciones al paciente que él mismo sintió la necesidad de solicitar y que afortunadamente el gobierno y los programas que se elaboraron están en camino, pero esperamos que esto sea muy útil para nuestra profesión, gracias.

*Amy Soto Moreno (AS:)*

Buenos días mi nombre es Amy Soto Moreno, yo soy la encargada del archivo clínico del CEMI, esta área es el primer contacto con los pacientes, aquí recibimos a todos los pacientes de los servicios con los que contamos, cuando un paciente quiere tomar cualquiera de las 3 terapéuticas. El primer paso es que tiene que pasar a un filtro médico, ahí un médico les hace varias preguntas para poder determinar a qué servicio pasa y ya una vez que haya pasado este filtro acuden al área de archivo y ahí se hace la factura de expediente y se les entrega una papeleta donde se les piden sus datos personales para poder ingresarlos a nuestro sistema y poder darlos de alta y que su expediente se quede con nosotros.

Después de esto se hace una carpeta física (la que mencionaba mi compañera) y allí es donde se guardan todos sus laboratorios, sus recibos, o sus recetas de gratuidad en caso de que cuenten con su póliza, se agenda su cita, se les entrega en su carnet y se les hacen las recomendaciones. Por ejemplo, que lleguen 30 minutos antes de su cita, ropa cómoda y para que puedan pasar a la toma de signos, en caso de que no cuenten con el servicio de gratuidad pasar a pagarlo.

Ya que se hace todo este procedimiento el día de su cita acuden con nosotros nuevamente al área de archivo a la toma de su asistencia por medio de su expediente. Ya que haya dicho esto en caso de que no cuente con el servicio de gratuidad, pasan a la caja a pagar su consulta y regresan con la enfermera a tomarle sus signos y después de esto la enfermera los lleva a su consultorio y espera a que le médico los pueda llamar. Cuando salen de su consulta que dura aproximadamente de 30 a 40 minutos, salen y pasan nuevamente al área de archivo para poder re-agendar una nueva cita.

Nosotros no manejamos fichas como todas las demás unidades, todo se maneja con una agenda electrónica para que se puedan ir agendando las citas para los médicos que lo vayan pidiendo. Eso sería todo por mi parte.

*Jaime Ramírez Santiago (JR)*

Buenos días, mi nombre es Jaime Ramírez Santiago, yo soy administrador de la clínica 4 -CEMI, mis compañeras ya básicamente dieron un panorama de cuáles son las actividades, como las desarrollan, en que consiste cada uno de ellos, su actuar en la clínica del CEMI.

A mí me corresponde la coordinación de los abastos de insumos unitario, equipo, la infraestructura en general y la parte de recursos humanos; en este sentido actualmente queremos una infraestructura muy consolidada en el área del servicio que nos permita a todos

nosotros participar y actuar en función de las necesidades para satisfacer al paciente que se presenta buscando buena atención.

Lógicamente ha habido una serie de mecanismos y de situaciones que impiden tener los insumos en tiempo y forma tradicionalmente esto se venía haciendo a través del programa operativo anual donde cada una de las áreas manifiesta sus necesidades para ser satisfechas. Ésto provocaba que hubiera un plazo muy largo para la consumación de los insumos y ahora, a partir de próximo año, estamos realizando un programa para que los insumos lleguen con la periodicidad requerida por la demanda. Eso quiere decir que nosotros vamos a bajar lo del POA que lo presentemos anualmente, vamos a hacer un programa trimestral, un programa trimestral que nos permita tener continuamente el abasto de todo lo necesario fundamentalmente en el área de droguería.

Recientemente tuvimos un percance por motivos del sismo en el mes de Septiembre, en el sufrimos unas pequeñas bajas en el área de droguería, las cuales nos motivaron, nos llevaron a hacer una petición extraordinaria de insumos. Esa parte ya ha sido atendida por la autoridad y nada más estamos en espera de que nos den el avance.

En el área de infraestructura todos los consultorios están debidamente equipados y actualmente si me gustaría dar lectura, tenemos 3 consultorios de acupuntura para el turno matutino y uno para el vespertino, en fitoterapia tenemos para el matutino 4 y en el vespertino 1, en homeopatía tenemos 4 en matutino y 1 en vespertino; como pueden observar tenemos lo necesario para cubrir la demanda que cada vez, hay que señalarlo y subrayarlo, que cada vez es más creciente y esto nos va a obligar, de hecho ya lo estamos haciendo con la autoridad, a elaborar un diagnóstico nuevo para ver la ampliación.

Tenemos actualmente 17 médicos para atender los servicios, sin incluir nuestro coordinador médico, el apoyo a la coordinación y el personal administrativo, hablo única exclusivamente de médicos que son 17, de los cuales tenemos 13 para el turno matutino y 4 para el turno vespertino. Obvio que si la demanda es grande el requerimiento de recursos humanos también debe ser proporcionalmente parejo.

Se está desarrollando un diagnóstico, insisto, para ver todo este tipo de necesidades e ir las resolviendo de manera paulatina. Como ustedes sabrán muchas de las situaciones no son de carácter inmediato, porque como ente público también estamos sujetos a las directrices y políticas de otras instancias, sin embargo el trabajo continua, en este caso la coordinación, lo reconozco, es muy valiosa para el desarrollo de los programas y creo que vamos creciendo, desarrollándonos y con esto quiero decir que las áreas de oportunidad que se presentan son muy amplias pero con muy buenas perspectivas para la consolidación de sus programas... no sé si tengan alguna duda, mucho gusto.

## **Intervenciones, preguntas y comentarios**

*Moderador:*

Terminan las participaciones del conversatorio, no sé si quieran generar alguna discusión algún comentario, una pregunta.

Muy buenos días, mi nombre es Bernardo González, médico del Programa, quiero hacer una pregunta en general para todos, pero sobre todo me llama la atención de que ante el crédito de la demanda de este tipo de servicios la verdad es que lo que nos mostraron al principio habla de una disminución de todos los recursos, todos... personal, equipo, incluso en el área administrativa. Aclarar bien que debería ser una dirección y que está siendo tomada como una coordinación yo creo que por la estructura del programa del CEMI debe ser una dirección porque da una orientación hacia aspectos muy objetivos de una atención médica diferente. Habría que considerar eso en base a las perspectivas del programa. Para mí la coordinación no está en ningún lado y creo que debe existir, deben existir recursos que se vienen prometiendo desde hace mucho tiempo y que no se ven claramente reflejados en la práctica, en lo cotidiano, hablo de recursos humanos, recursos farmacológicos, espacios.

Son varias las situaciones, entonces para dar una explicación y una proyección para poder resolver objetivamente, no políticamente esta situación, es decir, el discurso político es uno, siempre la promesa que se va a hacer, que va a llegar, que va a haber, y pasa también en las demás unidades médicas. La medicina alopática en este caso en las unidades médicas, de un cuadro básico de medicamentos de 100 tienen 15, 20... y se habla de cierta cantidad de producción en los consultorios médicos de un 20 25% de médicos en la medicina hegemónica primaria. Entonces se están presentando las mismas situaciones ante un programa que es diferente desde su origen y proyección, mi pregunta es esta ¿por qué no hay más claridad en lo que se presenta? ¿Por qué no hay más recursos?, siempre se habla del programa que viene, que ahora si va a haber, pero vemos en las gráficas que no es así, cada año menos y menos, una de las intenciones de este congreso sería usarlo como lo marca el programa. Es decir, a un nivel institucional, si la demanda es creciente, debe ser creciente y si es diferente en el sentido con la relación a la práctica, pues debe haber una dirección de tipo médico, una coordinación médica, un director médico, un asistente médico de la dirección, para poder poner los elementos que van surgiendo conforme la aplicación de estas nuevas terapias. Ese es mi comentario.

*Moderador:*

¿Alguien más que quiera comentar algo?

Hola, buenos días, yo soy trabajadora social, la pregunta va enfocada a mi compañera de trabajo social: me interesaría mucho saber qué tipo de acciones llevas a cabo para la promoción y difusión de la lo que básicamente se realiza dentro del servicio, hablabas de fortalecer la difusión y eso, pero concretamente ¿Qué realizas?

También me gustaría saber dentro de la clínica hay un grupo con los mismos pacientes para trabajar con ellos de tal modo que se refuerce esta parte de lo que mencionabas hace rato con el doctor de que el paciente acuda, de que el paciente se interese con la atención que le brinda esta unidad.

*María Rodríguez (MR)*

Pues mira, no sé, yo fui quien comento de poco personal y me he enfocado también en lo que estoy haciendo, obviamente nosotros comenzamos con un proyecto en el que tenemos una visión, desgraciadamente no sé que paso, en que momento nos desbalanceamos, porque si está abandonado ese programa actualmente, en el aspecto de los médicos trabajamos en equipo los que somos, algunos compañeros han salido por decisión propia, otros si fueron destituidos... en fin, hay de todo. Los que estamos todavía, estamos con ese anhelo de continuar, porque si es cierto, es una medicina diferente, tratamos de integrarnos, se necesita una dirección y que tenga un equipo de trabajo enfocado a lo que estamos haciendo, porque sabemos cómo la institución viene manejando la medicina en el aspecto gubernamental, como se ha manejado la medicina alopática, la medicina científica. Yo creo que todo es científico de acuerdo a las raíces como lo venimos estructurando, entonces falta todavía eso, esperaremos que con los trabajos y los apoyos que hemos estado teniendo de personas que indirecta o directamente están trabajando con nosotros, personas que tienen mucha preparación y tienen los contactos, ojalá que podamos mejorar esto, somos una institución en primera instancia que se formó con ese sistema diferente.

Los que estamos tenemos muchas ganas de participar y ojalá podamos lograr esa instancia de que tengamos esos recursos, ese financiamiento de gobierno, esa oportunidad de dar empleo a muchos médicos homeópatas, acupunturistas, de fitoterapia, porque la Sociedad Mexicana de Fitoterapia está capacitando más personas, más médicos y yo creo que es una oportunidad muy amplia. Esperemos que podamos trabajar diferente y logremos eso, somos una punta de lanza como dicen siempre y podríamos hacer más unión con otras unidades, de eso se trata.

Yo llevé un programa de educaciónn gestacional por parte del Instituto Nacional de Perinatología, afortunadamente en ese tiempo se abrieron muchos campos de trabajo, fueron muy accesibles los directores jurisdiccionales, y pudimos trabajar en programas de educación, prevención, desde ese nivel en la unidades de primer nivel, más que nada primer nivel, avanzamos mucho, se logró mucho, fueron 17 años de trabajo, después cambiaron la cosas, pero se logró mucho y todavía en la unidades el Equipo de Trabajo Social lo sigue haciendo, esperemos yo tengo confianza en tener algo fuerte; y con respecto a lo que dijo mi compañera, las secciones de orientación, que es la medicina de fitoterapia, la medicina de homeopatía, porque quienes refieren a los pacientes no les dicen todo, entonces uno les aclara que es la medicina, como pueden beneficiarse, en fin.

*Moderador:*

Tenemos 10 minutos más para otras participaciones

Muy bien, pues ya nos presentaron un panorama muy amplio, yo veo que los problemas existen en cualquiera de las unidades, no nada más en el CEMI, en cualquier jurisdicción, sabemos la situación, sabemos que faltan recursos en todas las unidades, pero yo creo que independientemente de eso, el panorama que nos presentan es importante porque lo que nos debe de reforzar es que necesitamos más apoyo, nosotros (yo estoy en la jurisdicción



Cuauhtémoc), les mandamos muchos de los pacientes que van con los compañeros, muchos pacientes que van con los compañeros, los pacientes regresan satisfechos, con enfermedades que en otros lugares no les han atinado porque los pacientes dicen “le atino” nunca dicen se puso a estudiar, se preparó, no, dice “le atino”...

El problema yo creo que, ya nos lo presentaron ahí, son los insumos, yo creo que es el problema básico porque los pacientes desafortunadamente, la mayoría son de bajos recursos, entonces cuando se les empieza a cortar los medicamentos, es cuando buscan otras alternativas, y yo en lo personal he visto eso, que independientemente del buen trato de lo atinado de los médicos, pues el problema es eso, los insumos... nada más.

*Paul Hersch*

Como es cuando las cosas se están poniendo bien, el tiempo se está acabando y así pasa en la vida, en este caso es justamente que esto no termine aquí; se han planteado cosas muy concretas. Este encuentro no es solamente académico y por eso se planteó que este conversatorio, con otros que siguen en las jornadas, son precisamente para trabajar no con temas, sino con problemas y tratarlos de resolver, alguien define al profesional como el que resuelve problemas en cualquier área. Entonces hay muchas dificultades, hay contradicciones, obstáculos, pero una de las cosas que he visto y que sabemos es que la fuerza de este programa radica también en los pacientes organizados, esa es la fuerza del programa, no depende de vicisitudes coyunturales de índole política, depende de un proceso de defensa, de un derecho a la atención médica. En tanto esto no se lleve a cabo de una manera clara, es visibilizar al programa, este congreso también tiene que ver con visibilizar este programa en esta megalópolis y visibilizar áreas que no brillan académicamente, pero son sustantivas y re dimensionar el trabajo social, la enfermería, el archivo, la administración, y también el trabajo en la droguería. Es un redimensionar en una integración, una buena idea pero que todavía tiene muchos obstáculos.

Entonces en ese sentido, es que estamos reunidos en este conversatorio porque no hay una plena satisfacción y eso es lo que mueve para que las cosas avancen. No estamos en un plan de autocomplacencia, de decir hay que bien esta todo, no, si se tiene que hablar con claridad y dar un diagnóstico objetivo, implica precisamente la posibilidad de tomar medidas y tomar medidas, es inclusive orientar a las autoridades para que procedan en concordancia con esos problemas que se detectan día a día. Se puede hacer un diagnóstico muy atinado, pero si esta cadena no funciona, esto no funciona, no sirve de nada ese diagnóstico en concreto, si la droguería no está operando de manera impecable, si el archivo no está funcionando, tenemos a unos cuantos en trabajo social, algunas enfermeras, y si la administración no está tomando medidas de todo esto, toda la propuesta es paja. Este es el sentido de darle su lugar a cada quien y tener la idea de que aun con todo este discurso, este programa emanó de la participación y solamente lo va a sostener la participación social, eso es con lo que yo quisiera concluir.

*Moderador:*

¿Algún comentario más?

*Karla Casillas Guevara (médica del CEMI)*

Yo voy a comentar algo, claro que tenemos difusión, hay folletos donde se oferta el tipo de atención medica que tenemos, pero no solo eso, nos hemos encontrado con una situación dentro de la misma Secretaria de Salud... no tenemos la difusión en unidades de salud, si queremos intentar llevar alguna platica de salud a algún lugar, los mismo directivos no están sensibilizados, si tenemos una organización de pacientes que nos ayudan a la difusión del programa, sin embargo pues la participación social, la participación de todo este equipo multidisciplinario y la pasión con la que hacemos el trabajo día a día nos han mantenido estos 6 años, esperamos algún día otro congreso 30 o el número que sea, esperamos que haya más resultados, más unidades... la expectativa y el reto es crecer, con lo que tenemos, somos médicos donde nos pongan, somos trabajadores sociales, somos personas, igual que los pacientes, verlos como personas no pacientes para que este tipo de proyectos y de programas se dirijan de mejor manera , es todo, gracias.

## Conversatorio 4

### La perspectiva de los pacientes y grupos organizados

*Jean Christophe Charrié (Santé Citoyen 17, La Rochelle, Francia),  
Primitivo Rodríguez Hernández, María Elena Ramírez Oropeza, Rosa María Hernández Yañez,  
Laura Silva, Bernardo Carlos González Domínguez, Xoañ Zenteno Cuevas*

*Primitivo Rodríguez*

El paciente sale con su fórmula y lo más seguro es que en la droguería, en la farmacia, le digan que la fórmula que le ha dado el médico no existe. Esto ya marca diferencias. Aunque en el discurso se diga que las dos medicinas<sup>4</sup> tienen el mismo prestigio, que las dos tienen la misma importancia. En los hechos, en la vida diaria, lo que como pacientes observamos es que se da un proceso diferenciado y que eso afecta el servicio que se está brindado.

Aquí sería importante reconocer el profesionalismo de los médicos que nos atienden, en mi experiencia personal, el doctor Adalberto Orozco, el doctor Miguel, del servicio de fitoterapia y la doctora Tania, del servicio de acupuntura que es a donde asisto; si algo les admiro es el grado de profesionalismo y el grado de entrega con que hacen su trabajo cotidiano. Creo que en ese plano, en el plano de la atención médica no se encuentra el problema. Lo problemático se encuentra en otro nivel, en otras instancias.

---

<sup>4</sup> Se refiere a la medicina hegemónica (alopática) frente a la medicina integrativa

También quisiera subrayar que esta oportunidad que tenemos de estar hablando aquí como pacientes, es algo que nos marca, que marca este servicio de medicina integrativa como algo muy importante. Pocas, pocas instituciones permiten que los usuarios puedan expresarse y esto ya nos marca una diferencia. Esa diferencia no solamente se está dando en el discurso, sino que se nos permite compartir experiencias, compartir lo que estamos haciendo como pacientes, y lo que estamos sintiendo como pacientes, en el servicio cotidiano de la clínica.

¿Qué es lo que nosotros valoramos, lo que nosotros rescatamos y por lo que estamos dispuestos a hacer un trabajo de defensa de este servicio? Lo que uno encuentra en el servicio de medicina integrativa es, por un lado, un modelo de atención que se centra en el paciente como una entidad holística, a la cual se le ofrecen servicios, en los que no está como principio básico el asunto de la ganancia económica, o los laboratorios, sino que recuperan otras prácticas más económicas y menos agresivas con el organismo, como la fitoterapia, la acupuntura y los uroantígenos.

Es importante recalcar que en esta práctica, de la medicina integrativa, se da un proceso de recuperación de una práctica clínica en la que el paciente se convierte en sujeto activo de su propio proceso de mantenimiento y recuperación de su salud. Esto implica nuevas prácticas en la relación médico paciente, en las que el médico no se asume como poseedor del saber, sino que construye ese saber médico, junto con el paciente. Partiendo del principio de que éste también tiene mucho que decir sobre su propia enfermedad.

Esos son elementos importantes, definitorios de lo que es esta medicina integrativa. Este es el marco en el cual se ubica la medicina integrativa, en el marco del manejo clínico del paciente, que lleva concomitantemente al logro de resultados importantes en el mejoramiento de la salud. Algo muy importante es que esta medicina integrativa al considerar al paciente como un sujeto importante dentro del proceso de recuperación de la salud, lo involucra, no solamente con la práctica médica que ya todos conocemos, con el asistir al IMSS o al ISSSTE, que algunos pagan, por ahí recuerdo, la presentación del doctor<sup>5</sup>, en la que era muy evidente cómo llegaba el paciente y se quedaba parado, ni siquiera se sentaba, y lo único que hacía era decirle “ya estoy aquí”, y el médico ya estaba dándole la receta para que ya se fuera.

En el caso de la medicina integrativa, lo que uno encuentra es la conversación, es, el saber cómo te sientes hoy, es, saber qué problemáticas tienes, no sólo en el plano de lo que puede estar afectándote la salud, sino también en el plano emocional, de las preocupaciones cotidianas. Porque en esta práctica médica no sólo vamos a curar al hígado, al corazón, a los triglicéridos, o al colesterol, sino al por qué se está dando esto. Y en este sentido, como pacientes, también nos llega, que cuando queremos integrarnos o comprometernos a esta práctica médica, también nos lleva, o nos compromete a actuar como un nuevo sujeto-paciente.

¿A qué me refiero con esto? A que esto implica comprometernos con los cuidados que esto implica, la alimentación y todo lo que esto implica. Esto lo vamos construyendo junto con el

---

<sup>5</sup> Hace referencia a una imagen de la conferencia inaugural compartida por el Dr. Paul Hersch Martínez

médico que nos atiende, no pasa de manera mágica, sino que se va construyendo en la práctica, en la consulta cotidiana que uno va teniendo, esta nueva práctica nos construye como sujetos, con una nueva forma de ser y de pensar. Partiendo de esta valoración y de la importancia que le damos a la medicina integrativa, en San Rafael, distintos pacientes nos encontrábamos en los pasillos, y decíamos “bueno, estamos bien, los médicos son excelentes, nos atienden bien, las fórmulas funcionan, los chochitos funcionan, las agujas funcionan, pero qué es lo que sucede, por qué no están las enfermeras, por qué no están las fórmulas, por qué las agujas no alcanzan, por qué, por qué, por qué”, y ante esta preocupación dijimos, creemos que es necesario que nos encontremos, que nos encontremos los unos con los otros, empezamos compartiendo estas problemáticas, y a partir de ahí empezamos a reunirnos, para poder ir viendo qué hacemos.

Y aquí el planteamiento es muy claro, si no tenemos un diagnóstico no sabremos cómo actuar y ese fue el punto inicial desde el cual partimos. Saber qué era lo que hacía falta, para poder entonces comenzar a actuar, y en ese sentido, comprometernos con la resolución de los problemas. Encontramos que el problema más grave, y el problema principal, es el recuperar esta forma de medicina con una validez oficial, ¿a qué me refiero con esto? en las palabras se puede decir que lo es, pero en los hechos no ocurre, y no ocurre desde el discurso político. Porque, si uno encuentra que el programa de medicina integrativa no cuenta con un presupuesto asignado de manera específica, quiere decir que entonces las políticas públicas avanzan en el plano del discurso, pero en el plano de los hechos, al no tener un presupuesto, no le estamos dando esa concreción.

Cuando vemos las prácticas cotidianas de las clínicas, se puede confrontar que un tipo de medicina tiene los apoyos necesarios que no tiene la otra, también encontramos dos niveles del discurso, por un lado el decir que la medicina integrativa está siendo validada del mismo modo, y por el otro, el que en los hechos, en las prácticas, eso no sucede.

En ese sentido, nosotros consideramos que como grupo, como pacientes, tenemos el derecho de opinar, tenemos el derecho de exigir, tenemos el derecho de participar, para poder alcanzar esto que queremos, que es que la medicina integrativa tenga el mismo estatus que la otra medicina, y por eso nos hemos dado a esta tarea.

Ya hemos tenido conversaciones con las autoridades internas, sin que tengamos hasta el momento los resultados necesarios, seguiremos luchando, seguiremos comprometiéndonos con esto, porque creemos que la lucha es larga y que tendremos que seguir haciendo otras acciones que nos permitan poco a poco avanzar en esta problemática.

#### *Grupo de pacientes Colibrí, de San Andrés Totoltepec*

Buenos días a todos, nosotros somos un grupo formado porque la doctora Araceli Castrejón Rojas, quien está adscrita al centro de salud de San Andrés Totoltepec, dando consulta de fitoterapia, ella nos invitó a formar parte de un grupo, que es ahora “Salud Colibrí”, ella da consulta en el centro de salud San Andrés Totoltepec y somos aproximadamente quince personas las que conformamos este grupo.

Hemos aprendido mucho acerca de las plantas y de sus beneficios curativos, ya que nos retroalimentamos entre todas, además de ser pacientes de ella, hemos aprendido mucho acerca de la medicina alternativa, la doctora nos ha enseñado tanto la teoría como la práctica, hemos aprendido mucho al recibir información, realizar tinturas, infusiones, cocciones, shampoos, jarabes, geles, cremas, tinturas madres, también realizamos musicoterapias, mantras, yoga, damos gracias al universo, a la madre tierra, fuimos a visitar el jardín botánico con el Dr. Paul, y otros compañeros, nos dieron un recorrido por todo el jardín, después realizamos un aceite esencial, fue una experiencia muy linda, de mucho aprendizaje.

También fuimos al Centro Médico, donde la Dra. Abigail Aguilar fundadora del herbario del Centro Médico, experta y pionera en toda Latinoamérica, nos recibió con los brazos abiertos poniendo a nuestra disposición cualquier información que le solicitemos. Esto es una descripción de lo que hemos hechos, a grandes rasgos.

Este grupo se formó, hace más de dos años, y deseamos seguir creciendo y colaborando en todo lo que nos inviten a participar, como en este coloquio internacional de fitoterapia, deseamos que haya más, en todos los centros de salud, medicina alternativa: como fitoterapia, homeopatía y acupuntura. También queremos mejoras para cada centro de salud, médicos comprometidos con su profesión para que se proporcionen servicios de calidad al paciente; para que esto sea posible, es necesario que todos los recursos económicos lleguen a todos los niveles, que se vea reflejado en el personal médico, en equipo, para realizar cualquier tipo de estudios de laboratorio y de gabinete, medicamentos, todo es con la finalidad de que sea oportuna la atención, ya que ahora éstos dejan mucho que desear. Es necesario, descentralizar los hospitales de especialidades, para no saturar los que ya existen en la ciudad de México. Sugerimos que abran centros de salud con medicina alternativa, como los de fitoterapia, acupuntura y homeopatía en todo el sector y que se difundan también, todos estos programas. Y que sí nos apoyen, porque a nosotros que usamos las plantas medicinales, nos benefician mucho, ya que a veces por consumir otro tipo de medicamentos se perjudica otra parte de nuestro cuerpo, entonces son mejores las plantas medicinales. Pues eso es todo, muchas gracias.

*María Elena Ramírez Oropeza*

Hola, buenos días, mi nombre es María Elena Ramírez Oropeza y también pertenezco al grupo colibrí, además de todo lo que platicó mi compañera, yo conocí a la doctora por medio de un tríptico que repartieron ahí en Tlalpan, yo en ese tiempo andaba con el problema de la menopausia, y pensando con qué medicamentos me iba a curar, entonces yo leí eso y fui al centro de salud y me dijeron que ahí no me podían atender, porque no era paciente directo de ese lugar, yo vivo en la zona Topilejo y la doctora está en San Andrés. En ese momento, la doctora salió de su consultorio, y nos vio a mi amiga y a mí, le dijeron que no nos podía atender, y ella dijo “como no, con mucho gusto las atiendo”, y desde ahí se abrió un panorama muy grande para mí, porque desde que ella me dio el medicamento, las hierbas, los concentrados que tomamos, yo me sentí muy bien, y le agradezco a ella de todo corazón, porque yo no pensé que fuera tan rápido, la recuperación, porque yo no uso ya ningún medicamento, porque yo ya

no uso ningún medicamento más que las tinturas que la doctora nos da, esa vez fue la borraja, me acuerdo muy bien.

Después nos invitó a participar en el grupo que se formó, y sí, ya tenemos con ella casi tres años y hemos aprendido muchísimas cosas, aparte que en el lugar donde somos nosotras, en Topilejo, se dan muchas plantas que se ocupan para eso: el gordolobo, el estafiate, el llantén, ósea muchas plantas que se dan ahí naturalmente. Ahora hay un proyecto, con mi compañera Lucy, para hacer un invernadero de plantas medicinales, porque en tiempos de secas, no hay esas plantas, entonces que queremos cultivarlas para tenerlas todo el año. Hay ocasiones, que con la doctora hemos hecho la borraja porque no hay en el centro de salud, y nos reunimos nosotras a preparar las tinturas para que haya y otras personas las usen. Aparte de todo esto que hemos aprendido, con la doctora, a ser más espirituales, aprendernos a ser más humanas, a querernos más, porque aparte meditamos, cuando terminamos las prácticas que tenemos con ella, meditamos un poquito, o mucho, y nos ha servido mucho a ser más espirituales a respetar a nuestra madre tierra y le agradezco mucho a la doctora Castrejón, por todo lo que hemos aprendido.

*Rosa María Hernández Yañez*

Buenos días, yo soy Rosa María Hernández Yañez, soy paciente de la doctora Araceli Castrejón, yo padecía artritis, gota y fibromialgia, entonces la medicina alópata ya no me funcionaba, porque cuando la tomaba, a los tres días me dolía el hígado o los riñones, entonces pues busqué alternativas.

En el centro de salud donde yo vivo, no dan otras alternativas como la fitoterapia, o la de las agujas, no hay ahí, entonces una persona, mi hermana, me dijo que ella conocía a la doctora Castrejón y me dijo que ahí en el centro de salud de San Andrés Totoltepec estaban dando esos medicamentos de fitoterapia, entonces acudí ahí, y nada más por inscribirme y llevar el registro del seguro popular, me dieron consulta, desde ahí conocí a la doctora, me hizo un examen de todo lo que yo tenía, me recetó los medicamentos, y de ahí, ya me fui recuperando, y pues gracias a dios, a eso, y a que he seguido el tratamiento, pues ya estoy mejor. Pero sí, todo se necesita, con mucha fe, tenerle a las plantas mucha fe, para que nosotros mismos nos curemos también.

Ahí también, me invitó al grupo colibrí, y también he aprendido mucho de ella, desde masajes, como decía la compañera a hacer cremas, también me aconsejó que fuera a hacer yoga, también me ha ayudado mucho, temazcales, bueno, hasta limpias, porque cuando uno se siente mal, de veras recurre a todo lo que nos dicen para sentirnos mejor y no hay como que alguien nos diga “te vas a aliviar”. Era tanto mi dolor, que yo decía “no, yo no me voy a aliviar”, y cuando llegué con la doctora Araceli le digo “¿usted sí me cree que me duele?” porque en mi casa me decían hasta hipocondriaca, y me decía “no, sí, Rosita, yo sé que sí le duele”, y yo decía, “bueno, al menos sé que alguien me comprende”, y de ahí pues seguí con ella, hasta ahorita gracias a dios, todos sus medicamentos que me ha dado, sus tés, sus hierbas, y todo lo que he aprendido en el curso,

todo me ha ayudado, y pues le doy muchas gracias a la doctora, porque hasta ahorita ya me siento bien, me siento yo. Pues, muchas gracias.

*Laura Silva*, Comité de Salud de Santa Catarina en Tláhuac:

Hola, ¿qué tal?, muy buenos días, mi nombre es Laura Silva, y estoy el día de hoy aquí para compartirles un poco de lo que hacemos como actores y como paciente.

Como pacientes, y perteneciente a grupos organizados, hemos trabajado desde ya hace algunos años, para estar compartiendo lo que es, construir, con nuestra propia población, una mejor salud para todos.

Esto parte, obviamente, de un problema mío en salud, yo no sabía que mis emociones me llevaban a múltiples problemas, y en este pasar, en esta peripecia que hemos vivido en este grupo, yo me pude dar cuenta que estos problemas venían aquejándome en diferentes puntos de mi salud.

Esta intervención en los servicios de salud pública, porque ahora pertenezco a diferentes grupos, me han permitido trabajar activamente, no sólo para mí, sino también para mi familia. Conseguir que mi familia pueda observar un poco más lo que hay en la salud, qué es lo que está derivando todos los problemas, porque en efecto, no solamente es una sustancia lo que nos hace sentir bien, sino son múltiples cosas, o lo que nos hace sentir mal, son múltiples situaciones las que nos llevan enfermarnos, como decía el compañero.

Nosotros hemos venido trabajando para hacer una mejor instancia donde nosotros estamos en un primer nivel, en un centro de salud en Santa Catarina Yecahuizotl. En este centro de salud, solamente contamos con poquitos consultorios, y a veces sin médicos, nosotros hemos trabajado activamente para que podamos tener un mejor servicio y esto ha sido sólo organizándonos como lo hemos podido hacer. Este centro de salud ahora cuenta con unos consultorios periféricos, los cuales no llegaron ahí gratuitamente, ni fortuitamente, nosotros tuvimos que hacer muchas gestiones, tuvimos que ir a plantarnos ahí con el Dr. Ahued, ahí cuando inauguró la clínica de especialidades, para pedirle una clínica como esta para nuestros pobladores, ya que nuestro centro de salud se encuentra un poco aislado, es Tlahuac, estamos en una parte alejada del centro donde no hay casi el acceso a diferentes partes en la ciudad para poder ir rápido a una instancia donde podamos tener una mejor atención. Y pues esta necesidad nos llevó a centrarnos ahí con el señor Ahued, y pedir unos consultorios para nosotros, para nuestra población.

Y en efecto, la intervención de ellos fue precisa, concisa y oportuna, porque ahora nos hemos visto beneficiados por estas diferentes terapéuticas, donde nos hemos dado cuenta, que esto, ve ahora al individuo, no solamente como un objeto, porque es lo que decía el compañero, llegas al consultorio del médico alopático, y te trata así con muchos sistemas, que es lo que tienen que hacer muchos, muchos médicos lo tienen que hacer porque tienen que cumplir con sus estadísticas, pero es una forma de ver al paciente. Ahora ya te puedes sentar, platicar qué siento,

qué tengo, y la primera vez que yo me senté ante a un doctor y empezó a decirme qué sueñas, qué sientes, cómo te alimentas, y tocar mi piel y empezar a observar diferentes formas de mí, se trata de otro tipo de atención, yo dije wow sí, hecho, yo quiero pertenecer aquí, yo quiero esto. Y entonces yo me adjunté a esto, a un grupo, en el cual hemos venido trabajando.

Desafortunadamente, para la atención en salud, se han reconocido históricamente al paciente y al médico, dándole mayor poder al médico, cuando esta parte necesita ser lateralizada, nosotros venimos trabajando en este grupo, activamente, y como paciente, ¿qué pienso, o qué pensamos sobre nuestros propios cuidados? Porque creo que esto es generalizado, porque escucho, el autocuidado, es un constructo que se utiliza en la práctica médica, porque el paciente necesita tener claro este concepto para desarrollar criterios que le permitan actuar en función de las necesidades de sí mismo.

Me pasó a mí, como una parte de la experiencia, tengo algún problema de salud, y yo dije, wow, bueno, esto qué me ha enseñado, es casi muerte, y bueno, qué pasó conmigo: entré en caos, no pude estar tranquila por mucho tiempo, hasta que yo misma empecé a investigar sobre lo que es y dije, bueno, si yo me pongo activa en esto puedo lograr algunas cosas. Cuando no tienes la información precisa, puedes entender cualquier cosa, por eso es muy importante que el médico pueda bajar un poquito, y poder explicar al paciente qué significa el problema que tiene y cuáles son las consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

Pienso, o pensamos como grupo también, porque hemos estado como grupo activamente trabajando para construir una mejor salud para todos y hemos pensado de una forma más crítica, que el autocuidado está siendo utilizado por los gobiernos, ya que, de una forma disfrazada, nos venden productos que finalmente nos enferman, no estamos siendo un poco más analíticos sobre qué nos está llevando a la enfermedad. Es preciso empezar a trabajar, porque todo nos venden los medios, la televisión nos está vendiendo todo lo que nos enferma, y necesitamos generar esa conciencia nosotros para comenzar a trabajar por nuestra salud y la de los demás. Entonces, en esta parte, aunque pensamos que el autocuidado está siendo utilizado por el gobierno de manera sesgada, descargando la responsabilidad de enfermar en el individuo, eliminando de dicho proceso los determinantes sociales, por lo que hay que fomentar actitudes responsables y transformadoras en lo individual, y en lo social, fundadas en el conocimiento científico y evidencias empíricas.

¿Qué clase de atención deseo o espero? En lo individual, yo deseo una atención horizontal y fraternal, eso que les decía hace un momento, si yo llego con el médico, yo necesito sentirme acogida, el paciente necesita sentirse escuchado, y es desde ahí donde empieza la función, la función empieza desde que el paciente entra al centro de salud y es bien recibido, es escuchado en todas las partes, en donde él necesita sentirse acogido. Entonces, también pensamos, que necesitamos este reconocimiento, sentirnos escuchados y atendidos, del mismo modo reconocidos. Espero que esta parte sea equitativa, pero también espero que sea conforme un conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud. Planes y programas que realmente se cumplan, proyectos que tengan estrategias y servicios que materialicen en atenciones dirigidas a las personas, y a las familias, así a las



comunidades, porque desafortunadamente todo esto le pega a quien no tiene para poder tener un buen servicio, y poder adquirir salud.

Para la promoción de la salud, se necesita trabajar para promocionarnos en la salud, porque si nosotros no trabajamos en esta parte primaria de anteceder al daño, esto va a continuar y no sé dónde va a parar, porque están trabajándonos desde otra parte de nuestra mente. Pues bueno, y necesitamos, tener buenos diagnósticos, tratamientos, y rehabilitación, así como cuidados paliativos.

¿Cuál es mi visión sobre la atención médica común? Desde mi perspectiva, el trato digno es vital, para todo ser viviente, pienso, que es imprescindible enfatizar en el desarrollo de aptitudes y actitudes que se orienten a proteger al paciente, lo cual podría crear vínculos más fuertes y como consecuencia una mayor adherencia terapéutica al tratamiento, esto pienso que es real. Para mí ha funcionado, para mí ha sido más fácil poder adherirme a tratamientos cuando me siento escuchada, cuando me siento acogida, ha sido para mí una gran aventura poder estar en esto de aquí en adelante.

¿Qué alternativas reconozco sobre estas terapéuticas? entre las alternativas, podría ser para nosotros en primer grado, porque hablo como grupo, pero también en primera persona, una visión más crítica, una promoción de la salud emancipadora, donde nosotros nos sintamos con ese poder, que podamos salir de nosotros mismos y empezar trabajar por nuestra salud, obviamente haciéndonos concientes de todo el contexto, de todas las determinantes que están ahí puestas. Este tipo de idea, trae como consecuencia una parte que nos impulsa a transformarnos, que nos impulsa a vivir mejor.

En segundo plano, considero que la medicina tradicional es un punto muy importante, ya que de ahí viene la base de muchísimo saber y de muchísimos medicamentos, posteriormente obviamente le doy esta otra parte a la naturopatía, a la aromaterapia, a la masoterapia, al masaje quiropráctico, a la reflexología, a la acupuntura, a la fitoterapia clínica, a la homeopatía, entre otros. Cabe mencionar que el encontrarme con esas terapéuticas ha sido muy significativo, ya que he podido encontrar en ellas una nueva esperanza, para dejar atrás el dolor.

¿Qué sentido le ven al cuidado y a las medicinas en relación a la salud? El autocuidado requiere el cultivo de sí, lo cual lleva al individuo a crear vínculos más fuertes consigo mismo, esto lo impulsa a garantizar en su autovaloración dándole mayor sentido al equilibrio en su salud. Desde luego que la medicina juega un papel muy importante, ya que los avances científicos y tecnológicos, relacionados con esta ciencia, influyen en el concepto y en la práctica que proporcionan cuidados propios.

En conclusión, el pertenecer a diferentes grupos ha tenido como consecuencia el bienestar familiar. Esta travesía nos motivó a informarnos sobre cuáles son los determinantes que inciden en la pérdida de la salud. Del mismo modo, hemos aprendido a ver la enfermedad no sólo como una lesión orgánica, sino como parte de un todo, para nosotros es importante darnos cuenta de lo que engloban estos factores y nos impulsan a trabajar comprometidamente con nuestra salud

desde una visión más crítica e incidir de una manera informada en la salud de nuestros habitantes en Santa Catarina.

*Jean Christophe Charrié:*

Voy a hablarles de la experiencia francesa, de la aplicación de los pacientes en relación a estas prácticas de fitoterapia, es por la iniciativa de los pacientes del doctor Jean Claude Lapraz y del doctor Christian Duraffourd, que en 1992 se creó la asociación phyto2000. El objetivo de esta asociación era defender y promover el uso de la planta medicinal, porque en la misma época el gobierno estaba a punto de dejar de reembolsar los fitomedicamentos, en plantas medicinales.

Desde 2002, se han formado cerca de 50 médicos y farmacéuticos en este modelo, pero apareció un problema, hay un problema en la formación francesa, los médicos que formamos reemplazaron a los que se jubilan, por lo que nos siguen faltando médicos en Francia. Esto lo voy a retomar al final de mi exposición.

El tercer problema que enfrentó la asociación de pacientes, es que ella estaba en París, y las actividades de la asociación estaban centralizada en París. En esa época no había internet, no era tan fácil conectarse, entonces había muchas actividades y un grupo muy dinámico en París, que ha ido envejeciendo, y hubo dificultades para encontrarse con los pacientes jóvenes. Y como todas las acciones se invirtieron en la formación de médicos, los proyectos de la asociación quedaban lejos de las personas/pacientes que la conformaban. Entonces es muy importante, en la estructura asociativa de los pacientes, mantenerse en diálogo constante con todos los que la conforman, para que estén informadas y activas. Ahora con internet, es más fácil que esto pueda suceder, porque hay los elementos técnicos para mantener la comunicación.

Por todo esto es que se decidió, hacer asociaciones descentralizadas de pacientes, las llamamos "Santé citoyenne" y se le agrega un número que corresponde al departamento territorial, yo tengo el honor de acompañar al grupo en mi departamento, en La Rochelle, somos ahí el grupo piloto, en enero haremos un segundo grupo en la región de Limoges.

El objetivo es tener una asociación central y diversos polos en el país, el riesgo es que se pierda el objetivo fundamental de la asociación y que defienda otros intereses, ustedes saben que cuando se forman estructuras hay personas que quieren entrar en las estructuras para servirse de ellas. Para evitar este riesgo, se estableció una relación formal entre la asociación de pacientes y la de médicos. Entonces, no se puede crear un grupo de "salud ciudadana" sin un médico que supervise y acompañe sus acciones. Por ejemplo, el primer trabajo que se concretó del grupo "salud ciudadana 17" fue elaborar folletos de información, impresos, para los pacientes. Son los pacientes quienes escribieron los textos, utilizamos las competencias locales, como tenemos dos miembros que trabajan en comunicación, ellos mismos diseñaron los gráficos. Mi trabajo como el médico de la asociación fue leer el texto, para clarificar o evitar problemas de comprensión. Algo que los pacientes aprecian mucho es que ellos mismos hicieron el trabajo, luego se discutió sobre qué cosas podrían incluirse. Algo importante es que

les ha permitido, por ejemplo, explicar lo que es la endobiogenia. Este folleto se llama “Descubra la endobiogenia”.

Esta asociación “Salud Ciudadana 17” organiza conferencias locales, les incluí en la presentación el poster de la última conferencia sobre la línea de vida, desde el nacimiento hasta la edad adulta; hicimos otra conferencia con el Dr. Lapraz, el Dr. Carillon en formato de mesa redonda sobre la endobiogenia: el año pasado hicimos una conferencia con el Dr. Hersch, con doctores de Lituania, con el Dr. Carillon. Estas acciones con grandes refuerzos para la vida colectiva de este campo, para esas conferencias, logramos que la universidad de ciencias nos prestara su auditorio más grande. En cada conferencia tuvimos más de 400 personas, nos vimos obligados a tener que pedir inscripciones, porque desde un mes o quince días antes, todos los lugares estaban ocupados.

La asociación “Salud Ciudadana 17” ha ayudado a la asociación médica a organizar lo que se denomina en Francia “universidades de verano”, que son espacios de reflexión entre médicos y farmacéuticos, no con clases, sino talleres reflexivos. Entonces, estas conferencias se organizaron en el contexto de estas “universidades de verano” abiertas para todo público.

¿Qué importancia tiene esto? Más allá de dar información a los pacientes que es ya importante, es mostrar a los políticos que hay una fuerza, cuando se hace una conferencia con 400 personas, siguiente año y otras 400, tercer año se volvió a incrementar, qué importancia tiene, para los políticos, son cientos de votos. En La Rochelle, el alcalde se ocupa de los asuntos locales, pero no tiene trascendencia nacional, las personas que tienen injerencia nacional son los diputados, y en La Rochelle 400 votos pueden cambiar un diputado, y los diputados tienen la función de hacer las preguntas al gobierno, el objetivo es plantear los temas y las preguntas importantes a los diputados, por medio de la organización de las asociaciones de pacientes. Sin importar cuál sea su partido político, y el diputado puede o no hacer la pregunta al gobierno, ese es su problema, ese no es nuestro problema; pero si varios diputados son abordados el mismo día, en algún momento uno tomará la palabra, los otros pueden decir “sí, yo también escuché hablar sobre eso”. Es de esa manera, creo que como ciudadanos, podemos influir en las políticas de salud de nuestro país, y es porque seremos numerosos, porque la palabra vendrá de diferentes lugares del país, que podremos influir en la política del país. Es largo, es complicado, por veinte años cometimos el error de trabajar a niveles más altos, con el error de no haber partido de la base.

Llegó a la última parte de la presentación, hemos trabajado para la formación de médicos y farmacéuticos en Francia gracias a las asociaciones y a la beneficencia, y estamos muy contentos y muy satisfechos con eso, sin embargo, la dinámica de las asociaciones tiene límites, porque depende de la buena voluntad de cada cual y cada uno vive su vida a su manera, y algunos tienen más disponibilidad que otros, los voluntarios no son asalariados, no se le puede exigir lo mismo a un voluntario que a un asalariado, por lo que decidimos pasar a una etapa superior y salir de este modelo de formación y crear un instituto de endobiogenia que forma parte de un acuerdo formal entre las asociaciones de pacientes y que tiene como misión profesionalizar toda esa

formación y obtener todos los elementos para que los médicos que vienen a formarse puedan beneficiarse de ella, tanto los médicos, como los farmacéuticos.

Pero el objetivo del instituto de endobiogenia es ir más allá, para la primera etapa, la formación de médicos y farmacéuticos es fundamental, la segunda etapa es la formación de pacientes, vamos a realizar módulos de formación para la formación para la salud, y vamos a trabajar con pacientes para que puedan acompañar ese módulo, y queremos utilizar ese módulo de formación y distribuirlo a través de organizaciones e instituciones, pueden ser conferencias, u otras formaciones para la salud, puede que sean industriales que quieran brindar esa formación a sus empleados, hay muchas posibilidades. El tercer eje, formativo, después de los médicos, farmacéuticos y pacientes, entre los dos se encuentran, los paramédicos, las enfermeras, los terapeutas, también queremos realizar una formación para ellos, para que puedan acompañar los cuidados y acompañar a los pacientes.

Tenemos como objetivo, con la economía que se pueda generar con este trabajo, tener uno o dos asalariados en este instituto para que lleven de manera profesional esta institución. También como misión final, desarrollar el potencial de investigación y de llevar a cabo trabajos en colaboración con las universidades, pero en Francia estamos casi convencidos que no será la facultad de medicina la que cambiará la medicina, no va a ser la facultad de ciencias, es con otro abordaje científico que podremos mostrar que es posible otra visión de la medicina, y sobre todo del hombre actual.

Todo lo que les he descrito, sólo depende de una cosa: de los pacientes, todo este trabajo se hace gracias a los voluntarios y a las personas que nos aportan sus competencias profesionales, hemos podido llevar a cabo este instituto que nació hace 10 o 15 años, gracias a una persona, la persona que ha hecho y descrito el funcionamiento de esta institución, es una persona retirada, que durante toda su vida gestionó la educación de los adultos en la región, que tenía un gran equipo para hacer esto, y hace cinco años no sabía que se iba a involucrar en este proceso, no conocía la endobiogenia, uno nunca sabe cuando tiene una reunión quién es la persona que va a cambiar las cosas. Por eso hay que sembrar las semillas, es lo que no me canso de decirles cuando vengo a México, uno siembra las semillas, ellas crecen y después hay que recolectar los frutos.

El último punto, hemos podido hacer este instituto gracias a un concurso que hemos ganado de una asociación filantrópica suiza que nos da la energía económica para llevar a cabo este proyecto y que van a apoyarnos durante tres años, en diciembre veremos cómo nos ha ido y con eso nos darán el apoyo para el siguiente año. Por lo que espero que la próxima vez que vengamos a México, vendremos a nombre de este instituto y vendremos con placer. Muchas gracias.

*Bernardo Carlos González Domínguez, de Santa Martha Acatitla, Iztapalapa*

Buenos días, yo soy Carlos González Domínguez, los que deberían estar sentados aquí son otros, pero resulta que en este momento están haciendo política, porque dadas ciertas circunstancias

se llegó al cierre del servicio por un tiempo, tuvieron que organizarse como grupos comunitarios, y acudir a la instancia de la secretaría de salud de la ciudad de México para poder ver si se libera un terreno de 10000 metros en Santa Martha Acatitla para ahí gestionar la construcción de una clínica, médica, que incluya posiblemente una unidad de medicina alternativa, integrativa. Se contempla la aplicación de la fitoterapia clínica, la autouroterapia, la homeopatía, la medicina tradicional y otras posibilidades médicas.

Está en este momento en una oficina de gobierno que se encarga del patrimonio, de edificios, para esa donación, con las autoridades pertinentes. Ese terreno pertenece a la Procuraduría General de la ciudad de México, están ahí.

Y por esto me tocó, me tomé la libertad, y agradezco la autorización del Dr. Paul para poder estar aquí, y plantear que efectivamente, en las cuestiones políticas de las organizaciones de las comunidades está la posibilidad de adelantar en este tipo de programas.

A nosotros nos ha llevado, y a los usuarios, un trayecto de 30 años de hacer autouroterapia en el centro Ruiz Castañeda en Ixtapalapa, se cerca de 30 000 tratamientos a partir de la orina humana y se han manejado más de 25 000 expedientes. Ha sido una tarea puesto que, como ya se planteó aquí, cuando se habla de medicinas diferentes a la medicina hegemónica hay un choque de todas las estructuras y más aún cuando se habla que se va a sacar un tratamiento a partir de la orina humana, entonces, eso fue realmente un parto.

El equipo que produce esto fuimos capacitados por el Dr. Ruiz Castañeda, un médico mexicano que tiene reconocimiento a nivel incluso mundial, entre otras cosas, fue quien creó la vacuna contra el tifo, mexicano, que fue orillado por el sistema cuando empezó a producir tratamientos diferentes a los tratamientos hegemónicos.

Hace 30 años fuimos becados por la secretaría para ser capacitados por él en su laboratorio y de ahí se determinó la posibilidad de atender pacientes en la unidad que lleva su nombre hasta la fecha. Él ya murió. Entonces, para que esto se pudiera ir dando fue necesario que la comunidad se organizara y se organizó a través de los años, se ha formado este comité para la defensa de su servicio, porque fuimos cerrados dos o tres veces por la regulación sanitaria, pero nuevamente la organización de los comités de usuarios ha permitido que se reabran los servicios, que se continué con el tratamiento.

Aquí hay personas conocidas que conocen del servicio, que conocen los beneficios, lo que comentaba Primitivo al principio, la organización es fundamental, es la vena central de todo esto, si no hay organización, si no hay un objetivo por parte de las comunidades, el sistema no va a dar. Va a ser la presión social, la presión de los pacientes cuando cuiden por su vida y por su salud lo que hará que el sistema se mueva, y se ha movido en un proceso terapéutico que a todas luces contraviene el sistema hegemónico de medicina.

¿Cuál es la materia prima de este procedimiento? La orina. Entonces desde ahí, cuando estás con la autoridad y le dices que vas a hacer tratamientos desde la orina, va a ser un choque

automático. Pero la fuerza del efecto del tratamiento, los beneficios a problemas, muchas veces autoinmunes, artritis reumatoide, padecimientos alérgicos y su efecto inmediato y objetivo ha determinado que los pacientes lo defiendan a capa y espada, literalmente.

Irse a plantar a la oficina del entonces Dr. Kumate estas últimas veces a la dirección general para exigir y pedir que se reabra el servicio. Y claramente es la gente, es la gente la que va a mover la estructura, no los médicos, los médicos estamos acotados a un trabajo, a una circunstancia, podemos acompañar, pero es muy contraproducente que como médicos vayamos y nos paremos con el secretario de salud y le digamos “queremos hacer esto”. Es muy difícil, en ese sentido somos subordinados.

Otro punto que me parece fundamental y que se ha ido platicando, es la comunicación del paciente con el médico. Es decir, ese diálogo de información, lineal, a la altura del paciente, a la altura de sus ojos, se da una coincidencia con la fitoterapia clínica, en virtud de que la fitoterapia clínica ve al individuo como el centro de la atención, pero además lo ve en su integración como individuo y conoce de sus emociones, conoce de sus actitudes, de sus problemas, de la pobreza, el desempleo que ahora es rampante, quien está en la unidades médicas lo sabe perfectamente, si el paciente no puede adquirir medicamentos afuera, y adentro no hay, es decir en la secretaría no hay, entonces cómo queda esa situación.

El hecho que haya un acercamiento del paciente con el médico, y la terapéutica, en el caso de la fitoterapia sea individual, se parece mucho pues, porque la orina también es individual. Es decir, hemos tenido aquí enfrente, tenemos, 50, 60 muestras semanales y a trasluz ninguna orina es igual a la otra, aclarando que nosotros no inyectamos orina, ni les decimos que la beban, esa es otra manera, esa es la orinoterapia muy en boga, nosotros de la orina obtenemos lo que necesitamos, considerando que la orina es el resultado de una filtración a nivel del riñón de la sangre, y como todos sabemos, la sangre es el elemento donde la célula toma lo que necesita y ahí también regresa lo que ya no necesita, se filtra y se obtienen muchos elementos, hay muchos elementos en la orina y de ahí con el procedimiento que adecuó el Dr. Castañeda hace mucho tiempo, producimos un tratamiento que se aplica por vía subdérmica. Entonces, esa materia prima la orina no deja dinero, entonces no está en la vista de los grandes laboratorios manejar una situación de este tipo, y al paciente pues no le cuesta, y además tiene que orinar. Entonces en esa medida, es que este procedimiento, dados sus buenos resultados, el paciente se vuelve el propietario de este conocimiento, ya lo tiene como suyo y por eso lo ha defendido durante estos últimos años.

También en esa medida reitero, que haya un programa de medicina integrativa, que tiene a bien incluir este procedimiento de la autouroterapia, también uroantígenos, también vacuna personalizada, en fin, tiene varios nombres, pero talvez el más adecuado sea el de autouroterapia. Hace un par de años, se incluye en el programa de medicina integrativa, y estamos pues, junto con los pacientes, tratando de organizar, protocolizar, hacer protocolos de investigación para poder darle a la secretaría un instrumento más de terapéutica que pueda llegar a todas las unidades, ese es el terreno que hay que abonar, que hay que impulsar, pero va

nuevamente a lo mismo, es ahí, con el paciente, con la gente, con la organización de la misma, que eso se puede hacer.

Hace tiempo tuvimos un gran problema, de los muchos en los que nos hemos metido, y el comité de Santa Catarina hizo presencia en la Dirección General, frente al jefe de servicios ejecutivos, y presionó y nos sirvió también, cuando vieron que no son tres unidades, no son tres comités, cuando ve la autoridad que se empiezan a juntar, lo que menos quiere la autoridad es tenerlos juntos, entonces dan solución.

Entonces yo remarco, esto que se viene diciendo, que es efectivamente, esto lo que nos puede sacar adelante, lo que nos puede abrir espacios a la medicina de otro tipo, a la medicina no hegemónica y que sea así, que sea este el vehículo para que otros lo conozcan y lo sepan, para que nos podamos apoyar en situaciones como ésta. Eso es lo que nos mueve.

*Moderador:*

Muchas gracias, falta una intervención por parte de los compañeros y compañeras.

Me parece, salvo que opinen ustedes lo contrario, que aquí se ha hablado de un enfermo, marcadamente de un enfermo, ese enfermo es la medicina integrativa, ese enfermo no se está nutriendo, no se está alimentando, hablamos de sus beneficios, lo hemos vivido muchos de nosotros, nos convoca a tener otro papel, pero a la medicina integrativa, las políticas públicas la están matando, la han marginado, no la alimentan, entonces yo invito a los compañeros y a las compañeras a que dirijamos sobre ese punto, estamos en el corazón del país, saquemos los acuerdos del palacio para tratar de intervenir modificar esta situación, más aun en estos tiempos electorales, entonces démosles un cáriz de fondo, si estábamos convencidos que la medicina integrativa es algo extraordinario, eso lo puedo decir por mí parte, porque a los compañeros y las compañeras allá en Santa Catarina, están en proceso de canonización, han hecho muchos milagros, entonces van en ese camino, de que han salvado, han resuelto muchos problemas que la medicina alopática no había resuelto, entonces vuelvo a reiterar, si ustedes no tienen inconveniente, que abordáramos hacia tratar de llegar a acuerdos, que nos convoque, o nos lleven a tomar medidas que busquemos que sea permanente la medicina integrativa y no vaya con los vaivenes políticos.

*Primitivo Rodríguez*

Este panorama que hemos tenido el día de hoy ha sido fundamental, en el plano de lo que sucede en la ciudad de México, el encuentro es una diversidad de acciones, que yo creo que aquí esta diversidad de acciones tendría que concretarse, tendría que sistematizarse como para poder estructurar un plan de trabajo que pudiera llevarnos a ser agentes importantes de gestión en la posibilidad de hacer que esta medicina integrativa tenga la relevancia que debe de tener, eso es lo que yo primero aportaría.

Segundo, creo que es fundamental la recuperación de la experiencia del paciente de manera que sea sistemática, a qué me refiero con esto, todos hablamos de que nos va bien con la medicina

integrativa, pero lo comentamos en los pasillos, al familiar, al médico, etc. y aquí yo creo que hace falta un trabajo sistemático que nos lleve a recuperar esa experiencia de los pacientes, desde el punto de vista del paciente, como para poder tener una visión mucho más concreta de qué está pasando.

Tercero, lo que presentó el Dr. Charrié ya me deja sorprendido, este camino que han llevado a cabo en Francia es muy importante que tendríamos que recuperar esa experiencia nosotros, esta posibilidad de que desde los mismos comités de pacientes podamos ir incorporando estas demandas y exigencias para lograr que esta práctica médica pueda tener la relevancia que puede tener es fundamental, pero eso sólo lo vamos a lograr a través de la organización, no de la dispersión como lo vemos ahorita, porque veo que los de Santa Catarina actúan en un sentido, los de San Rafael por el otro, lo del grupo colibrí por otro, etc. yo creo que tenemos que llegar a unirnos, tenemos que trabajar de manera conjunta, establecer pautas de trabajo bien definidas y en ese sentido comprometernos para seguir adelante.

#### *Salud colibrí*

Nosotros las medidas que tomamos en nuestra colonia, es como bien lo mencionamos, con nuestras plantas medicinales, nosotros hacemos nuestros jarabes, o nuestras tinturas, para nuestra propia comunidad, para nuestro propio beneficio de todos, muchas gracias.

#### *Grupo de Salud Colibrí, segunda participante:*

Yo considero que aparte de que se quede con nosotros, tratar de difundirlo más, y hacer con nuestras plantas, en este aspecto que vamos a hacer con el invernadero, pues tratar de cultivarlas y cuidarlas, y tratar de que la gente las conozca, no sólo en nuestro grupo que estamos, sino que hagamos una difusión grande, ir a la delegación, ir a varios lugares, para que nos apoyen y poder sacar adelante a las plantas medicinales, y así ayudar a mucha gente, y que todos estén enterados de los beneficios de nuestras plantas de México. Muchas gracias.

#### *Laura Silva, Santa Catarina:*

Yo creo que en esta parte el compañero tiene mucha razón, necesitamos unirnos, ya lo decía el doctor, esto cuando toma fuerza, las autoridades parece ser que tienen miedo, que tienen miedo de grupos organizados, nosotros lo hemos visto en diferentes momentos, afortunadamente nosotros somos un comité grande y nos apoyamos cuando esto se necesita, cuando hemos tenido mesas de trabajo con las autoridades de la secretaría de salud, pues tenemos respuestas oportunas, y hemos seguido trabajando con ellos y también lo decían, esta parte de organizarnos, tenemos que meter muchísimo tiempo a veces, para nosotros es un poco complicado, pero siempre estamos comprometidos para lograr objetivos, no somos reconocidos, no tenemos un sueldo, sin embargo, siempre queremos la mejora para la comunidad y sería interesante que no sólo fuera la comunidad, sino todo lo que es nuestra ciudad, que pudiéramos tener acceso a ese tipo de medicinas.



En este caso en Santa Catarina estamos tratando de colocar a la medicina tradicional y hemos estado tocando puertas en muchísimos lados para que esto pueda ser posible, que la medicina tradicional se inserte en este programa de medicina integrativa para nosotros sería genial, tenemos un temazcal ahí en Santa Catarina, tenemos un jardín de plantas medicinales, también que trabajamos, conocemos, transformamos, y en múltiples momentos hemos apoyado a lo que es la medicina integrativa con algunas de estas plantas para que los pacientes puedan tener su fitomedicamento, porque a veces no tienen el costo, pero nosotros siempre pedimos, “regrésanos algo”, y nosotros les pedimos, “pues danos un poco de tu tiempo y transfórmalo, en amor a la planta, amor a la tierra”, y nosotros estamos dispuestos a proporcionarte el medicamento, la tintura que estás necesitando, esta parte ha sido interesante, hay veces que la gente dice “sí, me pongo a trabajar una o dos horas para poder tener este elemento y tener mi medicamento”, pero hemos visto también la otra parte en la que el paciente dice “no, trabajo, no, mejor pago”, y es como que, yo creo que tendríamos que trabajar muchísimo sobre qué queremos, a dónde queremos llegar, esto sería una gran incógnita para todos, una gran pregunta, qué es lo que queremos, qué queremos de los servicios de salud pública. Bueno, muchas gracias.

*Siguiente persona:*

Bueno sí estar unidos, porque no en todos los lugares de la ciudad de México hay todos los servicios, para que también haya más posibilidades de más personas de tener estos servicios, gracias.

*Dr. Carlos González*

Creo que suena como natural que teniendo un grupo de avanzada en Europa, en este caso el Dr. Charrié con lo que se ha realizado en otra sociedad, en otra situación, pero también enfrenta la situación de la estructura, han generado alternativas, parece natural que desde aquí se hayan generado el planteamiento de la comunicación directa para este tipo de organización de pacientes, y el paso siguiente, primero este paso, es el de que aquí, los grupos que estamos aquí y otros que conocemos, planteemos ya un programa de trabajo para que nos reunamos estos grupos de pacientes, que se establezca un objetivo, un programa y a darle con las autoridades. Y para que este programa se fortalezca al lado de estos comités de salud, está la asesoría del Dr. Charrié para poder darle un panorama ya no nada más nacional, sino internacional. Yo creo que ese sería uno de los logros de este congreso: poder establecer una vinculación entre los grupos de la ciudad de México, con los grupos que existen en el resto del país, con un programa definido que tiene que salir de aquí del centro, como centro de medicina integrativa y hacer la vinculación objetiva y clara con el Dr. Charrié en Francia para poder tener un fundamento y una asesoría constante a este respecto.

## **Intervenciones, preguntas y comentarios**

*Moderador:*

Muy bien, vamos a hacer un ejercicio de síntesis muy breve en el que en tres palabras. Ustedes pueden hacer sus preguntas y en tres palabras les van a responder los compañeros. Tres participaciones solamente si me hacen favor.

*Persona 1:*

Yo como paciente, pido, que se haga un intercambio de información, y que de aquí salga una reunión formal de los comités y de los periféricos, por ejemplo, en Tlalpan que nada más hay una fitoterapeuta, y está el director, pero eso es información, pero para los pacientes. Intercambio de información entre los comités, gracias.

*Persona 2:*

Buen día a todos, yo soy Francisco Javier Maldonado Vera, promotor de salud en el CEMI y a nivel particular practico la naturopatía médica, me siento muy honrado de haber pertenecido donde se establecieron diferentes sistemas médicos para llegar a acuerdos, en este congreso se emitieron frases que nos dieron la luz del conocimiento, para despejar las tinieblas de nuestra ignorancia, es mucho más lo que ignoramos que lo que sabemos estas son algunas de estas frases, en cuanto a hospitalidad “Al enfermo le interesa su enfermedad, pero también, cómo quiere ser acompañado al final de su vida”, “hay que rescatar la especificidad del paciente y también del médico”, “antes que atender a los pacientes, a los enfermos, hay que atender primero a los médicos” “¿Qué importancia tienen las emociones del paciente y del médico en clínica médica? ¿se enseña la importancia de la relación médico paciente?”, “no hay médico sin paciente, ni paciente sin médico”, “para practicar la medicina personalizada, se debe dejar la arrogancia y pensar que somos parte de la humanidad, de la naturaleza”, “cuántos estragos hace la soberbia intelectual”, “la práctica de una medicina fría e impersonal” “¿cómo desarrollar una capacidad clínica extraordinaria?

Esto lo logran pocas personalidades de la medicina”, “aunque haya diferentes sistemas, la medicina es única y su propósito es curar” Compañeros, en mi calidad de asistente, compañeros usuarios, este conversatorio, el seis, con el tema, la perspectiva de los pacientes y grupos organizados, aquí nos enteramos que en Francia hay grupos de pacientes expertos, a los cuales, los médicos escuchan, qué nos impide realizar eso, el centro de salud de Santa Catarina ya lo practica, y el grupo colibrí también, el objetivo del conocimiento no sólo es comprender la realidad, sino transformarla, esta es mi propuesta para el CEMI, para su mejor funcionamiento necesita: necesita un recurso etiquetado con un mínimo anual, y usuarios organizados para hacer válida la carta magna y la constitución de la ciudad de México, tenemos en la ciudad de México el SEDEREC y a nivel federal la dirección general de medicina y desarrollo intercultural que el CEMI recupere la identidad, su dirección y su administración, esto no es un capricho, sino porque somos un proyecto inovante. Esta identidad ya la tiene la ciudad de México, así como la religión en sus diferentes matices y así las personas con preferencias sexuales diferentes. La escuela de la perfección es la organización y para que haya organización debe haber orden y disciplina. No somos un país subdesarrollado, sino suborganizado, gracias.

*Siguiente persona:*

Bueno, retomando las palabras del compañero que me antecedió, a mí me parece muy importante, y bueno, felicitar, yo he estado en algunas exposiciones que tienen que ver con la medicina integrativa y me parece que “medicina integrativa” siempre ha estado cojo, hasta este momento que necesita de medicamentos. Porque eso es lo que falta, medicamentos, para los pacientes.

Me parece que esa es una crítica muy importante y que en este foro, en esta mesa se da la oportunidad que se necesita para que la medicina integrativa no se centre nada más en la planta y en la enfermedad, se centre en los determinantes, como dijo la compañera Laura, determinantes en donde los médicos tengan que trabajar con aspectos que tengan que ver con política, le tenemos, bueno, yo no soy médico, le tienen, me parece a mí, excepto algunos compañeros que son muy conocedores sobre la política, le tienen miedo. Solamente quieren estar dando y recetando sus plantas y sus fórmulas, este es el momento de que se haga frente, que se programen actividades donde los médicos puedan impulsar, dice el Dr. Bernardo, lo retomo, los médicos son subordinados y nosotros no podemos o no, yo diría, creo que no quieren enfrentarse con nuestras autoridades, porque conozco varios médicos, entre ellos el doctor Paul, que ahorita seguramente me va a callar y el Dr. Zenteno que se enfrentan y que educan a los pacientes, no solamente como dijo el Dr. Francés, desde educación para la salud, sino desde una promoción crítica, gracias.

*Moderador:*

Agradeciendo su presencia y su participación, agradecerle a Paul y enhorabuena lo que estás haciendo con todo un grupo, felicidades a todos ustedes, a los ponentes y muchísimas gracias.

## Conversatorio 5

### **Perspectivas de proyección al servicio público de otras modalidades diagnósticas y terapéuticas.**

*Jorge Luis Abia Guerrero, Brenda Bogaert, Raquel Menéndez Aponte*

#### Introducción

Este conversatorio se trata de las perspectivas de proyección al servicio público de otras modalidades diagnóstico-terapéuticas, partiendo del antecedente de que la ley de salud en el artículo que ya mencionamos mandata a la Secretaria de Salud para esta diversificación. Las 4 primeras áreas que ya están en la estructura son homeopatía, acupuntura, fitoterapia clínica y autouroterapia; sabemos que no es un listado exhaustivo ni tampoco es exhaustiva la temática

que vamos a abordar, pero tenemos aquí a tres compañeros que nos van a presentar varios elementos para ir avanzando en esta reflexión.

En el primer caso teníamos a la Dra. María de los Dolores Gallardo Rincón, del Programa de Cáncer de Ovario del Instituto Nacional de Cancerología, pero por razones de peso no pudo asistir. El Dr. Jorge Luis Abia Guerrero, médico internista, Co-Director del Instituto Milton. H. Erickson de Hipnoterapia en la Ciudad de México, la Dra. Raquel Menéndez Aponte, quien ha escrito un libro muy interesante de reciente aparición sobre alimentación y cáncer, ella viene del Centro de Atención Integral del mismo Instituto Nacional de Cancerología, en una experiencia de apertura muy interesante que ella nos va a exponer y la Mtra. Brenda Bogaert, doctorante del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la Universidad de Lyon en Francia; ella está explorando temas relacionados en particular con la epilepsia, entonces tenemos a tres muy importantes participantes, les vamos a pedir entonces que inicie su presentación y luego haremos los comentarios conducentes.

#### *Jorge Luis Abia Guerrero*

A nosotros como grupo de trabajo nos interesó mucho este congreso y agradecemos mucho la invitación, es un honor estar aquí. Voy a respetar los tiempos que me dieron para que seamos muy precisos. Les comentaré quiénes somos, como institución tenemos una importante conexión desde el punto de vista de construcción del conocimiento con la Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica, en particular con el Dr. Paul Hersch, quien ha sido mi maestro en cursos muy básicos. Estos cursos me hicieron ver los puntos de vista de contacto, los puentes que hay entre la medicina endobiogénica, la medicina integrativa formalmente y la hipnoterapia.

En realidad, la medicina se ha ido diversificando como parte de la necesidad de manejar más conocimiento, lo que los médicos hacían hace 3,000 años, hace 5,000 y hace 10,000 años era este tipo de medicina que toma en cuenta la participación de los pacientes, sus creencias, sus ideas, sus perspectivas, sus preocupaciones e interpretaciones sobre la enfermedad y que se integraba al médico en la sociedad, en lugar de adaptar a los pacientes al sistema médico, como ahora lo hacemos.

Desde este ángulo, en el Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México hemos trabajado treinta años haciendo investigación original; somos una institución auto-gestionada en base de nuestro trabajo, tenemos una clínica de costo subvencionado, en que las personas pueden tener un tratamiento completo por diez pesos, es decir a un peso la sesión. Todo esto es autogestión, colaboración de colegas y una red de trabajo. Por esto resonamos axiológicamente, es decir, en el sentido de valores, con la Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica.

Nosotros nos educamos en hipnoterapia fuera de México porque no teníamos en México un programa de enseñanza en hipnoterapia. El programa de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica que es de nuestra autoría y que actualmente impartimos, es avalado por la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ello es sustentado por mi colega Rafael Nuñez Ortiz y yo, con base en investigación precisa, estricta, midiendo estadísticas, probabilidades de error, evidencia científica y de epidemiología. Nos

parece muy relevante hacerlo así, porque es la manera en que uno puede compartir con otros colegas. Saber qué es lo que sirve y lo que no sirve, para qué sirve, hasta dónde, cuándo y cómo, y también influir en el manejo de la epidemiología de los servicios de salud.

Afortunadamente desde hace 12 años trabajamos como proveedores de educación de postgrado para la Universidad Nacional Autónoma de México, que otorga los diplomas. Trabajamos en el campo de las ciencias de la salud y de la educación; nos capacitamos fuera de México, en diversos países, y fuimos haciendo un proyecto, un programa que se fundó en hacer investigación y que seguimos evolucionando con estudios de meta análisis, que es picar piedra y es interesantísimo, porque permite ir afinando las técnicas que diseñamos y las intervenciones clínicas.

Nosotros trabajamos con hipnosis, una disciplina científica que tiene 235 años haciendo publicaciones. La hipnosis no es la que ustedes ven en las películas o en espectáculos; las personas no se duermen, no pierden la consciencia, no se comunican con extraterrestres, no ven vidas pasadas, no flotan en el aire. Nada de lo que hayan visto en un espectáculo corresponde a la realidad de la hipnosis clínica, que es una disciplina científica que trabaja con un estado alternativo de la consciencia, y cuyo funcionamiento cerebral conocemos con precisión.

La hipnoterapia es la aplicación de la hipnosis en la atención a la salud y trabaja con el estado hipnótico, que es uno de los doce distintos estados de consciencia en que el ser humano puede estar. Es un estado de consciencia alternativo a la vigilia. Los estados de consciencia más estudiados son la vigilia, la hipnosis, el dormir, y el soñar durante el dormir.

Conocemos con mucha precisión qué regiones cerebrales se activan o se inhiben durante la hipnosis y simplemente por observación del mapa cerebral, es posible saber si la persona está o no en un estado hipnótico. La primera publicación científica acerca del funcionamiento del cerebro durante el estado hipnótico apareció en Inglaterra en 1843, y su autor fue el Dr. John Elliotson. En la actualidad, se llevan a cabo estudios para ahondar en el conocimiento de la neurofisiología cerebral durante el estado de trance hipnótico; estos incluyen mapeo cerebral, y estudios de resonancia magnética funcional.

En 1845, otro autor publicó la primera investigación clínica quirúrgica con relevancia epidemiológica cuantitativa. El Dr. James Esdaile reportó su trabajo con Hipnoterapia en Medicina; él era un cirujano de guerra que atendía a las personas en campaña; trabajaba como cirujano en el campo de batalla, en la tierra, atendiendo pacientes durante las batallas en las invasiones que hacían los británicos a la India. Elliotson cohibía hemorragias, debridaba abscesos, hacía amputaciones, extraía metrallas, cuidaba a los pacientes con procesos infecciosos graves. En esa época aprendió hipnoterapia médica, a la que se llamaba entonces Mesmerismo, llamada así por el padre de la hipnosis e hipnoterapia en occidente, el austriaco Dr. Franz Anton Mesmer, quien inició su uso desde 1783, aunque las referencias a la hipnosis existen desde hace al menos tres mil años.

El Dr. Esdaile reportó entonces 300 cirugías con una reducción de mortalidad del 50% al 5%, es decir 10 veces menos; las sugerencias hipnóticas fueron orientadas a control del dolor, a activar las defensas físicas del cuerpo, a disminuir la hemorragia, a promover la estabilidad y la hidratación.

El cuerpo tiene recursos que distintas disciplinas han destacado, como lo hacen la medicina endobiogénica, la fitoterapia clínica, la homeopatía y la medicina tradicional china, que señalan capacidades autocurativas y de autocompensación, que en occidente la alopatía ha venido entendiendo muy a trancas y a barrancas, en la medida que el avance de la ciencia occidental y en alguna medida los intereses económicos lo han permitido.

El Dr. Charcot era un neurólogo que trabajaba en Francia en 1890, se interesó en la hipnoterapia y logró que se aceptara esta disciplina. Desde entonces se regula en ese país. En México durante muchos años no fue apropiadamente regulada, hasta que la Universidad Nacional Autónoma de México aceptó y mejoró nuestro programa de profesionalización.

El Dr. James Baldwin en 1891 publicó en la revista *Science*, cómo es el comportamiento de los niños en la hipnosis. Se fueron descubriendo y publicando las utilidades de esta disciplina. A la hipnosis se le debe el descubrimiento de lo que se ha llamado trastorno de personalidad múltiple, cuyo nombre actual más apropiado es trastorno disociativo de la personalidad. La hipnosis y la hipnoterapia han estado siempre presentes en la medicina, la psicología y la educación, sobretodo en situaciones de crisis.

En 1920, el Dr. Clark Hull, un importante precursor de la terapia cognitiva conductual y el Dr. Milton Erickson, el renovador más importante de la hipnosis en el siglo XX, trabajaron juntos a pesar de sus puntos de vista contrastantes. El Dr. Hull decía que hay que hacer generalizaciones trabajando con hipnosis que se puedan medir, y el Dr. Erickson pensaba que no era posible medir en hipnosis con métodos cuantitativos. Ambos hicieron investigación y publicaciones, poniendo en evidencia que era posible medir en hipnosis e hipnoterapia, cualitativa y cuantitativamente.

En el Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, el Mtro. Rafael Núñez Ortiz y el Médico Jorge Luis Abia Guerrero, justo hemos trabajado justo con lo que ambos autores pensaban: es decir, juntamos lo que sabemos de una enfermedad, por ejemplo, de los trastornos de ansiedad, de la hiperlipidemia, diabetes, hepatitis crónica, artritis reumatoide, etc., y lo combinamos con lo que la o el paciente saben de la enfermedad; establecemos puentes de comunicación con la Mente Inconsciente a través de la hipnosis, como un complemento al trabajo médico. La mente inconsciente es el conjunto de experiencias y aprendizajes que tenemos archivados en la mente, de lo que las personas no advertimos, de nosotros mismos. En ella existen recursos para mejorar la adherencia al tratamiento, el apego a medidas de autocuidado y para mejorar la respuesta corporal a los tratamientos. En nuestra experiencia, los pacientes tienen una mejoría entre el 75 y el 100% en el logro de objetivos.

La hipnoterapia siempre se ha usado en épocas de guerra o crisis. En estas situaciones la hipnosis se populariza, porque es un procedimiento que puede hacer muy eficaces

intervenciones en crisis; puede ser útil en la aplicación de anestesia, de hecho, se pueden hacer cirugías con anestesia hipnótica, aunque lo apropiado es utilizarla siempre combinada, complementando a la anestesia farmacológica que en sí misma es sumamente útil para preservar la salud y la vida de los pacientes.

La hipnosis también tiene como todo un lado oscuro, que ahí está en la historia; en la Segunda Guerra Mundial, Hitler invadió Praga, y ahí detectó a un hipnotista de espectáculo de apellido Hanussen, que actuaba como mentalista en el teatro. Lo invitó a vivir en Berlín, es decir lo secuestró y le pidió que le enseñara hipnosis para hacer mensajes hipnóticos en sus discursos, con lo cual buscaría tener una influencia favorable para la popularidad del político.

Es muy importante dar a conocer que existe un código de ética internacional del ejercicio profesional de la hipnosis y la hipnoterapia, acorde con el cual solo puede aprender hipnosis quien sea profesional de la salud o de la educación, y cuya capacitación debe hacerse con muchísima precisión para manejar las técnicas, asegurando el respeto al paciente y su evolución orientada a la salud y al bienestar.

En el Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México tenemos registrados con derechos de autor y publicados manuales de enseñanza de posgrado del modelo original de Abia y Núñez, la Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica. Tenemos muy clara la distinción que hacemos con la hipnosis. Se trata de la hipnoterapia para trabajar en medicina, en psicoterapia, en mejorar la comunicación cuerpo-mente y la comunicación mente-cuerpo, así como en el desarrollo de habilidades en el proceso enseñanza-aprendizaje. La Organización Mundial de la Salud reconoce a la hipnoterapia como una de las doscientas modalidades de terapia, con clara influencia en aspectos psicológicos y corporales.

Desde 1982 se han caracterizado doce estados de consciencia bien diferenciados que el cerebro humano puede transitar; sabemos quién está en uno y quien está en otro, gracias a estudios de Neuropsicofisiología de la Percepción. En el Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México trabajamos desde 2005 con la Universidad Nacional Autónoma de México. Si alguien tiene limitaciones para la anestesia farmacológica, ofrecemos un programa gratuito de atención de anestesia hipnótica (bueno no gratuito, cobramos un peso por sesión), para colaborar con los pacientes que se encuentren con esta limitación.

Nuestra institución es reconocida por la Fundación Milton H. Erickson, que reconoce muchos institutos en el país; no somos los únicos en México, sólo somos el más antiguo. En México la comunidad de hipnoterapeutas es cada vez mayor; en el mundo se publican revistas que reportan estudios de investigación en hipnosis clínica, apropiadamente llevados a cabo con una metodología científica. En distintas universidades se tienen departamentos o programas de investigación en hipnosis, en países como Hungría, Alemania, Inglaterra, Estados Unidos, Cuba, Australia, y lo que caracteriza a estos departamentos de investigación en hipnosis es la comunicación llana, sencilla, con objetivos de salud, acordes con estándares clínicos actuales.

La hipnosis es un estado alternativo de la consciencia, alternativo a la vigilia, como existen otros estados de consciencia. Se tienen más de doscientos treinta años de investigación del estado de

hipnosis, que han permitido descubrir que la hipnosis ocurre espontáneamente con las personas despiertas, en la vida cotidiana. Todo estado alternativo de consciencia se caracteriza por una serie de modificaciones del funcionamiento cerebral. Se aprecian en estos estados variaciones de la atención, concentración y percepción que son clínica y experimentalmente observables.

En la hipnosis la atención se divide en dos niveles: en un nivel la persona se observa a sí misma, y en el otro la atención se amplifica en el interior. Se procesa la información correlativamente con variaciones en las ondas cerebrales. En particular son relevantes las ondas Theta, que son ondas de atención enfocada relajada, que permiten observar y evaluar situaciones difíciles con una perspectiva distinta de la usual.

Los estudios en personas diestras han demostrado que durante el estado hipnótico hay una inhibición frontal izquierda, lo cual se asocia con introspección y toma de distancia de la lógica social dominante. También hay una estimulación occipital derecha, es decir aparecen imágenes visuales de contenido emocional significativo. Se presenta por otro lado estimulación del sistema nervioso autónomo con predominio parasimpático.

En hipnoterapia, a través de la hipnosis podemos modificar la eficacia y eficiencia de algunos aspectos del sistema inmunológico, mejorar la circulación de la sangre, controlar dolor, mejorar la sensibilidad y la coordinación motriz. Trabajamos haciendo diagnósticos clínicos precisos. Promovemos que quede muy claro clínicamente ¿Qué sucede?, ¿Cómo sucede?, ¿Cuál sería la solución? Complementamos dando el liderazgo a l@s pacientes para que dentro del marco de los derechos humanos y del respeto a su salud, decidan qué es lo que quieren lograr.

Existen distintas modalidades o metodologías para la aplicación de la hipnosis en el marco de la hipnoterapia; se puede inducir a través de relajación, o a través de la conversación hipnótica, o a través del ejercicio físico, o a través del juego. La hipnosis no es relajación: es un estado diferente a ésta. También trabajamos con aspectos profundos de la personalidad, en el área que se llama hipnoanálisis. En todos los casos, desde el punto de vista ericksoniano, lo que hacemos es orientarnos estratégicamente a soluciones.

Algo que genera conflicto en los seres humanos es que somos muy insistentes en describir cómo son los problemas, pero poco nos orientamos a encontrar soluciones en la cultura occidental. Es importante dar suficiente atención al problema, pero una vez que lo conocemos, proponemos que las personas se orienten a soluciones.

Trabajamos entonces utilizando todas las experiencias de las personas, las buenas, las malas, las regulares, porque todas las experiencias suponen aprendizaje. Promovemos que la persona descubra sus propios recursos psicológicos, somáticos y relacionales. Trabajamos con los archivos de lo que la mente de la persona advierte, es decir la mente consciente, y durante el trance hipnótico, con los archivos que la persona no advierte: aprendizajes y experiencias que no advertimos que lo son, la mente inconsciente en donde encontramos tanto problemas como capacidades de aprendizaje y recursos de solución.



En hipnoterapia es posible atender los problemas clínicos usuales de emociones, actitudes, comportamientos, ansiedad, estrés y depresión, en el campo que se llama Hipnopsicoterapia; problemas de salud somática, enfermedades crónicas y problemas psicosomáticos, en el campo que se llama Hipnosomatoterapia. Los problemas que se dan en el proceso enseñanza-aprendizaje se atienden en el campo que se llama Hipnopedia. En síntesis, la hipnosis y la hipnoterapia han sido estudiadas desde la perspectiva clínica científicamente en México con evidencia estadística significativa con base en el Modelo de Hipnoterapia Ericksoniana Estratégica, generado por Jorge Luis Abia Guerrero y Rafael Núñez Ortiz, en el Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, y en el Centro de Estudios Superiores de Hipnosis Clínica S.C., desde hace treinta años. Es un modelo que actualmente se enseña en colaboración conjunta en posgrado, en Extensión Universitaria de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, y también se enseña en Puerto Rico, en España y en Chile, mostrando significativos beneficios para l@s pacientes.

*Dra. Raquel Menéndez Aponte (RM)*

Buenos días a todos me da mucho gusto estar aquí, en este primer congreso de medicina integrativa en el cual lamentablemente no he podido estar en todas las ponencias que ha habido, pero estuve el primer día y me sorprendieron varios de los temas que te hacen reflexionar sobre la medicina y como está la medicina en México y en el mundo. Me identifiqué mucho con el trabajo de Claire que habla de este estudio de investigación que ha hecho en diferentes zonas de Francia y autentiza el uso de la medicina tradicional. Me identifiqué con esto porque en México es un país que también tiene zonas enormes que solamente se tratan con esta medicina tradicional y que son medicinas milenarias y que de alguna manera se han tratado durante todos los años los pacientes que viven en esas zonas con estos remedios. Coincidió un poco con Claire también en el sentido de que estos métodos que se han usado para la cura se podrían potencializar sí, a partir del respeto, se hicieran más investigaciones acerca de que es lo que se usa y tratáramos de alguna manera de potencializar el efecto de cada uno de estos métodos que se utilizan en estas zonas rurales y que sería muy importante.

Yo voy a hablar, otra cosa que me interesó muchísimo fue la polémica de las diferentes miradas que trabajan, que tienen los diferentes términos que se usan actualmente como integral, personalizada, que quiere decir, cuantas miradas tiene, cuanta gente lo ve de diferentes maneras, la falta de hospitalidad en el médico en esta relación médico-paciente que me parece importantísima y creó que ahí hay una enorme ventana de oportunidad para trabajar con nuestros especialistas y educarlos a ser poco más sensibles ante el trato con los pacientes. Si creo que el trabajo que uno debe promover a partir de este congreso es la unión de estas dos intervenciones al paciente, no la división como oigo muchas veces.

Nos quejamos del médico y del trato del médico y habría que trabajar con el médico para que tenga un mejor trato, eso por un lado y por el otro, poder integrar estas otras prácticas para tener un mejor trato al paciente en todos los sentidos, pero ya no una división entre un área y otra porque el conocimiento de uno es muy importante para el otro también. Entonces los dos puntos importantes, el cambio de valores en cuanto al médico, este médico que ya no cura pero

prescribe, me parece tristísimo porque efectivamente no hay mucho, hay poco tiempo para atender al paciente, hay poco tiempo para estar con él, hay poco interés para estar con él también probablemente y me parece triste que se haya perdido este valor tan importante del médico que cura a través de hablar y de entender al paciente desde todo su contexto.

Todos estos temas me llevan a reflexionar hacia donde debemos de dirigir nuestros esfuerzos para ofrecer un mejor servicio médico a una población tan compleja como lo es el ser humano mundialmente hablando, o sea, compleja en México, compleja en Francia, compleja en el mundo entero. Pero también me cuestiona un asunto importante, no puedo yo dejar de ver a muchos pacientes que llegan al Instituto de Cancerología que tienen un tumor en la fase 4 y llegan después de haber visitado 7 consultas diferentes de prácticas de las que se hablan aquí. Estuvieron con una persona que les dio plantas medicinales, estuvieron con una persona que los vio a través de acupuntura, estuvieron con una persona que les dio tal y cual y así llegan. No los estoy ni cuestionando, no los estoy criticando, simplemente así sucede y llegan con una fase 4 al instituto y de repente se sienten impotentes, engañados, culpables y muchas veces han pagado muchísimo dinero por todas esas prácticas y el avance de la enfermedad es notorio.

¿Qué ha pasado con estos pacientes? Simplemente se les ha indicado que si hubieran entrado al instituto en una fase menor tuvieran mayores probabilidades de control y mayores probabilidades de recuperación en algunos casos. Entiendo perfecto esta otra controversia de la medicina convencional que también es un tema en el que efectivamente tratándose del cáncer es un tratamiento muy fuerte y es un tratamiento que sí afecta a otras áreas, que sí tiene efectos secundarios, efectivamente, no lo podemos negar lamentablemente, estoy hablando del cáncer, no estoy hablando de otras afecciones, dentro del cáncer, este es el único tratamiento que ha funcionado para su control y tratamiento.

Así que los dejo con este cuestionamiento, así como ustedes me han dejado otros cuestionamientos a mí, mutuamente nos cuestionamos. Conscientes de que la medicina tiene que cambiar y humanizarse un poco más, surge este tema que es la oncología integrativa. La oncología integrativa, el Instituto Nacional de Cancerología al igual que ustedes percibe estos temas de los que hablamos, de la personalización del paciente, de la integración del paciente y nosotros que hacemos como centro de apoyo integrativo.

Tenemos la medicina personalizada, esta medicina a partir de que se estudia el cáncer desde la genética individual de cada una de las personas y de esta manera se ve a este cáncer personalizado con el paciente que tenemos enfrente ya que aunque sea el mismo tipo de cáncer, aunque sea la misma fase, no importa, estamos hablando de este paciente en particular, desde su genética, hasta todo el proceso de enfermedad que tiene el paciente, entonces lo que lo hace personalizado es el punto que empezamos a verlo desde la genética.

La medicina integral empezó hace pocos años en el instituto y consiste nada más en una unidad funcional, y esta unidad funcional consiste en tener a todos los especialistas que tienen que ver con ese paciente en particular, el oncólogo médico, el radiólogo, el cirujano plástico, el psicólogo y reunir todo el equipo que va a estar alrededor de este paciente. No hace mucho tiempo que surge el programa que se llama CAI INCAN, CAI de Centro de Apoyo de Atención Integral del

Instituto Nacional de Cancerología, aquí percibimos al paciente desde el punto de vista biopsicosocial y espiritual que es un poco lo que hemos estado hablando aquí y es en donde yo me inserto a esto de la medicina integrativa, pero como verán es todo un equipo. En el centro tenemos un modelo que empiezan en esta orilla del lado izquierdo, cuando el paciente como el familiar entran al Instituto de Cancerología, nuestro foco de atención es el paciente 100%, pero también trabajamos con sus familiares.

Tenemos 6 áreas de intervención dentro del centro, tenemos las terapias ocupacionales, y ayudamos a los pacientes a tener diferentes actividades que les permitan a ellos vender el producto de lo que se hace ahí para que puedan ellos ayudarse económicamente en transporte, comida, lo que cada uno de ellos necesita. Tenemos las intervenciones mente-cuerpo, donde tenemos yoga, meditación, qi- gong, tenemos todas estas prácticas que también ayudan al paciente para tener un estado mental mucho más tranquilo y relajado mientras está en este proceso de la enfermedad. Tenemos grupos de psicoterapia y desde diferentes ángulos apoyamos. Tenemos grupos que tienen que ver con el arte, trabajamos con arteterapia, trabajamos con terapias cognitivo conductual para cambiar las maneras de pensar y tratar de hacerlos más positivos y tenemos otro taller sobre duelo y es sobre cómo enfrentar la vida en momentos de crisis como es el hecho de tener el diagnóstico de cáncer.

Contamos con un centro de información, sentimos que el paciente necesita ser empoderado para que pueda pedir y pueda dirigir que es lo que quiere en su tratamiento durante su enfermedad, preguntamos si está contento con ese médico, si tiene empatía, si quiere cambiar de médico, si quiere parar el tratamiento, si quiere continuar con el tratamiento. Ese espacio lo encuentran en el Centro de Apoyo para la Atención Integral, ahí hablamos con el paciente y le ponemos enfrente todas las cartas sobre la mesa, estas son todas tus posibilidades del tratamiento, tú eliges que quieres hacer, quieres continuar, ya te cansaste, quieres seguir, cuales son las consecuencias. Toda la información para que pueda tomar esta decisión de que hacer. Esa información la dan médicos especialistas del hospital que escogemos para que les den pláticas una vez a la semana, que van rotando cada semana. También tenemos terapias creativas-expresivas, tenemos un huerto orgánico, en este huerto trabajamos verduras, trabajamos un huerto orgánico con el fin de ayudar al paciente a ver qué es lo que necesita comer, como seguir más sano y como podría desarrollar este huerto en su casa y de esa manera ayudar a su propia economía. Todo eso es parte de lo que hacemos.

Además tenemos un servicio de acupuntura, es un convenio que hicimos con el Instituto Politécnico Nacional y trabajamos ahí con los pacientes o familiares que necesitan de este servicio, ¿con qué fin?, no con el fin de curar el cáncer, eso lo hace la parte biológica del hospital que son los médicos especialistas, sino para combatir los síntomas de el paciente con cáncer. Sabemos que las quimioterapias, las radioterapias y todo el tratamiento de cáncer dan muchísimos síntomas, la fatiga, falta de sueño, ansiedad, depresión, sequedad en la boca, náuseas. Todos estos síntomas los combatimos a través de la acupuntura y a través de muchas plantas que tenemos sembradas también, por ejemplo, el jengibre que sabemos tiene un efectos muy bueno para eso.

De toda esa experiencia acumulada es que hicimos el libro que les mostraré a continuación, que fue como parte de un proyecto ya que una de las actividades que tenemos en la educación, es un taller de cocina donde se hace la alimentación basada en los alimentos que los pacientes pueden adquirir, que son alimentos muy sencillos, muy mexicanos, trabajamos ahí con ellos y se les va indicando en que momento de la enfermedad pueden comer que tipo de alimentos y en qué momento no pueden comer esos tipos de alimentos.

*Brenda Boegart*

Yo hablaré sobre un ejemplo, la epilepsia, para mostrar en un padecimiento como el contexto social es determinante. En el modelo clásico el único objetivo para la epilepsia es parar con las convulsiones, ese es el eje básico. No se debe olvidar que todo el tratamiento epiléptico tiene implicaciones y efectos secundarios y una tercera parte tiene resistencia a la medicación. Entonces cuando el médico no puede disminuir las convulsiones, el paciente pierde la confianza en los médicos y como la epilepsia no solo son las convulsiones, los pacientes buscan otros tratamientos para controlar esa otra parte, para poder convivir mejor con la epilepsia.

En mi trabajo trato de entender como los pacientes pueden vivir con epilepsia, acercándome desde la filosofía y la economía. Mi aproximación es a partir de las capacidades que fue desarrollada desde la perspectiva económica para medir la calidad de vida. Entonces esta aproximación desde las capacidades es una pregunta muy simple, ¿qué puede usted hacer o ser en lugar de lo que está haciendo que es un indicativo de lo que usted puede llegar a ser? Uno de mis referentes de filosofía en Chicago, ha ligado este concepto de capacidades al de justicia, ¿cuáles son las condiciones mínimas que permitan a una persona para ser o hacer en nuestra sociedad, que nos llevan a hacer nuestra vida humana más digna o menos digna?

Este enfoque es interesante por dos razones, las habilidades que tiene la persona para enfrentar esas opciones en su vida, de que somos capaces de ser y de hacer pero también el sentido para hacer o ser. Esto muestra que la intervención médica debe enfocarse o caracterizar al paciente pensando en lo que ese paciente puede ser capaz de ser o hacer, cuáles son sus habilidades para funcionar y los resultados que ellos esperan de esto. Varios filósofos defienden que cada persona debe ser respetada como un igual y como un fin en sí mismo no solo como un medio para otra cosa. Lo que significa esto tiene implicaciones claras en las relaciones con los demás, en esta concepción, el paciente es bueno si el médico es bueno, pero también al revés el médico es bueno si el paciente es bueno, las dos personas están involucrados en el cuidado de la atención y su seguimiento.

En caso de una enfermedad crónica como la epilepsia es necesario no solo tomar en cuenta al paciente sino también a su familia, porque la epilepsia se sufre en familia y por lo tanto la relación de cuidado tiene por lo menos tres lados y necesita ser re significado en este sentido y debe tomarse en cuenta para fines compartidos. Ahora quiero aprender de ustedes, quiero saber ¿cuál es la percepción de epilepsia en México y que implica en el encuentro técnico con los pacientes? ¿Cómo ustedes ayudan a los pacientes a ganar capacidades? Y ¿cómo ustedes como médicos se benefician de este enfoque integrativo?

*Dra. RMA*

La similitud que veo aquí es que tanto pacientes con cáncer y pacientes con epilepsia pertenecen al grupo de enfermedades crónicas y creo que tendríamos que tener el mismo acercamiento a los pacientes, también sería útil tener nuestro modelo en pacientes con epilepsia, sería muy interesante conocer este modelo basado en capacidades. Muchas gracias.

*Dr. JA*

Las colegas tienen la visión de hospitalidad e igualdad en palabras que ambas dijeron. La importancia o la necesidad de tener relaciones igualitarias y no una relación vertical impositiva, de dar la información completa y de integrar todos los aspectos de la persona. Una preocupación que yo tengo que surge de lo que ellas comentan, es que hace muchos siglos vemos críticas al modelo médico, usual tradicional, y algo que tendríamos que hacer quienes estamos en esos campos, sería buscar trabajos basados en la evidencia, esto creo que resolvería una buena cantidad de cosas porque también he visto que en esta hospitalidad y con este afán de igualdad, los pacientes a veces se quedan sin guía, debemos ser precisos en darles la información, que si opera, que no opera para que los pacientes no solo se queden con la hospitalidad, cercanía o la relación igualitaria sino que los pacientes puedan decidir con información precisa hacia donde se quieren dirigir.

A veces a los médicos se les critica por su frialdad, sin embargo esta frialdad no deriva del médico o de la actitud del médico o de una medicina, la frialdad deriva del hecho de tener una enfermedad y si uno tiene claridad que tiene con su enfermedad y uno quiere alcanzar ciertos objetivos, entonces tiene uno que tomar en cuenta la realidad de lo que es, tenemos la tendencia a negar la enfermedad y a nosotros nos ha pasado que hemos patinado en no poder precisar el diagnóstico que sirve de mucho, no poder precisar las alternativas que hay y ser muy enfocados en que la persona comprenda la información médica para que el paciente pueda tomar decisiones por supuesto en este ambiente de hospitalidad e igualdad pero sin olvidar que basado en la evidencia ya que si seguimos trabajando sin la evidencia vamos a seguir patinando sin generar grandes cambios.

*Preguntas:*

¿Todos los pacientes con cáncer entran a este lugar?, y si tiene ya evidencia de los resultados y de otro punto, muchos de esos pacientes que menciona ya multitratados con acupuntura y plantas por lo regular no son vistos bajo un enfoque médico, o al revés, llegan tratados con múltiples oncólogos y su tratamiento en cáncer no avanza. Sería interesante utilizar el abordaje endobiogénico en los pacientes con cáncer, nosotros hemos tenido unas experiencias en donde después de ver al paciente bajo este enfoque, el tratamiento del cáncer tiene un mejor efecto o hay menos efectos secundarios, yo creo que sería interesante tener una relación interinstitucional.

*RMA*

Todo paciente con cáncer que pertenezca al INCAN puede usar el CAI, y es gratuita para todos los pacientes, no está abierto al público en general. Los pacientes que van ahí, han sido referidos a nosotros y han tenido muy buenos resultados en cuanto a calidad de vida, en sentirse acompañados, integrar a la familia en este proceso. Es cierto que los tratamientos de cáncer son muy fuertes, con efectos secundarios, pero es cierto también que nosotros tratamos con todos los medios de minimizar o ayudarlos en esos efectos. Muchas de las personas que van a cancerología dicen: yo me curé con la agüita des 500 pesos cada botellín que compre en el mercado de no sé dónde, me parece muy bien, pero eso tampoco es cierto, no lo curó eso, porque también tuvo varios tratamientos de quimio, también le hicieron cirugía dentro del instituto y también ha estado en un proceso de recuperación.

Es un tema que podríamos discutir muchísimo, es un tema polémico, tiene que ver con creencias, mías también, la creencia del paciente y como se ve afectada por la alteración emocional que tiene desde el momento del diagnóstico. Es inevitable que alguien no se altere emocionalmente al momento del diagnóstico y conforme vaya pasando y sus esperanzas se apaguen, se alteren aún más y evidentemente una persona con cáncer que le ha dicho el médico ya le quito toda esperanza, recurren a lo que sea. Hemos tenido en el instituto reproducción de gorgojos no por parte de nosotros, porque dicen que eso ayuda para el cáncer que se tienen que comer 70 y ves a los pacientes se los comen vivos y se los comen a cucharadas y bueno está bien, todo el ser humano se aferra a la vida porque nadie sabe que sigue, creo que afectan muchas cosas en este proceso de enfermedad que sería interesante irlas separando y como lo hemos hablado aquí es personal como afecta esta situación de crisis en su vida.

*JC*

Me ha sido muy agradable escuchar estos testimonios, efectivamente es un trabajo muy arduo enfrentar la recuperación de un paciente con cáncer, nos percatamos también de las implicaciones que tiene y como sufre el paciente en este tipo de situaciones. Cuando me instale recién como médico me sorprendió la falta de conocimiento y de información del paciente sobre lo que tenía, hasta el punto de que no había visión del individuo, estoy encantado de ver el trabajo que hacen, especialmente el trabajo que hacen en la alimentación porque ese es un trabajo de tres veces al día, porque si nuestros pacientes están desnutridos o mal nutridos nuestros tratamientos no van a ser eficaces, es fundamental. Eso que vi me parece importante para todos los médicos que están formados en endobiogenia, sería muy interesante el colaborar con su institución, porque yo creo que la endobiogenia la va a apasionar, porque creo que hace la endobiogenia sin saberlo, y sería muy bueno compartir lo que hemos hecho aquí con nuestros colegas en México.

*RM*

Reitero la invitación a que conozcan el centro y vean lo que hacemos y de esta manera ver cómo podemos entablar una relación respecto a este tratamiento.

## El Servicio de Acupuntura

*Tania Rivera, Beatriz Barrera*

Servicio de Acupuntura, CEMI, PMI

*Eduardo Abrego*

Consultorio de Acupuntura, Centro de Salud de Santa Catarina

*Tania Rivera (TR)*

Buenas tardes, vamos a platicar un poco sobre nuestro servicio en el Programa de Medicina Integrativa, prácticamente hablar de la organización, del funcionamiento de la acupuntura de la Secretaría de Salud, principalmente en el Centro Especializado de Medicina Integrativa que forma parte del Programa de Medicina Integrativa.

Primero es importante saber que es la acupuntura y según la Norma Oficial de Acupuntura y métodos relacionados, ésta es un método terapéutico que no es medicamentoso y que consiste en la inserción de agujas estériles en el cuerpo humano en puntos específicos que además va a tener un efecto terapéutico.

Nosotros en el Servicio de Acupuntura en el PMI estamos constituidos no solo en el CEMI sino también en otras sedes alternas que nosotros conocemos como centros periféricos.

Prácticamente el programa está utilizando o echando mando de recursos médicos, en este caso somos 4 médicos especialistas en acupuntura humana, formados en el Instituto Politécnico Nacional y uno que actualmente que está cursando la especialidad en acupuntura en la Universidad Autónoma Metropolitana. Este tipo de atención se brinda entonces en dos sedes tanto en el CEMI que está ubicado en Francisco Díaz Covarrubias, pero también en el Centro de Salud de Santa Catarina que está ubicado en Tláhuac.

Actualmente este servicio cuenta con el turno matutino, estamos esperando que también podamos contar con médicos especialistas para el turno vespertino para el CEMI, pero en este momento solo contamos con el turno matutino, que inicia a las 7 am y termina a las 2 pm, y hasta el momento ese es el servicio que mayor número de consulta ha proporcionado al PMI a partir del año del 2013 hasta el 2017 se han otorgado 52, 260 consultas en este servicio y además con efectos clínicos comprobados a través de escalas de medición que se han utilizado y que se han aplicado en los expedientes clínicos de nuestro sistema electrónico.

La morbilidad dentro del CEMI incluye principalmente o como causa de consulta número uno en el servicio de acupuntura la gonartrosis, este problema de salud es muy importante, lo hemos visto ya desde hace unos años mantenerse en los primeros lugares de la morbilidad, seguido de la lumbalgia pero también tenemos problemas como son la parálisis facial, las cervicalgias, en realidad la mayor parte de la atención que proporciona el servicio de acupuntura son pacientes que van buscando ayuda por dolor. No solamente dolor del sistema músculo Esquelético sino dolor que involucre cualquiera de los sistemas orgánicos, puede ser

sistema digestivo, sistema respiratorio, enfermedades autoinmunes, enfermedades de la piel, enfermedades neurológicas y todas estas con efectos terapéuticos comprobados y no solo a través de la práctica que se realiza en el centro sino a través de evidencia clínica que se encuentra escrita en artículos y revistas médicas.

También los aspectos psicológicos como es el caso de la depresión, o en el caso de la ansiedad hemos tenido muy buenos resultados con la acupuntura y también atendemos pacientes con este tipo de patologías, enfermedades como la insuficiencia venosa periférica, la dispepsia son padecimientos que llegan a acudir también a nuestro servicio y que forman parte entre estas 10 causas de morbilidad.

La atención que nosotros brindamos es de manera simultánea a varios pacientes, nosotros la gente que conoce la atención en el CEMI se ha percatado que la atención es por grupo de pacientes, es decir nosotros atendemos de 4-6 pacientes al mismo tiempo en un determinado tiempo, que generalmente es de una hora, la atención va de los 20 minutos que tiene ya un efecto terapéutico la acupuntura o hasta 40 minutos que es lo que regularmente dura la sesión, porque además nosotros no solo utilizamos la acupuntura como recurso terapéutico sino también utilizamos algunos métodos complementarios a esta técnica como son las ventosas, la moxibustión que es el uso de este puro constituido de la planta *Artemisa vulgaris* conocida como estafiate, también utilizamos la auriculoterapia que podemos hacer con balines o con semillas, utilizamos la aguja de fuego, el acutomo y la inserción de hilos biodegradables, conocido también como inserción de catgut, estas dos últimas terapéuticas con un efecto más prolongado, en muchos casos para patologías crónicas donde la acupuntura quizá en algunos momentos pueda tener un alcance más corto y es por eso que echamos mano de estas otras terapéuticas, es decir que no solo utilizamos a la acupuntura como recurso sino que también utilizamos métodos complementarios que están descritos en la Norma Oficial Mexicana y que entonces pueden ayudar a complementar el tratamiento del paciente, hacerlo más integral y entonces apoyar de una mejor manera al estado de salud de los usuarios.

El tratamiento con acupuntura puede ser sustitutivo, puede ser Integrativa, puede ser paliativo según el caso de cada paciente, esto quiere decir que no todos los pacientes que recurren a acupuntura van a recurrir por el mismo efecto terapéutico, dependiendo el padecimiento de nuestro paciente será un efecto distinto el que ofrezca la acupuntura. Tenemos pacientes que van con cáncer terminal para el control del dolor y evidentemente en estos casos la acupuntura tiene un efecto paliativo pero hay pacientes en donde su patología requiere forzosamente del tratamiento base, que sea el tratamiento farmacológico en algunos casos por ejemplo los pacientes con epilepsia, los pacientes con diabetes, con hipertensión, donde la acupuntura forma parte de un tratamiento integral, es decir no quitamos el tratamiento farmacológico sino que agregamos la acupuntura para buscar un mejor efecto ya sea del fármaco o tener menos recidas o exacerbaciones del problema de salud del paciente y en algunos casos podemos usar la acupuntura como un tratamiento sustitutivo por ejemplo en el caso de la depresión, la ansiedad, la dispepsia o enfermedades gastrointestinales en donde podemos quitar tratamientos farmacológicos y dejar únicamente el tratamiento con



acupuntura, teniendo un buen efecto sin que corra riesgos el paciente y que encontremos una mejoría notoria en su estado de salud.

Las sesiones de acupuntura o las sesiones de tratamiento normalmente son 10, esto descrito por la Norma oficial mexicana sin embargo los pacientes que requieran más de este número de sesiones se les continúa el tratamiento, pero como el efecto de la acupuntura es acumulativo, entonces las sesiones se espacian y en lugar de ver a los pacientes de forma secuencial cada semana, podemos llegar a verlos hasta una vez al mes o una vez cada dos meses, esto será de acuerdo a la valoración que haga el médico y generalmente las sesiones duran de 40 minutos a una hora de tratamiento siendo realmente 20 minutos suficiente para conseguir un efecto terapéutico en estos pacientes con esta técnica.

Específicamente en el CEMI el abordaje de los pacientes es individualizado, cuando un paciente acude por primera vez a nuestro servicio se le da un tiempo de una hora para su atención y es exclusivo para ese paciente que llega de primera vez. Nosotros durante ese tiempo atendemos al paciente haciendo un procedimiento específico. Estos pacientes llegan a nuestro servicio referidos del filtro médico que se encuentra en el centro. Este centro médico está manejado por médicos que están capacitados para entonces poder diagnosticar, poder determinar a qué tipo de servicio es conveniente por el tipo de patología guiarlo. Es decir, el paciente llega por primera vez se le hace una entrevista médica con un médico y este médico determina si este paciente debe ir al servicio de acupuntura, al de homeopatía o al de fitoterapia y cuando este paciente ha sido canalizado al servicio de acupuntura entonces se le hace sus programaciones y se le abre un expediente clínico. Cuando nosotros atendemos a estos pacientes en esta consulta de primera vez es cuando realizamos una historia clínica completa, esta historia clínica está basada en la norma oficial del expediente, es decir que cumple con los requisitos necesarios, tienen las mismas historias clínicas que realiza el médico alópata o el médico especialista. Se hace el interrogatorio, la exploración física y se aplica o se describe un diagnóstico y un tratamiento, pero aparte de este expediente, nosotros solicitamos datos que son específicos de nuestra terapéutica, entonces nosotros recurrimos a considerar, signos y síntomas específicos del paciente, para hacer un diagnóstico individualizado, puede llegar un paciente con una misma patología, podemos tener a dos pacientes con una migraña sin embargo cuando nosotros hacemos el interrogatorio dirigido de acuerdo a las bases y fundamentos de la Medicina Tradicional China, esos dos pacientes que tienen el mismo diagnóstico de migraña, podrían tener un diagnóstico distinto en el contexto de la Medicina Tradicional China y eso hace que elijamos un tratamiento distinto con fórmulas de acupuntura diferentes para cada uno, es por eso que el tratamiento con acupuntura debe ser individualizado.

Estos aspectos filosóficos en los que nos basamos para estos diagnósticos son la teoría del ying y el yang, los 5 Elementos, los órganos y las vísceras, los canales, la punología, la diferenciación sindrómica, el diagnóstico por pulso y el diagnóstico por lengua. Algunas de las personas que han acudido se han percatado que en algunas ocasiones nosotros les pedimos tomarles el pulso u observarles la lengua, porque a través de estos dos métodos también complementamos el diagnóstico. Entonces nosotros tenemos que individualizar a

todos los pacientes para establecer una meta terapéutica correcta para ese paciente y seleccionar adecuadamente los puntos de acupuntura a tratar para la mejoría de los signos y síntomas y la enfermedad del paciente de forma individual y personalizada. Por eso no existen fórmulas de puntos de acupuntura y por eso es muy complicado que se pueda enseñar la acupuntura para una patología específicamente porque básicamente la patología no existe para la Medicina Tradicional China, es individual el diagnóstico para cada uno de los pacientes.

Aparte del desempeño clínico que desarrollamos nosotros en el CEMI, también desarrollamos otras actividades como la vinculación académica y la formación de recursos, actualmente el CEMI tiene una vinculación con la Escuela Nacional de Medicina y homeopatía del Instituto Politécnico Nacional, ya que sus residentes o estudiantes de esta especialidad acuden a nuestro centro para realizar práctica clínica, porque este es un campo clínico de esta especialidad por lo tanto tenemos una vinculación con esta institución no solo con los alumnos de 4to semestre que están por terminar la especialidad, sino también alumnos de 1er semestre que van a tomar las clases teóricas de la especialidad en acupuntura y además estas instancias nos han proporcionado cursos de actualización en nuestro servicio para el personal de medicina Integrativa hasta este momento se han desarrollado dos cursos de actualización que gracias a la vinculación que existe con el IPN los médicos que formamos parte del PMI nos hemos visto beneficiados de esta actualización. También tiene otra función que es la de capacitación, nuestro programa actualmente está trabajando con médicos que se han capacitado o han ido a cursos de capacitación a China principalmente, estos cursos han sido para actualizarse tanto en aspectos de la acupuntura como en métodos relacionados y bueno esto ha sido a través de acudir a cursos a la Universidad de Medicina Tradicional China de Beijing.

Esto ha servido, para que en la actualidad nosotros estemos trabajando en capacitar personal del programa de Médico en tu Casa. Actualmente estamos terminando un curso de capacitación para los fisioterapeutas de ese programa. Esta capacitación se está proporcionando por los cuatro médicos especialistas del servicio de Acupuntura y esta capacitación tiene la finalidad de que estos fisioterapeutas puedan aplicar algunas de las técnicas más comunes y más nobles de la acupuntura en beneficio de los pacientes que están en este programa, es decir que tienen la imposibilidad de acudir a un centro de salud y entonces requieren de la atención a domicilio que en este momento se están viendo únicamente por la rehabilitación física pero que complementando con la acupuntura entonces puedan tener muchos mejores efectos terapéuticos para su estado de salud, y otra de las cosas que está haciendo el servicio de acupuntura humana a través de la responsable de la coordinación del servicio de acupuntura es participar de manera activa en la actualización de la norma oficial mexicana para la acupuntura y los métodos relacionados. Esto para nosotros es muy importantes pues en este elemento legal se basan todos los aspectos para la práctica de la acupuntura. Para nosotros es muy importante participar de manera activa dentro de la actualización de esta norma, para que el beneficio sea para todos los responsables que ejercen esta práctica médica y por supuesto en beneficio de los pacientes que acuden buscando una atención con esta terapéutica.

En los aspectos de investigación la acupuntura también se está desarrollando en el CEMI y dentro del PMI puesto que también los médicos que se encuentran en los servicios periféricos forman parte de la investigación que se desarrolló actualmente en él. Por un lado, los médicos del servicio están estudiando, están dentro de un diplomando de metodología de la investigación y desarrollando hasta este momento un protocolo de investigación para revisar el efecto coadyuvante que tiene la acupuntura en paciente diabéticos tratados con metformina y glibenclamida. Este estudio se está llevando a cabo para que en el año 2018 entonces podamos tener la práctica clínica de este estudio, y tener los resultados en el próximo año también. Es un área de investigación para proyectos de investigación de los médicos residentes de la especialidad en acupuntura que desarrollan su servicio social dentro de esta instancia y al mismo tiempo de los médicos pasantes que acuden de la escuela de homeopatía y que también en mucha de las ocasiones tienen interés en hacer proyectos de investigación en el tema de la acupuntura, todas estas investigaciones están o en proyectos escritos o en tesis de especialidad que se encuentran dentro de nuestro centro. Finalmente, estas tesis de grado principalmente en el caso de los especialistas de acupuntura pues son tesis en donde ellos tienen que practicar 480 horas de servicio comunitario, pero que además es una especialidad que está reconocida por el CONACyT y entonces esto le da una mayor validez puesto que está en el programa PNCP, lo que lo hace una especialidad con excelencia académica.

Finalmente, las perspectivas de nuestro servicio a futuro, pues es que el servicio se extienda a un turno vespertino en el CEMI pero que además esto llegue a extenderse a nuevas unidades dentro de la Secretaría de Salud, es decir que no solo se constituya en el CEMI sino que exista y empiecen a abrirse las puertas en otras sedes para que haya esta especialidad y este servicio para atención de más pacientes dentro del programa de la Secretaría. Que los médicos y que el personal que labore practicando este tratamiento dentro del programa de Médico en tu Casa sean médicos especialistas en acupuntura y que además esta actividad que estamos teniendo en la actualización de la norma oficial sirva para que haya una adecuada regulación de la práctica de la acupuntura en nuestro país. Además, mantener los vínculos académicos y de trabajo con instituciones de importancia como son la misma Secretaría de Salud, el IPN, el Colegio Mexicano de Acupuntura Humana y en algún momento también colaborar con los médicos responsables del servicio de acupuntura en el INCAN. Continuar con proyectos de investigación para que esto de bases para que haya una adecuada práctica de la acupuntura en nuestro país.

Finalmente, de los médicos del servicio que constituimos este proyecto y este programa es un orgullo para nosotros, para todo el equipo de acupunturistas del servicio formar parte de este programa que estemos dentro de las filas de esta institución que además le abre las puertas a una medicina Integrativa de alguna forma como una alternativa y que además es de utilidad para pacientes, para usuarios, para personas que quieren de este noble, efectivo y eficaz método de tratamiento. Muchas gracias.

*Beatriz Barrera (BB):*

Es muy importante para nosotros rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico, es decir nosotros con participantes en la medicina alternativa vamos a tratar de enfocar nuestras terapias en las terapias que otorgamos específicamente en el programa a manera de dar al paciente un poco de lo mucho que se ha hablado aquí, un enfoque Integrativo que apoye al paciente no solamente en la etapa física, sino también emocional y algunas veces hasta espiritual.

La integración de la medicina alternativa al sistema de salud se presenta actualmente como un fuerte candidato para enfrentar el creciente encarecimiento de la medicina occidental, en el caso específico de la acupuntura humana tenemos que es una terapia muy económica, muy accesible y ahorita que veamos más adelante los resultados tiene un impacto muy fuerte en la salud de los pacientes y a un costo bastante bajo, entonces esto permite que la población tenga un acceso a una atención médica de calidad y eficacia y además que sea comprobada e instaurada y que aparte de esto es milenaria, entonces ¿cuál es el objetivo principal? Pues mejorar el estado de salud de la población pero también, tenemos aquí una situación muy importante, como ya estamos inmersos en el sistema de salud nosotros como acupunturistas como médicos complementarios, como Fito terapeutas, como homeópatas, necesitamos instaurar herramientas de evaluación que certifiquen la eficacia terapéutica con la cual se determina el desempeño de una institución que ofrece atención médica. No es porque dejemos de ser homeópatas, acupunturistas o hagamos la medicina despersonalizada más bien es para ayudar a que estas terapias se integren al sistema de salud y que tengan todos los instrumentos necesarios para sustentar el efecto, la utilidad y sobre todo la efectividad.

Entonces, ¿qué pasa en México? Lo que ya se comentó desde hace algunas ponencias, pues ya tenemos instituciones que actualmente están apoyando la práctica y la formación de la acupuntura humana y que la están institucionalizando que además son de gran apoyo para promover el uso y la normatividad de ésta. En este sentido tenemos que la acupuntura humana es un procedimiento terapéutico que va a constituir una actividad auxiliar en la práctica médica en general. La OMS la reconoce como una terapéutica de amplia utilidad en el tratamiento de enfermedades, en México los que no sabían, la Secretaría de Salud desde hace algunos años y particularmente el gobierno del Distrito Federal que se encarga de revisar, normar y promover la práctica de la acupuntura humana y de la medicina complementaria. Esto ya se presentó, pero nada más retomando, el servicio de acupuntura es una parte del PMI, aquí aplicamos unas cédulas de evaluación que a continuación les voy a presentar.

Se aplicaron en los tres consultorios de acupuntura y en total se aplicó un total de 165 cédulas distribuidas en los tres servicios en diferentes patologías. Antes de entrar de lleno a la parte de las cédulas, aquí yo les puse el perfil de acceso y los motivos por los que buscan atención en el PMI, tenemos dos gráficas comparativas, la de morbilidad del 2014 y la del 2016 y sigue siendo dentro de las patologías más frecuentes la diabetes mellitus, la obesidad, la hipertensión, la gonartrosis, dolor lumbar, parálisis facial pero actualmente vemos que en las estadísticas reportadas ya no aparece la obesidad. Esta gráfica se las puse para analizar cómo se ha ido proyectando el programa, no es que actualmente ya no atendamos obesidad, sino

que hemos ido afinando desde la parte del filtro y de la consulta de primera atención hemos ido haciendo un abordaje más Integrativo a medida de referir a los pacientes de una manera más adecuada y tratarlos de una manera integral.

En este sentido tenemos que los pacientes que han entrado a los servicios ya sea acupuntura, fitoterapia u homeopatía han tenido un nivel de respuesta al tratamiento muy alta y algunos únicamente han usado estas terapias como único tratamiento real efectivo. Estas estadísticas fueron evaluadas en el año del 2016 actualmente no se le dió continuidad a estas evaluaciones, pero si hicimos otras que son las que les voy a presentar. ¿Cuál es la percepción de la eficacia terapéutica y a su vez la presencia de efectos adversos? Tenemos que la mayoría de los pacientes durante todo su tratamiento, en una sola ocasión presentaron efectos adversos o así lo refirieron en la encuesta que se realizó. De los pacientes que fueron al tratamiento de medicina Integrativa casi nunca presentaron efectos adversos solo el 2% presentó. Sobre el tratamiento informado, casi todos los pacientes fueron informados acerca de los alcances de la terapéutica que recibieron, la percepción de eficacia terapéutica costo-mejoría, aquí se encuestó a los pacientes y casi todos refirieron que tuvieron un costo muy bajo en la aplicación o durante el trayecto de su tratamiento.

Con respecto a las cédulas de evaluación que realizamos yo les puse las gráficas comparativas de la respuesta en los diferentes servicios del CEMI y tenemos ahí una evaluación mas que es la de uro antígenos y la especialidad de acupuntura humana no es que sea la mejor sino que simplemente los pacientes cuando ingresan al filtro la mayoría de gonartrosis van orientados hacia el servicio de acupuntura y cabe destacar que en esta patología en particular tenemos un gran efecto terapéutico porque los pacientes que llegan a nuestro servicio generalmente son referidos por otra institución, son referidos hasta por ortopedia, son pacientes que ya no tienen que hacer que generalmente el sistema de salud convencional ya no tiene nada que hacer u ofrecer y son esos pacientes los que llegan referidos con nosotros.

Con respecto a la efectividad terapéutica pues tenemos que nuestro servicio tiene un porcentaje alto de efectividad, son pacientes que normalmente trabajamos en conjunto con otros servicios, particularmente homeopatía y son pacientes que el sistema convencional ya no tiene que ofrecerles o que están en la fase de apoyo psicológico o alguno están en tratamientos con psicofármacos. En la parte de depresión lo mismo, tenemos una alta efectividad terapéutica, la mayoría de los pacientes están adheridos a un tratamiento farmacológico y muchos de ellos están inclusive en fase de remisión o ya no quieren ir al psiquiatra. Ninguno de los pacientes que atendemos, los atendemos de inicio sin medicamento, sino que adherimos al paciente a nuestro sistema terapéutico que ya previamente fue explicado y posteriormente les hacemos la reducción de los fármacos.

En la parte de insuficiencia venosa, igual tenemos una efectividad terapéutica alta, estas cédulas fueron medidas con esquemas, cuestionarios y escalas apegadas a la norma oficial, se revisaron los expedientes. La efectividad terapéutica aquí no solo se basa en la acupuntura, aunque la mayoría sí estuvo adherido solamente al tratamiento con acupuntura, tenemos gran número de pacientes que utilizan otras terapias como homeopatía y fitoterapia. En la parte de

lumbalgia tenemos que el servicio de acupuntura es el único servicio dentro del PMI que recibe más hombres, y en esta patología en particular tenemos una alta efectividad terapéutica, no hacemos tantas referencias a otros servicios porque los pacientes que llegan a acupuntura con lumbalgia son referidos de ortopedia y son pacientes que el cirujano de columna, descarto la cirugía y así son los pacientes que llegan a recibir atención.

*Eduardo Abrego (EA)*

Buenas tardes, a ver si no los dormimos, porque ya estamos en el periodo postprandial, trataré de ser lo más conciso y específico y bueno voy a hablar de una de las enfermedades en donde la acupuntura se considera no como una alternativa sino como un tratamiento de primera intención y esa enfermedad es la parálisis facial.

Haré un recordatorio rápido de lo que es la parálisis, fue descrita por el Dr. Charles Bell en 1829 en donde el introdujo el concepto parálisis facial a un daño del 7mo par craneal que es el nervio facial, de etiología desconocida y de origen periférico, de comienzo por lo regular es unilateral aunque no se descarta la posibilidad de que sea bilateral y se relaciona con otros pares craneales como el nervio auditivo, el trigémino y el glossofaríngeo lo que nos puede dar diferente sintomatología, no siempre el mismo síntoma. Vamos a definir a la parálisis facial como parálisis periférica o parálisis de Bell, ya habíamos mencionado que es una lesión del séptimo par craneal y se puede considerar una lesión de tipo neurona inferior y la importancia de este nervio es que va a dar la mayor innervación a los músculos faciales que son los que nos van a dar la expresión facial y a través de unas conexiones que tiene también nos va a dar la sensibilidad de los dos tercios anteriores de la lengua. Voy a ir hablando tanto del concepto de la medicina moderna y como lo vemos dentro de la Medicina Tradicional China.

Tenemos que la parálisis facial para la Medicina China se considera como un estancamiento de canales colaterales en la región facial y para que exista esta patología tenemos que tener tres condiciones: la energía patógena sea viento frío, todos hemos escuchado que una de las causas de la parálisis facial era, estaba en un lugar caliente y cambias a un lugar con clima y frío y de ahí viene, el otro factor es que afecte los canales Yang ming tanto de la mano y el pie porque estos canales tienen el mayor recorrido a través de lo que es la región facial, aquí vemos el canal de estómago que es el de la línea amarilla que abarca casi toda la región facial y el canal del intestino grueso, entonces mucha de la sintomatología que vamos a ver dentro de la parálisis facial va a estar ubicada en esa zona, y la otra que ya han mencionado los médicos anteriores es que haya una deficiencia del factor anti patógeno, a lo que nos referimos es que todos podemos recibir el viento frío, podemos estar expuestos al mismo clima, pueden estar afectados los canales que ya hablamos pero no todos vamos a presentar la patología y eso se va a deber a las condiciones de defensa que tiene cada individuo. Si un individuo no ha dormido bien, tiene alguna deficiencia por alguna enfermedad es más probable que presente esta patología a un individuo que está sano, que come bien y que duerme bien.

Dentro de la epidemiología tenemos que es una enfermedad frecuente, se presenta entre 12.5 y 42 casos por cada 100 mil habitantes, tiene un predominio de edad entre 15 y 50 años, sin embargo, hemos atendido a pacientes desde 12-13 años hasta ya pacientes por arriba de esta edad y en ambos sexos se considera de la misma incidencia. En las unidades de rehabilitación aquí en México, ocupa un lugar dentro de las 10 primeras causas de atención. Otros factores predisponentes de esta enfermedad, son las personas embarazadas, los ancianos, personas que tienen diabetes o hipertensión, problemas de hipotiroidismo, enfermedades respiratorias constantes o a los que están sometidos a cambios bruscos de temperatura.

La etiología es idiopática, pero hay algunos factores que se pueden relacionar, la presencia de virus en general, un cambio súbito de temperatura, enfermedades autoinmunes que ataquen al sistema nervioso y algunos procesos ya más locales como accidentes o traumatismo en la región. Dentro de la medicina china se encuentran otros factores predisponentes como el estrés o enfermedad desmielinizante inflamatoria, tumores o procesos iatrogénicos principalmente en servicios dentales.

Se han encontrado dentro de algunos estudios patologías muy relacionadas como la diabetes, hipertensión, traumatismos, toxinas, la Enfermedad de Lyme, el Síndrome de Guillian- Barré, miastenia y embarazos, todas estas enfermedades se han visto que pueden llegar a provocar procesos inflamatorios en la zona facial que pueden estar comprimiendo el nervio y es lo que nos va a dar la enfermedad.

Dentro de la Medicina Tradicional China ya habíamos mencionado que la etiología se va a dar cuando hay una deficiencia de la sangre y la energía lo que va a permitir que los factores patógenos como el viento frío invadan los canales colaterales y de ahí venga la manifestación de la parálisis facial. Para esto es importa mencionar las funciones del nervio facial que se considera un nervio mixto con una de sus principales funciones es la motora, pero también es sensitivo con funciones simpáticas y parasimpáticas, esto va a actuar a nivel de las glándulas secretoras, tanto salivales como las lacrimales, el principal daño va a ser a nivel motor, ojo seco, lagrimeo excesivo, boca seca o babeo.

Existen grados de lesión del nervio en general, tenemos una neuropraxia en donde va a existir un bloqueo fisiológico, la conducción va a estar inhibida sin embargo la estructura del nervio va a estar íntegra, tenemos la psonomnesis, que va a persistir la conducción del nervio sin embargo puede ocurrir una degeneración de los axones, en estas dos etapas es importante la aplicación de la acupuntura porque vamos a evitar una lesión del nervio que nos produzca una secuela y tenemos la última etapa de la lesión que sería una neuroamnesis en donde vamos a tener una sección completa del nervio, no existiendo la posibilidad de una recuperación espontánea. Aquí tenemos una ejemplificación, aquí tenemos una neuropraxia en donde vamos a tener un proceso viral, al momento que hay un proceso viral cercano al nervio o alguna tumoración vamos a suponer que en esta zona haya un edema o una inflamación, ese líquido que va a estar comprimiendo las células de Schwann y va a estar dificultando la conducción nerviosa lo bueno va a dar la expresión de la parálisis facial, sin embargo al momento que yo quito el edema o inflamación sobre esta zona, todo se puede

regenerar, esto tiene una duración de 15-20 días. Si en esos días yo aplico el efecto acupuntural para desinflamar el edema, yo voy a tener la recuperación del paciente, pero cuando ya hay una cromatolisis de la célula de Schwann sin embargo el axón va a estar todavía íntegro, esto podemos intervenir en acupuntura igual, quitando el proceso inflamatorio y la mielina puede ir regenerando, ya no ocurre así cuando se daña el axón.

Dentro de los síntomas de la parálisis facial, tanto en la medicina china como en la medicina moderna se manifiestan de la misma manera, sin embargo, en la medicina china varía según al síndrome que nosotros vayamos a describir. En la medicina moderna te manejan a todos como en general, los principales síntomas serían dolor en la región retro auricular, la región mandibular, problemas de tinnitus que es un zumbido, dolor de cabeza, alteraciones del sabor, hipersensibilidad auditiva, epifora, imposibilidad para soplar o aspirar, una desviación de la hemicara en general, falta de movilidad. Dentro de los signos va a haber tracción de la musculatura en el segmento sano, entonces el segmento sano va a verse exagerado por la flacidez del lado contrario. Vamos a tener borramiento de las arrugas en el lado afectado, lagooftalmos y un signo de Bell que es cuando yo trato de cerrar el párpado y no me cierra, lo que voy a ver es la escalera.

De acuerdo a la parálisis en la medicina china se clasifican de la siguiente forma, tenemos la invasión de la energía patógena viento, que ya hemos visto que es una de las principales causas, otro síndrome sería por movimiento interno del viento del hígado, el estancamiento de energía de hígado y una deficiencia de sangre y energía de hígado y de acuerdo a nosotros en esta clasificación hay puntos que son extras que nos van a ayudar a combatir esta patología. Vamos a tener estas etapas de ella parálisis facial y de eso va a depender nuestra intervención en la acupuntura. Vamos a tener la etapa prodrómica que dura 24 horas y se va a caracterizar con síntomas que no son específicos como el dolor retroauricular, un problema de lagrimeo adormecimientos de la cara, la fase de instauración donde ya tenemos francamente la parálisis y esta viene entre las 24-48 horas, tenemos el periodo de recuperación.

El cuerpo tiene la capacidad de sanación automáticamente, muchas veces sin hacerles nada los pacientes pueden evolucionar a la mejoría en un 60-80%, sin embargo, si actuamos con prontitud podemos evitar las secuelas de la parálisis y si se ha observado que con la acupuntura podemos alcanzar el 100% de la mejoría y por eso se puede considerar la acupuntura como un tratamiento y no como una alternativa en esta patología principalmente. El último periodo es el de secuela que ocurre después de los 6 meses en donde el organismo ya no puede repararse como tal y por lo regular siempre va a ocurrir un acortamiento muscular o sensación de tracciones o tics que eso los puede presentar incluso aunque el paciente ya ni los sienta, o sea, tú le puedes decir al paciente con parálisis que le está brincando, pero el ya no lo manifiesta. El fin es tratar de no llegar a esta etapa. En esta etapa vamos a presentar dos características principales una de ellas serían las sincinesias que son lesiones, cuando uno hace un movimiento, otro músculo por el periodo de inflamación que ya tiene se mueve en conjunto, el más común es que cuando el paciente abre la boca se cierra automáticamente el ojo y el otro síntoma son los espasmos musculares.



El tratamiento por la medicina moderna, según las guías de práctica clínica constituye el uso de los esteroides, para quitar la inflamación y evitar la degeneración del nervio, sin embargo dar esteroides de manera prolongada puede producir efectos secundarios, otro medicamento que podemos utilizar y que va muy encaminado a la causa es el uso de anti virales como el Aciclovir y el cromoglicato de sodio, también mencionan el complejo B como regulador nervioso, sin embargo aquí hay una nota importante y que dentro de la Guía de Práctica Clínica se menciona, que se me hizo de mucho interés, que aunque no lo manejan como acupuntura, ellos manejan la fisioterapia, sin embargo cuando nosotros ya entramos un poco en la materia de la fisioterapia, ellos también a la hora de manipulación con masaje trabajan con canales de acupuntura y en esta mismo tratamiento inconsciente o conscientemente se estimula la liberación de sustancias hacemos que sea un poquito mayor la respuesta. Como ya habíamos mencionado, como único defecto que como acupunturistas vemos es que el uso prolongado de esteroides puede producir reacciones adversas. Elevar la presión arterial, trastornos degenerativos como osteoporosis, reacciones acneiformes, alteraciones en el metabolismo de la glucosa entre otros. El pronóstico que ellos manifiestan es una mejora en un 60-80% de los casos, sin embargo, en acupuntura se ha demostrado que tenemos un 15 % más de efectividad sin tener el riesgo de presentar efectos colaterales.

Dentro de la medicina china se considera que el tratamiento es inocuo, los únicos problemas que podemos provocar en el paciente, es la presencia de un moretón, y la presencia de dolor al momento de insertar la aguja o que se lleve dolor después el paciente. El dolor tiende a desaparecer después de dos días a dos semanas. Produce un alivio y una mejora más rápida y la misma. El objetivo del tratamiento según la medicina china es liberar de la superficie y liberar el viento frío, regenerar y tonificar la sangre del hígado, favorecer el proceso depurativo de hígado y drenar los canales colaterales.

Nosotros cuando hablamos de parálisis facial pensamos que el tratamiento solo va a ser en la región facial, sin embargo, también se les explica que también tenemos otras vías en donde tenemos que puncionar para tener un efecto de acuerdo a lo que nosotros vamos a tratar. Se propone la punción de varios canales, estómago, vejiga, intestino grueso, intestino delgado y vesícula biliar que por lo regular los trayectos pueden ir desde piernas y manos hacia lo que es la región facial. Existen varios puntos que podemos tener, pero eso va a ser a partir del síndrome detectado de manera individual en el paciente a tratar. En algunos estudios a veces no se hace la diferenciación sindromática sino nada más se trata como una estandarización, me imagino que es por las mismas características del estudio donde debe de haber la misma técnica o el mismo método para que sea viable o sea aceptable el tratamiento o la valoración estadística. Casi todos los puntos que vamos a poner pues van a coincidir sobre las zonas que son afectadas.

Existen varios estudios, éste en particular me pareció interesante porque compara el uso de los esteroides con el tratamiento acupuntura en la parálisis facial, en este estudio se utilizó a 170 pacientes de ambos sexos de 15-55 años dividiendo de manera aleatoria el porcentaje y aplicando por 10 días tratamiento acupunturista y a los otros esteroides, teniendo como

resultados que la mayor cantidad de pacientes con Parálisis de Bell entre 15-35 años, los que se trataron con tratamiento acupuntura durante los primeros 20 días, tuvieron una mayor recuperación de la función motora, los que tuvieron o que fueron tratados con el grupo de esteroides si tuvieron una recuperación similar sin embargo el proceso fue a partir de los 20 días de tratamiento, el tratamiento utilizado fueron 10 días de esteroides con disminución gradual del mismo. Concluye el estudio que los esteroides tienen mayor número de complicaciones y de reacciones adversas ya que en este estudio 23 pacientes abandonaron el tratamiento por los efectos que fueron gastritis, elevación de la presión, descontrol de la glucosa en sangre, la mayoría de los pacientes recuperados en los primeros 20 días, los tratados con acupuntura fueron 43 y solo 11 con esteroide. Esto le da una respuesta del 15.6% mayor que al tratamiento con esteroides.

En el centro de Salud de Santa Catarina que realmente fueron más pacientes pero no tuve forma de ingresarlos al estudio como tal, solo hice un análisis de los pacientes tratados desde el 2016 al 2017 tratados con diagnóstico de parálisis facial, tuvimos 22 pacientes con 47.82% de pacientes que eran hombres y 24 pacientes mujeres que corresponde al 52.8%, obviamente es más porque la mujer es la que va más al centro de salud a tratarse porque yo supe de varios pacientes que los hombres por lo regular no van a las consultas por falta de tiempo, trabajo o porque les dan miedo las agujas. Entonces la distribución hay un mayor porcentaje de 40-49 años de edad y los hombres igual, y nos damos cuenta que en general la fecha de presentación es de los 30 a los 59 años de edad como lo habíamos mencionado en la epidemiología. Dentro de los pacientes los síntomas principales el que apareció con mayor frecuencia fue el dolor retro auricular, seguido por parestesias y muchos presentaron síntomas de cuadro gripal y solo 4 nos manifestaron que no tuvieron síntomas. Los diagnósticos asociados en mujeres el más importante en nueve de ellas tuvieron hipertensión y diabetes y en los hombres hipertensión y dislipidemias, y solo 8 pacientes no tenían enfermedades asociadas al cuadro de parálisis facial.

Esta es una gráfica de los pacientes que me llegaron al centro de salud tratados previamente, la mayoría, casi todos antes de acudir al servicio de acupuntura ya fueron al médico y fueron tratados con complejo B, desinflamatorios, gotas oftálmicas y prednisona y solo 5 sin tratamiento. Los pacientes que fueron tratados durante el primer mes desde su padecimiento su mejoría fue mayor, un total de 21 pacientes, los que tenían más de 31 días si tuvieron mejoría, en este caso fueron 13 pacientes, 5 pacientes no terminaron el tratamiento y 7 de los pacientes tuvieron secuelas. Existen pacientes que nos alegró mucho su mejoría como el de esta foto, que además de la parálisis facial tenía dañado también el 6to par craneal y ya un neurólogo especialista le había dicho que iba a quedar como secuela de su enfermedad sin embargo pudo mejorar mucho con la acupuntura. Esta otra paciente tuvo muchos efectos secundarios por los esteroides, subió de peso, cuadro depresivo, problemas gástricos, el tratamiento con ella empezó a los dos meses por lo que fue más difícil sin embargo tuvo una respuesta favorable a como llego al centro de salud y este último paciente lo pongo porque nosotros como médicos lo que debemos buscar es el apego al tratamiento, adquirir su confianza, este paciente era hipertenso de 3 años pero no tomaba el medicamento porque decía que el médico que lo había diagnosticado no lo trataba bien, que se había equivocado de

diagnóstico, llego al consultorio con 150/100 de presión sin síntomas, lo empezamos a tratar con acupuntura y su anti hipertensivo, la parálisis facial empezó a mejorar automáticamente y eso sería todo de mi parte.

### Intervenciones, preguntas y comentarios

*Participante:*

Buenos días, soy Omar, soy licenciado en enfermería del centro de salud Estrada y bueno llevo el programa de crónicos, me llamó mucho la atención y mi pregunta sería, dónde se encuentran estos filtros para enviar pacientes o que elementos se necesitan para enviarlos o para hacer la referencia o como es que los aceptan porque bueno se está viendo que se pueden tener grandes efectos y beneficios para el paciente entonces esa sería mi duda, y la otra es cuál es la norma oficial para poder asentar todo esto.

TR

La norma oficial es la 017 es la norma para la regulación de la acupuntura y métodos relacionados y en el caso del filtro médico se encuentra en el CEMI, la dirección está aquí Francisco Díaz Covarrubias número 23 en la Col. San Rafael. El filtro médico funciona en un horario de 8 a 12 del día, si ustedes pueden hacer un documento de referencia es mucho mejor y más fácil tanto para el médico que está en el filtro como para el médico que recibe al paciente, porque ya viene descrito el historial del paciente. Pero si no pudieran hacer esa referencia, el paciente puede llegar a estas instalaciones, solo que ahí el médico lo va a interrogar y él va a decidir a qué servicio, por eso si quieren enviarlo específicamente a acupuntura si sería mucho mejor llegar con hoja de referencia dirigido directamente a acupuntura, pero el servicio de filtro está dentro de las instalaciones del CEMI.

*Participante:*

Doctora felicidades por esa ponencia, yo les voy a comentar soy api-terapeuta egresado de la Universidad de Chapingo y estoy tratando igual los mismo meridianos de acupuntura pero con abejas, ya lo estoy haciendo y bueno a mi lo que me gustaría en lo personal me gustaría especializarme más en acupuntura para hacer más cosas, no sé si haya la posibilidad porque como no soy médico, yo pudiera estudiar una especialidad o algo ahí en el centro, yo soy ingeniero y soy api terapeuta, entonces hasta donde se pudiera, quisiera que me contestara porque quiero enriquecer mis conocimientos, yo he estado trabajando con productos de la abeja y da muy buen resultado.

TR

Yo no conozco la apicultura, pero me imagino el efecto debe ser muy parecido al de la acupuntura de alguna forma aplicado en los canales de acupuntura porque por el mecanismo de acción que tiene al momento de insertar la aguja en el cuerpo, en la actualidad el curso que damos de capacitación es para los fisioterapeutas del programa de Médico en tu casa, lo ideal es que el curso sea de actualización para médicos especialistas en acupuntura que ingresen al programa de Médico en tus casa, y actualmente la especialidad en acupuntura se encuentra en el IPN, pero el perfil es para médicos con cédula profesional, sin embargo existe la Asociación Mexicana para Médicos en Acupuntura que se encuentra en la colonia Escandón y ahí existen

cursos de acupuntura o diplomados. Hasta este momento en la norma oficial mexicana se describe quienes son los responsables de aplicar la acupuntura y lo que estamos observando es que quienes pueden aplicar acupuntura en nuestro país son los médicos especialistas con cédula profesional, los licenciados en acupuntura y rehabilitación que son los egresados de la Universidad de Ecatepec todo el demás personal que aplique acupuntura es considerado con un cierto régimen de estudio como un técnico en acupuntura y este técnico puede laborar siempre y cuando trabaje bajo la supervisión de un médico especialista en acupuntura.

*Participante:*

Buenas tardes, en tiempos del Dr. Omaña se propuso que se dieran pláticas a los pacientes de los cuales yo nunca me he enterado si dio pláticas o no, a mí me interesaría que, si se reanudaran esas pláticas para pacientes no con especialidad ni con doctorada, solo para que el paciente o el familiar del paciente ayude al paciente a su terapia, a mí me gustaría mucho que tomara esto en cuenta, si alguna vez le propuse una cosa que exagere le ofrezco disculpa y que retome ese punto.

TR

El programa que nosotros describimos para los pacientes y para familiares está planteado, existe, es un curso que tiene como fundamento la morbilidad de nuestra consulta y es con la intención de proporcionar la información de la patología, de la forma en que nosotros los especialistas podemos tratar al paciente y en la forma en la que ustedes pueden seguir trabajando en su estado de salud desde su casa, lo vamos a retomar con el doctor para entonces poder plantearlo para el siguiente año poder trabajar con esto.

*Participante:*

Buenas tardes, quería hacerle una pregunta, ¿cómo integra acupuntura a los servicios de homeopatía y fitoterapia?

TR

Nosotros tenemos un esquema en donde encontramos muchas similitudes con las otras dos especialidades; desde mi perspectiva y la perspectiva de mis compañeros especialistas en acupuntura nos es más sencillo entender en el perfil en el que estudia la fitoterapia a su paciente y la forma en la homeopatía estudia a su paciente también, tenemos un esquema de trabajo y de plantear la patología y la integración que hace más sencillo e incluso hemos trabajado con los dos coordinadores del servicio la relación que existe de la acupuntura con su servicio en determinadas patologías. Hicimos un trabajo con climaterio con el Dr. Pujol y de reflujo gastroesofágico con el Dr. Morán haciendo una relación de la visión de la Medicina Tradicional China con la visión de la endobiogenia en el caso del climaterio y con la visión de la homeopatía en el caso de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Creo que eso es algo que tenemos que seguir trabajando en el centro para beneficio del paciente y que no amontonemos y más que hacer una medicina amontonativa hagamos realmente algo integrativo en el paciente, que no vayamos cada quien por su lado tratando al paciente con su terapéutica sin conocer lo que está haciendo el otro médico. Creo que hay mucha facilidad, al menos en el caso de la acupuntura tiene esta facilidad de hacer un puenteo con las dos áreas, y

creo que al mismo tiempo se podrían trabajar también la homeopatía y la fitoterapia. Creo que es un área que todavía tenemos que seguir trabajando en el programa pero que se puede hacer porque ya lo planteamos, porque ya tenemos trabajos elaborados con los dos coordinadores, creo que podemos seguirlo haciendo.

En mi caso personal cuando yo hago esto en muchos de los casos de los pacientes a la hora de revisar los expedientes me fijo principalmente en la sintomatología, porque esa sintomatología que describe el otro médico por ejemplo en la fitoterapia yo tomo también esos signos y síntomas para yo hacer mi análisis y entonces complementar, lo que nos hace falta es relacionar los puntos de acupuntura con algunos de los efectos de las plantas medicinales y con algunos medicamentos homeopáticos que si se puede hacer y ahí realmente estaremos integrando las medicinas.

*Participante:*

Yo la felicito porque ha sido muy tenaz en el trabajo que se hace en el CEMI, nosotros tenemos mucha población adulta, más mujeres que hombres pero en el caso de niños de que edad a que edad se pueden atender, en que caso es recomendable sugerirles la atención de acupuntura porque igual hay muchos pacientes que ya están tratados con ustedes pero igual tienen muchas preocupaciones con los adolescentes y niños, tienen a veces conductas entre comillas, difíciles de tratar en medicina convencional, y las escuelas también es difícil que los ubiquen en qué tipo de atención pudieran tener, aunque a veces es parte de la misma dinámica familiar pero hay padecimientos ustedes podrían participar. ¿Cómo en cuales sería?

TR

En el caso de la acupuntura, realmente se puede aplicar en pacientes desde los tres meses de edad no hay ningún problema, la inserción de las agujas cuando está bien capacitado el personal no hay ningún problema en que sea un individuo de esta edad, el punto con la acupuntura en el caso de los niños no es que no funcione o tenga un efecto colateral es más bien que los niños le tienen miedo a las agujas, esa es la dificultad real, nosotros en el servicio, al menos yo he atendido a niños de 4 y 5 años que como no se conflictúan con las agujas el tratamiento lo reciben bien y además son los pacientes que más rápido responden, yo considero que tiene muy buen efecto, podemos recibir a los niños, sin embargo creo que es un poco traumático, es por eso que en muchas ocasiones se ha tomado la decisión de enviarlos al servicio de homeopatía que es más benévolo, más fácil para los niños incluso apegarse al tratamiento porque evidentemente es más fácil que le des un glóbulo dulce a que le pongas una aguja de acupuntura, pero el efecto terapéutico es en todas las edades y no tienen efectos secundarios más fuertes en los niños que en un adulto, al contrario son los que mejor responden, pero más bien creo que se ha formado este marco de pensar que los niños no sobre todo pensando en que es más bien el miedo a las agujas, pero se pueden recibir a los niños de cualquier edad en nuestro servicio con muy buenos efectos, además porque para paciente con crisis convulsivas, pacientes con parálisis cerebral infantil, son pacientes que tienen muy buenos efectos, o pacientes que tienen distrofias musculares, creo que es un servicio que puede recurrir la población completa sin importar la edad o los padecimientos, se pueden tratar a la mayoría, todos pueden ser tratados con acupuntura y como lo dijimos

cada patología va a tener un tipo de pronóstico, eso lo establece el médico y se platica con el paciente y sus familiares.

*Pregunta:*

¿Por qué la lumbalgia se presenta más en los hombres’

BB

No se presenta más en los hombres, más bien lo que quise decir es que realmente esa es la única patología en la que el motivo de atención lo solicitan más los hombres. Alguna otra pregunta. Muchas gracias.

## Conversatorio 7

### Perspectivas del Programa de Medicina Integrativa

*Adalberto Orozco Navarro, Manuel Chávez Ángeles, Paul Hersch Martínez*

Introducción:

*Ángel González (AG)*

En el transcurso de las sesiones se han visto diferentes aspectos de carácter médico, de carácter clínico, de carácter filosófico, de carácter antropológico y hace unas horas se planteó una evaluación general del programa desde la perspectiva de un modelo de atención diferente. Esta evaluación señala que hay muchas fortalezas positivas del programa, entre ellas que se está realizando una atención médica diferente no solo por las especialidades nuevas que se incorporan sino también por la filosofía y la perspectiva que tiene detrás, que es, la atención personalizada, tratamientos individualizados, la consideración de los aspectos psico emocionales de los pacientes, el reconocimiento de su contexto social como determinante tanto de su enfermedad como de la manera que tiene de aprehenderlas. Este modelo de atención es realmente innovador en los servicios de salud pública del Distrito Federal, y al ser innovador, este programa tiene retos diferentes a la atención médica convencional estandarizada, perfectamente regulada, que sistemáticamente se aplican en las unidades de salud.

Es por eso que mantener este programa, implica la necesidad de fortalecerlo, en función que sus evaluaciones y la expresión de los pacientes, que en la actualidad indican más fortalezas que debilidades. En ese sentido es que tenemos que identificar tanto aspectos a fortalecer como riesgos que tiene el programa. Reitero que tiene una cantidad de esfuerzo increíble de médicos, enfermeras, trabajo social, de promotores de la salud, que han hecho en los últimos 6 años, una dinámica para algunos de ellos no acostumbrada: capacitación, integración con la comunidad, busca de espacios de colaboración, de abasto de sus propios recursos para poder ofrecer este tipo de atención. Tenemos que visualizar los riesgos para ir creando una situación que permita consolidar y reproducir el modelo.

Con este antecedente, les presento al Dr. Manuel Chávez Ángeles, que es el director de la jurisdicción sanitaria de Cuauhtémoc, él es un experto maestro en salud pública, con una amplia

experiencia en operación de los servicios, con una inquietud permanente de favorecer los procesos de capacitación del personal de salud. El Dr. Chávez es una persona idónea para poder fortalecer esas actividades de atención innovadoras. El Dr. Adalberto Orozco, seguro ya lo conocen, él es egresado del Instituto Politécnico Nacional, médico cirujano y partero, con una experiencia amplia en atención clínica de primer nivel y que históricamente ha estado ligado a este proceso del programa. Les doy como antecedente que él fue uno de los miembros del equipo que, en 1997 en la asamblea legislativa, promovió a través de foros de consulta y cambios legislativos la incorporación en la Ley de Salud del Distrito Federal este tipo de modelos de atención. Él formaba parte destacada de este equipo e hizo trabajos muy interesantes de vinculación con grupos sociales y grupos de atención médica. Desde 1997 está trabajando con este tema, además de tener amplio reconocimiento por su trabajo clínico por los pacientes, una persona excelente el Dr. Adalberto Orozco.

El Dr. Paul Hersch no necesita presentación, es un personaje distinguido a nivel académico dentro del Instituto Nacional de Antropología e Historia, es investigador de alto nivel SNI II, es una persona de formación en licenciatura de médico cirujano con maestría y doctorado en áreas antropológicas. Sus temas de investigación se realizan como parte del Programa de Actores Sociales de la Flora Medicinal en México que rescatan la experiencia de este tipo de prácticas tradicionales de atención médica, además es el primer experto en el país en fitoterapia y endobiogenia. Sin él, todo lo que han visto del programa no hubiera sido posible, entonces el Dr. Paul Hersch también nos acompaña en este conversatorio.

*Dr. Adalberto Orozco (AO)*

Los antecedentes del Programa de Medicina Integrativa se remontan al año de 1998 cuando la Ciudad de México vive uno de sus procesos democráticos más significativos, donde la ciudadanía se vuelca a participar en las diferentes instancias de gobierno de la ciudad. En este entorno se constituye la primera asamblea legislativa del Distrito Federal y entre otras comisiones La Comisión de Salud y Asistencia Social de la asamblea legislativa, entre otras actividades promueve foros de consulta sobre la situación de salud en las 16 jurisdicciones sanitarias de la ciudad. En estos foros fue una constante la petición ciudadana de incluir en los servicios de salud otras opciones terapéuticas. Quedando desde ese entonces plasmado en la ley de salud del Distrito Federal, el valorar que opciones terapéuticas entrarían en un proceso de evaluación para ser consideradas como opciones terapéuticas dentro de los servicios de salud.

Años después, se retomó nuevamente el tema de las opciones terapéuticas por parte de la cuarta asamblea legislativa. En esta reforma a la Ley de Salud, en la cuarta asamblea legislativa, mandata a la autoridad de salud para que desarrolle e implemente un programa de medicina integrativa en la que se incluya lo relacionado con la homeopatía, la herbolaria, la quiropráctica, la acupuntura, la naturopatía, entre otras. A partir de ese momento se abre la puerta para diversas opciones terapéuticas que engloban en el término de Medicina Integrativa.

Es así que en octubre del 2011 inicia el Programa de Medicina Integrativa en el Centro Especializado en Medicina integrativa y en consultorios periféricos, ¿Cuál era en ese momento el reto de nosotros? Nuestro objetivo principal era institucionalizar este tipo de opciones terapéuticas en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. El proceso no fue sencillo, afortunadamente desde el primer día, el paciente, nos ha acompañado en el proceso. Desde el 10 de octubre del 2011 tuvimos pacientes hasta la fecha, eso lo digo porque aquí tenemos todavía usuarios que nos acompañaron desde ese momento hasta la fecha. Ese era el primer

reto. Las perspectivas son un proceso dialéctico, en la actualidad el programa está reconocido, aceptado y los retos y las perspectivas han cambiado.

El Programa de Medicina Integrativa inicia con un gran apoyo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal los primeros días transcurrieron plenamente, todavía los pacientes recuerdan y nos dicen, es que ya no nos dan las fórmulas como nos las daban al principio, ¿por qué?, ¿por qué empezamos con todos los extractos, con un cuadro básico completo? ¿Cuánto nos duró ese cuadro básico? Nos duró aproximadamente medio año tres meses y luego la cosa ya no fue tan sencilla, empezó a haber dificultades para la adquisición de los insumos, sin embargo, con la fortaleza del equipo y el apoyo ciudadano las cosas han caminado, afortunadamente el equipo se mantiene todavía. Hemos tenido algunas bajas, algunos porque perdieron su comisión, algunos porque se retiraron, en fin. Lo importante de este programa es que el equipo se mantiene y yo diría que se mantiene con ese compromiso, entusiasmo y ganas con las que empezó hace 6 años.

El programa, como les decía al principio, nuestro reto, era que la gente nos aceptara, ahora tenemos que ir avanzando en fundamentar nuestro que hacer como trabajadores de la salud es por eso que se implementa desde el 2014 la evaluación. La evaluación contempla el aspecto clínico, epidemiológico y social, con una buena carga clínica, porque todos somos eminentemente clínicos; para eso echamos mano de las encuestas de eficacia terapéutica, tomando en cuenta las primeras causas y motivos de consulta. Hemos también ya iniciado procesos de protocolos de investigación, con pasantes, con alumnos de posgrado de la especialidad de homeopatía, acupuntura y actualmente los médicos de base ya tenemos protocolos avanzados, mismos que estamos a punto de iniciar ya con la aprobación del comité de ética obviamente, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Decíamos que hay perspectivas, hay obstáculos, hay retos y estos van cambiando en la actualidad es un reto el crecimiento, es decir la implementación del programa en otras unidades de atención. Actualmente estamos en 5 jurisdicciones, deberíamos de estar en las 16 jurisdicciones sanitarias de aquí de la ciudad. Consolidar el modelo operativo del programa, la implementación de la especialidad en Fitoterapia Clínica. Nosotros fuimos formados por año y medio en la especialidad de Fitoterapia Clínica, pero nos sigue haciendo falta la cédula de especialidad, entonces, eso es un reto que no hemos quitado el dedo del renglón porque en parte eso va a fundamentar nuestro que hacer cuando impartamos cursos, talleres o diplomados de Fitoterapia. La gente nos pregunta y su cédula ¿dónde está? Obviamente eso lo suplimos hasta ahora con la experiencia de 7 años de práctica y con el alto grado de capacidad que se tiene en esta materia.

Finalmente, los que llevan el diplomado con nosotros salen muy satisfechos de haber incursionado en este fascinante mundo metodológico centrado en colocar al paciente en el centro, basar el diagnóstico en la búsqueda de los desequilibrios neuroendocrinos asociados a las condiciones materiales de existencia y la diversidad terapéutica. Sigue siendo un reto la formación de recursos profesionales en materia de Fitoterapia Clínica, si ahorita el secretario de salud nos dijera, vamos a implementar un consultorio de Fitoterapia en cada jurisdicción, no tendríamos ese recurso. Tendríamos homeopatía y acupuntura, porque afortunadamente el Instituto Politécnico cuenta con esas especialidades, de Fitoterapia tendríamos que capacitar al personal en marchas forzadas lo que implica también desatender nuestra función básica, que es la consulta médica de esta especialidad.

Tenemos también un reto muy importante que ya se ha mencionado sobre todo por los usuarios, el programa no cuenta con un presupuesto propio. Eso limita la gestión de recursos



materiales, de equipamiento y de insumos, aquí hemos estado hablando ya de esa parte y siempre estamos en disposición de hacer equipo con la autoridad, con nosotros mismos como trabajadores de la salud y con los usuarios para resolver esa parte que es algo esencial. Yo creo que el programa y lo he comentado en algunas ocasiones, ha avanzado al status de un modelo de medicina que tiene su propia personalidad, su propia identidad que nace y se ha ido construyendo con el apoyo de los usuarios, los trabajadores y de la propia autoridad y digo que es un modelo porque ya demostramos que es viable institucionalmente, que es un programa que es aceptado por la población. Es un programa replicable, económico, funcional, que tiene un método, que tiene un propósito, que tiene guías terapéuticas, lineamientos de organización y manuales de procedimientos es un programa cuyos ejes son: El servicio, la docencia, la capacitación y la investigación. Gracias.

*Dr. Manuel Chávez Ángeles (MC)*

Buenas tardes, para mí es un gusto y un honor estar compartiendo con ustedes unas palabras y mensaje respecto al programa de medicina integrativa. El Dr. Ángel González, el Dr. Paul Hersch y el Dr. Orozco en algún momento dado nos dimos a la tarea de organizar este congreso. Cada quien puso su granito y su granote de arena para llevar a cabo este evento. Este evento nos permite dentro de la perspectiva del programa, empoderar el programa de medicina integrativa, hay un reconocimiento por parte nuestra como prestadores de servicio y como servidores públicos que estamos empoderando al programa y de ahí que se genere un congreso internacional. El interés que ha tenido el secretario de salud y las instancias a través del Dr. Paul Hersch que ha sido un excelente asesor y que de la mano de él ha caminado el programa de medicina integrativa, su asesoría ha sido muy importante y la participación de cada uno de los personajes, de las y los compañeros de medicina integrativa ha sido sumamente importante para poder empoderar el programa y ¿cuál es la situación que nos toca trabajar?

Las perspectivas que vemos es primero el reconocimiento al Programa de Medicina Integrativa, obviamente debemos de tener el sustento y las evidencias que ya se han mencionado, las evidencias se comentan, se presentan y se viven, de ahí que es importante el proceso de evaluación en cada uno de los entes, de fitoterapia, acupuntura, homeopatía. Es sumamente interesante llevar a cabo la evaluación de cada una de estas áreas en la parte técnica, en la parte de los números, vemos muy importante también la participación y la opinión de los pacientes de ahí la aplicación de encuestas y de ahí la satisfacción del paciente o del usuario. Para ello existen mecanismos o instrumentos que nos permiten recabar la información.

Le preguntamos al paciente ¿Cómo le fue? y él dice, bien me siento muy bien, esa es la opinión del paciente de una satisfacción del servicio que le están dando. La otra evaluación es la parte técnica, usted que ha batallado tanto con la alopátia, con otras medicinas, y ahora viene aquí y ahora resulta que tiene su diabetes controlada. Ése es un elemento técnico que nos permite evaluar el impacto clínico en la medicina integrativa, la medicina alternativa en este caso en el beneficio del paciente. Entonces qué es lo que visualizamos aquí, realmente tiene un gran impacto en la salud de la población, hay interés por parte de los profesionales de la salud y hay que comentar ¿qué perspectivas tenemos?

Puedo decir con toda claridad, así como existe el Centro Especializado de Medicina Integrativa y los consultorios periféricos, van a existir más consultorios periféricos por lo menos en lo que compete a la jurisdicción Cuauhtémoc habrá uno más, uno es seguro, vamos por el segundo y ¿cómo ha surgido esto? A través del interés que tenemos en estas vertientes, se dio un curso en el transcurso del año, ¿qué vamos a dar? Fitoterapia, bien ¿a quién le interesa fitoterapia? Hay compañeros médicos que dicen yo quiero capacitarme en Fitoterapia, es más, yo sé de

fitoterapia y quiero participar. Pues bien, bienvenidos, por eso hicimos un curso y le pedí al Dr. Orozco organizar un curso para empoderar y promocionar el programa.

Éste es un evento magno con mucho reconocimiento y que realmente nos permite empoderar una vez más el programa y seguro estoy que después de este congreso habrá más de dos que se interesen en decir quiero participar en el programa, quiero participar en acupuntura, homeopatía, fitoterapia, y eso estoy seguro, porque realmente he observado, he visto algunos compañeros que están presentes en este congreso y que con gusto participarían en ello. También se podrán sumar otros compañeros de otras unidades de las jurisdicciones que integran a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y se sumaran ¿qué es lo que nos sucede? como lo menciono el Dr. Orozco, la gestión y los insumos, para que esto camine necesitamos hacer la gestión.

Nosotros como centro de salud o clínica de especialidades o CEMI lo hacemos en la jurisdicción a nivel central pero no hay presupuesto que se nos autorice para este programa. Y si bien esto nos lleva a tener un reconocimiento como la Ciudad de México que tiene la primera unidad de servicio pública con esta característica, sí, pero nos toca batallar, luchar por ello y en ese sentido hemos tenido la participación de varias instancias para lograrlo poco a poco y conseguir los insumos que se requieren, y en otro aspecto importante, los insumos que es sustancialmente importante, son el recurso humano y en ese tenor hemos estado trabajando y seguiremos trabajando por empoderar la medicina integrativa a través de la capacitación de los profesionales de la salud en estas áreas, y para ello ya hemos hecho algunas reuniones de capacitación y como se mencionó en el principio de todo esto, si estamos hablando de una medicina alternativa y si aquí se habla de uroantígenos, fitoterapia, homeopatía, acupuntura, si es cierto, hemos abordado esa temática y vamos a seguir capacitando en ello a nuestro personal.

Esto es el compromiso y además creo que hemos ido avanzando una visión que se tiene como medicina integrativa, aparte de estas disciplinas o estas áreas en las que se está trabajando es ver de manera integral y dar la atención de manera integral al paciente. Ese enfoque, siempre se habla atención integral, atención de calidad al paciente, pero para ello hay que visualizar tres aspectos importantes: el paciente que es el individuo, la familia, la comunidad y ese entorno, en esa comunidad y en ese entorno hay varios sectores que participan, el sector económico, el sector educativo, el sector financiero, las áreas de gobierno, el sector público, el sector privado y la comunidad, la participación de la comunidad es sumamente importante.

Ese entorno de individuo, familia, comunidad es sumamente importante y que se vean los aspectos de manera integral en el tratamiento y en el abordaje de cada uno de nuestros pacientes, nosotros los servidores públicos tenemos la obligación de atender y desde el punto de vista ético, como profesional de salud, también es nuestra obligación, atenderlos con la mejor calidad y esa integralidad de la que se habla, mucho depende de la capacitación que tengamos como servidores públicos y la actitud que nosotros tengamos frente al paciente. Muchas gracias.

Paul Hersch (PH)

Ya se han expresado varios elementos fundamentales del programa, hemos escuchado señalamientos muy pertinentes que vienen de la práctica de todos ustedes. Hay un término que usamos a veces muy automáticamente que es el de “vale la pena”; cuando decimos vale la pena, queremos decir que no es fácil, pero amerita el esfuerzo, y las cosas no se dan de manera automática, entonces “vale la pena”. Quiere decir aquí, que hay todavía mucho que hacer y que como ya se dijo, este es un momento, esta es una propuesta como otras que están llamando a

otro nivel de madurez, nos está demandando una mayor madurez a todos: al personal que está en los servicios sustantivos de apoyo, por supuesto al personal médico, a los funcionarios, a los pacientes, y es que es una apuesta que sola y de manera automática no va a consolidarse de manera suficiente.

Si ustedes se fijan, y era algo que me señalaban los colegas franceses, que les llamaba mucho la atención cómo se estructuró el congreso, porque en los congresos académicos no tienen algunos de estos conversatorios, y tienen otro giro, donde hay una participación de la población se encuentra a menudo ausente; no tienen tampoco una perspectiva de estar aterrizando en una propuesta operativa en los servicios públicos.

Entonces, ¿qué es lo que ha sucedido y puedo decirlo a nivel internacional con esta propuesta? Se pueden ejercer diversas modalidades diagnóstico-terapéuticas en el mundo que no están dentro de la medicina oficializada, pero usualmente están en el ámbito de la medicina privada y en ese ámbito hay una serie de desarrollos y de requerimientos que son diferentes o que no existen, pero al momento que una propuesta así se coloca en el ámbito de los servicios públicos, surge una serie de situaciones que hay que resolver, que van desde el abasto como ustedes saben, y los pacientes han sufrido también, y también que va en términos de la estructuración de los servicios.

Es un emplazamiento a muchos elementos que están dados de por sí, por ejemplo, el concepto de productividad que es un concepto que también tiene que evolucionar, porque cuando se cuantifica la productividad, hay que satisfacer ciertas metas; a nivel de lo cualitativo también se habla de programas para proteger la calidad, pero hoy sabemos, y esto se ha hablado en otras áreas también, como por ejemplo desde el momento en el que se habló de los derechos humanos y se crearon comisiones de derechos humanos, pareciera que fueran estructuras que permiten precisamente hacer esa lucha descafeinada o light porque con enunciarlos a veces se asume que con eso ya alguien se va a encargar de los derechos humanos.

A lo que yo voy en ese sentido, es a que no son automáticos los avances, y entonces tomo el ejemplo de algunos de los conversatorios que se dieron acá, porque son ricos en pautas y en posibilidades. El conversatorio de entrada de los pacientes ha sido un conversatorio realmente emblemático y promisorio, y absolutamente atípico, que el paciente se le dé la voz, algo que no se le da normalmente, pero también esa exigencia puede ser de alta o de baja calidad, porque yo puedo exigir que me den los servicios y sin embargo esto no implica necesariamente una corresponsabilidad, y esto se nota mucho en la práctica clínica. Yo puedo exigir del médico la orientación, pero si no pone el paciente de su parte, no está dispuesto a involucrarse, y espera que se le cure como a un automóvil, pues entonces esto no va a avanzar y en el mismo sentido esto es un emplazamiento también en términos de lo que son los prestadores de servicios en disciplinas que no son las convencionales médicas y que sufren una serie de dificultades y aquí vimos en la otra mesa que también hay experiencias de sensibilización del INCAN, el planteamiento de la hipnoterapia y pueden ser muchísimas más y a estas mismas iniciativas, el hecho de estar en un marco de servicio público les supone una serie de requerimientos.

¿Por qué se hizo este congreso? y digo se hizo porque es el producto del esfuerzo de mucha gente, hay una vulnerabilidad política también, alguna persona de fuera puede decir, el gobierno de la Ciudad de México instauró un servicio público de atención en estas cosas raras. Hay ya seis años de trabajo, a ver muéstrame los impactos, había que avanzar en ese sentido para también colocar en el nivel que merece a este programa. Una afirmación, un sustento científico-académico y además eso de científico, también está muy atinadamente cuestionado porque hay gente que tiene conocimientos y otra gente que tiene creencias y esto depende de

que clase social está o de que situación étnica tiene y si bien es cierto y fundamental y se nos dijo ayer, de que hay fenómenos de exclusión por etnia hay discriminación y racismo durísimo, que se dice que ya se rebaso.

Hasta hay cuestiones de ley contra la discriminación, se hacen leyes a veces para aparentar algunas cosas, realmente el problema básico es de clase social, porque hay parte de la población que tiene acumuladas una serie de condiciones, la condición de no tener acceso a bienes básicos, satisfactores básicos, es mucho más fuerte también. Es decir, pensemos en una mujer indígena y que además es pobre, ya tenemos casi la visión de que patología va a tener, que esperanza de vida va a tener, porque está sometida a la cuestión de género, de exclusión por racismo y de clase social, pero de los tres uno de los determinantes muy fuerte es la condición de pobreza, porque esta mujer si es mujer, tiene una condición de extracción étnica, indígena, por ejemplo, si tiene recursos económicos se le va a respetar más, sólo por esa condición.

Hay estudios que se han hecho en Haití donde esto está claramente demostrado, y nosotros pensamos que aquí hay toda una apuesta de reflexión que implica además ir a otro nivel, que es el nivel del médico. El día de la primera sesión platicamos con un médico platicamos y dijo, yo no vengo aquí a que me regañen o me digan cómo se tienen que portar los médicos, ya bastante nos critican y bueno, yo creo que hay que entender que tal vez no se pasó claramente la idea, pero si hay un punto claro en que efectivamente hay problemas en términos de la práctica médica y que provienen también de una serie de cosas que van desde la formación. Entonces, en ese sentido este programa toca puntos neurálgicos que antes no, implica un redimensionamiento del trabajo social, no estamos hablando del trabajo social de la cuestión que coloca el punto en una dimensión, donde todo está separado, así como la enfermera encargada del cuidar y el médico encargado del curar, así el trabajo social atiende una determinada situación. Pero todas estas responsabilidades son susceptibles de un redimensionamiento y lo que se habló desde hace mucho tiempo por parte del programa es que había que trabajar en ese redimensionamiento.

Por ejemplo, en el ámbito de un grupo de trabajo como el de los médicos de diferentes disciplinas, si están identificados con el sentido del programa no se van a quedar en la reivindicación corporativa de su técnica o de su aproximación porque aquí lo que está en juego es la suerte de las 3 o de las 4 o de las 6 técnicas. Hay también un emplazamiento al modelo de médico que su desempeño es sólo en su consultorio, pero que no ve o no le es permitido entrar en otro tipo de relación con el colectivo de pacientes. Entonces también hemos visto, y lo pueden confirmar los compañeros del programa, como inclusive la consulta médica también es redimensionada en un país como éste, donde el paciente es un terapeuta, porque la mujer es el primer nivel de atención en este país, es la hermana, la esposa, la hija, la que extiende la primera incapacidad de tu no vas a la escuela o tú te vas a tener que quedar en la casa, y ese es un nivel invisibilidad, no existe, son las tareas que están debajo del tapete, hay una ausencia programada de una porción importante de la población cuyas maneras de vivir y de hacer no importan, no ameritan un lugar en presupuestos, no son relevantes, tienen saberes que son desechables se les infantiliza.

El asunto aquí muy importante, que se comentó anteriormente, lo comento el Dr. Abia, tenemos una tendencia a que, en esta visión problemática, pero a la hora de pensar en las alternativas y las propuestas la energía nuestra no está ahí y regresamos a señalar estas cuestiones y estas contradicciones, pero no tenemos la capacidad de pensar en manera propositiva, y aquí tenemos una propuesta. Yo creo, que es importante reconocer el trabajo que se ha hecho por parte del equipo operativo y que a pesar de que faltan elementos para llevar a cabo de manera óptima su responsabilidad y no ha sido fácil. Se comentó, por ejemplo, el hecho de que la

homeopatía y la acupuntura tienen ya un lugar formal en las estructuras educativas de educación superior de este país, pero la fitoterapia clínica no. Ése es otro reto también por el que estamos atravesando y esto supone la necesidad de ir emparejando las cosas para ir avanzando. Es por eso que se generó el programa de formación para tener a los médicos fitoterapeutas porque los médicos acupunturistas y homeópatas afortunadamente ya hay una producción de ellos y en este programa formativo se hizo mucho énfasis en cómo íbamos a entrar. La Dra. Alejandrina Cabrera que estuvo aquí, participo en la selección y el procesos de entrevistas y nos llamó la atención que después de una conferencia en la que se convocó a los jefes jurisdiccionales y planteamos la propuesta en el inicio del asunto, llegaron 90 solicitudes de médicos que querían tomar el curso, lo cual nos llamó mucho la atención, de ellos solo se pudieron seleccionar a 45 pero de esos 45 no hay ni la tercera parte trabajando, al menos tomaron al curso, se sirvieron del curso, se retiraron, otros no pudieron continuar, no ha sido una lucha fácil y aquí estamos presentes. Yo creo que rindiendo homenaje a todos esos esfuerzos y también a la confianza que ha puesto la población en esto.

Entonces ¿a donde voy con todo esto? es que es un proceso de asumir responsabilidades y llevarlas adelante, hay muchas limitaciones, no somos un país subdesarrollado sino suborganizado, rescatar esta cuestión de formar colectivos de pacientes porque ahí está la defensa de esta propuesta y no en las vicisitudes políticas que vienen y que han acompañado este proceso desde el inicio. Si tenemos la esperanza de que una autoridad superior va a conceder todo el asunto, estamos en el terreno de la ilusión. Al contrario, hay fuerzas sistemáticas que están incomodadas y que están tratando de limitar el asunto y no es paranoia, ni estar ahí de sospechosos, es lógico estamos hablando de un paciente que hace preguntas, que reflexiona, de un médico que dice yo necesito más tiempo para ejercer esto y estoy buscando dignificar mi condición de trabajador de la salud y rescatar mi creatividad como médico.

Todas estas cosas están militando e incomodan a la estructura que se beneficia de la otra manera de hacer medicina, entonces, si estamos convocándonos a todos nosotros a ese pensamiento de ir a algo nuevo, algo diferente en este momento del país en el que las tasas de homicidio están elevadísimas. Una de las causas principales de muerte de los niños menores de diez años hoy por hoy es el asesinato, el suicidio se ha disparado, tenemos un gravísimo problema de salud pública en diversos aspectos y no podemos ser triunfalistas. El programa no lo va a resolver, pero es parte de la solución, en ese sentido, yo creo que debemos o necesitamos si creemos que esto puede suceder cuidar a la criatura. Ni la visión mezquina de mi propio beneficio, ni la mercantilización de las cosas, el problema del burocratismo, que es un problema gravísimo que nos topamos, la mentalidad burocrática, la ley más respetada del mundo que es la ley del menor esfuerzo, todas estas cosas también operan en muchos aspectos, los cuadros que ven ustedes allá atrás y el esfuerzo de sistematización que hizo el Dr. Ángel forman parte de esta desmesura de querer ir adelante y de dar sustento, porque también es una desmesura esperar que el médico sea a sus vez investigador porque no fueron formados para eso. Resulta que todo profesionalista debe de ser investigador, y debe asumirse como investigador, pero para eso necesita un motor interno de voluntad para llevar adelante las cosas. Entonces estos trabajos son importantes, son de diverso nivel, algunos no fueron pasados ni por un proceso de selección, pero de todas maneras es un esfuerzo muy meritorio y muy importante y esperemos no quedarnos en este paso.

Queremos hacer unas memorias de este congreso o sea tomar en serio esto, llevarlo a sus últimas consecuencias y rescatar la frescura, el encanto que todo esto tiene. Si, son muchas tareas, sí, hay dificultades, pero también yo estaba sumamente emocionado de ver a los grupos, preocupados por presentar sus trabajos, estamos participando en una aventura de autonomía, de verdadera ciudadanía. No es el modelo de la persona que es el votante, el buen parroquiano,

ciudadano obediente: es una persona que no está en la espera, es una persona, dinámica, propositiva, un factor de cambio en este país que tanto lo necesita y esto está al margen de la profesión que uno tenga o de los privilegios que haya tenido durante su formación, se trata de una responsabilidad compartida por el futuro de este país también por el futuro de sus instituciones.

Estamos verdaderamente, yo no lo tengo que decir, en una situación crítica y hay que formar grupo, hay que buscar que cosas nos cohesionan y defender lo que valga la pena defender, porque hay una política general y no solo en este país, de desmantelamiento de las instancias de bien común y lo vemos en la economía, lo vemos en los valores, vemos que hay un problema básico que nos involucra, ningún gran país ha logrado avanzar sin el concurso de su ciudadanía, entonces yo quisiera decir eso, porque no está logrado todo, no estamos en una posición de complacencia.

De aquí va a salir una sistematización de lo que se ha hecho y presentar propuestas y exigencias de calidad basadas en la propia autoridad que da el esfuerzo a la aristocracia del trabajo, que implica yo estoy hablando desde mi experiencia de trabajo, usted no me puede contar cuentos, y este punto es importante, hagamos una red de pacientes, hagamos vinculaciones de los médicos, hagamos un equipo de trabajo para proteger esta iniciativa que va a proteger a mucha gente que no está aquí presente, si no hay estos cambios en seis años, vamos a tener muchas personas que están vivas hoy van a morir sin merecerlo, por las condiciones difíciles, la falta de respeto al trabajo, la falta de ciudadanía, es una ciudadanía muy incipiente, son servicios que pueden mejorar si hay una participación y esa es la tarea que tenemos todos.

AG

En estas presentaciones podemos ver los grandes retos y uno de estos y queda muy claro es la articulación de esfuerzos, al inicio le aseguro que pocos tenían la certeza, que íbamos a estar hoy aquí cerrando un congreso, pero con esos pocos se ha hecho mucho, se han sumado los esfuerzos de una manera importante, me tocó ver la exposición de varios de los compañeros médicos y realmente uno se queda fascinado, de como estábamos al inicio y bueno todo es parte de un proceso personal y grupal de desarrollo a través de un trabajo conjunto, con interés de atender a otros mejor. Hay que recordar que todos los que están aquí, pacientes, personal de salud, funcionarios, han contribuido y que esa experiencia no solo se debe mantener sino incrementar. Esperamos que este congreso sea un escalón que facilite más ese vínculo. Felicidades a todos. A continuación, abriremos un intercambio entre los participantes de la mesa.

PH

Mi posición sería que abriéramos el debate o las intervenciones en esta idea de tratar de concretizar para la sistematización y generar tal vez un documento que puntualice alguno de estos aspectos, el documento se puede sistematizar a partir de lo que se está registrando, también un poco pensando en esto de cuál es la fantasía o que es lo que requeriríamos para avanzar.

## **Intervenciones, preguntas y comentarios**

AG

¿Alguien más de la mesa? Entonces abrimos la sesión de preguntas y de comentarios, alguien desea intervenir.

*María* (trabajo social)

Al principio a veces llegaban nuestros pacientes muy molestos, conforme fueron recibiendo sus tratamientos, sus actitudes fueron cambiando. Al principio llegan enfermos, ahora ya entiendo esa asociación que existe en nuestro sistema y que, si uno está fallando, va ir desequilibrando los otros y nuestra forma de ser es esa respuesta de que estamos mal por dentro, que a veces seamos exigentes, muy inconscientes, pedimos cosas que sabemos que no pueden ser de momento, pero exigimos entonces. Yo si he visto ese tipo de cambio en las poblaciones, entonces yo si apoyo mucho la apreciación que se está haciendo para todos nosotros.

Tiene razón el Dr. Paul, porque si la población que tenemos podemos ayudar a sanarla, los problemas están encaminados a reeducarlos en la alimentación, en que hay formas de poder subsistir en nuestra vida, enfocar todas esas acciones que hemos perdido, los niños ya no juegan, por ejemplo, actividades que nos ayudaban a reforzar nuestra motricidad fina, en los pequeñitos muchos papás les prefieren dejar el celular o la computadora y eso va afectando su sistema nervioso, sus sentidos. Yo creo que estamos en un momento crítico y si, yo creo que muchas personas no encuentran una forma de como sanarse. Obviamente la primera instancia es la medicina alopática, porque es la que más existe y si los niños y los adolescentes tienen problemas para dormir tienen problemas de ansiedad, en su tiroides o de sus gónadas, muchas veces yo creo que podemos salvar y rescatar nuestra población, estamos en una situación social y gracias a que pertenezco a este programa que hubo oportunidad de entrar he observado esto, que tenemos mucho que hacer mucho por mejorar la situación entre nosotros mismos, forjar una unión, una corresponsabilidad y ver los beneficios que tenemos como personal de salud, como personal docente, como personal con ideas de estructuración y construcción.

Nos desesperan muchas situaciones que vivimos en la sociedad, somos privilegiados, yo les digo a los pacientes también, tenemos todo, lo tenemos fácilmente, no nos cuestan las cosas, entre comillas, desperdiciamos, no valoramos, no agradecemos, exigimos cada vez más, estamos más saturados de cosas y somos demasiado exigentes, pero no nos cuidamos, comemos cualquier cosa, esa cualquier cosa, nos hace daño, nos tenemos que reeducar pero necesitamos hacer equipos. Como dicen hacer esa sociedad de trabajo, y que bueno que estamos todos juntos porque a mí también me ha tocado vivir, nos han llegado personas que saben muchas cosas, saben mucha fitoterapia, el Dr. Miguel, muchas personas, muchos médicos, la Dra. Tania, o sea, es una situación en la que tenemos que esforzarnos un poco más o mucho más porque es el inicio de algo. Es importante que no dejemos las cosas pasar, urge, los niños van teniendo una situación de enfermedad a futuro, los niños son sanitos de primera instancia, entonces después los vamos descomponiendo.

Todas las promociones que nos hacen en la televisión, a mí me tocó participar en un programa de visitas domiciliarias, íbamos a las visitas con los adultos mayores por lo mismo y ellos compraban todo lo que les dice la televisión para el dolor y tenían ahí su arsenal de medicamentos que dicen en la televisión entonces son muchas cosas, la gente que tiene problemas de huesos, de artritis siguen tomando Coca Cola, siguen teniendo una actividad con la que no se pueden ayudar a sanar y exige que el médico lo sane. Ya estuve aquí, ya estuve allá, ya fui al IMSS ahora vengo para acá, entonces no sé cómo le vamos a hacer, pero creo que todos tenemos interés para mejorar esto. Gracias.

*Dra. Matilde*

Yo quisiera proponer una situación, porque a mí me queda bien claro que en el CEMI los que vamos a dar consulta pues damos consulta. Alguna vez se intentó con trabajo social de dar pláticas en la sala, y trabajo social se encarga de eso, pero nosotros no tenemos el tiempo para esto. Necesitamos mucha promoción, porque como en todas las instituciones, es bien claro que el apoyo de la familia que es la comunidad próxima inmediata es a veces el sanador y a veces el perjudicante. Tienen que capacitarse también y eso conlleva un buen esfuerzo más.

Un paciente puede tener todo el deseo de estar en la consulta y hacer todo lo que el médico le pida, pero hoy es tu cumpleaños te traje tu pastelito, te hice la comida más sabrosa que te gusta, y tiene ácido úrico y le llevan sus 300 gramos de carne, entonces necesitamos gente para trabajar. Yo le pediría que me permitan hacer aparte de mi tiempo como médico, y la otra que nos den la oportunidad que trascienda eso en este aspecto, porque el apoyo comunitario, no nada más de las personas de salud, no solamente de la gente que están como usuarios, no nada más de las autoridades que están afuera, sino que tenemos que llegar a otros lugares, ya que esto que estamos haciendo tiene impacto en la sociedad, la sociedad nos conoce.

Esto no se trata de cuándo vamos así a un curso de relaciones humanas, yo lo sé, yo puedo cambiar, pero el que está afuera no lo sabe, no pueden tener la actitud o la postura de querer cambiar algo que no está totalmente en nuestras manos, tenemos que impactar ahí. No podemos quedarnos encerrados en un CEMI que es maravilloso, que yo agradezco, se es un privilegio, es un milagro que yo esté ahí, pero necesitamos trascender, nuestras alas como buenas águilas han crecido, y el vuelo se tiene que remontar más alto. No podemos estar más encadenados a lo que las instancias burocráticas quieran de nosotros. Muchas gracias

*Otro participante:*

Buenas tardes, he estado observando y escuchando durante estos días y creo que lo que noto es que se ha tocado muchas veces el punto de esa satisfacción y esa razón por lo que están haciendo lo que hace el programa, por lo que escuche, por los problemas que han tenido como una especie de paréntesis y de punto y seguido que muestra lo que han conseguido. Esta la exposición en donde se hablaba de la efectividad y la eficacia que tiene este sistema me parece que es muy importante pero también me parece que se tienen que mirar hacia el frente. Hay cosas que ya hicieron pero que creo que valdría la pena rehacer reconstruir o reconstituir a los de casa hay que buscar ese apoyo no sé si con Conacyt, no sé si ya lo hicieron, hay que volverlo a hacer para la formación de los nuevos fitoterapeutas. Si no es ahí agreguemos además la ayuda internacional.

En eso tenemos algo importante, un proyecto que permita sumar recursos, el primero para la formación de los médicos y el segundo para la formación de la farmacia de los botánicos y aquí se vincula con lo que están haciendo en los terrenos donde todavía hay campo en el Distrito Federal. Sería ideal que se pudiera armar una estructura de relaciones que permitieran aprovechar a través de las instancias de salud de las universidades, un proyecto que se vincule a través de cosas que son esenciales para todos. Yo me declaro paciente, pero yo creo que todos somos pacientes, hay algunos que además son doctores y ese primer entendimiento de que si yo como doctor me asumo como paciente tengo que entender el lugar que tiene la persona que está enfrente de mí y que me está pidiendo apoyo. Entonces yo también soy paciente, a la edad que tengo ya he sido paciente varias veces y creo que todos estamos por ese mismo camino, esa primera parte en el cambio de mentalidad. El doctor no es el representante de dios que recibe la vida, la mantiene y la despide cuando le toca o cuando se equivoca, el doctor es un profesionista.



El programa de medicina integrativa puede motivar al paciente para que aporte su experiencia, más de los viejos que ya estamos jubilados y que pudiéramos hacer algo más allá de lo que hemos estado haciendo hasta el momento. Tenemos muchas experiencias, lo importante es eso, ¿cuántos hay y qué sabemos hacer? Esa primera parte nos podía llevar a entender otro segundo momento, la investigación, si es algo que un médico debiera hacer igual que cualquier profesionalista, pensar y reflexionar lo que hace, ese ejercicio, dijeron al principio de epistemología, pienso lo que estoy haciendo para ver como lo mejoro. Si yo tengo una institución, puedo contribuir y en qué lugar médico, en clínica, en el consultorio, le corresponde levantar esa información que dentro de un sistema de clasificación ya sistematizable pueda pasar a otra etapa de procesamiento de información para que haya un tratamiento de muchos tipos, pero el elemento necesario y se ha dicho aquí de muchas formas es el tiempo.

El tiempo es una condición de existencia, y debe ser una función, que tengo que hacer, cuanto tiempo le invierto, y no al contrario, el tiempo no es lo que se debe estar arrastrando. Yo con mi actividad debo organizar y distribuir mi tiempo, entonces si yo necesito para hacer investigación, para levantar información necesaria en el consultorio, debería de tener un tiempo para hacer eso. En este punto, tendría que ver metodológicamente, en cuántas etapas, que tiempo invierto para la primera cita, que tiempo invierto en segundas o en terceras y en qué momento es más breve y eso al médico tiene que decírselo a cualquiera que esté en el diseño de los instrumentos. Para que el tiempo que es una condición de existencia se utilice de acuerdo a lo que se tiene que hacer, cuanto tiempo por cada reactivo, esta parte me lleva a otro elemento que tendría que ver con la cuestión de administrar, pero de administrar procesos.

Al hablar de administración de procesos, hablamos de que la persona llega, el tiempo que invierte en la sala de espera, el tiempo que invierte en la consulta, ahí hay procesos que tendrían que revisarse. Hay una herramienta de las que nosotros podemos aprender a identificar a los involucrados, aquí hemos identificado a dos o a tres, el paciente, el médico, la institución, o sea quiénes estamos involucrados en esto y que lugar nos correspondería dentro de este sistema en qué me involucro, en qué me afecta y qué puedo hacer, y en esa lógica, quién estaría por una parte que sería el equipo médico, tendría que ver todo lo que implica esto porque al final la dirección del proceso clínico es de ustedes, nosotros podemos opinar, pero la responsabilidad de lo que ocurra con el paciente y como salga de ahí sigue siendo de ustedes.

Finalmente, esta una parte que se tiene que entender mucho, hay que comunicar, la palabra desde siempre ha sido sagrada, incluso hay por ahí algunas historias de que hablan que dios dijo, lo primero que ocurrió fue la palabra, ocurre también en el Popol Vuh se juntan los dioses y se ponen a platicar, si yo no soy capaz de comunicarle a la gente cuando le estoy hablando, lo que quiero decir, es como si no lo dijera y eso es muy importante para generar procesos. Si yo puedo comunicar puedo entender que es lo que mueve este círculo, lo que motiva, que es lo que me estar motivando, como motivo a que esa continuidad de lo que son los grupos de pacientes organizados, la necesidad de armar ese aporte social, porque al final la medicina en todas sus formas es una solución social y muchos como se dice por aquí, vamos con el boticario de la esquina que ya me conoce y le digo mire me duele por acá y me da una cosa entonces esa es parte de la solución social, más en las zonas urbanas, más donde hay boticas, bueno farmacias el día de hoy.

Hay que entenderlo, esa dinámica, es amplia y que involucra a muchas voces, creo que esa parte es esencial, si podemos comunicar, si tenemos el tiempo en sus distintas expresiones, si identificamos a los involucrados, si entendemos que hay que administrar procesos y que esos procesos son proyectos, si podemos vincularnos con quien financia para que haya los recursos

que hacen falta desde Conacyt hasta financiadoras internacionales, creo que eso nos da la necesidad de varios modelos que se pueden integrar. Los equipos de pacientes tendrán que hacer lo propio, los de médicos tendrán que hacer lo que les corresponde y en algún momento nos tenemos que juntar, porque obviamente nuestro papel es de apoyo en defensa de algo que aparece garantizado en la constitución y que a mí me parece que es lo esencial si te garantizan derechos. Para mí, el derecho es el acceso pleno a esos derechos que nos garantiza la constitución.

*Participante mujer:*

Bueno yo soy terapeuta en medicina alternativa y he tenido muchos casos, testimonios pues que quisiera yo decir, di una conferencia, soy tanatóloga también, en la delegación Venustiano Carranza, entonces quiero decirles aquí que no estamos por casualidad todos estamos por algo, para ayudar a nuestro pueblo de México, para ayudar a esa gente que nos estamos acabando, que nos estamos quedando abajo, ¿por qué? por nuestros principios, padres de familia y que no quede aquí nada más esto, lo que venimos enseñar aquí, que vayamos más allá, hasta lo más profundo porque uno y otro y otro nos vamos a ir diciendo hay que cambiar nuestros principios, como a mí me educaron, decía la persona, la doctora, no sé, que el celular, la computadora, ¿quién tiene la culpa? nosotros los padres, hay que volver a nuestros principios, eso es el meollo de toda nuestra vida.

Por otro lado, en mi conferencia había jovencitos, yo les dije a ver ustedes de 14 años que hacen con sus madres cuando ustedes están de vacaciones, si quiera les llevan una tacita de café el día que están ustedes de vacaciones a su madre y dijeron no, pues es lo que deben de hacer, papá, mamá les traje una taza de té, nosotros ya nos tocó alzarlos, cuidarlos, darles una educación. Entonces de ahí viene doctores, que eso nos falta, quizá no al mundo entero, pero de boca en boca si podemos hacer algo, hacer grupitos como el que yo hice en mi delegación, empecé a las tres, acabamos a las ocho de la noche porque todos alzaban la mano hay que ver bien eso. Cuando atendemos a un paciente no vamos a ver los dolores externos, vamos a ver el dolor que traemos dentro de nosotros, los terapeutas curamos de adentro para afuera lo que la alopatía no hace y discúlpenme médicos si hay alópatas aquí, pero es la verdad. Me ha tocado que han llegado pacientes conmigo que van con un dolor en la pierna y resulta que terminan llorando diciendo toda su vida, entonces no es el dolor externo, es el dolor del alma. Entonces nosotros terapeutas, tenemos que rascarlo para ver dónde está el meollo, en el alma que todos desde pequeños traemos algo arrastrando cierto o no doctores, entonces no hay enfermos hay enfermedades.

Francisco:

Trataré de no excederme, diré expresiones textuales de los ponentes y alguna reflexión de lo que hablan; la palabra no contiene la verdad solo la indica, el silencio es el marco de las palabras cada vez hay más médicos en la fitoterapia en las medicinas integrativas y otras más como lo dice la ley, la medicina es ciencia, arte y magia ¿cuántos científicos artistas y magos de la medicina hay? El árbol vive de lo que tiene oculto en sus raíces y el ser humano del subconsciente. Existen médicos interculturales ya y también licenciados en psicología sistémica que mucho tiene que ver con las constelaciones sistemas familiares impartidas por psicólogos; actualmente también se ha visto que la risa libera endorfinas, con las bondades que estas tienen, neurotransmisores de la alegría y atenuantes del dolor, así que la fisioterapia ahí está, y yo diría que la llanto-terapia también, porque las lágrimas son un baño del alma. Volvamos a las expresiones textuales de los ponentes: empoderar aún más al programa, gestionar que se nos autorice la compra de insumos.

No es fácil, pero si posible, sabemos la importancia de la rotación de insumos, el médico es una persona que no cura, si lo hiciera no hubiera estudiado medicina, clínica, farmacología, etcétera, debiendo concebir al ser humano como un ser biopsicosocial y que debe estar armonizado en esas tres esferas para esto, el médico debe pregonar con el ejemplo. Otra cita textual “a primera unidad publica que existe en el país de medicina integrativa pero aún más, no hay un centro como el CEMI al menos en nuestro mundo occidental, empoderar a la medicina integrativa a través de la capacitación de profesionales de la salud, mucho se habla de enfermar, se demanda una mayor madurez, hay muchas modalidades que no están en la medicina oficial, pero sí a nivel privado, esta es una apreciación. Muchas parteras ya tienen un código, y desde la dirección general de medicina tradicional de desarrollo intercultural a nivel federal, se promueve que parteras que intercambien conocimientos con los profesionales de la salud de la secretaria de salud por supuesto, y ya se está practicando el parto vertical, que tiene la ventaja que la gravedad, facilita la expulsión, evitando la episiotomía que no deja de ser trauma que se realiza sin anestesia, así también la dirección general de medicina tradicional y desarrollo intercultural que comanda el Dr. Almaguer González capacitó a nutriólogos para promover la dieta de la milpa para instruir al público usuario de la bondad de esta dieta. Ya hay algunas unidades de salud que ya conviven la medicina facultativa ortodoxa convencional y de patente con la tradicional, como en Cuetzalan Puebla.

Hagamos una red de usuarios, esa es una expresión textual de los ponentes y de los profesionales de la salud, articular esfuerzos, exigir pacíficamente nuestros derechos. Es oficial el Programa de Medicina Integrativa que incluye a la homeopatía, herbolaria, quiropráctica, medicina natural, hay que luchar con las leyes que ya tenemos. Termine mi exposición diciendo que, para cubrir sus carencias, el CEMI necesita un recurso etiquetado con un mínimo anual, que el CEMI recupere su identidad, como antes, con un director y un administrador compañeros y compañeras si se pudo, se puede, gracias.

AG:

Vamos cerrando este evento

*Participante:*

Buenas tardes, seré breve, yo soy paciente del CEMI pero vivo en el Estado de México. No pertenezco a la población de la Ciudad de México y como acaba de decir el Dr. Paul, cuestión de responsabilidades.

Mi gobierno está obligado a satisfacer mis necesidades, sin embargo, éste es un modelo único de atención como lo acaba de decir el doctor. Tal vez sea la forma, la falta de publicidad que no se ha tenido o no sabría especificar cuál sería la razón de porque la población no conocemos este modelo, pero creo que nosotros los que acudimos al CEMI y que vemos la carencias que tiene junto con los pacientes de la Ciudad de México, estamos obligados y es por nuestro beneficio, a buscar dos cosas: ir directamente a las instancias legislativas, ejecutivas a las que corresponde etiquetar los recursos y que no seamos los foráneos una carga para la ciudad pero tampoco que nos privemos de ese beneficio, porque yo soy paciente del seguro social o derecho habiente y tenía 16 medicamentos diarios con un costo altísimo mensual ahora tengo menos de un año y contada son mis citas, soy paciente de la doctora Karla Casillas, por diferentes razones, por el temblor y este congreso se me han espaciado las citas.

Actualmente estoy muy bien, llegue en las peores condiciones gracias a los medicamentos que me estaban dando con un costo muy alto, ahora casi no tomo medicamento, de hecho, me acaba

de bajar todos los medicamentos que me estaba dando la fitoterapia y yo estoy muy bien. Ha cambiado mi vida, tengo un grupo al que precisamente estoy enseñándole todo este tipo de procesos para poder cambiar nuestro entorno, cambiar nuestra mentalidad, nuestra cultura y no hay mejor manera de medir los resultados que aquí, porque la salud es nuestro primer patrimonio y el máspreciado. Sin embargo, creo que nada más se maneja aquí, a nivel de la ciudad y los foráneos no estamos contribuyendo en nada más que en ser una carga también y ahí es donde nosotros debemos de tomar acción también.

Yo soy un ama de casa que ahora se dedica a investigar junto con la asesoría del colegio de posgraduados del departamento de agroecología, lo que es el beneficio no nada más de las plantas medicinales, sino de toda la producción en general y como acaba de decir el señor, yo creo que ahí se pueden hacer muchas sabencias, porque existen los programas por medio de SEDESOL y por medio de SAGARPA para bajar paquetes por 30 mil pesos a cada persona que cuenten con 6X3 metros de área y les bajan un proyecto.

Hay muchas cosas que se pueden hacer. Hay uno de los que acuden a mi grupo que tiene un laboratorio, es un ingeniero bioquímico egresado del Politécnico, a mi curso llegaron desde un ingeniero que se dedica a generar piel a partir del cultivo de piel y yo soy solo un ama de casa, sin embargo, yo sabía de los principios de la producción de alimentación, y eso es muy importante, me llamó mucho la atención también aquí la exposición de la doctora que llega a un entorno totalmente desconocido. Yo voy a dar los talleres a la universidad, a innovación alimenticia y nutrición y creo que los principales interesados son los maestros sí, porque no nada más es la producción, es todo nuestro entorno y eso nos da paz, nos da seguridad, nos da autonomía pero como somos personas que no tenemos un título pasamos desapercibidas, sin embargo yo me aferre mucho al proyecto que tenía, tan pequeñito, y cuando tuve la asesoría del doctor y el apoyo del doctor Ignacio Cid, que fue el director de post graduados de Montecillos, y después del Dr. Julio Sánchez Escudero que es nuestro asesor, desde entonces para mí ha sido totalmente diferente el enfoque que he visto en esto, porque muchos de los profesionales ni siquiera saben que existen esas instituciones.

Yo estoy enfocada en la cédula profesional, mi doctora tiene una especialidad, que la reconozca el Estado y que se le otorgue esa cédula, porque esa es mi seguridad y yo como paciente creo que estoy obligada a buscar que se de ese reconocimiento.

### *Médica tradicional*

Buenas tardes yo soy médico tradicional, yo ya escuché muchas cosas, debemos transformar nuestra casa que es México, con todos los cambios que tienen que hacerse incluyendo a los médicos, yo no tengo una cédula profesional, pero he trabajado en muchas instituciones del gobierno para apoyarlos con mi medicina. En este momento les doy las gracias a todos ustedes por estar aquí, aprender yo más de ustedes y que todo esto se lleve a cabo, yo si tengo el tiempo de hacer muchas cosas y quisiera compartir lo que mi trabajo de 75 años me ha dado. Muchísimas gracias.

AO

El objetivo de este congreso para mí, era que todo el equipo del Programa de Medicina Integrativa nos presentáramos ante ustedes, nos presentáremos ante la sociedad, decir quiénes somos, que hacemos, como lo hacemos. Nosotros queríamos enseñarles algo de lo que hacemos, pero creo que las enseñanzas fueron tales que nos llevamos más conocimiento, aprendimos más de lo que ustedes nos han dicho en este Congreso Internacional de Medicina Integrativa. Gracias

M.CH

Ya para cerrar mi última intervención, agradecer la participación de todos ustedes como asistentes, como personal que hayan aportado experiencia, conocimiento y las opiniones. Lo que enriquece a un congreso es todo lo que se vierte al interior, y nosotros aprendemos mucho de ustedes. Lo que engrandece un curso o un congreso es la participación de los participantes. El aplauso es para ustedes y para todos los compañeros y compañeras que están participando y trabajando en el Programa de Medicina Integrativa, mi reconocimiento y felicidades.

PH

Yo quiero comentar dos cosas ya operativas: una es que íbamos a presentar un par de libros que se tradujeron, pero ya no hay tiempo. Están ahí a disposición y la otra parte de eso, es que esta presentación se iba a hacer con una entrevista que se hizo al Dr. Lapraz autor de los dos libros. Subiremos a youtube esta entrevista para que la puedan ver, les vamos a pasar el dato. La segunda es que el congreso no termina hoy, hay una sesión más que se va a llevar a cabo en la ciudad de Cuernavaca, quien pueda acompañarnos será muy interesante, allá se centrará la atención en plantas medicinales. Esto se llevará a cabo en la Facultad de Farmacia de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Iniciamos mañana a las 9 am, y el viernes tendremos talleres de trabajo con fitoterapia para quienes quieran acudir. Me sumo al agradecimiento que ha hecho el Dr. Chávez

AG

Muchas felicitaciones a todo el equipo que participó estos tres días y seguimos mañana en Cuernavaca. Muchas gracias

## Conversatorio 8

### De la etnobotánica a la fitofarmacología

*Verónica Rodríguez, Paul Hersch Martínez*

Dra. Verónica Rodríguez (VR)

Quiero comentar que después de escuchar las interesantes y magníficas participaciones del día, el tema es bastante complejo, abordar el estudio de las plantas medicinales es complicado y en cada área, dada la complejidad para el estudio de ellas, cada área tiende a hacer una reducción de la investigación, quizá con esta presentación yo trato de justificar el trabajo de los farmacéuticos en las plantas.

Un poco les quiero comentar, la facultad de farmacia bien comentaba el Dr. Paul es la única facultad de farmacia en el país, no es la única que forma farmacéuticos, son 4 instituciones pero nuestra facultad, como facultad de farmacia si es la única y en misión de la facultad de farmacia, lo que hacemos es formar recursos humanos expertos en los medicamentos esa es la misión de

nuestra facultad y para formar expertos en medicamentos tenemos tres niveles educativos: licenciados, maestros y doctores en farmacia y la mayoría de la gente en nuestro país no así en el resto del mundo conoce la carrera de químico-farmacéutico- biólogo y más o menos se encuentra bastante familiarizado con esta licenciatura no así con la licencia en farmacia y nada más les puse aquí la declaración de la federación internacional de los farmacéuticos, un poco comentando que un farmacéutico es un experto en medicamentos e insumos para la salud y en la definición de medicamentos en nuestra Ley General de Salud pues que para tener un medicamento requerimos que tenga una dosis o una cantidad definida de un principio terapéutico en una forma farmacéutica y con la comprobación científica de su efecto terapéutico y en nuestro país tenemos diferentes tipos de medicamentos reconocidos. Los magistrales que se elaboran en alguna institución o en algunas farmacias o droguerías incluso en algunos hospitales, los oficiales que son los que conocemos como medicamentos de patente y también por su naturaleza los medicamentos alopáticos, herbolarios, biotecnológicos y los productos de origen biológico.

De todos estos productos los farmacéuticos tienen que saber desde cómo se producen hasta como se dispersan y se usan y también aparte de los medicamentos, les comentaba que hay otros insumos de la salud como pueden ser los remedios herbolarios que es una figura que no se conoce en otros países, es una figura en donde se reconoce el uso tradicional, toda esta experiencia tradicional, sin embargo no es necesario tener esta validación científica y junto con estos productos hay mucho otros como los métodos de diagnóstico, las prótesis, las órtesis, los materiales de curación, también son parte de esta tarea de conocimiento de los farmacéuticos.

En este esquema, que no pretendo que lo vean todo, simplemente es un resumen de lo que han venido hablando durante el transcurso de la mañana para pasar de la planta medicinal al medicamento, nos comentaba el doctor Paul Hersch, ahí hay una caja negra en donde hay que hacer una serie de cosas y bueno dentro de esa caja negra algunos de los ponentes nos comentan pues que se tienen que hacer una serie de investigaciones que van desde los estudios fitoquímicos en este reduccionismo de querer conocer el componente activo terapéutico pero en el reconocimiento de que la planta no está conformada solo por un componente, sino por un grupo de compuestos que algunos de ellos precisamente, bien nos comentaba el Dr. Alain tiene el efecto terapéutico, ayudan al sinergismo o a la potenciación del efecto terapéutico de la planta pero también reconocemos que parte de estos compuestos pueden ser tóxicos algunos no pueden tener actividad o algunos pueden despertar una reacción alérgica. Entonces en esa primera parte los farmacéuticos junto con otros profesionistas como los químicos participamos de manera activa en el conocimiento de los componentes químicos que están presentes en una planta medicinal. Por otro lado, hacemos también evaluaciones pre- clínicas, tratamos de confirmar, porque la actividad del farmacéutico, los farmacéuticos practicamos la farmacia con evidencia científica, es parte de nuestra práctica, de tal manera que queremos de alguna manera comprobar experimentalmente estos efectos terapéuticos y entonces nuevamente, seguramente que usamos modelos muy reduccionistas tratando de evaluar la actividad terapéutica reportada en la medicina tradicional, en algún modelo, en animales o con células, para confirmar esta actividad.

Los farmacéuticos tratamos de garantizar tres cosas: la calidad de los productos que usan los pacientes, el otro es la seguridad de estos productos y el otro es la eficacia terapéutica. En este tratar de garantizar que los productos que llegan a los pacientes o a los consumidores cumplan con estas tres características, también tratamos de darle una forma farmacéutica que nos garantice la dosis y los farmacéuticos participamos quizá como los únicos profesionistas que participamos por lo menos en nuestro país, en la elaboración de cápsulas, tabletas, parches, sacos, tés y ya nos platicaba la doctora, respecto a estos estudios clínicos donde usaron plantas

de conocido uso tradicional pero ella nos comentaba, ya en formas farmacéuticas con productos estandarizados y esta es una palabra que para nosotros es muy importante porque es la garantía de la reproducibilidad del experimento.

En ese sentido los farmacéuticos pues trabajamos en la elaboración de estos productos que tienen por lo menos en algún compuesto que nosotros consideramos activo una dosis fija y el producto pues se encuentra de alguna manera estandarizado. Por otro lado, conocemos bien la regulación de nuestro país y también observamos con lo comentan nuestros visitantes, que las regulaciones son muy parecidas en todo el mundo. En todo el mundo se tiene que garantizar la calidad de un producto, la eficacia y la seguridad. Posteriormente a los farmacéuticos nos interesa el uso clínico de estos productos, tenemos que garantizar en esta seguridad y eficacia no solamente en experimentos de animales sino también tenemos que tener y eso es algo que quizá en nuestro país falta mucho en donde nos podemos complementar con otras instituciones, disciplinas es la evidencia clínica en humanos donde evidentemente los productos funcionan como nosotros pretendemos que funcionen y para nosotros la responsabilidad como farmacéuticos no queda en un medicamento sino termina cuando garantizamos que el paciente alivio sus problemas, y aquí esta aproximación que hace el doctor Alain en esta medicina Integrativa me parece sumamente interesante.

De manera muy rápida quiero comentarles algunas de las áreas de investigación de la Facultad de Farmacia. Participamos en el descubrimiento de fármacos a partir de productos naturales como son las plantas medicinales, tres de los cinco cuerpos académicos o grupos de investigación que tenemos, tienen resultados en este sentido. Colaboramos con otras unidades académicas de nuestra universidad, con otras instituciones, por ejemplo al interior de nuestra universidad trabajamos con el centro de investigaciones químicas, también con el centro de investigaciones en biotecnología, con el centro de investigaciones en biología, con ellos desarrollamos trabajos, fundamentalmente de aislamiento de compuestos con actividad terapéutica, trabajamos en la evaluación pre-clínica de fármacos, también aquí tres de los cinco grupos de investigación con los que contamos realizan evaluación preclínica. Realizamos evaluaciones in vitro, en células u órganos aislados, en animales in vivo, pero también realizamos otros con ayuda de programas computacionales que nos permiten llegar a conclusiones sin llegar a usar tantos animales. ¿Qué tipos de pruebas en términos del uso terapéutico hacemos? Probamos actividad antioxidante, probamos actividad citotóxica, compuestos con potencial anticancerígeno, probamos compuestos con actividad antiinflamatoria, inmuno reguladora, actividad anti- diabética, actividad anti-hipertensiva, con estos medicamentos, aquí también tenemos actividades con la facultad de medicina, con otros centros de investigación, con la UNAM y con otras instituciones.

En la parte de desarrollo de medicamentos podemos colaborar de manera muy específica, tenemos una línea de investigación que tiene que ver con la determinación de parámetros de farmacéuticos para evaluar la biodisponibilidad de las sustancias activas en animales y humanos y. También en el desarrollo de nuevas formas farmacéuticas, desarrollamos las tradicionales tabletas, cápsulas, inyectables, etcétera, pero también estamos investigando nuevas formas farmacéuticas como el uso de las cápsidas de virus para que tengan una biodisponibilidad más específica los principios activos.

Por otro lado estamos muy comprometidos también con el desarrollo de la farmacia clínica, aquí es donde necesitamos fortalecer esta área no solo en nuestra institución sino que creo en muchas instituciones del país, no solo en lo que corresponde a los medicamentos sino también a los usos de las plantas medicinales y aquí tenemos un cuerpo médico trabajando con el uso de los medicamentos, el uso apropiado de los medicamentos en los tratamientos y el uso

racional de estos medicamentos y de las plantas medicinales. En este sentido trabajamos con investigadores del IMSS del ISSSTE de la Secretaría de Salud y de la UNAM también. De tal manera que aquí en flechas moradas les estoy marcando las áreas en donde los farmacéuticos tenemos una injerencia muy directa en esta posibilidad de tener productos ya sean principios activos aislados de plantas, pero también de estos productos más complejos como son los extractos estandarizados. Buscar la garantía de que estos productos tengan la calidad, la seguridad y la eficacia. Y aquí un resumen de lo que solicita el ICH en términos de lo que debe de cumplir cualquier medicamento en cualquier país y hacer énfasis en esta garantía de calidad, seguridad y eficacia que tenemos que cuidar.

Sabemos que hay muchos retos y estamos comprometidos en algunos de los que ya nos han platicado a lo largo de la mañana valorar científicamente los recursos utilizados en las prácticas médicas tradicionales que es una de las cosas que los farmacéuticos en este país le debemos a nuestra sociedad. Por otro lado pues contribuir al conocimiento de la flora medicinal mexicana, también con lo que nos acaba de comentar la doctora Ona, en términos de garantizar la conservación de las especies y también garantizar su uso sustentable, es uno de los compromisos de los farmacéuticos creo yo, que tenemos que asumir y finalmente también contribuir a su uso racional, y aquí pues no son fáciles todas estas tareas, se requiere de la participación concertada y multidisciplinaria de muchos profesionales de diferentes campos, pero pues yo quiero enfatizar el compromiso de los farmacéuticos mexicanos en esta tarea. Muchas gracias.

*Paul Hersch*

En un camino de caracterización progresiva que parte de los usos populares y de la etnobotánica y se dirige a la fitofarmacología, y luego a la aplicación terapéutica de la flora en servicios de atención, se perfilan escenarios diferentes en un reto que implica aprovechar las diversas modalidades de aproximación a la planta, que son fundamentales, Aquí en el punto de la integración implica articular la investigación experimental para que derive en aplicación terapéutica. Necesitamos entonces un enfoque que integre, un enfoque que genere situaciones que superen estos cuellos de botella, porque este recurso tiene que entrar en la aplicación clínica. Ello implica extractos totales seguros, ensayos clínicos, derivación de productos farmacéuticos, articulación con la industria, lograr un abasto y una producción ambientalmente sustentable, y esto es fundamental.

Rápidamente diré que, como referente de esta diversidad, en Mexico desde el año de 1846 la Farmacopea Mexicana era como muchas otras en esa época, una farmacopea de plantas. Pero esa farmacopea tenía además una posición acerca de los remedios populares, porque planteaba de manera explícita el imperativo de valorar los recursos locales. Nos estaban diciendo, justo en la misma época en la que México se le sustrajo más de la mitad de su territorio por parte de Estados Unidos, al enunciar: “como la academia (de farmacia, que generaba la farmacopea) es mexicana, ha procurado cuidadosamente siempre que la conciencia se lo ha permitido sustituir las sustancias indígenas a las exóticas, y consignaba sus usos. Llego un momento, en su edición de 1904, en que la Farmacopea Mexicana contenía más de 600 plantas reconocidas en su uso, plantas que provenían del saber popular, pero luego, de manera progresiva, cambió el perfil y contenido de la obra en un proceso en el cual la planta



medicinal como tal fue paulatinamente excluida en el marco de la creciente conformación de la actual biomedicina y el desarrollo de los fármacos de síntesis.

Simplemente, cabe señalar que en diversos escenarios biomédicos ha habido una exclusión de la planta medicinal, no como principio molecular activo sino en cuanto a sus extractos totales: en la educación médica, en la investigación clínica, en la industria, en la regulación, y hoy emerge esta necesidad de una integración, ¿para qué? para reconocer que hay otras fuentes que pueden ayudar, porque el saber empírico médico también fue descalificado en tanto que los patrones de investigación en el modelo flexneriano fueron propicios con la primacía de un principio activo sobre el extracto total de la planta, así como en la secundarización del clínico aplicativo como generador de conocimiento científico, y finalmente cuando el médico clínico deja de utilizar a la farmacopea como referente terapéutico y se basa en un catálogo de productos comerciales, como el célebre “PLM” iniciado en México en la década de los años cuarenta del siglo pasado.

Un farmacéutico que fue el profesor Juan Manuel Noriega, cuando ingresa a la Academia Nacional de Medicina años antes de ello, plantea a la fitoterapia mexicana como algo que habría que atender y proveerse de una serie recursos.

Ya para terminar esta breve intervención quiero citar unas palabras de Guillermo García Colín que fue un productor medicamentos a base de plantas, los productos “Garcol” del Laboratorio Químico Central, con el ejemplo de un medicamento que él formuló y lo denominó como “Glucolisina” basado en la quina blanca (antes *Coutarea latiflora* y ahora *Hintonia latiflora*) y otras plantas, para abatir la hiperglucemia y decía:

“El ejercicio de nuestras capacidades constructivas y creadoras puede y deber crear materia y sustancia de utilidad pública. Largos años hemos estado contemplando las bellezas y riquezas de México, hemos exportado esa preciosa materia prima en bruto conformándonos por precios impuestos por el importador, hagamos valer nuestras materias primas refinándolos nosotros mismos para darles el precio que merecen. Tenemos mucho que hacer y de ese mucho muy poco hemos hecho, la nación exige y reclama nuestro contingente, la oportunidad nos invita a entrar en acción, nuestro civismo y nuestra moral nos obligan a demostrar nuestra utilidad como ciudadanos conscientes”.

## Conversatorio 9

### Instituciones, regulaciones y distribución de recursos en torno a la fitoterapia

*José Luis de Prado, Andrés Fierro Álvarez, Gustavo Morales*

*Gustavo Morales (GM)*

Buena tarde, agradezco la invitación que me hicieron a través del Dr. Paul Hersch, una cosa sí les voy a decir, antes de presentar esto, lo que ustedes van a escuchar no es una versión oficial de COFEPRIS, sino simple y llanamente información del área en que trabajo. Toda información oficial se da por escrito, firmada y publicada. Cualquier duda que tengan, si tengo ocasión de dar la respuesta, la daré.

Me parece que es importante que conozcan mucho de lo que nosotros hacemos como área para poder establecer diferentes alternativas en las cuales el congreso se ha estado haciendo durante cuatro días. Como verán, yo soy parte del equipo técnico que evalúa la información que se somete a COFEPRIS en expedientes. Nosotros revisamos papel, papel y más papel, revisamos una gran cantidad de expedientes. Yo, estoy en la gerencia de medicamentos herbolarios, homeopáticos y medicamentos alternativos, yo no soy médico, yo no soy químico, yo soy biólogo, y ésta es otra de las profesiones que tienen que ver con el conocimiento de la medicina tradicional, de las plantas medicinales y todo lo que conllevan este tipo de productos.

Como verán, COFEPRIS tiene una visión y tiene misión, la visión es que México tenga una autoridad nacional para regular la protección contra riesgos sanitarios de una manera confiable y eficaz. Ésto se ha venido manejando desde hace unos seis años para acá, ya que a no existía una agencia regulatoria, o no se reconocía a COFEPRIS como una agencia regulatoria a nivel mundial. Entonces, se empiezan a crear estos lineamientos para que la OPS y la OMS le den la validación de que COFEPRIS es una agencia de reconocimiento internacional. Con la misión, como lo es en muchas otras empresas, de proteger a la población contra riesgos a la salud provocados por el uso o consumo de bienes o servicios, insumos para la salud, así como su exposición a factores ambientales y laborales.

Nosotros estamos en el área de insumos para la salud. El marco regulatorio que tiene COFEPRIS, y con el que nosotros nos sustentamos para hacer nuestras evaluaciones son: la Ley General de Salud, el Reglamento de Insumos para la Salud, el Reglamento de la Ley General en materia de publicidad, las diferentes farmacopeas que existen en el país, en especial nosotros utilizamos la farmacopea de herbolaria de México y la farmacopea homeopática de México. También están las normas, las cuales usamos para buenas prácticas de fabricación de los fármacos y medicamentos, la norma de etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios y la norma de buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de medicamentos herbolarios. También hay un acuerdo de trámites para establecer una dinámica rápida, para darle agilidad a la respuesta de los trámites.

Existen dos figuras regulatorias, en las cuales el usuario somete su expediente para obtener un registro sanitario: el medicamento herbolario y el remedio herbolario. El suplemento alimenticio también está contemplado en la ley, sin embargo, éste no tiene una autorización como la tendría el medicamento y el remedio herbolario.

El medicamento herbolario está establecido en el artículo 224 de la Ley General de Salud, y en los artículos 66, 67, 68 y 69 del reglamento de insumos para la salud. El remedio herbolario, y como ya lo dijeron en la presentación anterior, es el único que está establecido en algún país, y México es quien tiene este tipo de figura regulatoria, y está establecido en los artículos 88, 89 y hasta el 99 del reglamento de insumos para la salud. La definición del medicamento herbolario surge a partir de los lineamientos que da la Organización Mundial para la Salud en materia de medicamentos herbolarios, entonces, no cambia mucho en función de lo que ellos establecen y

la pueden encontrar en el artículo 24 inciso b, asterisco 3: los productos elaborados con material vegetal o algún derivado de éste como ingrediente principal, ya sea la parte aérea o subterránea de una planta, o extractos o tinturas, así como jugos, resinas, aceites grasos y esenciales presentados en forma farmacéutica, cuya eficacia terapéutica y seguridad hayan sido confirmadas científicamente en la literatura nacional e internacional.

En este punto hay que hacer mucho hincapié: “se presenta en forma farmacéutica”, conocemos que hay diferentes formas farmacéuticas: cápsulas, pastillas, tabletas, jarabes, soluciones, etc. Y complementa el reglamento de insumos para la salud en estos artículos con los siguientes requerimientos: qué es lo que deben de tener los medicamentos herbolarios, podrán tener en su fórmula excipientes y aditivos, podrán estar asociados principios activos o químicamente definidos, podría ser un medicamento alopático, un fármaco alopático, también, en su formulación, no puede tener sustancias estupefacientes, o psicotrópicas. Por ejemplo, últimamente se ha estado hablando de la probabilidad de entrar a la *Cannabis* activa como medicamento herbolario, y todo esto tendría una regulación especial.

La otra figura regulatoria, y es lo que ha generado mucha problemática, fuera de COFEPRIS, es el remedio herbolario, este concepto lo encuentran en el artículo 88 de insumos para la salud, sin embargo, si ven ustedes, tiene casi las mismas características que el medicamento herbolario, sin embargo, aquí lo que vemos marcado en morado es que se le atribuye por conocimiento popular o tradicional el alivio de algunos síntomas participantes, o aislados, de alguna enfermedad. De alguna manera, esto cambia el sentido de la figura regulatoria porque permite diferenciar qué es un medicamento herbolario y un remedio herbolario.

Respecto a la figura del suplemento alimenticio, son productos a base de hierbas, extractos vegetales, minerales, alimentos deshidratados, concentrados de frutas, adicionados o no, de vitaminas o minerales. Esta figura ha causado muchos problemas con muchos productos que se venden en el país, y no sólo en el país, sino en diversas partes del mundo. Éste lo podemos encontrar en el artículo 215 de la Ley General de Salud. También existe el reglamento de control sanitario de productos y servicios, en el artículo 168, que establece el contenido de los suplementos alimenticios. Hay plantas, hierbas, algas, los ingredientes de este tipo de productos están bien establecidos, sin embargo, la diferencia está en que uno es medicamento herbolario, otro remedio herbolario y otro suplemento alimenticio.

Este artículo es muy importante [el 95], sobre todo para los remedios herbolarios, este artículo nos establece que si en la evaluación se da cuenta de que el producto tiene una planta, o mezcla de ellas, que muestre indicios de efectos tóxicos o acumulativos, o cualquier otro riesgo para la salud, podrá prohibir la importación, elaboración, almacenamiento, distribución y venta del remedio herbolario. Esto es bien importante porque, muchos se escudan en que la planta no hace nada, sin embargo, tiene muchas interacciones, no solamente con las fórmulas que se hacen sino también con fármacos, medicamentos u otras cosas. Hay que tener mucho cuidado.

Cuando fui al inicio del congreso dije, me va a ver, o me va a oír mucha gente, pero somos muy poquitos hoy aquí ya en Cuernavaca, pero si les pregunto a ustedes ¿qué es esto? pues seguramente ustedes sí conocen lo que es un suplemento alimenticio. Una gran cantidad de productos que se venden en México y en otras partes del mundo de diferentes maneras y que de alguna manera están establecidos, tienen una mercadotecnia y venden el producto. Si yo les dijera que solo hay uno que ha solicitado registro de remedio herbolario y tuvo que hacer toda una secuencia de encontrar, buscar, someterlo a examinación, ver todo lo que se necesita y pasó, fue autorizado, el resto se siguen vendiendo como suplementos alimenticios.

Este es listado de plantas que se han autorizado para remedios herbolarios de acuerdo al artículo 88 del reglamento de insumos para la salud y cómo verán, *Valeriana edulis*, ¿es mexicana? [El público responde que sí] ¿*Agastache mexicana*? ¿*Plantago lanceolata*? Muy bien, tienen palomas, plantas que de alguna manera están enlistadas en la medicina tradicional mexicana, y que, de alguna forma, en la evaluación de su expediente se han autorizado para productos herbolarios como remedios herbolarios, artículo 88 del reglamento de insumos para la salud.

Esta tabla es la de productos autorizados de medicamentos herbolarios, y como verán aquí cambian de alguna manera las empresas (enlista varios laboratorios), y estas son las plantas que son autorizadas como medicamento herbolario de acuerdo al artículo 224 de la ley general de salud, y son plantas que no son mexicanas: *hedera helix*, *silybum marianum*, son plantas de conocimiento mundial, hace rato hablaba la doctora del *ginkgo biloba*, pues esta es una planta que se solicita para medicamentos herbolarios, y es recurrente, hay muchos productos que se solicitan con esta planta, plantas que no son de la medicina tradicional mexicana, y bueno aquí yo tengo algunas observaciones.

*José Luis de Prado*, Laboratorios Mixim

Hola, buenas tardes, muchas gracias por la invitación Paul, muchas gracias a todos ustedes. Bueno, yo voy a hacer un recorrido un tanto rápido, primero les voy a poner un antecedente, que quizá ustedes ya conocen, si no, pues van a enterarse, es un recorrido histórico de cómo empezó en México esto de los productos naturales, desde el siglo antepasado, a finales del siglo antepasado, y lo que dio forma, de alguna manera, a Laboratorios Mixim, que por cierto, el lunes antepasado cumplimos 69 años de estar fabricando extractos naturales, estamos muy involucrados en todo este tema de remedios herbolarios, medicamentos, tenemos muchas historias, desde suplementos y todo tipo de productos que se han desarrollado con extractos naturales.

Entonces, les quiero dar un recorrido muy rápido, en el contexto de los extractos botánicos a inicios del siglo XX, es para hacer un repaso de cómo iniciaron las compañías en México, desde la compañía medicinal de la campana en 1917, Carlos Stein & Cía. Beick Félix & Cía. la Química Industrial Bayer, Wescott & Cía. The Sydney Ross Co., y cómo fueron llegando, y cómo era en ese momento la distribución de los contenidos de acuerdo a la farmacopea mexicana de 1845, ustedes pueden ver aquí, cómo había en total 539 registros de la farmacopea que representaba el 52.7% de los productos registrados, productos químicos eran 128 y preparaciones farmacéuticas 374, en los cuales estaban involucrados los extractos naturales, esto lo hago de alguna manera para que se den cuenta de cómo hemos ido evolucionando las regulaciones y cómo de ser el origen, o bueno, en aquellos años la medicina con productos naturales, y cómo por los excesos de mucha gente, los merolicos y demás se han ido organizando y después regulando, de manera correcta y a la vez acelerada, y cómo la víctima, siempre han sido, dentro de todo esto, al final de día, las plantas medicinales.

Dentro de este contexto, un ejemplo representativo de establecimientos mexicanos que se transformaron en laboratorios a principios del siglo XX, bueno en aquel tiempo era Grisi, que luego se convirtió en Laboratorios Grisi y Laboratorios Bustillos, ambos, en la actualidad siguen siendo nuestros clientes.

En ese mismo contexto iban Laboratorios Manuell, IFUSA, Higia, Terrier, Reivillo fueron formando estos inicios de la farmacéutica mexicana en los años veintes, aquí lo más curioso y que pueden ver en el gráfico de al lado, es que ya en la edición de 1925 de la farmacopea

mexicana describían 620 productos de origen natural, y ya para 1930, en este mismo documento, ya sólo se contaba con 132 productos, una disminución tremenda del 79% y que entró ya el auge de la farmacéutica, que dio paso a lo que conocemos hoy, es donde vino la primera caída muy muy notoria de los productos vegetales en la farmacopea y desde luego en la industria farmacéutica, se comenzó la etapa de la síntesis, empezamos a perder fuerza con los productos naturales, y en esta etapa, es cuando nace Laboratorios Mixim.

En los años veinte, se denominaban laboratorios Codex, Mixim, fue fundado por un grupo de alemanes en México, encabezados por el señor Carlos Stein que tenía esta maravillosa farmacia Cosmopolita en el centro de la ciudad de México, y el señor Stein era un gran emprendedor, un hombre alemán de nacimiento, con un gran tesón, y un gran gran comerciante y distribuidor, entonces comenzó a traer productos de Europa, pero al mismo tiempo empezó a ver la falta de extractos naturales en México, entonces inicia con estos laboratorios Codex, como un alterno a la compañía de Stein, para abastecer todo este tema de fórmulas magistrales de farmacias en las boticas y empezar a tener producto natural para poderlos abastecer a ellos, ahorita más adelante les voy a explicar por qué hay dos latas de crema nivea ahí, porque eso tiene mucho que ver con el origen de Mixim. Como consecuencia del conflicto bélico que originó la segunda guerra mundial, y por el propio origen natural, Codex es intervenido por el gobierno mexicano, en entonces en 1940 es requisado por las autoridades mexicanas, y se quedan con laboratorios Codex.

Esto es un collage muy rápido del catálogo que todavía está en la biblioteca de laboratorios Mixim, de lo que ofrecía Codex, es un catálogo muy extenso, pero aquí vemos algunos ejemplos de cómo se publicaban los extractos, y cómo pueden ver ustedes, se mencionaba incluso hasta la dosificación, hoy esto sí le daría un buen calambre a nuestros amigos de COFEPRIS, pero en aquel tiempo tenía su propio sustento y funcionaba, así era la regulación sanitaria en ese momento, no era tan, digamos, era mucho más laxa que ahora, se publicaba de esta manera en Codex, y Codex, como ven aquí, dice “extractos fluidos medicinales Codex” y abajo dice, editado y elaborado por Carlos Stein y compañía, eran como empresas filiales, y bueno, es muy interesante echarse un clavado ahí, porque sí habla muy de fondo, de la bibliografía, o de las monografías de cada una de las plantas que siguen siendo muy vigentes, la cosa está ahora en el cuidado de cómo debemos ahora decirlo, o mencionarlo. Ustedes pueden ver, una botella, es un extracto fluido que nos fue obsequiado hace 12 años, por uno de los vendedores más antiguos de Mixim, que ya falleció, y que fue elaborado en 1924, y que cuando nos lo proporcionó, ese, que todavía está en el museo de Mixim le determinamos el principio activo, y está totalmente vigente. Es una prueba de estabilidad en el tiempo impresionante, que nadie nos la puede creer, pero ahí está, el extracto funciona, fue muy bien extraído.

Esto también es un pequeño collage, de Carlos Stein y de cómo vendían sus preparados, el vino de kola Stein, el vino de pepsina, otros preparados, calmantes, vemos pasifloras, sauces blancos, quería mostrarles esta parte.

Entramos a la fundación de Mixim, pasa este tema de la segunda guerra mundial y demás, en 1948, después de una serie de reclamos, este grupo alemán, consigue otra vez el laboratorio por parte de las autoridades, sin embargo, se dan cuenta que el nombre ya lo habían enajenado, se lo habían vendido a otras personas, y entonces se dan a la tarea de buscar un nombre complicado y entonces eligen Mixim, por el hecho de que se lee igual al derecho y al revés. Le pueden poner como quieran, su idea era hacer como una cruz de bayer, si ponían mixim, la equis quedaba en el medio y por todos lados se podía leer mixim. En ese tiempo se ubican las instalaciones en el mismo lugar donde nos encontramos hoy en día, en el año de 1961 el laboratorio se adquiere por una empresa norteamericana, que en ese momento era la líder en

el mundo en la fabricación de extractos botánicos, que era S.B. Pennick ubicada en Estados Unidos y eran grandes distribuidores de productos botánicos para todo el mundo, transcurre el tiempo y el químico Jorge Ebrard, el actual propietario de laboratorios Mixim, entra en ese momento para un proyecto de producción de papaína, la papaína en ese momento, era un producto importante sobre todo para la industria de las bebidas, porque es una enzima que actúa sobre las proteínas y se descubrió en un proceso que se hace para poder clarificar la cerveza, como ahora conocemos las cervezas artesanales mexicanas, salía con esta nitidez total, entonces para poderlas hacer transparentes utilizaban papaína, se hace un gran negocio, lo llaman a él, entra a Mixim y en pocos años se convierte como en el hombre orquesta de Mixim, en el hombre de ventas, de producción, de control de calidad, etc. y empieza a desarrollar el Mixim en el que hoy trabajamos, el que conocemos, ha hecho una gran empresa, dirigida específicamente a extractos botánicos.

A mediados de los sesentas la compañía Penick es comprada. Mixim se convierte en CPC, en una transnacional, y en 1977 el químico Ebrard compra la empresa, la redirige a donde estamos ahora, y ahora es una empresa totalmente familiar, tenemos diferentes instalaciones que se ha ido abriendo, que un poco más adelante rápidamente les voy a mostrar, hay unas fotografías donde tenemos nuestras propias siembras de plantas medicinales, hay aromáticas de nuestro propio interés, nosotros las cultivamos, se las voy a mostrar más adelante.

Nosotros somos una empresa familiar, totalmente familiar, tenemos una filosofía fundamental de respeto a la naturaleza, lo que obtenemos del campo se lo regresamos al campo, nuestra intención es no depredar absolutamente nada, si hay un negocio de por medio y vemos que vamos a afectar una especie botánica, no entramos a esos negocios, preferimos mantenernos en paz y en armonía con la naturaleza, porque al final del día es nuestra mejor proveedora de todo lo que hacemos.

Tenemos, como todas las empresas establecidas hoy, una visión muy clara de lo que estamos haciendo, una misión de fabricar extractos naturales del reino vegetal con la más alta calidad posible, siempre respetando su autenticidad y el singular beneficio de su origen natural, y una política de calidad, muy definida. Como política de servicio, esto es una empresa o es un negocio el de las plantas medicinales, es una actividad que requiere de mucha explicación, tenemos que explicarles para qué sirven las plantas, que tienen estacionalidades, que están sujetas a cambios climáticos, que tienen una serie de particularidades, porque la mayoría de las personas que se dedican a las plantas piensan que es como comprar una silla, como cualquier mueble, y no saben que estamos tratando con productos vivos, que tienen una vida a veces corta, que tienen una serie de dificultades relacionadas con el medio ambiente. Tenemos que ser muy claros en esto, y establecer una estrecha relación con nuestros clientes.

Tenemos toda una cadena que hemos construido en 79 años a nivel mundial para poder comprar las plantas de su lugar de origen, nosotros actualmente traemos plantas del centro de Europa, traemos plantas de Sudáfrica, de Norteamérica, del puerto de Canadá, de Latinoamérica, de Centroamérica, de México, de donde sea necesario, siempre buscando el origen natural de cada una de las plantas. Fabricamos esta línea completa de extractos, destilados, extractos secos, fluidos, resinas, enzimas, etc.

Obviamente tenemos una cartera de más de 650 clientes, incluyendo una de exportación, y esto es bastante interesante, porque nuestra exportación es comúnmente de extractos fabricados a partir de especies botánicas mexicanas, exportamos a Japón, China, Pakistán, India, Dubai, Estados Unidos, España, Alemania, Francia, Argentina, Colombia y algunos países del Caribe.

Ahorita les voy a enseñar unas plantas, muy rápido, de lo que hacemos. Obviamente como somos una empresa familiar, mexicana, no transnacional, nos allegamos con adscripciones de instituciones acreditadas para dar sustento a lo que hacemos, para dar soporte, y ahí está el INAH de Morelos, siempre hemos estado con Paul muy a la mano, está el jardín botánico de la UNAM, The Herb Research Foundation de Estados Unidos, etc. Hay una serie de asociaciones a las que pertenecemos.

Les hago un recorrido muy rápido de nuestra parte de responsabilidad social. Esta es una instalación muy interesante, se llama la maisonnette, es el centro de propagación y banco de semillas para la conservación y propagación de plantas medicinales y aromáticas, ubicado en el municipio de Donato Guerra, en el Estado de México, cerca de Zitácuaro y de Valle de Bravo, concretamente en un lugar que se llama Mesas Altas de San Juan Xoconusco, en una comunidad de no más de 300 habitantes, en la cual encontramos un espacio para poder sembrar y rescatar la valeriana mexicana que estaba ya en extinción hace algunos años, y de ahí se derivó una serie de siembras de productos de nuestro interés, y generamos una mano de obra suficiente en la zona, de la cual ahora, prácticamente el 30% de la comunidad vive de ella, y son nuestros actuales proveedores de plantas medicinales de la zona.

La maisonnette, este es más o menos un collage muy rápido, esta es una planta originaria de norteamérica la estamos sembrando que es *Echinacea purpurea*, ésta de arriba es una de las plantas que fabricamos en resinas y la exportamos a Dubai, Pakistán, India y China en cantidades muy importantes por sus efectos laxantes. Pueden ver aquí abajo una manzanilla, tenemos sembradas en algunas partes toronjil, la persona de ahí, es el ingeniero Ebrard que está revisando, se puede ver la zona de riego y demás.

Este segundo de aquí, aquí Jorge que me acompaña ha trabajado ahí en los últimos 30 años, ahí tenemos siembras muy importantes de cúrcuma, este lugar se originó principalmente para cultivar cúrcuma porque es una especie botánica originaria de India, es un commodity mundial de cientos y cientos de toneladas como un colorante natural para alimentos y cuando era el tema de fronteras cerradas en México, se decidió hacer estas siembras, se llegó a 70 hectáreas, y hoy contamos con 32 hectáreas sembradas de cúrcuma de alta calidad, con un 5 o 6% de curcumina, su contenido natural y abastecemos el 80% del mercado nacional.

Hay instituciones como el Instituto Nacional de Cancerología, está trabajando con la cúrcuma, por su actividad antioxidante y por sus actividades hepatoprotectoras y antiinflamatoria, con resultados muy interesantes, con cerca de 150 pacientes, en un protocolo que ya lleva 3 años, y han evitado en muchos casos que lleguen a diálisis, tiene una acción sobre el riñón bastante interesante, pero son estudios, obviamente no podemos adelantar nada, el instituto y principalmente el área de nefrología, está trabajando con ello.

La cúrcuma está sembrada como un proyecto que hizo el propio Jorge, para evitar de forma natural plagas en la zona, se centraron para rescatar zonas forestales, cerca de 15000 árboles de caoba, y la cúrcuma se siembra en los pasillos entre los árboles de caoba, se crea una especie de microclima que ayuda a que no haya plagas que afecten a la planta de manera natural, es muy interesante. Hoy hay árboles impresionantes, no sé cuántos metros pueden medir, pero son grandísimos ya, es una zona muy interesante de conocer y visitar y de ahí seguimos obteniendo nuestra cúrcuma.

Esto es en Ensenada, en Baja California, tiene al final del día una historia un poco triste, este lugar lo tenemos desde hace como 40 años, tenemos ahí como 14 hectáreas sembradas de *Ceratonia siliqua*, que es algarrobo, ya ven que se dice en la publicidad de los vinos y demás, que

Baja California se encuentra en la franja de los vinos y demás, a la altura del mediterráneo, el algarrobo es de gran importancia para Mixim, porque se venden muchas toneladas de extracto de algarrobo principalmente para la industria de bebidas de sabores, pero nos alcanzó la realidad y llevamos los últimos 6 años en una sequía tremenda y se nos están muriendo algarrobos con una edad de más de 40 años y no hay forma de rescatarlos. Entonces, estamos ya a punto de vender estas tierras, desafortunadamente, y hoy por hoy el algarrobo lo estamos trayendo de su zona original de Chipre, Grecia, y parte de Francia, porque no nos quedó de otra más que renunciar a esto, pero pues así son los cambios ambientales.

Y bueno, pues contamos con un laboratorio de control de calidad, con el equipo suficiente, y finalmente, nada más hacerles mención, de que en Mixim siempre hemos buscado la forma de convencer sobre la fabricación de extractos totales, en la industria farmacéutica les ha dado mucho por sintetizar principios activos, y esto nos hace perder la gran oportunidad de la sinergia de todos los metabolitos de la planta, entonces siempre hemos defendido la situación de los extractos totales, les hago aquí una mención de esto, y consideramos que no hacerlo desecha el potencial benéfico integral de la planta, hay veces que el principio activo que buscan específico, no funciona si no tiene los demás elementos que lo sinergizan.

Aquí es un enfoque de la aplicación de los extractos botánicos en medicamentos, remedios herbolarios y suplementos, siguiendo un poco la plática del biólogo, hay una aplicación de normas estrictas, y entendemos por qué lo riguroso de la regulación, sin embargo a nosotros nos desarma muchísimo, como industria no nos pueden ubicar exactamente en un nicho específico dentro de la regulación en México y en diferentes partes del mundo, entonces nos califican como fábrica de medicamentos, como fábrica de fármacos y no, como debe ser, como fábrica de extractos botánicos que son utilizados en cosméticos, en bebidas, en alimentos, en el ámbito farmacéutico e incluso en otras áreas de la industria, entonces eso nos ha complicado mucho y por ello muy pronto seremos visitados por COFEPRIS para ello, esperando obtener la certificación después de un gran trabajo que hemos realizado. Para ello tenemos nuestro manual de gestión de calidad.

Ya para finalizar me gustaría darles unos datos finales, se calcula que los ingresos del mercado mundial de extractos y suplementos botánicos se van a van a valorar en más de US \$ 40.000 millones al término del año 2017. Para el año del 2025, se espera que el mercado mundial de extractos y suplementos botánicos alcance una valoración de mercado de más de US \$ 65.000 millones, con una tasa de crecimiento anual estimada en el 6,9% durante el periodo.

Como verán ustedes, es un segmento, un sector importantísimo, pero que tiene que ir siempre de la mano de la sustentabilidad, y del respeto por la naturaleza. Y abajo, les menciono nada más, que actualmente es complicado porque hay una gran publicidad, muy a la mano en internet, pero que puede ser muy engañosa, hay que tener mucho cuidado, la gente acude a fuentes no confiables para automedicarse, no solamente con remedios o con medicamentos herbolarios, con extractos, sino con los propios farmacéuticos.

Debido a horarios agitados y cambios en los patrones de estilo de vida, hay un aumento constante en la incidencia de enfermedades del estilo de vida como diabetes, obesidad y presión arterial alta y los consumidores están tomando medidas preventivas para reudicir los efectos de estas enfermedades mediante la ingesta de productos naturales en forma de suplementos o complejos botánicos. El crecimiento de la población geriátrica en los países desarrollados, co Estado sUidos y Japón, ha llevado a un gasto significativo de servicios de salud. Como medida de salud preventiva, la población geriátrica está inclinada a utilizar medicamentos alternativos debido a efectos secundarios escasos o nulos y al cuidado de su economía. Esta situación ofrece



oportunidades lucrativas a los fabricantes de suplementos botánicos para ofrecer productos basados en extractos botánicos en el segmento de salud personal.

Y cerramos con el significado real de Mixim, que es el actual, de los últimos años, y que está en náhuatl, y que es: México, Iztlatlcalli, Xochitl, Ilampapatli, Maitlalli, que quiere decir, lugar del maguey, casa de la sal, de las flores y de la antigua medicina, donde tierra y mano se unen.

Muchas gracias.

*Andrés Fierro (AF)*

Buenas tardes, yo me llamo Andrés Fierro y trabajo con plantas medicinales, por una sugerencia de Paul hace muchos años, me invitó a participar en la propagación de unas especies de zonas tropicales secas, en las colindancias de Morelos, Guerrero y Puebla hay unas especies muy interesantes, en zona de recolecta muy intensa, y ahí hay, existen especies vegetales amenazadas, porque se extraen y se recolectan de manera desmedida, y me pidió poder participar en la propagación de especies, yo soy ingeniero agrónomo, yo estudié en una zona de clima tropical, y uno como agrónomo piensa que puede cultivar cualquier planta, y sí en efecto, se puede cultivar, pero no tiene mucho éxito y mi experiencia ha estado llena de muchos fracasos, que eso enriquece, entonces, voy a tratar de explicar algunos aspectos que tienen que ver con el cultivo de plantas medicinales, llevo 25 o 30 años dedicado al cultivo de plantas medicinales, actualmente soy productor de plantas medicinales, en la ciudad de México, casi todo lo hago bajo cubierta plástica, y trabajo, originalmente tenía un stock de unas 60 especies vegetales, de esas 60, las he ido reduciendo a unas 12 o 13 especies, considero que son pocas, el tiempo que me queda es poco, entonces posiblemente no abarque mucho, el mayor problema es que no hay mucha gente dedicada en términos agronómicos al cultivo de las plantas medicinales, y ahorita voy a explicar por qué, por qué hay ese desprecio hacia las plantas medicinales, en términos de su estudio y de su cultivo, y su manejo, ya sea cultivar y domesticar, es un poco, no son sinónimos, pero son parte de un proceso. Voy a presentar dos pequeños versos, que son de una canción de Violeta Parra:

*Para olvidarme de tí  
Voy a cultivar la tierra  
En ella espero encontrar  
El remedio para mis penas*

*Cogollo de toronjil,  
Cuando aumenten las penas  
Las flores de mi jardín  
Han de ser mis enfermeras.*

Es decir, también forman parte de nuestra cultura estas plantas, entonces, voy a iniciar. En México se utilizan en gran medida las plantas medicinales, el número de plantas medicinales que han sido estudiadas fitoquímicamente es bajo, no llega al 10% del total de especies identificadas, las evaluadas farmacológicamente son menos del 5% y agronómicamente son menos del 1%, son muy poquitas, contaditas.

La mayoría de las especies que vienen en los libros, o manuales de plantas medicinales, son las que tradicionalmente llegaron con los conquistadores y las plantas nativas pasaron a un segundo plano, salvo las que ya estaban en proceso de domesticación y formaban parte de ciertos procesos de cultivo.

En México se comercializan y se venden cerca de 250 especies, en la zona central del país, dentro de estas especies, una gran parte son de plantas silvestres, plantas recolectadas, y una parte son plantas cultivadas y/o domesticadas.

Por otra parte, lo que más alarma es que el 90% son plantas silvestres, sólo el 10% son plantas cultivadas de alguna manera sustentable. Esta recolección ha traído como consecuencia que algunas de las especies de plantas estén amenazadas, para no entrar en estos términos alarmistas de que están en extinción, no, están amenazadas, es un nivel un poquito más arriba de que estén en peligro de extinción.

En México, no existe una institución que aborde todos los aspectos, etnobotánicos, botánicos, ecológicos, fitoquímico, farmacológico, cultivo, procesamiento, control y la comercialización, no existe nada de eso. Hay trabajos aislados, instituciones, empresas que de forma aislada y con mucho entusiasmo hacen sus actividades, y en la parte del cultivo no es la excepción.

Con respecto a la producción y cultivo de los países miembros de la Unión Europea, el sector de fitofármacos agrupa a 21 mil productores y recolectores, quienes en su conjunto explotan una superficie de 100 000 hectáreas, en las cuales se cultivan unas 150 variedades de especies para uso farmacéutico.

En México, ¿qué pasa en México? 18 estados cultivan hierbas medicinales, sólo 18 estados. Se destina 13 200 hectáreas para 36 especies nada más, si consideramos 400 especies curativas que se pudieran vender en este estimado, sólo se cultiva el 9%, y este sería el listado de las plantas que se pueden cultivar, o que se están cultivando en México, muchas de ellas son ya domesticadas, muy pocas son nativas, originarias de México, muy poquitas, la gran mayoría son introducidas, recientes, o de procesos anteriores.

El cultivo intensivo de plantas medicinales empezó hace 30 años en México, no es muy viejo, las técnicas de producción se han ido desarrollando a partir de conocimientos tradicionales, los agrónomos no han tenido nada que ver ahí, nada, yo lo reconozco, nada, soy agrónomo y no, no nos pelan, porque los agricultores tienen una experiencia, tienen la cultura agronómica que aplican en los cultivos que normalmente hacen, y utilizan tecnologías que no necesariamente son muy racionales, pero son las que se utilizan.

Los profesionales de la agronomía han estado ausentes, hasta hace pocos años, ninguna de las licenciaturas del sector agropecuario a nivel nacional contaba con un plan o programa de estudio con un curso obligatorio en plantas medicinales, hay algunos pequeños cambios, Chapingo, que es la Universidad más vieja de este país, una universidad agrícola, sólo cuenta con un curso, en la especialidad de fitotecnia, es una asignatura optativa. La Universidad Autónoma de Sinaloa, en la Facultad de Agronomía, hay una asignatura que se llama floricultura y herbolaria. En la Universidad Autónoma del Estado de México, en su licenciatura para ingeniero agrónomo, tiene un área dedicada a la herbolaria. En este contexto, el eslabón primario no cuenta con un sustento técnico-científico que permita aprovechar todo el potencial todo el potencial productivo.

En México, existen al menos 33 instituciones a nivel superior que imparten alguna licenciatura relacionada con la agronomía, y por lo que vemos, muy poquitas tienen algo que ver, por lo menos la herbolaria ya es algo importante, no tanto el cultivo.

¿Se investiga en México los aspectos agronómicos relacionados al cultivo de las plantas medicinales? En instituciones de investigación son muy escasas, en instituciones públicas son muy escasas, y en instituciones privadas, son nulas. En general, las investigaciones son escasas y dependen de algún interés particular de algún investigador. Por parte de la UAM, en el colegio de posgraduados, hay algunas publicaciones que tienen que ver con el cultivo de plantas medicinales, pero son cuestiones de interés específico de los investigadores.

Primer ejemplo, en el año 2015 asistí a un congreso, que era sobre dos asociaciones nacionales de horticultura, y asistí a los dos eventos, los trabajos de cultivo o aspectos de fitotecnia de las plantas medicinales, no fueron más de cuatro. La mayoría de los trabajos presentados que abordan el estudio agronómico de las plantas medicinales fueron: etnobotánicos, listados, encuestas y estudios fitoquímicos, pero la parte fitotécnica, no se estudia.

Los únicos trabajos que se presentaron en esos congresos, que hablaban de plantas medicinales los presentamos nosotros, de los tres congresos fueron tres trabajos diferentes, de diferentes especies, y eso, a mí me da un poco de tristeza, porque no había otra parte que estuviera estudiando el cultivo de plantas, hay estudios etnobotánicos, fitoquímicos, excelentes también.

El segundo ejemplo, hay un menosprecio hacia el cultivo de las plantas medicinales en el interior de las instituciones agrícolas, en el año 2015 se estaban haciendo algunos cambios en el plan de estudios, yo propuse un módulo optativo de cultivo plantas medicinales, aromáticas y condimentarias, y uno de los profesores dijo que si estaba vacilando, que si es propuesta era una broma. Eso fue muy fuerte, agresivo.

Por otra parte, en cuanto al germoplasma, es decir, el material necesario para cultivar, pues es muy difícil conseguirlo, las plantas domesticadas, ya sean nativas o introducidas, y tampoco para las plantas de crecimiento espontáneo, las plantas silvestres, sean nativas o introducidas. En México, no hay proveedores especializados en plantas medicinales, sólo hay dos regiones donde se cultiva de forma intensiva y diversificada flores, o plantas curativas, la primera está en el sur del estado de México y el oriente de Morelos, y la segunda se encuentra ubicada en Puebla, en los municipios de Cholula, Atlixco y San Martín de Texmelucan, esas son las únicas regiones que tienen, donde se siembra de forma intensiva plantas medicinales, no hay más.

En ese sentido, si una empresa o persona decidiera incorporarse al cultivo de plantas medicinales un primer impedimento sería la disponibilidad de germoplasma para instalar su parcela, ya que de las 36 especies que se cultivan sólo se consiguen 8, de las 36, 11 son silvestres y de esas solo de una se consigue semilla, el resto presenta algún grado de domesticación. Estasson las semillas que se pueden conseguir, y aquí vienen algunos precios en cuanto a costo y comparación. Es decir, no hay mucho. Alguien diría entre los agrónomos ha de haber mucho, no no hay nada. Estas son otras más de las 36, hay algunas marcadas.

Entonces, nosotros tenemos aquí un dilema, tenemos la recolección o tenemos plantas cultivadas y la domesticación. En el caso de la planta recolectada tenemos que tener una identificación correcta, pero existen varios sinónimos de ciertas plantas y puede haber errores, hay un mismo nombre para varias plantas, por ejemplo, hay tantas árnica como especies hay, en cada región hay un árnica y son especies diferentes, y así respectivamente. Hay una gran variabilidad genética, y una gran variabilidad fenotípica, hay una variabilidad e inestabilidad en los extractos, contaminantes y toxinas.

Por otra parte, en la domesticación buscamos optimizar rendimientos, estandarizar calidad, vamos, lo óptimo sería tener semillas mejoradas, pero si no tenemos el cultivo tampoco hay

áreas dedicadas al mejoramiento genético, y ahora vamos a mencionar dos casos. Hay un mejor control en la producción, en las plantas domesticadas que son de uso medicinal, existe un problema, las plantas silvestres para poder sobrevivir a un ambiente hostil necesitan metabolitos secundarios que permitan que no se las coman, y si alguien se las come, pues le va a costar, se puede envenenar, puede sufrir alguna intoxicación, etc. son sus mecanismos de defensa, tanto para insectos como para herbívoros, en la medida en que yo la paso de la parte silvestre a la parte cultivada, la planta ya no dedica su metabolismo a producir esos metabolitos, porque está cultivada, porque recibe agua, recibe control de plagas, recibe nutrición, entonces se dedica a crecer, a desarrollarse, y entonces el problema con las plantas medicinales cultivadas es la concentración de los metabolitos, qué les sucede, y agrónomicamente casi no hay investigación, y hacen falta esos estudios, por eso menciono aquí la regulación del estrés, ¿para qué? para generar estos metabolitos en las plantas cultivadas, porque solamente es a través del estrés, el estrés nutricional, el estrés de plagas, enfermedades, que yo someta a esa planta a esas condiciones, es como voy a generar esos metabolitos como mecanismos de defensa, y así poder elevar su contenido en estas plantas. Si no, se convierte en una planta placebo, y eso es fuerte. Por otra parte, se pueden utilizar mecanismos moleculares para poderlas identificar, o su propagación por cultivo de tejidos, etc.

Entonces, para que yo cultive, necesito tener condiciones, regular clima, las condiciones ambientales, riego, nutrientes, pH, control de plagas y enfermedades, y las condiciones de estrés para que tenga la especificidad en estos metabolitos de interés. Por ejemplo, en el caso de la *Mentha piperita* sembrada a la sombra o sembrada a la luz, hay una diferencia en los aceites esenciales, de 1.09 a 1.43, y la concentración del menthol cambia, es decir el simple sombreado tiene impacto en los aceites esenciales y en el menthol. Si esto está pasando en esta especie, pues tiene que pasar en otras.

Por otra parte, las investigaciones fitotécnicas son muy escasas, no hay casi información que coteje, la que hay existe sobre las plantas ya domesticadas, y que vienen del mediterráneo o de otras zonas que ya previamente fueron cultivadas, de la que ya existe alguna información, no necesariamente para México.

Otro ejemplo, la borraja, hay dos especies, hay borraja de color azul y la borraja blanca, en México no hay blanca, sólo azul, pero esta borraja es silvestre y tiene un problema en su propagación, es una planta muy especial, tienes que recolectar la semilla justamente en el momento en que cae, para que la puedas sembrar, y que germine. Si yo la recolecto antes o después y la quiero sembrar, ya no germina, ¿cómo le hacen los recolectores de Xochimilco o de otras zonas para reproducir esta planta? Dejan que todas las semillas caigan y florezcan, y después las meten en macetas y las van cultivando, ese es el truco, de esta especie. Pero cómo te das cuenta, si la empiezas a recolectar y recolectar y no la puedes propagar, y entonces, pues cómo le hace la naturaleza, entonces hay que observar, y eso llevó tiempo, no fue porque yo sea muy iluminado.

Este es otro caso, la manzanilla, nuestros agricultores, que siembran manzanilla la quieren no tanto para producir flor sino para producir hoja y tallo, porque es como se vende, como se compra, otro problema es que la cantidad de aceite esencial es muy bajito, en esas especies, en la semilla que se compra normalmente, entonces hicimos unas comparaciones, de dos tipos de semilla, y encontramos diferencias en la concentración del aceite esencial, posteriormente una persona que trabaja en una zona cercana a Chalco cultivando manzanilla, fue a verme porque su manzanilla no producía aceite, estaba cultivando manzanilla, y no recolectaba los frutos, y no le estaba produciendo aceite, o le producía 0.1% o 0.2% que es una cantidad muy baja comercialmente, entonces, tenemos un problema en el germoplasma, en la calidad de la semilla.

En la *Mentha piperita* igual, tenemos problemas, esta mentha requiere una gran cantidad de luz, y requiere cierta temperatura, hay una correlación entre los dos factores, si no tienes esa condición, la planta puede florear, pero su semilla es inviable, y es lo que sucede en la ciudad de México, la semilla es inviable, la única forma de poderla propagar es por las crías.

El *Agastache mexicano* (toronjil) igual, es una planta de la cual hay dos tipos: la blanca y la morada, la blanca no existe en la naturaleza, no hay contraparte silvestre, la que es silvestre es la variedad morada, su propagación es igual, presenta dormición o dormancia, en las dos variedades la morada y blanca y es un problema con las plantas silvestres o con algún grado de domesticación, por lo que su propagación presenta serios problemas y se requieren de procesos pre-germinativos en ambas. Esto significa que por ser una planta silvestre requiere de procesos naturales de sol, agua, lluvia, etc. para que su testa se ablande y pueda germinar, entonces presenta una dormición en su testa, su testa es muy dura, y de forma natural germinan muy pocas semillas y para su propagación comercial solo tendríamos menos del 10% de semillas germinadas, y para obtener plántulas comerciales debemos de realizar prácticas entonces utilizando ácido clorhídrico para adelgazar su testa y de giberelinas sintéticas para que logremos germinaciones entre un 70 u 80% en la germinación de semillas, y podemos entonces propagar en forma de semilla y ya no por esqueje, como se hace actualmente mayoritariamente de forma comercial.

Igual pasa con el zacate limón, y para las condiciones de la ciudad de México tenemos un problema de temperatura. Entonces, la mayoría de las plantas silvestres presentan un problema de dormición, y ese problema es muy grave cuando empezamos a trabajar o a cultivar, o a la domesticación. La mayoría de las plantas silvestres tienen este problema, entonces obtener semilla de estas plantas y comenzar a cultivar con fines comerciales no es nada sencillo. Obtener semilla de otras especies, que ya han sido cultivadas, en algunos casos puede ser difícil.

Tenemos árnicas, que tienen otra situación, es una planta cuasi silvestre, sobre todo la *Heterotheca mexicana*. Los epazotes también tienen problemas en su propagación, también el huelle de noche, el manrubio, el dondiego, el chicalote, los mirtos tienen una propagación por semilla complicada, la *Ruta chalepensis*, es una planta que tiene una testa muy dura y requiere un manejo muy especial, los toronjiles, la valeriana, el toloache, el complejo de ipomeas, ortigas, cinco negritos, etc. Estas son las plantas con las que necesitamos trabajar, algunas son malezas, todas con propiedades medicinales, y estamos haciendo procesos de propagación y de cultivo. Esa es la parte que yo quería mostrar, en términos generales. Muchas gracias.

*Paul Hersch*

A pesar de todo este panorama que presentaba Andrés, ha logrado avanzar inclusive en temas de producción y de otros temas que tienen que ver con la cuestión del procesamiento, a pesar del marco que Andrés nos acaba de señalar, pienso que son dos presentaciones complementarias porque desgraciadamente no es un caso representativo de la industria mexicana, es un caso que se escapa, a mi parecer, del perfil dominante, y en la regulación también suceden estas cosas, pero yo no quiero acaparar la palabra, simplemente, pasaría por el mismo formato a pedirle a los compañeros si quieren preguntarse algo entre ustedes o a partir de preguntas que se hagan ustedes comentarían. No sé si quiera alguien comenzar con alguna pregunta o un señalamiento, estamos aquí para eso.

*Persona del público*

Pues ya contemplada el peligro de cultivar plantas con la posibilidad de la pérdida de metabolitos secundarios, yo vi en la presentación del ponente de Mixim, que tienen cultivos amplios, se ven unas parcelas limpias, es un cultivo tecnificado, en el caso de los árboles, en el caso de Donato Guerra, que tienen valeriana, no hay ahí interacción más que con su propia especie, cómo logran tener esos altos índices de metabolitos secundarios, ¿hay que hacer constantemente pruebas? ¿o tal vez en su laboratorio tienen ese aparato no sé si de cromatografía que habla de esa calidad? ¿cómo un monocultivo puede tener las cualidades medicinales?

*José Luis de Prado*

Bueno, para llegar ahí, la realidad es que fue todo un proceso largo, esta historia comenzó con el rescate de la valeriana, es una planta en peligro de extinción, bueno, lo fue, hace varios años, y de la mano de un doctor del jardín botánico, le dijo al ingeniero Ebrard, que la valeriana se acabó. En Europa se vendía muchísimo la valeriana mexicana, precisamente por un tema industrial, para poder estandarizar la *Valeriana officinalis*, que es la que está registrada en la farmacopea europea, entonces para estabilizar usaban la mexicana, era todo un tema ahí, y obviamente la compraban en México. Y lo que se antepone a todo esto es, bueno ahorita hay un poco más de ética en el asunto, pero la necesidad y el hambre van primero, y entonces, llegaban y pedían en los pueblos y demás esta planta, y entonces arrancaban y quitaban, y pues no preservaban, no buscaban que la planta continuara y se la acababan. A partir de una semilla, otorgada por el jardín botánico, en Mixim se inició un proceso de micropropagación, a través de un cultivo similar a los nutrientes normales de la planta en campo, y esto llevó muchos años, estoy hablando de un proceso que llevó casi 18 años a fondo perdido, pagado por nosotros, en un pequeño laboratorio y haciendo la micropropagación, y de ahí se migró después a campo y se llevó a diferentes partes, a Milpa Alta, a Tláhuac, y entonces enfrentamos no sólo procesos de la naturaleza, sino procesos sociales, por ejemplo, en las siembras en Milpa Alta, cuando llegábamos a ver cómo iba nuestra valeriana, pues ya se la habían comido los animales del vecino, o alguien le había echado una milpa y ya se habían acabado el trabajo de dos años.

Entonces empezamos a migrar a otros lugares, se buscaron las condiciones naturales de la valeriana, desde latitud, altitud, clima, yo recuerdo que el ingeniero Ebrard se montaba a su perro en su camioneta, con su gps, e iba buscando los caminos, empezó a ir hacia Valle de Bravo, y un día nos dijo “encontré un lugar exacto”, había encontrado a Donato Guerra, y todavía ahí, se aventó tres años, de llevar la plantas, evaluarlas, esperar a que produjeran y evaluar, sus contenidos, su tamaño de raíz, etc. Es un proceso muy largo y muy caro la verdad, pero lo que impone aquí es el tesón, las ganas de hacer las cosas, a veces el recurso económico no ayuda, en este caso afortunado la propia evolución de Mixim, la venta de extractos han podido apoyar esto, con el costo que haya tenido, y finalmente, comentaba con mis compañeros, se pudo lograr hace tres años tuvimos la primera cosecha, logramos la primera media tonelada de raíz de valeriana con un contenido adecuado de valepotriatos e hicimos la primera corrida de extracto, tuvimos que esperar todos estos años que hablo para llegar a ese punto. Y qué estamos haciendo ahora para propagar este éxito de Mixim, pues la única manera de poder propagar la planta y que no vuelva a caer en un peligro de extinción es ser generosos con la naturaleza.

Actualmente estamos haciendo lo siguiente, le acabamos de dar hace un año un aproximado de 2 000,000 de semillas de valeriana a una de nuestras principales proveedoras de plantas, a una señora que empezó de origen muy humilde en Puebla, para que ella lo siembre en sus parcelas

y de los demás, y nosotros le compramos la raíz de vuelta, a la comunidad con la que trabajamos en maisonnette, seguimos dándoles las semillas y cuando obtienen valeriana, se las compramos, medimos los valepotriatos y hacemos extractos. La única manera de propagarlo es ser generosos, insisto. Perder de vista el tema “negocio” y enfocarse mucho en el respeto a la naturaleza.

De lo demás que preguntas, la zona tiene plantas endémicas de ahí, que han sido complicadas de domesticar, como bien decías, ahí encontramos árnica, no suficiente para nuestra necesidad, pero sí suficiente, y cuando quisimos domesticarla, nos quedamos dos años sin árnica, entonces tuvimos que dejar a la naturaleza otra vez, que hiciera sus procesos normales otra vez. Pero igual hay otras plantas, hierba del sapo, llantén, etc. hay alrededor de 12 o 13 especies botánicas, algunas de nuestro interés, sin embargo, todavía no las explotamos después de 7 años, porque no queremos interrumpir el proceso natural, tenemos que esperar, a ver si realmente nos van a poder ayudar o no, hay que esperar.

El caso que habíamos presentado de *Echinacea purpurea*, se sembró hace tres años y todavía no la hemos cosechado, estamos obteniendo semilla, y volvemos a sembrar, y otra vez, hasta que tenga un proceso de cuatro o cinco años y que creamos que tiene lo necesario para poderla cosechar, es un tema de paciencia y de generosidad, haya que esperar, hay que darle espacio a la naturaleza, porque es muy complicado el campo, y en México, lo puedes ver en el caso de Chiapas, han invadido campos, han tumbado cosechas, han pasado muchísimas cosas, que han costado una verdadera fortuna, sin embargo, ves las siembras y son un verdadero ejemplo de siembra, se requiere muchísimo orden, se necesitan respetar las distancias, entre surco y surco, cosas que no son de mi conocimiento, pero que los agrónomos lo saben muy bien, las distancias entre las especies botánicas, para que la planta se desarrolle con toda la tranquilidad que requiere la naturaleza.

*Andrés Fierro*

Hace algunos años estaba trabajando con esta planta que le llaman Santa María, y la tenía en unas macetas, unos contenedores grandes de polietileno negro, y eran unas 30 o 40 macetas, y estaba produciendo esta planta, y Andrés Navarrete estaba trabajando con esta planta y me pidió unas muestras, mandaba a sus alumnos a que tomaran muestras periódicas de estas plantas que yo sembraba, regaba, cuidaba muy bien, eran unas bellezas, y al tiempo yo le pregunté que cómo habían salido los contenidos de los metabolitos y me dijo “la planta no tiene nada, nada”, en cambio las que son silvestres sí tienen, entonces para mí fue un choque, me dije “¿para qué estoy cultivando algo tan bonito si no me sirve para nada?”, bueno, quizá para los ojos sea bueno, pero en términos medicinales tendría sólo un efecto placebo, y ahí comenzó mi interés por comprender los aspectos agronómicos y estas relaciones con las plantas, ahorita estamos corroborando este problema que se presenta exclusivamente en el cultivo de plantas medicinales, por eso se prefieren las plantas silvestres, el problema es que nos las estamos acabando.

*Persona del público*

Entonces, por ejemplo, en la zona de Xochimilco, que es de verdad un paraíso, yo cuando vi las parcelas, los invernaderos llenos de plantas de lavanda, de tomillo, de mejorana, de todas estas plantas aromáticas, entonces, ¿cree que ese cultivo también haya perdido sus propiedades?

*Andrés Fierro*

De algunas de esas plantas yo tengo hijos, tengo algunas muestras, tengo algunas evaluaciones de aceites esenciales, de los contenidos totales, mas no de sus metabolitos en particular, eso tiene un costo considerable, y hay muy poca gente dedicada a hacer esas evaluaciones, ahora no podría saber, porque no tengo evidencia. Ahora bien, no necesariamente esas plantas tienen buenos contenidos de aceites esenciales, algunas casi no tienen y otras sí, por ejemplo, la lavanda que se cultiva ahí es una lavanda de jardín que tiene buen contenido de aceite esencial, por ejemplo si lo sacas solo de la flor la cantidad es muy pequeña, es 0.1 o 0.2%, pero si lo sacas de la planta completa: hoja y tallo, puedes sacar hasta 1.5 o 2% de aceite esencial, hay otras especies, por ejemplo, el tomillo de esa región es muy malo, casi no tiene aceite esencial, osea es aromático, pero su cantidad real de aceite esencial que puedas extraer es muy bajo, no necesariamente todas están en ese sentido, algunas de estas plantas tienen problemas en su propagación, no necesariamente son sensibles, en el caso de la valeriana por ejemplo, como todas las lavandas, tiene un problema de que son plantas casi silvestres requieren diferentes elementos, en diferentes cantidades, para cada especie, si no tus concentraciones van a ser muy bajas, no germina nada, y la lavanda está produciendo flor todo el año y caen muchísimas semillas al suelo, y ninguna germina, o no de forma natural, y te preguntas ¿por qué no germina?, debería tener todo lleno de matas pequeñas y no hay ninguna, el problema es que tienen dormición. Ahora, el otro problema, yo necesito producir plantas iguales, para que tengan la misma cantidad de aceite y los mismos contenidos, no quiero variación, no me interesa, me interesa la homogeneidad, estoy hablando como agrónomo, no como biólogo, se requiere homogeneidad, para que todo sea igualito y eso es muy complicado.

JLP

Yo tengo experiencia en estos campos, y estoy de acuerdo con ustedes, lo que falta clarificar es que hay una diferencia entre un cultivo silvestre y uno ya establecido, yo creo que se puede tener un cultivo silvestre, establecido, con dos o tres cultivos, y puedo poner una serie de plantas: la cúrcuma, la cúrcuma es maravillosa, hace treinta y tantos años empecé a sembrarla, y tiene que comer lo que hay en la tierra, pero luego con el cambio climático viene un degenera en la planta, y una debilidad, y empiezan a pegarle las plagas y todo eso, inclusive cuando nos empezó a pegar una plaga usamos químicos, y ni con químicos la sacamos adelante, y casualmente, tratando de rescatar el cultivo, me di cuenta que había una variación de clima en Chiapas, un cambio de temperatura, ya teníamos establecida la siembra de caoba y se me ocurrió sembrar entre la caoba, ya que el clima ahí es mucho más fresco, y la cúrcuma se da maravillosa, lo le ponemos absolutamente nada, obviamente hay que dejar descansar la tierra y hacemos nuestra rotación de cultivos, yo creo que hay que dejar muy claro que puede ser un cultivo establecido pero respetando lo que necesita la planta, es como un hijo. Si a un hijo le damos todo, pues es un bueno para nada, igual pasa en las plantas, hay que dejar que se estresen, que sufran y así crecen mejor. Esa es la verdad, lo digo de verdad, ahorita con la cúrcuma no tenemos nada de plaga.

*José Luis de Prado*

Un dato complementando lo que dice Jorge, que es interesante, es que nuestra cúrcuma llevamos como 35 años, es que tiene que cumplir con una característica, una especificación, nuestros clientes nos piden que se mantenga entre 5 y 6% de curcumina, bueno, tenemos varios años obteniendo cúrcuma de forma natural que tiene 5.5% de curcumina, y eso es idéntico, homogéneo, y es sin consentirla, dejar que la cúrcuma crezca, le da hasta dos años, es una cúrcuma preciosa y que se podría vender incluso la flor, que deja una cantidad de planta impresionante, nosotros usamos el rizoma. Sólo quería complementar.



AF

Aquí hay dos cosas interesantes, una es que en términos del material que voy a producir debe ser lo más homogéneo posible, pero al tiempo empieza a perder vigor, entonces es el momento en que tienes que cambiar, es decir, entrar a la propagación por semilla para tener variabilidad, volver a seleccionar el material y una vez seleccionado, ese es el que vas a sembrar, para que todo tu material sea exactamente igual, y tenga una calidad interesante, esa sería la parte, no es sencillo, es un trabajo muy complicado. El otro aspecto tiene que ver con tratar de igualar o buscar ciertas condiciones en al cual la planta crece de forma natural para que podamos tener una mejor condición, específicamente en las plantas medicinales, cosas diferentes suceden con especies vegetales diversas, por eso es que el manejo agronómico y el manejo técnico de las plantas medicinales es muy específico, no es algo sencillo, y cada especie tiene sus propias especificidades y no es algo fácil, sino que se requiere mucho tiempo y mucha gente, pero desafortunadamente no hay gente o hay muy poca dedicada, pocos estudiantes tienen interés en plantas medicinales son contados.

*Gustavo Morales*

Pues miren, abundando en el tema del cultivo, a mí me parece que es un tema bastante interesante sobre todo porque en algunas ocasiones cuando hay problemas con las empresas que hacen productos y no les gusta el resultado del dictamen, y se enojan y te preguntan que por qué los rechazaste, y qué lástima que ellos no están aquí hoy, escuchando todo lo que ustedes están diciendo, porque en ocasiones me invitan a estas citas técnicas con las empresas, y hablamos sobre el producto, sobre la planta con la que hacen su producto, y yo les digo, como aquí se ha hablado, son plantas de recolecta, son plantas silvestres en la mayoría de los casos, en otros casos ya son plantas que no pueden existir, que son vulnerables, entonces yo les pregunto, ¿qué hacen si el producto que ustedes hacen se acaba su planta, qué hacen?

Y se quedan sin poder responder, pues necesitan un biólogo etnobotánico, que conozca lo que el ingeniero dice aquí, el agrónomo, el biólogo etnobotánico, entre otras cosas, les digo un poco de mi currículum, tuve alrededor de 15 años trabajando en el jardín botánico en un proyecto en la búsqueda de principios activos de plantas de zonas cálidas de plantas medicinales, entonces, me conozco una buena cantidad de plantas de zonas cálidas y de muchas partes de México, y ahí nadie me va a decir que me están mareado, entre ello está lo que hace el ingeniero agrónomo, buscábamos las potencialidades de las plantas y recolectábamos semillas. La semilla es muy difícil de encontrar y muy difícil de propagar, y cuando yo le decía esto a la gente no les gustaba, se preguntaban y ahora qué hacemos, es un tema muy importante, que las empresas, sobre todo las que hacen los productos, los medicamentos, los remedios herbolarios y los suplementos, no tienen ni idea de dónde obtienen el recurso, en este caso el recurso vegetal, olvidémonos del recurso genético: la semilla. Ese es otro asunto, nadie en México ha hecho la recolecta de semillas de plantas medicinales.

*Persona del público*

Me llamo Amandine, soy etnobotánica en Francia, y ningún libro en Francia trata a las plantas por su lugar de cultivo, o que muestre el origen como importante, Por ejemplo, la ortiga o la lavanda, son tratadas igual si vienen del sur o del norte de Francia, ya comenzamos a tener este tipo de cultivos en el norte, de forma que estoy muy sorprendida, porque tiene varias preguntas, la primera es si hay su alter-ego en Francia que no conozco y la segunda es si las plantas tienen las mismas propiedades si vienen de un sitio o de otro.

### *Persona del público*

Soy etnobotánica, y algo que tenemos que ver es lo que decía el Dr. Paul, es esta caja negra que tiene una entrada y termina con una salida, es muy importante, en México habemos muy pocos etnobotánicos, y una parte de la etnobotánica es el inicio, es conocer el ambiente cultural, socioeconómico, agrícola y botánico, de lo que conlleva la planta medicinal, y a partir de esos estudios ver toda la parte cultural, pero también, después, ver los estudios etnobotánicos, ver la parte taxonómica, vemos que no sólo varía si es de una región a otra, sino si es un tallo, una flor, en tiempo de recolecta, si la luna está llena, si fue cuarto menguante, si fue recolectada a medio día, no hay ese tipo de estudios, muchas de las personas que lo intentan en México y en otras partes del mundo, intentan hacer esos pininos, de voy a hacer mi trabajo de plantas medicinales y lo ven de forma superficial y ligera, las plantas medicinales tienen mucho peligro, algunas pueden causar la muerte con una sola dosis, estamos hablando de la belladona, que en una medida puede ser benéfica para situaciones respiratorias y en otra puede ser mortal. Los etnobotánicos en México no hacemos esa parte cultural y no se auxilian de nosotros para confirmar los conocimientos, se van inmediatamente con los taxónomos. No se cree que nosotros podamos decir que tal o cual planta es árnica o valeriana de determinadas características. Hay que tener cuidado al usar la plantas, no tener esa osadía, sino la seriedad.

### *Andrés Fierro*

En relación con lo que se preguntaba, sí existen diferencias de una región a otra, porque puede haber un microclima diferente, un suelo diferente, pH diferente, cantidades de nutrientes diferentes, o algún otro factor puede intervenir y eso puede tener algún otro impacto en los rendimientos. Una de las plantas más estudiadas a nivel mundial es el tomillo, se han llegado a exquisiteces sobre la hora de la recoleta y tomando ese ejemplo tan estudiado nos hemos dado cuenta que sí hay variaciones, tanto en la hora, como en las fases lunares, como en el tipo de suelo, sí hay variaciones, quizá no pueden ser de gran valor, pero siendo un químico que quiere revisar, sí hay variación. Quizá como se ve el total y no la especificidad sea neutral, no hay variaciones para la terapia, en el uso, porque como lo que se usa es el todo, pues no hay problema, pero sí hay variaciones.

### *José Luis de Prado*

Yo creo que sí tiene que ser por regiones, en el caso de la lavanda, Francia se caracteriza por ella, pero sobre todo por la que se encuentra en la franja de la zona de los perfumes, yo no he escuchado que haya una buena lavanda en el norte, y es como un *commodity* aunque no le quiero llamar así, hay varias empresas en el mundo que hacen extractos y toman las plantas del lugar donde se da mejor la especie botánica. Como el caso del romero, que se utiliza en la industria alimentaria, por ejemplo, como un conservador natural muy importante para alimentos, y resulta que ubican las plantas más grandes del mundo en la zona de Rumania y de Hungría y de ahí donde se da mejor para esa característica antioxidante específica. El caso de la rosa, para hacer el aceite esencial de rosas, que se utiliza mucho en cosmética, perfumería y demás, la rosa turca es muy específica para eso, por el contenido de aceite esencial, se da en la zona de Turquía y como esa no hay en ninguna otra parte del mundo, o la rosa mosqueta de sudamérica, entonces sí hay regiones muy específicas. Aquí la podemos reproducir, pero yo no he escuchado que un ginko biloba de camellón de la ciudad de México funcione.

### *Gustavo Morales*

Yo sí te puedo recomendar a alguien, pero no es francés, del jardín botánico de Hamburgo.

*Persona del público*

Sólo quería contestarle a ella también, que le puede servir un libro homeopático, que se llama “El organón de la medicina” de Samuel Cristiano Federico Hahnemann, es alemán, y empezó con las primeras investigaciones, sobre el detalle de los horarios para la recolección, qué parte de la planta funciona más, si la flor, si la raíz, si la hoja.

## SEGUNDA SECCIÓN

### PONENCIAS

#### Calidad de la atención en el programa de Medicina Integrativa

*Ángel González Domínguez, Martha Cruz Sánchez*

##### Introducción

El incremento de la frecuencia de los padecimientos crónico-degenerativos debido a los cambios de estilo de vida, aumento de la esperanza de vida y factores estresantes; implica una demanda elevada de los servicios públicos de salud; sumado a esto, algunos de los efectos indeseables de las modalidades terapéuticas convencionales o su carencia de efectividad adecuada, favorece que una parte de la población busque otras alternativas de restauración de su salud y mejora de su calidad de vida.

En 2011, con base en el marco de la Ley de Salud del Distrito Federal en el Artículo 24 Fracción XXVII donde se establece que es atribución de la Secretaría de Salud el implementar un programa que integre distintas especialidades de la medicina complementaria al sistema de salud,<sup>6</sup> se organizó el Programa de Medicina Integrativa (PMI), con cuatro especialidades: fitoterapia, acupuntura, homeopatía y autouroterapia, con el propósito de atender y cubrir las necesidades de salud de la población, con los criterios de seguridad, efectividad y satisfacción, para dar respuesta a la demanda de tratamientos alternativos y para ofrecer opciones de atención de salud con seguridad, eficacia y calidad.

La organización de este Programa, parte de los postulados de individualización diagnóstica y diversificación terapéutica, reconoce la adscripción cultural, clase social y condición de género de los usuarios.<sup>7</sup> Con esto se pretende otorgar terapia individualizada, mejorar la relación médico paciente, mejor adherencia terapéutica, mayor efectividad clínica en padecimientos más frecuentes, menos tiempo de espera, mayor satisfacción de usuarios, mayor capacidad resolutive, atención integral alópata-alternativa, bajos costos de atención, a través del establecimiento de mecanismos de evaluación clínica y el aporte de elementos para la regulación y reglamentación de la prestación de este tipo de servicios.

<sup>6</sup> Gaceta Oficial del Distrito Federal. Ley de Salud del Distrito Federal. Publicada el 17 de septiembre de 2009, última reforma: 15 de agosto de 2014.

<sup>7</sup> Secretaría de Salud. Programa de Trabajo de Medicina Integrativa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal 2014. SEDESA; Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, 2014.

La introducción de medicinas alternativas a los servicios de medicina alopática, representan coadyuvantes en los tratamientos alopáticos y seguimiento de pacientes multitratados; por lo tanto, la evaluación continua de los servicios otorgados y del proceso de atención, a través de instrumentos estandarizados, tiene como objetivo garantizar la seguridad del paciente, así como fortalecer el uso de los recursos de manera adecuada para evitar su despilfarro.<sup>8,9</sup>

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de la atención médica otorgada por el Programa de Medicina Integrativa (PMI) durante el periodo 2011- 2016. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico. Para lo cual se analizó la información disponible en tres fuentes:

- 1) El Sistema de Información del Programa de Medicina Integrativa (SIPMI), que cuenta con 19,966 expedientes clínicos electrónicos de pacientes atendidos durante el período 2011 a 2016, así como información del proceso de atención (tiempos de atención, consultas de 1ª vez y subsecuentes y diferimiento).
- 2) Cédulas de Evaluación de Calidad de la Atención, que contienen criterios de las Guías de Práctica Clínica para la evaluación del proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. El total de cédulas realizadas fueron de 767.
- 3) El Cuestionario de Satisfacción de la Persona Usuaría, que contiene 25 ítems sobre las dimensiones de eficacia, eficiencia, satisfacción y calidad. La muestra se calculó con la fórmula para estudios transversales, con un muestreo estratificado por especialidad, teniendo como base la consulta promedio mensual de un mes del año anterior (1,112), un 70% de satisfacción de los servicios estatales de salud en la Ciudad de México (SICALIDAD) y una tasa de no respuesta del 20%. El total de cuestionarios se distribuyeron de la siguiente manera: Acupuntura 131 (42%), Homeopatía 66 (21%), Fitoterapia 88 (28%) y Uroantígeno 28 (9%). El periodo de aplicación de ambas cédulas fue de Agosto a Noviembre del 2017, por profesionales de la salud capacitados para su aplicación, el registro fue de manera anónima y se asignó un número identificador para su análisis.

Para el desarrollo de la evaluación se tomó la Metodología generalmente recomendada por la Organización Mundial de la Salud, en la cual se identifican las Dimensiones de Efectividad, Eficacia y Aceptabilidad, Atención Centrada en el Paciente, Equidad y Accesibilidad. Se realizó análisis descriptivo de los resultados.

---

<sup>8</sup> Secretaría de Salud. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. México, 2012. pp. 19-26.

<sup>9</sup> Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 64 – 66.

**Variables analizadas:**

<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>	<b>Variables analizadas</b>
1. EFECTIVIDAD	Atención basada en evidencia que produce mejora en los resultados a nivel individual y comunitario.	Diagnóstico (CCalidad) Tratamiento (CCalidad) Seguimiento (CCalidad)
2 y 3. EFICACIA Y ACEPTABILIDAD/ ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.	Atención sanitaria que maximiza los recursos y evita su uso inadecuado. Atención sanitaria que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios y la cultura de la comunidad.	Eficacia (CSatisfacción) Satisfacción (CSatisfacción) Demanda de Atención (SIPMI) Subsecuencia (SIPMI)
4. EQUIDAD	Atención sanitaria que no varía en su calidad según características personales tales como género, raza, etnicidad, ubicación geográfica o estatus económico	Edad (SIPMI) Sexo (SIPMI) Escolaridad (SIPMI) Ocupación (SIPMI)
5. ACCESIBILIDAD	Atención sanitaria oportuna en el tiempo, geográficamente razonable y prevista de entornos y con personal adecuados a las necesidades	Ubicación geográfica (SIPMI: residencia) Tiempo de espera (SIPMI) Diferimiento (SIPMI)

**Resultados:**

**1. Efectividad.** La gama de padecimientos que se atienden es amplia y predominan los padecimientos crónico-degenerativos, metabólicos, psicoemocionales e infecciosos. A continuación se describen las 10 primeras causas por especialidad y orden de frecuencia:

PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN POR ESPECIALIDAD.			
Acupuntura	Homeopatía	Fitoterapia	Autouroterapia
1 Trastornos de los nervios, raíces y de los plexos	Trastornos neuróticos relacionados con estrés y somatomorfos	Diabetes mellitus	Enfermedades reumáticas y de colágeno del tipo de artritis reumatoide
2 Artrosis	Rinitis, rinosfaringitis y faringitis crónica	Insuficiencia venosa	Lupus eritematoso, esclerosis múltiple y esclerodermia
3 Lumbago	Infecciones respiratorias agudas	Trastornos neuróticos relacionados con estrés y somatomorfos	Alergias diversas (dermatitis y rinitis)
4 Trastornos de los tejidos blandos	Obesidad	Estados menopáusicos y climáticos femeninos	Trisomía 21
5 Insuficiencia venosa	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	Rinitis, rinosfaringitis y faringitis crónica	Asma bronquial
6 Trastornos neuróticos relacionados con estrés y somatomorfos	Insuficiencia Venosa	Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	Diabetes mellitus
7 Traumatismos y envenenamiento	Diabetes mellitus	Enfermedades hipertensivas	Algunos tipos de cáncer
8 Migrañas y cefalea	Artrosis	Obesidad	Leptospirosis crónica
9 Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	Gastritis y duodenitis	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas especificadas	
10 Poliartritis inflamatorias	Otras colitis y gastroenteritis no especificadas	Gastritis y duodenitis	

### **Tratamiento:**

El apego a los criterios diagnósticos que establecen las Guías de Práctica Clínica para cada padecimiento y por especialidad es muy alto, en todos los casos es superior al 91%. Esto a pesar de que los criterios diagnósticos están originalmente diseñados para la medicina convencional o alopática y que en ocasiones no corresponden a la perspectiva de disciplinas como la Fitoterapia Clínica y la Acupuntura. No obstante, la formación básica del personal médico, así como los principios y fundamentos de ambas especialidades les permite homologar su propia clasificación diagnóstica a la CIE. La aplicación sistemática de estos criterios favorece el desarrollo de la habilidad clínica y posibilita obtener un mejor resultado terapéutico.

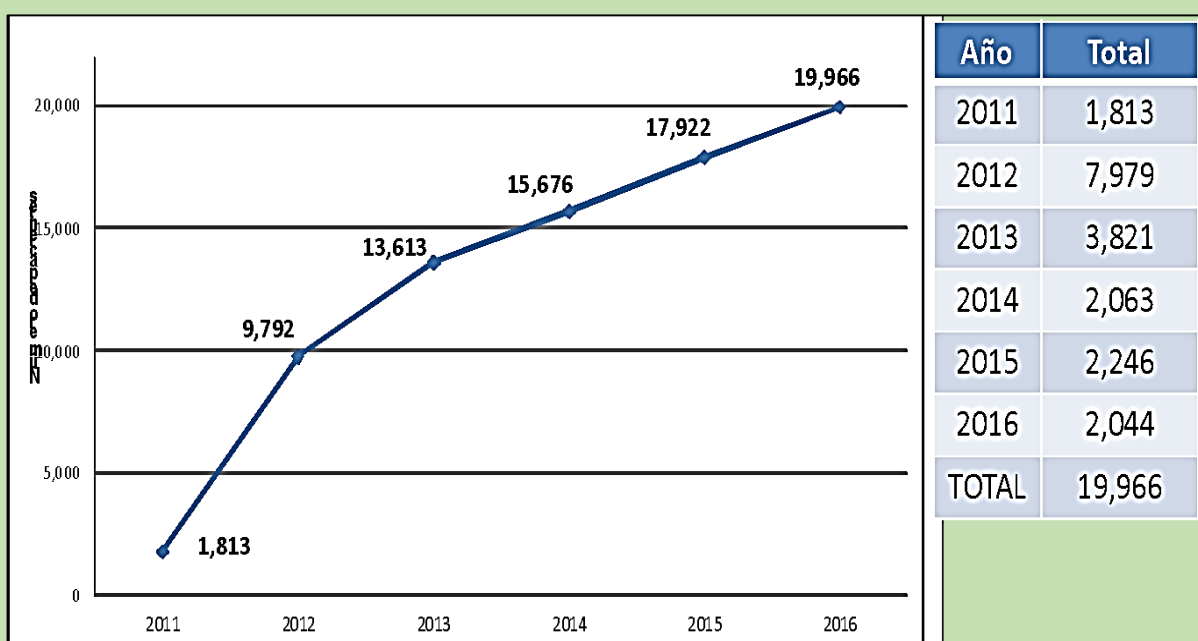
En la variable de **seguimiento**, los resultados observados son ligeramente menores que en los criterios anteriores de Diagnóstico y Tratamiento, se observan datos de aplicación de los criterios establecidos en las Guías de Práctica Clínica en un rango que va de 84.2% a 100%.

Estos resultados demuestran que en general, los criterios utilizados por los médicos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento son acordes en más de un 80% con dichos instrumentos.

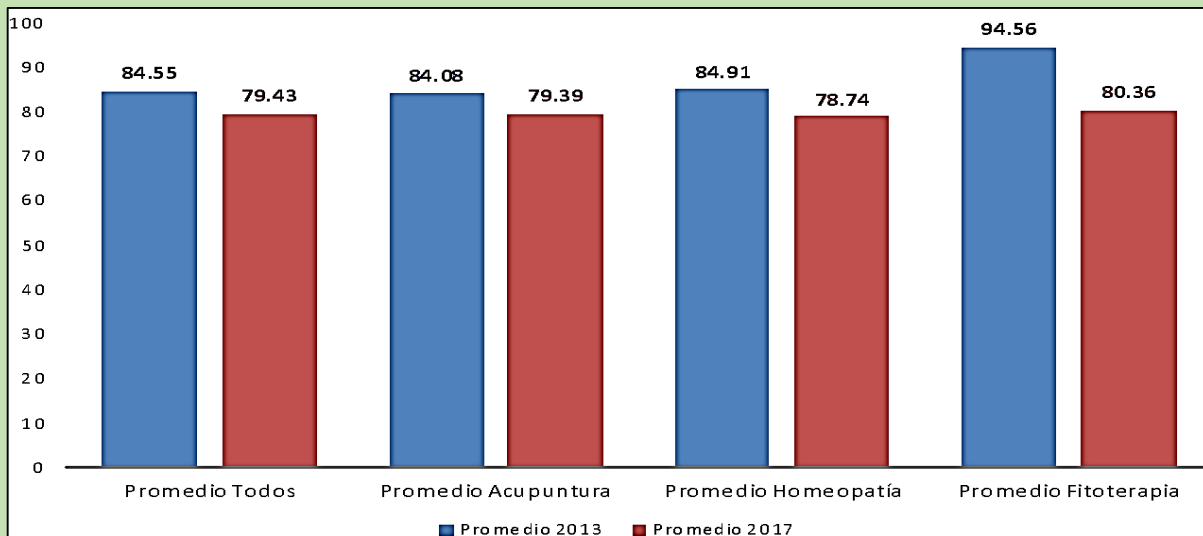
### **2 y 3 Eficacia y aceptabilidad:**

En la evaluación de la dinámica de asignación de citas, tiempo de espera y atención efectiva, se obtuvo la calificación más baja de todas, lo cual incide en el puntaje total de cada especialidad, siendo el más bajo de 77.3 y el más alto de 80.4. La especialidad mejor calificada fue Fitoterapia con 80.4, seguida por Acupuntura con 79.4, Homeopatía con 78.7 y Autouroterapia con 77.3. Cabe mencionar que esta calificación se encuentra por arriba de la encontrada por SICalidad para los Servicios de Salud de la Ciudad de México (70%), y está por debajo de la reportada por la Ensanut 2012, donde el 84% percibió la calidad de la atención como “muy buena y buena” para los servicios de la Secretaría de Salud.

Respecto a la Satisfacción de las personas usuarias, el promedio para las tres especialidades es de 84.55% en el 2013, mientras que en el 2017 es de 79.43%, con un decremento de 5 por ciento. Destaca que en una especialidad la diferencia es de casi 14 puntos (*Fig.1*).

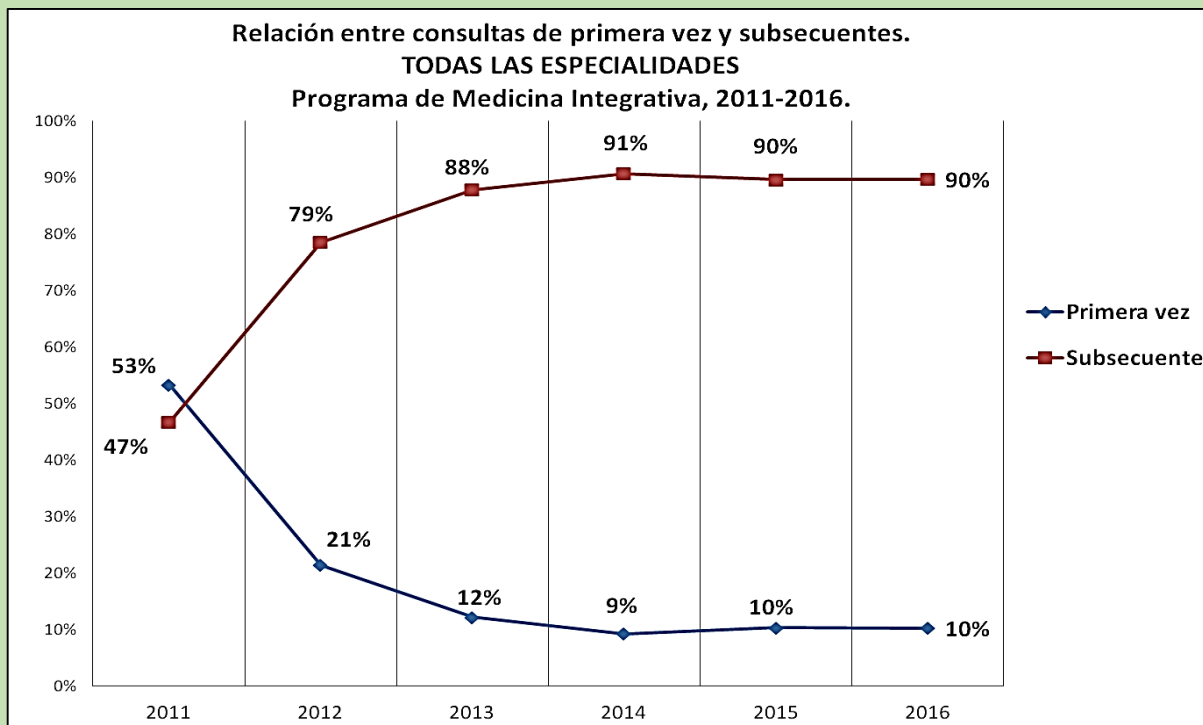


Por otro lado, en cuanto a la demanda de atención (*Fig. 2*), se observó que durante los 5 años analizados se han registrado 19,966 usuarios en el sistema de información electrónica del Programa de Medicina Integrativa, con un comportamiento muy similar del 2014 al 2016, superior a los 2 mil registros por año. Para el 2012 se obtuvo el registro mayor de usuarios, debido a que se fortaleció el Sistema mediante mejoras informáticas y capacitación a los usuarios para su utilización. El poco incremento en el número de usuarios que se registran por año a partir del 2014 probablemente refleje la limitación en la capacidad de oferta de servicios por el Programa, debido a que la disponibilidad de recursos humanos e insumos es limitada, sobre todo para la incorporación de nuevos pacientes.



Este hecho se puede constatar con el diferimiento en la programación de citas para nuevos pacientes, que se mostrará más adelante.

El último componente que se evalúa de la dimensión de Eficacia /Aceptabilidad es el porcentaje de la consulta subsecuente en comparación con el porcentaje de las consultas de primera vez (Fig. 3).



La utilización de los datos del sistema de información permite analizar que en general 9 de cada 10 consultas son subsecuentes. Si bien, este número varió por especialidad, la tendencia fue la



misma en todas ellas. Lo anterior puede estar indicando que aquellos pacientes que han sido atendidos prefieren continuar su tratamiento en la especialidad seleccionada; así mismo, refleja que la solicitud de atención de primera vez continúa, a pesar de que el diferimiento es importante. La especialidad con mayor porcentaje de subsecuentes es Acupuntura con 94%, seguida por Fitoterapia con 88% y Homeopatía con 85 %.

#### **4. Equidad:**

Se observó que 8 de cada 10 atenciones, son a mujeres, lo que coincide con lo reportado sobre los usuarios de medicinas complementarias a nivel mundial. En cuanto a edad, el grupo predominante es el de 60 años o más, que representó el 47% de las atenciones, seguido en orden descendente por el grupo de 50 a 59 años (23%), después los que tienen entre 40 a 49 años (16%); y los que tienen menos de 39 años (14%). Por lo tanto, las atenciones concentran casi tres veces más población adulta mayor que en la consulta externa habitual de toda la Institución. Por otro lado, se observó que acuden para atención personas de todo tipo de escolaridad. Se atiende con mayor frecuencia a quienes refieren tener primaria (24%) y secundaria (23%), seguidos en orden de frecuencia, por bachillerato (20%) y licenciatura (13%). Respecto a la ocupación de los pacientes, el 36% refirió dedicarse a las tareas del hogar, el 16% son estudiantes y el 12% fueron empleados de oficina, administrativos o de servicios, principalmente. Sin embargo, se atienden personas con un amplio abanico de ocupaciones.

La dimensión de Accesibilidad presenta varios componentes: el 88.2% de las personas usuarias refirió residir en la Ciudad de México, mientras que el 11.4% en el Estado de México; de acuerdo a la delegación de residencia se observa que el 44% son habitantes de la Delegación Cuauhtémoc, el 10.7% de Miguel Hidalgo, el 8.5% de la Gustavo A. Madero e Iztapalapa y el 6.6% de Azcapotzalco.

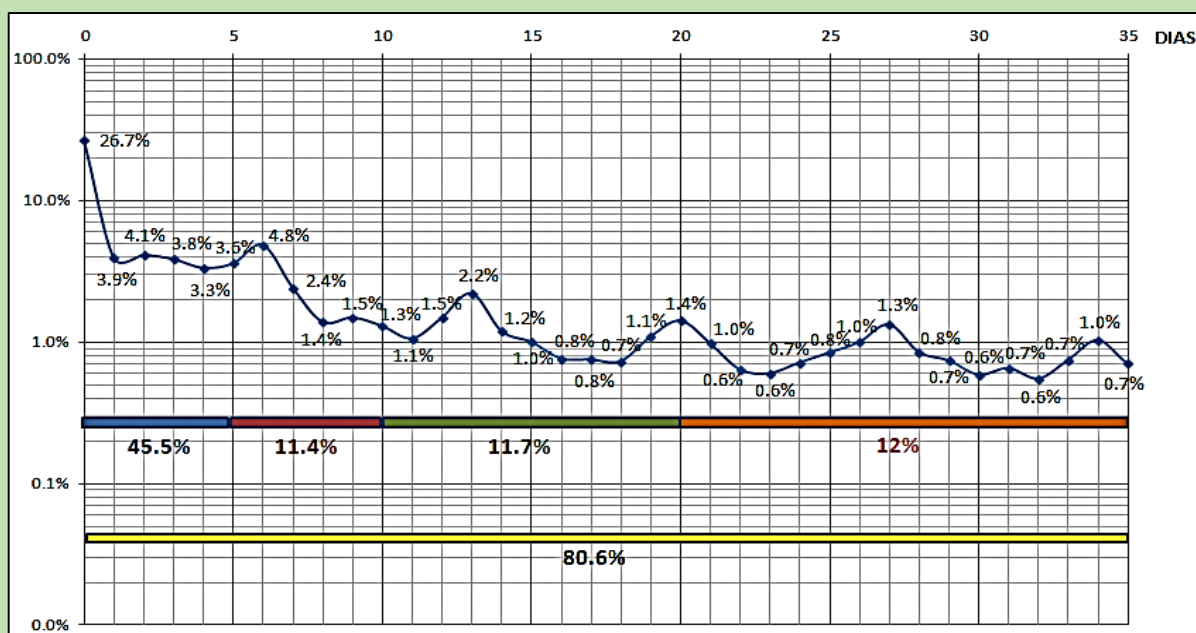
La mayor parte de la población que se atiende reside en la Delegación Cuauhtémoc. Esto porque el Centro Especializado en Medicina Integrativa se encuentra ubicado en esta zona geográfica, sin embargo la atención se brindó a personas que residían en otras delegaciones: más de la mitad de los pacientes recibidos no corresponden a la Delegación donde se ubica el CEMI, lo que indica que dicha unidad especializada es un referente de atención en la Ciudad de México.

#### **5. Accesibilidad:**

El diferimiento es un indicador de la capacidad de oferta de servicios médicos de un sistema de atención, donde un mayor número de días de espera para recibir la consulta médica indica una barrera para la accesibilidad, atención oportuna y satisfacción del paciente.

En general, en el 45% de los casos transcurren 5 días entre la solicitud formal de atención y la fecha en que se agenda la cita, mientras que 11.4% tiene que esperar hasta 10 días, 11.7% 20

días y un 12 % hasta 35 días. De tal forma que el 55% tiene que esperar más de 5 días para recibir cita para la atención (Fig. 4).



Otro factor relevante en cuanto a la Accesibilidad son los tiempos de espera del paciente (Tabla 1), calculados como la diferencia entre la hora en que la persona usuaria se registra en el archivo y la hora en que recibe la atención médica por la especialidad solicitada.

Tiempos	Acupuntura		Homeopatía		Fitoterapia	
	2012	2016	2012	2016	2012	2016
0-30 minutos	20%	17%	16%	16%	17%	18%
31-40 minutos	5%	10%	5%	9%	7%	12%
41-50 minutos	6%	12%	4%	9%	7%	13%
51-60 minutos	8%	12%	6%	9%	6%	12%
más de 61 minutos	61%	49%	69%	57%	63%	46%

En el año 2012, los tiempos de espera de 30 minutos o menos representaban para Acupuntura el 20% de los atendidos, el 16% para homeopatía y el 17% para fitoterapia; mientras que la mayor parte de los programados para su atención esperaban más de 60 minutos: 61% para acupuntura, el 69% para homeopatía y el 63% para fitoterapia.

Comparando estas cifras con las obtenidas en el año 2016, los porcentajes de personas que esperan 30 o menos minutos disminuye, pero también el porcentaje de quienes esperan más de 61 minutos.

Los tiempos de espera son un elemento clave que influye en la opinión de las personas usuarias, los resultados presentados demuestran que el porcentaje de personas que tienen que esperar menos de 30 minutos ha disminuido mientras que han aumentado aquellos que esperan entre

31 minutos a una hora; sin embargo, un porcentaje considerable (cerca del 50%), tienen que esperar más de una hora para recibir atención el día de su cita. Lo anterior coincide con lo reportado por la Secretaría de Salud Federal en cuanto a los tiempos de espera promedio en la Ciudad de México que fue de 61.5 minutos en general, y específicamente para los servicios de salud estatales de 82.4 minutos, en promedio.

## **CONCLUSIONES**

El objetivo del estudio se cubrió, la metodología utilizada se puede replicar para evaluar los procesos de atención de la medicina general y de especialidad en los servicios públicos. El diseño de modelos de atención innovadores provee mecanismos de evaluación desde que se planean, lo que facilita la tarea y favorece la mejora continua. Los resultados de la evaluación de la Dimensión de Efectividad clínica son plausibles y en algunos casos, de mayor alcance que las terapias convencionales o alopáticas.

La dimensión de Eficacia y Aceptabilidad que se relacionan con la satisfacción de los usuarios, presentan los mayores retos de mejora, debido a su asociación con la suficiencia, oportunidad y calidad de los recursos e insumos que se utilizan y a la capacidad de respuesta por las áreas administrativas.

La evaluación de los servicios otorgados y del proceso de atención, se constituye como herramienta fundamental que permite la actualización y capacitación del personal de salud, la planificación y seguimiento de metas y la mejora de procesos. Los resultados permiten aseverar que las especialidades medicas de fitoterapia clínica, acupuntura, homeopatía y autouroantígenos, son efectivas y de amplia aceptación para la población.

El incremento en la patología crónico-degenerativa en la población adulta mayor hace deseable fortalecer y aumentar la oferta de este tipo de servicios.

## Las plantas medicinales: de la tradición a la ciencia (La plante medicinale, de la tradition a la science)

Alain Carrillon

Secretario general, Sociedad Internacional de Medicina Endobiogénica y de Fisiología Integrativa (SIMEPI)

### Resumen

Tres niveles complementarios de estudio de las plantas medicinales (PM) se consideran sucesivamente: tradicional, farmacológicos y clínicos integradores. También es conveniente distinguir, por una parte, los términos y condiciones de uso, y por otro lado, la "herramienta" PM como tal, con las nociones de TOTUM y sinergia/potenciación entre los principios activos. La herramienta PM es por su composición la mejor para insertar en la actividad de regulación fisiológica adaptativa del organismo. La reflexión endobiogénica viene sobre el "modo de empleo" específico para este instrumento terapéutico PM dentro de la fitoterapia clínica integradora.

La verdadera medicina integrativa no está al nivel de la "herramienta" de terapia, sino al nivel del paciente como tal. Debe incluir además de su entorno (social, etnológico, ecológico, etc...) y, principalmente su fisiología específica en su reactividad adaptativa. Por lo tanto, constituye una verdadera medicina de la persona.

### 1- De la tradición a la ciencia

3 niveles de examen sucesivo

#### 1.1. Tradicional

El primer nivel de análisis, desde el empirismo:

- Observación Global de los efectos clínicos hecha por los "antiguos"
- Experimentación repetible en el tiempo y en gran escala,
- Pero: insuficiencias de conocimientos científicos

#### 1.2. Farmacología

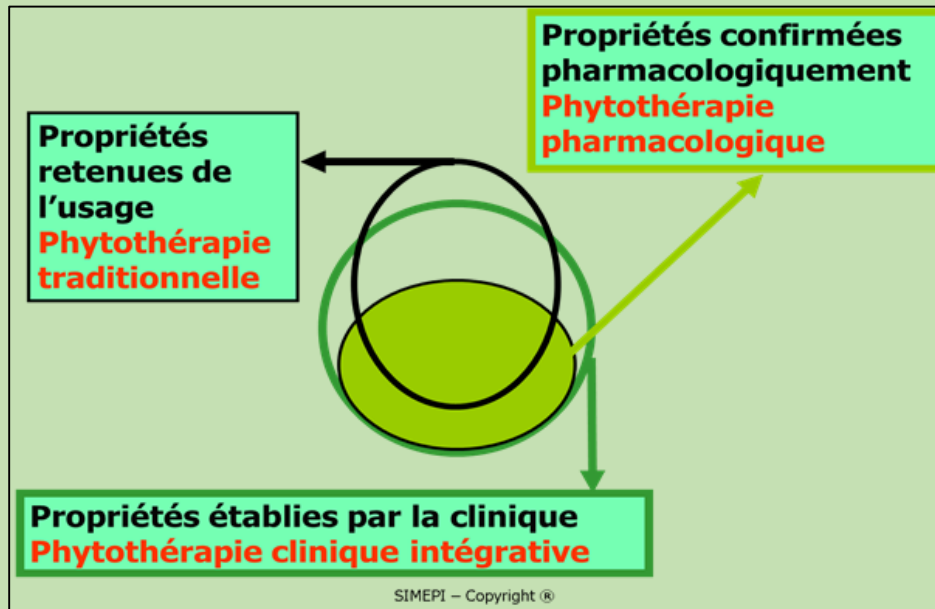
Marco científico:

- Estudios *in vitro* e *in vivo*,
- La determinación de las propiedades de la droga o de algunos principios activos (PA) aislados,
- La evaluación de las dosis tóxicas
- La confirmación o la reversión de las propiedades de la tradición,
- Pero: las propiedades de un PA no están sistemáticamente encontrados con el fármaco o el extracto de drogas.

#### 1.3. Clínica integradora

- Los estudios experimentales realizados en pacientes con un marco científico,
- Uso que integra:
  - Propiedades medicinales:
    - Tradicionales reconocidos y/o confirmado,
    - Confirmado farmacológico,

- Deducido de las observaciones clínicas.
  - El equilibrio fisiológico del cuerpo del paciente (Nociones de dinámica, sistémica, de inter-receptividad e interrelaciones) bajo control regulador de los sistemas neuro-vegetativas y hormonales.
- Verdadera Medicina Integrativa: Endobiogenia (Dr. Duraffourd)



## 2. ¿Por qué tipo de fitoterapia?

### 2.1. La « herramienta » planta medicinal

#### 2.1.1. Sinergia/potenciación entre los principios activos:

- Varios cientos de componentes
  - Cada uno de los "Principios Activos" está:
    - Acompañada de sus precursores y metabolitos,
    - Coexiste con el resto de los Principios Activos de la droga
    - La diferencia fundamental entre la acción de un PA, considerado aisladamente, y la acción de la droga vegetal en su totalidad.
- ⇒ Nociones de sinergia, la potenciación y la modulación de la actividad terapéutica

#### 2.1.2. Concepto de "totum "

- Tomada en sentido estricto: "un conjunto de moléculas activas en la parte de la planta utilizada"  
Ex.: total de polvo, suspensión completa de la planta fresca (SIPF®)
- Tomada en sentido amplio: Extracto de "global" sin adición o eliminación de compuestos, post-extracción  
Ej.: té de hierbas, tintura madre, extracto fluido, aceite esencial...

- Las propiedades de la planta no son la suma aritmética de las propiedades de cada componente
- Entre todos los compuestos, no siempre está claro cuáles son las más esenciales:
  - Importancia de la totalidad de los componentes,
  - Importancia de los componentes menores conocidos como secundarios,
- En última instancia es la interacción de todos los componentes entre ellos que permite la actividad terapéutica observada.

**"Las propiedades del todo son más que la suma de las propiedades de las Partes"**

### **2.1.3. La interactividad de la PM con el cuerpo**

- Efecto del profármaco: necesidad de una funcionalidad fisiológica operacional
- Biodisponibilidad :
  - Cinética diferente de los PA con la posible interferencia de unos en los otros,
  - Impacto de la elección de la forma galénica.
- La existencia de una "armonía" entre los componentes fisiológicos de la planta y el cuerpo humano.

➔ PM = herramienta terapéutica que mejor se adapta a  
Un tratamiento regulador  
En el marco de un análisis endobiogénico

## **2.2. Uso de la herramienta PM**

Es importante no confundir la "herramienta" por sí misma y su "utilización". Confusión habitual en todos los campos. La fitoterapia no es sinónimo de medicina de terreno. Todo depende del concepto de uso de la herramienta PM.

### **2.2.1. Uso de la herramienta: "Modo de empleo"**

➔ Reflexión Endobiogénica

Apoyándose en los hallazgos más recientes de la ciencia actual, la teoría de la endobiogenia constituye una vía original e innovadora del enfoque integrador de la vida.

Su propósito es tomar en cuenta la función fisiológica de la persona en su singularidad y en su totalidad, así como en la relatividad de las inter- relaciones dinámicas de los diferentes sistemas que lo constituyen.

Implica la aplicación de un nuevo enfoque para el enfermo, la enfermedad y la estrategia terapéutica.

Considera que el médico no debe limitarse a tratar la *única enfermedad*, sino que también debe tener en cuenta *los enfermos* en sí y en la cara de éstos últimos.

En efecto, la enfermedad no es simplemente "*un accidente provocado por un único factor X*",

es también -y en primer lugar - una señal que indica que "algo " está fuera de sí, está desajustado en el cuerpo de los enfermos. Este es el hecho, es la última expresión de diferentes alteraciones fisiológicas específicas del individuo.

Para "restaurar el orden" en esta organización, que puede parecer "caótica", una restauración que le permitan reequilibrar, para darle el control de todos los medios que le permitan asegurar su estabilidad y mantenimiento para lograr el regreso al estado antes de la aparición de la enfermedad; es decir, su estado de equilibrio funcional, se debe entender cómo funcionan los mecanismos fisiológicos que gestionan su capacidad de auto-protección y auto-curación, y cuáles son las modalidades concretas de su desregulación.

### 2.2.2. Se distingue :

- La fitoterapia: Que es el uso terapéutico de las plantas medicinales en general, más a menudo de acuerdo a una lógica de tipo alopática, basada en el conocimiento que se deriva de la tradición. Para una infección: una planta anti-infecciosos, para una fiebre: una planta un antipirético, para la hipertensión: una planta anti hipertensiva.
- La fitoterapia clínica: de orientación exclusivamente farmacológica: que se presenta como una aplicación clínica de los conocimientos producidos por la farmacología. El nivel de estudio farmacológico de la planta medicinal permite confirmar o negar los datos de la tradición (véase 1.2), intenta resaltar las propiedades y, como su consecuencia, las indicaciones clínicas de la planta medicinal.
- La fitoterapia clínica integrativa (véase 1. 3.): que busca utilizar la planta medicinal de acuerdo con todos los datos farmacológicos y algunos datos de la tradición, confirmados por la práctica clínica, tomando en cuenta:
  - ▶ En el nivel del producto: el concepto de *totum* "el todo es más que la suma de las partes", la sinergia, la de potenciación entre los diferentes componentes de la planta y el profármaco.(prodogue)
  - ▶ A nivel del paciente: la noción de interrelación sistémica y la funcionalidad relativa de los diferentes elementos de su fisiología, su dinámica - con el corolario de tomar en cuenta el sistema regulador de su funcionalidad, a saber, el sistema endocrino.

Este último nivel de tratamiento no es la terapia de reemplazo (anti-...), ni sólo sintomático, sino que integra los conceptos de drenaje y especialmente la regulación funcional de los diferentes elementos que las disfunciones han llevado a modificar el cuerpo de una reactividad fisiológica adaptativa hacia un estado fisiopatológico, primero precrítico, después crítico. La enfermedad no es sino la expresión de estos desequilibrios (ver esquema explicativo 3).

Este enfoque específico utiliza dosis fisiológicas y reguladoras que permitan limitar o incluso evitar:

- La ocurrencia de efectos secundarios específicos del producto
- Quitarle al organismo ciertos elementos de la información, para que pueda implementar y gestionar su reactividad de adaptación
- 
-

### 3. ¿Por cuál interacción?

Hay actualmente, a escala mundial, una corriente que se está desarrollando rápidamente en favor de la denominada medicina integrativa. Iniciada en los Estados Unidos, se presenta como el recurso integrador para diferentes diseños y medios de tratamiento llamados alternativos, o complementarios, prescritos simultáneamente y en paralelo a los métodos oficiales de abordaje y tratamiento de los pacientes.

La integración, ¡sí! ¿Pero qué integración?

El análisis de los diversos componentes de esta corriente revela graves deficiencias frente a las exigencias metodológicas que requieren de integración cuando su finalidad es ordenar al ser humano.

A medida que se desarrolla esta perspectiva, se revela como generadora de graves errores y confusión en la aproximación a los seres vivientes, lo cual es una consecuencia ineluctable de una mala comprensión de lo que es realmente la integración.

El concepto de integración de la medicina no puede basarse en el funcionamiento fisiológico de la vida que explica en qué y de qué manera los diversos sistemas que constituyen el cuerpo humano están vinculados y entrelazados ellos para sostener la vida, y cómo el sujeto gestiona sus relaciones con su entorno, de la naturaleza que sea este entorno.

Sin embargo, la corriente "integrativa" que actualmente está desarrollando en medicina es en realidad para hacer amalgamas, se considera como integrativa por el solo hecho de poner lado a lado un conjunto de elementos que no son situados ni interpretados en el contexto de una reflexión general verdaderamente sintética y dinámica.

El enfoque médico específico que proponemos es la endobiogenia que intenta responder a los criterios científicos de la integración, ya que se esfuerza por comprender la complejidad, e integrar todos los sistemas, intenta construir una visión coherente de conjunto sobre la base de los datos de la ciencia actual. Lo que le permite conducir una verdadera estrategia terapéutica integral que no se limita a una simple yuxtaposición de métodos de cuidado, sino que propone -, (bajo la perspectiva de estos criterios y la reflexión médica) - una selección jerárquica y justificada de los métodos de cuidado elegidos.

Por lo tanto, la verdadera integración no consiste en yuxtaponer en el intervalo terapéutico diversos enfoques también "naturales" o que también son "complementarios" por ejemplo: La medicina china, la medicina ayurvédica, acupuntura, homeopatía, etc, o diferentes concepciones del humano, o diversas filosofías que salen de contexto estrictamente médico y científico. Estamos en presencia de amalgama lamentable, fuente de gran confusión porque se mezclan sin discernimiento:

- Los medios terapéuticos diferentes, aunque complementarios, tanto en su comprensión como en sus modalidades de uso:  
Complementariedad no es integración.



- Los conceptos filosóficos particulares para el enfoque de la vida, particulares de aproximación al ser humano, en los que la reflexión se encuentra en el plano de las creencias y las opciones personales, que no pueden legítimamente aplicarse directamente en un cuadro terapéutico médico, que debe responder a los criterios estrictamente científicos de uso.

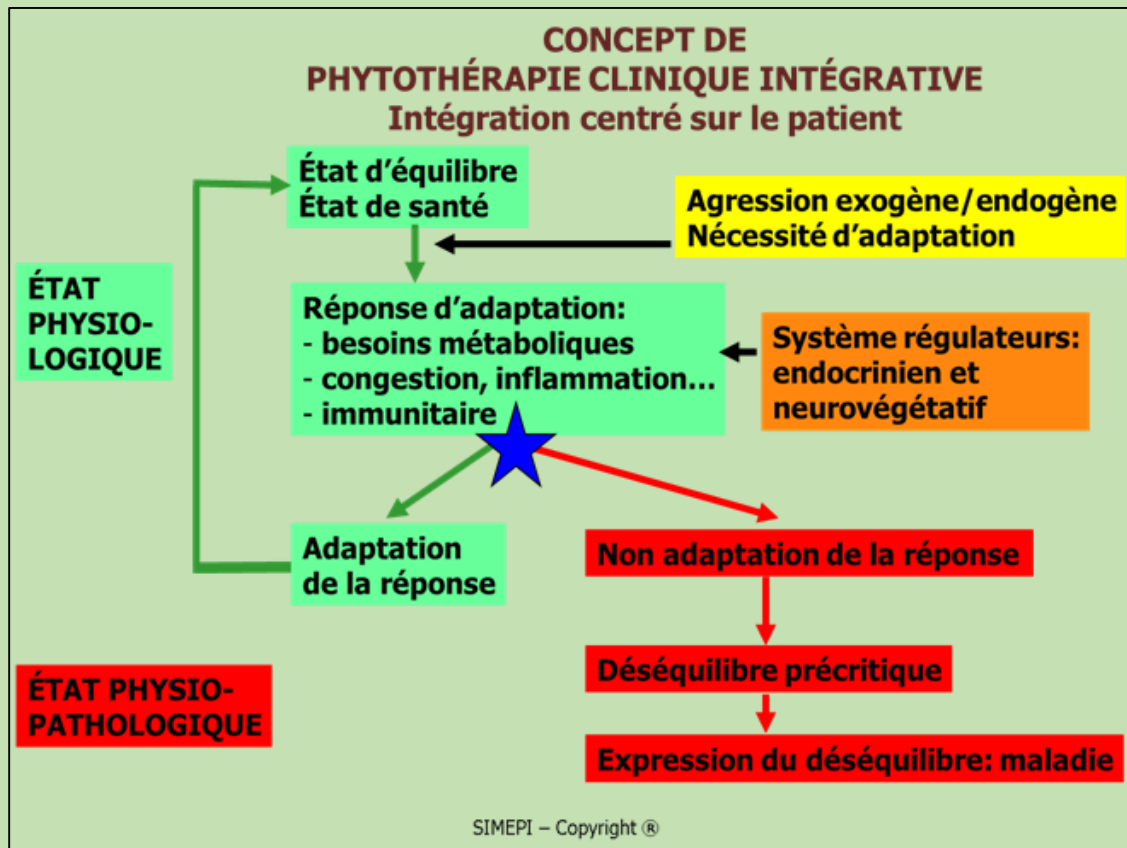
Tales amalgamas pueden generar en la persona en la que se aplica, en el proyecto que se aplican - sin la precaución esencial para su compatibilidad - graves consecuencias, tanto a nivel médico, psicológico y espiritual (riesgo de desvíos parciales).

La verdadera integración no es la reducción del individuo a su relación con el mundo: el modo de vida emocional, los agresores, los factores ambientales, los alteradores endocrinos diversos. Si bien estos elementos deben ser considerados, y siempre se tomados en cuenta, no como primera causa de la patología en curso, sino como factores que solicita el proceso de adaptación del organismo, que desencadenan o promueven las posibles disfunciones de los sistemas regulatorios. La verdadera integración no consiste en considerar como el único integrativo el solo hecho de introducir en la aproximación médica el componente psicológico del individuo, si bien este componente pertenece por naturaleza a la totalidad fisiológica generales y desencadena mecanismos de regulación.

#### **Se requiere una nueva metodología**

Nuestra aproximación particular -la endobiogenia - parte de la idea de que la primera finalidad de todo sistema viviente, y del cuerpo humano en particular, es la de mantener en un estado de equilibrio armonioso (salud), y a hacer todo lo posible para conservarlo. Esto es posible gracias a los sistemas específicos (sistema neuro-endocrino) movilizados por las distintas necesidades adaptativas a las que todo individuo se enfrenta constantemente. La desadaptación de la respuesta fisiológica frente a las necesidades metabólicas generadas por esas necesidades, - tanto los vínculos respectivos de sus diferentes elementos reguladores como en la cronología de la puesta en marcha de sus respuestas se encuentra en el origen de la instalación de un estado de desequilibrio pre-crítico, y después, crítico. La enfermedad no es, más que la expresión final de estos desequilibrios inductores.

En consecuencia, el verdadero tratamiento etiológico que será el único capaz de corregir las anomalías responsables de esta respuesta inadaptada, aquel que apoye y sostenga al organismo en sus esfuerzos para conservar o recuperar un estado de equilibrio fisiológico coherente. Se sitúa como una balanza donde las disfunciones de los sistemas neuroendocrinos no permiten un retorno al estado de equilibrio inicial, sino que le hacen llegar a la fisiopatología y, por ende, a la enfermedad.



#### 4- La fitoterapia clínica integrativa en el mundo

##### 4.1. Formación:

- Francia: La Sociedad Internacional de Medicina Endobiogénica y la fisiología integradora (SIMEPI)  
[www.simepi.info](http://www.simepi.info)  
<https://simepi.info/spip.php?rubrique7>
- Túnez desde 1989 - La Sociedad Tunecina de fitoterapia clínica (STPC) -2011-
- México desde 1999 - La Sociedad Mexicana de fitoterapia clínica (SOMEFIC)  
Desde 2009, en asociación con el SIMEPI: la formación de los médicos del Servicio de Salud Pública del DF México  
<https://sites.google.com/site/someficac/>
- Ee.Uu. Desde 2010 la Sociedad Americana de Medicina y Fisiología Endobiogénica Integrativa (ASEMIP)  
<http://www.endobiogeny.com/>

- Lituania desde 2015 - La Sociedad Lituana de la medicina y la fisiología integradora (Endobiogénique SLMEPI)
- Grecia: 1991-1993 - La Sociedad Griega de la medicina herbaria
- Italia: Turín 1993 - Sociedad italiana de medicina herbaria

#### **4.2. Diversas acciones humanitarias :**

Madagascar: 2000-2002

#### **Referencias :**

- PLANTES MÉDICINALES – Phytothérapie clinique intégrative et médecine endobiogénique – J.Cl. Lapraz, A. Carillon et coll. - Ed. Lavoisier 2017
- TRAITE DE PHYTOTHERAPIE CLINIQUE. Endobiogénie et médecine - Christian Duraffourd, Jean-Claude Lapraz. Ed Masson 2002-
- TRATADO DE FITOTERAPIA CLÍNICA - Medicina y endobiogenia – Christian Duraffourd, Jean-Claude Lapraz - SOMEFIC 2017 -
- La plante médicinale - notion de totum - implication en phytothérapie clinique intégrative – Dr. A. Carillon, Ch. Cieur - <https://www.simepi.info/spip.php?article57>

## Organización y funcionamiento del Servicio de Fitoterapia Clínica

*Araceli Castrejón Rojas*

Centro de Salud San Andrés Totoltepec, Programa de Medicina Integrativa

*Adalberto Orozco Navarro*

Coordinador, Programa de Medicina Integrativa

Servicio de Fitoterapia Clínica, Centro Especializado de Medicina Integrativa

### Introducción

El Servicio de Fitoterapia consta de 6 consultorios ubicados en el CEMI (Centro Especializado en Medicina Integrativa) y cuatro consultorios periféricos: C.S. Santa Catarina (Tláhuac); C.S. San Andrés Totoltepec (Tlalpan); C.S. José María Rodríguez (Cuauhtémoc) C.S. Santa Ana Tlacotenco (Milpa Alta). Los servicios que se proporcionan son en horario matutino y los pacientes cuentan con Seguro Popular y Gratuidad como requisitos para ser atendidos. A todos los pacientes se les realiza la Historia Clínica convencional y además la Historia Clínica Endobiogenica. Esta última consiste en un examen minucioso tanto en el interrogatorio como en la exploración física del Sistema Nervioso Autónomo Simpático y Parasimpático además de los Ejes endocrinos: Eje Corticotropo, Eje Gonadotropico, Eje Tiroideo, Eje Somatotropo (1).

### Material y Método

Historia Clínica General. Historia clínica Endobiogenica. Estadísticas del Sistema de Información del Programa de Medicina Integrativa.

### Resultados

El tiempo otorgado en la consulta de primera vez es de 1 hora y las subsecuentes de 40 minutos. El promedio de consultas es de 6-8 por jornada laboral. De acuerdo a los reportes, tenemos una morbilidad mas alta de Insuficiencia venosa periférica, Diabetes Mellitus No insulino dependiente, Transtornos menopáusicos y perimenopáusicos, Otros transtornos de ansiedad, Hipertensión Arterial, (ver Tabla 1), (2).

Otras Actividades: Capacitación: dentro de estas actividades se han realizado cursos de actualización para médicos del area. Cursos introductorios de Fitoterapia para Personal de la Secretaria de Salud como enfermeras, trabajadoras sociales y médicos interesados en el area con la finalidad de dar a conocer el programa.

Además, se han realizado actividades Académicas en forma mensual. La actividad académica mas reciente es el Diplomado en Investigación, para iniciar la ejecución de los protocolos de investigación en 2018. Se ha tenido en el Servicio a Médicos pasantes los cuales se han capacitado en esta area además de realizar sus tesis. Así mismo tanto en el CEMI como en los consultorios periféricos de Santa Catarina y San Andrés Totoltepec se han capacitado a grupos de pacientes en distintos temas como son: reconocimiento y recolección de plantas medicinales, preparación de tinturas, cremas, geles, cápsulas. Realización de actividad física como yoga, meditación, musicosofía. Vinculaciones Académicas del programa: SOMEFIC, Sociedad Endobiogenica de Kaunas, Lituania. Sociedad Internacional de Medicina Endobiogenica y Fisiología Integrativa, Francia. Comisión permanente de la Farmacopea UNAM, Facultad de Medicina UAEM, Facultades de Medicina, de Farmacia y Humanidades. Se implemento el

programa como consulta prioritaria junto con Acupuntura y Homeopatía en el reciente terremoto en el municipio de Jojutla Morelos, mismo que continúa hasta este momento.

Tabla 1. Morbilidad en Fitoterapia. SIPMI 2012-2016. Centro Especializado en Medicina Integrativa. Frecuencia de padecimientos atendidos en el Centro Especializado de Medicina Integrativa.

Padecimientos atendidos, Servicio de Fitoterapia Clínica	Morbilidad
Diabetes mellitus no insulino dependiente	308
Insuficiencia venosa periférica	251
Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos	205
Otros trastornos de ansiedad	165
Hipertensión Arterial esencial (primaria)	149
Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	110
Gastritis y duodenitis	104
Rinitis, rinofaringitis y faringitis crónicas	98
Síndrome del colon irritable	90
Obesidad	77
Síntomas y signos que involucran el estado emocional	70
Rinitis alérgica y vasomotora	67
Hipertensión secundaria	62
Gonartrosis [artrosis de la rodilla]	61
Dispepsia	57
Leiomioma del útero	56
Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual	52
Poliartrosis	47

## Discusión

El tipo de atención basada en una historia clínica Endobiogenica minuciosa, unica en este campo. Ademas se resalta como un logro del programa la atención en el tiempo de la consulta. Se plantea Iniciar en 2018 los protocolos de investigación que sean aprobados por la Institución. Continuación de las Reuniones Académicas. Dar seguimiento a la capacitación de grupos de pacientes. Mantener y ampliar los vínculos académicos con otras instituciones.

## Referencias

- 1.- Duraffourd, Christian, Lapraz, Jean Claude. *Tratado de Fitoterapia Clínica. Medicina y Endobiogenia*. Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica 2017. SoMeFic. Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica pp-15-23.
- 2.- SIMPI, Sistema de Información del Programa de Medicina Integrativa. Centro Especializado en Medicina Integrativa. 2012-2016.

## Servicio de Autouroterapia

*Bernardo Carlos González Domínguez, Centro de Salud Maximiliano Ruiz Castañeda*

### Introducción

En esta presentación se aborda de manera general y sintética el tema de la Autouroterapia, en especial sus antecedentes, experiencias nacionales e internacionales y las características que tiene la atención mediante Autouroterapia en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

El objetivo es que se identifique el origen de este procedimiento terapéutico, sus bases conceptuales, su utilidad y la manera en que se ha utilizado hasta ahora con buena aceptación y resultados en una amplia gama de pacientes con patologías con componentes inmunológicos.

### Uroantígeno

Es el complejo antígeno-anticuerpo utilizado como recurso terapéutico en diversas enfermedades de probable origen inmunológico, también se ha caracterizado como una vacuna personalizada, que se obtiene a partir de la orina del paciente.

### Antecedentes

Diversas culturas han empleado la orina con fines rituales y curativos entre las que se han documentado destacan las Asiáticas, Africanas y Prehispánicas. Incluso los monjes Tibetanos ayunan y beben orina.

### Usos en México

En diversos registros antropológicos e iconográficos se identifican diversos usos en la medicina tradicional mexicana, entre ellos: Utilización como antiséptico en heridas, orinando directamente en la herida; Hemostático; Antiinflamatorio en golpes, haciendo fricción sobre la zona; Bebida para las mujeres en trabajo de parto para aumentar las contracciones uterinas; Para aliviar la urticaria producida por la medusa o agua mala, y también beber la orina de niños para la curación de golpes internos.

Los antiguos mexicanos la utilizaban ampliamente para la tiña, ámpulas en la cabeza, úlceras en la boca, infecciones en oídos y cuello, y para eliminar el sarro de los dientes.

Como agente limpiador cuando no hay agua o su calidad resulta desconocida, ya que la orina de personas sanas es estéril y antiséptica debido a la urea que contiene.

En la CDMX se utiliza como remedio para la Diabetes Mellitus y en Michoacán para la ronquera, parándose con los pies descalzos en la orina; En Morelos se emplea mezclada con plantas para curar "EL AIRE".

### ANTECEDENTES EN EUROPA Y AMÉRICA

En el año de 1693 Salmon (Físico) publicó en Inglaterra un artículo sobre el uso de la orina en muchas enfermedades. Durante el año de 1708 se publicó la "Historia de la Academia Real de Ciencias" donde se da a conocer el uso médico de la orina de vaca y se menciona que los alemanes ya la habían utilizado antes.

En 1810 en los Estados Unidos de Norteamérica el Dr. Richard Hazeltine relata diversos usos de la orina tanto bebida como en baños y enemas.

En Inglaterra, en el año de 1944, John Armstrong publica el libro "El Agua de la Vida", donde describe experiencias de pacientes con el uso de su propia orina.

Para 1920, con la aparición de la jeringa hipodérmica, los ingleses Oriel y Barber comenzaron a inyectar orina con resultados diversos y reacciones irregulares.

El Dr. Plesh, médico húngaro, publicó en 1945 buenos resultados con el empleo de tratamientos mediante inyección de orina fresca en casos de alergia.

En los años 60 Dr. Carl Eckhard en E.U.A continuó los trabajos del doctor Plesh tratando pacientes con diversas alergias, estandarizó el método de aplicación por vía intramuscular y llegó a tratar a más de 9 mil pacientes.

Alrededor de 1970 Dr. Borrel, especialista en urología, estableció que el mecanismo de la autouroterapia es la tolerancia inmunológica y no la inmunización y creó nuevos filtros para evitar la contaminación bacteriana.

En la actualidad países de Europa Oriental y Japón utilizan este recurso terapéutico y han logrado considerables avances.

## EL MÉTODO MEXICANO



El Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda (1898-1992) médico e investigador mexicano, reconocido a nivel internacional por diversos trabajos y descubrimientos y merecedor del premio nacional de ciencias, se interesó por la Autouroterapia y la denominó "Uroantígeno", mejorando sustancialmente y consolidando este procedimiento, en su "Laboratorio de Desarrollo" en el Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salud.

## PRINCIPALES APORTACIONES DEL DR. RUIZ CASTAÑEDA

Además de los amplios éxitos terapéuticos obtenidos con la utilización del Uroantígeno en diversas patologías, también estandarizó la técnica para su procesamiento, definiendo mecanismos y tiempos para la sedimentación y filtración.

Utilizó material desechable para la recolección de la muestra y producción del tratamiento con Uroantígeno, así como la dosificación, forma de aplicación, mecanismos de conservación y el empleo de la Fetoproteína obtenida de la orina de las embarazadas.

## FETOPROTEINA

El Dr. Ruiz Castañeda definió como Fetoproteína a una probable fracción peptídica presente en la orina, relacionada con la respuesta de la madre a una célula ajena como es el espermatozoide. Debido a que el sistema inmune de la madre trata de eliminar la célula ajena, se libera la Fetoproteína que es un inmunomodulador, para con ello evitar que esto no suceda.

El Dr. Ruiz Castañeda planteó que esta misma respuesta puede presentarse en el cáncer al producir células anormales. Proponiendo que era probable que al aplicarse la Fetoproteína, obtenida de la mujer embarazada, es posible que se pueda iniciar una inmunoterapia para el cáncer ya que se obtiene un antígeno específico.

Posteriormente, en 1998, el Dr. Fauci y el Dr. Robert en E.U.A informan que en la orina de la mujer embarazada se encuentra una proteína que combate el Sarcoma de Kaposi.

El Dr. Peña Martínez, en España, Inmunólogo, y otros autores de diferentes partes del mundo señalan que el antígeno presente en la orina actúa como coadyuvante en el tratamiento de enfermedades.

## SERVICIO DE UROANTIGENOS

A partir de 1986 personal del Centro de Salud "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda", fue capacitado en el "Laboratorio de Desarrollo" del doctor Ruiz Castañeda para la elaboración y producción de este recurso terapéutico.



Al año siguiente, 1987, se establece el Servicio de Uroantígenos en dicho Centro de Salud, con un laboratorio y un consultorio médico que ha venido funcionando hasta la fecha logrando acumular treinta años de experiencia.

### **ALGUNAS CIFRAS**

La experiencia clínica obtenida como resultado de la utilización de este procedimiento terapéutico es amplia, y destacan los siguientes resultados:

Dr. Carl Eckhart (E.U.A) con 9 mil pacientes atendidos; Dr. William Fife (E.U.A) reporta 12 mil Dr. George Borrel (E.U.A) 5 mil; Dr. Richard Mackarness (Inglaterra) 5 mil y Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda (México) 9 mil.

### **SERVICIO DE UROANTIGENOS DE SSPCDMX**

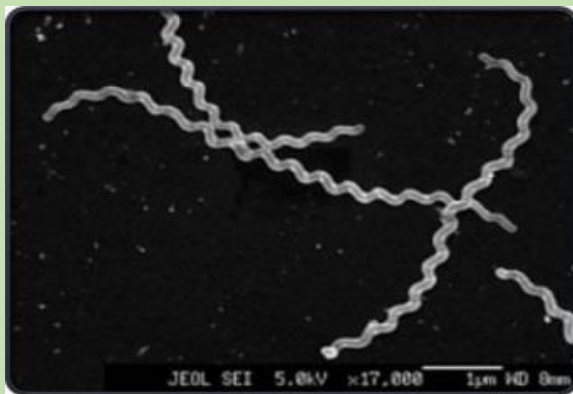
En el Centro de Salud Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda, se ha atendido de 1986-2016 a más de 13 mil pacientes, con una producción aproximada de 30 mil tratamientos.

### **UTILIDAD DE LA AUTOUROTERAPIA**

Como se ha señalado por diversos autores el empleo de Autouroterapia tiene resultados positivos en diversos padecimientos, en especial en aquellos con componentes inmunológicos, entre ellos: Trisomía 21 en el Hospital Infantil de México; Enfermedades reumáticas y de la colágena del tipo de Lupus, Esclerosis Múltiple, Esclerodermia etc.; Alergias diversas, tales como dermatitis, rinitis, etc.; Asma bronquial; Retardo en las complicaciones diabéticas; Como tratamiento de apoyo en algunos tipos de cáncer (Fetoproteína) y Leptospirosis crónica.

### **OTRAS EXPERIENCIAS CLÍNICAS**

El Dr. Rafael Ruiz Murillo (endocrinólogo) realizó seguimiento de 200 pacientes diabéticos tipo II (Mex. 2008-2009), de los cuales 100 fueron tratados con autouroterapia y mostraron mejores resultados en sus estudios clínicos de control, retrasando la aparición de las complicaciones asociadas.



servicio con diagnósticos diversos.

Entre el 2006-2009, en coordinación con el área de medicina tropical de la UNAM, fueron tratados 275 pacientes con autouroterapia y con diagnóstico de Leptospirosis crónica de ellos 140 pacientes se recuperaron entre el primer y segundo año de tratamiento y 125 pacientes se recuperaron antes del primer año del tratamiento. Es importante mencionar que la Leptospirosis es una enfermedad polimorfa, por lo cual los pacientes llegan al

## **ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO A LA AUTOUROTERAPIA**

Se ha manifestado la existencia de una probable relación de la autouroterapia con el Factor de Necrosis Tumoral, encargado de la destrucción de las células alteradas o infectadas. Dicho factor es una Citosina que constituye uno de los pilares de la defensa celular, encargada de la apoptosis y que tiene una acción sinérgica en la activación de macrófagos. Las células lesionadas, deshidratadas o anormales, son marcadas en su membrana por este factor, una vez “marcadas” son quimiotaxicas y así el macrófago se dirige a ellas para destruirlas.

Se observan buenos resultados en pacientes resistentes a la antibioticoterapia y en condiciones de corticodependencia, los cambios clínicos son notorios a partir de la tercera semana, es probable que exista una relación con el ciclo vital de los macrófagos que es de 21 días. Con mayor tiempo de tratamiento la evolución es más favorable, debido a que probablemente los macrófagos transmiten la información a nuevas generaciones.

En los casos de patología articular la percepción de mejoría clínica es básicamente a nivel funcional.

## **AVANCES EN EL SERVICIO DE AUTOUROTERAPIA**

Se realizó el protocolo de investigación clínica “Eficacia terapéutica de los uroantígenos en el tratamiento de la Artritis Reumatoide” (México, 1997) donde se mostró que el 88.8% de los pacientes presentaron mejoría clínica en diversos grados.

Con base en la experiencia clínica, en los últimos 10 años hemos podido caracterizar y combinar los siguientes 3 tipos de uroantígenos:

1. Antígeno propio: se obtiene de la muestra de orina de cada paciente, lo cual determina una probable inmunoterapia específica personalizada.
2. Fetoproteína: se obtiene de la orina de embarazadas, de preferencia primigestas, con el objetivo de contener el crecimiento descontrolado de células en los pacientes afectados.
3. Antígeno inmunocompetente: proviene de pacientes que han superado algún padecimiento con el uso de la autouroterapia y al realizar los estudios clínicos y de laboratorio de control se observan buenos resultados.

En años más recientes y con base en el concepto de Medicina Integrativa se inició el tratamiento de pacientes articulado la autouroterapia y la fitoterapia clínica con buenos resultados. Una de las principales características de estos tratamientos es la individualidad terapéutica.

Por lo que utilizar los uroantígenos y la fitoterapia de manera conjunta puede servir como un tratamiento etiológico que se capaz de corregir la anomalía o desadaptación, primero al modular la respuesta inmunológica y segundo al restablecer el equilibrio neuroendocrino.

## CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO AUTOUROTERAPIA

El funcionamiento del Servicio es posible gracias al apoyo de la Jurisdicción Sanitaria y a los usuarios o pacientes que reciben la atención, quienes proporcionan los insumos principales para la producción del tratamiento. Se atiende a población abierta, tanto de la CDMX como de otros estados de la República. Previa a su incorporación al tratamiento se requiere valoración médica para definir si el paciente puede ser atendido con este tipo de terapia (Se solicita o integra el expediente clínico). Se reciben pacientes desde los 6 años de edad, de Ambos sexos y no se contraponen a tratamientos de otro tipo.

## PREPARACIÓN DE LA MUESTRA

La preparación del uroantígeno se realiza a partir de una muestra de orina del o la paciente, a través del siguiente mecanismo:

1. Disponer de un envase nuevo de agua potable limpio, con capacidad de un litro
2. Colocar 250 cc. de alcohol potable puro de caña (Etiqueta y tapón rojo), también es útil el que se vende en vinaterías con las mismas características.
3. Agregar la primera orina de la mañana, los días necesarios hasta completar el litro; se considera como la primera orina, cuando el paciente va a empezar sus actividades después de dormir durante la noche.
4. Durante la recolección de la muestra, la botella de plástico se coloca en una bolsa limpia de plástico y se pone en la parte inferior del refrigerador, si se observa sedimento en la muestra no debe de tirarse.
5. Tapar bien la muestra y rotular con el nombre completo del paciente, edad, sexo, padecimiento y la fecha que inicio la recolección. Se debe de evitar exponerla mucho tiempo al sol.

## APLICACIÓN

Par el inicio de la aplicación del uroantígeno se reitera al paciente las características y riesgos de la Autouroterapia y se solicita la suscripción del consentimiento informado por parte del paciente o de sus familiares responsables. Las vías únicas de administración son la subdérmica o la vía sublingual.

Para la vía subdérmica se utiliza jeringa para insulina de 100 unidades (1 ml) y se aplica en la región anterior de ambos brazos. Las dosis habituales son 0.25, 0.50, 0.75, 1.00 ml y se continua con 1.00 ml cada semana. Para el caso de la aplicación previa de algún biológico se dejan transcurrir 48 hrs. como mínimo para aplicar el uroantígeno.

En el caso de la vía sublingual se emplea la misma dosificación que en la subdérmica. El contenido del uroantígeno se extrae y dosifica con el mismo tipo de jeringa. La dosis obtenida se coloca en la región sublingual y se vacía el contenido de la jeringa. No se debe de deglutir el contenido y se deberá de dejar pasar 30 min. antes y después de la ingesta de alimentos.



En el caso de la aplicación de un biológico deberán transcurrir 48 hrs como mínimo para su uso.

### **EFFECTOS SECUNDARIOS**

Los efectos secundarios son poco frecuentes y se han reportado solo en el 5% de los pacientes. Las más comunes son: Dolor leve a moderado en la región donde se aplica; Mareo o náusea ocasional e incremento leve y pasajero de la sintomatología del padecimiento a tratar. En la vía oral estas reacciones son todavía menos frecuentes y es raro que se presenten reacciones que impidan su aplicación.

### **CONTRAINDICACIONES**

Existen varias condiciones en las que no se recomienda su aplicación, entre ellas: Cuando exista un cuadro febril; Pacientes hospitalizados; Presencia de Infecciones sistémicas, por ejemplo, fiebre tifoidea; Existencia de cuadros diarreicos o vomito y observación de erupciones cutáneas.

### **CONSERVACIÓN DEL TRATAMIENTO**

Para mantener de manera adecuada el uroantígeno, es necesario conservarlo en refrigeración a una temperatura de 8 C °, siempre se debe de evitar la congelación y la exposición a la luz solar y el calor. De la misma manera se debe evitar que entre en contacto con alimentos y se debe verificar sistemáticamente que no presente impurezas o cambios de color.

### **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

A partir del 2017 se iniciaron protocolos de investigación clínica en coordinación con el Centro Especializado de Medicina Integrativa y la Jurisdicción de Iztapalapa ambos de los Servicios de Salud Pública de la CDMX. Entre estos el “Estudio Clínico Epidemiológico de las Principales Patologías Tratadas con Autouroterapia en C.S. T.III Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda”.

### **UBICACIÓN**

Centro de Salud “Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda” se encuentra en Av. México Puebla s/n esquina callejón Benito Juárez, Santa Martha Acatitla, Delegación Iztapalapa, CP. 09510, teléfono 50-38-17-00 ext. 6906, Cel. 55-54-18-03-01

“EL MEDICO NO CURA SI NO QUE COADYUVA A LA NATURALEZA A QUE EL INDIVIDUO RECUPERE SU EQUILIBRIO” HIPOCRATES

### **Bibliografía**

- Ruiz Castañeda M. “Pruebas Emergentes de Laboratorio”, Editorial Atica. 1984. México.
- Ruiz Castañeda M. “Reacciones Inmunológicas Sobre Papel Filtro y Fijación en superficie”, Academia Nacional de Medicina. Tomo III. 1964. México.
- Ruiz Castañeda M. “Reacción en Fijación de Sueros Mezclados de Madres y sus Productos con Síndrome de Down”, Archivos de Investigación Médica, México 1971.

- Ruiz Castañeda M. “Método Rápido para la Investigación de Reacciones Específicas y no Específicas en el Cáncer”, Archivos de Investigación Médica, México 1980.
- Dr. George r. Borrell, La Autouroterapia, Editorial Serpem, Primera edición 1995, México.
- Kumate Jesús “Contribuciones Mexicanas a la Investigación Médica”, Primera edición UNAM.1976 México.
- Ruiz Castañeda M. y colaboradores “Tratamiento Antigénico a Pacientes con Síndrome de Down”, Boletín Médico Hospital Infantil de México, Volumen 39, número 12, diciembre 1982.
- Ruiz Castañeda M. “Urodiagnostico”, Boletín Médico Hospital Infantil de México, volumen 39, número 12, diciembre de 1982.
- Oscar Velasco Castrejón, Beatriz Rivas Sánchez, “Leptospirosis Crónica en México”, Revista Mexicana de Patología Clínica, volumen 56, número 3,

## Organización y funcionamiento del servicio de acupuntura

*Tania Rivera*

La acupuntura humana es un método clínico terapéutico no medicamentoso, útil en el manejo médico, que consiste en la inserción de agujas metálicas esterilizadas de cuerpo sólido en puntos específicos, sobre la superficie del cuerpo humano. Esta terapéutica forma parte de los servicios que brinda el Programa de Medicina Integrativa.

Específicamente dentro del Centro Especializado en Medicina Integrativa (CEMI) la atención que se brinda con esta terapéutica consiste en un abordaje individualizado para cada paciente, los cuales son referidos a este servicio por parte del Filtro Médico de este mismo centro. Los pacientes son programados para una primer consulta y apertura de expediente clínico, durante la cual se elabora una historia clínica completa (interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamiento) y particularmente en el caso de la acupuntura, el abordaje, además de incluir estos aspectos clínicos, considera elaborar un diagnóstico individualizado para cada usuario, tomando en consideración signos y síntomas específicos propios de un sistema de análisis clínico el cual se basa en elementos filosóficos de la Medicina Tradicional China como son la teoría de yin – yang, cinco elementos, órganos y vísceras, canales y colaterales, puntología, diferenciación sindromática, pulsología, glosodiagnóstico, entre otras, y a través de las cuales se establece una meta terapéutica, así como una selección correcta de puntos de acupuntura específicos para cada uno de los pacientes.

El servicio cuenta con cuatro médicos especialistas en acupuntura humana y uno en formación como especialista. Este tipo de atención se brinda en dos sedes distintas, una en el CEMI y la otra en el Centro de Salud de Santa Catarina, ubicado en Tláhuac.

La atención es de manera simultánea para varios pacientes (4 a 6) por hora, a quienes se les proporciona la consulta con esta terapéutica incluyéndose también otros métodos y técnicas relacionadas con la misma como: electroacupuntura, ventosas, moxibustión, auriculoterapia con semillas o balines, acutomoterapia o inserción de hilos biodegradables (inserción de catgut). El tratamiento puede ser sustitutivo, integrativo o paliativo según el caso de cada

paciente. La atención es por sesiones de tratamiento con una duración de 40 minutos aproximadamente en cada una.

Actualmente se cuenta con horario matutino en ambas sedes para atención de pacientes con esta disciplina y hasta la fecha es el servicio que mayor número de consultas ha proporcionado desde al año 2013 (52,260) dentro del Programa de Medicina Integrativa, con efectos clínicos comprobados.

Actualmente es un área de vinculación académica con la Especialidad en Acupuntura Humana del Instituto Politécnico Nacional, siendo un campo clínico para los residentes de dicha especialidad; así mismo, trabaja conjuntamente con el Programa del Médico en tu Casa a través de la capacitación proporcionada por los médicos especialistas en acupuntura del PMI a los fisioterapeutas de dicho programa para la atención de pacientes a domicilio quienes se ven beneficiados de la integración de este método de tratamiento con la rehabilitación física que se les brinda.

Finalmente, este servicio a través de su coordinación se encuentra participando activamente en la actualización de la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la Acupuntura Humana y métodos relacionados. Es un orgullo para todo el equipo de acupunturistas del Programa de Medicina Integrativa formar parte de las filas de esta Institución promoviendo la salud de las personas que lo requieren a través de este noble, efectivo y eficaz método de tratamiento.

## Caso clínico. Diabetes mellitus 2

*Dr. Adalberto Orozco Navarro. Servicio de Fitoterapia Clínica, Centro Especializado de Medicina Integrativa. Coordinador, Programa de Medicina Integrativa*

### Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una compleja alteración metabólica caracterizada por una combinación de resistencia a la insulina y alteración en la secreción de la misma. Ambos mecanismos tienen una base genética múltiple (asociación de diferentes polimorfismos) y un componente ambiental (obesidad abdominal, sedentarismo, etc.). La diabetes mellitus tipo 2 es la más común, representando entre el 90 y 95% de todos los casos. (1)

La importancia de la DM2 está relacionada con su elevada prevalencia, el número de personas con esta enfermedad ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en la actualidad, en adultos (mayores de 18 años) la prevalencia ha aumentado del 4.7% en 1980 al 8.5 %. La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. (2)

Esta enfermedad es causa importante de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de miembros inferiores. (3)

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que el número de personas con diabetes en el mundo se ha incrementado de 30 millones en 1995 a 422 millones en la actualidad y se estima que para el 2030 habrá 366 millones, y para el 2040 cerca de los 642 millones con la enfermedad. (4)

Se estima que en el 2012 la diabetes fue la causa directa de 1.5 millones de muertes y que otros 2.2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia. Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Fue la segunda causa de muerte en mujeres y varones en México: en ese año se registraron 592,018 defunciones, cuyas principales causas fueron las enfermedades del corazón (105,144), la diabetes mellitus (82,964) y los tumores malignos (70,240). La mortalidad es más prevalente en mujeres (43,267) que en hombres (39,692). (5)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 muestra que se incrementó la prevalencia de diabetes hasta en 9.1% en la población mexicana, principalmente en mujeres con más de 40 años.

La diabetes se considera un problema de salud pública cuyo impacto en términos económicos, sociales y en la calidad de vida, la convierte en una prioridad nacional.

La incidencia de diabetes en el 2015 fue de 373.7 casos por cada 100,000 habitantes ocupando el lugar 12 como causa de morbilidad en la población mexicana. (6)

En el servicio de Fitoterapia Clínica del Centro Especializado de Medicina Integrativa (CEMI) la diabetes mellitus ocupa el primer lugar como motivo de consulta. En el año 2016, se atendieron por este motivo 308 pacientes, seguido de la insuficiencia venosa periférica, con 251 pacientes (7).

En el 2017 el sistema electrónico de información del programa de Medicina Integrativa reporta 170 pacientes con diabetes mellitus 2 en el servicio de Fitoterapia. (8)

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (NOM) establece que el diagnóstico de prediabetes y el de diabetes se hacen con base en los niveles de glucosa a las dos horas en una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO) o en los niveles de glucosa plasmática en ayunas (GPA) (Secretaría de Salud, 2009; 9)

La Asociación Americana de Diabetes (AAD), en su última revisión, aprueba una tercera opción para el diagnóstico: la determinación de los niveles de hemoglobina glucosilada (A1c) y enuncia que cualquiera de las tres pruebas es adecuada para este fin. (10)

### **Cuadro 1. Diagnóstico de DM2. Asociación Americana de Diabetes 2016**

Diagnóstico de DM2			
	NORMAL	PRE DIABETES	DIABETES
PTGO	<140 MG/dl	140-199 mg / dl	≥ 200 mg/dl
GPA	<100 mg/dl	100-125 mg / dl	≥ 126 mg/ dl
A1c	< 5.7%	5.7 – 6.4 %	≥ 6.5 %

Actualmente, la medición de la fracción A1 c de la hemoglobina (comúnmente conocida como hemoglobina glicosilada) para el seguimiento de la misma es común actualmente:

- La A1c no requiere de un ayuno previo
- La A1c refleja con bastante precisión la concentración promedio de glucosa sérica a lo largo de los últimos 2 a 3 meses. (11)

En el control de la diabetes mellitus con la HbA1C es importante considerar lo siguiente: tiempo de la diabetes, edad y enfermedades concomitantes.

- Entre de 6.5 y 7.0% en pacientes conocidamente diabéticos y en tratamiento → resultado deseado, que indica control adecuado de la glicemia.
- Entre de 7.0% y 7.9% → Resultado anormal para adultos diabéticos, pero que puede ser tolerado en pacientes ancianos o niños, pues esos forman parte de un grupo que tiene mayor riesgo de desarrollar episodios de hipoglicemia con la medicación para la diabetes.

Por encima de 8.0% → Resultado anormal, que indica diabetes mal controlada. (12)

En el manejo Fitoterapéutico se contempla como eje principal el uso de plantas medicinales, en fórmulas magistrales locales (tópicos), extractos fluidos, macerados glicerinados, tinturas, extractos secos, tisanas e infusiones. (13)

Las consultas otorgadas en el servicio de Fitoterapia a cada paciente con diabetes mellitus son 2.5 en promedio (Sistema electrónico de información del programa de Medicina Integrativa, 2017)

Desde el enfoque de Fitoterapia clínica, el tratamiento *será específico para cada paciente*, considerando siempre:

- El manejo de los fenómenos congestivos.
- Asegurar una buena regulación neurovegetativa de la digestión.
- Estímulo parasimpático no sin antes haber moderado la reactividad simpática
- Drenaje moderado de vías biliares. (14)
- Mantenimiento de la calidad de la flora intestinal y evitar todas las causas de fermentación intestinal.



- Sostener el páncreas exocrino: plan de ahorro pancreático (evitar lácteos, grasas productos de harina refinada y alimentos con un índice glicémico elevado).
- Utilizar plantas mixtas de actividad endocrina y exocrina (*Arctium lappa*, *Cichorium intybus*, *Juglans regia*, *Allium cepa*, *Olea europea*, *Marrubium vulgare*, *Salvia officinalis*)
- Actividad endocrina: *Vaccinium myrtillus*, *Geranio*, *Opuntia ficus*.
- Oligoelementos. Cromo (cofactor de la insulina) (14)
- Actividad hipoglucemiante: *Cecropia peltata* (15) *Cinamomum zeylanicam* (16)
- *Iberbillea sonora* (17).
- Mejorar la actividad insulínica: *Juglans regia* (18), *Vaccinium myrtillus* (19), *Rosmarinus off.* (20), *Rubus fruticosus*, cromo y zinc (21).

### Caso Clínico

- FICHA DE IDENTIFICACION
- EDAD:50 AÑOS
- SEXO: MUJER
- ESTADO CIVIL: CASADA
- ESCOLARIDAD: BACHILLERATO
- OCUPACION: HOGAR

Acude al servicio de Fitoterapia mujer de 50 años, residente del DF.

Antecedentes heredofamiliares positivos a diabetes mellitus 2, hipertensión, artritis reumatoide y obesidad.

- Alimentación abundante en carnes rojas, lácteos y huevo, deportes natación. Convivencia con su esposo y su hijo.
- Antecedentes pp: rubeola, varicela antes de los 10 años. Climaterio 48 años.
- Mioma 3 cm, quiste de ovario derecho 15 mm a los 49 años no tratado quirúrgicamente.

### MOTIVO DE CONSULTA

- Ansiedad
- Mareo
- Fatiga
- Estrés
- Irritable
- Trastornos del sueño: insomnio-
- Dismenorrea.
- Pirosis
- Artralgias
- Caída de pelo

- Resequedad de piel
- Resequedad vaginal
- Bochornos
- Disminucion de la libido
- Depresion
- Recuerda los sueños

## EXPLORACION FISICA

Hippus+: miosis

Chvostek +

Acantosis moderada en cuello

Estrías

Predominio de línea roja (dermografismo).

Proyecciones dolorosas (palpación rolada): gonadal, suprarrenal, hepática y pancreática

Dolor pélvico que se irradia a extremidad inferior derecha

## Cuadro 2. Diagnóstico Funcional: expresión de los desequilibrios neuroendocrinos.

Para simpático	Alfa Simpático	Beta Simpático	Cortico tropo	gonadotropo	tirotro po	Somato tropo
Pirosis Depresión (serotonina)	.Ansiedad .Mareo. .Estrés- .Irrtable .Trastornos del sueño- insomnio- .hipus- midriasis .Predominio de línea roja (histamina)		Artralgias Estrías (cortisol) Fatiga Dolor suprarrenal	Caida de pelo Resequedad de piel Resequedad vaginal Bochornos Disminucion de la libido Dismenorrea. Dolor- p. gonadal Cuagulos (progesterona)	Re Cuer da los sue ños	Chevostec + Acantosis moderada en cuello  Proyecion: Suprarrenal Hepatica y Pancreatica dolorosa.

Parasimpatico ++

Alfasimpatismo.

Gonadotropo y somatotropo demandados.

Gestión hepato-pancreática e intestinal

Enero 2015		Mayo 2016	
Glucosa	160 mg/dl	Glucosa	102 mg/dl
Creatinina	0.8 mg/dl	Creatinina	0.7 mg/dl
Acido úrico	4.5 mg/dl	Acido úrico	4.0 mg/dl
Colesterol	203 mg/dl	Colesterol	182 mg/dl
Triglicéridos	218 mg/dl	Triglicéridos	104 mg/dl
HDL	40 mg/dl	HDL	45 mg/dl
LDL	95 mg/dl	LDL	90 mg/dl
Glicada	7.5 %	Glicada	5.5 %
Mioma	30 mm	Mioma	-----
Quiste de Ovario	15 mm	Quiste de Ovario	-----
Hemoglobina	10 g/dl	Hemoglobina----	12.5 g/dl

**Cuadro 3. Exámenes de Laboratorio con intervalo de 6 meses**

### Elementos terapéuticos de fitoterapia

#### Cuadro 4. Fórmula magistral de regulación neuroendocrina

Fórmula 1	Fórmula 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Vitex Agnus castus</i> 30 ml</li> <li>■ <i>Borago off.</i> Ef 30 m</li> <li>■ <i>Medicago sativa</i> 30 ml</li> <li>■ <i>Aquillea milefolium</i> Ef 30 ml</li> <li>■ AE <i>Lavanda off., Thymus, Salvia</i> 0.5 g de cada uno</li> <li>■ Tomar 30 gotas cada 8 hrs en agua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Passiflora incarnata</i> Ef 30 ml</li> <li>■ <i>Ribes nigrum</i> mg 30 ml</li> <li>■ <i>Cinchorium intybus</i> Ef 30 ml</li> <li>■ <i>Juglans regia</i> 15 ml.</li> <li>■ <i>Marrubium vulgare</i> 15 ml</li> <li>■ Tomar 30 gotas cada 8 hrs en agua</li> <li>■ *Cocimiento: <i>Zea mais, Arctium lappa, Plantago major, Amphypterigium adstringens</i>, tomar una taza cada 8 hrs</li> </ul> <p>*cloruro de magnesio cap. 500 mg cada 12 hrs</p>

## Conclusión y Análisis.

La fitoterapia clínica:

- a) es una opción terapéutica útil en el manejo de los padecimientos, ya sean agudos o crónicos y significa un avance en el campo de las plantas medicinales, ya que permite un mejor uso, así como una mejor respuesta terapéutica y bajo riesgo en su uso para los pacientes.
- b) induce al equilibrio fisiológico con fórmulas magistrales de regulación (con plantas) del organismo.
- c) esta forma de abordaje mejora la calidad de vida de los pacientes, es aceptada por el usuario, la institución la puede otorgar a bajo costo, por lo que esta forma de manejo se refleja favorablemente en los gastos de salud de los pacientes de CEMI y de la institución (SSPDF).

**AL INCIDIR EN LA REGULACIÓN DE LA FSH, ACTH, ALFA y PARASIMPÁTICO, ASI COMO EN EL PROCESO CONGESTIVO DE LA TRIADA: PÁNCREAS-HIGADO-INTestino DELGADO, SE LOGRÓ UN MANEJO SIGNIFICATIVO DEL CASO.**

## Bibliografía

- 1.- Cervantes RD., "Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células B pancreáticas", Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 21, No. 3. Julio-Septiembre 2013. pp 98-106
- 2.- Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva; Septiembre 2012
- 3.- Mahan, L. Dietoterapia. 13 Ed. España: Elsevier; 2013.
- 4.- Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva; Noviembre 2016
- 5.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad. 2012.
- 6.- Dirección General de Epidemiología, Anuario de morbilidad 2015
- 7.- Sistema electrónico de información del Programa de Medicina Integrativa de los SSPCDMX. 2016.
- 8.- Sistema electrónico de información del Programa de Medicina Integrativa de los SSPCDMX. 2017.
- 9.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (NOM).
- 10.- Ackermann, *et. al.*, Identifying adults at high risk for diabetes and cardiovascular disease using hemoglobin A1c national Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. Am J Pre Med, 11-17.
- 11.- Zamudio Villareal Juan Fernando., "Diagnóstico de diabetes con hemoglobina glicosilada", Revista Evident Invest Clin Vol 3 No. 1., Enero - Marzo 2010, pags 58- 60.

- 12.- Campuzano-M G, Latorre SG. HbA1c in the diagnosis and management of diabetes. *Medicina & Laboratorio* 2010; 16: 211-241.
- 13.-Durafourd, Ch. Lapraz JC. *Tratado de Fitoterapia Clínica y Medicina Endobiogénica*. Paris. Masson 2002.
- 14.- Lapraz JC, Clermont ML. *La Medecine Personnalisée: retrouver et garder la santé*, Paris. Masson 2012.
- 15.-Castro, CJ., Villa, N., Ramírez SA., Mosso, C. "Uso medicinal de plantas antidiabéticas en el legado etnobotánico oaxaqueño." *Revista Cubana de Plantas Medicinales*. La Habana. Enero-Marzo 2014. Volumen 19, No. 1.
- 16.-Verspohl, EJ., Bauer, K. & Neddermann, E. "Antidiabetic effect of *Cinnamomun cassia* and *Cinnamomun zeylanicum* In vivo and In vitro." *Phytotherapy Research*. March 2005. Volume 19, issue 3; pp 203-206.
- 17.-Zapata-Bustos, R., Alonso-Castro, AJ., Gómez-Sánchez, M. & Salazar-Olivo, LA. "*Ibervillea sonorae* (Cucurbitaceae) induces the glucose uptake in human adipocytes by activating a PI3K-independent pathway." *Journal of Ethnopharmacology*. 28 March 2014. Volume 152, Issue 3; pp 546-552.
- 18.-Hosseini, S., Huseini, HF, Larijani, B., Mehrzadi, Mohammad, K., Najmizadeh, A., Nourijelyani, K. & Jamshidi, L. "The hypoglycemic effect of *Juglans regia* leaves aqueous extract in diabetic patients: A first human trial." *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2014. Volume 22, issue 19
- 19.- Güder, A., Gür, M. & Engin, MS. "Antidiabetic and Antioxidant Properties of Bilberry (*Vaccinium myrtillus* Linn.) Fruit and their Chemical composition." *Journal of Agricultural Science and Technology*. 2015. Volume 17, issue 2, Article 13.
- 20.-Hassani, FV., Shirani, K. & Hosseinzadeh. "Rosmarinus officinalis as a potential therapeutic plant in metabolic syndrome: a review." *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*. September 2016. Volume 389, issue 9; pp 931-949
- 21.-Salehi, P.; Asghari, B.; Esmaeili, M.A.; Dehghan, H.; Ghazi, I. "α-Glucosidase and α-amylase inhibitory effect and antioxidant activity of ten plant extracts traditionally used in Iran for diabetes." *Journal of Medicinal Plants Research*. 2013, 7, 257-266

## **Caso clínico: Abordaje endobiogénico en el diagnóstico y tratamiento del climaterio**

*María Isabel Arriaga Moreno.* Servicio de Fitoterapia Clínica, Centro Especializado de Medicina Integrativa. Programa de Medicina Integrativa

Interpretación e identificación del caso.

Proceso de envejecimiento durante el cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva, de este proceso se han derivado los siguientes conceptos para su estudio e identificación.

### **Síndrome climatérico**

Conjunto de signos, como son cambios en la textura de la piel, color de cabello, caída de los senos o disminución de su tamaño, y síntomas como bochornos, ansiedad o impaciencia e irritabilidad entre otros que anteceden y siguen a la menopausia como consecuencia de la función ovárica.

Menopausia: Es el cese permanente de la menstruación, se diagnostica tras 12 meses consecutivos de amenorrea, es decir desaparición de la menstruación, sin que exista ninguna otra causa patológica y es resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica y ocurre aproximadamente a los 49 años de edad.

Historia Clínica en Consulta de Fitoterapia clínica se realizó en una revisión retrospectiva de 1 caso que asistió entre los años 2014 al 2017 atendida en la Clínica de Especialidades Núm. 4 dentro del Programa de Medicina integrativa.

Por lo que expreso agradecimiento especial a la Secretaria de Salud Pública del D.F por la innovación en su Programa de Medicina Integrativa especialmente en el Centro Especializado de Medicina Integrativa, en el servicio de Fitoterapia, así como a directivos y personal de la Clínica de Especialidades Núm. 4 y CEMI.

### **Abordaje del caso**

A partir de las características clínicas con el método de análisis endobiogénico (proceso de integración en la práctica médica), se encontró 3.5 % de casos para el total de consultas de medicina integrativa según resultado de estadístico interno.

Para obtener la información se utilizaron preguntas abiertas de acuerdo al padecimiento como método bibliográfico, según este tipo de investigación cualitativa. La idea de revisar los datos clínico-endobiogénico concuerdan con la inquietud científica-cultural del análisis práctico en la paciente en este periodo de la vida para llegar a un diagnóstico, así como a la propuesta del tratamiento con las fórmulas magistrales que contienen plantas medicinales cuyas propiedades ayudan en soporte fisiológico y estructura.

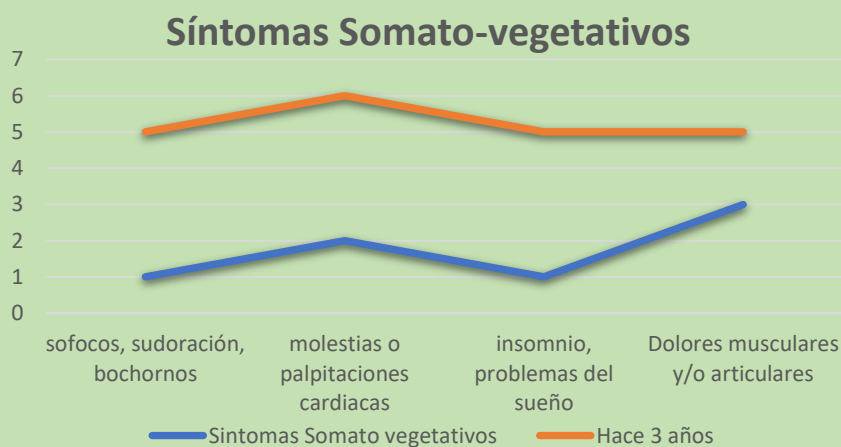
Partiendo de lo anterior el objetivo del tratamiento se encuentra beneficiar al paciente de las molestias las relacionadas a la menopausia tales como dolores articulares y musculares, cambios del ánimo, depresión, trastornos de sueño y disfunción sexual (incluyendo

disminución de la libido), etc. se aplicó la escala MSR a las pacientes que han participado de este tipo de terapia.

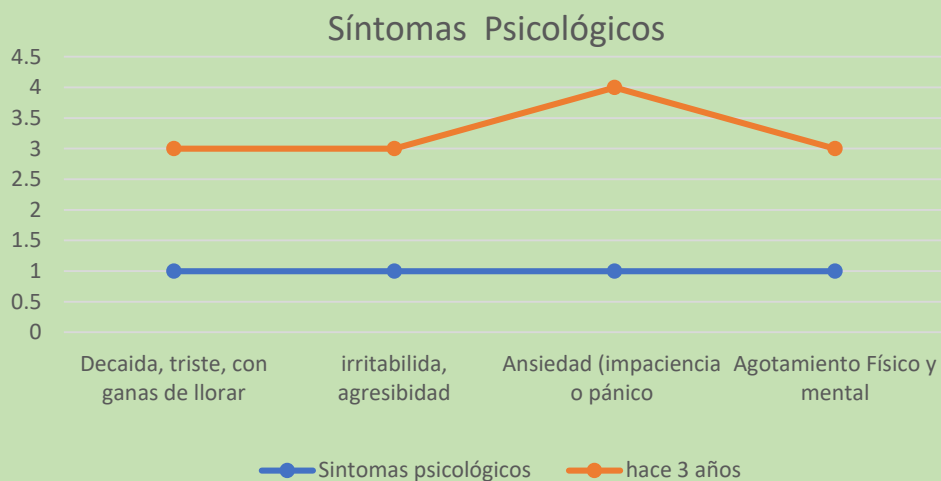
**Presentación del caso**

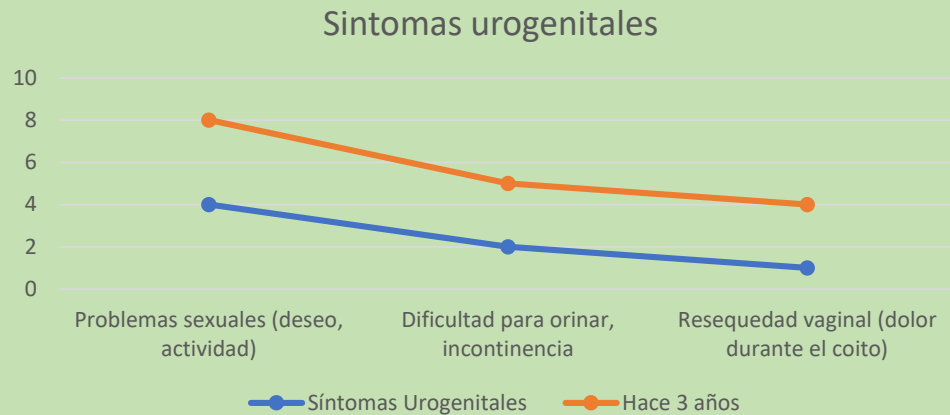
Femenina de 56 años, originaria y residente de la Ciudad de México. La cual un año antes tuvo su última menstruación, los síntomas aparentemente se presentaron como vómito previo de sudoración con evolución de un año. Sin medicación previa, hasta que acudió a otros médicos, sin tomar medicamento. Después decidió participar con fitoterapia clínica de acuerdo con el abordaje endobiogénico en el diagnóstico y tratamiento de climaterio de donde tenemos la siguiente información.

El seguimiento de este caso se llevó a cabo cada mes o cada dos meses por mejoría del año 2014 al 2017.

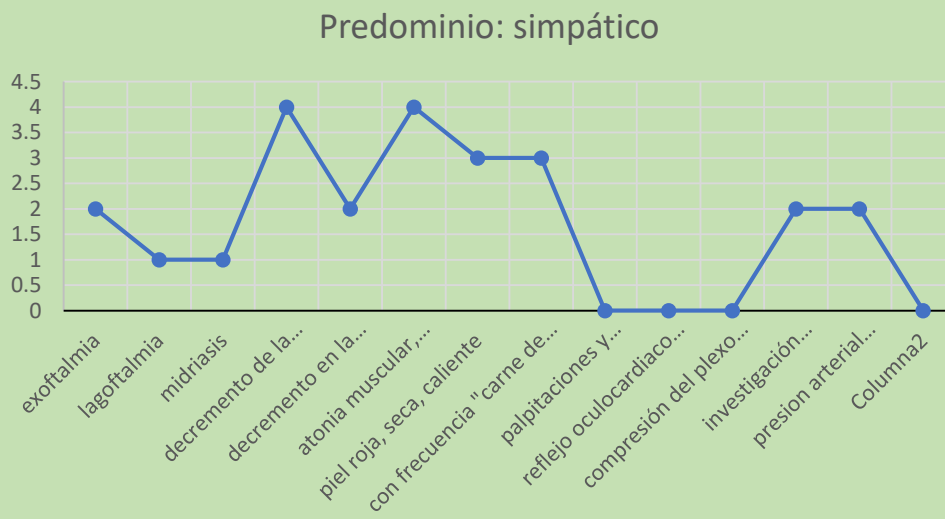


Escala "Menopause Rating Scale (MRS) Es una escala de autoaplicación que evalúa 3 dominios: somato-vegetativos, psicológico y urogenital, escala va de 0 a 4 que se consideran muy severas. Se plantea tratamiento si el puntaje somato-vegetativo es >8 y/o el psicológico > 6 y/o el urogenital >3 o si el puntaje total es > de 8.





Abordaje clínico.



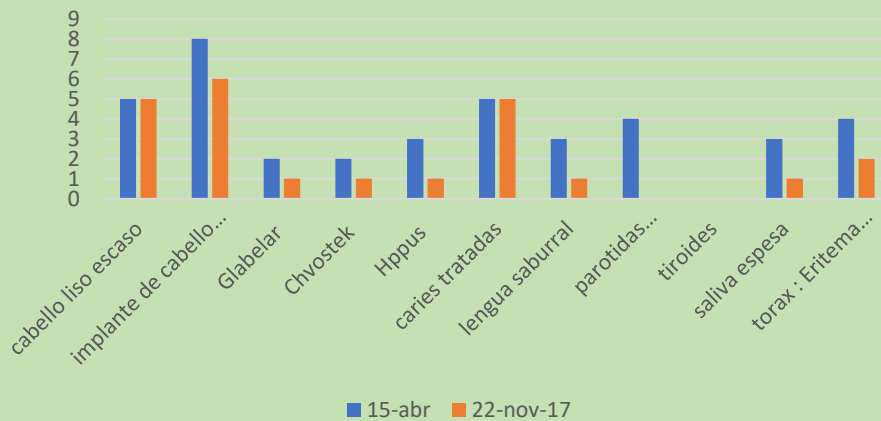
Cuadro clínico que corresponde a hiper - simpatismo.

#### **Análisis:**

En cuanto a la actividad terapéutica de las plantas medicinales, en este caso se eligieron de acuerdo a la fisiología en estructura y función relativamente alterada por los cambios clínicos derivados de la semiología.

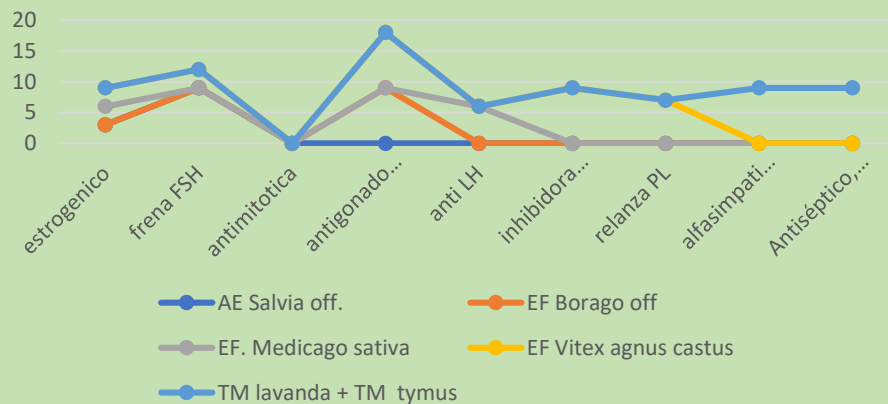


### Signos clínicos evaluados inicio y cambio



En fórmulas magistrales utilizando:

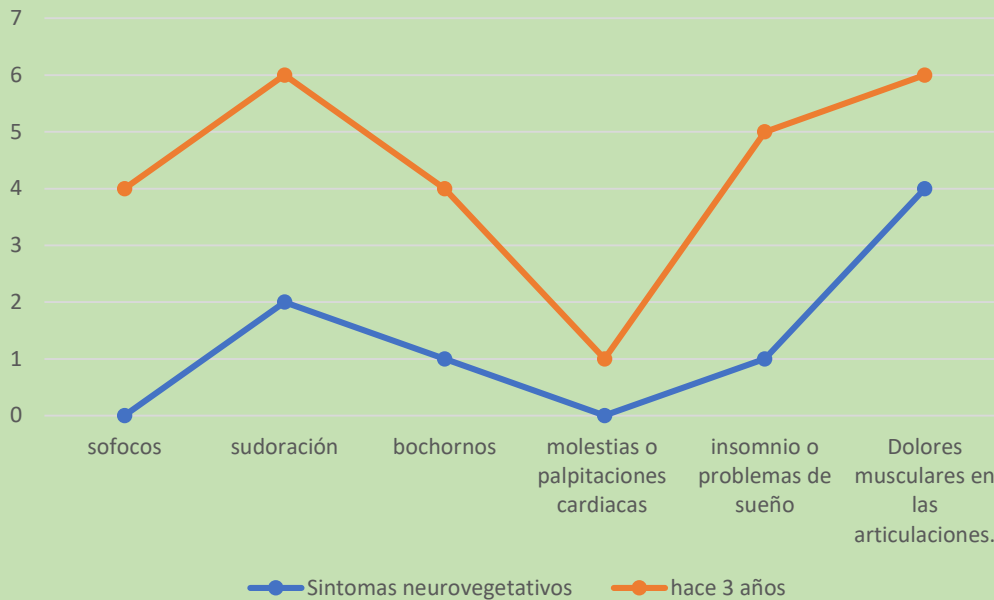
### Plantas Medicinales y su actividad terapéutica



### Discusión desde el punto de vista endobiogénico

Para este caso se consideran los sistemas *neurovegetativos simpático*, involucrados para las manifestaciones clínicas. Los cambios involucrados a nivel central por los signos asociados a la amenorrea y la presentación de bochornos encontramos a este nivel FSH alta, LH alta seguidos de agotamiento hipofisiario (Guía de práctica clínica de fitoterapia).

La acción terapéutica de plantas medicinales (en una fórmula magistral) contribuyen a mejorar la calidad de vida de las mujeres en climaterio y menopausia.



En este último gráfico se aprecia disminución importante de los signos y síntomas generales, a excepción de dolor muscular ocasionado por estrés posterior. Así, nuevamente inicia lo que llamamos respuesta a la adaptación en la vida cotidiana: el estrés lo produjo probablemente secundario a la discusión con una vecina en relación a las actividades de su mascota.

### Conclusiones

El caso clínico muestra variedad de características que inciden en el sistema simpático y otros aspectos de los ejes endobiogénicos que permiten la elección de las plantas medicinales para integrar las fórmulas magistrales diseñadas como un vestido a la medida de los requerimientos de cada paciente, este concepto permite integrar al paciente a su ámbito social, cultural, laboral y familiar como actualmente disfruta esta paciente.

Las circunstancias que rodean a la paciente con síndrome climaterio son muy variadas debido al momento histórico de su vida personal a la que llamamos comúnmente línea de vida personal en donde hacemos una escalada por esta etapa en la que la decadencia está presente e indica invertir con una buena alimentación equilibrada, ejercicio físico, actividades culturales y recreativas, buenas relaciones con el entorno y semejantes. A mencionar la generalidad de la etapa de cambio en el núcleo familiar dónde los hijos son mayores y pertenecen a su propia esfera emocional y de relación, el trabajo ya no se desempeña como en la etapa de la juventud o bien se encuentra en término de jubilación. En dónde la salud y belleza representadas en la longevidad son importantes y acompañadas de una buena concentración, lucidez en el pensamiento coordinado con las actividades propias de su género sin pretender confrontar a ninguna otra etapa de la vida forman la expresión de una adaptación y adaptabilidad antes de hacerse pedazos o romper el equilibrio.

### Bibliografía.

1. Barret KE, Barman SM, Boitano S, Menopausia: Desarrollo y función del aparato reproductor femenino en Ganong fisiología médica, 25 ed. 2016: 398.

2. NOM-035-SSA2-2012, Prevención y control de las enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
3. Duraffourd C. Lapraz JC, Las plantas medicinales en fitoterapia clínica mencionadas en la obra anexo 1 en: Tratado de fitoterapia clínica medicina y endobiogenia, Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica, 2017: 909-940.
4. Fellowship in Endobiogenic Medicine an integrative physiology, seminario 6, 2016.
5. Hoga L. Focolpho J. Goncalves B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. JBI
6. Database System Rev Implement Rep. 2015 Sep 16;13(8):250-337. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1948.
7. Carillon A. Curso monográfico 3: afecciones metabólicas fitoterapia clínica y menopausia. Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica, SOMEFIC, Programa de Formación Superior en Fitoterapia Clínica 2007-2010, Octubre 2008.

## Fitoterapia endobiogénica: un caso de sinusitis crónica

*Miguel García Poujol*, Centro Especializado de Medicina Integrativa, Programa de Medicina Integrativa y Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica

### RESUMEN

Se reporta el caso de un niño de 8 años con diagnóstico de Sinusitis Crónica en quien se detectan clínicamente y a través de la herramienta informática “biología de funciones” desequilibrios que favorecen la enfermedad, mismos que se abordan terapéuticamente con extractos vegetales, dando seguimiento clínico y a través de índices de funciones clave en el la más profunda comprensión y por tanto la capacidad para incidir en los mecanismos específicos involucrados en el desarrollo de la patología en este caso.

### INTRODUCCIÓN

La rinosinusitis crónica (CRS) consiste en un amplio síndrome clínico que se caracteriza por inflamación crónica de la mucosa de la nariz y senos paranasales, y típicamente se divide en dos subtipos :con o sin pólipos, la etiología y patogénesis se encuentra en áreas de investigación desde los últimos 15 años y se han planteado diferentes hipótesis, involucrando otros elementos fisiológicos individuales o de regulación interna como: la microbioma, diferentes aspectos inmunológicos, infección micótica, etc<sup>4</sup>.

La herramienta informática llamada “BIOLOGÍA DE FUNCIONES” está basada en índices desarrollados por el Dr. Christian Duraffourd que expresa un nivel funcional relativo a través de 150 índices de los 4 ejes hormonales y el sistema nervioso, [www.endobiogenics.com](http://www.endobiogenics.com)<sup>1,2</sup>.

Un abordaje individualizado permite conocer factores funcionales que comprometen el “terreno” del paciente o su equilibrio neuroendócrino-inmunológico a través de una metodología de interpretación integradora de signos clínicos, que se basa en un modelo

extendido del síndrome general de adaptación . En este caso la Endobiogenia, nombre que recibe esta metodología de reflexión clínica, define desequilibrios neurovegetativos que favorecen congestión, inflamación y emuntoriales que finalmente pueden terminar favoreciendo infección<sup>2</sup>.

En este caso se muestra como funciones clave en la susceptibilización a la recurrencia de patologías respiratorias crónicas son identificadas y se toman medidas terapéuticas generales y específicas que son monitoreadas clínicamente y a través de índices funcionales basados en estudios de laboratorio.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Primera consulta: Junio 2008

- Identificación: ANS, Masculino de 8 años. Residente en Jiutepec, Morelos. Primero de primaria.
- Motivo de la consulta: Referido por médico otorrinolaringólogo por presentar infecciones recurrentes, con agudizaciones de sinusitis crónica.

Antecedentes Heredofamiliares Abuela paterna: bronquitis crónica y asma bronquial. Abuelo materno: dermatosis con el calor. Personales: Procesos inflamatorios respiratorios casi siempre infecciosos desde el año de edad; Retraso y desfase sicomotor (motricidad, dicción), Adenoidectomía con amigdalectomía (3 años de edad), Otitis Medias supuradas recurrentes.

FAMILIA : Muy nerviosos y cercanos, antecedente familiar de enfermedades alérgicas en ambas ramas.

Tratamiento previo: Mometasona, montelukast, clindamicina, fenilefrina + loratadina, diariamente

Diagnóstico: sinusitis crónica

Síntoma principal: obstrucción nasal muy recurrente y cuadros alérgicos que tienden a evolucionar a sinusitis y faringitis virales o mixtas.

## CLINICAMENTE

Irritable (muy), despierta por la madrugada normalmente.

Pestañas largas, voz aguda, implantación baja del cabello, pupilas con tendencia a midriasis, muy rápida respuesta de hippus, amplio. Manos frías, húmedas, al igual que pies, presencia de giba, abdomen con panículo adiposo periumbilical ligeramente infiltrado, dorso positivo a maniobra rodada a nivel de fosas renales, vello a nivel sacro, reacción eritematosa persistente. Faringe con algunos vasos dilatados, pálida, edematosa sin lesiones.

Impresión Diagnóstica:

Rinosinusitis crónica +:

Hipertonía de alfa, parasimpático, (sobretudo los simpáticos a y B)

Hiper-función histamínica importante

Hiperreactividad linfoidea mediada por actividad de TSH y TRH incrementadas.

Sobredemanda funcional del páncreas exócrino.

## TRATAMIENTOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PARACLÍNICA

### 1) De inicio

•TM *Plantago m., Viola aa125ml, AE Lavandula 0.5g, AE Eucalyptus 0.5g*: Tomar 35 gotas mañana y tarde

### 2) en un mes:

TM *Plantago, Passiflora, Gnaphalium aa125ml, Lavandula 1gr, Thymus 0.3g*: Tomar 30 gotas 3 veces al día.

*Ribes nigrum* EF: Tomar 40 gotas mañana y tarde.

## EVOLUCION

16 de septiembre 2008: Es favorable, remiten los cuadros alérgicos e infecciosos casi por completo, por lo que su especialista otorrinolaringólogo suspende el total de los medicamentos a excepción de mometasona.

Febrero 2009: Rinorrea ocasional que resuelve con fórmula antiinfecciosa con aceites esenciales.

## EVOLUCIÓN POR INDICES FUNCIONALES DE 2BIOLOGÍA DE LAS FUNCIONES”.

en este caso se utilizaron biometrías hemáticas y al procesar los valores se obtuvieron estimaciones subsecuentes para monitorear las funciones reportadas como insuficientes: la función de la suprarrenal y del cortisol (imagen 2), cuyos índices se encuentran por debajo de la norma (cifra que aparece a la derecha); así como un incremento de la demanda metabólica del testículo hacia la tiroides (imagen 1) en el que se aprecia que la cifra se mantiene por debajo de la norma, también reporta un incremento en la actividad del a histamina (imagen 3) con un marcado incremento sobre los límites de la norma para este índice. El gráfico elegido corresponde a los cambios que sufrió este índice durante más de 18 meses de tratamiento.

Imagen 1:

Date of print : 7/4/2012  
Date of the biology : 8/7/2008  
association SMFC - gpoujol.nevala - Rank 1 - Check up (CBC count)

Index		prec. value	var 2	value	min-max
1	Genital ratio	& f no data	●	1.096	0.8-0.95
2	Genital-thyroid ratio	no data	●	0.548	1.5-2.5
3	Adaptation	& f no data	●	1	0.25-0.5
14	leukocytes mobilization	s & f no data	○	0.861	0.85-1.15
15	platelets mobilization	s & f no data	○	0.903	0.85-1.15
16	thyroid reactivating activity	s & f no data	●	0.032	0.05-0.25
17	structure/function ratio	s & f no data	●	0.563	0.98-1.77
19	estrogen fraction #2	s & f no data	●	17	6-14
25	Catabolism/Anabolism ratio	s no data	●	0.525	1.8-3
		f no data	●	0.501	1.8-3
26	circulating cortisol	s no data	●	0.525	3-7

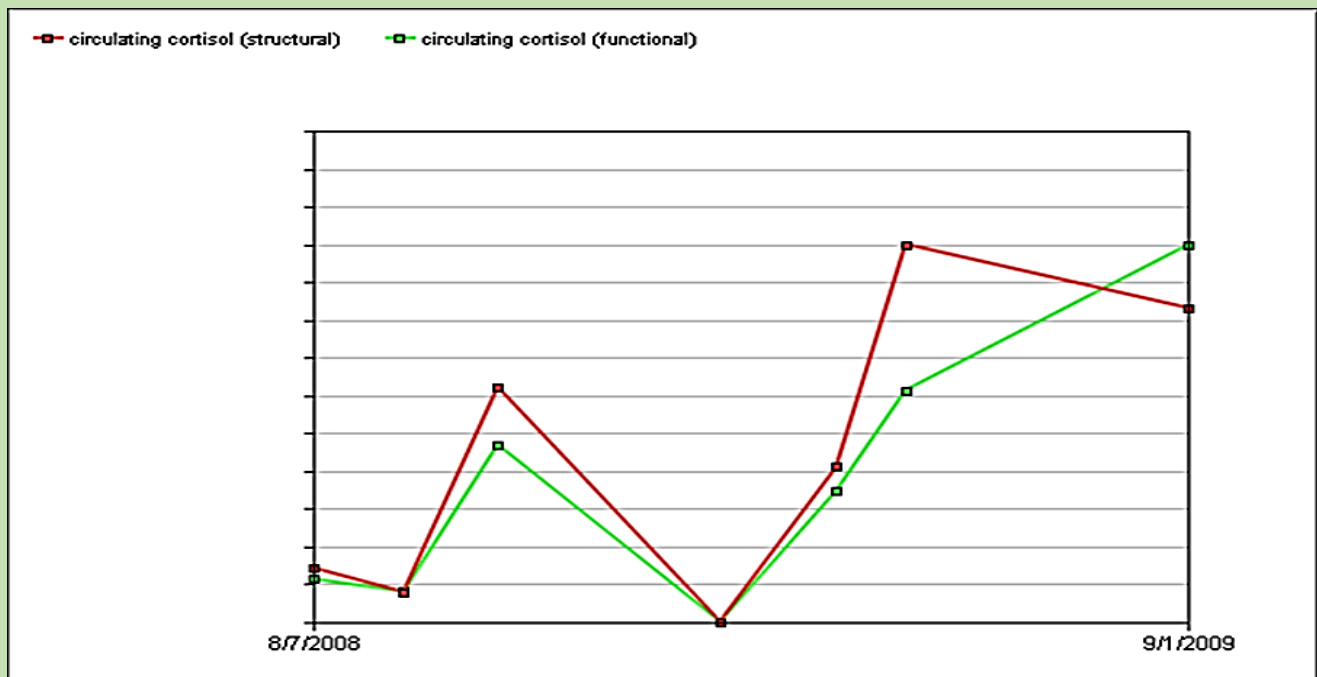
Imagen 2:

26	circulating cortisol	s no data	●	0.525	3-7
		f no data	●	0.501	3-7
27	Androgenic	s no data	●	1.045	1.2-2
		f no data	●	1.096	1.2-2
28	Adrenal cortex	s no data	●	0.502	2.7-3.3
		f no data	●	0.457	2.7-3.3

Imagen 3:

87	active histamine	s no data	●	1087.011	36-76
		f no data	●	1195.228	36-76

Gráfica del índice de la actividad suprarrenal a través de 16 meses de tratamiento, en la que se observa como los valores del índice se mantienen en un incremento global durante el tratamiento, que corresponde con la función clínica inmunológica del cortisol:



## CONCLUSIONES

En este caso el identificar factores neuroendócrinos funcionales (no patológicos) e implementar medidas terapéuticas específicas para estos mismos permitió modificar estas condiciones que consistían en el “terreno pre-crítico” para la recurrencia e intensidad de los cuadros de congestión, inflamación e infección, lo que se vio igualmente reflejado en los índices funcionales correspondientes a las funciones hormonales tratadas y en la evolución clínica de este paciente.

## REFERENCIAS

1. Lapraz, J.C., Hedayat K.M. (2013) “Endobiogeny: A Global Approach to Systems Biology (Part 1 and 2)”. *Global Advances in Health and Medicine* 2013;2(2):32-56.
2. Duraffourd, C., Lapraz, J-C., *Tratado de fitoterapia clínica*. México: Masson Ed. 2017.
3. Lapraz, JC y Clermont-Tonnerre, ML., *La Médecine personnalisée: Retrouver et garder la santé*, París: Odile Jacob, 2012, PP. 140-153.
4. Lam et al (2015) “The Etiology and Pathogenesis of Chronic Rhinosinusitis: a Review of Current Hypotheses”. *Current Allergy and Asthma Report*. 15 (7): 41.

ANEXO: Ejemplo de Guía Semiológica que aparece en “La medicina Personalizada” (Lapraz y Clermont-Tonnerre, 2017).

	<b>Parasimpático fuerte</b>	<b>Alfa simpático fuerte</b>	<b>Beta simpático fuerte</b>
<b>Comportamiento</b>	<p>Tímido, introvertido, inquieto, tendencia a la inhibición, dificultad para hablar en público.</p> <p>El parasimpático es un sistema de reposo, de asimilación y de recuperación.</p>	<p>Hipersensible, hiperestésico, gran sensibilidad al ruido y sensaciones en general, gran agudeza de diversos sentidos, hipersensibilidad al dolor, hipersensibilidad al frío, en tensión permanente, angustia.</p> <p>El sistema alfa simpático es un sistema de alerta</p>	<p>Sujeto impulsivo, agitado en sus movimientos, no puede estar en un solo lugar, se irrita fácilmente, explosivo con accesos de cólera, expansivo, tendencia a la agresividad, expuesto a crisis de angustia. El beta simpático es un sistema de combate y de movimiento en respuesta a una estimulación mental o física.</p>
<b>Los signos</b>	<p>Tórax bastante plano, esternón a veces un poco deprimido, cara con tendencia a ser redonda, Cabello más bien fino, extremidades húmedas, calientes.</p> <p>Pupila retraída (miosis), tendencia a la hipermetropía (ven mejor visión de lejos), tensión baja, corazón lento, pulsos amplios y lentos, a veces con extrasístoles, aumento de la duración de la espiración, secreciones abundantes y fluidas a nivel de mucosas: senos, nariz, faringe, bronquios, tubo digestivo, boca, hipersalivación</p>	<p>Tendencia a la miopía, pupila dilatada (midriasis. Manos y pies fríos casi congelados, rodillas frías palidez del paladar con varicosidades, enrojecimiento de cara que se mantiene fría, enrojecimiento de orejas y de pómulos, sudor frío fríos en axilas, palma de las manos y planta de los pies, tendencia a hacer placas rojas en la piel después del frote (dermografismo), movimientos rápidos de la del párpado superior, pequeños temblores de la lengua, sequedad de mucosas, lengua se pega al paladar, boca seca, soplo sistólico a la auscultación del abdomen</p>	<p>Pulso saltón palpitaciones frecuentes, Temblor en extremidades (Dedos), manos secas y calientes, bochornos, alternancia de palidez y enrojecimiento de la cara, enrojecimiento de los pómulos, inestabilidad, aumento de la frecuencia y de la amplitud de pulsos durante el examen del médico, aumento de la duración de la inspiración</p>
<b>Problemas</b>	<p>Sudores generalizados Sudores en la noche Aerofagia, Distensión abdominal, Congestión pélvica, tendencia a las varices, bronquitis, gastritis, colitis con diarreas, psoriasis, eczema, de manera extrema puede haber crisis vaga: vértigos náuseas, sudores, vómitos</p>	<p>Tendencia a la constipación espasmódica por exceso de tono intestinal, sujeto a vómitos, insomnio, irritabilidad, tendencia a infecciones por estreptococo, herpes, psoriasis, eccema, enfermedades con fuerte componente espasmódico migrañas, asma, úlcera del estomago, etc..</p>	<p>Diarrea, vómitos, hipertensión, diabetes.</p>



## **Menopausia y climaterio: Estudio sobre el tratamiento de 50 pacientes con Fitoterapia Clínica en el Centro Especializado en Medicina Integrativa**

*Miguel García Poujol. Servicio de Fitoterapia Clínica. CEMI. Programa de Medicina Integrativa  
Juan Alberto Chávez Castañón. Médico Pasante de Servicio Social*

### Introducción

Durante la transición a la menopausia y la menopausia establecida se presenta el síndrome climatérico compuesto por síntomas que obedecen principalmente a los diferentes cambios transitorios del eje hormonal ovárico, principalmente la progresiva disminución de la actividad estrogénica, pero también impacto a nivel de otros ejes hormonales, como el de la tiroides, tanto que las Guías de práctica clínica recomiendan medir por ejemplo la hormona Estimulante de Tiroides rutinaria o preventivamente <sup>1, 5, 6, 8, 9</sup>.

De acuerdo con la Encuesta Intercensal INEGI en 2015, en México había 61.4 millones de mujeres y representan más de la mitad de la población nacional (51.4%). En 2016, la esperanza de vida se ubicó en casi 78 años, por lo que se espera que para el año 2035, en nuestro país una de cada 3 mujeres estará en la etapa del climaterio o en la posmenopausia. En México, la menopausia se presenta en una edad promedio de 47.6 años y un rango entre 41 a 55 años<sup>1, 6</sup>.

Desde la perspectiva de fitoterapia clínica, la fisiopatología del climaterio expresa el siguiente desequilibrio que no se limita al eje ovárico sino a todos los involucrados en permitir los cambios adaptativos endocrinometabólicos para el gran cambio de estado funcional que implica la menopausia.

- Premenopausia: FSH (Hormona Folículo Estimulante)++, LH+ (Hormona Luteinizante), TSH (hormona Estimulante de Tiroides), GH (Hormona del Crecimiento). ACTH (Hormona Adrenocorticotropa) en incremento, función de progestágenos>estrógenos. Hipersimpatismo.  
Actividad elevada de hiperestrogenismo periódico e hiper-estado de FSH
- Menopausia establecida: Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH) +++, FSH+++, LH+++, hipoestrogenia.

Climaterio (antes y después): agotamiento hipofisario, hipotiroidismo transitorio+-, hipercortisismo <sup>1</sup>.

La valoración estas funciones es clínica a través de método semiológico detallado (Anexo 1 – Semiología) de los efectos del neuro-hormonales a todos niveles, por ejemplo el sistema simpático: tendencia a la midriasis a la exploración con lámpara, vasoconstricción periférica, tensión muscular incrementada, hiperestesia.

La Menopause Rating Scale (MRS) es un instrumento validado de medición de calidad de vida, desarrollado inicialmente a principios de la década 1990-99 para medir la severidad de los síntomas relacionados con la menopausia. Estudios realizados en 9 países y 4 continentes han usado la escala MRS para evaluar la calidad de vida en mujeres durante el climaterio. Las 9

versiones de idiomas actualmente disponibles se han traducido siguiendo los estándares internacionales para la traducción lingüística y cultural de las escalas de calidad de vida. Es lo suficientemente sensible para detectar efectos de tratamiento incluso positivos en mujeres con pocas quejas y en todo el rango de severidad de las quejas de la menopausia<sup>6</sup> por ser un instrumento fácil de manejar surgió que se convirtió en estándar para medir las molestias climatéricas en la práctica médica y cumplió con los requisitos metodológicos de una escala de calidad de la vida moderna<sup>10</sup>.

### **Justificación.**

El síndrome climatérico es un motivo de atención frecuente en el servicio de fitoterapia del Centro Especializado en Medicina Integrativa, donde las mujeres reciben atención médica desde el abordaje endobiogénico, con un plan de tratamiento individualizado. A pesar de que la escala MSR es un componente de la atención integral de la paciente con climaterio, no existe al momento una descripción del comportamiento del puntaje obtenido por las pacientes ni de su evolución posterior a un tratamiento con fitoterapia clínica.

Considerando que en el Programa de Trabajo de Fitoterapia clínica emitido por el Programa de Medicina integrativa en el año 2010 uno de los objetivos principales refiere la implementación de investigación, y se tiene un grupo de médicos en el CEMI y centros de salud periféricos capacitados en Fitoterapia clínica por la institución, en convenio con la Sociedad Mexicana de Fitoterapia Clínica A.C. (SOMEFIC) y la Sociedad Internacional de Medicina Endobiogénica y Fisiología Integrativa (SIMEPI), y que se cuenta con los registros realizados en el expediente electrónico de las pacientes atendidas, es factible proponer la evaluación de la evolución de las pacientes que han sido sometidas a tratamiento con fitoterapia. Los resultados del estudio arrojarían, con recursos ya disponibles, información sobre resultados obtenidos en el manejo del síndrome climatérico con fitoterapia clínica, y a la vez identificar los elementos más usados en esta área para el manejo de la menopausia, con el potencial de generar en un futuro nuevas guías de práctica clínica en fitoterapia clínica y síndrome climatérico.

El interés en describir la evolución clínica de las pacientes, utilizando una escala validada, permitiría evidenciar que la fitoterapia clínica es un recurso terapéutico efectivo en la menopausia. En este caso no se cuenta con la información que permita realizar un análisis estadístico que defina la efectividad del recurso, por lo que se limitará a describir el comportamiento de los puntajes como base de estudios posteriores.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el CEMI de los servicios de salud de la ciudad de México se otorgan aproximadamente 50 consultas mensuales a mujeres con diagnóstico de climaterio o menopausia. Si bien existen diversas evidencias acerca de la eficacia del empleo de terapia con estrógenos en baja dosis para la mejoría de la calidad de vida relacionada al climaterio, existe sólo información incipiente de la eficacia del empleo de fitoterapia clínica en el manejo de la sintomatología del climaterio<sup>2,3,4</sup> y no la existe para el caso de las pacientes beneficiarias del tratamiento con fitoterapia otorgado en este Centro.

La adecuada valoración y manejo del síndrome climatérico requiere el empleo de escalas de calidad de vida relacionadas al climaterio, las cuales deben estar adecuadamente traducidas, adaptadas culturalmente y validadas en el lugar en que se pretenden usar, características que se cubren con la escala MRS<sup>7</sup>. Además de la necesidad de utilizar un instrumento validado internacionalmente, éste permite al médico conocer también aspectos fisiológicos trascendentes para el diagnóstico y tratamiento específico de la metodología endobiogénica.

### **Pregunta de investigación:**

¿Cuál es el cambio en el puntaje de la Escala de Evaluación de Síntomas de la Menopausia (MRS, Menopause Rating Scale) en 50 mujeres con síndrome climatérico tratadas con fitoterapia clínica, Consultorio 3, en el Centro Especializado en Medicina Integrativa de 2013 a 2017?

### **Objetivos**

#### General

Describir los cambios en el puntaje de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en pacientes de 42 a 55 años diagnosticadas con síndrome climatérico de 2013 a 2017, que recibieron tratamiento con Fitoterapia Clínica en el Centro Especializado en Medicina Integrativa (CEMI), de los Servicios de Salud Pública de la ciudad de México.

#### Específico

Describir los cambios en los puntajes de la Escala MRS en el grupo de usuarios referido.

#### Otros objetivos específicos

Conocer la edad y número de consultas por cada persona de la población estudiada.

### **Métodos**

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional, con concentrados obtenidos de las evaluaciones de calidad de las notas del Sistema de Información del Programa de Medicina Integrativa<sup>11</sup> (SIMPI) que fueron elegidas tras una revisión de expediente por fechas definidas entre 2013 y 2017. Estas revisiones operativas definieron el tamaño de la muestra.

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes del servicio de fitoterapia
- Pacientes femeninos
- Acudan para tratar los síntomas de climaterio
- Rango de edad de 42-59 años
- Que tengan un seguimiento mínimo de 3 consultas

### **Criterios de exclusión**

- Que estén tratándose en otro servicio del CEMI por el mismo padecimiento

## ☑ Un seguimiento menor de 3 consultas por climaterio

### VARIABLES

Variable	Medición	Función	Descripción
Puntaje de escala MRS	Cuantitativa Puntaje de 0 a 5 11 ítems	Dependiente	para medir la severidad de los síntomas relacionados con la menopausia
Tratamiento con Fitoterapia en PMI	Ml / mg por día	Independiente	

## Resultados

### EDAD

De las 50 pacientes dentro del estudio encontramos que las pacientes con 42 años de edad representan el 2% (n=1), 45 años 2% (n=1), 46 años el 2% (n=1) y 47 años el 2% (n=1), con 55 años de edad representa el 4% (n=2), posteriormente con mayor cantidad de porcentaje encontramos que las pacientes con 49, 52 y 57 años de edad representan el 6% (n=3) cada una, le siguen las pacientes con 50 y 53 años que corresponde al 8% cada una, las pacientes con 55 y 59 años representan el 10% (n=5) cada una y por último con el 14% (n=7) cada una las pacientes con edades de 56 y 58 años.

Consultas: 15 pacientes solo tuvieron 3 consultas, sin embargo también encontramos en menor número de pacientes que acudieron a más de 3 consultas, dos de ellas se obtuvieron datos de 28 consultas por Estados climatéricos, el resto de las pacientes cuenta con un número de consultas que oscilan entre las 4 y 10 consultas.

### Síntomas MRS

Se reportan los cambios en el puntaje de la escala MRS reportados en las consultas subsecuentes: Mejoría con respecto a los síntomas y al puntaje de la escala MRS 72% (n=36) del total de las pacientes, sin embargo también encontramos pacientes que no mejoraron los síntomas de inicio y por el contrario en el puntaje de la escala MRS y representan el 22% (n=11) del total de las pacientes, así también nos encontramos con un pequeño grupo que no se pudo clasificar dentro de estos 2 rubros ya que presentaban variaciones de síntomas de la escala MRS y representan el 6% (n=3) del total de las pacientes.

## Conclusión

El puntaje de la escala MRS de la mayoría de las 50 mujeres se mantuvo disminuyendo durante las 3 o más consultas. En una menor cantidad tuvieron más bien un resultado desfavorable en términos de puntaje MRS. Un pequeño grupo mantuvo un comportamiento inconstante.

## Discusión

La realización de este estudio ha permitido conocer mejor la población tratada en términos demográficos, así como indicios en cuanto al apego al tratamiento y nos provee de experiencia respecto a variables confusoras y sesgos que considerar en un próximo estudio prospectivo o ensayo clínico que permita evaluar la efectividad del tratamiento propiamente. Asimismo, la retroalimentación en términos profesionales es invaluable, a raíz de estas revisiones en 2011 los procesos de atención se han mejorado constantemente, entre otros objetivos buscando generar información adecuada en términos legales y normativos, así como insumos científicos para continuar el sustento y mejor práctica de metodologías clínicas y terapéuticas innovadoras.

## REFERENCIAS

1. Guía rápida de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la menopausia y climaterio en el Primer Nivel de Atención en el Servicio de Fitoterapia Clínica, Programa de Medicina Integrativa, SSPDF, 2011.
2. De Leo, V. Treatment of neurovegetative menopausal symptoms with a phytotherapeutic agent. *Minerva Ginecologica*. 1998. 50(5):207-211.
3. Van Die, M. Vitex agnus-castus (Chaste-Tree=Berry) in the Treatment of Menopause-Related Complaints. *The journal of alternative and complementary medicine*. 2009. Volume 15, Number 8, pp. 853-862
4. Taghizadeh, Z. The study of the effect of vitex agnus-castus on the early menopausal complications in menopausal women. *Journal of Hayat*. 2006. 12:1.
5. Vázquez-Martínez de Velasco JE. Et al "Estudio del climaterio y la menopausia". *Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Ginecología y obstetricia de México*. 2009 77(9): 235- 76.
6. Aedo S, Alliende R, Matte C, Cabrera M, Fisiopatología del síndrome climatérico REV. OBSTET. GINECOL. -. 2013; VOL 8 (1): 27-35
7. Heinemann LAJ, Schneider HPG. Quality of life assessment in the Menopause. In Eskin BA (Ed) *The Menopause: Endocrinologic Basis & Management Options*. 5th edition. Informa Healthcare, London 2006, p.71-85.
8. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Perimenopausia y postmenopausia México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
9. Wanpen X. Transdermal Estrogen Replacement Therapy Decreases Sympathetic Activity in Postmenopausal Women. 2001. *Clinical Investigation and reports*. 103:2903-2908.
10. Schneider HPG, Behre HM. Evaluación contemporánea de las quejas climatéricas: su impacto en la calidad de vida. En: *Terapia de reemplazo hormonal y calidad de vida*. The Parthenon Publishing Group. 2002: 45-61.
11. Sistema de Información del Programa de Medicina Intergativa (SIPMI), 2013, 2017.

## Clínica homeopática en un caso de psoriasis en placa

*Dra. Elizabeth Riveroll Arriaga. Servicio de Homeopatía, Centro Especializado de Medicina Integrativa. Programa de Medicina Integrativa*

### Definición

La psoriasis vulgar es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel con lesiones características en placa engrosadas escamosas, eritematosas muy bien delimitadas, que suelen distribuirse simétricamente generalmente asintomática aunque pueden ser pruriginosas.

Historia Clínica en consultorio de Homeopatía 4 se realizó una revisión retrospectiva de 1 caso entre los años 2015 al 2017 atendida en la Clínica de Especialidades Número 4 – Centro Especializado en Medicina Integrativa dentro del Programa de Medicina integrativa.

### Abordaje del caso

A partir de las características clínicas con el método homeopático aplicando el proceso de integración en la práctica médica, ya que se encontró 1 % de casos para el total de consultas de medicina integrativa.

A partir del motivo de consulta se permitió la tribuna libre del paciente detallando con preguntas abiertas de acuerdo al padecimiento e incluyendo la exploración física para el desarrollo del método bibliográfico, según este tipo de investigación cualitativa y cuantitativa.

La idea de revisar los datos clínico-método homeopático corresponde a la preocupación científica-cultural del análisis práctico en la paciente en este periodo de la vida.

Propósito del tratamiento. Estimular la Vix Medicatrix Naturae de la paciente con medicamento homeopático por medio de dosis infinitesimales tomando en cuenta los 8 principios que rigen el método homeopático aplicando la clínica integral homeopática.

Objetivo del tratamiento.

Quitar la hipersensibilidad a tratamientos convencionales y estimular la euritmia física, espiritual y anímica de la paciente para el restablecimiento de su salud, siguiendo la ley de curación.

En este estado o etapa de la vida, también se aplicó la escala PASI (Psoriasis Área and Severity Index) y BSA (Body Surface Área).

Presentación del caso.

Femenina de 70 años, originaria y residente de la Ciudad de México.

Fecha de inicio de primeros síntomas a los 52 años de edad en la posmenopausia.

Síntomas y signos primer lesión papular eritematosa escamosa en placa en dedo índice de la mano izquierda suprimida con tratamientos convencionales orales y locales por 16 años presentando diseminación al resto del cuerpo con lesiones circulares, eritematosas con descamación nacarada confluentes con prurito generalizado y ardorosas.

Medicamentos: Uso de pomadas barmicil, antihistamínicos, óxido de zinc.

Abordaje del método homeopático en el diagnóstico y tratamiento de Psoriasis aplicando la clínica integral homeopática.

Reporte de caso.

El seguimiento de este caso se llevó a cabo cada mes o cada 6 meses por mejoría, del año 2015 al 2017.

Clínica integral homeopática

Ficha de identificación.

MRSO Femenina de 70 años de edad residente de la Ciudad de México, soltera, desempleada, católica.

Cuenta con factores de riesgo sedentaria, estudio solo preescolar, tiene sobrepeso con alergia a sulfas, acetaminofén e hipersensible a tratamientos tópicos y orales para su patología de base desde hace 18 años

Diagnósticos homeopáticos:

1) Nosológico ó Sindromático :

- Psoriasis vulgar o placa con hipersensibilidad.
- Sobrepeso.
- Gonartrosis grado III con rodillas genovaras.
- Cáncer de mama derecha en tratamiento.
- Posmenopausia.

2) Miasmático:

Antecedentes heredofamiliares

Miasma 231

Antecedentes personales patológicos

Miasma 231

Padecimiento actual

Miasma 213

3) Integral: Paciente femenina de 70 años sin una diátesis heredada no hay congruencia miasmática.

4) Individual:

Siempre ha sido tranquila presenta 2 etapas durante la infancia padeció de abandono del padre volviéndose pusilánime, ya de adulta joven sufre abandono del esposo reaccionando en forma tranquila y la última al presentar la menopausia sufre síndrome del nido vacío (sensación de abandono de los hijos) lo enfrenta en forma tranquila y con ansiedad reflejándose en su cuerpo con lesiones en piel que al momento de suprimirse con tratamientos convencionales aflora los síntomas mentales caracterizados por humor variable, miedo a la noche e hipersensibilidad.

Pasa de un miasma 1 a un 2

5) Medicamentoso ó terapéutico:

Repertorización solo del miasma 2 de acuerdo a su hoy existencial.

Notable: Psoriasis (Lesiones circulares eritematosas con descamación nacarada en placas y eritema)

Extraordinario: Hipersensible a medicamentos.

Peculiar: Humor variable, miedo a morir, hipersensible.

Singular: ---

Tratamiento Inicial 22.06.15

**Pulsatilla nigricans** 200 Ch Disolver 3 glóbulos en 120 ml de agua agitar de arriba abajo e n forma progresiva en cada toma una cucharada cada 8 horas vía oral por 5 días. (Método plus)

Seguir con kentium - Complemento

Disolver 2 glóbulos en 120ml de agua y tomar una cucharada cada 8 horas vía oral por un mes.

Evitar pomadas, no café, no mentas, no té y uso de otras terapias.

Tratamiento intercurrente 2.06.16

**Belladonna atropa** 0/1 LM Disolver 3 glóbulos en 120ml de agua agitar de arriba abajo en forma progresiva en casa tomas tomar una cucharada vía oral diario por 3 días (Método plus).

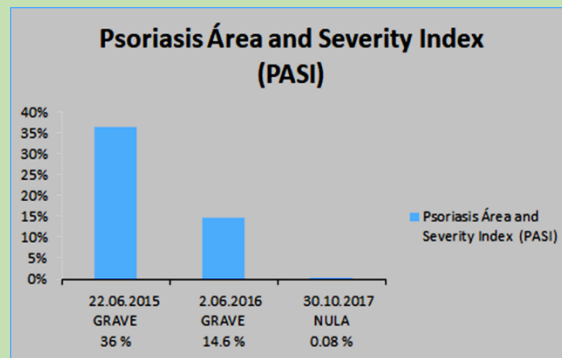
Seguir con Kentium - complemento tomar 3 glóbulos cada 8 horas vía oral por un mes.

Tratamiento de la última consulta 30.10.17

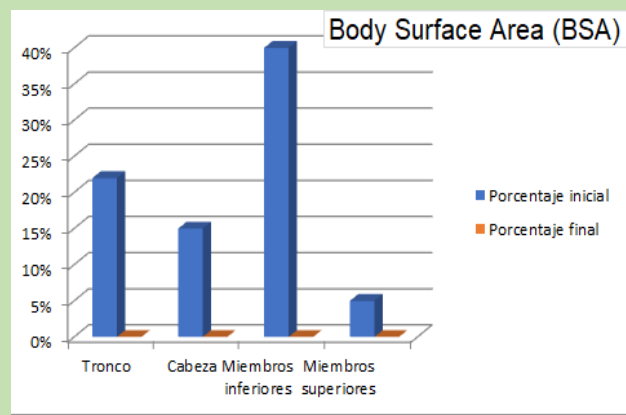
Kentium - complemento tomar 3 microglobulos vía oral cada 8 horas por 2 meses.



Evaluación Clínica

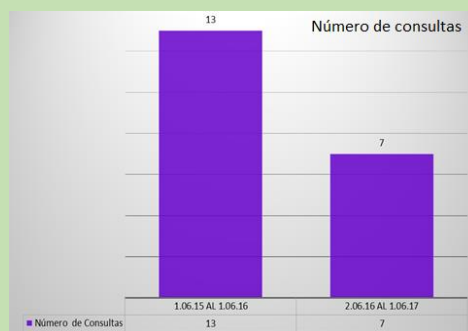


Psoriasis Área and Severity Index (PASI). Fuente expediente clínico electrónico.



Body Surface Área (BSA). Fuente expediente clínico electrónico.

Número de Consultas



Fuente expediente clínico electrónico.



Discusión desde el punto de vista homeopático.

El manejo homeopático tiene una respuesta a la enfermedad (alteración dinámica) la cual se ve reflejada en la parte física, espiritual y anímica del paciente por lo que se hace un análisis para determinar lo digno de curar, el plano de sufrimiento, el miasma predominante en su hoy existencial y determinar un medicamento que en la experimentación pura semeje síntomas expresados por el paciente recolectados en la historia clínica y la exploración física previa nitidez sintomática y que a dosis mínimas logre estimular su vix medicatrix natura para lograr su curación y alcanzar sus más altos fines en la vida.

### **Bibliografía.**

- 1.- Abreu Rivero, Y. P. (2016). Evaluación de la eficacia de la homeopatía en el tratamiento de la psoriasis vulgar. *MediCiego*, 23(2), 23(2), 45-53. doi:psoriasis y homeopatía ARTICULOS
- 2.CENETEC. (2013). Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con PSORIASIS EN PLACAS. Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con PSORIASIS EN PLACAS. psoriasis en placas. - IMSS. México, D. F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- 3.Grupo de Trabajo de Psoriasis de la AEDV (GPs). (2016). ¿cómo se mide la gravedad de la psoriasis? - AEDV. España. Recuperado el 19 de Noviembre de 2017, de <https://aedv.es/wp-content/uploads/2016/07/Indices-de-medicación-de-psoriasis.pdf>
- 4.Índice de la severidad del área de Psoriasis (PASI) es la herramienta más ampliamente utilizada para la medida de la severidad de psoriasis. (2015). doi:índice de severidad pasi en psoriasis

5. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas. psoriasis en placas. - IMSS.
6. Ortega, P. S. (1997). Introducción a la Medicina Homeopática. Teoría y Técnica. Ciudad de México: Biblioteca de Homeopatía de México.
7. What is Psoriasis Area and Severity Index (PASI) - (PASI) Training. (2009). Free Online PASI Score Calculator - (PASI) Training. doi:pasi score interpretation
- 8.-Adriana González Santos<sup>1</sup> y Mario Amaya Guerra.(2015.)La psoriasis como factor de riesgo independiente para el desarrollo de eventos cardiovasculares en pacientes tratados en la umae 25, del imss, en Monterrey, 2 1 Residente dermatología 2 Jefe de servicio de dermatología umae Hospital de Especialidades núm. 25, cmb Noreste, Servicio de dermatología, Monterrey, N.L. CMQ2015;13(2):103-107
- 9.-Paul Hersch Martínez.(2012) Integración de Saberes y Poderes. Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- 10.-Proceso S.Ortega Aplicación práctica de la clínica integral homeopática considerando lo miasmático. Ciudad de México: Biblioteca de Homeopatía de México.
- 11.- Fernando Darío François Flores. El Organon de Hahnemann 6ta . Edición. Ciudad de México. Propulsora de la Homeopatía, S. A. de C.V.
- 12.- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha - sescam. (2013).<http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/psoriasis.pdf>. Recuperado el 22 de Febrero de 2018, de <http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/psoriasis.pdf>: <http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/.../psoriasis.pdf>

## Entrevista al Dr. Jean Claude Lapraz

*Jean Claude Lapraz,*

Sociedad Internacional de Medicina Endobiogénica y de Fisiología Integrativa (SIMEPI)

Jean Claude Lapraz (JCL) y Paul Hersch Martínez (PH)

Fecha Noviembre 2017

PH: Comenzamos, nuestra la idea es aprovechar hoy para escucharte un poco sobre nuestro terreno común de las plantas medicinales, sus usos, la perspectiva endobiogénica, cuáles elementos quieres compartir con nuestros colegas, en nuestro congreso en México.

JCL: Primero, me apena no poder estar en esta importante manifestación, saludo a todos los colegas médicos, a los profesores de universidad y a los administrativos presentes, les deseo un gran éxito en este congreso.

Hace más de 25 años que nos conocemos y que trabajamos en colaboración, el trabajo que hemos realizado en México durante estos años es considerable, porque ha permitido la

creación de un centro oficial para el tratamiento de enfermos con la ayuda de plantas medicinales.

El mensaje que quisiera transmitir hoy es que *se debe colocar al enfermo en el centro del sistema de cuidados*. Actualmente, en Francia, tenemos lo que se denomina el sistema de “seguro de la enfermedad” cuando deberíamos llamarlo “seguro del paciente” o “del enfermo”, porque a partir del momento en que se focaliza prioritariamente la enfermedad, *se pierde al paciente*, a pesar de que éste es un ser más amplio que la enfermedad y la trasciende; *la enfermedad no expresa más que un desequilibrio particular en su ser físico o emocional o mental de un estado que es el de un ser ubicado en su medio social, cósmico, político, familiar, etcétera*.

Todos los elementos de la complejidad del medio en que un individuo está situado juegan un rol fundamental en la curación de la enfermedad. Por lo tanto, es muy importante, evidentemente, concentrarse en la enfermedad, conocer los elementos que la generan y los que permiten tratarla.

Sin embargo, si bien la medicina actual, lo sabes como yo, ha hecho grandes descubrimientos, ha aportado muchas cosas buenas, comprendiendo los límites que todo mundo conoce universalmente, ahora se debe cambiar un poco el abordaje de la enfermedad y reemplazar a la enfermedad por el enfermo; por lo tanto, reparar en la fisiología del enfermo, y ello implica el conocimiento de la vida de ese enfermo, de su historia, de la manera en que las enfermedades se constituyen en la línea del tiempo de su historia de vida, desde el nacimiento hasta el momento en que la enfermedad irrumpe, porque la enfermedad no aparece por azar: es la consecuencia de un conjunto de factores que modifican el equilibrio fisiológico de un individuo y que hacen que un día se desencadene un cáncer de seno, otro será una enfermedad inmunitaria y un tercero será una poliartritis reumatoide. Estas enfermedades no aparecen por azar.

La aproximación que hemos desarrollado, y de todos los que la han desarrollado en el mundo, deriva en la creación de una federación, de la que pronto firmaremos juntos las reglas de funcionamiento, para difundir la nueva aproximación que se presenta a distintos niveles.

Al nivel de la semiología, hemos perdido actualmente la noción de lo que le sucede al enfermo en la realidad del funcionamiento de su cuerpo. Hace falta tomarse el tiempo para examinar al enfermo, escucharlo y comprender su historia. Porque partir de todas las informaciones que vamos recabando por medio de nuestra escucha, nuestra observación, nuestra reflexión sobre los signos y síntomas que porta, es capital para considerar cuáles son los elementos que pueden estar desequilibrados en su fisiología normal.

No se debe ignorar la fisiopatología de la enfermedad, sino que se la debe considerar en el marco del funcionamiento fisiológico, base del individuo; es decir, vamos a ir hacia la verdadera personalización, porque la personalización del tratamiento, no va a ser la personalización del tratamiento de la enfermedad, que es hasta cierto punto importante, pero no suficiente, porque *la enfermedad es generada por un individuo que está en un estado particular de funcionamiento fisiológico*.

Cuando no integramos la fisiología de base antes que la fisiopatología vamos a chocar con los límites, límites que, no se va a considerar la enfermedad como una entidad en sí misma, sino como resultado en el medio en el que ella ha surgido, es decir, en un ser viviente integrado en un medio con problemas emocionales, afectivos, sentimentales, alimentarios, de relación con los otros. La endobiogenia debe integrar toda esta visión global y no limitarse a la aproximación a la enfermedad en sí.

Por lo tanto, la primera etapa es la escucha, o si miramos en Francia y los Estados Unidos, el tiempo que se dedica al enfermo es de menos de cinco minutos: es un crimen contra el enfermo, es una falta de respeto hacia la persona que se encuentra frente a nosotros. Hace falta cambiar el concepto, hace falta cambiar la aproximación a la realidad.

Además, hace falta tomarse el tiempo para examinar al enfermo, actualmente, el enfermo viene con el nombre de una enfermedad y se pasa inmediatamente al diagnóstico por medio del uso de máquinas. Pero la utilización de máquinas no muestra más que una parte de la realidad del enfermo, quiere decir, se muestra eso que el sistema nos permite ver, es por eso que hay exámenes complementarios para ver diversos aspectos del enfermo de su funcionamiento fisiológico o radiológico, etcétera. Pero el enfermo es infinitamente más que todos esos exámenes: es él quien contiene todas las informaciones.

Por lo tanto, hay que retomar el examen del enfermo, hacer el vínculo con los signos y síntomas, con el sistema, entre las funciones, que resulte en una visión ampliada, que reemplace el signo y síntoma en la globalidad del funcionamiento de un ser viviente preciso, que es único. Cada uno de nosotros es único, la ciencia lo grita más y más cada día, y al mismo tiempo nos vamos cada vez más hacia el mismo tratamiento para todos los enfermos. Por lo tanto, hay algunos conceptos por cambiar.

Entonces, está la tercera etapa, que son los recursos de examinación complementarios, que son capitales, no nos debemos privar de los aportes de la medicina actual, de la fisiología, de la investigación. Pero esta investigación debe ser hecha por nosotros, no hay que pensar desde una visión disociada, como se hace actualmente, sino desde una de integración.

Es por eso que en términos de esas dos etapas integrativas, la de la escucha del enfermo, su historia clínica, su examen clínico, y luego la de la integración de sistemas y de funciones para comprender mejor, en términos de esas dos etapas, cómo funciona ese enfermo que tenemos enfrente de nosotros, viene entonces la tercera etapa, posterior, la del recurso diagnóstico complementario. Pero si no se han hecho las primeras dos etapas, aunque se tengan los medios más eficientes, se puede omitir una realidad evidente, y ello si no se toma el tiempo de escuchar y examinar al enfermo. Por lo tanto, se trata de una revalorización de la clínica y de la semiología dentro de una visión más amplia e integrada. Eso que de manera lamentable, no es el caso actualmente.

Por tomar el ejemplo de los estudios de laboratorio clínico, ellos también están desintegrados, es por eso que en la visión endobiogénica, hemos propuesto una visión integrada, no vamos a entrar en este momento en esa visión que es compleja, pero es capital en una etapa de integración. En términos de esos tres elementos, complementarios e indispensables, se llega al diagnóstico, que no es sino la consecuencia de todas esas etapas que se deben

obligatoriamente hacer. Sea para un paciente con cáncer, con una depresión, con un problema digestivo o de un insomnio, siempre se debe seguir este tipo de funcionamiento.

Lamentablemente, la medicina ha perdido su oportunidad de lógica y de reflexión, sobre todo ante la necesidad de integrar las expresiones de enfermedad y el enfermo, único frente a nosotros, y de darle un tratamiento que sea único para él.

Entonces, una vez que se haya llegado a un diagnóstico profundo, a eso que llamamos un diagnóstico de terreno endobiogénico, se verá aparecer otro panorama que se esconde detrás de la persona que porta el nombre de cáncer de seno. Va a ver aparecer la tiroides, va a ver aparecer el hígado, va a ver aparecer la inmunidad, el alfa-simpático, el beta-simpático. Va a tener una visión totalmente original que hará que enriquezca su comprensión de la enfermedad que está frente a usted. Una enferma que tiene cáncer de seno y su amiga que tiene también cáncer de seno, el mismo cáncer, verán que a la primera le regresa su cáncer seis meses después del tratamiento y a la otra, diez años después de recibir el tratamiento, estará sana.

Después de un chequeo amplio, podremos establecer un diagnóstico complejo y personalizado sobre el enfermo, y no un diagnóstico no personalizado y sólo sobre su enfermedad, como se hace actualmente en la medicina. Después se va a plantear el problema del tratamiento. Entonces, ¿qué es el tratamiento?, son todas las armas que poseemos, que tenemos nosotros - los médicos- a nuestra disposición: sean los remedios químicos, sea la cirugía, sean las nuevas moléculas hiper personalizadas, sea todo lo que es previsible para el futuro, que tiene también su lugar en la estrategia endobiogénica terapéutica. Pero respecto a los elementos fundamentales de esa estrategia, sobre los cuales trabajamos en Francia, con Duraffourd desde hace 40 años, y en México hace más de 20 años, vemos ahora consecuencias positivas de esta aproximación, es una revalorización de la planta medicinal y la hemos reintroducido en el sistema de salud *como la base cotidiana para el tratamiento de los enfermos: no el de las enfermedades, sino el de los enfermos.*

Entonces, evidentemente, se necesita un cierto número de criterios: se debe conocer el material que se utiliza, qué planta, su origen botánico, cómo fueron extraídos los principios activos globales, cuáles fueron los modos de conservación, las formas galénicas con las cuales se utiliza el medicamento. Por lo tanto, es una ciencia compleja, eso que llamamos fitoterapia clínica, que está completamente integrada en la visión médica y *dicha visión médica debe reemplazar a la planta medicinal en el centro del sistema.*

Sobre esa planta medicinal, hay diferentes modalidades de uso: se puede utilizar de la manera tradicional en nuestras clínicas, lo que se ha hecho y debemos tener, entonces, un gran respeto por todos los conocimientos milenarios. No se deben excluir, se les debe analizar a través de los criterios de la ciencia moderna, y sobre todo de la clínica, de la aplicación médica de la planta, en sus efectos que han sido verificados por las mejoras que muchos médicos en el mundo utilizan, por muchos países que utilizan esta aplicación de la planta medicinal y ven así, todos los días, resultados sorprendentes, que dejan perplejos a los médicos que utilizan los remedios químicos para tratar una enfermedad y que carecen de la visión que brinda de una aproximación global del paciente.

Se deben retomar las propiedades terapéuticas de la planta: aprender a integrarlas dentro de una estrategia de tratamiento; cómo se pueden utilizar esas plantas en tanto que ellas mismas, bajo qué forma, con qué duración, para qué finalidad, en asociación con tal y tal otra planta. Conocer también los efectos de este conjunto de plantas que utilizamos sobre el metabolismo y también las sustancias químicas, de las que el enfermo estuvo obligado de tomar tratamientos quimioterapéuticos, por ejemplo, en cancerología.

Por lo tanto, la aproximación de la endobiogenia no se basa sino en la ciencia actual, pero sin renunciar al pasado; se tiene que respetar el trabajo de nuestros ancestros, pues estamos aquí sobre sus espaldas. Sin embargo, la medicina actual no tiene más ese respeto hacia el conocimiento de los ancestros. Porque ese saber tradicional tiene tesoros en su interior: que hay que ir a buscar, a través del tamiz de la reflexión científica, de la reflexión del médico.

PH: Es un conocimiento vivo, no es solamente el conocimiento de los ancestros en América Latina; hay muchos conocimientos que están del lado de las estrategias de supervivencia de la gente, ¿Qué piensas de las potencialidades de la fitoterapia clínica, de la endobiogenia en el marco de la salud pública?

JCL: Pienso que en la salud pública, debería haber campañas de educación del público para el uso de plantas medicinales que han sido probadas en el uso tradicional y que la medicina actual puede confirmar. Hay que hacer esa alianza entre la tradición y la ciencia, no deben excluirse: deben clarificarse la una a la otra.

Pienso que si se reintroduce una formación del público sobre el uso coherente de las plantas medicinales desde lo dado por la tradición, porque en ello hay una tradición muy fuerte en México, esa tradición puede ser nutrida por la ciencia, no es una oposición. No veo de un lado la tradición: “ese es el mundo de la tradición y este es el mundo de la ciencia”, porque en ese momento hacemos una dicotomía que será muy perjudicial para la vida de la fitoterapia clínica. Haría falta que, de inicio, todos los médicos mexicanos, franceses y otros, reaprendan el uso de la planta medicinal, y detrás de todo eso hay un problema de formación, un problema de elección política; por lo tanto, estamos frente al problema de cómo se sitúa el uso de la planta en relación al uso de los medicamentos sintéticos, que tienen por función principal, aunque no única, desaparecer los síntomas de la enfermedad.

Entonces en una visión mucho más amplia, se trata a la enfermedad, pero al mismo tiempo se trata el fondo del enfermo, y la planta medicinal, por su origen, que es el de la elaboración de la vida en el vegetal, encierra sustancias químicas, naturales, que tienen efectos considerables en el cuerpo humano, cuando se saben utilizar.

Por lo tanto, regresamos a la noción de las automedicaciones dirigidas, pero no se puede decir “que la gente haga lo que sea con las plantas”, porque se tienen enfermos que practican la automedicación, porque les dicen “esta planta es buena para el hígado”, pero en la forma en que el hígado reacciona puede ser contraproducente, puede ser negativa al propósito que se busca.

Hace falta una colaboración entre la tradición y la ciencia: no debería haber un hueco como lo hay actualmente. Esa falta de colaboración puede ser muy perjudicial para el enfermo.

PH: ¿Qué piensas del reto de incluir la propuesta de la medicina integrativa, y también de la fitoterapia clínica en el marco de las opciones de servicios de cuidado público? ¿Qué piensas sobre la palabra clave de la “accesibilidad”?

JCL: Nosotros lo intentamos en Francia, propusimos con el Dr. Christian Duraffourd, a la asistencia pública, hace más de veinte años, abrir dispensarios donde los médicos franceses pudieran tratar a los enfermos con plantas medicinales, y todavía esperamos la respuesta. Es un reto extremadamente considerable, por razones de principios, razones económicas, razones pseudocientíficas. Sin embargo, jamás nadie en Francia ha verdaderamente considerado, en relación a la pregunta que haces, la posibilidad que tendría, bajo el control del Ministerio de Salud, crear dispensarios de cuidados, donde la planta medicinal fuera parte de la base de la medicina. Al contrario, se ha excluido a la planta medicinal de la reflexión científica en nuestro país, y no solamente en el país: en la mayoría de los países de Europa. Por el contrario, en países como el suyo, que están todavía más desfavorecidos, hay un retomar la tradición con los límites que la tradición misma propone. Porque, si no tienes un diagnóstico del paciente ¿qué vas a tratar?, te dicen “tengo dolor de cabeza”, “toma esta planta para el dolor de cabeza”, pero el dolor de cabeza tiene muchos factores que pueden generarlo e interferir, y hay plantas que tienen muy diferentes factores que pueden a su vez interferir y las plantas tienen acciones diferentes sobre cada uno de esos factores ¿cómo vas a aportar seguridad así al enfermo?

Hay también las grandes plantas que pueden utilizarse cotidianamente, en el caso de una prevención de base y que permitirían desarrollar la economía de la fitoterapia en los países que van en esta dirección y que no sean alienados al mundo de la química, exclusivamente. La química tiene su lugar exclusivo en la terapéutica, limitado, pero bien situado, ante casos determinados y precisos. Pero no se debe generalizar como se hace ahora: hace falta incluir a la planta en el sistema de salud.

PH: Quizá como última pregunta, ¿cuáles son tus palabras dirigidas a los colegas jóvenes que están en el camino de la medicina?

JCL: Los colegas jóvenes, que no están en ninguno de los dominios actuales dominantes de la ciencia, de la genómica funcional y todo ello, de todas esas terapéuticas específicas que no reparan en la integralidad de los procesos y los límites de esas aproximaciones, pueden comprender otras perspectivas. Si uno ve por ejemplo la cancerología, hay eso que se denomina la cancerología “personalizada”, donde se buscan los elementos anormales del genoma de un tumor, uno ve resultados espectaculares, yo he visto resultados espectaculares, en tres semanas se tienen tumores que son resueltos; el problema es que seis meses, un año después, revienen. Hay algo que se escapa de la reflexión, ¿por qué regresa ese tumor?, porque se trata solamente la enfermedad, no al enfermo. *Porque la enfermedad es el signo o síntoma de la manera en la que el enfermo se desequilibra dentro de su sistema.*

Si no tienes una aproximación global, como dije al inicio, sobre la semiología clínica, sobre el examen clínico, que está en el corazón del asunto, el corazón está ahí, sobre una biología más integrada; entonces en ese momento harás progresos parciales, que cuestan una fortuna y que



van a mejorar a 10 o 20% de los enfermos sin tratamiento durante 2 años máximo. Eso es lo que vemos aparecer más y más.

Esa aproximación global hay que hacerla y tiene su lugar, un lugar preciso, particular, pero no hay que confundir la medicina personalizada, *donde la personalización está en el tratamiento del tumor*, como se aplica en la cancerología, con *la medicina personalizada que toma su curso desde el estado del paciente, en su complejidad fisiológica, y también fisiopatológica de la enfermedad*.

Para terminar, sobre la respuesta a los médicos jóvenes que vienen, al aprender sobre las plantas, sobre fisiología integrativa, sobre semiología, se abre un panorama amplio. Y en un año, todos devienen fieles a esa medicina, porque comprenden que es una progresión, una ampliación de la conciencia médica, aportada gracias a la endobiogenia.

Tenemos esperanza por el futuro, tú sabes a qué punto es difícil y el tiempo que toma, hizo falta que el pensamiento emergiese, gracias al genio de Duraffourd, que propuso la endobiogenia hace cuarenta años, en los años 71, 72. Cuando comenzamos a trabajar juntos, comenzamos a tomar esta dirección que ha tomado mucho tiempo. Pero ahora, la enseñanza está cerca, hay estructuras en diversos países, vamos a intentar un acuerdo en el cuadro de la federación que hemos creado hace un año, para desarrollar esa corriente de pensamiento que muestra la validez de la reflexión científica.

### **“Treating epilepsy: Insights from Martha Nussbaum’s capability approach and Lao Tzu”**

*Brenda Bogaert  
Research Chair on “Values of Patient Centered Care”, University Lyon II*

One of the most challenging and baffling conditions that patients, families, and doctors face today is epilepsy. This condition has been known since ancient times; however, successful treatment continues to be a challenge. For much of history, epileptics and their families have also faced significant stigma. The mysterious manifestation of epilepsy has inspired disgust and a fear that continues to resonate in our times. Despite its prominence (there are an estimated 500 million people with epilepsy today), there persists a significant lack of research and societal understanding around epilepsy, affecting treatment and knowledge of the condition.

While epilepsy is a “frustrating” condition to treat for healthcare providers and difficult to live for patients and their families, it provides a good example of how to understand a patient in his globality and singularity, both in the healthcare relationship and in relationship with

others in the world. Aristotle famously said that we are “social animals.” How we treat epilepsy affects not only the patient, but also his family, his friends, and his colleagues. Helping patients to “live well” with and in spite of epilepsy ask us to understand not only whether seizures have stopped but also how to live with the wider ramifications of epilepsy in day-to-day life. This paper will introduce a concept called “the capability approach,” an approach developed in economics and philosophy to help understand how to “live the good life”, namely by developing our capacities to “be and to do.” I will reinterpret this approach to help understand how to provide better care to patients with epilepsy.

### **Moving toward shared goals with the help of Lao Tzu and Martha Nussbaum**

While pharmaceutical solutions have proven largely effective to treat epilepsy, one third of patients remain drug resistant and must find alternative solutions to live well with epilepsy in spite of seizures. Even for those who are successfully treated with pharmaceutical solutions, there is significant demand for alternative therapy due to the significant side effects of anti-epileptic medication. However promising are treatments such as acupuncture and Chinese herbs, which have been used to treat epilepsy for thousands of years in China, as these solutions have not been “validated” by evidence based medicine, they remain side-lined in the patient-doctor relationship in the face of pharmaceutical solutions, even in China.

Even for those who effectively use pharmaceutical solutions to stop seizures, does this mean that not mean the patient-doctor relationship should stop at the prescription and monitoring of medication? One patient in France calculated that in his life with epilepsy, seizures represented only 0.005 percent of his life. Having epilepsy, however, was omnipresent for him. The memory losses associated with epilepsy, affecting work and social relationships; the social stigma and misunderstanding surrounding his condition; and the decision of “who to tell and when” about his epilepsy, were all factors that dominated his life more than the seizures, especially as he lost conscience during the seizures and sometimes had no idea they even happened. As the medical anthropologist Arthur Kleinman said, epilepsy is best understood as following a **social course**, a disease that exists and affects the wider world in which people with epilepsy and their families live. Stopping seizures is often not the most important factor for people living with epilepsy. However, the main goal of the medical encounter is to stop seizures. In the next section, I would like to propose a way forward to treat the patient with epilepsy in his or her singularity with the help of the Martha Nussbaum’s capabilities approach.

Martha Nussbaum is a philosopher at the University of Chicago who has been inspired by both Aristotle and John Rawls. The capability approach was originally developed by Indian economist Amartya Sen to help answer the question, “Equality of What?” Rather than asking for the GDP of a nation to understand if a citizen is “living well,” the approach asks individuals instead, “What are you actually able to do and to be?” instead of just what you are doing, which may not represent what we are actually able to be or to do. Nussbaum has extended the approach to justice: she says that we as societies need to establish the minimum conditions for people to be “able to be and to do” in our institutions.

The approach has two strengths. First of all, it puts into center stage our abilities to make our own choices about our lives, to decide for ourselves “how to live well”, what we want to be and to do. Secondly, it seeks to establish a way to get there: Nussbaum stresses the need for “**affiliation**”: the fact that we are needy and dependent on others for our abilities to be and to do. In healthcare, this can mean that affiliation helps us to become capable, and many people are involved. The relationship between the patient and the doctor can develop or ruin our capabilities, just as our relationships with our family and friends either help or hinder us.

One of the ways to understand the approach in healthcare is to focus on the result desired by the patient and their families. As for patients treatment in epilepsy is not “just about stopping seizures”, a purely medication focused intervention based on seizures, which revolves around side effects of treatment and seizure manifestations, needs to be complemented with bigger goals. A capability approach asks us to understand what is the patient actually able to do and to be? What are the obstacles in his or her ability to function? And what result is he or she looking for in her treatment? Adding such questions into the medical encounter is one step toward building a set of shared treatment goals, as it will allow the doctor to understand the end result desired by patients and their families. A personalized medical encounter will include a discussion toward shared goals which the healthcare provider, the patient, and his family can build together, namely what does this person want to accomplish in their life with and in spite of epilepsy?

We often speak of the doctor-patient relationship as one of hierarchy, or asymmetry, but the founder of Chinese Traditional Medicine, Lao Tzu, reminds us that both persons are needed for a relationship to occur, and each has an important role to play. As Lao Tzu says in Chapter 66 of the Tao Ti Ching (The Power of the Way): If the sage would serve the people, he must serve with humility, If he would lead them, he must follow behind.

Martha Nussbaum, following Rawls and Kant, says that each person possesses “inviolability founded on justice.” A person must therefore be respected as an equal and as an end, not just a means to an end. Using Aristotle’s conception of a person as both a political and social animal, she says that we seek a “social good” that shares complex ends with others at many levels. Thus the good of others is also the person’s good. We flourish only with the help of others.

In both conceptions, the patient’s good is also the doctor’s good, the doctor’s good the patient’s good. The doctor relies on the patient for his story, for his expert knowledge of his or her condition. The patient is “hospitable” or “generous” in allowing the doctor to practice and learn from him, to develop his knowledge from that story. So too is the doctor “hospitable” in welcoming the possibility to treat the patient through his expertise and guidance. In both, the relationship is fruitful when this **mutual need** is recognized. Lao Tzu (49) reminds us: The sage has no mind of his own. He is aware of the needs of others. I am good to people who are good. I am also good to people who are not good. Although Lao Tzu asks the doctor to go one step further, to exude generosity toward the other beyond what we may receive in return, Lao Tzu’s message is also one of the essential goodness and trustworthiness of humans, and

suggests that these traits can be cultivated and strengthened through human interaction. So too does Nussbaum stress the importance of human interaction, the need for external goods to “achieve the good life.” This goes for both the doctor who needs the patient to exercise his craft and the patient who needs to provide his particular story to enable treatment for his or her individual situation. Martha Nussbaum calls this role affiliation “fertile” to other functionings: a capability so important that it can boost all of the others.

As far as epilepsy is concerned, it is commonly said that it is a condition which affects not only for the patient but also his family members, given its toll on most aspects of daily life and ongoing stigma. Collaboration in the healthcare relationship is therefore at least 3-sided. Many describe this relationship as a triangle, but Lao Tzu would perhaps conceive of it as a circle to emphasize the mutual connection between all of these actors, the “flow” of this relationship which is ever changing with each new encounter and in light of each new situation.

So far, I have discussed how establishing shared goals can move us closer to better care. Continuing care in epilepsy is the final point I would like to discuss. Epilepsy is a disease of uncertainty. It often evolves throughout a person’s life, disappearing, returning, changing into new forms, changing from bad to worse, or worse to better. Here Chinese Traditional Medicine’s (TCM) emphasis on the dynamic of disease, as a process of change in the body and the relationship between these changes, seems more appropriate than fixed Western disease classifications of epilepsy. TCM also helps us understand that as much as it is important to minimize or stop seizures for a person with epilepsy, the ongoing life of living “without control” or “uncertainty” in epilepsy affects all things in that person’s life and will affect the person at different moments in that life in different ways. So Lao Zhu (64) reminds us: People usually fail when they are on the verge of success. So give as much care to the end as to the beginning. Lao Tzu’s ideas on change remind us that care needs to be taken not only at the beginning but also at the middle and end of treatment, because energies are not just about the physical body, but also involve out connections between people and things, which are in constant flux. Just as epilepsy can change throughout a person’s lifetime, a patient’s life goals will also change. Therefore, the healthcare relationship should consist of consistent reevaluation of shared goals.

It remains challenging it is to care for a patient with epilepsy no matter the medical model. It seems to me that a personalized medical encounter in both systems should consist in collaboration, transparency, and humility toward shared goals. These goals, to be effective, must be shared and negotiated and renegotiated with the patient, his family, and the healthcare provider. Providing personalized care for epilepsy, from diagnosis to ongoing treatment, will continue to be a challenge no matter the healthcare system. However, the doctor, the patient, and the family must work together in order to achieve the outcome and each has a vital role to play. To conclude, I would like to share one story from France to show the potential of a personalized medical encounter toward shared goals:

A family has a healthy boy, vibrant, creative, and active. One day, when he is 4 years old, he seems to be having a stroke: one side of his body is completely immobilized, he is drooling at the mouth. The parents are concerned, but 30 seconds later, he stops and goes on playing. Then, several days later, a “stroke” happens again. They call their family doctor who immediately sends the patient to the emergency room for an EEG at the hospital. The technician looks at the scan, declares, “This is POCS syndrome.” (POCS syndrome is a syndrome which resembles many other childhood epilepsies).

The doctor doesn't hesitate with the technician's opinion and immediately starts him on heavy doses of anti-epileptic medication. Not only do the seizures continue, but the medication causes him to become a zombie. He is completely unable to function. The parents get active in their son's care immediately, not out of desire, but out of need. They go see the neurologist several times during this difficult time, which they describe as belonging to the “old school.” Not only does he not look them in the eyes, but he refuses to discuss either the treatment regime or the diagnosis. Frustrated with the lack of communication while they see their son getting worse, the family manages to get an appointment in a university town through family contacts. The healthcare relationship there is entirely different. The pediatric neurologist immediately communicates to the family the uncertainty of the diagnosis. The patient seems indeed to correspond to the syndrome, but only in the range of 68 percent. The threshold for the diagnosis is 70 percent. While all factors point in this direction, the doctor communicates her hesitation to impose this diagnosis, which has caused so much violence to the family and has not resulted in better care for that individual patient. Instead, the doctor consults other epilepsy specialists and updates the family regularly on the discussions she has with other colleagues at the university. Throughout this process, she communicates again and again her uncertainty: the patient does not fit concretely any diagnosis, which means treatment will be tricky. The treatment must be planned and carefully monitored by the doctor, but also by the family and the patient. The doctor needs their consent but also their collaboration to work toward the best possible outcome.

The final treatment was a trial and error process to find the right treatment for that particular patient based on the goal to “stop seizures” but also to “live well” in spite of ongoing seizures. The family, the patient, and the doctor worked together toward shared goals. Rather than completely stopping seizures, they decided to try treatment protocols that were less heavy, even though the seizures were not totally stopped, but which meant that the boy could continue being an active, creative child. They had an open discussion of the uncertainty of the diagnosis, and the fact that imposing the diagnosis would not necessarily lead to a better outcome. This communication of uncertainty relieved the stress felt by the family. At a certain point, the family was able to relax and trust in their doctor, to “stop” being aggressive in their son's care, as they saw their healthcare provider was doing everything she could in spite of the lack of clear answers.

Luckily, for this patient, the story has a happy ending: he was able gradually to stop his medication and now he is completely off of it. As the child never “saw” his epilepsy, he never felt sick and misunderstood why he had to go to the doctor so often. His family became the

main interlocutor with the doctor; however, the doctor encouraged the patient to be present at each encounter. After several years of difficult treatment, the boy took responsibility for his care and went to the appointments without his parents. When finally it was time for the medication to be gradually decreased and then stopped, he came to the doctor and said, “rather than again decreasing the dose, I wish to stop it completely.” The doctor knew the patient, although only 7 years old, was a collaborator in his care and saw that it was important for him to “move on.” They agreed to stop the medication completely. At his last consultation, the doctor told his patient, “well, we no longer need to see each other, but come back if you want to.” Both the patient and the doctor had trouble leaving each other. For the doctor, it was rewarding to have a case where there was a positive result and where she could engage proactively with the patient and with the family. For the patient, it represented an important time in his life, one where he learned many things about himself and the world. Both the doctor and patient needed each other to achieve their shared goals. As Lao Tzu (66) reminds us, the teacher is sometimes the student; the student is sometimes the teacher.

### References

- Arthur Kleinman, *The Social Course of Epilepsy*. Chapter in: *Writing at the Margin* (1997).
- Martha Nussbaum, *Creating Capabilities: The Human Development Approach* (2011).
- Martha Nussbaum, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership* (2006).
- Amartya Sen. *Equality of What? Part of the Tanner Lectures on Human Values* (1979).
- Lao Tzu. *Tao Ti Ching (Power of the Way)*

### Problems of quality, harmonization, rational and related consumption of medicinal plants and proposals for their solution in European Union (and Lithuania)

*Ona Ragažinskienė The Sector of Medicinal (Aromatic) Plants Collection at Botanical Garden of Vytautas Magnus University, Lithuania.*

Ona Ragažinskienė

The Sector of Medicinal (Aromatic) Plants Collection at Botanical Garden of Vytautas Magnus University, Lithuania. [ona.ragazinskiene@vdu.lt](mailto:ona.ragazinskiene@vdu.lt)

**The problem:** WHO is dealing with the problem „Health for everyone in the 21<sup>st</sup> century” that attracts most attention to the rational use of medicinal herbal products.

**The aim:** to reveal the rational use of medicinal plants and their products, based on the laws and establishment requirements.

**The method:** theoretical analytical method.

### Abstract

In different countries of European Union (EU) there are different requirements of quality, safety, efficiency, standardization, authorization and harmonization and harmonisation for herbal products / preparations. The classification and regulation of herbal products may vary between different EU countries. In the EU the products originating from medicinal plants can be classified as herbal medicinal products, food supplements or medical devices. A medicinal product is defined as 'any substance or combination of substances presented as having properties for treating or preventing disease in human beings'. A food supplement cannot claim to treat or prevent disease or contain a pharmacologically active substance. A medical device should achieve its principal intended action in or on the human body (diagnosis, prevention, monitoring, treatment or alleviation/compensation of disease, injury or handicap) without any pharmacological, immunological or metabolic means; any active compound or extract can only be ancillary to the principal use intended for the device.

The importance of Vytautas Magnus University of Botanical Garden Medicinal (aromatic) plants (MAP's) collections for research, studies, and project activities are presented in the article.

**Keywords:** medicinal (aromatic) plants (MAP's), herbal products, quality, harmonization

## Results

### Experiences of herbal medicinal products and botanical food supplements from European Union countries

The progress of nowadays medicine promotes the consumption of herbal medicines worldwide. The market is 60 billion US dollars and the growth of annual 5–15 % is being predicted. 80 % of the USA and western Europe population daily use dietary supplements (WHO.... 2014-2023). Herbal medicinal products are registered under EU directives, either on the basis of 'well-established use' or as 'traditional herbal medicinal products' – and both categories have specific requirements for quality, whereas safety and efficiency are either accepted from literature data ('well-established use') or inferred plausible from long-standing use ('traditional use'). Food supplements do not have the same legal requirements for quality control and pharmacovigilance reporting is not compulsory for their manufacturers. Medical devices are regulated by notified bodies and must meet quality, safety and performance requirements, according to either official or self-imposed specifications.

Presently many herbal medicinal products are in the group of non-prescription medicines and are available and consumed by the population. The use of herbal medicinal products in combination with synthetic medicines may cause unexpected and unwanted effects on the patient. The lack of accurate information about the rational consumption of these products and widespread commercial advertising in communicative media, social networks and popular non-cited publications and editions often endangers human health, and sometimes life.

**One** of the most important **tasks** in the field of irrational use of herbal products is **standardization** and **harmonization** of herbal preparations (GACP, 2003; Guidance of Safety assessment of botanicals... 2009; Ph. Eur., 2017). Biologically active compounds that are in

herbal preparations have different therapeutic effects, therefore the use of herbal products must be monitored by professional healthcare specialists.

**The second objective** is to **authorize** herbal products in the market. In various markets of the European Community countries, the same products are classified to the diverse groups, and the requirements to the authorization of products different.

**The third task** is to monitor and **analyze the quality, chemical composition, safety, efficacy** and trends of the on-line marketing of herbal preparations/products. The issues of quality, safety, harmonization of herbal products are intensively examined by the competent national health authorities (Directive 2002/46/EC). The solutions offered by them are analyzed at the European level: the European Medicines Agency (EMA), the Herbal Medicinal Products Committee (HMPC), the Association of the European Self – Medication Industry (AESGP) and the annual international conferences.

#### **Important workshops and meetings in European Union.**

On 22-24 May 2018. *The high level EU Green Cities Summit* will take place in Brussels.

On 18 – 19 December 2017 The 2017 EU Agricultural Outlook Conference *Food and farming*, Brussels.

On 14-17 April, 2016 International Congress *BaltPharm Forum 2016 Complementary and self-care health products: a pharmacist competences and responsibilities* organised by Lithuanian Pharmaceutical Association, Lithuania **[Fig.1]**



**Fig.1. Participants of Congress *BaltPharm Forum 2016* and Keynote Speakers: Dr. Carmen Peña (President FIP) and Vytenis Povilas Andriukaitis (European Commissioner for Health and Food Safety).**

On 4 Mars 2014. *Workshop on Prevention and Healthy Life* in European Parliament, Brussels organised by the Policy Department A-Economy & Science, the Committee on the Environment, Public Health and Food Safety (ENVI), Brussels.

On 7-8 October 2014, the Association of the European Self-Medication Industry (AESGP) organised a conference in Brussels on Herbal (medicinal) products, food supplements and substance-based medical devices: *“Paving the way towards a coherent system”*.

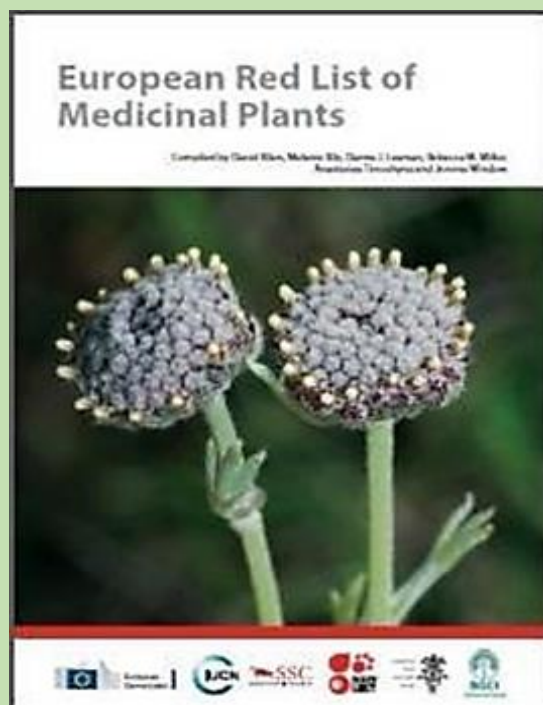


On 4-5 November 2014 organised Strategic Presidency Meeting of the Herbal Medicinal Products Committee (HMPC) *Scientific issues in evaluating safety and efficacy of herbal medicinal products of well established use and traditional use and botanical food supplements*; Rome, Italy.

On 10–11 December 2013, an *Informal Session of the European Medicines Agency Committee on Herbal Medicinal Products* in Vilnius. The session focused on the issues of regulation and harmonization of herbal medicinal products. This session was one of the events of the Lithuanian Presidency.

**EU way forward.** To adjust existing legislations accordingly to assure safe and efficient use of herbal products containing medicinal plants.

- Due to the global environmental crises we are facing at the moment, to move towards sustainable production and consumption of herbal products.



**Fig.2. European Red List of Medicinal Plants. 2014**

- European Red List of Medicinal Plants was published by the EC in 2014. According to the report 'Many species, especially utilized plants such as those used for medicinal purposes, are directly affected by overexploitation, persecution and impacts of invasive alien species, as well as climate change which is set to become an increasingly serious threat in the future.'
- Taking into account the amount and variation of herbal products placed on the European market to assure that academic qualifications at medical schools and universities provide sufficient knowledge in phytotherapy and products based of medicinal plants.
- To involve more actively the specialists of medicinal plants into education processes on medicinal plants for society.

### **Experiences of medicinal (aromatic) plants (MAP's) scientific research process and herbal products rational use in Lithuania**

A group of scientists of various biomedicine fields have started working on the issue of herbal medicines as well as their products (herbal and homeopathic medicines and dietary supplements) sustainable and rational use, assuring population's illness prevention and healthy lifestyle. **[Fig.3].**



**Fig.3. Meeting of scientists from various biomedicine fields at the Ministry of Health of the Republic of Lithuania, 2015: Academician, Prof. Habil Dr. Audrius-Sigitas Maruška, Prof. Habil Dr. Ona Ragažinskienė, Minister of Health Juras Požela, President of Homeopathy and Homotoxicology Association, Dr. Virginija Teresė Dambrauskaitė, President of the Lithuanian Pharmaceutical Association, Prof. Habil Dr. Eduardas Tarasevičius, Vice-Minister of Health Dr. Jadvyga Zinkevičienė, Director of the Lithuanian Museum of Medicine and Pharmacy History, Assoc. Prof. Dr. Tauras Antanas Mekas**

Biologically active substances of the herbal medicine products have not only pharmacological effect on humans' health, but also various contraindications and side effects; due to this the products must be purchased exceptionally in drug stores, where patients must receive all the scientific information about the usage as well as compatibility of the products with other drugs (herbal, chemical, and homeopathic) and dietary supplements. Now the world and Lithuania pay much attention to medicinal (spices, aromatic) plants growing, high-quality, safe and effective medicinal plant raw material and product handling processes, standardization and usage in medicine, food and feed industry, odontology, cosmetics, and veterinary. Lately, Lithuania booming negative self-medication herbal products and dietary supplements.

The Ministry of Health of the Republic of Lithuania is working on supplementary and alternative medicine (SAM), regulatory law and trying to control the dangerous phenomenon for human health, or even life-threatening. Government of the Republic of Lithuania adopted SAM second alternative which includes a smaller group of services - the natural and

traditional medicine practices and several health recreational areas of services, which are to be licensed.

For this purpose, all the functions necessary for complementary medicine (SAM) practices for safety and quality, will be carried out only in at the Ministry of Health of the Republic of Lithuania and its subordinate institutions.

All these measures should help a consumer to choose a safe, recognized specialists provided SAM services. There has been a need to legally regulate and control marketing and rational use of herbal medicine products.

### **Introduction, Conservation of Medicinal (Aromatic) plants in the Sector of Medicinal (Aromatic) Plants Collection at Botanical Garden of Vytautas Magnus University in Lithuania.**

Medicinal (Aromatic) Plants (MAP's) are the worlds most important natural resource sustaining all life on earth – and yet plant extinction is a real threat. The diversity of MAP's species and varieties is important from the scientific and practical point of view. At the end of the 21<sup>st</sup> century, specific attention was paid to cultivation and preservation of medicinal and aromatic plants and to the evaluation of their quality. It is important to increase the assortment of cultivated MAP's, to accumulate and study samples of the introduced plants in collections at present and in the future, thus preserving and enriching the genetic fund of useful plants of Lithuania.

On purpose to profuse the variety of plant species and solve the problems of national genetic resources protection and herbal drugs industry development, since 1924 scientists of Sector Medicinal plants in Kaunas Botanical Garden of Vytautas Magnus University have been implementing long-lasting trials and supervisions dedicated for intruduction and acclimatization of medicinal and spice (aromatic) plans.

For the last 94 years topic and research tendencies of medicinal (aromatic) plants had been very changeable. Collections of medicinal plants are still an important constituent and object of scientific research process. These collections had been changing during the different research periods in the way of their complexion, place, extent, quantity of plants breeds and species, plant growth schemes and their classification. The medicinal plants collection is grouped pharmacognostically according to biologically active compounds, while spice and melliferous plants are classified using the A. Engler System of plant classification species (Ragažinskienė, Rimkienė, 2003). **[Fig.4]**.



**Fig.4. The collection of medicinal plants of the Sector of Medicinal and Spice Plants Collection at Botanical Garden of Vytautas Magnus University.**

During the investigation of medicinal and spice (aromatic) plants varieties of species in the long-lasting collections we observed plant growth and vegetation and selected perspective, biologically and ecologically valuable herbs.

To evaluate the relevance of these medicinal (aromatic) plants for food and drug industry, we performed the quantitative and qualitative analysis of raw material biological and anatomical qualities. After evaluating the biological productivity and growth of aboveground, underground parts perspective herbs species and the influence of meteorological factors we are able to choose an adequate harvest and production time and to forecast biological productivity and the perspectives of industrial plant growth.

With the methods of gas chromatography (GS), high efficiency liquid chromatography (HPLC), capillary chromatography and capillary electrophoresis (CE) we identified quantity of biologically active constituents and their distribution in different medicinal, spice and technical herb species, breeds and in the separate plant parts (Maruska et al.,2014; Šulniūtė et al., 2016).

Regarding the data of this study we can sort donor plants for future selection and for the development of pharmaceutical and herbal drugs industry.

## Conclusions

- The classification and regulation of herbal products may vary between different EU countries. Taking into account the amount and variation of herbal products placed on the European market to assure that academic qualifications at medical schools and universities provide sufficient knowledge in phytotherapy and products based of medicinal plants.
- The Collections of Medicinal plants of the Sector of Medicinal (Aromatic) Plants Collection at Botanical Garden of Vytautas Magnus University are an example of good practice: an important constituent and object of scientific research and education process, and donor plants for future selection and for the development of pharmaceutical and herbal drugs industry in Lithuania

## References

Allen, D., Bilz, M., Leaman, D.J., Miller, R.M., Timoshyna, A. Window, J. 2014. *European Red List of Medicinal Plants*. Luxembourg: Publications Office of the EU.

Directive 2002/46/EC of the European Parliament and of the Council of 10 June 2002 on the approximation of the laws of the Member States relating to food supplements.

Guidance of Safety assessment of botanicals and Botanical preparations intended for use as ingredients in food supplements, 2009. EFSA Scientific Committee;

The European Pharmacopoeia (*Ph. Eur.*) 9.0, Strasbourg. 2017.

Maruška A., Ragažinskienė O., Vyšniauskas O., Kaškonienė V., Bartkuvienė V., Kornyšova O. Flavonoids of willow herb (*Chamerion angustifolium* (L.) Holub) and their radical scavenging activity during vegetation. *Adv Med Sci* 2014; 59:136–41.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.advms.2013.10.002>

Ragažinskienė O., Rimkienė S. Medicinal and aromatic plants: genetic resources and cultivation in Lithuania. *Journal of Medicinal & Spice Plants*. 2003, 8(4): 189-191.

Šulniūtė V, Ragažinskienė O, Venskutonis PR. Comprehensive evaluation of antioxidant potential of 10 *Salvia* species using high pressure methods for the isolation of lipophilic and hydrophilic plant fractions. *Plant Foods Hum Nutr*. 2016; 71:64-71.

The regulation of herbal medicines in the EU. (*ATTUALE LISTA BELFRIT*). 2014.

WHO guidelines on good agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants, World Health Organization, Geneva, 2003;

WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. World Health

## Historical traditions of herbalism in Lithuania

*Zenona Šimaitienė. Museum of the history of medicine and pharmacy of Lithuania, Lithuanian University of Health Science, Kaunass; [s.zenona@gmail.com](mailto:s.zenona@gmail.com).*

*When I walk through meadows and woods, all plants are familiar to me,  
and almost all are medicinal herbs. And we need only to identify those  
(Words of one village woman)*

**The aim** of this study was to research traditions of herbalism in Lithuania using historical sources of different historical periods.

**The methods:** descriptive historical analysis and comparative analysis of historical sources and archival material.

### Abstract

Herbalism comprises the most important part of traditional medicine in the Lithuanian; it is a part of cultural heritage. Ancient Lithuania was, supposedly, the land of agriculture, and common people recognized the plants, used them in everyday life as food and acknowledged significance of plants for surviving. The early written sources about traditional cures in Lithuania were dated back to 16<sup>th</sup> -17<sup>th</sup> centuries and herbalists were among the first mentioned healers. The accumulation of material in traditional medicine in Lithuania was started only at the end of 19<sup>th</sup> century - beginning of the 20<sup>th</sup> century. Intellectuals started to gather the Folklore and knowledge on traditional medicine and herbalism: teachers arranged expeditions for students, questionnaires for presenters were prepared. The material later was saved in Lithuanian archives.

**Keywords:** ethnobotany, traditional medicine

**Oldest sources of Lithuanian history** of medicine are archeological historical findings and remnants of plants. The first knowledge about Lithuanian traditional medicine is mentioned in the 16<sup>th</sup>-17<sup>th</sup> centuries' law books of Grand Duchy of Lithuania. Cases of witches' courts with witchcraft practices were mentioned. Lithuania was the latest European country to become Christian, while pagan traditions still existed after christening for a long time.

The documentation of traditions of plant use in Lithuania began along with the start of documentation of its flora. Earliest documentations of traditional healings were made in XVI century by eminent European doctor Paracelsus (1493 -1521), who traveled through Europe and visited Lithuania in 1520. He communicated not only with doctors, surgeons and alchemists, but also with shepherds, travelers, midwives, herbalists. Maciej Strykowski (1547 - 1593), Lithuanian - Polish historian, wrote about pagan traditions, manners. Matthäus Prätorius (1635 -1704), the famous Prussians historian, and his work „*The Sight of Prussia*” was one of the most important historical sources about Baltic mythology and ethnography.

### Lithuania – variety of religions and nations

Christianity became dominating religion in 16<sup>th</sup> century, but Paganism traditions that were

practiced in Lithuania before, remained. Special connection with nature was inherited in big families from one generation to another. Lithuanian society was diverse: Lithuanian and Samogitian, Ruthenian and Pole, Jew, Tatar, and Karaite; Catholics, protestants, Russian Orthodox believers, Unitarians, Old believers et al. That had influence to trivial traditions of society. Different transmissions of the knowledge of traditional medicine practices across geographic, cultural, and linguistic borders were present in Lithuania.

**The monasteries and convents had impact** on the development of herbal medicine in Grand Duchy of Lithuania. The Franciscans had a great importance in the Christianization of Lithuania and carried with them education system and the modern civilization. Bernardines founded a garden in Vilnius, which was later handed over to the city and its name of Bernardine Gardens survived until today. Monks cultivated medicinal plants in gardens not only for their own purposes. Assistance was provided to their relatives and the surrounding population. Lot of imported plant raw materials were used, since monasteries' pharmacists used pharmacopoeias for preparing medicines. For example, a prescription of the year 1788 from the archive of Camaldoli *Pažaislis* monastery in Kaunas: *Rad. Chinae; Rad. Sarsaparillae; Rad. Polypodii; Lign. Guajaci; Fol. Sennae; Gum. Tragacantae*". Many imported plants were known in 19<sup>th</sup> century traditional herbalism: pepper, cinnamon, ginger, saffron et al.

**The herbal garden or ornamental plants** at the homestead in villages and towns have deep historical tradition in Lithuania.

It could originate from monastic gardens. According researches, around 153 species of plants were grown as ornamental at houses, yards and as pot plants, and 125 species of them have been used in traditional medicine. The borage, *Borago officinalis* L. had predominantly therapeutic indications among them. The plant families with dominant therapeutic indications were: *Asteraceae*, *Lamiaceae* and *Rosaceae*. Medicinal plants were most widely used for treating gastro-intestinal diseases, respiratory attacks, nervous system conditions and skin complaints. A very common plant in gardens was belladonna (*Belladonna L.*) as painkiller in various healings..

**The impact of scientific literature on the traditional herbalism.** In 1579, King Stefan Bator founded Vilnius University (in Latin: *Academia et Universitas Vilnensis Societatis Jesu*). University was the only institution of higher education in the Grand Duchy of Lithuania; it was established in order to promote education, civilization and culture. Prominent scientists as plant researchers had great impact on the developing of Lithuanian herbalism. **Jean Emanuel Gilibert** (1774 -1814), the French, worked as Professor of the Department of Natural Sciences in Vilnius University since 1781. He was the founder of Botanical garden. His work *Flora Litvanica inchoata* was fundamental botanical book, cited by Linnaeus and other authors. Giliber classified and described Lithuanian plants (for example, *Centaurium umbellatum* Gilib. species were described by Gilibert). **Jurgis Pabrėža** (Jerzy Pobreż, father Ambrasius, 1771-1849), Franciscan, vicar in Kartena, doctor, botanist, the first explorer of the Lithuanian flora, became the author of a huge encyclopedic manuscript of 1500 pages, "*Taislius auguminis*", as first thesaurus of Lithuanian flora in Lithuanian language., describing 643 plants. His work was intended even for poor people, who were deprived of medical advice. **Johann Friedrich Wolfgang** (1776-1859), was prominent professor of pharmacy and pharmacology in Vilnius

University. He published articles on history of pharmacy, application of medicinal plants, raw material forgery cases in *Pamiętnik farmaceutyczny Wilenski* (was one of its founders and editors).

**It was during the late 19th century** when the popular idea of liberation among ethnic Lithuanians spread, but the development of Lithuanian national culture and national identity was burdened by the Lithuanian press ban (the press ban was lifted in 1904). Herbal, medicinal books on hygiene and prevention of diseases, healing methods at home were published abroad, and illegally delivered to the countryside and villages by book carriers (or smugglers). In 1898, doctor *Jonas Basanavičius* (1851–1927), the initiator of collecting of knowledge of antecedents, in USA published a book in Lithuanian titled "The Material for our Homeland Pharmacy". *Eliza Orzeszkowa* (1841 -1910), a Lithuanian-Polish writer, ethnobotanist, described about 200 plants used for healings in Lithuanian villages. She wrote that common people in villages knew the names of plants very well and their characteristics of usage. She emphasized the importance of oral traditions of peasants passed through the centuries.

**Herbalists were among the first healers.** Peasants lived poor and lowlife, often with lack of personal hygiene (a plica, mat of hair *Plica polonica*, was common in Lithuania) and medical facilities. Only when one's family could not help, one looked for help from herbalist, sorcerer or charmer. The biggest part of *Materia Medica* in Lithuania consisted of plants. In Lithuanian traditional medicine, about two thirds of used medicinal plants were of indigenous origin. Lithuanians had ancient names for most plants and knew the use of plants for particular healings.

**The deepest roots of transmission of traditional knowledge of herbalism in Lithuania lie in the oral inheritance.** People were using traditional home remedies that have been passed on from generation to generation. Mother in the big family usually was responsible for the family health, she was a teacher. The specific knowledge could be obtained from a soothsayer. Sometimes he took a committed young person as successor. Occasionally knowledge was passed to nobleman's servants, soldiers, wayfarers, etc.

**The traditional herbalism in Lithuania is relative to summer dates as well. St. John's day**, the 23 - 24<sup>th</sup> of June, from ancient time was traditional summer celebration. In pagan Lithuania it was called the *Rasos* (the Dews), and main symbols of it were: sun, gates, fire, wreath of flowers, fern blossom. The plants were collected for solstice ceremonies and for medicinal preparations (it was believed that at that Day medicinal plants are of strongest action). In the first half of the 20<sup>th</sup> century the annual Midsummer Herbal Market on 24<sup>th</sup> of June took place in Vilnius and the herbal traditions were kept very strong. On the St. John's Eve women with handmade baskets and bags filled the square at St. St. John's Church.

The goods of the herbalists were beautifully arranged on white linen fabric or in baskets with white linen underlay. The inherent tradition existed to pay for herbs not in money rather in various products and it was common throughout Lithuania.



**The Assumption.** Women bring bouquets of flowers and medicinal plants, bunches of grain crops to the church for sanctifying. The middle of August in Pagan Lithuania was celebrated as a junction of summer and autumn. After all outdoor works when *the harvest was stored*, herbs and flowers were picked as thanksgiving and testimonial for harvest.

**Specific traditions in herbalism were related with the collecting of medicinal plants.**

First of all, collector had to admit the requirements. The person had to be dressed clean, not sweated or angry; at the time of collecting, he had to think only about herbs; the woman could not pick herbs during the menstruation. Fresh herbs were collected and used mostly by necessity if something happened. For example, for injuries with hemorrhages, yarrow was placed directly on the wound; as a help for broken bone, the squash of the fresh comfrey was put on injured place. Medicinal plants were not collected at roads, pasturable places, or at dirty places. Dried herbs were placed into linen bags and hung in dry, well-ventilated places.

Sometimes analogous plants were used, since their color, shape or odor reminded of the particular illness; plants with specific healing properties were used (all yellow flowering plants –for jaundice).

Plants were as a part of everyday life (wheat, barley, dill, onion, parsley, garlic et al.), and traditionally grown food plants were used as raw materials for medicines as well.

Lithuanians used to believe in the healing power of majority of trees (especially oak), many beliefs were combined with worshipping of trees. Raw materials from trees were used for internal uses: for the treatment of diarrhea (oak bark, acorn, chestnuts, bark and fruits of alder); against cough (burgeons of birch, linden blossoms); against nervous diseases (birch blossoms, linden blossoms). Externally they were used for the treatment of skin diseases. Ancient medical substances (ashes, tars) are also found in the recipes of Lithuanian traditional medicine.

**Oak (*Quercus sp.*),** was worshiped from Paganism as a mediator among God and people. It was a symbol of strength with healing power. The oldest (supposedly around 2000 years old) and thickest oak tree in Lithuania still grows in Zarasai district.

In the middle of Kaunas city there is a biggest oak park in Europe. Oak trees with the forked trunk were particularly sacred. Historical sources tell of an ancient oak tree, which grew in East Prussia in the 16th and 17th centuries. Lithuanians came from far to heal physically handicapped, paralysis, bad eyes, hands and feet. They pressed painful parts of the body into tree openings and walked three times around the oak tree. Each sick person hung an offering on the tree branches. Medicines from oak raw materials were used externally and internally:

For external usage:

- Oak bark decoction was used to rinse mouth inflammation; against toothache, scurvy or to stop “teeth bleeding“;
- Juice from inner white bark was used for gum treatments.
- 

For internal usage:

- Oak bark decoction was recommended to stop diarrhea or for “whose stomach is

unhealthy ", and as "strengthening medicine".

- Detailed decoction preparation and consumption: for stomach treatment: put large amount of oak bark to a pot and pour 3 cups of water. Boil on the fire until reduced to 1 cup of liquid. Give the patient 20 drops with glass of water, 3 times a day.
- Acorn' decoction was used to stop diarrhea.

**Aloe (*Aloe arborescens* L.)** was one of most popular among room or pot plants.

Leaves of Aloe were well known in traditional herbalism.

For external usage:

Pieces of the fresh Aloe leaf were bandaged to various injuries.

For internal usage:

- The leaf' pulp and juice mixed with honey were used internally against hectic and hard cough (for cough it was recommended to take one teaspoon three times daily).
- Fresh juice was taken by drops for abdominal pains and bad digestion.
- Grinded leafs were infused with alcohol and taken for lack of appetite and poor digestion.
- Leaves grinded with honey were left to ferment for about two weeks, and then mixed with milk were consumed at TBC.

**Tobacco (*Nicotiana rustica* L.)** was grown in Lithuanian gardens from 17th century, and was known as medicine used for external purposes:

- Powder of dried tobacco leaves mixed with fat and tar in equal parts was used as ointment for scabies treatment.
- Decoction of tobacco leaves was used against scabies, ticks, or as washer for delousing.
- Liquid from tobacco pipes was applied on weeping eczema.
- Liquid from tobacco pipes was spread on a painful tooth or rubbing gums with tobacco.
- Liquid from tobacco pipe was used on the skin after snake bite. According to a story, once a cowherd captured a snake and noticed that it died after rubbing it to the remains of the pipe liquid. Such recipe of tobacco usage was known in many places in Lithuania.
- Snake's bite was treated with application of mixture from homegrown tobacco leaves and clabber.
- Application of tobacco leafs and honey was used on painful area.
- 

**Potato (*Solanum tuberosum* L.),** a plant was well known in Lithuania from 18th century, and found it's place not only as food plant. Tuber, juice and flowers of potato were used as raw material to prepare various dosage forms: appliqué, inhalations, decoctions, juice, extracts.

For external usage:

Application of fresh potato mash: for headache, was put on the head; on abscess; or eyestrain as compress; at varicose veins; at erysipelas; on painful joints;

Application with hot paring – at sore throat;

Inhalation with boiling unpeeled potatoes - for cough;

For internal usage:

Decoction from tubers –as medicine for inflammation for stomach mucous membrane;

Decoction from flowers – for bronchitis healing; water extracts of flowers - for asthma and whooping – cough healing.

Combination of the numbers 3, 7, 9 and 27 was often used in Lithuanian Folklore and herbalism. There was a famous magical three nines (*Trejos devynerios*) herbal mixture used in Lithuanian traditional medicine. It has been used for a variety of diseases for hundreds of years, created as a tonic for digestion system, as a general tonic.

### Conclusions

There are deep historical traditions of Herbalism in Lithuania. Archival sources are foundations for studies. Christianity had great impact on the traditional medicine. Medicinal herbs from the New World entered to the traditional medicine of Lithuania. Herbal remedies were a portion of local customs and traditions. Collecting of herbs, expelling darkness with bonfire, smudging of herbs, launching of flower wreaths into water (lake, river) are still alive on St.Johns Day.

The evaluation of the historical sources showed that despite the different political - historical – cultural circumstances, the traditions of herbalism in Lithuania survived. Knowledge of folk medicine quite frequently became part of scientific medicine and pharmacy. Modern researchers are discussing the integration of traditional medicine into the public health system, and presentation of this knowledge. Ancient recipe of „*Trejos devynerios*“ from the of archives of our Museum, allows us to prepare the original present, the ancient mixture of *Trejos devynerios* for our guests...

### References

- Archives of Lithuanian *Museum of the History of Medicine and Pharmacy. Kaunas.*  
*Derums V.J. Bolezny y vrachevanije v drevney Pribaltike (Illnesses and healings in ancient Baltic States).* Riga. 1970.  
*Gimbutas M. The Balts. New York. 1963.*  
 Gimbutas M. The living Goddess. University of California press. 2001.
- Ragažinskienė O, Rimkienė S, Sasnauskas V. Vaistinių augalų enciklopedija. (The Encyclopedia of medicinal plants). Kaunas: Lututė; 2005.
- Radušienė J, Janulis V. Vaistinių ir aromatinių augalų įvairovės tyrimo, jų panaudojimo bei išsaugojimo tendencijos. *Medicina.* 2004. 40(8):705-709.
- Skliutauskas J. “Apie liaudies mediciną” (About folk medicine). *Medicina*, vol. 6, pp. 414–418, 1931.

Šimkūnaitė E. Lietuvių liaudies medicinos vaistingi augalai. (The medicinal plants of Lithuanian traditional medicine). Typewriting. 1948. Archives of Lithuanian *Museum of the History of Medicine and Pharmacy*. Kaunas.

## Reflects of archaic treatments in the Lithuanian traditional medicine

*Tauras Antanas Mekas. The Museum of the history of medicine and pharmacy of Lithuania. Lithuanian University of Health Sciences. ; [tauras.mekas@gmail.com](mailto:tauras.mekas@gmail.com)*

**The problem** is the surviving of the ancient healing in the traditional medicine in the modern world.

**The method:** analysis of literature and of historical sources.

**Key words:** archaic treatments, ethnomedicine

### Abstract

There are over 4000 receipts and descriptions of treatment methods of traditional Lithuanian medicine saved in the Museum of the History of Lithuanian Medicine. They all were collected from the end of 19<sup>th</sup> century to the beginning of the 21<sup>st</sup> century. Among them, several archaic means of treatments can be distinguished.

In the analysis of traditional medicine, one always wants to select primary sources, which would be least contaminated with later information. Lithuania is the country that preserved its old pagan faith the longest in Europe – the Christianization of Lithuania took place in 1387, and that of Samogitia (Žemaitija) – in 1413. In rural communities, the old faith survived until the 18th century. During the 19th – the early 20th centuries, treatment-related information printed in calendars and newspaper along with recommendations of Lithuanian town pharmacists started influencing the sources of traditional medicine.

When searching for information on authentic, the most ancient treatment techniques, the focus was on the respondent's sources of information (e.g. inherited from parents or grandparents), links to the old faith, and associative comparison with the old sources of information on the global scale (Tibetan medicine, the Ebers Papyrus, Avicenna's writings, etc.).

**Healing water.** This is probably one of the oldest treatment techniques. The healing power of water was described in the New Testament, and Tibetan medicine identifies five types of healing water. Avicenna in his medical canon dedicated two chapters to water. Sebastian Kneipp with his hydrotherapy also left a mark in the naturopathic medicine of the 19th century.

In Lithuania, there are over 40 springs famous for their healing powers. Besides the universal healing powers they also have narrower “specializations”. For instance, the water of *Šventaduobė* spring is used for the treatment of eye diseases, and the water of *Višakio Rūda* spring.

– for the treatment of skin diseases. People approaching the spring for treatment should be “clean” – i.e. they should have returned all the debts, kept all their promises, and apologized to all the people they had hurt. In addition, people make pledges at the springs – i.e. they promise to do certain deeds after they recover. This tradition has survived until today.

**Sacred stones and trees.** Compared to the sacred springs, these are only fragmented remnants. The association with sacred springs is that most sacred stones have depressions on their surfaces where water accumulates and is then used for medicinal purposes.

Missionaries in their annals described sacred trees in whose hollows sacred grass snakes were kept. Offerings were brought to those grass snakes in hopes of receiving a gift of good health in return. Alongside oaks, other important trees included junipers and rowans whose branches were used for whipping in order to treat mental diseases or obsessions. This was practiced until early 1900s.

**Sacred paintings.** All Catholic churches in Lithuania have paintings with “vota” (from Lat. “*votum*” – signs of gratitude) – hung next to them. *Šiluva* is considered the oldest place of the apparition of Virgin Mary in Europe. Here, a book of recoveries has been kept since the 19th century – it contains records of the health problems with which people arrived and how they were helped.

**Incantations.** In incantations, one may find associations with the old tradition of drug manufacturing – both in ancient Egypt (the Ebers Papyrus) and in Tibet. In the old monasteries of Christian Europe, prayers were said during the process of drug manufacturing in order to increase the potency of the produced drug. The publication of the Institute of Lithuanian Literature and Folklore, “Lithuanian Incantations: Treatment Formulas” (2008), lists 1,716 incantations intended to protect from various diseases.

**Disease transfer.** This theory was also acceptable to the reformer of medicine Paracelsus. Disease was thought of as a spirit or energy that can be transferred to someone or something else, thus getting rid of it. This theory was applied for the treatment of verrucas (warts), “writing their information” on a horsehair and feeding it to the dogs. In addition, a live frog was held to the painful site to get rid of the pain. The New Testament mentions casting demons into a herd of pigs.

**Bloodletting.** Removal of the bad, diseased blood has been known for a long time. In Europe, this was the job of barbers, and in Lithuania – of people specializing in bloodletting (the so-called “*kraujutai*”). The following description of bloodletting was found in a source from early

1900s: “[he] cut the vein and let the blood into a bowl. Then [he] poured sugar on the wound, and carried the blood to a rue garden and spilled it there”. Human blood was in high respect.

**A formula including reflections of the old faith** (black color and numbers 3 and 9), an underground animal (a mole), and an animal of the new times (a cat, which has been known in Lithuania since the second half of the 19th century) may be seen as an example of old formulas that included fumigation, ashes, toads and vipers caught before the cuckoo cried or the thunder roared. This is the formula for the treatment of epilepsy. In case of epilepsy, patients should drink a decoction of hair taken from nine black-haired animals with drops of a cat’s, a mole’s, and the patient’s blood. The decoction should be taken after sunset, at the daily dose of nine drops for nine days. On the last day of the treatment, the patient should change the linen. The old linen should be burned, and the patient should be bathed. The disease was believed to go to the linen, and thus the linen had to be destroyed.

### Conclusions

The old treatment techniques and understanding about the disease had lived for thousands of years. It is difficult to say whether our ancestors were right or whether our understanding of modern medicine is superior - perhaps we should run some clinical trials. We have to maintain respect and the search for the rational origin.

Study of these therapies reveal the nation’s understanding of diseases, connection with traditional medicine of other countries and explains reasons of longevity of those methods.

### References

- Basanavičius J. Juodoji knyga* (The black book). Vilnius. 2004.
- Mekas T. The Ancient Pharmacy. Kaunas: Vitae Litera, 2016.*
- Vaitkevičiene D. Lithuanian verbal healing charms.* Vilnius. 2008

## CARTELES

### Evaluación en la atención de Diabetes Mellitus por Fitoterapia Clínica

*Benjamín Antúnez Flores y cols. Programa de Medicina Integrativa.*

#### EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE DIABETES MELLITUS POR FITOTERAPIA CLÍNICA, PROGRAMA DE MEDICINA INTEGRATIVA , 2017.

Antúnez Flores B\*\*, Arriaga Moreno MI\*\*, Casillas Guevara K\*\*, Castrejon Rojas A\*\*, Cruz Sánchez M\*, González Domínguez BC\*\*, García Poujol M\*\*, Gutiérrez Márquez ME\*\*, Islas Ortega M\*\*, Orozco Navarro A\*\*, Reyes Díaz, A\*\*.

\*Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, SEDESA; Programa de Medicina Integrativa, SSPDF.

#### INTRODUCCIÓN

La **CALIDAD** de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso; por lo tanto, su evaluación es un análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, para identificar los procesos que deben ser mejorados, los logros alcanzados y los problemas que es preciso resolver.

**DIABETES MELLITUS** desde el punto de vista de la **FITOTERAPIA**:

El **Síndrome Hiperglucémico** expresa una incapacidad del organismo para llevar la glucemia a la normalidad, debido a una disminución de la actividad periférica insulínica. Recientemente se plantea que la diabetes es una enfermedad por depósito de proteína amiloide, en este caso la Amilina; secundario a los siguientes desequilibrios funcionales:

1.- Neurovegetativos:

- . Exceso de solicitud inicial parasimpática, y a continuación su agotamiento; Con un Auto-mantenimiento periférico de la adrenalina.
- . Espasmocidad digestiva, especialmente del esfínter de Oddi.
- . Congestión, esencialmente esplénica.

2.- Endocrinos.:

- . Retraso a la secreción de la insulina y en otros casos exceso de secreción de Insulina.
- . Si hay exceso de GH con insulina reactiva retrasada o insuficiente, se bloquea la actividad insulínica sobre las membranas celulares y al interior de la célula.
- . Esta competitividad GH-insulina, determina progresivamente la intolerancia de los receptores de insulina, el agotamiento de la misma y la instalación de elementos de autoinmunidad.

La evaluación frecuente de este padecimiento se justifica entre otros por los siguientes aspectos.

1.- Dadas las referencias epidemiológicas de esta patología en el mundo y en nuestro medio, así como riesgo elevado de complicaciones : problemas isquémicos, EVC, ceguera, insuficiencia renal crónica, amputación de miembros inferiores, además de acortar la vida del enfermo repercuten en la calidad de vida de la familia.

2.- Los costos directos de la DM son generados por las complicaciones se calcula que la DM2 representa entre el 7 y 14 % de los gastos de la salud en el mundo.

## OBJETIVO

Analizar la práctica clínica realizada por el servicio de Fitoterapia en la atención de Diabetes Mellitus dentro del Programa de Medicina Integrativa durante el periodo Agosto—Noviembre de 2017.



## METODOLOGÍA

Estudio transversal, descriptivo y analítico.

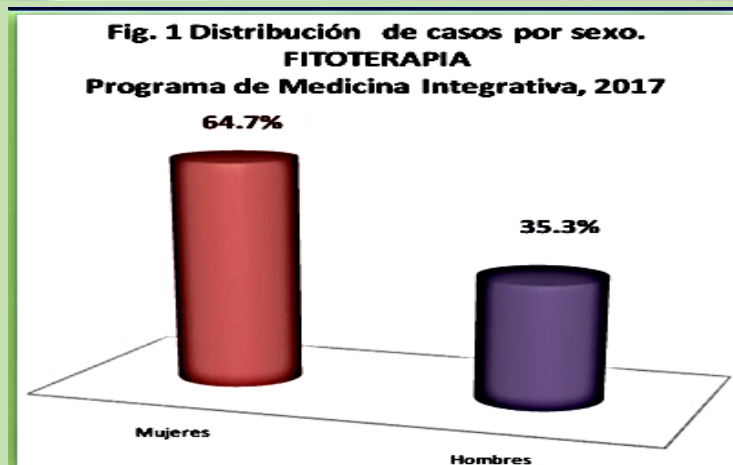
Análisis de 87 expedientes clínicos de la especialidad de Fitoterapia a través de la Cédula denominada "De Evaluación de Práctica Clínica" construida con base en las Guías de Práctica Clínica, que incluye 7 ítems relacionados con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Diabetes Mellitus. La requisición de las cédulas fue realizado por médicos de la misma especialidad.

Los expedientes fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio, estratificado por especialidad y padecimiento. Se describen las variables sociodemográficas (sexo y edad).

Se realizó análisis descriptivo de los casos y análisis bivariado por especialidad (prueba  $\chi^2$ ).

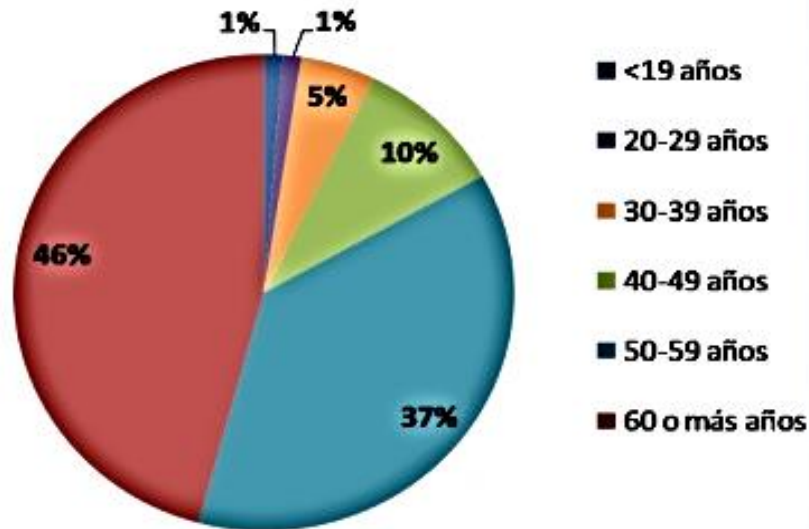
Apegándose al registro en el expediente clínico de acuerdo a las guías de practica clínica y la evaluación continua del programa de Medicina Integrativa y el proceso de atención calidad y seguridad del paciente. Manteniendo siempre la privacidad y anonimato de los datos personales.

## RESULTADOS





**Fig. 2 Distribución de casos por grupos de edad.  
FITOTERAPIA  
Programa de Medicina Integrativa, 2017**



De acuerdo a los resultados, se observa que se atendió con mayor frecuencia a mujeres, y el grupo de edad con mayor vulnerabilidad es el de 60 años y más, así mismo, se deben fortalecer las acciones en la atención de los usuarios a partir de los 20 años.

#### **Evaluación de los criterios para diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus**

##### **(Tabla 1):**

**1.** Se solicita Hba1c en casi el 10% de los pacientes, en la periodicidad indicada en la NOM – 015 SSA2-2010 y GPC Fitoterapia 2011.

**1.1** El valor obtenido en la medición de la Hba1c muestra una respuesta favorable en el % de los casos, siendo, incluso mayor que el del promedio de las otras especialidades.

**2.** Se cumple en un alto porcentaje de las notas con el registro de la presión arterial.

**2.1** Se toman medidas necesarias en el caso de que el paciente presente descontrol, en la gran mayoría de los casos.

**3.** Se realiza examen de pies en casi la totalidad de los expedientes revisados.

**4.** Se solicita perfil de lípidos con la frecuencia recomendada o mayor en cerca del 100% de las consultas registradas.

**4.1** En caso de cifras elevadas en el perfil de lípidos se toma una medida terapéutica en la mayoría de los casos.

**Tabla 1. Análisis comparativo entre el promedio total de respuesta afirmativa y especialidad. Diabetes Mellitus. Programa de Medicina Integrativa, 2017.**

Reactivos	Todos*	Fitoterapia
1. Se solicita en forma periódica el estudio de Hemoglobina Glucosilada y es analizado su resultado.	98.6%	98.9%
1.1 HbA1c (Hemoglobina glucosilada) < de 7%	76.1%	80.5%
2. Evaluación de la Tensión Arterial.	91.5%	94.2%
2.1 Acción tomada en casos de cifras de Tensión Arterial >140/90 mmHg	70.1%	70.0%
3. Examen de los pies.	97.9%	98.8%
4. Solicita y analiza perfil de lípidos.	99.3%	98.8%
4.1 Acción tomada en casos de cifras de lípidos elevadas	94.0%	91.0%

*Todos: Incluye las evaluaciones realizadas por Homeopatía y Fitoterapia*

## CONCLUSIONES

La Fitoterapia Clínica ve al paciente como un todo, es decir integra su historia "biografía", la emotividad y el contexto de vida de cada paciente.

La Fitoterapia (phyton-planta) clínica (Kline-cama), quiere decir el practicar la medicina junto a la cama del paciente, acompañándolo. Tiene como eje principal el uso de plantas en "fórmulas magistrales" locales (tópicos), extractos fluidos, macerados glicerinados, tinturas, extractos secos, Tizanas, infusiones". Para la fitoterapia clínica el paciente es el centro, el diagnóstico se realiza buscando minuciosamente los desequilibrios neuroendocrinos, de acuerdo a la teoría "Endobiogenica" de los Doctores Duraffourd y Lapraz; es decir, se hace un diagnóstico del terreno neuroendocrino.

El presente estudio permite al equipo del Programa de Medicina Integrativa (PMI) una retroalimentación acerca del trabajo clínico que se realiza, que se trata de un abordaje innovador e individualizado.

El estudio refleja que el abordaje terapéutico nos alienta a continuar y a mejorar procesos de evaluación y de mejora continua; así mismo da pie a procesos de investigaciones clínicas sobre aspectos más particulares como adherencia, efectividad terapéutica, calidad de vida, etc.

## REFERENCIAS

- 1.- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes. Consultada en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html>.
- 2.- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Diabetes Prevention Program Research Group Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393-403
- 3.- Rydén L, Standl E, Bartnik M, et al. Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) European Association for the Study of Diabetes (EASD) Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *Eye Heart J* 2007;28:88-136 [PubMed]
- 4.- Guía de Práctica Clínica Servicio de Fitoterapia, 2011, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.
- 5.- Li, Shin HJ, Ding EL, van DamRM. Adiponectin levels and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:179-188

# Evaluación de la atención de Ansiedad por Fitoterapia Clínica. I

María Isabel Arriaga Moreno y cols. Programa de Medicina Integrativa.

Arriaga Moreno MI\*\*, Casillas Guevara K\*\*, Castrejon Rojas A\*\*, Cruz Sánchez M\*, Corona R.L. Antunez Flores B\*, García Poujol M\*\*, Cutierrez Marquez ME\*\*, Islas Ortega M\*\*, Orozco Navarro A\*\*, Reyes Díaz A.\*\*  
\*Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, SEDESA; \*\*Programa de Medicina Integrativa, SSPDF.

## INTRODUCCIÓN

La **CALIDAD DE LA ASISTENCIA MÉDICA** es:

\* Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (OMS).

\* Su evaluación permite identificar los procesos que deben ser mejorados, los logros alcanzados y los problemas que es preciso resolver.

### ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad (TA) son diversos cuadros psicopatológicos, cuya principal característica es la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad; o una combinación de ellos. Con una prevalencia de 13.6% a 28%, es una de las principales afecciones de salud mental. Los pacientes que padecen ansiedad presentan un alto impacto en su vida y en su familia, así como un costo elevado social y un uso excesivo de los servicios médicos y disminución de la productividad laboral.

La Endobiogenia considera que en donde la capacidad del cuerpo para la adaptación desde un estado alfasimpático (de alarma) prolongado, se ve afectado, puede convertirse en un trastorno de ansiedad. Para su tratamiento, la combinación de suplementos, modificaciones de estilo de vida y tratamientos complementarios como la Terapia Cognitivo-Conductual puede ser una alternativa exitosa en muchos casos.

La **FITOTERAPIA** clínica basada en la **Endobiogenia**, marca una preferencia, no exclusiva, por el tratamiento a base de sustancias naturales y sobre todo por extractos totales de plantas, su acción puede ser a diferentes niveles del organismo y corregir así, de manera reguladora y no sustitutiva, en sinergia, ahí donde se encuentran los desequilibrios diagnosticados al origen y/o participando en la patología en curso. En este sentido, el abordaje médico desde la Endobiogenia (regulación neuroendocrina) es el reflejo del mejoramiento o reinserción en su vida familiar, laboral y social del paciente.

En el servicio de Fitoterapia Clínica del Programa de Medicina Integrativa, la ansiedad es uno de los principales motivos de atención médica, esto lleva a la necesidad de una evaluación continua que asegure la calidez y calidad del servicio, y a su vez realizar un análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico individualizado y tratamiento, contemplando las Guías de Práctica Clínica, identificando los procesos que deben ser mejorados, los logros alcanzados y los problemas que es preciso resolver.

## > OBJETIVO

Evaluar la práctica clínica realizada en el servicio de Fitoterapia Clínica en la atención de Ansiedad dentro del Programa de Medicina Integrativa durante el periodo Agosto—Noviembre de 2017.

## > METODOLOGÍA

Estudio transversal, descriptivo y analítico.

Análisis de 28 expedientes clínicos de la especialidad de Fitoterapia Clínica a través de la Cédula denominada "De evaluación de Práctica Clínica" construida con base en las Guías de Práctica Clínica, que incluye 7 ítems relacionados con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Ansiedad. La requisición de las cédulas fue realizado por médicos de la misma especialidad.

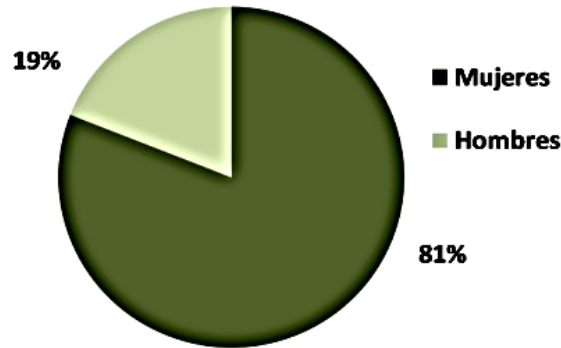
Los expedientes fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio, estratificado por especialidad y padecimiento. Se describen las variables sociodemográficas (sexo y edad).

Se realizó análisis descriptivo de los casos y análisis bivariado por especialidad (prueba  $\chi^2$ ).

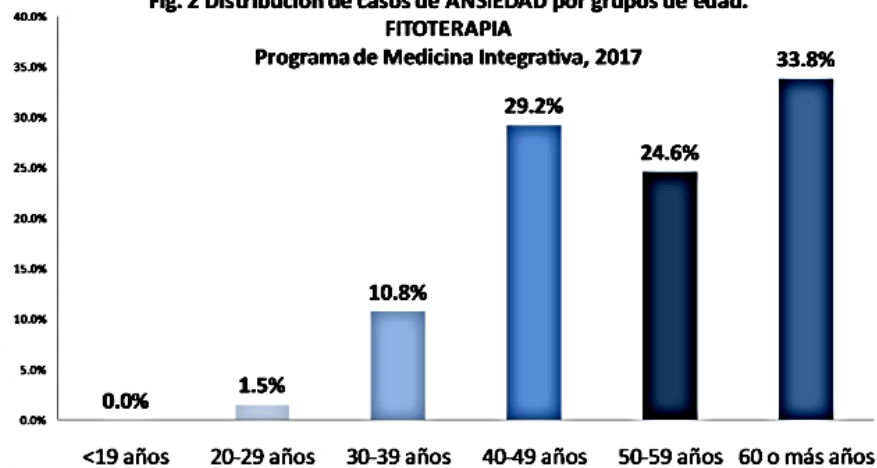
Apegándose al registro en el expediente clínico de acuerdo a las guías de práctica clínica y la evaluación continua del programa de Medicina Integrativa y el proceso de atención calidad y seguridad del paciente. Manteniendo siempre la confidencialidad de los datos personales.

## > RESULTADOS

**Fig. 1 Distribución de casos de ANSIEDAD por sexo. FITOTERAPIA. Programa de Medicina Integrativa, 2017.**



**Fig. 2 Distribución de casos de ANSIEDAD por grupos de edad. FITOTERAPIA Programa de Medicina Integrativa, 2017**



## > RESULTADOS

La distribución de casos de Ansiedad en nuestra unidad coincide que es mas frecuente en mujeres 81% que en hombres 19 %.

Su prevalencia es en edades de 40 años en adelante.

En México los TA tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 14.3 % siendo mayor en mujeres (18.5%) que en hombres (9.5%)

El Diagnóstico de Ansiedad en el servicio de Fito-terapia Clínica se realiza de manera correcta de acuerdo a GPC en un 98.4% de los casos.

Solo en 76.2% se realiza diagnóstico diferencial, ya que el resto ya tienen un diagnóstico psiquiátrico previo.

En un alto porcentaje se aplican Escalas validadas (Hamilton, Beck) para la evaluación de la Ansiedad.

Los pacientes en tratamiento son evaluados cada 2 semanas solo el 72.1%, con un 87.0% de respuesta adecuada al manejo instituido

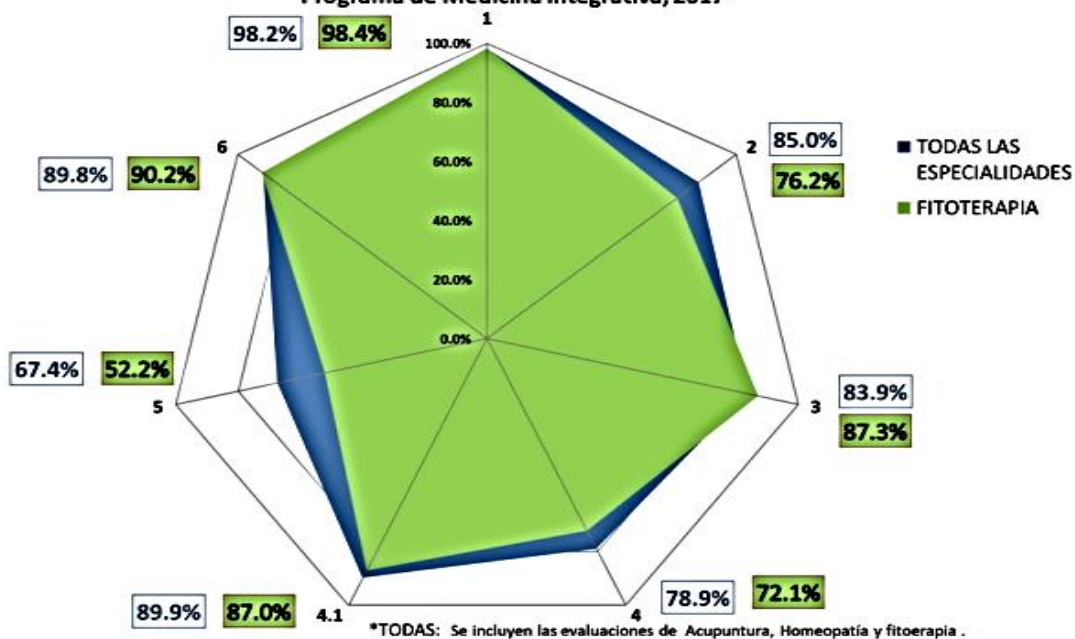
Y se presenta una respuesta adecuada al tratamiento en un 87.0% a las dos semanas de inicio de tratamiento.

Se realiza la referencia en 52.2% de los pacientes atendidos con Ansiedad,.

El 98.4% tratamiento de mantenimiento tiene una duración de al menos 6 meses donde se muestra mejoría.



**Fig. 3 Comparación del cumplimiento de los criterios establecidos para el seguimiento de ANSIEDAD por la especialidad de FITOTERAPIA contra el promedio general. Programa de Medicina Integrativa, 2017**



## ► CONCLUSIONES

El diagnóstico de Ansiedad en la consulta de Fitoterapia clínica, se basa en las Guías de Práctica Clínica institucionales y la NOM-025-SSA 2014.

Los pacientes que solicitan la atención por Fitoterapia clínica, tienen antecedentes de multitratamiento, con tratamientos psiquiátricos de más de un año en vigilancia y/o tratamiento psiquiátrico, psicológico o médico. Se observó que la prevalencia en mujeres coincide con el comportamiento nacional. La referencia a Psiquiatría se realiza por diversos motivos, los más frecuentes son: para revaloración de tratamiento, programa de readaptación o urgencia psiquiátrica. A su vez, el paciente continúa asistiendo a las consultas de control en Fitoterapia Clínica, y en ocasiones por haber tratamientos conjuntos en otras disciplinas del CEMI, la referencia se da en el otro servicio.

Esta evaluación demuestra que en el servicio de fitoterapia clínica para el manejo de la ansiedad el paciente a los 6 meses muestra mejoría notable del cuadro de ansiedad y de prevención de recaídas a largo plazo, y tomando en consideración que esta evaluación analiza el resultado en conjunto con otras dos disciplinas (acupuntura y homeopatía) el manejo de la ansiedad es de calidad.

La continuación del proceso de evaluación, nos permitirá mejorar los procesos de atención y por ende los resultados, si se realizan de manera periódica.

## REFERENCIAS

1. Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía Clínica para el manejo de la ansiedad. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.) p 8-15.
  2. OMS. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2007. 78 CONAMED. Cartas de los Derechos. México: SS. [Acceso: 12-05-2012.] Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/&destino=cartas.php&seccion=90>
  3. ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada). Ginebra: ISO; 2005.
  4. Duraffourd C, Lapraz JC. Traité de phytothérapie clinique: médecine et endobiogénie (Clinical Phytotherapy Treatise: medicine and endobiogeny). pp 219-220, Masson S.A. Paris, France.
  5. Hall R, Hall C. Anxiety and Endocrine Disease, <http://www.dr-richardhall.com/anxiety.htm> retrieved March 3, 2011.
  6. Johnson MR, Lydiard RB. The neurobiology of anxiety disorders. Psychiatr Clin North Am. 1995 Dec;18 (4):681-725.
- University of Maryland Medical Web Site. <http://www.umm.edu/mentalhealth/anxiety.htm> retrieved March 3, 2011

## Evaluación de la atención de Ansiedad por Fitoterapia Clínica. II

María Isabel Arriaga Moreno y cols. Programa de Medicina Integrativa.

Arriaga Moreno MI\*\*, Casillas Guevara K\*\*, Castrejón Rojas A\*\*, Cruz Sánchez M.\* González Domínguez BC,\*\* García Poujol M\*\*, Gutiérrez Márquez ME\*\*, Orozco Navarro A.\*\* Islas Ortega M\*\*. \*Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, SEDESA; \*\*Programa de Medicina Integrativa, SSPDF.

### ► INTRODUCCIÓN

La **CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA** es fundamental en el logro de los objetivos nacionales en materia de salud pública a fin de garantizar la salud individual y la mejora de los sistemas de salud, por lo tanto, la evaluación permanente de la misma es necesaria para comparar los planes y resultados alcanzados; dicha evaluación puede realizarse directamente en los procesos de operación de los propios programas y servicios de salud, pero a su vez a gran escala a través de políticas de Estado, y es una de las mejores formas de garantizar los objetivos estratégicos que se desean alcanzar en materia de salud.

### ► OBJETIVO

Evaluar la práctica clínica realizada en el servicio de Fitoterapia Clínica en la atención de Ansiedad dentro del Programa de Medicina Integrativa durante el periodo Agosto—Noviembre de 2017.

### ► METODOLOGÍA

Estudio transversal, descriptivo y analítico.

Análisis de 28 expedientes clínicos de la especialidad de Fitoterapia Clínica a través de la Cédula denominada "Evaluación de Práctica Clínica" construida con base en las Guías de Práctica Clínica, que incluye 7 ítems relacionados con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Ansiedad. La requisición de las cédulas fue realizado por médicos de la misma especialidad.

Los expedientes fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio, estratificado por especialidad y padecimiento.

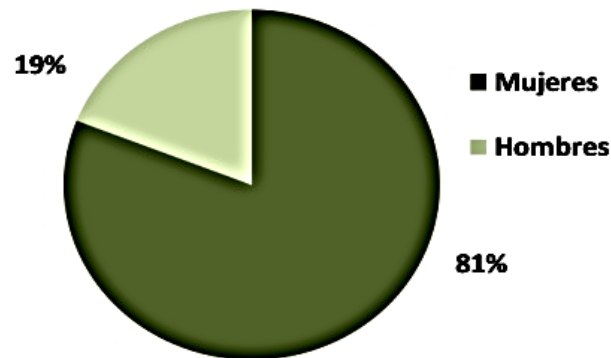
Se describen las variables sociodemográficas (sexo y edad).

Se realizó análisis descriptivo de los casos y análisis bivariado por especialidad (prueba  $\chi^2$ ).

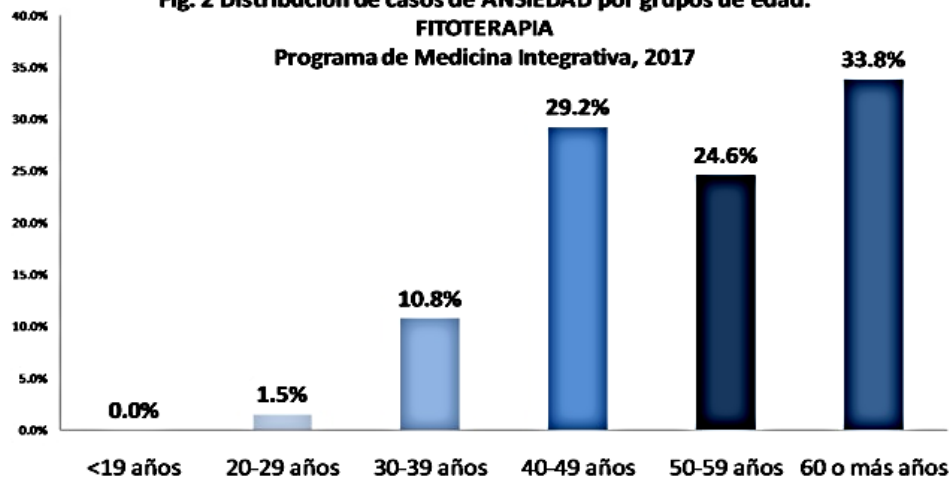
Apegándose al registro en el expediente clínico de acuerdo a las guías de práctica clínica y la evaluación continua del programa de Medicina Integrativa y el proceso de atención calidad y seguridad del paciente. Manteniendo siempre la privacidad y anonimato de los datos personales.

> RESULTADOS

**Fig. 1 Distribución de casos de ANSIEDAD por sexo. FITOTERAPIA.**  
Programa de Medicina Integrativa, 2017.



**Fig. 2 Distribución de casos de ANSIEDAD por grupos de edad. FITOTERAPIA**  
Programa de Medicina Integrativa, 2017



> RESULTADOS

La distribución de casos de Ansiedad es predominantemente en mujeres .  
Su prevalencia es en edades de 40 años en adelante.

El Diagnóstico de Ansiedad en el servicio de Fitoterapia Clínica se realiza de manera correcta (GPC) en un 98.4% de los casos.

Solo en 76.2% se realiza diagnóstico diferencial, ya que el resto ya tienen un diagnóstico psiquiátrico previo.

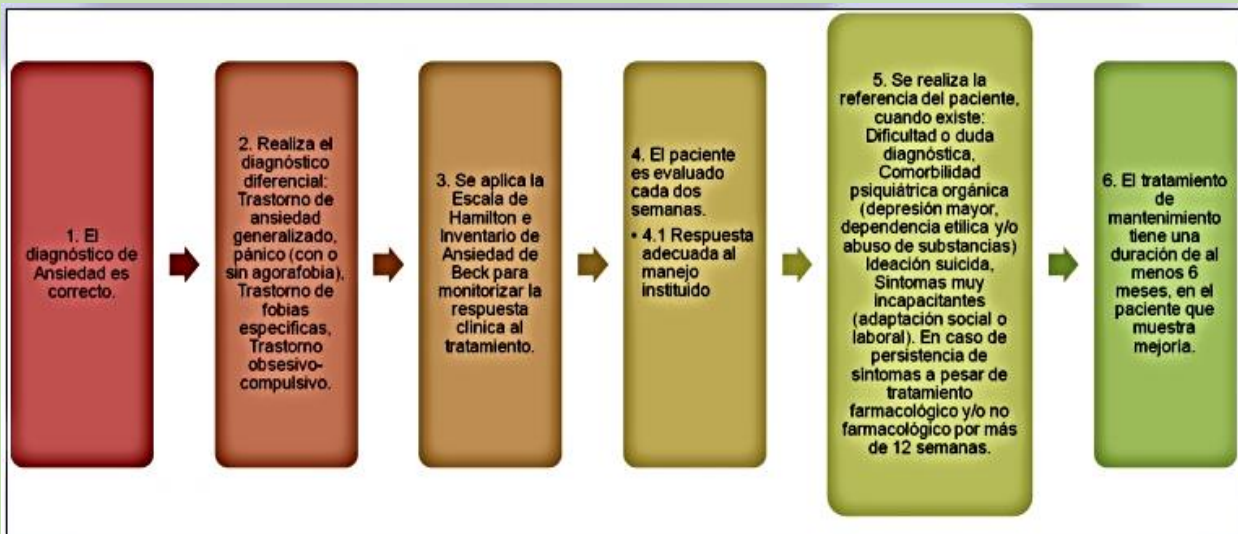
En un alto porcentaje se aplican Escalas validadas (Hamilton, Beck) para la evaluación de la Ansiedad.

Los pacientes en tratamiento son evaluados cada 2 semanas solo el 72.1%.

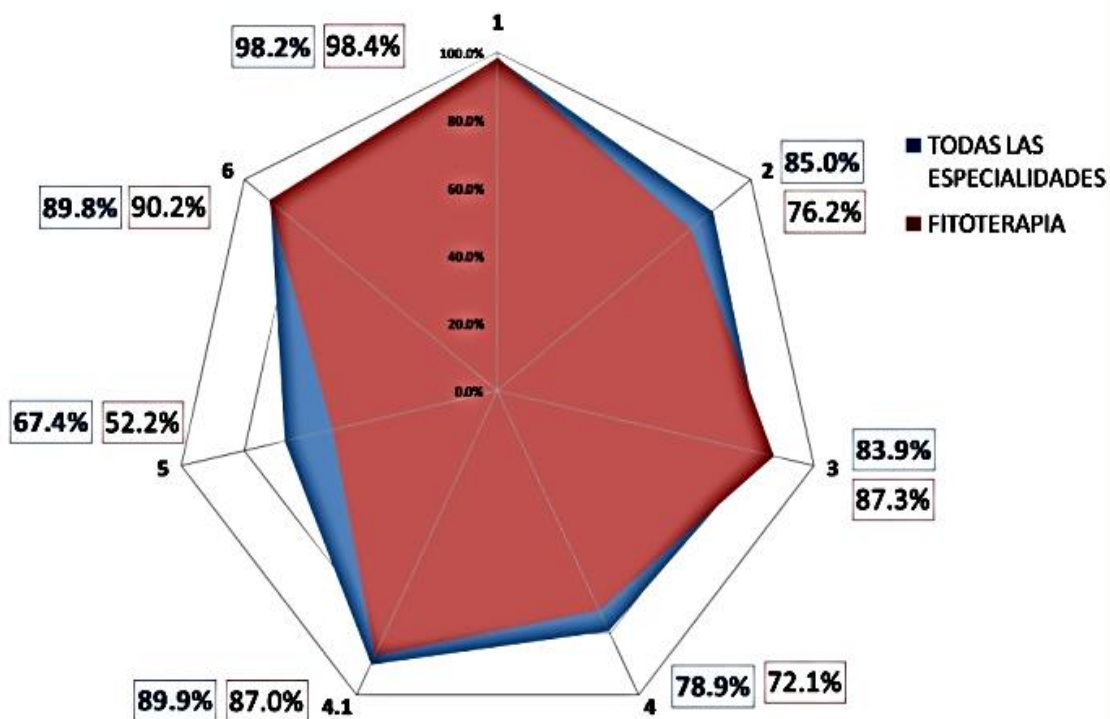
Y se presenta una respuesta adecuada al tratamiento en un 87.0%.

Se realiza la referencia en 52.2% de los pacientes atendidos con Ansiedad.

El 98.4% tratamiento de mantenimiento tiene una duración de al menos 6 meses donde se muestra mejoría.



**Fig. 3 Comparación del cumplimiento de los criterios establecidos para el seguimiento de ANSIEDAD por la especialidad de FITOTERAPIA contra el promedio general. Programa de Medicina Integrativa, 2017**



\*TODAS: Se incluyen las evaluaciones de Acupuntura, Homeopatía y fitoterapia .



**► CONCLUSIONES**

Discusión de los resultados, importancia del estudio y de la evaluación continua de los servicios de salud y el proceso de atención.

Para el diagnóstico de la Ansiedad en la consulta de fitoterapia clínica, se basa en las guías de práctica clínica institucionales y la NOM-025-ssa 2014.

Los pacientes solicitantes del servicio y atendidos en Fitoterapia clínica, previamente son multitratados, ya con tratamientos psiquiátricos de más de un año y en vigilancia y/o tratamiento psiquiátrico y/o psicológico,

La referencia a Psiquiatría se realiza por diversos motivos, los más frecuentes: para revaloración de tratamiento, programa de readaptación, o urgencia psiquiátrica y solo cuando el paciente lo amerite, sin embargo el paciente continua asistiendo a las consultas de control en Fitoterapia Clínica.

**REFERENCIAS**

Heinze G, Camacho.PV. (2010). Guía Clínica para el manejo de la ansiedad. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.)

## Evaluación de la atención de Lumbalgia con Acupuntura

*B Barrera Acuña. y cols. Servicio de Acupuntura, Programa de Medicina Integrativa.*

### EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LUMBALGIA CON ACUPUNTURA, PROGRAMA DE MEDICINA INTEGRATIVA, 2017.



Barrera-Acuña B.\*, Cruz-Sánchez M.,\*\* Hernández-Serrano L.\*, Rivera-González T.\*  
\*Programa de Medicina Integrativa, SSPDF, CEMI; \*\*Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, SEDESA.

#### INTRODUCCIÓN

La **CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA** es fundamental en el logro de los objetivos nacionales en materia de salud pública a fin de garantizar la salud individual y la mejora de los sistemas de salud, por lo tanto, la evaluación permanente de la misma es necesaria para comparar los planes y resultados alcanzados; dicha evaluación puede realizarse directamente en los procesos de operación de los propios programas y servicios de salud, pero a su vez a gran escala a través de políticas de Estado, y es una de las mejores formas de garantizar los objetivos estratégicos que se desean alcanzar en materia de salud.

- ➔ La **LUMBALGIA** es un padecimiento que ocupa el primer lugar dentro de las afecciones dolorosas musculoesqueléticas.
- ➔ Se estima que al menos el **50%** de personas en países industrializados **sufrirán dolor de espalda** en algún momento de su vida.
- ➔ Ocasiona **discapacidad** en momentos de vida laboral.

#### LUMBALGIA

La **Lumbalgia** enmarcada dentro del concepto de la Medicina Tradicional China en la que se basa la Acupuntura obedece a una condición patológica que genera dolor en la zona lumbar y en la se involucran:

- **La retención de Frío y Humedad que penetra al organismo,**
- **Un estancamiento de Energía (Qi) y de Sangre o (Xue),**
- **Una deficiencia de la Energía de Riñón, o Estancamiento de Energía (Qi) de Hígado;**

Condiciones que se ven favorecidas por factores como el trabajo físico y la actividad sexual en exceso, el embarazo, el parto, la invasión de frío externo y la humedad.

La **TERAPÉUTICA ACUPUNTURAL** es eficaz de acuerdo a sus mecanismos de acción analgésicos y antiinflamatorios demostrados particularmente en los padecimientos de dolor crónico, por lo que es necesario generar información que evalúe dicha práctica clínica.

#### OBJETIVO

Analizar la práctica clínica realizada por el servicio de Acupuntura en la atención de Lumbalgia dentro del Programa de Medicina Integrativa durante el periodo Agosto—Noviembre de 2017.

**METODOLOGÍA**

Estudio transversal, descriptivo y analítico.

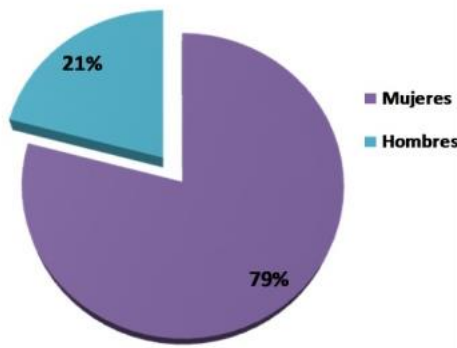
Análisis de 70 expedientes clínicos de la especialidad de Acupuntura a través de la Cédula denominada "Evaluación de Práctica Clínica" construida con base en las Guías de Práctica Clínica, que incluye 7 ítems relacionados con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Lumbalgia. La requisición de las cédulas fue realizado por médicos de la misma especialidad.

Los expedientes fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio, estratificado por especialidad y padecimiento. Se describen las variables sociodemográficas (sexo y edad).

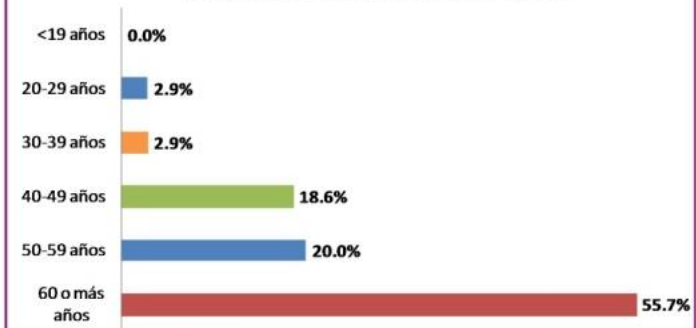
Se realizó análisis descriptivo de los casos y análisis bivariado por especialidad (prueba  $\chi^2$ ).

**RESULTADOS**

**Fig. 1 Distribución de casos de Lumbalgia por sexo. ACUPUNTURA. Programa de Medicina Integrativa, 2017**



**Fig. 2 Distribución de casos de Lumbalgia por grupos de edad. ACUPUNTURA Programa de Medicina Integrativa, 2017**



**CUMPLIMIENTO DE LOS REACTIVOS**

Los criterios diagnósticos que definen a la Lumbalgia se encuentran contemplados en el 100% de los expedientes revisados, lo mismo que se hace referencia al tiempo de evolución de la misma a fin de determinar su cronicidad o estados agudos y subagudos.

Existe un apego del 97.1% al aplicar los criterios de referencia ante datos de alarma en aquellos pacientes que se presentan con Lumbalgia que no obedece a un curso habitual y que en tal caso requieren atención en un segundo o tercer nivel de atención.

De la información se desprende que al 98.6% de los casos se les hizo la recomendación de mantenerse en las actividades habituales en la medida de lo posible, lo que redundará en una mejor mecánica postural a mediano y largo plazo.

La aplicación del Índice de Discapacidad de Oswestry y Escala Visual Análoga se aplicó en el 98.6% de los expedientes evaluados.

En lo que respecta a la respuesta terapéutica, el 100% de los pacientes evaluados la reportan como adecuada, es decir con mejoría de la sintomatología en al menos un 50%.

1. El diagnóstico de lumbalgia inespecífica.

2. Clasifica al paciente con base a la duración del síntoma en: aguda (menos de 6 semanas), subaguda (6 a 12 semanas) y crónica (más de 12 semanas).

3. Realiza la referencia del paciente en casos sospechosos de patología grave, como cáncer o infección, la presencia de déficit neurológico progresivo o la sospecha de proceso inflamatorio sistémico.

4. Recomienda en pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico recomendar continuar con las actividades de la vida incluyendo la incorporación al trabajo siempre que el dolor lo permita.

5. Aplica el Índice de Discapacidad de Oswestry y Escala Análoga Visual.

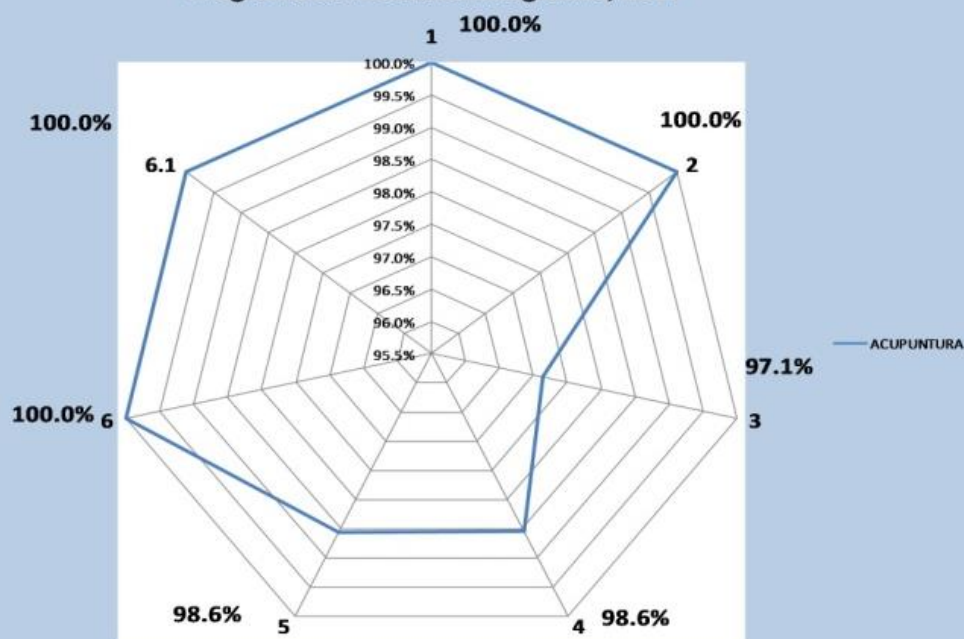
6. Inicia manejo en la modalidad terapéutica específica.

En e  
lació  
cum  
reali  
mujer  
vario  
Más  
cons  
guid  
grup

En el presente estudio se refleja que la atención la solicitan predominantemente mujeres, en una relación casi cuatro veces más que el grupo de pacientes hombres, dato que es compatible con el documento denominado “Diagnóstico Situacional en el Centro Especializado en Medicina Integrativa” realizado en el año de 2014, donde se observa una proporción similar (29.8% de hombres) (70.2% de mujeres), misma tendencia que se registra en el censo del INEGI 2010, donde la atención de usuarios varones en clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud representa el 33.5%.

Más de la mitad de los pacientes que son atendidos por Lumbalgia son adultos de 60 años o mayores, constituyen más del 50% del total y en proporción similar se encuentran los grupos de 50-59 años seguido del grupo de los 40 a 49 años, entre ambos representan un 38.6%, cabe destacar que estos grupo etarios se encuentran en un entorno de vida laboral activa.

**Fig. 3. Cumplimiento de los criterios establecidos para el seguimiento de Lumbalgia por la especialidad Acupuntura. Programa de Medicina Integrativa, 2017**



- Destaca la predominante demanda de atención de pacientes mujeres con respecto al grupo de pacientes hombres, en una relación cercana a 4:1, cabe señalar que se atiende consulta programada de primer contacto, así como de referencia; los grupos etarios más afectados son los adultos de 60 años y más, (50% de los casos analizados), seguido del grupo de 50 a 59 años y el de 40 a 49 años, estos dos últimos grupos suman en conjunto el 38.6%, dato de relevancia si consideramos que se trata de años productivos en el ser humano. Considerando que en su mayoría son mujeres, podemos dimensionar la afectación que les representa en las actividades laboral, doméstica, en la dinámica familiar y la posibilidad de ver comprometida su autonomía.
- La atención por Acupuntura cumple, en el 100% de los casos, los criterios necesarios para establecer el diagnóstico de Lumbalgia, su clasificación de acuerdo a las guías de práctica clínica y su seguimiento. Se refuerzan las recomendaciones sobre mantener en la medida de lo posible las actividades habituales, lo que redundará en una mejor mecánica postural que contribuye benéficamente a la evolución del padecimiento. Cabe mencionar, que en la atención de esta patología se aplica la evaluación del Índice de Discapacidad de Oswestry y Escala Visual Análoga, lo que permite la valoración progresiva y constante de la evolución de la Lumbalgia y los efectos que la terapia Acupuntural en lo que a discapacidad se refiere.
- El 100% de los pacientes presentan una adecuada respuesta al tratamiento, plasmado en la mejoría de por lo menos el 50% en la sintomatología inherente a la Lumbalgia, una respuesta a la puntual adherencia que el paciente tiene a la consulta de Acupuntura.
  - La Acupuntura es un procedimiento médico con bases científicas en constante crecimiento.
  - Su indicación en patologías dolorosas como es el caso de la Lumbalgia es claramente favorable y su utilidad ha sido demostrada, por lo que puede ser contemplada en el marco de la atención médico-sanitaria. Consideramos que para la aplicación de la Acupuntura debe ser requisito previo el diagnóstico y selección del procedimiento específico como se demuestra en este estudio. En el ámbito de la salud pública destaca el beneficio costo—efectividad que representa la aplicación de la Acupuntura.
  - La terapéutica como parte de la milenaria Medicina Tradicional China encuentra sustento en la ciencia biomédica moderna a través de sus efectos analgésicos—antiinflamatorios, con resultados alentadores en el alivio del dolor, por lo que se hace indispensable el seguir evaluando los alcances de la misma y que mejor que en los procesos de atención brindada a los pacientes que eligen nuestros servicios. Buscamos mantener los objetivos y estándares de calidad trazados en atención a la salud, por lo que estos estudios constituyen una exigencia en el mantenimiento de la evaluación continua de los servicios de salud. En lo que respecta a la respuesta terapéutica, el 100% de los pacientes evaluados la reportan como adecuada.
  - A lo largo de las últimas décadas se han establecido los efectos analgésicos, antiinflamatorios a través de la liberación de opioides endógenos a corto y mediano plazo, de mecanismos humorales, que en conjunto pueden resultar de utilidad práctica en el tratamiento de la Lumbalgia.
  - Se hace necesario ampliar la oferta de tratamientos que brinden mejoría para continuar con las actividades cotidianas, pero es también indispensable que se evalúe en la práctica clínica la respuesta y el apego a los procesos estándares de atención basados en la guía de práctica clínica.

REFERENCIAS XXVII Conferencia Sanitaria Panamericana 1990. Maciocia G.(2009).La Práctica de la Medicina China. Barcelona España:Elsevier. Censo General de Población y Vivienda 2010. INEGI. R. Cobos Romana: Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. Rev Soc Esp Dolor 2013;20(5):263-277 como citar un libro.

## Evaluación de la atención de Gonartrosis con Acupuntura

*B. Barrera Acuña y cols. Servicio de Acupuntura, Programa de Medicina Integrativa.*

Barrera-Acuña B.\*\* Cruz-Sánchez M.\* Hernández-Serrano L.\*\* Rivera-González T.\*\*

\*Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, SEDESA; Programa de Medicina Integrativa, SSPDF.

\*\*Centro Especializado en Medicina Integrativa, Programa de Medicina Integrativa, SSPDF

### ► OBJETIVO

Analizar la práctica clínica realizada por el servicio de Acupuntura en la atención de Gonartrosis dentro del Programa de Medicina Integrativa durante el periodo Agosto—Noviembre de 2017.

### ► METODOLOGÍA

Estudio transversal, descriptivo y analítico.

Análisis de 54 expedientes clínicos de la especialidad de Acupuntura a través de la Cédula denominada "De Evaluación de Práctica Clínica" construida con base en las Guías de Práctica Clínica, que incluye 7 ítems relacionados con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Gonartrosis. La requisición de las cédulas fue realizado por médicos de la misma especialidad.

Los expedientes fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio, estratificado por especialidad y padecimiento. Se describen las variables sociodemográficas (sexo y edad). Se realizó análisis descriptivo de los casos y análisis bivariado especialidad (prueba  $\chi^2$ ).

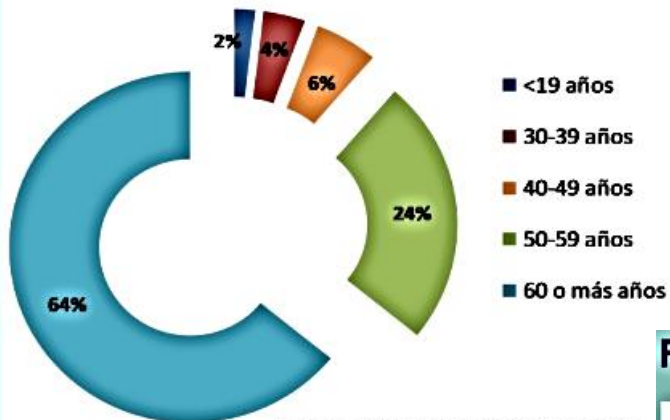
## > INTRODUCCIÓN

La CALIDAD en los Servicios de Salud de la Ciudad de México consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir la atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Es por esto que la evaluación de los sistemas de salud es una herramienta esencial para analizar y ponderar la respuesta social organizada para la atención de los problemas de salud. Identificando logros y áreas de oportunidad para la mejora de los sistemas, la provisión de servicios y la rendición de cuentas, que permita una mejor inversión costo-efectiva en los sistemas y servicios de salud.

**GONARTROSIS y Medicina Tradicional China:** La Medicina Tradicional China considera a la osteoartritis de rodilla (OA) de rodilla un problema de estancamiento de sangre y energía en los canales y colaterales del cuerpo, ocasionado por invasión de factores patógenos exógenos como el viento, el frío y la humedad. Por otro lado, las deficiencias de *yin*, *yang*, *jing esencial* y *qi* del Riñón (quien controla los huesos) también pueden conducir al desarrollo de la artrosis de rodilla. Es por esto que se debe individualizar el diagnóstico de cada uno de los pacientes con gonartrosis, para establecer una adecuada meta de tratamiento y una efectiva selección de puntos de acupuntura así como un tratamiento complementario en el caso que se requiera.

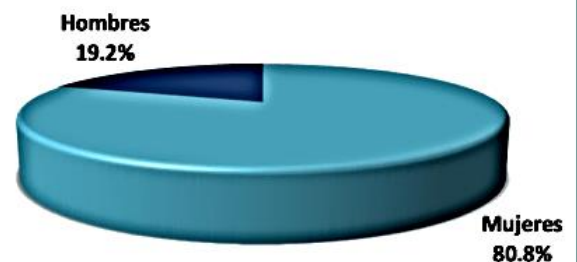
**JUSTIFICACION:** La OA es una de las principales causas de dolor musculoesquelético y discapacidad a nivel mundial en pacientes adultos. Se espera un incremento en la prevalencia de OA de rodilla debido al crecimiento poblacional de personas adultas mayores y de obesidad. En México se ha convertido en un problema de salud, en la población adulta su prevalencia se estima en 10.5%; predomina en mujeres (11.7%) y en hombres la prevalencia es de 8.71%, ocupa el tercer lugar la Ciudad de México con un 12.8%. En el Centro Especializado en Medicina Integrativa ocupa uno de los primeros lugares de atención, siendo la ACUPUNTURA una opción de tratamiento, que ofrece un efecto analgésico y antiinflamatorio, así como efectos benéficos sobre la calidad de vida de los pacientes, con mínimos efectos secundarios y de muy bajo costo.

**Fig. 2 Distribución de casos de GONARTROSIS por grupos de edad. ACUPUNTURA. Programa de Medicina Integrativa, 2017.**



## RESULTADOS

**Fig. 1 Distribución de casos de GONARTROSIS por sexo. ACUPUNTURA. Programa de Medicina Integrativa, 2017.**



En las figuras 1 y 2 se observa que la distribución de casos de gonartrosis por sexo y edad continúa con la tendencia marcada en la bibliografía. Es predominante la atención de pacientes del sexo femenino con esta patología, así como en adultos mayores (60 años o más). Algunos pacientes jóvenes fueron atendidos con este problema de salud, generalmente secundario a un evento traumático. Por otro lado, en la figura 3 se observa que el diagnóstico y manejo de los pacientes con OA de rodilla se hace bajo los lineamientos aceptados internacionalmente por las organizaciones de salud, lo que explica que la atención brindada a los pacientes en el CEMI independientemente de la terapéutica que elija se basa en la normativa de salud para dicha patología.

## CRITERIOS EVALUADOS

1. • El diagnóstico de Osteoartritis de rodilla es correcto.
2. • Clasifica al paciente con base a la Escala funcional de Steinbrocker.
3. • En caso de obesidad recomienda la disminución de peso corporal combinado con un programa de ejercicio para mejorar la funcionalidad de la rodilla.
4. • La paciente recibe consejos para cambios de estilo de vida.
5. • Aplica el cuestionario de WOMAC y la escala análoga visual
- 6.1 • Es adecuada la respuesta al manejo instituido.
- 7 • Se realiza la referencia a la especialidad de Ortopedia a los pacientes en los que no se logra un adecuado control del dolor al instituirse el tratamiento, presentan una limitación funcional progresiva, deformidad articular sintomática y bloqueo articular agudo..

## CONCLUSIONES

La importancia de este estudio radica en la evaluación del servicio de Acupuntura, no solo en la efectividad de la terapéutica, sino en la calidad de atención al pacientes, desde realizar un adecuado diagnóstico hasta el reconocimiento del momento en que dichos pacientes deben ser referidos a un siguiente nivel de atención.

La gonartrosis es la forma más común de osteoartritis (OA) y su importancia radica no sólo en la potencial incapacidad del paciente, pérdidas laborales, elevado costo económico personal, familiar y social, sino también por la elevada incidencia y prevalencia en la población en general. Es por esto que en Centro Especializado en Medicina integrativa se realizan evaluaciones continuas de los servicios de salud que en este se brindan. En el caso específico de la OA de rodilla se realiza un diagnóstico correcto (100%) basado en las Guías de Práctica Clínica y las escalas que internacionalmente establecen el grado de funcionalidad de los pacientes en su vida cotidiana, como lo es la Escala de Steinbrocker, la cual se interrogó en más de la mitad de los pacientes (68.5%) que acudieron al servicio de Acupuntura.

Por otro lado, se prescriben programas de flexibilidad y estiramiento previo a ejercicios de fortalecimiento para mejorar el dolor y la funcionalidad del paciente. Todo esto combinado con la recomendación para bajar de peso en los pacientes que así lo requieran (98.1%). Se proporcionan dípticos que fueron elaborados por los médicos del servicio de Acupuntura, los cuales, además de describir algunos ejercicios de fortalecimiento muscular, brindan consejos para poder realizar cambios de estilo de vida (98.1%). Durante el seguimiento de los pacientes con gonartrosis se evaluó la intensidad del dolor, rigidez, función física y actividades asociadas a través de la escala de WOMAC y la Escala Visual Análoga en un 66.7% de los pacientes que acuden a este servicio. Dado el efecto analgésico y antiinflamatorio ya conocido y bien demostrado de la acupuntura, existe una adecuada respuesta al tratamiento con esta terapéutica (100%), que se observa no solo en la disminución de la intensidad del dolor de la rodilla, sino en la mejor funcionalidad del paciente, lo que se traduce una mejor calidad del vida. Finalmente en los casos donde no se logra un adecuado control del dolor o existe limitación funcional progresiva, así como deformidad o bloqueo articular, se hace referencia del paciente al servicio de Ortopedia.

## REFERENCIAS

Gobierno Federal. Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento de Osteoartritis de Rodilla. ISBN:978-607-8270-17-0. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Rehabilitación en el Paciente Adulto con Osteoartritis de Rodilla en los Tres Niveles de Atención, México: Secretaría de Salud; 25 de Septiembre 2014. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. Maciocia G. La práctica de la Medicina China. Elsevier. 2009. Hans-Hulrich H. Acupuntura. Manual Moderno, 2007.

# Evaluación de la atención de Gonartrosis con Autouroterapia

Bernardo González Domínguez, Cruz Sánchez, M. Programa de Medicina Integrativa.

## > INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad de la atención médica es una actividad que cada día cobra mayor importancia en las instituciones que otorgan servicios de salud. Esta necesidad es de mayor trascendencia en el caso de nuevas modalidades terapéuticas diferentes a las convencionales o predominantes, mas aún cuando éstas han dejado de brindar los beneficios esperados por los pacientes. La Gonartrosis es un padecimiento crónico frecuente que impacta en forma negativa en la calidad de vida del paciente, incluso puede llevarlo a la discapacidad. Su tratamiento farmacológico a largo plazo presenta inconvenientes debido a efectos secundarios indeseados y su alto costo, por lo que la búsqueda de tratamientos efectivos, aceptables por el paciente y a un costo menor es necesaria. En este estudio se evalúa la calidad de la atención obtenida como resultado de la aplicación de la Autouroterapia como tratamiento alternativo, utilizando métodos y técnicas de evaluación generalmente aceptadas en la clínica. Se concluye que la inclusión de la Autouroterapia como tratamiento alternativo de la Gonartrosis en los servicios de salud pública presenta resultados positivos.

## JUSTIFICACIÓN

La Gonartrosis es un padecimiento frecuente y discapacitante que afecta la calidad de vida del paciente, su tratamiento es prolongado, costoso, con efectos secundarios y con una mejoría clínica relativa. La Autouroterapia junto con otras medidas higiénicas ha demostrado buenos resultados clínicos.

## > OBJETIVO

Evaluar la práctica clínica realizada en el servicio de Autouroterapia en la atención de pacientes con diagnóstico de Gonartrosis mediante la aplicación de una Cédula de Evaluación Clínica específica a expedientes clínicos de la especialidad, en el marco del Programa de Medicina Integrativa durante el periodo Agosto—Noviembre de 2017.

## > METODOLOGÍA

Estudio transversal, descriptivo y analítico.

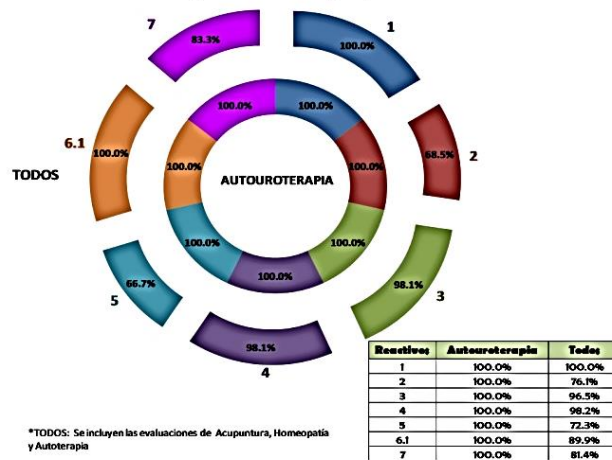
Se realizó el análisis de 28 expedientes clínicos de pacientes atendidos por la especialidad de Autouroterapia, aplicando la Cédula de Evaluación de Práctica Clínica para Gonartrosis construida con base en las Guías de Práctica Clínica establecidas, la cual incluye 7 ítems relacionados con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del padecimiento. La requisición de las Cédula fue realizado por médicos de la misma especialidad.

Los expedientes clínicos revisados fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio, estratificado por especialidad y padecimiento. Se describen las variables sociodemográficas (sexo y edad) y se realizó análisis descriptivo de los casos y análisis bivariado por especialidad (prueba  $\chi^2$ ). El análisis se efectuó con base en la información registrada en el expediente clínico y de acuerdo a cada uno de los componentes establecidos en la Cédula de Evaluación, cuidando en todo momento el proceso de atención y la seguridad del paciente, manteniendo siempre la privacidad y anonimato de los datos personales.

### CRITERIOS EVALUADOS

1. El diagnóstico de Osteoartritis de rodilla es correcto.
2. Clasifica al paciente con base a la Escala funcional de Steinbrocker.
3. En caso de obesidad recomienda la disminución de peso corporal combinado con un programa de ejercicio para mejorar la funcionalidad de la rodilla.
4. La paciente recibe consejos para cambios de estilo de vida.
5. Aplica el cuestionario de WOMAC y la escala análoga visual
- 6.1. Es adecuada la respuesta al manejo instituido.
7. Se realiza la referencia a la especialidad de Ortopedia a los pacientes en los que no se logra un adecuado control del dolor al instituirse el tratamiento, presentan una limitación funcional progresiva, deformidad articular sintomática y bloqueo articular agudo..

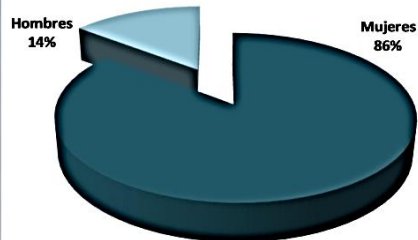
Fig. 3 Comparación del cumplimiento de los criterios establecidos para el seguimiento de GONARTROSIS por la especialidad de AUTOUROTERAPIA contra el promedio general. Programa de Medicina Integrativa, 2017



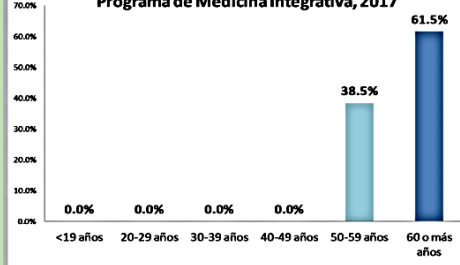


## > RESULTADOS

**Fig. 1 Distribución de casos de GONARTROSIS por sexo. AUTOUROTERAPIA. Programa de Medicina Integrativa, 2017.**



**Fig. 2 Distribución de casos de GONARTROSIS por grupos de edad. AUTOUROTERAPIA. Programa de Medicina Integrativa, 2017**



En las figuras 1 y 2 se puede observar que los aspectos socio-demográficos de la población estudiada son similares a los reportados por diferentes estudios epidemiológicos sobre prevalencia e incidencia de este padecimiento, ya que el predominio del padecimiento en la muestra en estudio es en mujeres (86%) y la mayor frecuencia es en mayores de 50 años de edad. En el grupo de edad atendido se refleja una de las características de la especialidad de Autouroterapia, relativa a que la demanda de atención es de pacientes crónicos multitratados con fármacos, por lo que no acuden personas de edades menores a la quinta década. La distribución de casos por grupos de edad, es del 38.5% entre 50-59 años y 61.5% en pacientes de 60 años o más.

En la figura 3 se comparan los resultados de la aplicación de los 7 criterios evaluados entre la especialidad de Autouroterapia y los resultados obtenidos por las otras especialidades del Programa de Medicina Integrativa para el caso de Gonartrosis. La mayor diferencia entre ellos se encuentra en el criterio 5 que indica el uso del cuestionario WOMAC y la escala análoga visual en el 100% de los casos como un elemento indispensable para la valoración clínica; el criterio 2 indica la utilización en el 100% de los pacientes de la escala de Steinbrocker que permite determinar la funcionalidad articular, y el criterio 6.1 que establece la respuesta clínica positiva al 100% de los casos al manejo instituido con el tratamiento de Autouroterapia. Los resultados observados en el total de pacientes atendidos por las otras especialidades del PMI en estos tres criterios es ligeramente menor, de 72.3%, 76.1% y 89.9% respectivamente.

## > CONCLUSIONES

El proceso de evaluación de la calidad de la atención realizado mediante el análisis del expediente clínico y la cédula de evaluación diseñada acorde a estándares clínicos aceptados es imprescindible para mejorar la práctica médica y ofrece al paciente un mejor diagnóstico y tratamiento, ya que permite mejorar la agudeza clínica diagnóstica del médico tratante y ofrecer tratamientos individualizados a partir de un seguimiento sistemático al enfermo. La certeza en la evolución del padecimiento es mucho mayor que la apreciación clínica común.

La modalidad terapéutica con base a Autouroterapia es una alternativa de atención médica con un alto grado de aceptación por el paciente crónico multitratado, a un costo menor derivado por la disminución del gasto en fármacos y con un grado de efectividad clínica alto, similar o ligeramente más alto al de otras opciones de tratamiento que ofrece el Programa de Medicina Integrativa.

Podría ser relevante que los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México desarrollen una estrategia de evaluación de la calidad de atención en todos los servicios médicos de las diferentes especialidades tradicionales o alopáticas, para que se posibilite una mejoría sensible en la efectividad terapéutica y en la satisfacción de los pacientes, así como a brindar un mayor apoyo al desarrollo de las modalidades terapéuticas alternativas que demuestran seguridad, aceptación y efectividad.

## REFERENCIAS

- Fisioterapia Online. (S/A). Tratamiento fisioterápico de la gonartrosis o artrosis de rodilla. 2017, de Fisioterapia Online Sitio web: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/tratamiento-fisioterapico-de-la-gonartrosis-o-artrosis-de-rodilla>
- Francisco Pasos Novelo. (2008). El tratamiento del dolor de la gonartrosis. 2017, de IntraMed Sitio web: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=55519>
- Gobierno del Distrito Federal. (S/A). Diagnóstico y tratamiento de osteoartrosis de rodilla. 2017, de Consejo de salubridad General Sitio web: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/079\\_GPC\\_Osteoartrosisrodilla/OSTEORTROSIS\\_R\\_R\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/079_GPC_Osteoartrosisrodilla/OSTEORTROSIS_R_R_CENETEC.pdf)
- Operarme. (2015). Gonartrosis de rodilla, qué es, causas, síntomas y tratamiento. 2017, de Operarme Sitio web: <https://www.operarme.es/noticia/303/gonartrosis-de-rodilla-que-es-causas-sintomas-y-tratamiento/>
- S. García Ramiro, J.M. Segur Vilalta y C. Vilalta Bou. (2002). Formación continuada del médico práctico. 2017, de Elsevier Sitio web: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13036143\\_8300\\_es.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13036143_8300_es.pdf)

## The vegetable raw materials and devices for preparing medicines from them - The exhibits in the Museum of the History of Medicine and Pharmacy of Lithuania

*Ona Ragažinskienė, Prof. Dr. Kaunas Botanical Garden. Vytautas Magnus University; Assoc. Prof. Dr. Tauras Antanas Mekas, Lithuanian University of Health Sciences, Museum of The History of Medicine and Pharmacy of Lithuania. Assoc. Prof. Zenona Šimaitienė, Lithuanian University of Health Sciences, Museum of The History of Medicine and Pharmacy of Lithuania.*

### Abstract

There are over 20,000 exhibits in The Museum of the history of Medicine and pharmacy of Lithuania. The period on the main exposition is the end of 19<sup>th</sup> and the period of independent Lithuania in 20<sup>th</sup> century (1918-1940). The 19<sup>th</sup> century was a period of important changes in pharmacy. Besides medicines of botanical and animal origin, various chemical compounds and newly discovered substances – organic acids and alkaloids started gaining popularity. Infusions, decoctions, oils, tinctures, extracts, pills, ointments, dry mixtures of herbs were prepared, and different devices and apparatuses are there in museums exposition: mills, percolators, retorts, devices for decoctions et al.

**Key words:** Museum, *Materia medica*, plants, devices.

At the end of 19<sup>th</sup> century the imported raw material mainly supplied all the demands of pharmaceutical practice in Lithuania, and biggest part of it were medicinal plants.

**The exposition *Materia medica*** was opened in the Museum of The History of Medicine and Pharmacy of Lithuania from 2005. Exhibits with raw material are remains of historical museum of 1921-1939 period, created by Polish professor Jan Muszynski, for teaching purposes in Pharmacy Department of Vilnius Steponas Batoras University (at that time Vilnius was occupied by Poles). Among 150 jars with raw materials displayed there, 29 raw materials are from America, 42- from Asia, 6- from Africa, 46- from South Europe, and 27- medicinal raw materials from Vilnius region. The jars with raw materials in *Materia medica* exposition are laid down according to structural parts of plant and are from different continents (in brackets – raw materials from America): *Cortex (Coto, Condurango, Cascarilla, Querbracho et al.)*; *Flores, Folia (Jaborandi, Coca, Hamamelis)*; *Fructus (Anacardii Occidentalis, Anacardii orientalis)*, *Semen (Sabadilla)*; *Lignum (Anacahuitae, Campechiani, Guajaci, Fernambuci, Sassafras et al.)*; *Radix (Gelsemii, Jalapae, Sarsaparille, Serpentaria et al.)*; *Resina (Balsamum Tolutanum, Styrax Calamitus et al. )*, used for preparing of medicines in Lithuanian pharmacies.

**The Pharmacopoeias and manuals** were the main literature of requirements for preparing medicines. *Pharmacopeia Wirtenbergica of 1754* in Latin language is the oldest Pharmacopeia that we have in Museum. Ancient medicines and raw materials for preparing various dosage forms we may find in it. The library of museum is rich in medicinal and pharmaceutical books for preparing medicines, and used by Lithuanian pharmacists, one of them - Medicinal Herbs of Mexico by Prof. Maximino Martinez, the third Spanish Language Edition found place among

Lithuanian pharmacists. A Manual on Pharmaceutical and Medical-Chemical Practice in five parts of H.Hager was the main handbook of every pharmacist. All raw materials, as well imported to Europe, dosage forms, recipes are included in it. After Lithuania proclaimed its independence in 1918 and began to create their national health care systems, one of their stated priorities was the formulation and publication of national pharmacopoeias (Russian and German pharmacopoeias and manuals were used before in pharmaceutical practice). The Lithuanian national Pharmacopoeia was published in 1938.

The Museum of the History of Lithuanian Medicine and Pharmacy has a prescription book by a pharmacist T. Geldner from *Telšiai* (the Tsarist Russia's Lithuanian Vilnius Governorate), dated 1830 [1]. Each medication that was produced at the pharmacy had to be registered in this book. The entries included the composition of the drug, its form, usage, price, the physician's name, and (sometimes) the method of production. This book is one of the sources for the researching the prescribing medicines by doctors in 19<sup>th</sup> century. Imported raw materials were as popular as the local ones.

**Most commonly used were plants:** common marshmallow, *Althea officinalis*, foxglove, *Digitalis purpurea*, acacia resin., *Mucilaginis g. arabici*, opium was one of the most popular drugs, and was used as an analgesic, an antipyretic, a sedative, and also for the treatment of dysentery and cough (Porter 1998). Both pure opium *Opium purum* and opium tincture *Tinctura Opii crocata* with saffron, clove, cinnamon, and wine were prescribed and Ipecacuanha root powder is mentioned among the ingredients of emetic medications.

*Lignum Guajaci* was one of most popular in Europe, as well in Lithuania for preparing medicines for rheumatism, sexually transmitted diseases, as blood depurative. For preparing decoctions at home it was prescribed by doctors alone or in mixture, called *Species Decocti Lignorum* (it composed of *Lign. Guajaci*, *Lign.Sassafras*, *Lign.Juniperi*, *Rad.Sarsaparillae*, *Rad.Liquiritiae*; *Sem.Anisi*, *Sem.Foeniculi*). Such decoctions were used as „common drink“. *Cort.Cascarillae* was used in extract or tincture for treating fevers, dyspepsia, diarrhea, dysentery. *Vinum Cascarillae*, prepared from grinded bark an Spanish wine, was used for treating anemia, digestion problems or as common tonic.

*Styrax Calamitus* was used as raw material for preparing medicines for mostly skin conditions, in particular at scabies.

*Syrupus Adianti Capillus Veneris* has been prepared by pharmacist as pectoral in bronchitis treatment and other inflammatory diseases.

For internal use, the pharmacy manufactured fixed dosage forms (powders, pills, and globules) as well as non-dosed medications (mixtures, syrups, tinctures, elixirs, electuaries, and herbal mixtures). For external use, the pharmacy produced ointments, oils, balms, and solutions.

**The apparatuses, devices and equipment for preparing medicine** in the museum reflect the chemical laboratories that were established near large city pharmacies. After Lithuania regained its independence in 1918, about 10 pharmaceutical were established, which lasted until the Soviet occupation in 1940. One of these laboratories (opened in 1926) was attached to Red Cross Pharmacy in Kaunas. It has modern and efficient equipment. The steam equipment for making Galenicals, was manufactured in 1925 by the Franz Hering factory in

Jena, Germany. This equipment is now one of the major showpieces of our museum. Fortunately, the laboratory of Red Cross Pharmacy was not destroyed during the war, later it was used by the students of Pharmacy faculty for practical studies. When the Pharmacy Museum was founded in 1975, the laboratory was moved into the museum. Now in addition to the Red Cross Pharmacy equipment, this display also incorporated pharmaceutical laboratory equipment from "SANITAS" laboratory (founded in Kaunas in 1922). This equipment includes a tablet mass preparation and tablet making machine (made in Germany in 1930). All of these tablet making machines were connected together with pulleys, belts, and a transmissions axis, and powered by electrical current.

### **Summary**

The raw materials, various medicines, utensils, appliances, books, archival material reflects the history of the Lithuanian pharmacy at the end of 19<sup>th</sup> and the period of independent Lithuania in 20<sup>th</sup> century (1918-1940).

### **References**

Hager H. *Handbuch der Pharmaceutishes Praxis* (The Handbook of Pharmaceutical practice). Berlin. 1905.

Lietuvos farmakopėja (The Lithuanian Pharmacopoeia). Kaunas. 1938.

Teodor Geldner from Telšiai dated 1830 „*Shnurovaja kniga dlia zapisyvanie receptov postupajushczich v volnuju apteku Provizora Fedora Geldnera v gorod Telshiach sostojashcziuju 1830 goda*“.

Porter R. *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity*, New York. 1998.